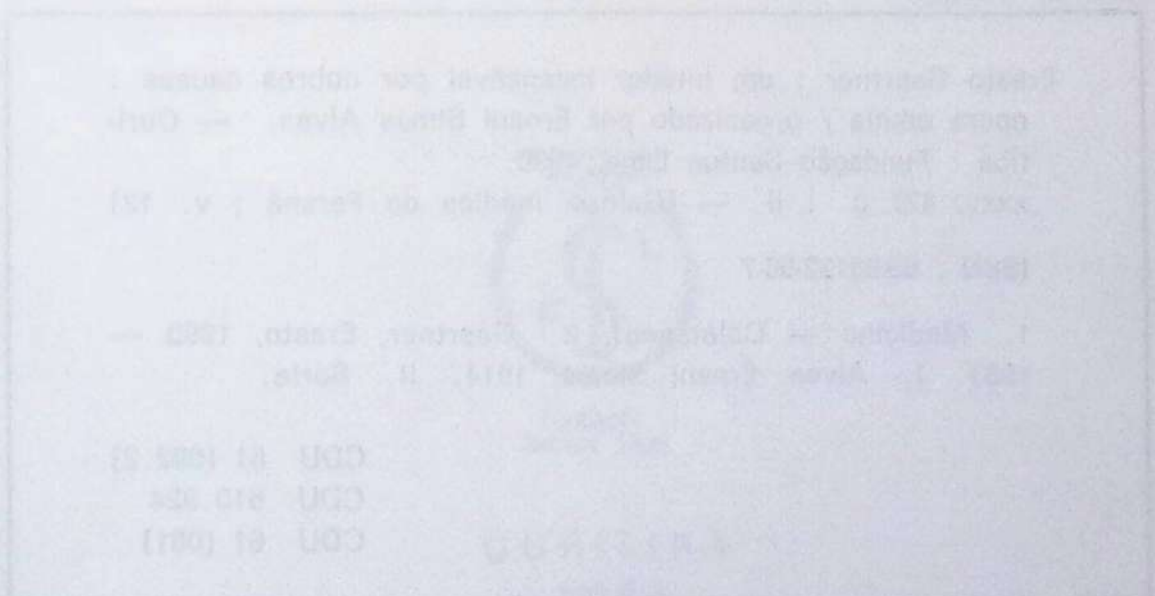


Erasto Gaertner

“Um lutador incansável por nobres causas”



SÉRIE GALERIA MÉDICA DO PARANÁ

Universidade Federal do Paraná

Reitor

Carlos Alberto Faraco

Vice-Reitor

Mario Portugal Pederneiras

FICHA CATALOGRÁFICA

Catologação na Fonte: Biblioteca Central

Erasto Gaertner : um lutador incansável por nobres causas :
opera omnia / organizado por Ernani Simas Alves. — Curi-
tiba : Fundação Santos Lima, 1990.

xxxv, 477 p. : il. — (Galeria médica do Paraná ; v. 12)

ISBN : 85-85132-50-7

1. Medicina — Coletânea. 2. Gaertner, Erasto, 1990 —
1953. I. Alves, Ernani Simas, 1914. II. Série.

CDU 61 (092.2)

CDU 610.924

CDU 61 (081)

Galeria Médica do Paraná

Volume XII

Erasto Gaertner

“Um lutador incansável por nobres causas”

**Organizado por
Ernani Simas Alves**

Opera Omnia



Fundação
Santos Lima

**CURITIBA
1990**

© Copyright by Fundação Santos Lima Pró-Memória Médica do Paraná

ISBN: 85-85132-50-7

Equipe de Realização:

Revisão: Ernani Simas Alves

Capa: José Roberto Meireles

Composto e impresso na

Imprensa Universitária da UFPR

Rua Bom Jesus, 650

Fone (041) 252-6712

80030 — Curitiba — PR

Ref.: 078

A Fundação Santos Lima, dando seqüência às publicações de sua "Galeria Médica", muito honrada, presta homenagem, desta feita, ao Professor Erasto Gaertner, grande vulto da medicina do Paraná.

... "Mas, porque esquecer?

Porque esse temor de recordar, si recordar é o único sentimento que eleva o homem, que o faz digno dos que repousam? Se o túmulo fosse o esquecimento. Se o esquecimento fosse a ingratidão, nada mais **restava.**

Nada.

E a vida não merecia ser vivida. A voz de um poeta deixou, na música do verso, a imagem da verdade eterna:

Nunca o homem vive tanto como pelo divino milagre da saudade"...

Dirceu Pacheco de Lacerda.

Ao médico de 1925, foi reservado, além das grandezas da medicina, o potencial humanístico, que o fez trilhar largas estradas.

Seu talento iria favorecer muitos setores da vida coletiva, triunfando, também, e com luzes especialíssimas, o homem público, o político, o administrador de visão múltipla e de insuperável dinamismo.

Seus assistentes e discípulos do I.M.C.P. que com ele tiveram longa e íntima convivência passaram a considerá-lo como o verdadeiro pai espiritual, capaz de despertar, com seu exemplo, os tímidos e desalentados inculcando-lhes confiança e força de vontade. Do mesmo passo inspirou vocações, estimulou o trabalho sério com o exemplo de sua carreira profissional vitoriosa.

E o tempo que, ao passar, abala conceitos e destrói ídolos, principalmente os que surgem do entusiasmo fácil e fugaz da juventude, não modificou a grandeza de nossa admiração.

Por melhor que fosse nosso conceito sobre a personalidade de Erasto Gaertner quando vivo, de tal modo ele aumentou depois de sua morte que ultrapassou as medidas humanas.

E a proporção que o tempo passou, relendo os seus trabalhos e, recordando aspectos de seu espírito empreendedor, o sentimos em sua verdadeira dimensão.

FUNDAÇÃO SANTOS LIMA PRÓ-MEMÓRIA MÉDICA
DO PARANÁ

PATRONO



MANOEL PEDRO DOS SANTOS LIMA
1843-1898

MANOEL PEDRO DOS SANTOS LIMA

Discurso proferido pelo Prof. ARNALDO MOURA, por ocasião da Instalação Solene da Fundação Santos Lima, no Auditório da Associação Médica do Paraná, em 18-10-84.

O Prof. Arnaldo Moura ocupa, na Academia Paranaense de Medicina, a Cadeira n.º 34, cujo Patrono é o Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima.

"Foi num dia assim, frio, a geada enfeitando a natureza.

E faz tanto tempo!

Um século exato.

Sonhos, ilusões, fantasias, quase tudo o tempo foi levando.

Levando...

O tempo leva quase tudo...

Só a vida, o tempo não leva...

A vida, quando a vida se prolonga noutras vidas...

O passado e o presente sempre se encontram.

Um túmulo que se abre, um berço que se embala!

É a vida vivendo dentro de um sorriso...

É a vida vivendo dentro de uma lágrima ...

Foi num dia assim, frio, a geada enfeitando a natureza.

A cidade acordou em festa.

Tão modesta era a cidade, com a sua centena de casas, a sua vida simples, a serenidade que tudo envolve. na doçura de uma paz perfeita.

Plangia o sino da igreja, chamando os fiéis.

Era dia de São Pedro.

E pelas esquinas se erguiam, na geometria de um quadrilátero, as pilhas de lenha...

Fogueiras em louvor do Santo!

A petizada, impaciente, ansiava pela chegada da noite, quando as fogueiras, numa bizarria de luz, iluminavam todas as esperanças...

Foguetes riscavam o céu.

A noite desceu.

Na fazenda Santa Amélia tinha nascido, naquele instante,
um menino.

Era a festa dentro de outra festa.

O pai olhava de longe, os foguetes que subiam, subiam...

E, subindo, iluminavam o caminho das preces.

O pensamento paterno seguia aquele rumo, murmurando mil
coisas.

No enlevo de um supremo conforto.

Dia de São Pedro!

Sim, o menino teria no seu, o nome do Santo.

Seria MANOEL PEDRO!

Aconteceu isto na cidade da Lapa, na Fazenda Santa Amélia
no dia 29 de junho de 1843.

Eram pais do menino o Dr. José Gaspar dos Santos Lima e D.
Ana Messias de Oliveira Lima, natural de Itú, onde casaram.

José Gaspar dos Santos Lima, magistrado ilustre, era uma
espécie de caixeiro viajante da Justiça.

Serviu como juiz em Sabará, comarca do Rio das Velhas,
em Minas Gerais, depois em Cruz Alta, no Rio Grande do Sul, e
em seguida em São Paulo, na comarca de Taubaté.

Não tinha quase um pouso fixo.

Andava espalhando Justiça."

Cem anos depois do nascimento daquele que foi, na pala-
vra do Dr. João Cândido Ferreira, seu contemporâneo, "o maior
vulto da medicina paranaense", a Associação Médica do Paraná,
promoveu sessão solene comemorativa da passagem do cente-
nário natalício do Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima.

Ali falou a alma paranaense, na palavra do poeta e médico,
também lapeano — Dr. Dirceu de Lacerda — nos versos do poe-
ma que transcrevi no início deste trabalho.

Manoel Pedro dos Santos Lima matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1862, aos 19 anos de idade e recebeu o grau de doutor em Medicina, em 27 de novembro de 1868. Era Diretor da Faculdade o Conselheiro Dr. José Martins da Cruz Jobim, e Vice-Diretor o Conselheiro Dr. Luiz da Cunha Feijó. O Professor de Clínica Interna era o mais importante nome da medicina brasileira, Dr. João Vicente de Torres Homem.

Torres Homem organizou e dirigiu o Serviço de Clínica Médica da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Ali impulsionou a pesquisa, o estudo e o ensino de medicina interna, estimulando os seus assistentes e internos nessas atividades docentes a par do atendimento humano dos doentes. Baseado nos princípios rigidamente científicos da ciência médica, formou escola que frutificou nos nomes mais ilustres dos professores de medicina que o sucederam.

Ali na Santa Casa de Misericórdia, qual Território de Epidauro encravado na cidade do Rio de Janeiro, novo templo de Esculápio, tal aquele da cidade sagrada da Grécia antiga, os novos sacerdotes dos templos de Esculápio e de Artemis estudavam, praticavam e ensinavam a medicina.

Foi neste Serviço, e com esses Mestres que estudou e praticou Manoel Pedro dos Santos Lima.

Levou para a sua vida profissional os ensinamentos ali adquiridos, e que o tornaram o maior vulto da medicina paranaense. Levou mais do que isto, os preceitos de moral e de ética, alicerces do código de virtudes que se impôs e cumpriu durante toda a sua vida. Exemplo de dignidade como homem e como médico, que fez da caridade, da honestidade e da modéstia os padrões maiores.

Estudante no Rio de Janeiro, Manoel Pedro dos Santos Lima conviveu com dois paranaenses. Habitaram a mesma pensão. Outros dois predestinados a serem os maiores entre os seus: João Teixeira Soares, que se diplomou em engenharia e veio realizar no Paraná o milagre da técnica — a estrada de ferro Curitiba-Paranaguá. O outro, Antonio Gomes Carneiro, foi o General que resistiu ao cerco da Lapa, trinta anos depois, e que morreu pelo seu ideal republicano.

O Dr. Manoel Pedro dedicou-se à clínica na cidade da Lapa até 1897 — 30 anos de medicina na prática diuturna que consome a vida nas suas canseiras e preocupações. Faleceu a 1.º de setembro de 1898, aos 55 anos de idade, ferido no coração por infecção contraída no exercício da profissão.

A par da medicina, e com a mesma dedicação e maestria, o Professor Manoel Pedro dos Santos Lima lecionava história universal, botânica, inglês, francês, latim e música.

Nos 30 anos que dedicou à sua terra ainda fez construir o Teatro São João, criou a biblioteca municipal e fundou a Associação Literária Lapeana. Ao tempo que exerceu a presidência da Câmara Municipal inaugurou a escola municipal.

Por todos os serviços prestados à comunidade, foi nomeador por D. Pedro II, em 1884, Oficial da Ordem da Rosa.

Dentre todos os mistéres a que se dedicou, foi a medicina que mais o absorveu, e à qual dedicou a sua vida.

A modéstia caracterizava a sua personalidade. Refratário a toda espécie de exibição. Não falava em público e não escrevia para jornais.

Tinha predileção pelas doenças do coração e pelas doenças infecciosas, em especial a febre tifóide, endêmica na Lapa. Por duas vezes combateu, com sucesso surtos epidêmicos da doença. Reuniu experiência ímpar nesses campos da medicina. Manteve correspondência com Pasteur na permuta de informações. Nada publicou. Transmitia a sua erudição verbalmente. Exposição clara e segura, como atestam os seus contemporâneos, que tiveram o privilégio de ouvi-lo.

Por modéstia, ou por vocação, nos deixou poucos escritos e destes vários se perderam.

Só tivemos possibilidade de manusear as suas teses de doutoramento, publicadas em 1868 — Da eclampsia durante a prenhez e o parto. — Do ópio e suas preparações farmacêuticas. — Aconito considerado farmacológica e terapêuticamente. — Da diphteria das feridas.

* * *

Se a modéstia foi traço característico da personalidade do

Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima, a honestidade e a honradez fizeram de sua figura exemplo para os pósteros.

Honestidade no convívio com os colegas de profissão. "Era leal e acolhedor, não tinha ciúmes do oficial do mesmo ofício". Estas foram as palavras do Dr. João Cândido Ferreira ao contar dos seus receios de recém formado, ao atender uma paciente em crise de eclâmpsia pós-parto, cliente do mestre, naquele dia em viagem. Exatamente o assunto da tese do Dr. Manoel Pedro. E a da surpresa e júbilo inefável que experimentou naquela noite, quando do regresso do médico da família.

Transcrevo a emoção do Dr. João Cândido nas suas próprias palavras:

— "Referi tudo quando havia feito.

Examinou, calmamente, a doente, confirmou o diagnóstico e acalmou a família angustiada.

Decorrida cerca de uma hora, o marido, trazendo o vidro de remédio por mim prescrito, e dirigindo-se ao recém-chegado, disse-lhe que tinha terminado a poção.

O Dr. Manoel Pedro, recebendo-o leu vagarosamente a prescrição, enquanto eu, aflito, esperava a sentença inapelável. Terminada a leitura, restituiu o vidro e apenas disse: — Mande repetir...

Nunca se apartou de minha memória esse gesto fidalgo e alviçareiro, por parte de quem, estando em situação privilegiada de aniquilar para sempre o modesto colega, que apenas iniciava seu tirocínio, eleva-o no conceito dos clientes dedicados, conquistando-lhe a estima e a consideração."

Assim era o Dr. Manoel Pedro na sua vida profissional, e como cidadão. Foi esta honradez e honestidade que não lhe permitiram aderir aos florianistas durante a revolução federalista de 1893, que culminou com o cerco da Lapa, em fevereiro de 1894.

Em 1892 a política do Estado do Rio Grande do Sul havia se definido entre duas correntes. De um lado os partidários de Julio de Castilhos, identificados com a sorte de Floriano Peixoto e da própria República nascente. Defensores de um presidencialismo exclusivo, pelo qual não havia, inclusive, limite para o mandato presidencial.

Do outro lado reuniram-se políticos oriundos das mais variadas origens e tendências, agrupados em torno da oposição a Julio de Castilhos, e sob a bandeira das teses liberais de Silveira Martins.

A tônica principal de Silveira Martins era o parlamentarismo, com Monarquia ou com República, tendendo para a Constituição baseada nos princípios de uma República Parlamentarista.

Ao se prolongar o mandato, ou mesmo perpetuar um governo ou chefe da Nação em regime presidencialista extremado, corre-se o risco de entregar o comando da Pátria à incompetência, por tempo indeterminado.

A Nação há de ser sustentada por quatro colunas: a cultura dos sábios, a justiça dos grandes, as preces dos virtuosos e o valor dos bravos. Mas tudo isso é nada sem um governo honesto, e que conheça a arte de governar. Façamos disto a ciência de nossa tradição.

Julio de Castilhos, sob a proteção do General Bernardo Vasques, assalta o poder no Estado do Rio Grande do Sul, e nele se faz empossar.

Silveira Martins e Joca Tavares, não desejando a guerra civil, desarmam a tropa, renunciaram à liderança, e retiraram-se, com grande número de companheiros, para o Uruguai.

Não cumprem, os castilhistas, os acordos com eles firmados e submetem os opositores políticos a toda sorte de violências, fazendo recrudescer a agitação revolucionária.

Não se pode confiar em governantes que traem a palavra empenhada.

Os federalistas, tendo como chefe espiritual Silveira Martins, e como condutores militares Joca Tavares, Gumerindo Saraiva e Vasco Martins, invadem o Rio Grande do Sul, em 1893, vindos do Uruguai, onde se haviam concentrado.

Era a guerra aberta entre "maragatos" e "pica-paus".

Maragatos os federalistas de Silveira Martins, com suas fitas vermelhas onde inscreveram — Viva a Liberdade. Pica-paus com divisas brancas, cor do pássaro que picava a madeira para destruí-la.

A revolução ganha terreno com o apoio do almirante Waldenkolk e do general Salgado. Custódio de Melo, convencido da traição de Floriano, deixa o Ministério e revolta a Armada, fortalecendo a revolução federalista.

Os federalistas, comandados por Gumerindo Saraiva ultrapassam Santa Catarina e entram no Paraná, onde o governo estadual era-lhes francamente hostil.

A luta armada se desenvolve, no Paraná, em três frentes principais: Paranaguá, Tijucas e Lapa.

Custódio de Melo força a entrada da barra de Paranaguá, conquista a cidade e progride até Curitiba.

Em Tijucas, Gumerindo Saraiva derrota os legalistas do Coronel Adriano Pimentel.

A passagem estava livre para os chefes revolucionários. Entre eles e o norte do país se interpunha a Lapa, guardada pelo General Antonio Gomes Carneiro.

A 17 de janeiro de 1894, travou-se o primeiro combate entre as tropas federalistas de Gumerindo Saraiva e as tropas regulares do General Gomes Carneiro, apoiadas por voluntários arregimentados pelo Coronel Joaquim Lacerda.

Prolongam-se os combates até o dia 17 de fevereiro, particularmente sangrento, mortos Amintas de Barros e Dulcídio Pereira e gravemente ferido o próprio General Carneiro, que morre no dia 9. Proposta a capitulação a praça da Lapa rendeu-se com todas as honras da guerra. "atendendo a forma heróica por que defenderam a praça".

Com a chegada de novas forças legalistas, que avançavam por Itararé, sufocada a revolta da Armada, e mercê de dissensões que enfraqueceram os revolucionários, os federalistas perdem o terreno conquistado, retiram-se para Palmas, e abandonam o Paraná.

Com a volta do legalismo, recrudescem os ardores das paixões políticas, com prisões e mortes, violências e injustiças. Nas palavras de Niepce da Silva — "O domínio da lei transmuta-se no domínio do terror, dos pesadelos, das inquietações das ruas e dos lares... O vento da insânia sopra, numa sucessão de rajadas sinistras".

No quilômetro 65 da estrada de ferro Curitiba-Paranaguá é fuzilado Ildefonso Pereira Correia — Barão do Cerro Azul, com mais cinco companheiros: Matos Guedes, Balbino Carneiro de Mendonça, Presciliano Correia, José Lourenço Schleder e Joaquim Ferreira de Moura; Francisco Braga é fuzilado em Curitiba, José Antonio Colona e Pedro Nolasco em Paranaguá.

Chora a Pátria na pena do poeta que sentiu, vibrou, exaltou-se e entristeceu-se. Chora Luiz Ferreira França ao compor "Finis Patria":

Pátria minha infeliz, pátria minha!
Ninguém hoje haverá que te aviste
Sem que a sorte te chore, mesquinha,
— De tão alto caíste... caíste...
Pátria minha infeliz, pátria minha!

Pátria minha infeliz, pátria minha:
Das espadas cruzando-se em riste
O teu corpo serviu de bainha
E a sua alma de luto vestiste,
Pátria minha infeliz, pátria minha...

Pátria minha, infeliz, pátria minha:
Os teus filhos que mortos tu viste
Nessa luta cruenta e daninha
Te fizeram ser triste... tão triste!?...
Pátria minha infeliz — pátria minha!

No entrevero dessa guerra fratricida o Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima formou com a oposição ao governo estadual, apoiando os ideais de Silveira Martins.

Chefe de grande prestígio, gozando de incontestável influência entre seus correligionários, adversários dos sitiados na praça da Lapa, foi ele preso em fevereiro de 1894 e recolhido à Câmara Municipal.

Com a retomada do Paraná pelas forças florianistas, sobrevivendo os dias tristes da nossa história, foi obrigado a deixar a Lapa e ocultar-se fora do Município, enquanto rugia a tormenta dos fuzilamentos sem julgamento, nem processo.

Do meio desse torvelinho, exilado da sua terra natal, escreve ao Coronel Joaquim Lacerda, e nas cartas que ainda se encontram no Museu David Carneiro, traça o perfil da sua própria personalidade:

— “Fui para a Lapa moço ainda, dediquei-me com entusiasmo à minha profissão, não como meio de fazer fortuna, mas como um sacerdócio”.

— “Nunca persegui ninguém, nunca fiz mal a pessoa alguma, sempre procurei fazer bem a todos”.

Estas palavras brotando do fundo de uma alma apreensiva e atribulada sintetizam a personalidade do homem de bem, dentro da pureza de sua honestidade e honradez, que não pode entender que se persigam pessoas por divergirem de suas idéias. Não renega os seus ideais, maragato continua, persiste fiel aos ideais de Silveira Martins, com vontade férrea resiste ao infortúnio, com a mesma convicção de Dante Alighieri, no Canto IV do Paraíso:

“Não se abate a vontade, se persiste;
Sempre se ergue, qual flama cintilante:
A força a estorce, vezes mil resiste”.

Retornou à sua terra digno e respeitado, tão logo cessada a noite triste da nossa história; na altivez da sua honra e da sua honestidade sustentadas.

* * *

O traço mais acentuado e característico da personalidade do Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima, sem dúvida, foi a caridade. A caridade infinita. A caridade definida por Pascal: — “Se há infinita distância entre o corpo e a mente, maior é a distância entre a mente e a caridade, pois, esta é supernatural”.

A caridade do amor ao próximo. A caridade perene, imorredoura, eterna. Diferente do amor passional que é egoísta, a caridade é um amor de dilecção, só procura, só almeja, só se compraz no bem do próximo. Confunde-se com o amor. Reune-se à fé e à esperança nas três virtudes teológicas; e delas é a maior. Assim afirmou São Paulo aos cristãos de Corinto:

— “A caridade é paciente, a caridade é prestativa, não é invejosa, não se ostenta, não se incha de orgulho. Nada faz

de inconveniente, não se irrita, não guarda rancor. Não se alegra com a injustiça, mas se regozija com a verdade. Tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo suporta".

— "A caridade jamais passará".

— "Agora permanecem estas três virtudes: fé, esperança e caridade. A maior delas, porém, é a caridade".

Jesus deixou-nos a mesma lição em uma frase:

— "Amarás o teu próximo como a ti mesmo. Faze isto e viverás".

Manoel Pedro dos Santos Lima morreu pobre dos bens deste mundo, mas rico da bondade que semeou enquanto viveu. — Fiz da medicina um sacerdócio..." E neste sacerdócio que foi a sua vida, a caridade, o amor ao próximo, foi o mais nítido traço da sua personalidade completa.

A modéstia poderia tê-lo levado ao esquecimento das gerações. A honradez e a honestidade poderiam ter cerceado a sua vida, mas a caridade elevou-o à IMORTALIDADE.

O Dr. Manoel Pedro não é lembrado pela sua erudição, que era muita, tanto na medicina que amou, como na cultura humanística, pois nada deixou para os pósteros, em escritos que perpetuassem a sua memória.

Não é lembrado pela sua atuação política, pois limitou-se a conservar puros os ideais que sempre defendeu.

Talvez mesmo não lembrem os que passam diante de escolas, museus e teatros que construiu, que da sua vontade se constituem as pedras dos seus alicerces.

É lembrado, apenas, pelo bem que personificou, pelo médico perfeito que foi, pelo exemplo imorredouro para todos nós que exercemos o divino sacerdócio da medicina.

Em 1898 o povo da Lapa, por contribuição espontânea, erigiu no seu cemitério, um mausoléu de mármore branco, onde depositaram os restos mortais do Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima. É um monumento sóbrio, como modesto foi o médico; de mármore branco, símbolo de sua honestidade impoluta. No alto do monumento, a quatro metros de altura, paira a estátua sím-

bolo da caridade, o traço mais acentuado e característico do grande e humanitário médico.

A Academia Paranaense de Medicina instituiu, como Patrono da Cadeira que tenho a honra de ser o primeiro titular, a figura ímpar do Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima.

Cumpriu-se o que disse o Apóstolo: — "A CARIDADE JAMAIS PASSARÁ."

Cumpriu-se o que disse Cristo: — "FAZE ISTO E VIVERÁS."

" " "

Inauguraram-se hoje as atividades da FUNDAÇÃO SANTOS LIMA PRÓ-MEMÓRIA MÉDICA DO PARANÁ.

No preâmbulo da sua escritura pública de constituição, consta, em seu item 3.º:

"Imbuídos do melhor propósito humanístico e com o sentido de cultuar a memória do insigne médico que foi o Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima, deliberaram instituir, nos termos dos artigos 24 e 30 do Código Civil Brasileiro, uma Fundação tomando-o com justificado orgulho como patrono, e in memoria dos doutores Eduardo dos Santos Lima, Manoel Pedro Corrêa Lima, Lysandro Santos Lima, Conradino dos Santos Lima e Paulo dos Santos Lima, filho, netos e bisneto do Dr. Manoel Pedro.

Assinam a escritura descendentes do Dr. Manoel Pedro dos Santos Lima, amigos da Família, e admiradores do insigne Patrono.

A humanidade, desde as suas origens, organizou-se em sociedade, pois o homem é por natureza, e por necessidade, um animal gregário. De início em família, em vilas, em comunidades tribais, a sociedade civil progrediu para a formação de nações.

Do mesmo modo que a personalidade humana, as nações foram criadas à sua imagem e semelhança — têm corpo e alma. A sociedade é um organismo vivo dentro do seu corpo político.

O fundamento físico da Nação é o seu território, com suas características geográficas, com sua anatomia. Ele está diante de nós, palpável concreto, mas não é o principal. A Nação pode existir e sobreviver sem território, sem o aspecto físico da sua personalidade, desde que preserve as demais características.

O povo constitui o substrato biológico da Nação. Organizado sob uma das formas políticas do Estado é indispensável à sua existência, pois não poderá haver sociedade sem a integração material dos membros que a constituem. Entretanto, povo e Nação são coisas diferentes.

Para que a Nação se constitua na plenitude da sua personalidade é necessário que se desenvolva neste corpo físico e biológico alguma coisa mais — a verdadeira alma nacional.

A Nação só existe quando reúne um acervo cultural de costumes, moral, religião, artes, ciências e sobretudo história, que a individualizam dentre os demais povos que constituem a humanidade.

A Nação só existe quando o seu corpo físico e biológico se completa pela consciência nacional, pelo amor à Pátria, pela dedicação ao seu povo, e pela memória que se expressa no culto aos seus heróis, não apenas pelo que fizeram, mas por que o fizeram, e como o fizeram. Esta a verdadeira HISTÓRIA da Nação.

A história em seu sentido amplo engloba toda a forma de conhecimento. O significado educacional da história e dos exemplos históricos, na educação do povo, é fundamental para o progresso da Nação. A história entendida como pesquisa permanente do passado, para aplicação nos métodos utilizados no presente, e previsão das conseqüências futuras, representa a bússola segura que aponta a direção a ser seguida pelos condutores da Nação. Neste conteúdo o historiador é um filósofo que se torna um profeta.

A vida dos heróis e dos grandes homens do nosso passado histórico, parte importante da memória nacional, é fundamental para o culto da nacionalidade. Exemplo vivo aos pósteros de qualidades e virtudes a serem seguidas, e de vícios a serem desprezados.

Bem houveram os que instituíram em nosso meio a Fundação que tem por finalidade principal o culto à memória médica do Paraná.

Bem houveram os organizadores desta festa inaugural em associá-la à Academia Paranaense de Medicina e à Associação Médica do Paraná, pois, em grande parte, os seus objetivos são

comuns, e os seus caminhos diferentes, são paralelas que se encontram no infinito.

- Preservar a memória médica do Paraná.
- Prestar auxílio, colaboração e incentivo na área médico-social em nosso Estado.
- Apoiar a pesquisa científica, procurando preservar a memória médica do Paraná.
- Criar bolsas de estudo de pós-graduação na área médica.
- Incentivar o estudo e os trabalhos que visem a preservação do meio ambiente.
- Colaborar e auxiliar a pesquisa e a publicação de trabalhos versando sobre a história da medicina, e assuntos relacionados com a ciência médica.

“FAZE ISTO E VIVERÁS.”

Prof. Arnaldo Moura

S U M Á R I O

Preâmbulo

Resumo Biográfico

Erasto Gaertner e a Cirurgia

Carreira do Magistério

Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná

Liga Paranaense de Combate ao Câncer

O político, o administrador e o homem de Cultura

O orador e pai de família

Outras iniciativas Culturais

Bibliografia

Opera Omnia

Índice Remissivo



PROFESSOR ERASTO GAERTNER

PREÂMBULO

Nenhuma época como a atual, de crise permanente das instituições e da moral em nosso país, nenhuma tão própria poder-se-ia encontrar para lembrar a personalidade de Erasto Gaertner.

Embora a edilidade de Curitiba tenha consagrado e tornado seu nome imperecível dando-o a uma de suas importantes avenidas, sua personalidade médica não foi, até a presente data, devidamente exaltada.

É verdade que um grupo de seus colegas e ex-discípulos do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná, hospital por ele fundado, recordando os passos de seu caminho luminoso, consagrou seu nome no Hospital do Câncer, construído pela Liga Paranaense de Combate ao Câncer, fundada por ele e por um pugilo de médicos nos idos de 1947.

Outra homenagem prestada pela iniciativa de seus colegas e amigos do I.M.C.P. foi a de fixar no bronze perene a sua efígie colocada na sala de entrada do hospital que ele tanto amou e no qual viveu e trabalhou.

Os gregos, nos séculos de ouro de sua história, eternizavam os seus heróis fixando na pedra o símbolo da vida que viveram.

Lembrando os tempos heróicos no átrio do I.M.C.P. se vê a imagem de Erasto Gaertner, como o era no ideal de seu dia terreno, cuja perfeição com o buril Erbo Stenzel gravou. O bronze retrata o perfil do professor que ensinou e traduz aquele falar que nos mestres, tal qual o era, impunha admiração e respeito aos que o ouviam. Ali está o perfil de sua cabeça como sempre foi, no destino de sua missão, no objeto de

suas constantes preocupações pondo no apostolado da profissão médica e na missão de ensinar as obras do coração tal como o conheceram, o admiraram e o sentiram os seus discípulos, os seus amigos e os seus pacientes.

Sua imagem entalhada no bronze recorda infatigável labor no exercício da medicina, seus anos de operoso magistério.

Virtuoso do bisturi Erasto era perfeito na sala de Cirurgia cumprindo letra por letra os intransgressíveis ditames da técnica operatória.

Sem fadiga e sem medo enfrentava no ato cirúrgico os mais complexos quadros patológicos, excruciado com o sofrimento que buscava aliviar.

Com segurança e destemor engrandecia a cirurgia e a autoridade da medicina.

Sofria por ver o sofrimento, por vê-lo e, muitas vezes, não poder remediá-lo.

Erasto, embora fiel às tradições clássicas da medicina, com seus princípios bem fundamentados, transmitidos através dos séculos, desde Hipócrates, convicto de que seguir o ensinamento dos antigos é sabedoria, tinha contudo no espírito progressista uma das forças de sua personalidade. Inovar e progredir eram virtudes que o tentavam. Não queria a ciência entorpecida pela rotina, desejava-a constantemente renovada pelo sopro do saber. Distinguia o verdadeiro progresso calcado na inovação, no conhecimento e na prova e recusava a novidade meramente admitida pela hipótese. Dentre as várias facetas de sua personalidade destacava-se a de sua grande visão comprovada nas inúmeras atividades a que se dedicou. Sua grande cultura, da qual nunca fez estandarte, manifestava-se diária e espontaneamente. Orador primoroso fugia à declamação, ao artifício, à ênfase ao êntono. Sua eloquência tinha a elegância da simplicidade, a beleza natural das coisas desestudadas, a força persuasiva que convence.

Mestre do estilo, estreme na vernaculidade, orgulha-me ser o biógrafo de tão grande médico e professor. Sendo um dos mais antigos de seus discípulos que o acompanhou durante anos na sala de cirurgia, ainda que dos poucos sobreviventes e que

pelo seu incentivo galgou postos no magistério superior e, na direção de várias entidades médicas de nossa terra orgulhame de recordar fragmentos de uma grande vida que deu à medicina e ao seu estado o melhor de si mesmo, ciência, exemplo e dedicação, atendendo a todos em todas as horas, sem medir sacrifícios, curando, aliviando, consolando e ensinando. Para ele o lado humano da profissão médica estava acima de tudo. Desesperava-se quando enfrentava doenças incuráveis que se obstinavam após baldados tratamentos.

Inconformado aceitou o desafio e enfrentou com denodo a mais terrível de todas as doenças — o Câncer.

Para isso importou da Alemanha aparelho de Roentgénterapia e de eletrocirurgia bem como algumas gramas de Radium, dando início no Paraná ao Combate ao Câncer que prosseguiu vitorioso através dos anos até o presente. Hoje passado 35 anos de sua morte ainda sentimos o seu reflexo em nossa alma como a sombra das árvores no rio e envaidece-nos dizer que guardamos a sua palavra e o seu preceito. Para os que não o conheceram, para os moços das gerações que vierem depois da nossa, sua vida e suas realizações deverão ser paradigma e lição profissional. Erasto Gaertner edificou sua vida com serenidade, respeito a si próprio e crença na espiritualidade do homem. Por isso sua obra foi tão harmoniosa e superou todas as vicissitudes, tornando-se marco na história da medicina do Paraná.

Ao encerrar estas páginas introdutórias sobre sua grande vida, prestamos tributo de admiração àquele que dignificou como ninguém a profissão médica, o magistério e a vida pública. A reedição de seus trabalhos científicos, teses, conferências e discursos aguçará a memória e a saudade dos que o conheceram e será exemplo e luz a iluminar o caminho das novas gerações.

RESUMO BIOGRÁFICO

Erasto Gaertner, nasceu em Curitiba a 24 de Abril de 1900. Foram seus pais Luiz Gaertner e Dona Maria Tertuliana Fagundes dos Reis Gaertner.

Fez o curso primário na Escola Tiradentes, transferiu-se depois para a Escola Alemã e mais tarde ingressou no Colégio Julio Teodorico Guimarães, em Curitiba.

Em 1913 após exame de admissão, matriculou-se no Ginásio Paranaense, onde concluiu o curso secundário em 1917.

Estudante pobre, submeteu-se durante esse período a provas de concurso para funcionário dos Correios e Telégrafos obtendo uma das melhores classificações. Após sua nomeação passou a custear os seus estudos. Profundo estudioso do vernáculo demonstrou desde cedo grande vocação literária. Dadas essas qualidades colaborou em sua adolescência em jornais de Curitiba, particularmente na Gazeta do Povo. Em 1920 ingressou na Faculdade de Medicina do Paraná, transferindo-se em 1923 para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro onde formou-se no ano de 1925. Dedicando-se a cirurgia geral, retornou ao Paraná iniciando sua vida profissional em Curitiba. No ano de 1929 realizou viagem de estudos à Europa para aperfeiçoar seus conhecimentos e seu treinamento em Cirurgia, especialidade a que se dedicou, visitando centros médicos e hospitais em Paris, Berlim, Munich e Praga. Submeteu-se a diversos concursos, conquistando aos 27 anos a livre-docência da Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná e, em 1931, após brilhantes provas de concurso conquistou a cátedra de Obstetrícia. Nessa época uma modificação curricular, ocorrida na Faculdade de Medicina, criou a cátedra de Urologia para a qual foi designado titular, disciplina que passou a ensinar até seu afastamento para assumir cargos

políticos o que perdurou até a sua morte ocorrida em 19 de maio de 1953.

Professor ilustre, dotado de excelentes qualidades didáticas, cirurgião de grandes dotes, ocupou em nosso Estado inúmeros cargos públicos onde marcou sua passagem revelando espírito criador.

Foi Diretor do Departamento Médico Legal do Estado e Diretor do Leprosário São Roque.

Fundou e dirigiu desde 1932 o Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná Hospital onde sempre exerceu a medicina e criou uma equipe de colaboradores. Homem de grande iniciativa e personalidade criou o primeiro serviço de luta contra o câncer e foi o primeiro no Paraná a importar um aparelho de Radioterapia e a adquirir algumas gramas de Radium para tratamento das neoplasias malignas. Formou uma equipe de médicos assistentes de escol e com ela fundou a Liga Paranaense de Combate ao Câncer, entidade que vem prestando os mais relevantes serviços à Comunidade Paranaense. Apaixonado pela Política, em 1934 foi eleito Deputado Estadual, sendo o mais votado de todo o Paraná terminando o seu mandato em 1937, com o golpe de Estado.

Foi um dos fundadores da União Democrática Nacional pela qual elegeu-se em 1945 Deputado Federal, passando a residir na cidade do Rio de Janeiro para exercer o seu mandato.

Deputado dos mais eficientes colaborou ativamente na elaboração da Constituição Federal de 18 de Setembro de 1946. Suas excelentes qualidades de parlamentar fizeram-se sentir na Comissão de Educação da qual foi Presidente e na defesa ardorosa que fez com toda a bancada do Paraná para o retorno do Território do Iguaçu ao Paraná, injustamente privado de tão rica região ornada de belezas naturais incomparáveis. Terminado o seu mandato retornou a Curitiba passando a ocupar a Secretaria de Estado de Negócios da Fazenda do Paraná no Governo de Bento Munhoz da Rocha Neto, cargo no qual evidenciou suas raras qualidades de administrador e homem público equilibrando as finanças do Estado. Deixou a Secretaria para assumir o cargo de Prefeito de Curitiba tomando posse a 3 de Outubro de 1951.

No governo da cidade, desenvolveu profícuas atividades.

Homem dinâmico iniciou, sem delongas, vasto plano de urbanização e modernização da Capital objetivando prepará-la para as Comemorações do Centenário da Independência Política do Paraná. Em dezessete meses de administração entregou ao tráfego grandes avenidas asfaltadas tais como: República Argentina, Mateus Leme, Cajuru e Nossa Senhora da Luz hoje em toda justiça denominada avenida Erasto Gaertner. Empreendeu numerosas obras de vulto que atestam sua larga visão de homem público. Idealizou com recursos da Liga Paranaense de Combate ao Câncer a construção do Hospital do Câncer, hoje denominado Hospital Erasto Gaertner, magnífica realidade e um dos Hospitais mais bem aparelhados e bem administrados do Estado, tudo fruto de seu exemplo.

Homem de inteligência incomum, pela coerência e firmeza de atitudes tornou-se, moço ainda, um irresistível líder combativo e corajoso. Conheci-o quando estudante do quinto ano de Medicina em 1937 e depois associando-me ao seu Hospital pude observar de perto sua admirável cultura científica, artística e literária.

Conhecendo a fundo os dramas do sofrimento humano destacou-se no prazer de servir e por isso mesmo afirmou-se entre seus companheiros do Rotary que o teve como Presidente.

Casado com Dona Anita Merhy Gaertner, companheira dedicada de todos os momentos e iniciativas, sua intensa vida profissional e política jamais o afastou de sua característica essencial — o ótimo chefe de família. Sua esposa e filhas pugnaram sempre ao seu lado, como colaboradoras e inspiradoras numa identidade que ultrapassou o seu próprio desaparecimento.

Deixou duas filhas — Dona Beatriz Gaertner Lacerda Pinto esposa do Professor Gaspar Lacerda Pinto e Dona Belkis Gaertner Moreira Garcez viúva do Professor Bernardo Moreira Garcez Filho.

Faleceu Erasto Gaertner a 19 de Maio de 1953 há pouco mais de trinta e cinco anos, no pleno vigor de sua inteligência profícua.

Sua vida e sua obra perpetuam-lhe a benemérita memória e devem servir de exemplo às gerações que se sucedem. Nunca porém como nos dias atuais se recomenda tanto a lembrança de um homem.

Os tempos estão se tornando cada vez mais sombrios difíceis e desnorteantes.

Faltam aos líderes de nosso país firmeza de convicções, segurança e nobreza de caráter que eram as características essenciais de Erasto Gaertner e por isso os políticos de hoje não inspiram mais confiança.

Vale a pena tomar como exemplo a obra e a vida de uma personalidade tão inconfundível que espargiu tanta luz ao seu redor.

ERASTO GAERTNER E A CIRURGIA

Erasto Gaertner dedicou-se, antes mesmo de sua graduação em medicina e, depois, durante sua vida profissional, à prática da Cirurgia Geral, especialidade para a qual demonstrou excepcional vocação.

Orientado, desde os bancos acadêmicos, pelo Professor Domingos Goes Filho, uma das mais incontestáveis autoridades do mundo cirúrgico brasileiro da década de 1920, escreveu tese de doutoramento intitulada: — “Das Incisões na parede abdominal”, defendida e aprovada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em Outubro de 1925, ano em que se formou em Medicina.

A escolha do tema, assunto estudado na Cadeira de Medicina Operatoria, demonstra sua decidida inclinação para a prática da cirurgia, especialidade médica à qual trouxe, durante os anos de sua atividade profissional, valiosas contribuições. Confirmando sua vocação prestou, em 1926, concurso para a livre docência de clínica Cirúrgica, na Faculdade de Medicina do Paraná, no qual, se submeteu às provas exigidas e defendeu tese sobre a “Transfusão de Sangue”, assunto considerado, na época, inteiramente novo e praticamente desconhecido entre nós.

No preâmbulo desse valioso trabalho no qual é realçada a importância da classificação dos grupos sanguíneos para a escolha de sangue compatível entre doador e receptor, Erasto Gaertner revelou seu carinho pela nossa terra e pela nossa gente, prestando especial homenagem à Faculdade de Medicina do Paraná, onde iniciou seus estudos de medicina, à qual amou e honrou durante os anos de exercício profissional e de magistério.

A carreira médica, são suas palavras, “era e havia de ser

mais um sacerdócio que uma simples profissão para o ganha pão de cada dia".

No ano de 1929, visando aperfeiçoar seus conhecimentos e treinamento em Cirurgia, realizou viagem de estudo a vários países da Europa, frequentando cursos e hospitais de Paris, Berlim, Munich e Praga. Retornando de sua viagem a Curitiba, percebeu logo, como cirurgião de grandes dotes a necessidade de fundar seu próprio hospital, no qual pudesse operar os seus pacientes.

Homem arrojado, fundou em 1932, o Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná, hospital no qual iniciou e passou a exercer a sua atividade cirúrgica.

Enfrentando, com coragem, as vicissitudes inerentes à prática da Cirurgia, em época difícil, numa cidade ainda pequena e provinciana, cercou-se de colegas e amigos que passaram a respeitar sua liderança e seu saber. No Instituto de Medicina, ensinou e treinou em Cirurgia muitos de seus discípulos, bem como orientou colegas para outras especialidades afins à cirurgia.

Erasto Gaertner destacou-se na prática de vários tipos de cirurgia, em algumas das quais foi pioneiro no Paraná.

Salientam-se, em primeiro plano as operações gástricas, ditas gastrectomias, indicadas para a cura das úlceras gastroduodenais e do câncer do estômago, a meu ver, as primeiras realizadas no Paraná.

Foi, também, mestre Erasto, o primeiro cirurgião a fazer proctatectomias em nosso meio, para curar o adenoma de próstata. (11A.)

A técnica operatória que utilizava, foi bem sistematizada pelo seu discípulo Dante Luiz Junior, na tese de Livre docência que defendeu na faculdade de Medicina para a disciplina de urologia do qual era assistente. A Cirurgia era executada em tempo só pela via transvesical, sem tamponamento. Empregava no pós-operatório o método de Prof. Góes de aspiração do Conteúdo vesical através de um dispositivo original de diferença de nível da bexiga do doente em relação a um cilindro de vidro, cheio de água que escoava seu conteúdo e aspirava, por meio de sondas, o conteúdo vesical.

Dentre as várias cirurgias que executou, pela primeira vez, em nosso meio, merece atenção a do tratamento cirúrgico dos Aneurismas, Técnica criada pelo cirurgião americano "Rodolfo Matas". Realizou em 1937 a primeira operação de Endoneurismorrafia pelo método Matas com bons resultados. O importante a assinalar é que esse tipo de Cirurgia vascular foi realizado numa época em que não haviam, ainda os anti-coagulantes, terapêutica que impede as complicações decorrentes da coagulação do sangue (trombose e embolias) nos vasos suturados. Nos anos seguintes fez várias cirurgias destinadas ao tratamento dos aneurismas obtendo a cura dos doentes sem complicações. Sobre as técnicas desenvolvidas por mestre Erasto no I.M.C.P. foram publicados trabalhos nos Arquivos do Instituto de Medicina e Cirurgia, volumes 1, 2 e 3, revista por ele fundada. Confirmando seu pioneirismo fez as primeiras Colangiografias operatórias pelo método criado por Pablo Mirizzi de Córdoba — Argentina.

Como seu assistente prossegui usando essa técnica que apresentei, com documentação radiológica, em minha tese de livre docência, defendida na Faculdade de Medicina do Paraná em 1945, para conquista do título de livre docente em clínica Cirúrgica. Foi o primeiro trabalho publicado no Brasil sobre o método de Merizzi, hoje bastante difundido.

Em 1939 a seu conselho, recém formado, viajei para São Paulo a fim de trazer para o Paraná a técnica cirúrgica adotada por Benedito Montenegro e Eurico Branco Ribeiro, das resseções gástricas, tipo de cirurgia que ainda não se praticava entre nós. Interessava ao mestre a reconstituição do trânsito gastro-intestinal que era feito pelo grande cirurgião Montenegro a Reichel-Polya, técnica superior às demais utilizadas. Nesse ano iniciou Erasto, após o meu retorno de São Paulo, a realizar gastrectomias pela citada técnica. Sobre a mesma escrevi um trabalho publicado nos Arquivos do Instituto de Medicina, no qual descrevo e discuto as vantagens das gastrectomias sobre as gastro-enteroanastomoses que eram praticadas em nosso meio. Erasto auxiliado por mim foi o primeiro cirurgião no Paraná a realizar gastrectomias com anastomose a Reichel-Polya.

Na Sala de Cirurgia inspirava a maior confiança a todos os que participavam ou assistiam às suas operações, pela firmeza,

segurança e apurada técnica com que operava o paciente. Com a coragem e a energia de um titã, resolvia satisfatoriamente os mais complexos quadros patológicos. Causava admiração sua criatividade, a tomada rápida de decisões em ocasiões difíceis. Nenhum acidente ou obstáculo no curso das cirurgias perturbavam a calma e confiança em si próprio. Perserverava sempre e por isso venciam os obstáculos.

Seu hospital tornou-se uma escola de Cirurgia onde formaram-se muitos cirurgiões de mérito, sem contudo, nenhum deles ter chegado a superar o mestre. Sob o domínio de sua forte personalidade o Instituto criou um Centro Médico que trouxe à luz da publicidade sob o título Arquivos-publicação de exclusivo caráter científico. Nos três volumes editados constam os seguintes trabalhos da autoria do Professor Erasto Vol. I — 1943:

1.º — O Tratamento Cirúrgico Ideal dos Aneurismas em Colaboração com Ernani Simas Alves;

2.º — Corpo Estranho do duodeno;
Publicado no Volume 1.º — 1944;

3.º — Fleimão perinéfrico; Vol 2 do Arquivo do I.M.C.P.

4.º — Câncer da próstata; Vol 2. No mesmo volume foram publicados: Oração de Parainfo e Ambiente hospitalar no Recife, ambos de sua autoria. Publicou no 3.º Volume em 1945 e 1946;

5.º — Dilatação cística do Colédoco — Endocolédocorrafia

Em outras revistas publicou trabalhos importantes destacando-se os seguintes:

Na Revista Médica do Paraná, em 1941 — "Denervação Renal", no qual descreveu a técnica da intervenção e suas indicações.

No referido trabalho foram apresentados dois casos submetidos à Denervação Renal, cirurgia pela primeira vez realizado no Paraná.

Embora Professor Catedrático da Clínica Urológica era um Cirurgião geral de recursos técnicos extraordinários. Operava com maestria casos, de ginecologia, do aparelho digestivo,

obstétricos, urológicos e corregia, muitas vezes, sequelas de operações feitas por outros colegas. De uma recordo especialmente. Determinada senhora havia sido operada em outro hospital de histeretomia para extirpação de um fibromioma uterino. O cirurgião competente e, de grande fama, seccionou involuntariamente um dos ureteres. Seu erro, no caso em tela, justificava-se pois a paciente possuía um rim em ferradura com ambos ureteres localizados do mesmo lado.

No pós-operatório a paciente teve uma fístula urinária urétero vaginal. Consultado, mestre Erasto, injetou azul de metileno na bexiga e colocou uma gaze esterelizada na vagina para identificar o tipo de fístula. Retirada, a gaze mostrava-se molhada de urina normal e não de azul de metileno. Estava feito o diagnóstico. A fístula era urétero-vaginal. O passo seguinte tomado pelo professor foi recomendar uma urografia-excretora mediante o emprego de contraste adequado. A radiografia detectou o defeito congênito e ambos ureteres de um lado só. Submetida à cirurgia foi efetuado um reimplante do ureter seccionado na bexiga obtendo-se, desse modo, a cura do paciente.

Interessante, também, lembrar seu trabalho sobre "Etiopatogenia do Câncer Prostático, publicado na Revista São Paulo Médico, 1944" no qual relata a freqüência do processo morbido e sua etiopatogenia.

Nesse trabalho chama a atenção, pela primeira vez no país, para os riscos do tratamento do câncer da próstata com altas doses de propionato do testoterona.

Termina por afirmar que no abuso da hormoniterapia, se lhe afigurava que "o Câncer continuava a contar com aliados conscientes e inconscientes no seu desígnio de destruição, de dor e de morte".

Em 1947 publicou na Revista Brasileira de Cirurgia, do Rio de Janeiro, trabalho apresentado ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, do qual era Membro Titular — "Alguns aspectos da Cirurgia arterial".

Muitos foram os seus trabalhos e ensinamentos mais as mais proveitosas lições recebiamos dele nos diálogos de intervalo entre as operações ou na mesa do cafezinho. Nesses intervalos revelava sua cultura, seu discernimento e sua grande visão de homem experiente e sábio.

Sua morte orfanou a classe médica e o magistério do Paraná.

Visando o bem de nosso Estado e de nossa Cidade, Erasto fez da política alto sonho de seus dias de maturidade.

Pela política clamou, ainda que no deserto, contra a corrupção. Das obras que executou muitas medraram como o grão que germina e se transforma em planta, broto, em folha, depois floresce e frutifica.

O carvalho vingou e deu sombra. Por isso não lhe demos adeus para sempre sentindo que ele está sempre presente não se apartando de nós.

Também não passará o culto do mestre imortal que se antecipou à glória da posteridade.

CARREIRA DO MAGISTÉRIO

Ao formar-se médico em 1925 muito jovem ainda, Erasto Gaertner defendeu tese de doutoramento no Rio de Janeiro, título desnecessário para o exercício da profissão médica.

A conquista desse título sugere que seu objetivo rumava para desígnios mais altos que o simples exercício da Cirurgia, especialidade que escolheu, decididamente, desde o término do Curso de Medicina. Ao lado de sua inclinação para a Cirurgia, possuía forte vocação para o magistério superior.

Efetivamente em 1926, Erasto submeteu-se na Faculdade de Medicina do Paraná à provas de Concurso para a Conquista da docência livre da Cadeira de Clínica Cirúrgica, defendendo a tese intitulada "Transfusão de Sangue".

Era o início de uma brilhante carreira do magistério que culminou na conquista da Cátedra de Obstetrícia da Faculdade de Medicina, com a apresentação de duas teses "Desordens Nervosas e psíquicas no puerpério" e "Reflexões em torno da infecção puerperal e da drenagem tubular metálica".

Valfrido Piloto, Da Academia Paranaense de Letras, assim comenta na Revista "Rumo Paranaense" III — Agosto de 1977 n.º 44 aspectos do Concurso para a Cátedra, no qual Erasto Gaertner enfrentou concorrente e saiu vitorioso.

"Conheci-o desde quando, eu ainda estudante, ele já empreendia um dos mais sensacionais concursos havidos na Universidade do Paraná. Foi, de sua parte, a pugna do preparo científico modernizado. Improvisações forjadas na província quiseram barrá-lo, mas ele, havendo sido pobre e estudado à sua custa e, por isso mesmo, com afinco, e havendo cometido, até, uma aventura de especialização na Europa, sentiu

não poderia perder. Fez desmoronarem todos os óbices, e, no ápice da sua vitória, estive com ele, ao lado de Acir Guimarães e de quase toda a juventude da inovadora "Gazeta do Povo". Fomos, como que numa legião, assistir ao último digladiar do companheiro, que ele o era, às vezes da redação e, outras, de rua 15. Excedeu-se, Erasto, acima de tudo o que o julgávamos capaz. Foi meticuloso e arrasante naquela magistral prova didática com que encerrou o concurso. Depois, comemorávamos o seu feito, indo quase todos tomar... um "cafezinho sentado", como os havia naquele tempo."

Seu sucesso como professor baseava-se em seu conhecimento da matéria, facilidade de expressão, método na exposição de assuntos, impostação de voz.

Grande didata expunha a matéria de suas aulas de forma clara e metódica no estilo dos tratadistas franceses. Poliglota, falava com desenvoltura, alemão, francês, inglês e espanhol.

Foi na cátedra o mestre, cordial com seus alunos, o colega de comportamento modelar, característica exponencial de suas raras qualidades.

Respeitado e estimado pelos seus alunos foi paraninfo por duas vezes. Primeiro da turma que colou grau em 1936; segunda na colação de grau dos médicos de 1944.

Em ambas ocasiões pronunciou magistrais discursos nos quais pregou sabiamente, a modéstia, combateu a arrogância e ensinou que os jovens médicos não devem ter pudor de pedir luzes e conselhos aos mais provetos, sem orgulho e sem vexame, até que o tempo — "o grande educador" tenha lavrado suficientemente o raciocínio clínico de cada um.

Exaltou, nessas orações, a importância da boa conduta médica fiel aos postulados da ética que realça a personalidade do médico e demonstra a íntima relação entre inteligência, cultura e caráter e destaca o fato de que às boas qualidades morais corresponde sempre a um elevado nível de inteligência.

Depois da conquista da Cátedra de Obstetrícia, ocorreu na Faculdade de Medicina uma modificação curricular, e foi criada a cátedra de Urologia para a qual foi designado professor disciplina que passou a ensinar até seu afastamento a fim de assumir a Cadeira de deputado federal para a qual foi eleito em 1945. Passou a residir na cidade do Rio de Janeiro, então Capital da República, sendo substituído na Cátedra pelo seu assistente, livre docente de urologia, Dante Luiz Junior, auxiliado por quem escreve estas páginas como assistente voluntário.

Terminado seu mandato retornou a Curitiba, onde, no Governo de Bento Munhoz da Rocha Neto ocupou a pasta da Secretaria de Estado de Negócios da Fazenda do Paraná, deixando-a em 1951 para assumir o cargo de Prefeito de Curitiba a frente do qual desenvolveu profícuas atividades. No exercício de suas funções foi colhido inesperadamente por hemorragia cerebral que findou pela sua morte ocorrida a 19 de Maio de 1953.

Fui seu aluno no ano de 1937. Era um expositor excelente, transmitindo com método, precisão e competência as noções teóricas e práticas da urologia, indispensáveis ao médico para o exercício da profissão.

Um fato ocorrido durante uma de suas aulas mostra o início de nosso relacionamento que se estreitou cada vez mais até o fim de seus dias. Estava eu a assistir a aula magistral sentado na primeira fila de carteiras procurando estenografar as palavras do mestre. Este costumava caminhar de um lado para outro enquanto ensinava. Observei que cada vez que passava em minha frente fixava a vista nos sinais que eu registrava nas folhas de um caderno. Terminando a aula, aproximou-se de mim e disse: desejo falar com você. Prontamente atendi, colocando-me às suas ordens. Iniciou sua fala perguntando: você é taquígrafo?

Respondi que não era taquígrafo mas estenógrafo. Qual é a diferença perguntou? Falei que taquígrafo é aquele que mediante sinais gráficos curtíssimos registra palavras longas com rapidez.

Eu, ao invés, mediante sinais curtos escrevia devagar; era portanto simplesmente estenógrafo. Respondeu-me que para ele era a mesma coisa e que precisava de meus serviços na Assembléia Legislativa. Era deputado estadual eleito em 1934.

Os tempos estavam tumultuados na política nacional e se digladiavam os dois partidos UDN (União Democrática Nacional) e PDS (Partido Social Democrático) este apoiando o governo.

Erasto udenista era opositor ferrenho, ao governador do Estado, Manoel Ribas e da tribuna parlamentar, com destemor, não poupava críticas aos atos administrativos do executivo.

O golpe de Estado de 1937 determinou a retirada total de representação do PSD de Assembléia, e com ela saíram os dois taquígrafos meus prezados e distintos colegas Giocondo Vilanova Astigas e Airton Aguiar. Erasto, líder inato, desejava que eu passasse a taquigrafar os pronunciamentos dos deputados da U.D.N. que permaneceram reunido-se na Assembléia Legislativa. Relutei inicialmente em aceitar o seu convite mais por temor de prejudicar meus estudos, mas finalmente, reconhecendo que não podia me negar a atender o pedido de um professor, acedi. Passei, por curto lapso de tempo, a frequentar a Assembléia Legislativa na época sediada no prédio, hoje ocupado pela Câmara de Vereadores de Curitiba localizado na Rua Barão do Rio Branco, e estenografar discursos lá proferidos pelos deputados, em geral, excelentes oradores. Felizmente trabalhei por pouco tempo. Após o golpe de Estado de 1937, foram fechadas todas Assembléias legislativas do país. Iniciou-se, porém, uma íntima e sincera amizade que haveria de perdurar até o fim de sua vida.

Sendo testemunha bem chegada de sua brilhante carreira no magistério e no exercício da profissão posso depor com conhecimento de causa, em nome de minha geração que se beneficiou de seus ensinamentos teóricos e práticos transmitidos com aquele poder de síntese que resultava da clareza de sua palavra a serviço de uma grande cultura.

A austeridade era-lhe uma forma de respeito por todos, grandes e pequenos, ricos ou pobres; a simplicidade um meio de comunicação com o estudante.

Conhecendo e falando com irrefragável experiência, Erasto elevou a cátedra a esplêndida culminância mantendo a tradição de bom conceito da escola do Prof. Goes Filho seu mestre e, pode-se dizer que, pela ação que o seu ensino exerceu, nos seus vinte anos de professor, verdadeiramente representou uma época na medicina e no magistério superior no Paraná.

INSTITUTO DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARANÁ

O Instituto de Medicina e Cirurgia, hospital tradicional de nossa Capital — foi fundado por Erasto Gaertner em 1932. É um dos mais tradicionais e dos mais antigos de Curitiba, pois na época de sua fundação os únicos hospitais de iniciativa privada existentes na cidade eram o do D. Jorge Meyer, localizado na Rua São Francisco e do Dr. Leuenberger no alto da Rua XV de Novembro, esquina da Ubaldino do Amaral. O Instituto, como é conhecido, funcionou até 1939 em casarões adaptados, primeiro na Rua Vicente Machado e depois na Praça do Ventura — Senador Correia — da antiga rodoviária onde se localiza hoje a Igreja Nossa Senhora de Guadalupe. A antiga mansão — hoje demolida — adaptava-se bem a uma Casa de Saúde de porte pequeno. Possuía diversos quartos e uma sala de Cirurgia bem equipada.

Homem arrojado, não hesitava, mestre Erasto em adquirir os melhores equipamentos indispensáveis à prática da Cirurgia, todavia, sendo pessoa que sonhava alto mas com os pés na terra, aspirava construir um hospital próprio, moderno, de porte médio para atendimento de doentes, cujo número crescia com a explosão demográfica da cidade. Foi nessa época, ano de 1937, que ingressei na clínica da velha mansão da praça da Ventura e na qual iniciei o meu aprendizado prático de cirurgia. Outros dois colegas de turma, Antero Sady Pizzato e Aldinar dos Santos Ribeiro ingressaram nessa mesma época na Sociedade organizada por Erasto. Em 1938 foi iniciada a Construção do Instituto de Medicina, por ele projetado, no alto da Rua XV, à Rua Ubaldino do Amaral, em frente ao Hospital de Isolamento do Departamento de Saúde Pública. Inaugurado em junho de 1939 o Instituto era considerado um grande e luxuoso hospital. Edificado num terreno de mais de 4000 metros quadrados foi dotado de Centro Cirúrgico com três salas de operações, apartamentos, quartos de classe A, B e C para atendimento de todas as classes de doentes.

Importante assinalar que o Hospital possuía uma sala de Reuniões, com Biblioteca, e equipamentos médicos os mais modernos da época. Destaca-se porém, como iniciativa especial de seu idealizador a Sessão de Radioterapia, onde nasceu

a primeira clínica para tratamento dos tumores em geral e do Câncer no Paraná.

Erasto, de longa data, preocupava-se com o problema do tratamento do Câncer que era, em nosso meio, na década de trinta, muito precário. Os hospitais não dispunham de aparelhos de Roentgenterapia nem de Radium e nem mesmo de eletrocirurgia ou laboratórios de anatomia patológica.

Na entrevista que concedeu ao jornal "O Dia" Erasto Gaertner deu o primeiro grito de alarme ao afirmar que a luta contra o Câncer era um problema social. Homem de visão, habilidoso na escolha dos homens certos para os lugares certos, convidou A. Sady Pizzato para dirigir a clínica de Tumores do Instituto. Foi uma escolha das mais acertadas, pois dadas as características da personalidade de Sady Pizzatto estava a clínica fadada a ter um futuro promissor como o tempo veio a demonstrar. Sady Pizzatto é profissional que se sobressai pela ponderação, tranquilidade, pertinácia e meticulosidade no trabalho. Sem um profissional com esses atributos teria sido impossível a continuidade, com progresso crescente, do combate ao Câncer em nosso Estado dentro das estritas normas de caracter científico. Com toda justiça assinalo que depois do idealizador da luta contra o Câncer em nosso Estado, foi Sady Pizzato o médico pioneiro que, com sua dedicação, trabalho e competência viabilizou, o combate ao Câncer em nosso meio. Muitas foram as realizações que resultaram de seu trabalho e que culminaram na construção do Hospital do Câncer Erasto Gaertner, hoje magnífica realidade, considerado pela crítica um dos melhores hospitais do Brasil no tratamento do Câncer.

Foi no Instituto de Medicina que nasceu em 1939 a idéia e se iniciou o tratamento eficiente e moderno do Câncer.

LIGA PARANAENSE DE COMBATE AO CÂNCER

Em março (8/3) de 1947 durante a primeira reunião ordinária do Centro Médico do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná, sob a presidência do professor Erasto, foi fundada a Liga Paranaense de Combate ao Câncer destinada a enfrentar o problema sob seus múltiplos aspectos.

Presentes à Assembléia, foram seus fundadores: Erasto

Gaertner, Duilio Calderari, Dante Luiz Junior, Antero Sady Pizzato, Ernani Simas Alves, Armando da Cunha Tramujas, Alvir Brambilla Zilli, David Augusto Ramos Filho, Homero Gasparello, Milton Ferreira de Amaral, Clovis Hartenthal, Pedro Schleder, Bogdano Kobylanski, Alcidio Bortolin e Hamilton Calderari Leal.

Na palavra de José Pereira de Macedo, marcou essa singela solenidade “uma etapa vencida no serviço de Combate ao Câncer — a da criação de uma entidade social científica e filontrópica gerada pela ação abnegada de um pequeno grupo de profissionais da medicina, inspirada e orientada pela alta visão do espírito superior de Erasto Gaertner”. Desse dia memorável em diante vieram reunir-se ao grupo pioneiro outros médicos e alguns homens dotados de espírito público e de profissões diversas para trabalhar no Combate ao Câncer. A Liga Paranaense de Combate ao Câncer há longos anos já vivia na alma dos médicos do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná. Antero Sady Pizzato que havia feito dois cursos de especialização no Serviço de Câncer de Buenos Aires, Argentina, na época um dos mais reputados na especialidade na América do Sul, já vinha dirigindo desde 1939 a clínica de tumores, na qual os doentes cancerosos, principalmente os pobres eram tratados carinhosa e gratuitamente. Em 5 de Outubro do ano de sua criação foi eleita a primeira Diretoria para o período de 1947 — 1952, assim Constituía:

Presidente	—	Dr. Antero Sady Pizzatto
1.º Vice-Presidente	—	Dr. Duilio Calderari
2.º Vice-Presidente	—	Sr. Rermano Machado
Secretário Geral	—	Dr. Ernani Simas Alves
Secretário Interno	—	Dr. Evaldo Guimarães Viana
Tesoureiro	—	Sr. Ari Campanhelo

A primeira diretoria coube a fase mais árdua da organização da Liga, que não obstante o auxílio precioso do Instituto de Medicina, era, ainda, um organismo amorfo, cujas peças estavam por se desenvolver para cumprir a árdua missão a que se destinava. A tudo a operosa administração Pizzatto inspirada pelo Professor Erasto, atendeu com zelo e tato admiráveis. Ao terminar a profícua gestão da primeira Diretoria, em 1952 estava a Liga praticamente consolidada. Na Segunda Diretoria,

o Prof. Erasto, então prefeito da Cidade de Curitiba fez doação à Liga de um magnífico terreno no Cajuru em 2 de Janeiro de 1952, como reza a Lei Municipal n.º 435 e a escritura pública de 13 de Março de 1953 para a construção do seu hospital. Lamentavelmente, o Prof. Erasto Gaertner faleceu, inesperadamente, no dia 19 de Maio de 1953.

Sua morte, porém, não impediu que o sonho de Construção do Hospital do Câncer terminasse.

Esse sonho tornou-se realidade e a 11 de junho de 1955 foi lançada sua pedra fundamental que a Assembléia Geral Ordinária, da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, por unanimidade de votos, em 27 de Abril de 1955, resolveu denominar de Hospital Erasto Gaertner. Nos subsídios para a história da Liga Paranaense de Combate ao Câncer, escrita pelo Professor José Pereira de Macedo, destaca o autor que "em sua curta mas profícua gestão, Erasto Gaertner, teve a valiosa colaboração dos seus companheiros de Diretoria — 1.º Vice Presidente, Dr. Armando de Cunha Tramujes, 2.º Vice-Presidente Sr. José Luiz Demeteco, Secretário Geral, Dr. Rubens Walbach, Secretário interino, Dr. Evaldo Guimarães Viana e Tesoureiro Sr. Manoel Claro Alves. Digno de menção, também, é assinalar o papel que desempenhou a Rede Feminina de Combate ao Câncer, fundada e instalada em 18 de Março de 1954.

Destacou-se nessa iniciativa a Exma. Sra. D.ª Anita Merhy Gaertner viúva do professor Erasto e D.ª Edite Pizzatto esposa de Antero Sady Pizzatto, esta ainda ativa na sua generosa missão de colher fundos para a construção e depois manutenção do Hospital Erasto Gaertner.

Depois do falecimento de Erasto Gaertner assumiu a presidência da Liga o primeiro vice-presidente, Armando da Cunha Tramujas. Segundo o depoimento que colhi de Sady Pizzatto, Armando Tramujas teve destacada atuação na presidência da entidade, trabalhando com dedicação e desinteresse, muitas vezes com prejuízo de seus interesses particulares, demonstrando raro idealismo; seguindo assim, os passos daqueles que tanto deram de si para concretizar o sonho de dotar o Paraná de um Hospital destinado ao tratamento do Câncer.

O POLÍTICO, O ADMINISTRADOR E O HOMEM DE CULTURA

Apoixonado pela política, frequentava assiduamente, as rodas de Café da Rua XV de Novembro, onde reunia-se às facções de políticos, ocasião em que eram discutidos problemas de política local, nacional e internacional. Analisava, com profundo senso crítico as ações administrativas de nossos dirigentes, não poupando-os pelos seus erros, reconhecendo, porém, os acertos até mesmo em seus adversários.

Político dinâmico elegeu-se em 1934 deputado Estadual pela U.D.N., sendo o mais votado de todo o Paraná. Seu mandato foi extinto em 1937 pelo Golpe de Estado.

Foi um dos fundadores da União Democrática Nacional. Em 1945 foi eleito deputado Federal para a Assembléia Nacional Constituinte.

Deputado dos mais eficientes colaborou ativamente na elaboração da Constituição Federal de 18 de Setembro de 1946.

Pelo seu grande idealismo, sua lealdade, coerência e firmeza foi logo reconhecido como líder incontestado, de qualidades parlamentares que o colocaram em evidência, tanto em plenário como na Comissão de Educação e Cultura da qual foi presidente e na qual figuravam eminentes políticos de outros estados como: Raul Pilla defensor do parlamentarismo, Pedro Vergara, Bení Carvalho, Walfrido Gurgel, Eurico de Aguiar Sales e outros. Defendeu ardorosamente com outros políticos ilustres de nosso Estado, destacadamente Bento Munhoz da Rocha Neto, José Munhoz de Mello, Lauro Lopes e com toda a bancada paranaense o retorno do Território do Iguaçu ao Paraná injustamente privado de tão rica região.

Em virtude de notícias que circulavam sobre irregularidades e corrupção no Departamento Nacional do Café, requereu a

abertura de inquérito e presidiu a Comissão que se encarregou de apurar os fatos.

Sobre os trabalhos efetuados e as conclusões a que chegou a Comissão, deixou longo e precioso relatório.

Idealizou e criou a "Mútua Parlamentar" destinada a garantir, mediante contribuição de cada deputado, um pecúlio destinado às viúvas dos Congressistas.

Tal foi o sucesso da iniciativa que a organização existe até hoje e dela fazem parte não somente deputados e senadores até os jornalistas credenciados junto ao Congresso Nacional, funcionários da Câmara e do Senado, ex-deputados e ex-senadores.

Terminado seu mandato retornou ao Paraná e passou a ocupar no Governo de Bento Munhoz da Rocha Neto a pasta da Secretaria de Estado dos Negócios da Fazenda, cargo no qual evidenciou suas grandes qualidades de homem público, e ampla visão de administrador equilibrando as finanças do Estado.

Nomeado Prefeito da Cidade de Curitiba tomou posse a 3 de Outubro de 1951. A frente do Governo da cidade desenvolveu, em curto lapso de tempo, numerosas e profícuas atividades. Mercê de sua estupenda capacidade de trabalho e de sua ampla visão de administrador, realizou em tempo recorde vasto plano de modernização e urbanização da cidade.

Em apenas dezessete (17) meses de administração reasfaltou a Rua Barão do Rio Branco deteriorada pelo uso e falta de conservação e, calçou a Rua João Negrão, terminando com as enchentes periódicas; entregou ao tráfego público asfaltadas, as seguintes importantes avenidas: República Argentina, Cajuru, Mateus Leme, e Nossa Senhora da Luz, hoje com toda justiça denominada Avenida Erasto Gaertner.

Foi o primeiro a fazer o levantamento aéro-fotogramétrico da cidade e realizou numerosas outras obras importantes que atestam sua visão de homem público.

Muito mais, certamente, teria feito pela sua cidade e seu Estado não fosse surpreendido pela morte, no pleno exercício de suas funções. Seu desaparecimento ocorrido a 19 de Maio de 1953 aos 53 anos de idade, causou o mais profundo pesar na

comunidade Curitibana que lhe prestou, nas cerimônias fúnebres, uma das mais consagradoras homenagens jamais prestadas a um político e a um administrador. Foi um prefeito que amou sua cidade e seu povo.

Em tantas qualidades superiores que ornavam sua personalidade seria difícil decidir a qual delas o primado.

Talvez, arriscaríamos dizer: seu segredo consistia em trabalhar com uma visão que descortinava o futuro sem titubear diante das críticas e acima das vaidades pessoais.

Não lhe faltava, também, a grandeza humana, a sinceridade e a fidelidade de amigo leal, qualidades que exaltavam ainda mais sua personalidade inconfundível.

"O Estado do Paraná" em seu editorial de 20 de maio de 1953, sob o título, de "Cidadão Benemérito", prestou-lhe esta sentida homenagem:

CIDADÃO BENEMÉRITO

Perda irreparável para a sociedade curitibana, que o tinha como um dos seus mais distintos membros ; perda irreparável para o Paraná, em cuja defesa sua voz se alteou, sempre intemerata, das tribunas do Parlamento Nacional; perda irreparável para os círculos científicos do Estado, em cujo seio ele exerceu a medicina sempre como um verdadeiro sacerdócio; perda irreparável para o meio cultural paranaense, onde, na cátedra de uma das disciplinas da Faculdade de Medicina, que tanto ilustrou e enobrecceu, ajudou a projetar o Paraná como uma das unidades líderes da Federação no terreno do ensino universitário; perda irreparável para a cidade de Curitiba, cujos destinos vinha orientando com a proficiência e a sabedoria de um administrador emérito, a morte de Erasto Gaertner abriu uma lacuna difícil de ser preenchida em todos os setores da atividade humana no Paraná. Se em todos eles ficaram gravados traços indeleveis de sua atuação marcante, quer na regência de uma cátedra universitária, quer no desempenho das suas funções de facultativo, quer

no cumprimento dos mandatos legislativos que recebeu, ousamos, porém, asseverar que onde mais se sobressaiu o engenho de sua personalidade polimorfa foi no exercício da pública administração de Curitiba. /

Em sua gestão à frente da Prefeitura da Capital, cujo orçamento assustava aos mais otimistas, com problemas quase todos por resolver, o professor Erasto Gaertner, em pouco mais de um ano de trabalho, fez por Curitiba o que, há trinta anos, os anteriores prefeitos julgavam não ser possível fazer. Deve-lhe a cidade, assim, uma soma de inestimáveis serviços, marcados por obras que a posteridade há de somar como as mais notáveis realizadas por Curitiba. E no momento em que a morte o apanhou, preparava-se para inaugurar a pavimentação asfáltica do Bacacheri, o mais impressionante de todos os seus feitos, pelos característicos de perfeição e rapidez de que está revestido.

/ Chorado por todos os curitibanos, o seu desaparecimento constituiu-se numa trágica e dolorosa surpresa. E o tributo da gratidão do povo de Curitiba ao seu maior prefeito foi a apoteótica consagração de seu cortejo fúnebre. Acorreu Curitiba à sua residência e ao Paço da Liberdade, para, em genuflexo, render a derradeira homenagem aquele de quem tantos benefícios recebera. Erasto Gaertner cumpriu a sua missão na Terra. /

Sua visão e seu talento favoreceram setores da vida coletiva. Ocupou diversos cargos públicos nos quais deixou o traço indelével de sua passagem. Foi diretor do Departamento Médico Legal do Estado do Paraná, do Leprosário São Roque e do Instituto de Medicina, seu querido hospital. A todos dedicou o melhor de si mesmo demonstrando amor à coisa pública, atividade construtora e visão superior dos complexos problemas sociais.

O ORADOR E PAI DE FAMÍLIA

Homem dos mais eminentes de sua época, Erasto Gaertner manteve durante toda sua vida discreta modestia recebendo constrangido as homenagens que se lhe prestava.

Nunca se envaideceu de seus triunfos todos eles alcançados com grande esforço e dedicação ao trabalho.

Possuindo acentuado espírito público, sua curta, mas proveitosa vida, caracterizou-se pelo cumprimento rigoroso e constante de seus deveres para com a pátria, a sociedade e à família.

Orador temido e combativo notabilizou-se nas tribunas parlamentares honrando os mandatos populares recebidos através do voto. Conhecedor dos segredos do vernáculo era escritor de mérito e magnífico intelectual. Militou na Imprensa, redatoriu jornais, escreveu em colunas sobre variados setores da cultura científica, literária e artística.

Homem autêntico, de sua vida construtiva poder-se-á colher preciosos ensinamentos de comportamento moral, amor ao próximo, compreensão e forma de se conduzir face aos complexos problemas humanos. Seus amigos, seus clientes, seus colegas e principalmente seus familiares jamais o esquecerão. Foi, apesar de sua vida intensa um exemplar chefe de família. De todas as virtudes que ornavam sua fascinante personalidade o amor pela família vinha em primeiro lugar. Casado com D. Anita Merhy Gaertner, já falecida, dama estimada pela sociedade paranaense, ao bem da qual dedicou toda sua vida, que pugnou ao seu lado na luta contra o Câncer e, prosseguiu, após a sua morte, a frente de duas grandes instituições que se consagraram no Hospital Erasto Gaertner — a Liga Paranaense e a Rede Feminina de Combate ao Câncer. São filhas do ilustre casal — D. Beatriz Gaertner Lacerda Pinto, esposa do Prof. Gaspar

Lacerda Pinto, do qual descendem Maria Inês, casada com o Dr. Reinaldo Newmann e Maria Cecília e D.^a Balkiss Gaertner Moreira Garcez, viúva do médico conterrâneo, Bernardo Moreira Garcez Filho, genitores do Dr. Bernardo Moreira Garcez Neto, Promotor Público no Rio de Janeiro e do Bioquímico Claudio Gaertner Moreira Garcez.

E como encontrar explicação para uma vida social, cultural e familiar tão harmoniosa, para o seu sucesso como cirurgião e a perfeição do seu professorado? Só encontramos resposta, em sua inteligência privilegiada que se revelava no método, na clareza, no uso de propriedade de termos, na sua elegância natural, no aticismo de sua linguagem, nas convicções e em sua conduta ética que revelavam seu grande carácter e as galas superiores dos grandes mestres que justificam e explicam um destino fecundo. Ele amava as verdades insofismáveis, as doutrinas sólidas e imprimia às suas lições uma segurança e uma seriedade inatacáveis, inimigo que era da ciência das modas e novidades incomprovadas nascidas em um dia e mortas no outro. Era também, muitas vezes severo ou até intolerante, sem nunca ser cruel, nas observações com que sua aguda psicologia fazia em estilo meio irônico, meio cáustico ao analisar homens e fatos. Como falava, com o mesmo primor escrevia e, na beleza do estilo dava singular graça de expressão.

Por isso assumia liderança nos círculos em que convivia.

No Rotary, afirmou-se entre seus pares no ideal de servir, ocupando a presidência, de seu clube, decorrência de seu espírito combativo e de sua liderança.

Em todas suas atividades cumpria a sua missão com rigor e bondade.

Viveu a vida de um grande homem conforme a imagem que nos legou Carlyle: "um grande homem é como uma centelha que riscando o espaço baixa fulgurante sobre a massa amorfa dos outros homens".

De Sá Barreto, de Academia Paranaense de Letras, traçou com fidelidade o perfil de Erasto em alguns tópicos indelévels, na Revista "Rumo Paranaense" de Agosto de 1977. Eis a seguir transcritas as páginas que retratam e exalçam a sua lembrança,

com limpidez, pureza e sinceridade, saídas das mãos acadêmicas de Sá Barreto:

ERASTO, em alguns tópicos indelévels...

"Fui, como dos que fruiram da saudosa intimidade de Erasto Gaertner, objetivando exemplificar suas invulgares virtudes de homem público, o primeiro a assinalar, em crônica escrita recordando-lhe a data da prematura morte, seu admirável despreendimento ao anuir, sem relutâncias, na troca de posto em que todos o procuravam de chapéu na mão, por outro em que os papéis se invertiam.

Referia-me, então, à ida para a chefia da Prefeitura da Capital, deixando a alta, importante e cobiçada Secretaria da Fazenda, no Executivo estadual, simplesmente para como sincero integrante da coligação política vigente, emprestar sua decidida e valiosa cooperação onde ela fosse reclamada e, em especial, afastar quaisquer possíveis problemas àquela mesma coligação.

Não é que o fato implicasse em demérito de atividades administrativas, pois ao tempo o Governo da cidade, pela hierarquia, se não era mais elevado que o de Secretário de Estado, a este se equiparava.

Erasto, porém, como um dos "gros-bonnets" da UDN local, era político militante com longuíssima folha de serviços, de lutas e de ingentes sacrifícios sempre prestados na primeira linha à oposição e, desde que iriam caber, na situação dominante, pelas alianças estabelecidas, posições compensadoras a diversos representantes partidários, a nem um outro que não a ele, a pasta das finanças estaria indicada com mais justiça e mais acerto na escolha.

A Municipalidade na época, dado o regime de incontável transitoriedade de ocupantes do Paço Municipal, — herança ditatorial, — dos quais, muitos chegavam a nem sequer "esquentar a cadeira", sofria, na sua contextura político-administrativa, arrasador impacto que lhe abalava os fundamentos, principal-

mente no tocante às finanças e à economia, o que a desprestigiava, sobretudo, tornando-a dentro do organismo público estatal, poder praticamente desmoralizado, de cuja existência o vital princípio de autoridades já se considerava autêntico mito.

O denodado paranaense, não obstante, fazendo ouvidos moucos às advertências dos amigos mais próximos, aprestou-se sem vacilações para a ingrata tarefa e, mercê da sua estupenda capacidade de trabalho, da sua ampla visão de administrador e do seu acendrado amor às grandes causas, arrostando com todas as vicissitudes do cargo e da empreitada, pode desde logo, em tempo recorde, como Prefeito de Curitiba, realizar o que, sem dúvida alguma, foi quase que um verdadeiro milagre.

Não só não pretendo como nem cabe aqui pormenorizar e comprovar os fatos de sua administração, mas quero, apenas e bem à vontade, proclamar que homens da têmpera de Erasto são raros.

E, nele, essa rareza se inteira ainda mais quando, se lhe perquirindo outras facetas da máscula individualidade, vamos descobri-lo, vindo de origens humildes, para galgar, embora a curta existência, desde os alvares da maturidade, relevante lugar na galeria dos mais renomados valores paranaenses.

É que Erasto Gaertner, estude-se-o quer como homem de ciência, como mestre no professorado, como político, como administrador, parlamentar, orador, intelectual, chefe de família, amigo, ou quer como simples cidadão, oferecerá, sempre, ângulos, atitudes e comportamentos modelares, que caracterizavam suas qualidades exponenciais.

Da medicina no Paraná, seja como clínico, seja como cirurgião cujas culminâncias alcançou, quando se escrever a história, um dos capítulos mais impressionantes será o que incontestavelmente lhe caberá, pois além da comprovada competência e maestria, redoiu-lhe sem cessar o espírito superior, a bondade de coração, a solidariedade humana, a índole

caritativa, que são o apanágio dos autênticos discípulos de Hipócrates.

Professor, foi na cátedra, simultaneamente, o mestre emérito e o simples colega mais adiantado das turmas.

Na política, pelo seu contagiante idealismo, pela sua lealdade, coerência e firmeza, desde logo, teve que ser reconhecido como um irresistível líder inato e não o houvesse ceifado tão cedo a morte, a mais alta magistratura do Estado teria sido das suas mais naturais e inapeláveis conquistas.

Na administração, a direção do leprosário 'São Roque,' o seu Instituto de Medicina e Cirurgia, a Secretaria da Fazenda e a Prefeitura da Capital, são os mananciais donde poder-se-á colher preciosos ensinamentos de ação construtiva, de moral inteiriça, amor ao próximo e à coisa pública, compreensão e esplêndida visão dos complexos problemas das coletividades.

O fino, convincente, combativo e temido orador que sempre o fora, mais ainda se notabilizou ao complementar-se nas tribunas parlamentares, honrando e dignificando, sem deslizes, os mandatos populares recebidos e a felicidade partidária.

Não podia, assim, deixar de ser e brilhantemente como o foi, magnífico intelectual, quem como Erasto conhecia todos os segredos do vernáculo e era, a par de escritor de escol, dono de rica cultura científica, artística e literária.

Seus familiares, seus amigos, seus companheiros e simples conhecidos, não esquecerão, nunca, o seu convívio e, lembrando-o sob esses prismas, guardá-lo-ão na memória, imperecivelmente, como paradigma de cidadão, de homem público, de chefe de família e de amigo, de irradiante simpatia, carinho, lhanza e simplicidade.

Como todo ser humano, cuja trajetória, pelos seus feitos muito acima do comum, não se pode pro-

jetar sem ser sob a observação, análise, comentário e crítica de seus semelhantes, de Erasto, ao contrário do que de Pasteur assinalou um seu arguto biógrafo, poder-se-á dizer que, procurando seu "ponto fraco", foi ele encontrado, pois se o sábio francês não o tinha, o de Erasto era típico: o prazer de servir.

Poucos como ele se inundavam do mais puro, reconfortante e espontâneo gozo espiritual, quando se lhe pedia qualquer coisa, quando percebia ou apenas suspeitava que podia ser útil.

Por isso mesmo, afirmou-se, sempre, entre seus pares no Rotary que o teve como Presidente, como companheiro cem por cento.

Por isso mesmo, também, conhecendo a fundo os dramas do sofrimento humano, foi pioneiro em nossa terra, para servir a seus pósteros, da altruística Liga Paranaense de Combate ao Câncer, dentre cujas finalidades, mais tarde e como prêmio às incansáveis campanhas em que, com estimulantes ajudas, sempre se empenhou sua abnegada esposa e continuadora, Anita Merhy Gaertner, surgiu esse portento da nossa rede de nosocômios que é, hoje, o hospital para cancerosos no Capanema e que, levando o nome de seu idealizador, o de Erasto Gaertner, perpetua-lhe a benemérita memória.

Não faz ainda um quarto de século do desaparecimento de Erasto, praticamente imolado ao amor ao trabalho, em pleno desempenho de suas funções.

Sua vida e suas obras devem estar, nítidas, na recordação de todo o Paraná, como palpitante deve estar, no coração dos curitibanos, a enorme saudade de tão notável quanto querido conterrâneo.

Nunca, porém, nos dias que correm, a lembrança de um homem se recomenda tanto.

Os caminhos estão se tornando cada vez mais escuros, tortuosos e desnordeantes.

As bússolas do momento não inspiram confiança.

Erasto, pela nobreza do seu caráter e pela formosura dos exemplos deixados, pode indicar o rumo de que tanto se carece.

Vale tentar esse rumo, à intensa claridade da luz que o seu espírito espalhou!"

Conscio de sua superioridade, exaltava as qualidades de seus colaboradores sem ter receio de ser eclipsado ou de ser superado por algum de seus discípulos. Por esse motivo ganhou respeito e admiração de seus colegas de trabalho. Pelo seu mérito conquistou dignidades, obteve títulos e honrarias com toda justiça. Como professor participou de bancas examinadoras em outras Universidades brasileiras. Convidado tornou-se Membro do Colégio Brasileiro de Cirurgiões entidade que somente acolhe para seus sócios os cirurgiões mais eminentes do país. Membro da Associação Argentina de Cirurgia seu prestígio como cirurgião, ultrapassou as fronteiras de nosso Estado e do próprio Brasil. Era, realmente, um homem de qualidades excepcionais, de formação superior que honrou e dignificou, como poucos a profissão que abraçou. Assim viveu Erasto Gaertner, combatendo o bom combate, cumprindo até o fim sua grande missão. Felizes e bem aventurados os que morrem como ele com a consciência tranqüila de haverem cumprido, até o fim com o seu dever.

OUTRAS INICIATIVAS CULTURAIS

Seu amor pela cultura, notadamente a médico científica, foi notória.

A par de suas atividades culturais tão variadas, destacou-se como incentivador e difusão da cultura médico-cirúrgica especializada.

Criou o Centro Médico de Estudos do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná.

Fundou a Revista "Arquivos do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná", dedicada a publicação de trabalhos médicos cirúrgicos originais.

Lutador incansável como Professor da Faculdade de Medicina, desde os primórdios de sua missão na cátedra, previa a

importância da cultura e do ensino técnico na formação de nosso povo. Proclamava que às coletividades conscientes, às elites culturais está afeta a orientação, progresso e desenvolvimento dos povos. A formação de uma elite cultural consciente somente se consegue por meio da excelência do ensino em Escolas bem aparelhadas na qual os professores possam se dedicar exclusivamente à missão de ensinar. Esse era o pensamento que movia o idealismo de Erasto Gaertner na sua luta pela restauração da Universidade do Paraná. Antes de ser eleito representante do povo do Paraná à Assembléia Nacional Constituinte pela oposição, estabeleceu o seu programa: lutar pela melhoria do ensino universitário," conseguir recursos para agrupar os cursos componentes do ensino superior do Paraná e, concretizar um velho sonho paranaense: restaurar a Universidade do Paraná.

Espírito dinâmico e incansável, trouxe ao Paraná o Ministro da Educação, Ernesto de Souza Campos e dessa visita, que se tornou histórica, colheu o nosso Estado a mais retumbante vitória: a restauração da Universidade do Paraná ocorrida no dia 1.º de Abril de 1946, em memorável Assembléia Universitária.

Comemorando a grande conquista cultural os Arquivos do Instituto de Medicina congratulou-se com a Universidade do Paraná por essa vitória que mais representou uma vitória do povo do Paraná o grande beneficiário dessa conquista.

BIBLIOGRAFIA

- # Opera Omnia

BIBLIOGRAFIA

- 1925 — Das incisões da parede Abdominal
Tese de doutoramento — Empresa gráfica Editora — Rio de Janeiro
- 1926 — Transfusão de Sangue
Tese de Concurso Docencia Livre — A. Frattini e Cia. — Curitiba
- 1929 — Desordens Nervosas e Psichicas no puerperio
Tese ao Concurso à Cáthedra — Empresa Gráfica Paranaense — Curitiba
- 1929 — Reflexões em torno da infecção puerperal e da drenagem tubular metálica — Tese ao Concurso à Cáthedra — Officinas da Empresa Gráfica Paranaense — Curitiba
- 1932 — Ferida incisa do Perineo
Rev. Med. Paraná ano 1 n.º 1
- 1932 — Estado Actual da Campanha Anti-leprotica no Paraná
Rev. Med. Paraná — ano 1 n.º 4
- 1936 — Oração de Paraninfo
(Separata)
- 1941 — Denervação Renal
Rev. Med. do Paraná ano X n.º 3
- 1943 — O tratamento Cirúrgico ideal dos Aneurismas
Arq. Inst. Medicina e Cirurgia do Paraná — vol. 1 n.º 1
- 1943 — Corpo Estranho no Duodeno
Arq. Inst. Medicina e Cirurgia do Paraná — vol. 1 n.º 1
- 1944 — Etio-Patogenia do Câncer Prostático
São Paulo Médico (Separata)
- 1944 — Fleimão Perinéfrico
Arq. Inst. Medicina e Cirurgia do Paraná vol. 2 n.º 2
- 1944 — Câncer da Próstata
Arq. Inst. Med. Cirurgia do Paraná vol. 2 n.º 2
- 1944 — Oração de Paraninfo
Arq. Inst. Medicina e Cirurgia do Paraná vol. 2 n.º 2
- 1945 — Dilatação Cística do Coledóco — Endocolendocorrafia — Cura
Arq. Inst. Medicina e Cirurgia do Paraná vol. 3 1945-1946
- 1947 — Alguns Aspéctos da Cirurgia Arterial
Rev. Bras. de Cirurgia (Separata)

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO

T H E S E

DE DOUTORAMENTO

Apresentada á

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

EM 31 DE OUTUBRO DE 1925, PARA SER DEFENDIDA POR

ERASTO GAERTNER

NATURAL DO ESTADO DO PARANÁ

Filho legitimo de Luiz Gaertner e de D. Tertulina Gaertner

Das incisões na parede abdominal

CADEIRA DE MEDICINA OPERATORIA

EMPRESA GRAPHICA EDITORA

PAULO, PONGETTI & CIA.

Avenida Mem de Sá, 67 e 78

RIO DE JANEIRO — 1925

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Director — Dr. Juvenil da Rocha Vaz

Vice-Director — Dr. Antonio Pacheco Leão

Secretario — Dr. Eugenio do Espírito Santos de Menezes

Sub-Secretario — Dr. Carlos Augusto de Brito e Silva

PROFESSORES CATHEDRATICOS

DRS:

Francisco Lafayette Rodrigues Pereira	Physica
José de Carvalho Del Vecchio	Clinica geral e mineral, organica e biologica
Antonio Pacheco Leão	Biologia geral e Parasitologia
	Anatomia humana
Ernani Carlos de Menezes Pinto	Histologia
Oscar Frederico de Souza	Physiologia
Bruno Alvares da Silva Lobo	Microbiologia
Pedro Augusto Pinto	Pharmacologia e arte de formular
Agenor Guimarães Porto	Therapeutica
Francisco Pinheiro Guimarães	Pathologia Geral
Raul Leitão da Cunha	Pathologia cirurgica, Path. medica
	Anatomia e physiologia pathologicas
João Benjamin Ferreira Baptista	Medicina Operatoria
Julio Afranio Peixoto	Hygiene
Henrique Tanner de Abreu	Medicina legal
Oswaldo Coelho de Oliveira	Clinica medica (1.ª cadeira)
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica (2.ª cadeira)
Miguel de Oliveira Couto	Clinica medica (3.ª cadeira)
Aloysio de Castro	Clinica medica (4.ª cadeira)
Juvenil da Rocha Vaz	Clinica Medica Propedeutica
Augusto Brandão Filho	Clinica cirurgica (1.ª cadeira)
Alcindo de Figueiredo Baena	Clinica cirurgica (2.ª cadeira)
Augusto Paulino Soares de Souza	Clinica cirurgica (3.ª cadeira)
Fernando Augusto Ribeiro de Magalhães	Clinica Obstetrica
	Obstetricia
Augusto de Souza Brandão	Clinica gynecologica
José Antonio de Abreu Fialho	Clinica opthalmologica
João Marinho de Azevedo	Clinica oto-rhino-laryngologica
Luiz do Nascimento Gurgel	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedica
Antonio Benevides Barboza Vianna	Clinica dermatologica e syphillographica
Antonio Austregesilo Rodrigues Lima	Clinica neurologica
Henrique de Brito Belfort Roxo	Clinica psychiatrica
Alfredo Antonio de Andrade	Chimica analytica
Carlos Ribeiro Justiano das Chagas	Medicina Tropical

PROFESSORES SUBSTITUTOS

DR.:

6.ª "	— Alvaro Ozorio de Almeida
7.ª "	— Mauricio Campos de Medeiros
8.ª "	— José de Moura Muniz
9.ª "	— Renato Guimarães de Souza Lopes
14.ª "	— José Thomaz Nabuco de Gouvêa
15.ª "	— Luiz Pedro Barbosa
17.ª "	— Octavio do Rego Lopes
18.ª "	— Francisco Eiras
19.ª "	— Faustino Esposel
20.ª "	— Adelino da Silva Pinto — Chimica analytica

PROFESSORES CATHEDRATICOS JUBILADOS

DR.:

Benjamin Franklin Ramiz Galvão	Pathologia e Zoologia medicas
Marcos Bezerra Cavalcante	Clinica cirurgica (2.ª cadeira)
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene
Augusto Brant Paes Leme	Clinica cirurgica (3.ª cadeira)
Antonio Maria Teixeira	Pharmacologia e arte de formular

PROFESSORES CATHEDRATICOS EM DISPONIBILIDADE

Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Fernando Terra
Pedro Severiano de Magalhães	Antonio Sattamini
Antonio Dias de Barros	Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
Luiz Antonio da Silva Santos	

PREAMBULO

É uma velha praxe, entre os que acalentamos o objectivo da defesa da these, o começarmos, ao dealbar do penultimo anno do curso medico, a cogitar sobre o assumpto da proposição.

São assumptos sobre assumptos que se nos amontoam aos olhos, enquanto nos tornamos perplexos nessa escolha, num anseio nervoso, proprio da vaidade moça, de estudarmos todas as theses ao mesmo tempo. E nessa duvida, em meio dessa ansiedade, transcorre-nos o anno todo, para, no fim do outro, á ultima hora, optarmos por outro assumpto que, no final das contas, não é nenhum dos que primeiro se nos apresentaram.

É o que com todos sóe acontecer, e foi o que comnosco tambem aconteceu. Depois de termos borboleteado sobre uma lista infindavel de temas sobre technica cirurgica, deixavamos para o lado o que iniciaramos, para adoptarmos outro que nos parecia menos conhecido, mais original e menos facil. Todavia, fomos sempre coherente, quando nos não afastámos dos domínios da cirurgia, que, do convivio intenso, durante tres annos, por nós mantido na clinica do Professor Domingos de Góes Filho, com esse ramo do curso medico, foi que bem comprehendemos a importancia cada vez maior, que se vem imprimindo á cirurgia em geral e, muito especialmente, á cirurgia abdominal.

E foi tambem, com extremo interesse, que no 5.º anno, nos dedicámos ao estudo da technica operatoria, onde pudemos aferir do valor positivo que tem o conhecimento da Anatomia para o cirurgião, que della se não póde jámais afastar, a menos que se proponha incorrer nos accidentes perigosissimos que tal ignorancia póde occasionar.

Da importancia das incisões apenas lembramos que ellas constituem o tempo primeiro, inicial, da operação e que, por

isso mesmo, dellas póde depender muitas vezes o bom ou mau exito da intervenção.

A complexidade da Anatomia do abdomem, parede e cavidade, em particular na disposição visceral, torna, realmente, difficil o accesso exacto a determinados órgãos, a ponto de poder dizer-se que, sem uma incisão bem reparada, traçada e executada, não é possível tal accesso.

É Moyniham quem diz, referindo-se ás incisões na parede abdominal "...it is yet adequately recognised that the steps in the making and in the repair of an abdominal wound are of the very greatest importance" (Abdominal operations).

Além disso, não raro, são as difficuldades do diagnostico que indicam tal ou qual processo, cada qual correspondendo a incisões determinadas.

Embaraços, ainda, de toda a ordem, encontra o pratico, em especial o desaffeito ao exercicio da especialidade, para a escolha do processo e, por assim dizer, da incisão que caiba a cada caso clinico particular.

Foi, pois, considerando tudo isso, que decidimos pela preferencia do assumpto, que ora constitue o objecto de nossa these inaugural.

Nosso era o proposito de fazer das incisões um estudo geral, o mais completo possivel, abordando especialmente a questão da respectiva systematização em funcção da logica e sob o criterio da didactica. Essa tarefa, porém, se nos fez demasiado grande para ser realizada agora, quando nos falham outros recursos e o tempo se nos mostra escasso, visto que ainda de todo não estamos desobrigado da carga de estudante.

Deliberámos por essa razão, restringir o nosso estudo das incisões ao campo limitado da parede abdominal.

Que se não veja neste trabalho qualquer ostentação de vaidade ou pretensão em avocar-lhe originalidade que é cousa que o tem pouca, si o tiver. Em lhe estando algum merito reservado, mais não será elle nem menos do que o nosso esforço de bem ou mal revelarmos, aos que nos julgarem, que não foram de todo desperdiçados os ensinamentos que nos

vieram, nesta idade academica, guiando para a lucta em prol da medicina e da cirurgia.

Cabem aqui as expressões da nosa gratidão ao Profesor Domingos de Goés Filho, que foi o orientador do nosso trabalho, como foi o orientador do nosso tirocinio na cirurgia.

Nelle se não sabe a quem mais render homenagens, si ao scientista abalizado, si ao artista capaz de executar e de crear no terreno da sua arte; si ao profissional ardoroso no sacerdocio da clinica, si ao mestre devotado no ensino da cirurgia.

CAPITULO I

HISTORICO

"On ne connait bien une science que lorsqu'on en sait l'histoire". — **Auguste Comte.**

A historia das incisões, nos não deve restar disso a menor duvida, é a historia da propria cirurgia, de que se constituem ellas o elemento inicial, o fundamento basico. Como sóe acontecer nos dominios da medicina, quando, no estudo de sua fonte originaria, se perde a gente nesse labyrintho escuro das edades prehistoricas, tambem nos dominios da cirurgia, quanto mais áquellas edades se remontam os estudiosos, mais sensiveis, quasi inextricaveis, se lhes antolham séries sobre séries de difficuldades. Dahi a quasi impossibilidade, principalmente em nosso mundo scientifico, onde escasseiam elementos para estudos dessa natureza, em se ir com desembaraço até ao fundo remoto dos tempos, até á infancia dos processos de "curar com as mãos", pesquisando o que foram então as incisões, isto é, o primeiro passo para o fim de se attingirem órgãos ou lesões, caracedoras da manobra curativa.

Pode-se, por isso tudo, bem imaginar o grau de surpresa, mesmo de espanto que, para a sciencia do seculo passado, originou o dr. Prunières, descobrindo authenticos craneos prehistoricos, com indicios evidentes de perfurações regulares, de exactissimas "janellas", demonstrativas de trepanações efficientes: umas trabalhadas "post-mortem", provavelmente para exercicios technicos; e outras executadas "intra-vitam", como prova de sobejo resultado, deducção a que se chega por via da cicatrização perfeita das bordas da ferida ossea, denunciadora, em certos casos, de longa sobrevivencia. Foi esse, sem duvida, um grande véu que se levantou de sobre o abysmo

mysterioso das éras remotissimas da cirurgia; mas não foi ainda tudo, porque até aqui não chegaram, ou pelo menos até agora se não encontraram, elementos que nos explicassem ou acontassem os pormenores da pratica cirurgica entre os nossos ancestraes.

Os que possuímos, representados por instrumentos, peças anatomicas e alguns documentos escriptos, unicas fontes que se nos legaram, por incompletos e falhos, pouco, muito pouco adiantam para a analyse das minucias e estudo dos detalhes, que é o que positivamente nos poderia ser util, para a averiguação historica das incisões desde as nossas éras primitivas.

Duas laparatomias disputam a prioridade historica: — a ovariectomia normal e a cesareana.

Suppõe-se que a ovariectomia normal tenha sido praticada na mais longinqua antiguidade, por ordem dos monarchas do oriente e mórmente dos reis da Lydia, para o effeito de prolongar a juventude das suas mulheres e tornal-as eunucas.

A operação cesareana tambem, por sua vez, vem da mais remota antiguidade. Já Numa Pompilio (600 annos antes de Christo), em sua **Lex Regia**, estabelecia: — “que se não enterrariam mulheres gravidas, antes da extracção do producto por uma incisão no ventre”. E a propria igreja catholica, para o effeito do baptismo “in extremis”, estabelecia identicos preceitos.

Dos egypcios, chaldeus e hindús, sabe-se praticaram intensamente a cirurgia, especializando-se no tratamento das fracturas, das luxações e das feridas de guerra. Pouca cousa, porém, ou quasi nada, nos ficou testemunhando o accesso ao abdomen para fim therapeutico.

Herodoto, que descreveu os embalsamamento, dá a entender date essa pratica da idade da pedra lascada, adiantando que uma faca de pedra era utilizada para abrir a parede abdominal, ao que succediam a retirada das visceras, a sua substituição por folhas, essencias e raizes e uma cuidadosa sutura.

Os chaldeus e semiticos, que exerceram tambem a cirurgia vinte seculos antes da éra christan, deixaram documentos, que bem revelam o seu progresso nas intervenções sobre os olhos

e sobre os membros, nada esclarecendo, todavia, si abordaram ou não os órgãos abdominaes.

A Biblia allude a alguns casos de applicação cirurgica entre os hebreus, cirurgia de todo tomada aos egypcios e babylo-nios, como a propria civilização que herdaram, contando-se, entre outras intervenções, as das circumcisiões do ritual, por isso mesmo communs, que eram feitas com facas de silex e já attestavam a sua cultura hygienica.

A cirurgia do Talmud, obra que data do segundo seculo christão, dá detalhes anatomicos relativos a órgãos e a visceras, o que deixa transparecer cultivaram elles a Anatomia, pela dissecação. Laparatomizaram, por consequencia, em cadaveres.

Os hindús deram grande impulso á cirurgia, de que foram os mais perfeitos praticantes na antiguidade. Cataractas, hernias, cystotomias perineaes, amputações e cesareanas, são operações que deixaram elles descriptas por de grande frequencia entre si. Laparatomizavam para cesareana, ao decerto pelo via mediana, mas não tentavam a talha hypogstrica para abordar a bexiga, por isso que procediam ás cystotomias atravez o perineo para a extracção dos calculos vesicaes.

Com os gregos e a partir de Hippocrates, foi que a cirurgia, como a medicina, tomou consideravel incremento, legando-nos enorme acervo da sciencia e da arte de curar. Homero já dava signal da grande cultura cirurgica do seu tempo, denunciando a gravidade das feridas penetrantes do abdomen.

Todos os tratados de Hippocrates, cheios de observações e ensinamentos, que ficaram para a posteridade, estão repletos de noções cirurgicas, muitas das quaes vieram e se mantêm incolumes até aos nossos dias, por isso que com o pae da madicina foi que a "arte de curar" principiou a tomar fóros de sciencia, mercê dos estudos da anatomia, tido pelos gregos em alto apreço.

O "Corpus" Hippocratico, que é o complexo da sabedoria grega, não mais considerado como o fructo do trabalho de um só mas de muitos collaboradores, encerra varias obras cirurgicas, nas quaes já se nota o effeito pratico do cunho verdadeiramente scientifico, então dado á arte de curar. Foram noções preciosissimas, diffundidas com as obras da collecção

hippocratica, as que primeiro ganharam o espirito da technica e valeram extraordinariamente aos cirurgiões gregos, cujo valor foi sempre respeitado.

O acervo todo, porém, da cirurgia dos gregos, minucioso em extremo na descripção de intervenções curativas, como incisões de abcessos, fistulas, operações de hemorrhoides, ablação de tumores, tratamento de feridas accidentaes e ulcerações, e principalmente, de redução de fracturas e luxações, nenhuma referencia faz á cirurgia abdominal, o que suggere duvidas quanto ao seu uso e pratica

Dos romanos é Celso quem nos transmite pela sua obra, apparecida sob Tiberio, isto é, nos primeiros seculos da era christã mais elementos sobre a cirurgia de sua época. Atravez a sua compilação, póde estabelecer-se a existencia em Alexandria, de escolas de Anatomia e Cirurgia, que bastante influiram na evolução scientifica pelos seus trabalhos e estudos.

Foi, por assim dizer, a primeira Universidade que existiu, a irradiadora da sciencia de Herophilo e Erasistrato cujas descobertas anatomicas, obtidas por meio das dissecções methodicas, constituiram o solido alicerce de toda a Anatomia. Accusados até de empregarem viviseccões, aquelles anatomistas difundiram sabios conhecimentos sobre a circulação chilifera do mesenterio e outros de maximo valor.

"De Re Medica", um dos livros de Celso, exclusivamente dedicado á cirurgia, diz do que foi o progresso que a respectiva technica realizou desde Hippicrates até ao começo da era de Christo.

Noções perfectas são ali explanadas sobre autoplastias e operações de hydrocele, varizes, hernias, extendendo-se ainda quanto á acção do cirurgião em presença das feridas penetrantes do abdomen. Recommenda Celso deitar os feridos no decubito dorsal com as coxas flexionadas; em se tratando de ferida pequena, aconselha o debridamento sufficiente, a lavagem dos intestinos com agua e oleo, caso estejam dessecados; a seguir manda que se afastem os labios da ferida, a dedo ou com o auxilio de ganchos, afim de se facilitar a redução das alças herniadas. Dá importancia á verificação do epiploon, aconselhando a resecção no caso de apresentar-se negro ou espha-

celado. Fornece, afinal, seguros ensinamentos sobre a maneira de suturar a parede. Na hypothese da ferida attingir o intestino, já se formulava ahi prognostico sombrio.

Na sua "Historia da Medicina", Leclerc faz remontar a Praxagoras a idéa de abrir o abdomen e até o intestino, para tratar o ileus. Hévin, que consultou Coelius Aurelianus, no texto onde está exposta a pratica de Praxagoras, demonstra que aquelle autor latino, devido á imprecisão da sua linguagem, não deixa concluir si a referida operação foi realmente praticada para ileus ou para hernia estrangulada.

Fr. Hoffmann e Barchusen, no entanto, asseguram, como Coelius que Praxagoras abria o abdomen, "acima do pubis" e incisava a seguir o intestino (rectum) e que, depois de evacuar as materias fecaes, refazia tudo com suturas.

É ainda Coelius Aurelianus quem diz que Erasistrato, nas doenças do figado (in fecerosis), incisava a pelle e os outros tegumetnos que recobrem o orgão e que assim aberto o ventre, applicava medicamentos sobre o proprio figado (De diuturnis, lib. III, cap. IV, Lugduni, 1566).

A obra de Galeno, tanto quanto a de Celso, dá noticias da evolução da cirurgia até aos primeiros seculos da éra christã. Si em Celso é a Anatomia a impulsionadora da sciencia medico cirurgica, em Galeno é a Physiologia que se torna sciencia experimental e efficiente para escudar novo e definitivo avanço. De Galeno promanam importantes conhecimentos sobre a cirurgia, sua contemporanea, cuja technica, tendo em muito excedido á de Celso, pouca cousa, todavia, revela sobre as intervenções no abdomen, então apenas realizadas para o tratamento das feridas penetrantes.

Archigenio, Antyllo e Heliodoro, que medeiam o periodo de Celso a Galeno, não podem tambem ser esquecidos, que muito se distinguiram nas novas conquistas introduzidas na technica operatoria. Do ultimo sabe-se que tratava as hernias pela cura cirurgica, com a incisão sobre o tumor e dissecação do sacco peritoneal, que era reseccado o mais alto possivel.

Dos romanos pouco se aproveita, emfim, para o nosso caso particular, que elles nada ou muito pouco trouxeram para a arte de curar, por isso que mais não foram que assimiladores

directos dos gregos, os verdadeiros creadores da cirurgia scientifica na antiquidade classica.

Fugidio passaremos por sobre as cirurgias bysantina, arabe e medieva, que nada offerecem de notavel para o nosso estudo, visto não terem ellas passado de mera applicação da sciencia solida, erguida pelos classicos. Entraremos assim na Renascença, que é onde, em definitiva, vamos acompanhar os primeiros passos firmes para o historico da cirurgia abdominal e, portanto, das respectivas incisões.

Em mulher viva e intencionalmente, a primeira laparatomia cesareana effectuada foi no anno de 1500. Jacques Nufer de Siegerhausen, castrador, desesperado com a mulher em parto laborioso, obteve a permissão das autoridades e, sopitando todos os seus sentimentos de esposo, abriu o ventre á mulher e extrahiu-lhe o filho. E o audacioso feito foi coroado pelo mais feliz dos exitos, por isso que o filho viveu e a mulher salvou-se em condições tão favoraveis, que ainda resistiu a mais seis partos, sendo ainda um gemelar!

Em 1549, parece ter sido executada com exito uma extirpação de baço por um cirurgião italiano, Zacarelli, em mulher attingida de esplenomegalia, facto, aliás, de authenticidade contestada por muitos autores e relatado por Fioravanti (*Del tesoro della vita umana*, Veneza, 1570). No anno de 1581, Rousset publicou uma memoria de sete operações cesareanas que realizou com successo e estabeleceu as primeiras regras do respectivo manual operatorio. Seguem-n'o Bubeau, Sevret, Stein e outros, que tambem publicam estatisticas, mas pouco satisfactorias. Chega, porém, Mauriceau, mestre da obstetricia, que não admitte a operação cesareana e invoca as penas da lei para os "ignorantes que a praticavam". Não obstante, Malgaigne, Billy, Baudelocque continuam a intervir com exito.

Ambroise Paré, o grande mestre da cirurgia franceza, era contrario á gastrotomia (laparatomia) cesareana. Nas suas obras elle não faz referencia alguma á incisão da parede abdominal, mas a proposito da hernia intestinal, consecutiva a ferida accidental da parede, diz elle: — "quand la plaie faite au ventre est si étroite qu'on ne puisse réduire les boyaux en dedans, il faut accroitre da plaie avec une bistoire, ayant un bouton au bout, et qu'elle ne tranche que d'un coté, de peur qu'en faisant

l'incision pour agrandir la plaie, on ne blesse les boyaux" (obras de Paré, 4.^a edit. Pariz, 1585).

Fr. Rousset conta também a historia do archeiro de Meudon, que soffreu uma operação intra-abdominal para "procurar e ver" o logar em que se localizava uma pedra, de que se suppunha attingido. De modo que "on ne sait au juste de quelle operation il s'agit, mais le ventre fut ouvert, la pierre cherchée, les intestins réunis, la plaie racousue e la santé recouvrée". Rousset pensa que a pedra estava localizada no rim e ampara com bons argumentos a sua hypothese. Remontaria, pois, ao seculo XV a nephrotomia, si não houvesse a respeito divergencias entre os mestres. A Paré, por exemplo, que é o symbolo da cirurgia na Renascença, parece que a abertura do ventre teria sido praticada para "ver os logares onde se crearam as ditas (pedras) doenças no corpo humano". Collot concorda com Rousset; Méri, no entanto, suppõe que se fez uma talha supra publica, para extrahir a pedra da bexiga. Tollet, enfim, pretende que a intervenção foi praticada para um volvulus.

Não se sabe ao certo si esse facto, que Rousset relata, occorreu no reinado de Carlos VIII ou Luiz XI.

É, aliás, a Pierre Franco que coube a gloria de ter sido o primeiro a idealizar e a tornar effectivo o accesso á bexiga pela via supra pubiana, operação que sómente no seculo XVIII, entrou definitivamente em pratica, quando passou a substituir a via perineal.

Foi, pois, esse sabio o creador da talha hypogastrica, pratica a que foi levado em circumstancias assás criticas, como elle proprio descreve: "Je réciteray ce que une foi m'est advenu voulant tirer une pierre è un enfant de deux ans environ: auquel ayant trouvé la pierre de la grosseur d'un ceuf de poule, à peu près, je fey tout ce que je peu pour la mener bas: et voyant que je ne pouvoye rien avancer par tous mes efforts, avec ce que le patient était merveilleusement tormenté, et aussi les parents désirant qu'il mourut plutot que de vivre en tail travail, joint aussi que je ne vouloye pas qu'il me fut reproché de ne l'avoir seu tirer (qui estoit à moi grand folie,) je déliberay, avec l'importunité des pères, mères et amis, de couper le dit enfant par dessus l'os pubis, et fut coupé sur le pénil, un peu a côté et sur la pierre, car je levois celle avec mes doigts qu'estoyent

au fondement: et d'autre côté en la tenant subjette avec les mains d'un serviteur qui comprimoit le petit ventre au dessus de la pierre, dont elle fut tirée hors par ce moyen, et puis après le patient fut guery et la plaie consolidée".

Cabem também referencias a Zambecari, cirurgião italiano, que parece ter sido o creador da cirurgia experimental. Praticou com successo em cães e gatos a ablação do rim, baço, vesícula biliar, fragmentos de figado e fez uso das suturas intestinaes.

Fabrice de Hilden, Wurtz e Purmann, na Allemanha, tiveram também um papel saliente na historia da cirurgia scientifica. O ultimo, cirurgião do exercito em Brandenburgo com resultados francamente favoraveis, praticou suturas intestinaes em vivos.

No seculo XVII, Paul Barbette propõe claramente, para os casos de intussuscepção, abrir a parede, os musculos e o peritoneo para libertar o intestino. Diz elle: "An non praestaret, factâ dissectione musculorum et peritonaei, digitis susceptum intestinum retrahere, quam certae morti aegrum committere?"

Medicos recommendaveis, como Hoffmann e Plater, entre outros, acreditam na praticabilidade de tal operação; succedia, porém, que a incerteza da causa dos accidentes, a difficuldade do diagnostico, impedião de recorrer a ella. Bonet conta um facto que provaria fosse praticada com successo a operação proposta por Barbette; é Hévin, no entanto, quem considera tal facto como apocrypho.

Leviard, em 1696, achava que o desenrollamento do volvulus não era possível, por isso que a prega seria dotada de grande tendencia a reformar-se, desde o momento em que fosse abandonada a si mesma. Para elle os successos attribuidos á "gastrotomia" para estrangulamento interno deviam ser ligados a hernias ventraes ou umbilicaes (Recueil d'obs. chir., 1784).

Afinal de contas, o primeiro facto de laparatomia para a intussuscepção (obstrucção ou occlusão), bem averiguado, é referido por Velse e foi executado sob o conselho e em presença de Nück, com pleno exito (Disp. de mutuo intest. ingressi. Lugd. Bat., 1742).

Só vinte annos decorridos após a publicação do livro de Rousset, já referido, foi que se tentou abrir o estomago para

extrahir corpos extranhos. As feridas desse órgão eram gravissimas em todos os tempos, assim consideradas em virtude do aphorismo de Hippocrates.

Foi em 1602 que se praticou a primeira operação de talha do estomago, devida a Florian Mathis, que era de Praga e interveio num rapaz, para extrahir uma faca engulida, cuja ponta atravessava a parede. A operação teve franco exito, como todas aliás, por elle executadas ulteriormente.

Em 1613, Gruger, polaco, extrahe outra faca do estomago, com resultado favoravel. É a Finger, no entanto, que se deve a primeira determinação da incisão. Considerava elle a difficuldade de attingir o estomago, em virtude do facto de achar-se sempre o órgão retrahido, devido ao paciente estar submettido ao jejum. O talho, para Finger, devia ser parallello ao arco costal esquerdo, por isso que si se fizesse na linha mediana, havia risco de lesar o figado, accidente de que publicou quatro observações. Propoz, assim, a incisão parallelle ao arco costal esquerdo, abaixo e distante delle 1 a 2 cms. Studsgard, mais tarde, alvitra a distenção prévia do estomago por meio de pós effervescentes, o que facilitaria o acceso.

Pigray, a seguir, aconselha a abertura do ventre para reduzir as hernias inguinaes ou cruraes, que resistissem ao taxis, manobra reductora então muito em voga.

É a partir, pois, do seculo XVII, que se principia a abordar com desembaraço as operações abdominaes.

J. L. Petit não era partidario da abertura do peritoneo e, no seu "Essai sur les epanchements", refere um caso de Vocher e outro delle proprio, nos quaes foi aberto o abdomen para evacuar-se o sangue derramado. O doente de Volcher curou-se ao passo que o de Petit morreu, 24 horas depois da operação, em consequencia de gangrena nos intestinos. Aliás, anteriormente, em 1590, Cabrol tinha effectuado com exito operação semelhante (Alphabet Anatomic, Tournon, 1594). É porém, o mesmo Petit, quem discute, mais tarde, a via de accesso ao estomago e propõe a incisão sobre a 9.^a costella esquerda, tendo publicado observações de nove casos em que foi levado directamente sobre o órgão mediante aquella incisão.

Entraram, pois, os seculos XVI e XVII com forte contingente para a evolução da cirurgia, em funcção da Anatomia humana,

creada sobre bases scientificas, e da disseccção cadaverica systematica, graças aos exemplos de Paré e principalmente de Franco, que logrou demonstrar o quanto pode o conhecimento perfeito da Anatomia e da technica, alliado á boa observação clinica.

O seculo XVIII constituiu época de francos progressos para a cirurgia, mercê da Pathologia cirurgica, que formou suas bases, e da disseminação dos avanços realizados no seculo precedente.

Salientam-se, pelo valor das suas contribuições os cirurgiões Littre, Chopart, J. L. Petit, John Hunter, Scarpa e muitos outros.

João Luiz Petit, póde dizer-se, foi o mestre da cirurgia franceza do seu tempo; disciplinou-se com o anatomista Littre, tornou-se um operador habilissimo, creou muita innovação na technica operatoria e, finalmente, foi quem soube definir o cirurgião, não como um simples technico de rotinas, mas como um verdadeiro clinico, capaz de elucidar um diagnostico e de determinar e preencher com precisão as indicações.

No inicio do seculo XVIII, em 1710, Littre propõe uma nova operação: a criação do anus artificial — para os casos de imperfuração do recto. Petit, que formava ao lado dos adversarios da laparatomia, em 1757, indicava, por sua vez, para as occlusões determinadas por um retrahimento intestinal, consecutivo a hernias gangrenadas: — "de faire une incision pour procurer la sortie des matièrès, et a entretenir un égout par cette plai qui dorénavant servirait d'anús." (Mem. da Acad. de Cir., 1757). Renault em 1772 e Pillore, em 1776, tambem fizeram a operação de Littre para cancer do recto.

Pela mesma época, em 1701, Houston, medico em Glasgow, passou a laparatomizar para a retirada de tumores do ovario. O facto só foi publicado em 1721 ("An account of a Dropsy of the Left of a Woman aged 58, cured by a Large Incision (5 pouces) made in the Side of the Abdomen".)

Em França, só em 1781, foi a ovariectomia praticada, por Laumonier, de Rouen.

Fazia-se, também, com successo, a laparotomia para remediar as rupturas do utero durante o trabalho de parto de effectuar a retirada do feto da cavidade abdominal.

A laparotomia no seculo XVIII, pois, não era exercitada sinão para os casos muito exceptionaes e raramente, com longos intervallos. Os que a repelliam, tinham bons argumentos: — era a incerteza do diagnostico, os maus resultados e sobretudo a mortalidade maior com intervenção do que sem ella; é provavel que não reconhecessem, todavia, que ellas só eram praticadas nos casos extremos, já desesperadores, quando haviam falhado todos os recursos. O que é facto que se não conheciam ainda as suas indicações nem as contra-indicações.

Uma grande lucta entre parteiros fecha o seculo dezoito, motivada pela questão da laparotomia cesareana.

A cirurgia abdominal ficou, pois, estacionaria até ahi, impossibilitada de expansões audaciosas, em face do perigo e da gravidade, do triste epilogo que ensombrava as intervenções intra-peritoneaes.

As descobertas dos anesthesicos geraes e a criação do methodo antiseptico por Lister, foram os grandes acontecimentos que revolucionaram no seculo XIX a cirurgia e, por assim dizer, ampararam as operações no abdomen, que só então puderam assentar as bases para o seu progresso decisivo.

Em 1800, Humphry Davy, grande chimico inglez, descobre o protoxydo de azoto e ensaia a sua applicação como anesthesico.

Morton, em 1846, ao lado de Warren, reputado cirurgião americano, estabelece a propriedade anesthesica do ether.

J. Young Simpson, professor de obstetricia em Edimburgo, em 1847, substitue o ether pelo chloroformio, na anesthesia geral e proclama as vantagens do ultimo.

Essas conquistas, asseguradoras da anesthesia, é facil saber-lhes os beneficios que trouxeram á pratica cirurgica, tornando possivel a prolongação do acto operatorio e desnecessaria a precipitação extrema da execução, o que primeiro constituia a condição essencial para uma operação boa e efficiente.

Tornou-se dahi plenamente praticavel a abertura da cavidade abdominal e a respectiva exploração. Possivel ficou tambem a disseccção cuidadosa dos orgãos a tratar, o que antes era feito de afogadilho, aos arrancos, como si não fossem pesados — o soffrimento do paciente e os perigos advenientes dessa cirurgia brutal.

Appareceu então uma nova operação: — o “parto prematuro”, que logrou grande successo, em virtude do fracasso da hysterotomia, pois as mulheres todas, operadas em Pariz, morreram em consequencia de infecção peritoneal.

Joergen, em 1806, aconselhou a gastro-elytrotomia, ou incisão da “linha branca”, vagina e colo do utero, para extrahir o fêto e evitar os dois grandes inconvenientes da cesareana: — a peritonite e a hemorrhagia. Physic e Baudelocque neto, em 1823, tambem, passam a aconselhar de novo a tal operação, que tomou então o nome do ultimo.

Em 1807, Heim propunha e exercia a laparatomia para extrahir o feto no caso de gravidez extra-uterina, sendo acompanhado por Keller, que publicou numerosos cass.

Mac Dowel, em 1809, na America do Norte, pratica a primeira ovariectomia intencional, regulando-lhe a respectiva technica.

Gaetano Emiliano, italiano de Faenza, tambem, em 1815, extirpa com exito um ovario canceroso.

Fuchsius, em 1825, ainda, deu a conhecer completo successo para a laparatomia feita por invaginação, a conselho de Richter.

Afinal, Manouvry, em sua these, de 1819, e Breschet, Murat em artigos, em 1835, todos se pronunciam em favor da abertura do abdomen, na obstrucção e, em particular, no volvulo intestinaes.

É de referir, tambem, o caso de Billard, no qual esse cirurgião faz com exito a laparatomia para reduzir uma luxação traumatica do appendice xiphoide, que determinava vomitos incoerciveis (Journal gen. de méd., 1805).

Cirurgiões houve, ainda, mesmo antes do periodo da antiseptia, que conseguiram melhorar sobremodo o prognostico de

certas intervenções no abdomen e praticavam com bons resultados a ablação de kystos do ovario, por exemplo, então considerada como operação das mais difficeis. Foram Péan, em França e Lawson Tait, na Inglaterra.

Koeberle, de Strasburgo, em 1863, foi o primeiro a extirpar um volumoso fibroma uterino pela via abdominal.

Como renunciando o proximo evento da antisepsia, esses cirurgiões, para justificar o successo de suas arrojadas incursões intra-abdominaes, já cercavam as suas operações de cuidados especiaes, que os livravam da infecção peritoneal alrmante. Usavam de "incisões pequenas", pouco actuavam com as mãos e sim com os instrumentos e, sobretudo, iniciaram o uso da drenagem. E tudo isso já muito os salvaguardava do terror da supuração no peritoneo.

Por aquella época surge a **enterostomia** do intestino delgado, em 1844, consagrada por Maisoneuve, a qual cahe, porém, logo que Nélaton aperfeiçoou a **enterostomia**, traçando as regras que permittem fazel-a com toda a segurança. Na Inglaterra, por esse tempo, a colotomia já começava a ser praticada.

Alquié publica, tambem sobre o assumpto, uma nota, pelo titulo da qual se deduz a campanha que se ainda animava em torno da laparatomia: "De quelques folies opératoires de notre époque, ou de la ligature de l'aorte e de la gastrotomie" (Annaes clinicos de Montepellier, 1854).

Data com effeito daquella época o tratamento dos aneurismas abdominaes, pela ligadura ou abertura do sacco, consecutivas á laparatomia.

As operações sobre o estomago ahi tomaram impulso e a talha estomacal se enriquecia de observações valiosas.

Em 1837 Ch. Egeberg propõe crear uma via directa aos alimentos para o estomago, quando o esophago attingido de estenose; foi o primeiro passo da **gastrostomia**.

Gussenbauer em 1877 e Péan em 1878, resolveram o problema do cancer do estomago pela resecção da parede.

Spiegelberg extirpou, em 1867 um rim, dando assim inicio á nephrectomia.

Foi por 1867, que Lister, servindo-se dos trabalhos de Leuwenhoek, com o microscopio, creou o methodo antiseptico. De posse das duas conquistas capitaes — a anesthesia e a antiseptia listeriana, a cirurgia operatoria para logo se tornou uma technica precisa, em funcção da qual o resultado favoravel para um sem numero de casos poude ser determinado positivamente.

Estava, no entanto, para proximo reservada nova conquista consideravel para a pratica operatoria: — veio, com as descobertas de Pasteur, o methodo aseptico, revolucionando novamente a cirurgia, para trazel-a á phase moderna que vem aos nosos dias.

A esterilização, com effeito, trouxe finalmente o cunho de perfeita segurança para a medicina operatoria.

Entre 1875 e os nosos tempos, quer dizer, no periodo da creação da cirurgia moderna, eis os factos capitaes realizados pela respectiva technica e que nos interessam de perto:

A abertura do abdomen, nos casos de ferida penetrante, compromettendo as visceras, passou a dar exitos progressivamente melhores, tornando possivel a sobrevida a milhares de individuos; entrou a ser indicada a abertura da cavidade abdominal pela "incisão exploradora", para o fim de ser examinado o conteúdo nos casos de diagnose incerta; em poucos annos crea-se toda a cirurgia visceral — Péan e Billroth, em 1880, extirpam pyloros cancerosos; appareceram em seguida, as enteroanastomoses e Wölfer, discipulo de Billroth, em 1854, realiza a primeira gastro-enterostomia; multiplicam-se as resecções de intestinos e estomago, cuja technica se aperfeiçoa em crescendo; a vesicula biliar e o choledoco são abordados, mesmo para ablação; Terrier systematiza a ablação do rim, pela via transperitoneal; o figado é attingido para kystos hydaticos; em 1891 surge a operação de appendicectomy na America do Norte, com Fitz; passou a ser suturada a ulcera gastrica e a laparatomizar-se para dominar a hemorrhagia fatál, consequente ás rupturas na gravidez extra uterina, bem como no trabalho de parto; toda a Gynecologia cirurgica, afinal, caminhada a passos largos e seguros para o desenvolvimento em que hoje se encontra.

CAPITULO II

DA INCISÃO

DEFINIÇÃO

Mau grado seja moente e corrente que os lexicographos, quer nacionaes, quer estrangeiros, nenhuma autoridade têm em se tratando da technologia scientifica, sendo que um delles accentuou mesmo que "a tal respeito, foram sempre vulgares as queixas de professores e estudiosos contra a falta de um vocabulario nacional, que comprehendesse, com alguma largueza, a technologia mais corrente entre os homens de sciencia", mau grado a força do dogma de que se reveste essa verdade, consultámos por mera curiosidade os mais afamados dicionaristas nacionaes e portuguezes, e nenhum deles nos offereceu uma definição de "incisão", em termos que dessem, com precisão, a idéa clara do que pudesse representar aquele vocabulo, na sua significação scientifica.

Um deles diz que "incisão é o mesmo que córte", outro affirma que "é um córte, um golpe com lanceta ou canivete para tirar sangue"; ainda outro pensa que "incisão é incisura, cortadura, entalhe"; e outro, finalmente, que "é um golpe feito com bistori".

São essas ao que se vê, definições que nada adiantam e nada idzem, antes estabelecem confusão para quem queira saber o que seja incisão nos dominios do vernaculismo. Essa falha, entretanto, não é apenas notavel na lexicographia geral, mas tambem nos proprios vocabularios de technologia scientifica.

Litré, por exemplo, doutrina que incisão é: "— (incision, de in — en et caedere — couper; all. schnitt; angl incision; it inci-

sione; esp. incision) — division methodique des parties molles avec instrument tranchant".

Mutatis mutandis, Alfredo Rubino, de Napoles, repete que é "(lat. inciso) operazione chirurgica fondamentale, con la quale se dividono i tessuti con strumenti taglienti". Ha em tudo isso apenas a noção da causa, e não o que ella de facto o é, convindo accrescer que os traidistas tanto de cirurgia como de technica operatoria emmaranham, numa só cousa, a incisão com o traçado da incisão e com a propria via de acesso, acreditando que essas tres expressões nada mais são do que uma e mesma cousa. Isso que ora aqui assignalamos, será de facil verificação para quem já compulsou os melhores tratadistas da materia, onde aquella confusão resalta a cada passo, emmascarada sob uma falsa synonymia. E tanto assim o é a todo o instante se lê: — incisão de Volkmann, de Hahn, de Koecher para resecção da rotula (Schmieden); incisão de Roux, de Mac Burney, de Jalaguier para appendicectomy; incisão ellyptica circular e quejandas para outras tantas operações. E todavia está evidente que se trata tão sómente de traçado de incisão.

O mesmo succede quando se confundem incisão e via de accesso, verificavel ameúde nos tratadistas, onde se lêem expressões mais ou menos assim: — incisão lombar ou abdominal para intervenção sobre o rim; incisão do appendice e até "talha hypogastrica" — na accepção forçada de acesso á bexiga, quando talha apenas quer dizer córte e, por consequencia, talhas hypogastricas são todas as incisões que se fazem no hypogastro, quer dêem ellas accesso á bexiga, ao intestino, ao utero, ou a quaesquer outros órgãos.

Quer parecer que a ultima confusão, mais lamentavel que a primeira, merece prompta corrigenda, que é erro, e erro prejudicial, misturar na mesma significação duas cousas tão diferentes como o são.

É logico que via de accesso, em absoluto, não se pode confundir com incisão, por isso que, si em alguns casos, uma simples incisão permite abordar dado elemento anatomico, em outros, e na maioria, tal accesso só é possivel mediante duas, tres e muitas incisões e, ás vezes até custa de manobras especiaes.

Não nos ocorre a razão por que Litré restringe á "divisão de partes molles" a sua definição de incisão pois que se não vê motivo para que se não diga "incisão dos ossos", como se diz "córte, secção dos ossos".

Menos razoavel ainda se nos affigura essa restricção, quando constatamos que não é ella adoptada pelos autores.

Para não ir muito longe, vejamos, dentro da sua autoridade, o Professor Domingos de Góes, de saudosissima memoria: "a incisão ossea linear é feita...", ainda "A incisão ossea fragmentaria apresenta 7 typos..." etc.

Ahi está porque se preferiria a definição do italiano Rubino, si ella especificasse a qualidade "methodica" do acto, e isso simplesmente porque não poderemos chamar incisão a uma facada, a um punhalada, a uma ferida incisa qualquer, onde ha forçosamente a divisão de tecidos, mas não houve methodo, não houve sciencia. Superflua e illogica tambem, a especificação do instrumento com que se pratica a incisão, como figura nas definições de Litré e Rubino.

Aproveitando o que ambas de exacto e desprezando o que encerram de superfluo, parece que em portuguez e sob o ponto de vista cirurgico pode-se entender por incisão **"a divisão linear e methodica dos tecidos"**.

Encaixámos o attributo "linear" por se nos affigurar que numa ferida perfurante, como contundente, como dilacerante, onde ha positivamente divisão de tecido, não se verifica incisão.

"Via de accesso" é uma expressão propria da technica operatoria, e todavia não lhe encontrámos definição, por mais que rebuscassemos os tratados. A admittir-se a possibilidade de se fazer incisão em partes duras, em opposição ao conceito de Litré, poderia definir-se assim: — "uma ou mais incisões com o fim de attingir a determinado orgão" ou, generalizando e, portanto, com uma pouca de logica: "Trajecto a percorrer atravez os tecidos com o fim de attingir a determinado orgão".

Deixando, afinal, a questão das definições, esclareçamos que, subordinando-nos á maioria dos autores, decidimos, neste trabalho, considerar tambem o traçado da incisão como parte capital, visto que attribuímos tanta importancia á propria incisão, como ao seu traçado, que é della parte fundamental.

DO TRAÇADO DA INCISÃO

Começaremos, pois, estudando a incisão no que respeita ao seu traçado, tendo em vista os seus caracteres objectivos para, mais adiante, passarmos a estudal-a como incisão propriamente dita, isto é, nas relações com os tecidos interessados.

Caractéres da incisão. Examinando uma incisão e tendo em apreço o traçado que a representa, poderemos considerarlhe varios caracteres relacionados com o numero, com a forma, com a direcção e com a superficie regional, onde é traçada:

a) — Quanto ao numero, nas incisões constituídas de uma linha unica, ou recta, ou curva, ou de outra qualquer forma e nas incisões compostas de duas ou mais linhas, estabeleceremos esta synopse:

Incisões.....	{	Simples.
	{	Compostas.

b) — Quanto á forma (1), servindo-nos das figuras geometricas:

Incisões.....	{	simples.....	{	rectilneas.
			{	curvilineas.
	{	compostas.....	{	quebradas.
			{	mixtas. (2)

É rectilinea a incisão, quando divide os tecidos na mesma direcção, isto é, lembrando a recta. O exemplo é o de grande numero de incisões, das que dão accesso ás arterias e a varios outros órgãos etc. Curvilinea quando for arqueada, isto é, nem recta nem composta de rectas. São no caso as incisões de

(1) — Achamos razoavel e logico submeter-se duma vez as incisões ao criterio generalizado da geometria, denominando-as de accordo com as formas que revestem: e mesmo nem comprehenderamos como se já não estabeleceu isso, visto que apenas algumas figuras geometricas são usadas para mencionar incisões, como — curvas, obliquas, circulares, ellypticas, etc.

(2) — Num estudo geral das incisões, presta-se esta classificação a ser completada com as demais incisões, não empregadas na parede abdominal, e que individualizam outras formas geometricas, taes como: — circulares, quadrangulares, em ferradura, etc.

Büchner, Pfannenstiel etc. Quebrada é a que se forma de mais de uma recta, á maneira da geometria. Entram neste grupo as incisões em L, em V, em T, em bayoneta, etc.

Chamar-se-á, finalmente, mixta quando fôr a incisão composta de recta e curva ou rectas e curvas, tal como a de Kehr para acesso ao figado, a de S allongado, preconizada por Bevan, para acesso ás vias biliares, a de Guyon, a lombo iliaca, que facultam o acesso ao rim e uretér e outras mais, cujo arrolamento se nos parece obvio.

c) — Quanto á "direcção" da incisão, em relação ao eixo do corpo:

Incisões.....	{	simples.....	{	verticaes.
				transversas.
				obliquas.
	{	compostas.....	{	vertico-transversas.
				vertico-obliquas.

Nesta classificação estão comprehendidas não só as incisões simples como as combinações que se possam praticar na parede abdominal.

Verticaes — serão todas aquellas incisões parallelas ao maior eixo do corpo, sejam ellas praticadas onde o forem. As incisões medianas, a de Jalaguier, são typicas.

As que forem perpendiculares ao grande eixo, serão as transversas. Como exemplo, citam-se aquellas que facultam o acesso ao baço, ao rim, ao choledoco, etc.

As que forem obliquas ao eixo longitudinal do corpo, conservarão a denominação geometrica de obliquas. A de Roux, a da colostomia e outras tantas são os typos das incisões de tal natureza.

Vertico-transversas, serão as incisões compostas de duas perpendiculares, sendo uma vertical, taes como as incisões cruciaes, em L etc.

O typo de incisão vertico-obliqua é o representado pela de Rio Branco, que dá acesso aos conductos biliares, ao baço etc.

d) — Cabe-nos agora estudar a incisão quanto á região, onde é praticada. Servir-nos-emos da divisão anatomo-topogra-

phica das paredes. Para o nosso caso, deixaremos de lado no abdomen a parede superior, diaphragmatica, para considerarmos sómente as outras duas: antero lateral e posterior.

Na parede antero lateral está consagrada a divisão classica das nove regiões, comprehendidas por quatro linhas perpendiculares e parallelas duas a duas, representadas assim: — duas verticaes, perpendiculares baixadas do meio das claviculas; duas horizontaes, sendo uma, inferior, ligando as duas espinhas iliacas antero-superiores e outra superior, unindo o rebordo inferior das ultimas costellas (fig. 1.)

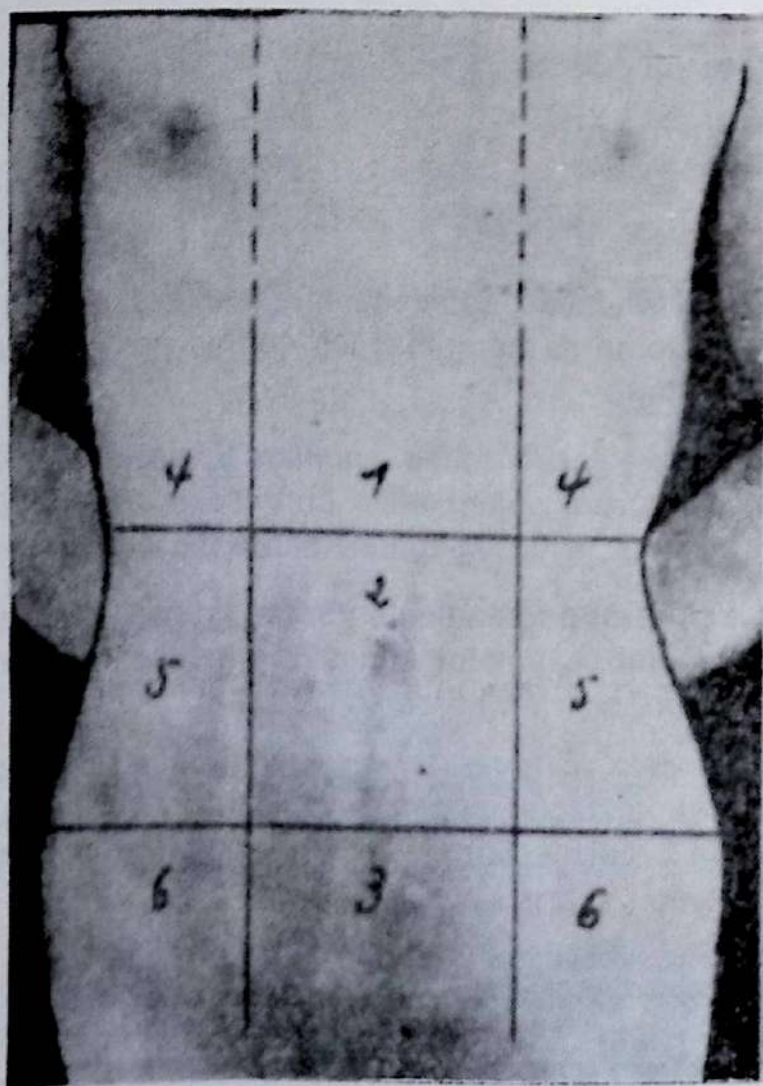
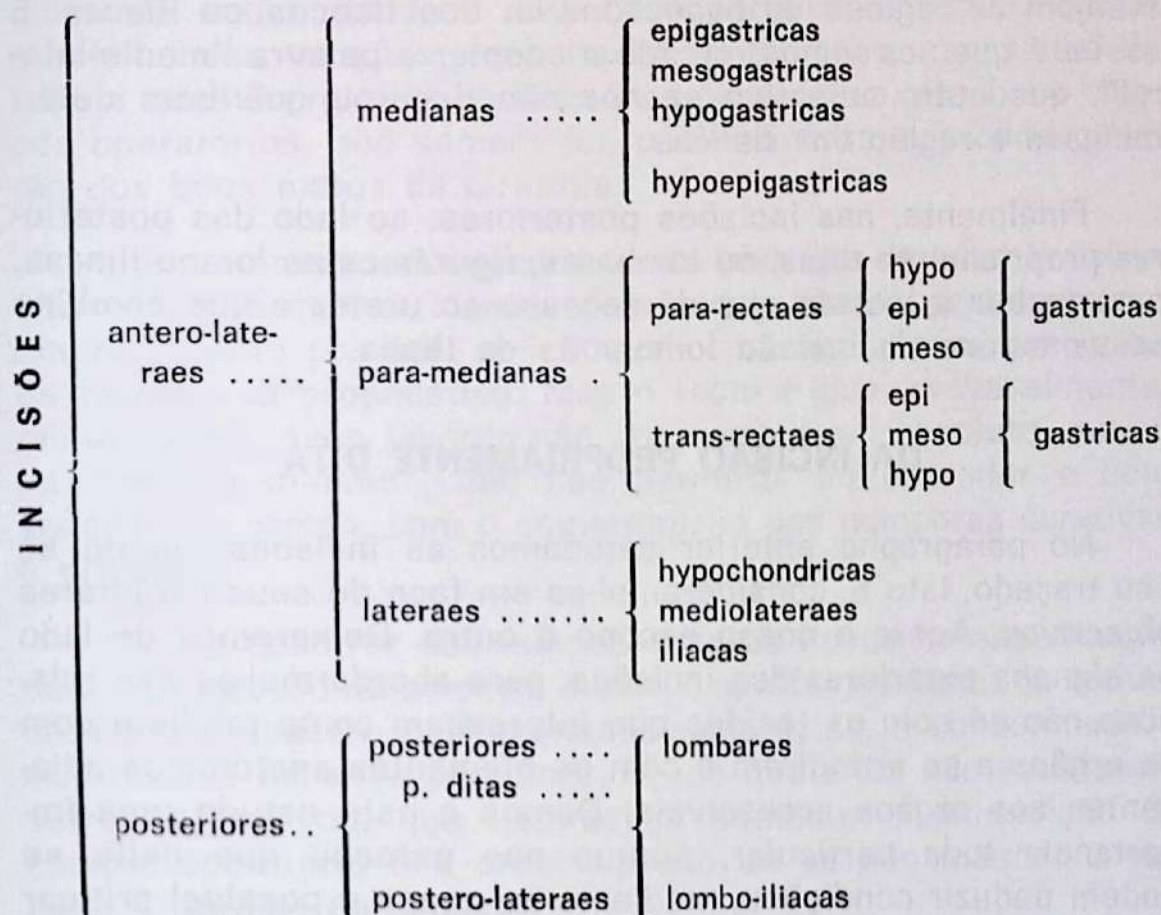


Fig. 1 — Regiões da parede antero lateral do abdomen. 1 r. epigastrica; 2 r. umbilical (mesogastrica); 3 r. hypogastrica; 4,4. regiões do hypochondrio, direita e esquerda; 5,5. regiões dos flancos (medio lateraes) (direito e esquerdo); 6,6. regiões iliacas, direita e esquerda.

Faremos tambem entrar em conta a linha mediana, que é dado topographico, bem como a orientação dos musculos rectos do abdomen, para a caracterização das incisões quanto á topographia da parede, o que tem uma importancia toda particular.

Tentemos a classificação e estudemos as incisões, que podem ser:



Quatro variedades estão comprehendidas nas incisões medianas, conforme a incisão interesse o epi, meso, hypogastro, ou as tres regiões ao mesmo tempo, como é o caso para a talha xipho-pubica. Em qualquer das regiões a incisão póde tomar forma e direcção variaveis, isto é, rectilinea, curvilinea, vertical, transversa o obliqua. Além disso, as compostas podem ser combinadas, quer dizer, medio-transversas, bi-medio-transversas, utilizando, assim, a incisão vertical com a transversa, como succede no accesso a bexiga, etc.

As para-medianas comportam nova divisão, respeitante ao musculo grande recto, que ellas podem atravessar ou passar pela sua borda externa. Lemos algures a denominação "trans-

muscular"; para qualificar a incisão que atravessa o musculo recto. Abandonamo-l'a, substituindo-a por "transrectal", por isso que a incisão, mesmo fóra do recto, será sempre transmuscular, sabido que é preciso atravessar sempre os tres musculos largos da parede abdominal.

Comportam tres variedades as incisões lateraes, consoante attingam as regiões do hypochondrio, dos flancos ou iliacas. E assim é que nos vimos forçado a adoptar a palavra "medio-lateral", que outro adjectivo se nos não deparou que bem determinasse a região dos flancos.

Finalmente, nas incisões posteriores, ao lado das posteriores propriamente ditas, ou lombares, figurámos as lombo iliacas, para incluir a incisão que dá accesso ao uretér e que combina as vantagens da incisão lombar ás da iliaca.

DA INCISÃO PROPRIAMENTE DITA

No paragrapho anterior estudámos as incisões quanto ao seu traçado, isto é, consideramol-as em face do seus caracteres objectivos. Agora o nosso escopo é outro. Deixaremos de lado os signaes exteriores das incisões, para abordarmol-as nas relações não só com os tecidos que interessam como tambem com os órgãos a se attingirem e com os elementos anatomicos adjacentes aos órgãos accessiveis. Demos a este estudo uma importancia toda particular, porque nos pareceu que delle se podem deduzir condições, mediante as quaes é possível criticar uma dada incisão, tomando-se por base dados anatomo-topographicos e clinicos.

E assim foi que nos aventurámos a alinhar essas condições, de molde a tornar viavel um juizo á priori sobre uma incisão determinada, juizo a priori tanto mais seguro e tanto mais preciso, quanto mais se ampare em noções scientificas que a Anatomia e a Clinica nos possam fornecer.

Eis ahi como chegámos a conceber "qualidades" para as incisões, assumpto que vae constituir agora o nosso thema, que abordaremos para detalhal-o quanto possivel, por isso que sobre elle é que iremos assentar as idéas que nos permittirão fazer a critica das incisões na parede abdominal, no capitulo seguinte.

Seja-nos, de antemão, permittido accentuar que neste estudo excluimos a questão que se prende com a extensão da incisão. Tempos passados significava ella um dos pontos capitales a resolver no terreno das operações. As boas incisões só eram assim consideradas si realizassem, antes de tudo, a questão da menor extensão, de sorte que, quanto menores mais favorecidas era ellas pela critica. E é bem de ver, que os cirurgiões de então, dando a maxima importancia a esse lado do problema das incisões, respeitante ao tamanho, esqueciam de todo a questão relativa ás boas vias de accesso, aos bons campos operatorios, que sempre foi, positivamente, a propria questão dos bons exitos da cirurgia.

Inteiramente preocupados com a idéa fixa de fazer incisões minimas, que melhor cicatriz deixassem, apenas pensavam em diminuir quanto possivel o "choque" operatorio, para assegurar os favores do prognostico. Mas o facto é que, provavelmente, muitas vezes, taes favores não appareciam em absoluto, mercê da "incisão minima", que não permittia ao operador o bom accesso ao campo, com o compromisso das manobras curativas a effectuar.

Com o decorrer dos tempos, com as lições da experiencia, com o progresso da sciencia e com o aperfeiçoamento da technica, ficou a questão perfeitamente esclarecida, e condemnado o criterio das incisões pequenas, desde que ellas não satisfaçam outros objectivos, que não sejam sómente a diminição do choque operatorio e a preocupação de se não magoar a vaidade á Narciso do paciente.

Quanto aos resultados favoraveis á cicatriz infima, prevaleceu o criterio de se não respeitar a vaidade, desde que viesse isso em detrimento do acto operatorio.

Avalie-se agora o avanço da technica, comparando-se a situação de um operador de hontem, com a do de hoje, forçado a praticar uma ablação de utero atravez uma incisão de 6 a 8 cms., sómente para arredar a consequencia de uma cicatriz mais ou menos visivel, que viesse ulteriormente ferir o sentimento de vaidade da dama operada!

Respeito ao choque tambem se alterou radicalmente o criterio, á prova do que a observação clinica attestou. Não houve

zação. E diante delle outra questão importante se nos apresenta, que é a das condições que a incisão deve realizar para dar lugar a uma boa cicatrização, sendo que a boa cicatriz é a que: —

- a) — constituir-se mais rapidamente;
- b) — for mais esthetica e, por isso mesmo, a mais regular.
- c) — for mais solida.

As duas primeiras condições se resolvem em função da incisão regular, posta de lado a hypothese da suppuração, que não póde entrar em linha de conta.

A questão da solidez liga-se intimamente com a das eventrações post-operatorias e varia em relação ás regiões e aos elementos anatomicos, vasos, musculos e nervos, que são interessados pela incisão.

O assumpto é grave e divergem ao extremo as opiniões dos autores.

O porblema teve a sua origem, mercê dos inconvenientes resultantes das incisões mediana, de que se usou e abusou em todos os tempos, e, em particular, das novas incisões que foram surgindo, no evoluer da sciencia.

A linha mediana do abdomen, que é constituida pela linha branca, representa uma parede aponevrotica, situada entre os musculos grandes rectos, onde nem vasos, nem nervos de importancia se assentam como obstaculos, de módo que se tornou a via preferida, por menos perigosa, de accesso á cavidade abdominal. Essa preferencia, entretanto, foi nos ultimos tempos combatida energicamente, em virtude dos desfavores occasionados pela pouca solidez da cicatriz, o que redundava frequentemente na constituição de eventrações, muitas vezes mais difficeis de corrigir que o proprio mal originario da operação primitiva.

Ergueram-se então apregoadores de outras incisões na parede abdominal, criminando as talhas medianas de favoraveis ás eventrações, pelo motivo mesmo de ser a linha branca desprovida de musculos, de irrigação e innervação sufficientes e, por isso, menos favoraveis á solidez da cicatriz operatoria. Propuzeram-se, então, incisões extra-medianas, ainda verticaes, interesando varios elementos anatomicos e particularmente o

musculo grande recto. E o facto - que as novas incisões, não obstante enveredarem por campos menos propicios, á vista da presença de elementos nobres a evitar, de logo se impuzeram como asseguradoras de boas cicatrizes. Apareceram ainda defensores de outras incisões, mais arrojadas, não verticaes mas transversas e, por isso mesmo, destinando-se á secção transversa de fibras musculares, o que antes se não tentava. E os favores de resultados ainda melhores se fizeram sentir, com o apparecimento de cicatrizes mais solidas, garantidas pela consolidação das fibras musculares.

Mas a questão não ficou resolvida definitivamente e a divergencia de opiniões se estende até aos nossos dias.

Tanto assim o é, que dizem os autores partidarios das incisões medianas: — "É preciso considerar dois factos, antes de optar pelas incisões extra-medianas:

1.º — Nas incisões longitudinaes, uma fibra, que fique permanentemente ou por longo tempo comprimida por um ponto ou série de pontos — atrophia, pelo menos em parte;

2.º — Excepção da linha mediana, em todos os outros pontos, as incisões verticaes interessam sempre vasos e nervos de musculos (dirigidos obliquamente de cima para baixo e de fóra para a linha mediana). Elles são sempre interessados nas incisões longitudinaes, dahi resultando paralysias e atrophias musculares. A vantagem das suturas se perde e a consequencia ultima é a constituição da hernia".

Assmy invoca as experiencias para provar esses assertos.

Outros attribuem as eventrações post-operatorias da linha mediana ás suturas mal executadas, de modo tal que: — "con tutto ciò no si puó assolutamente dire con certezza che le incisione e le suture attraverso la muscolatura diano alla cicatrice una resistenza maggiore di quelle attraverso le aponevrosi".

E, allegando experiencia: "possiamo dire che colla sutura della linea alba fatta bene e a punti perdutti e che guarisca per prima, le ernie no si producono tanto facilmente, onde non vi é alcuna ragione d'abbandonare l'incisione mediana, quando essa puó tornar utile" (Bergmann, Miculicz).

Os inconvenientes das incisões verticaes, não medianas, são incontestaveis, tanto quanto são incuraveis os disturbios da

sensibilidade e motilidade, consecutivos, á lesão dos filetes nervosos. Elles, são, todavia, evitados pelas incisões obliquas ou transversas, feitas na direcção dos alludidos elementos nervosos.

Assim é que Courvoisier e Kocher, apologistas dessas incisões, para accesso ás vias biliares fazem uma obliqua, começando na linha mamillar direita, ao nivel da região costal, e dirigindo-se para a linha mediana, numa extensão que vae até tres dedos transversos acima do umbigo. Tal incisão, dizem elles, corresponde ao decurso dos nervos que, por consequencia, não são lesados. Czerny, Kausch, Rio Branco são da mesma opinião.

Moynihan não parece muito partidario das incisões transversas, interessando as fibras musculares: "It is a cardinal rule that these shall be no division of muscular fibres unless it is absolutely necessary for a sufficient exposure of the operation field; muscular fibres are always to be separated, **never to be cut**" (Abdominal operations).

Não obstante, as incisões transversas ganharam terreno e são empregadas com toda a frequencia. Em gynecologia fazem época as incisões transversaes, em particular a de Pfannenstiel, aponevrotica, supra-pubica, que reúne ás vantagens de dar boa luz ao campo operatorio, largo, as de deixar esthetica a cicatriz — tornada mais ou menos invisivel, pela presença do triangulo pilloso do pubis, que a esconde quasi completamente, — e, sobretudo muito sólida, impossibilitada a eventração, graças á linha branca aponevrotica que permanece intacta.

A outra qualidade, a ultima, respeita ao facto da incisão prestar-se a uma drenagem conveniente. É essa uma qualidade que se não applica a todos os casos, por isso que os prestimos da drenagem, para derivação, apenas são utilizados nas operações septicas. Não obstante, trata-se de uma condição de real importancia, que não poderia faltar neste estudo. A drenagem efficaz é aquella que tanto possivel submetta á acção da gravidade as materias a evacur, assim facilitando a derivação, na medida do possivel.

Incisão, pois, que favorecerá á drenagem, precisará ser a mais baixa e tambem a mais inferior, sob pena de se mobilizarem drenos inuteis.

CAPITULO III

ESTUDO CRITICO

PAREDE ANTERO-LATERAL — INCISÕES VERTICAES MEDIANAS

As incisões verticaes medianas, quanto á região, podem ser epigastricas, mesogastricas, hypogastricas e hypoepigastricas; quanto ao numero e á forma podem ser simples, rectilíneas e curvilíneas.

As incisões medianas, simples, verticaes, são as chamadas talhas, que podem ser praticadas só no epi, no meso e no hypogastro, ou nas tres regiões ao mesmo tempo, assim interessando a linha que vae do appendice xiphoide á symphise pubiana.

O typo da incisão mediana epigastrica é aquelle que se destina a attingir o estomago e o seu traçado comprehende uma linha recta, vertical, partindo do appendice xiphoide e terminando a 1 ou 2 cms. acima da cicatriz umbilical (1 fig. 2). Seccionados a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, cahe-se sobre a linha branca, que nesse tempo é dividida a bistori longitudinalmente em duas metades, sem que seja interessada a bainha dos musculos grandes rectos. A incisão proseguindo, logo abaixo da linha branca encontra-se um tecido gorduroso frouxo, que cede ao córte, até a divisão da serosa peritoneal, phase que corresponde á abertura da cavidade abdominal.

É a incisão classica para o accesso ao estomago, dá um bom campo operatorio e se accomoda bem á exploração do órgão, constituindo o seu unico inconveniente a questão da cicatriz pouco sólida, de que são aliás, incriminadas todas as incisões na linha branca. Foi essa incisão já aconselhada para a gastrostomia, mas para essa operação ella apresenta o grande

inconveniente de conduzir mais para perto do pyloro que do cardia.

Ainda mais, o desaparecimento do tecido cellulo gorduroso, sub-cutaneo, que sobreveem mais ou menos rapidamente nos cancerosos, nos quaes a gastrostomia é o mais das vezes indicada, exporia á incontinencia a fistura da parede (Hartmann).

A incisão mediana epigastrica tambem se presta á via de accesso ao baço e tem particular indicação nas eplenectomias para baços muito volumosos, pelo facto de dar amplo accesso á cavidade abdominal e de descobrir bem o pediculo esplenico.

No mesogastro (região umbilical), a incisão classica é a que se executa para o tratamento das hernias umbilicaes. É uma curvilinea de concavidade olhando para a direita e que contorna a cicatriz (2 fig. 2) pelo lado esquerdo. Essa incisão deve ser sempre praticada á esquerda da cicatriz umbilical, afim de evitar-es o ligamento redondo do figado.

A contraindicação da incisão rectilinea atravessando a cicatriz reside no facto de ser praticamente irrealizavel a asepsia do umbigo. No caso de ser insufficiente, a incisão curvilinea pode ser augmentada com outras incisões verticaes, prolongando para cima e para baixo o cóрте primitivo.

No hypogastrico, a incisão classica é a dita talha hypogastrica devida a Pedro Franco e que póde ser baixa ou alta. A incisão baixa (4 fig. 2), dá o accesso á bexiga por via extra-peritoneal; começa a 1 cm. da symphyse pubiana e eleva-se ao meio da linha umbilico-pubiana. A talha alta coincide com a linha umbilico pubiana (3 fig. 2) e se pratica para as intervenções sobre o intestino ou órgãos genitales internos, na mulher. Para as talhas no hypogastrico, quer alta, quer baixa tem grande importancia os bons reparos, tomados pela palpação da symphyse pubiana, de molde a ser bem determinada a linha alba, nessa região, muito estreita ou apenas marcada por um traço.

Divididos a pelle e o tecido cellular subcutanea, é a linha branca dissociada e incide-se então sobre o tecido adiposo pre-vesical, apenas recoberto pelo fascia transversal, que é tambem incisado longitudinalmente. Atraz desses elementos encon-

tra-se o fundo de sacco peritoneal, constituido por uma prega reflectida. O peritoneo é repuxado para cima nas intervenções sobre a bexiga, por via extra peritoneal, ao passo que é elle interessado pelo córte nas talhas, quando os intestinos ou órgãos genitales internos são abordados.

A incisão hypoepigastica (1, 2, 3 e 4 fig. 2) é a chamada talha xiphopubiana e representa-se por uma incisão, comprehendendo as tres: hypo, meso e epigastica, já atraz descriptas. Utiliza-se nas laparatomias em que se exige muita luz para grandes manobras intra-abdominaes. É para notar que, qualquer das incisões, epi, meso ou hypogastrica, consoante a necessidade, pode ser transformada na grande incisão xiphopubiana, o que significa positiva vantagem no emprego das talhas medianas para as laparatomias exploradoras, quando o diagnostico a posteriori possa dar logar a indicações operatorias, exigindo campo amplo ou variação de objectivos a effectivar.

Incisões para-medianas — As incisões paramedianas ou atravessam a massa muscular do grande recto, ou interessam a sua borda externa, isto é, ou são trans ou para-rectaes.

As transrectaes offerem notavel vantagem sobre as talhas medianas, traduzida pela solidez da cicatriz. Ellas podem ser epi, meso ou hypogastricas e praticam-se quer sobre o recto direito quer sobre o esquerdo.

A indicação principal da incisão trans-rectal é a operação da gastrostomia, que se destina a constituir na parede abdominal uma bocca, ou fistula gastrica. Pode dizer-se que a incisão trans-rectal realiza para a gastrostomia o problema do esphincter.

Traça-se geralmente a incisão no epigastro a igual distancia das bordas interna e externa do recto esquerdo (7 fig. 2). Divididos a pelle e o tecido sub-cutaneo, apparece a bainha anterior do recto, cujas fibras obliquam para cima e para fóra. Incisada esta, põem-se á mostra as fibras do musculo, que são separadas, dissociadas a tenta-canula, de modo a obterem-se duas metades eguaes.

Surge a seguir o folheto posterior da bainha, adherindo mais ou menos ao peritoneo, os quaes são tambem incisados. Effectuados os tempos operatorios seguintes e concluida a operação, fica perfeitamente constituido o esphincter gastrico, que func-

ciona com os movimentos de contração e relaxamento, de que é dotado o musculo recto. A cicatriz final é boa, por isso que a consolidam as suturas, que apenas foram separadas e que tendem a adherir promptamente.

Incisões trans-rectaes pódem ser tambem executadas nas regiões meso e hypogastricas em intervenções sobre os intestinos e outros órgãos. São-lhes preferiveis as talhas medianas, que offerecem maior simplicidade de technica apesar de não concederem a mesma solidez na cicatriz.

As incisões para-rectaes, mais do que as trans-rectaes, apresentam notavel superioridade sobre as talhas medianas, com respeito á questão de cicatriz solida.

Praticam-se, tambem, tanto sobre o lado direito como esquerdo e tanto no epi, como no meso e hypogastro.

É traçada a incisão parallelamente á borda externa do musculo recto. Cortados a pelle e o tecido sub-cutaneo, procura-se a borda externa do musculo e incisa-se o folheto anterior da sua bainha. A seguir repucha-se o musculo para a linha mediana, ahi o mantendo com o auxilio de ganchos affastadores e assim descobrindo-se o folheto posterior da bainha, constituido pelo fascia transversal, que se corta tambem, mais o peritoneo, que lhe fica abaixo.

A grande vantagem das incisões para-rectaes está no facto de não ser lesado de forma alguma o musculo recto, o qual, a operação terminada, volta intacto para a sua bainha, devidamente reconstituída em seus dois folhetos. A solidez da cicatriz, pois, é assegurada perfeitamente pelo musculo recto, integrado na sua constituição e na sua disposição.

Incisões para-rectaes fazem-se frequentemente no epigastro, para o accesso aos órgãos biliares (incisão paracholedoquiana de Vanverts), (5 fig. 2), ao baço (8 fig. 2) e, principalmente no hypogastro para a operação de appendicectomia (incisão de Jalaguier) (6 fig. 2).

O choledoco é favoravelmente attingido mediante a incisão para-rectal que dá amplo campo operatorio e o conforto das boas cicatrizes.

No lado esquerdo a incisão para-rectal dá acesso ao baço, bem como ao rim pela via transperitoneal. No tocante á cicatriz, tal incisão, como as outras para-rectaes, é vantajosa; no tocante ao acceso, porém, a incisão mediana é preferivel, por isso que dá melhor luz na cavidade abdominal e conduz melhor ao pediculo esplenico, no caso do baço.

Quanto ao acesso ao rim, tambem, essa incisão não se recommenda, ou melhor, é excedida em vantagem pela incisão lombar, que permite attingir aquelle orgão por via extra-peritoneal; resalvam-se os casos muito especiaes, de nephrectomias para rins volumosos, sobremodo ptosados na cavidade abdominal, em que se prefere a via anterior.

A incisão para-rectal se emprega, outrosim, nas operações de enterostomia e executa-se quer do lado direito como do esquerdo.

O typo da incisão para-rectal hypogastrica, corresponde o córte de Jalaguier, que faculta o acesso ao caeco e ao appendice vermicular.

Vejamos como o proprio Jalaguier descreve a sua incisão para-rectal hypogastrica: "1er. Sur le milieu de l'espace qui sépare l'épine iliaque antérieure e supérieure de l'ombilic, faire une incision de 8 à 10 cents., parallèle au bord externe du muscle droit — le tiers supérieure de cette incision étant au dessus de la ligne ilio-ombilicale, des deux tiers inférieures au dessous. On arrive directement sur l'aponévrose du grand oblique que l'on fend de haut en bas dans toute la longueur de la plaie. Les deux lèvres de l'incision aponévrotique sont saisies avec des pinces à pression, et la lèvre interne est réclinée en dedans pour découvrir la partie externe de la face antérieure du grand droit, enfermé dans sa gaine. Le bord externe du muscle est facile à reconnaître, à la vue e au toucher.

2e. Inciser la gaine, dans toute la longueur de la plaie, à un cent. et demi environ en dedans de son bord externe. Les deux lèvres de cette incision sont prises avec des pinces et l'externe est disséquée de dans en dehors jusqu'au bord externe du muscle. Cette dissection est des plus faciles, la gaine n'adhérant qu'à une intersection fibreuse que se trouve vers le tiers supérieure de la plaie, mais qui n'est pas constante. Le

bord du muscle est dégagé avec la sonde canalisée et refoulé en dedans; deux écarteurs le maintiennent et la paroi postérieure de la gaine du grand droit se trouve largement découverte.

3e. Inciser le feuillet postérieure de la gaine (fascia transversalis) à un cent. et demi environ du sommet de l'angle dièdre formé par sa réunion avec le feuillet antérieure. Cette incision doit être très prudente, car à ce niveau le fascia transversalis est directement appliqué sur le péritoine, sans la moindre interposition de tissu graisseux. La gaine et le péri-

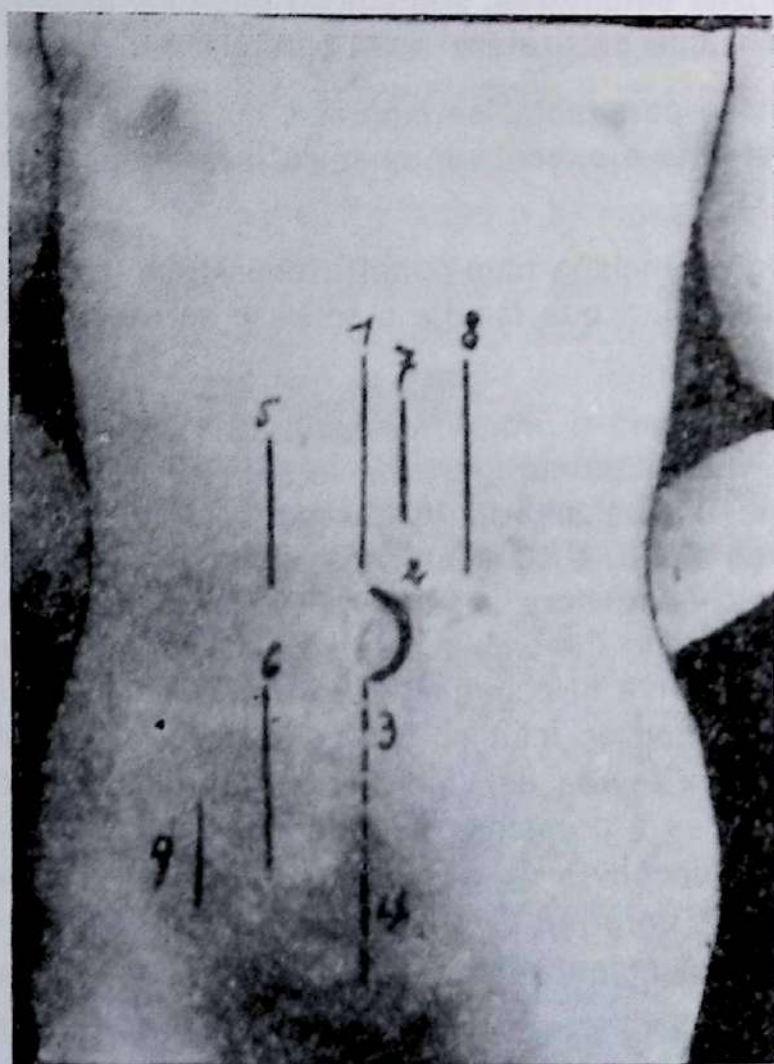


Fig. 2 — Incisões medianas e para-medianas. 1 — incisão mediana epigástrica; 2 — incisão mesogástrica (umbilical); 3 — incisão hypogástrica alta; 4 — incisão hypogástrica baixa; 1, 2, 3, 4 — incisão hypoepigástrica (xiphopubiana); 5 — incisão para-rectal epigástrica direita; 6 — incisão para-rectal hypogástrica (Jalaguier); 7 — incisão trans-rectal (gastrotromia); 8 — incisão para-rectal esquerda (baço, rim); 9 — incisão crural.

toine sont fendus sur la même ligne, dans l'étendue nécessaire, et les bords de l'ouverture fixés avec des pinces. Il faut veiller à ne pas blesser les vaisseaux épigastriques qui passent à une petite distance de l'extrémité inférieure de l'incision; on les aperçoit par transparence, montant obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, entre le fascia transversalis et le péritoine. En général on arrive ainsi, sans difficulté, sur le cœcum et sur l'appendice. Si celui-ci est difficile à trouver ou s'il est adhérent dans la profondeur, il faut se donner du jour en prolongeant l'incision par en bas. On fera bien de descendre en obliquant un peu en dehors de la gaine du muscle droit, pour éviter autant que possible les vaisseaux épigastriques".

A incisão de Jalaguier tem a sua indicação capital nos casos em que é obscuro o diagnostico de appendicite, cujo quadro clinico, como se sabe, pôde confundir-se com o de outras molestias abdominaes ou da fossa iliaca.

Nesses casos, em que a laparotomia é uma verdadeira intervenção exploradora, a incisão para-rectal é bem indicada, por offerecer a vantagem de poder ser augmentada em relação com as exigencias do acto operatorio, o que não succede com as incisões iliacas.

Desde, portanto, que o diagnostico de appendicite comporte duvidas, como é frequente acontecer, e que duvidas existam, tambem, quanto á cura operatoria a preencher, a incisão para-rectal é util e presta optimos serviços, como nenhuma outra, por isso que reune ainda as conveniencias das incisões paramedianas, poupando o musculo recto e, portanto, assegurando uma solida reconstituição da parede.

Outra incisão vertical é a que commumente se emprega na cura das hernias cruraes simples. O corte é vertical e passa ao nivel do anel crural, descendo até a parte mais inferior da hernia, quando estrangulada ou irreductivel; superiormente elevar-se-á a 4 ou 5 cms. da arcada crural. São interessados a pelle e o tecido sub-cutaneo, a aponevrose do grande obliquo, na parte superior, abdominal da incisão, e a aponevrose femural, em baixo. Divididos esses elementos surge o sacco herniario.

Incisões obliquas — As incisões obliquas podem ser rectilineas ou curvilineas e têm grande emprego na cirurgia abdo-

minal. De lado as incisões medianas, que não encontram no seu trajecto nem vasos nem nervos, as incisões obliquas são as que melhor resolvem a questão da protecção desses órgãos, desde que sejam bem dirigidas e localizadas. Sendo obliqua a direcção desses musculos largos do abdomen e, por isso mesmo, a dos vasos e nervos que os servem, comprehende-se, facilmente, que as incisões obliquas evitam a lesão desses elementos, uma vez que caminhem na direcção delles.

Incisões obliquas se empregam em todas as regiões da parede antero-lateral e especialmente no epigastro, no hypochondrios e nas regiões iliacas.

No epigastro uma grande indicação da incisão obliqua está na operação da gastrostomia.

O corte é curvilineo e pratica-se parallelamente ao rebordo costal esquerdo, mais ou menos 2 cms. abaixo, a começar numa distancia de 5 cms. do appendice xiphoide e mede de 8 a 10 cms. de extensão. Interessa a pelle o tecido sub-cutaneo, os musculos largos do abdomen e o peritoneo.

Para a gastrostomia já descrevemos a incisão para-mediana trans-rectal e aqui cabe realçar que sobre essa incisão a obliqua apresenta consideravel vantagem, traduzida no facto de conduzir á porção mais alta do estomago, e assim mais para perto do cardia, o que sobremodo tem importancia na constituição da fistula gastrica.

No hypochondrio direito, a incisão obliqua, tambem curvilinea, dá accesso á glandula hepatica. O seu traçado corresponde a uma linha obliqua de cima para baixo e de dentro para fóra e para traz, começando do lado de dentro, sobre a borda do appendice xiphoide, um pouco abaixo da ultima articulação chondro-esternal e descendo parallelamente ao rebordo costal e acima delle, cerca de 2 cms.; do lado de fóra a incisão póde terminar mais ou menos distante da linha mediana, consoante as necessidades (2 fig. 3). Interessa a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo, os musculos grande peitoral, recto e grande obliquo, o plano costal, que é reseccado e o peritoneo.

A incisão obliqua para accesso ao figado dá muita luz ao campo operatorio e permite inspeccionar amplamente a face superior. O seu inconveniente, de vulto, aliás, é tornar possivel

a lesão da serosa pleural, o que, por de perigo, deve ser cuidadosamente evitado.

No hypochondrio esquerdo pratica-se uma incisão perfeitamente homologa á precedente para acesso ao baço. Começa tambem perto do esterno e dirige-se obliquando para baixo e para fóra, de paralelo com o rebordo costal e acima d'elle, e póde ir até á massa sacro-lombar, si tal fôr necessario.

Essa incisão, todavia, não recommendavel nos casos de esplenectomia para baços muito volumosos, excedendo consideravelmente o rebordo costal, o que frequentemente se encontra.

Nessa hypothese, como é de ver, a incisão obliqua descripta levaria o campo operatorio mais para a face convexa do orgão, assim difficultando as manobras a se realizarem no respectivo hilo.

Nas regiões iliacas o uso das incisões obliquas rectilineas tem grande voga e praticam-se quer do lado direito do esquerdo para se attingirem os uretères, o appendice, intestinos, etc.

Para as intervenções sobre o appendice e, portanto, na região iliaca directa, a mesma incisão obliqua da pelle (4 fig. 3), dá logar a dois processos (Roux, Mac Burney), destinados a attingir o orgão mediante incisões variadas sobre os planos subjacentes.

O traçado da incisão cutanea corresponde a uma linha obliqua e parallela á arcada crural, distante de 2-3 cms. da espinha iliaca antero superior, medindo de 8-10 cms. distribuidos de modo que o meio da incisão coincida com a linha umbilico-iliaca.

Pelo processo de Roux, os planos anatomicos subjacentes, isto é, a aponevrose do grande obliquo, os musculos pequeno obliquo e transversos e o peritoneo, são seccionados por córtes tendo a mesma direcção que a incisão cutanea.

A modificação de Mac Burney, tambem chamada processo da discisão alternada, interessa os planos musculo aponevroticos e o peritoneo em direcções differentes da da incisão cutanea. Assim é que a divisão da aponevrose do grande obliquo é feita na mesma direcção que a incisão cutanea, por isso que

as suas fibras têm essa direcção; os musculos pequeno obliquo e transverso, todavia, cujas fibras são transversaes, são fendidos nessa direcção. O peritoneo e o fascia transversal são então incisados no sentido do maior eixo da ferida parietal, que ficará com uma forma rhomboide.

Já discutimos as vantagens e indicações da incisão de Jalaguier na appendicectomia, quando estudámos as incisões paramedianas. Digamos agora quanto á incisão obliqua iliaca e quanto aos processos de Roux e Mac Burney.

As indicações da incisão obliqua estão sempre restrictas aos casos em que não comporte duvidas o diagnostico de inflammação appendicular; no caso contrario deve gosar sempre de preferencia a incisão par-rectal de Jalaguier, que apresenta a vantagem de fornecer campo amplo á cavidade abdominal, além de poder ser augmentada, si tanto for exigido pelas manobras curativas realizaveis eventualmente sobre outros órgãos que não o appendice.

Quanto ao processo de Roux, as suas indicações comportam todas as intervenções a quente, quando se necessita de accesso facil e directo sobre o appendice (o que não dá a incisão de Jalaguier) e de campo operatorio amplo.

O processo de Mac Burney, finalmente, terá preferencia exclusivamente nas operações a frio, por isso que é elle inconveniente por offerecer pouca luz ao campo operatorio e ser de execução mais trabalhosa. As vantagens deste processo consistem em que, realizada a cicatrização "per primam intentionem", elle constitue a garantia mais efficaç de se evitarem as evenções post-operatorias, em razão da diversidade de direcção dos córtes sobre os planos da parede.

As incisões obliquas na região ilica dão tambem boa via de accesso a outros segmentos do tubo intestinal e se praticam nas intervenções sobre o colon e sobretudo nas operações de enterostomia ou anus artificial.

Em se tratando de anus artificial provisório, a intervenção pode ser dirigida sobre o caecum (coecostomia) e pratica-se na região iliaca direita, onde a incisão é a mesma que a descripta precedentemente para a appendicite (proc. de Mac Burney).

Para o anus artificial definitivo, todavia, a intervenção se faz o mais das vezes sobre o S iliaco e, portanto, na região iliaca esquerda.

O traçado é então exactamente homologico ao da incisão para appendicite (5 fig. 3), feito na região iliaca esquerda e as incisões sobre os planos da parede tambem se fazem segundo a direcção das fibras (dissociação), o que assegura a formação de um verdadeiro esphincter, funcionando consoante a distensão ou relaxamento da parede.

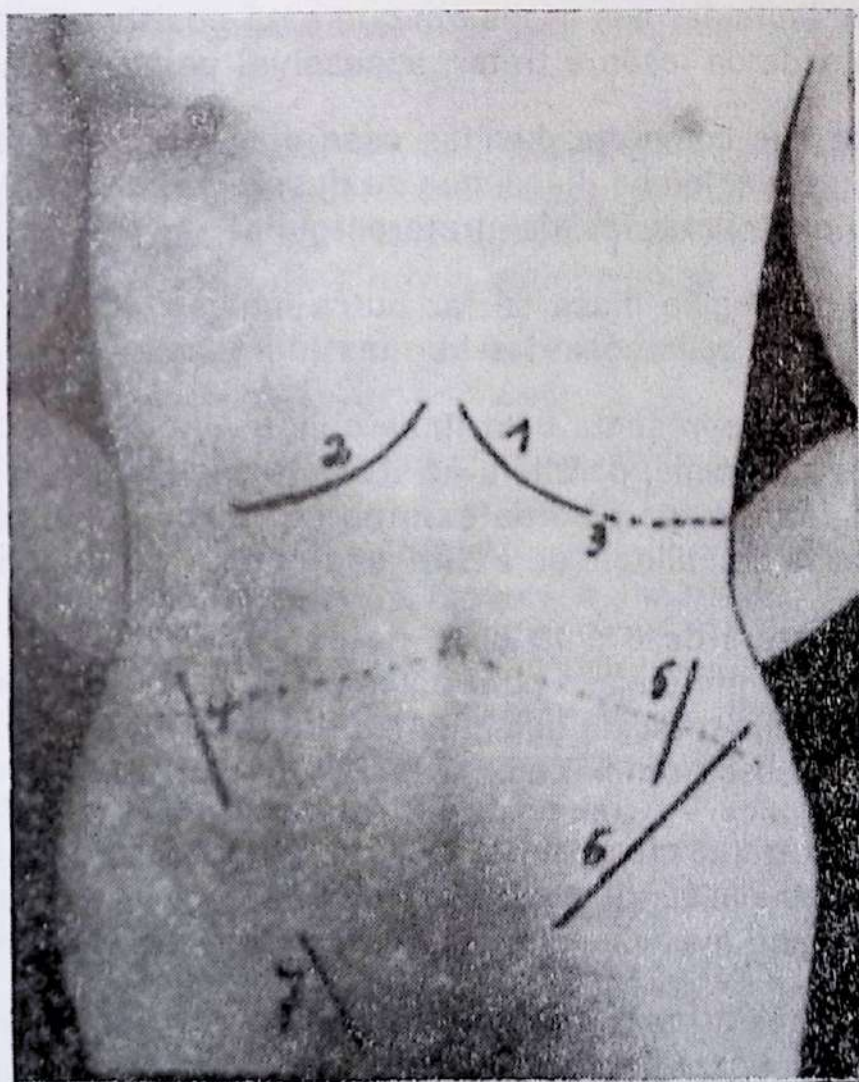


Fig. 3 — Incisões obliquas. 1 — Incisão da gastrotomia; 2 — incisão para o figado; 3 — incisão para o baço; 4 — incisão para a appendice (Roux, Mac Burney); 5 — incisão para o anus artificial; 6 — incisão para a ureter; 7 — incisão para hernia inguinal.

Os uretères são, também, vantajosamente abordados pelas incisões obliquas iliacas, que lhe dão accesso extra-peritoneal. O traçado da incisão é representado por uma linha começando a 2 cms. para cima e para dentro da espinha iliaca antero superior e descendo parallelamente á arcada crural até á borda externa do grande recto do abdomem (6 fig. 3).

A incisão interessa a pelle e o tecido subcutaneo, o grande obliquo, o pequeno obliquo e o transverso, ao passo que o peritoneo é descollado, tanto na fossa iliaca como na face posterior da arcada crural.

A incisão iliaca para accesso aos uretères, deve ter suas indicações limitadas aos casos em que está positivamente determinada a séde da lesão a tratar, accessivel pela via iliaca.

Desde que comporte duvidas essa diagnose, empregar-se-á a incisão grande, lombo iliaca, que se descreve adiante, indicada, outrosim, nas operações de ureterectomia.

Ainda na região iliaca se faz outra incisão obliqua, aquella que se usa nas operações das hernias inguinaes.

O traçado representa uma linha obliqua de dentro para fora e de baixo para cima, parallelá ao trajecto inguinal. A bissectriz do angulo formado pela borda externa do musculo grande recto com a arcada de Fallope, dá a direcção exacta da incisão.

O córte terá de 8 a 10 cms. de extensão (7 fig. 3), e não deve ser muito prolongado para baixo do annel inguinal externo. Interessa a pelle o tecido sub-cutaneo e a aponevrose do grande obliquo, nos casos ordinarios.

Incisões transversas — As incisões transversas podem ser ou rectilneas ou curvilneas e executam-se principalmente no hypogastro, nos hypochondrios e nas regiões antero-lateraes.

Das incisões transversas rectilneas, excepção feita daquellas que se praticam no hypogastro e nos flancos, para accesso á bexiga e ao rim e para a hepatopexia, as demais são geralmente incisões auxiliares, que transformam as simples, medianas, verticaes em incisões compostas, vertico-transversas, e que serão estudadas ulteriormente.

A transversa rectilinea supra pubica é a incisão de Trendelenburgo (1, fig. 4). Ella mede de 6 a 8 cms. e executa-se immediatamente acima do pubis. A incisão expõe largamente as diversas porções da bexiga, principalmente os espaços inferiores, juxta-cervicaes, mas apresenta o inconveniente de expor ás eventrações post-operatorias, pelo facto de fender transversalmente os musculos rectos (Vanverts).

A incisão de hepatopexia, proposta por Péan, é outra, transversa rectilinea. Pratica-se do lado direito, á igual distancia do rebordo costal e da crista iliaca e vae da linha axillar posterior á borda externa do recto, podendo ser prolongada mais para traz si for necessario (5 fig. 4). A incisão transversa de Péan tambem se presta para dar accesso ao rim, pela via para-peritoneal, executada em qualquer dos flancos.

Incisões simples curvilineas, transversas, no hypogastro, são as que se destinam particularmente ás intervenções dirigidas sobre os órgãos genitales internos femininos, e o seu emprego é especializado da cirurgia gynecologica.

Tres typos podem revestir essas incisões: — de Rapin Küstner, de Pfannenstiel e de Bardenhauer.

A incisão de Rapin-Küstner, chamada por Rapin "incisão esthetica" e por Küstner "incisão crucial" (2 fig. 4), mede de 8 a 12 cms. e é feita um centimetro abaixo e parallelamente á base do triangulo pilloso que recobre o monte de Venus.

Interessados a pelle e o tecido cellular subcutaneo, os labios da ferida são fortemente repuxados por dois afastadores, de modo a tomar a mesma ferida, de começo transversa e curvilinea, a forma de um verdadeiro rectangulo. A seguir é incisada verticalmente a linha branca e os musculos rectos são separados, surgindo então o tecido cellular sub-peritoneal, que é dividido com o peritoneo.

Pfannenstiel modificou a incisão de Rapin-Küstner (2 fig. 4). Ao envez de praticar incisões perpendiculares (em cruz) sobre a pelle e a camada aponevrotica, elle divide todos os elementos da parede na mesma direcção da incisão cutanea, assim cortando tambem transversalmente os dois musculos rectos com as respectivas bainhas.

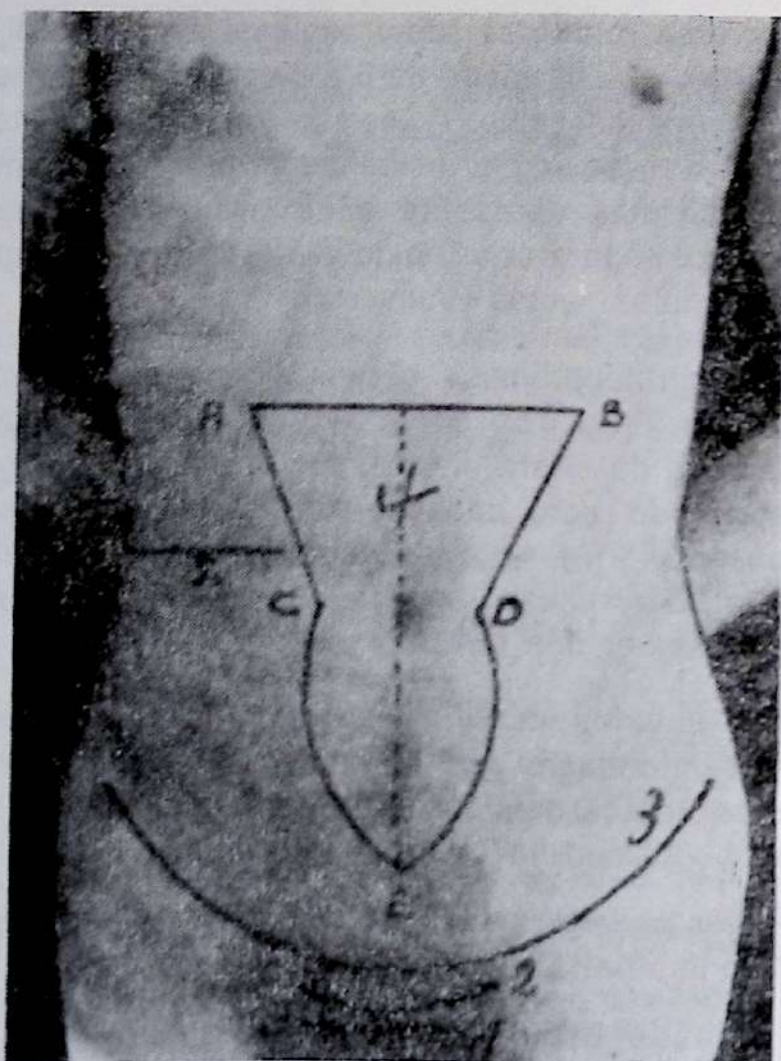


Fig. 4 — Incisões transversaes. 1 — incisão de Trendelenburgo para a bexiga; 2 — traçado das incisões de Pfannenstiel e Rapin-Küstner; 3 — incisão de Bardenhauer; 4 — incisão de Depage para laparectomia; 5 — incisão de Péan para o fígado e rim.

Em 1903, Pfannenstiel, em comunicações que dirigiu á Sociedade de Obstetricia de Leipzig, realça os inconvenientes das incisões medianas e apresenta uma numerosa série de observações de pacientes operadas pela sua incisão, com resultados os mais favoráveis.

Finalmente, Bardenhauer, modificou também a incisão de Pfannenstiel, com o intuito de obter mais amplo acesso á pelve e ás fossas iliacas e preconizou uma nova incisão, cujo traçado corresponde a uma linha fortemente arqueada, de concavidade olhando para cima (3 fig. 4) e unindo as duas espinhas iliacas antero-superiores. A incisão de Bardenhauer desce até 3 cms.

acima da symphyse pubiana e interessa, sempre na mesma direcção, a pelle e o tecido cellular, os fascias, os musculos e o peritoneo.

Além de dar uma luz consideravel na cavidade abdominal, essa incisão não separa os musculos rectos um do outro e não descolla nem a pelle, nem o tecido cellular, nem os fascias, dos planos subjacentes.

As incisões transversas, têm conquistado ultimamente o beneplacito de grande numero de cirurgiões, os mais renomados.

Podem enumerar-se assim as vantagens das incisões transversas curvilineas no hypogastro:

a) — Bom accesso á pelve e, por isso mesmo, um campo operatorio seguro para as intervenções sobre os órgãos genitales femininos;

b) — A protecção dos intestinos nessas operações;

c) — Boa cicatriz, isto é, supressão quasi que completa das possibilidades das eventrações post-operatorias, do mesmo passo que um resultado perfeitamente esthetico, pelo facto de ficarem escondidas as cicatrizes pelo systema pilloso do monte de Venus.

Em compensação, ao lado dessas vantagens, outros tantos inconvenientes lhes são apontados:

a) — Exigem uma technica mais complexa, o que determina a delonga nas operações;

b) — Não pugnam pela protecção das relações anatomicas dos tecidos, do que resultam — a secção de nervos e, sobretudo, de vasos, donde — hemorragias muito abundantes, o que difficulta o acto operatorio;

c) — Finalmente, não se prestam á drenagem.

Ahi está a razão por que as incisões transversas devem comportar indicações e contra indicações, relacionadas directamente com as vantagens e com os inconvenientes que apresentam.

Nesse sentido, estudaremos uma a uma as tres incisões.

A crucial, esthetica, de Rapin Küstner é incisão bem indicada nas hysteropexias abdominaes, assim como nas interven-

ções sobre a bexiga, quando exijam campo operatorio amplo. O seu emprego é boa garantia, nesses casos, contra as eventrações post-operatorias.

A incisão de Pfannenstiel, outrossim, deve ser a preferida nas hysterectomias para fibromas e outros tumores, principalmente quando apresentam adherencias intestinaes, assim como para a ablação de tumores do ovario e até para as cesareanas extra peritoneaes.

A incisão de Bardenhauer, emfim, dando enorme espaço e muita luz na cavidade abdominal, presta-se perfeitamente para as ablações de grandes kystos, em especial daquelles que se elevam muito acima do umbigo, que podem ser facilmente retirados sem o inconveniente de serem rompidos; a extirpação de uteros carcinomatosos, tambem, exigindo grande campo operatorio, para difficeis manobras de hemostasia etc., tiram bom proveito da incisão de Bardenhauer.

As contra-indicações, que dizem respeito a todas as incisões transversas, no entanto, devem ser fielmente respeitadas:

a) — Ellas jamais deverão ser empregadas nas suppurações pelvicas ou em quaesquer outras intervenções septicas; primeiro, por se não prestarem á drenagem; segundo, pelo facto de apresentarem superficies cruentas em extensão muito mais consideravel que as incisões medianas, o que imprimiria um grande risco para o seu emprego.

b) — contra-indicação, tambem, formal terão as incisões transversas nas intervenções a realizar em pacientes muito gordas, nas quaes o paniculo adiposo, assás desenvolvido, muito dificultaria o acto operatorio, além de deixar inconvenientes para a cicatrização.

INCISÕES COMPOSTAS

As incisões compostas são combinações que se obtêm, mediante duas ou mais incisões rectilneas ou rectilineas e curvilineas, no sentido de conjugar as vantagens do emprego simultaneo de córtes verticaes, transversos e obliquos.

No grupo das incisões vertico-transversas, estudaremos todas as incisões que tomam as formas crucial, em T, em L, em

L invertido, etc., que têm todas grande emprego na parede abdominal.

As incisões em cruz podem ser executadas quer no epigastro, quer no meso ou hypogastro, quer nos hypochondrios, direito e esquerdo e se destinam a augmentar o campo offerecido pela simples incisão vertical, quando insufficiente.

Para o accesso á bexiga tres incisões compostas, vertico-transversas se apresentam:

— "Talha médio bi-lateral" (Audry). — É a incisão em cruz. À incisão mediana de Pedro Franco, associa-se a transversa de Trendelenburgo, esta ultima interessando a pelle, o tecido sub-cutaneo e os musculos rectos, dos dois lados (1 fig. 5).

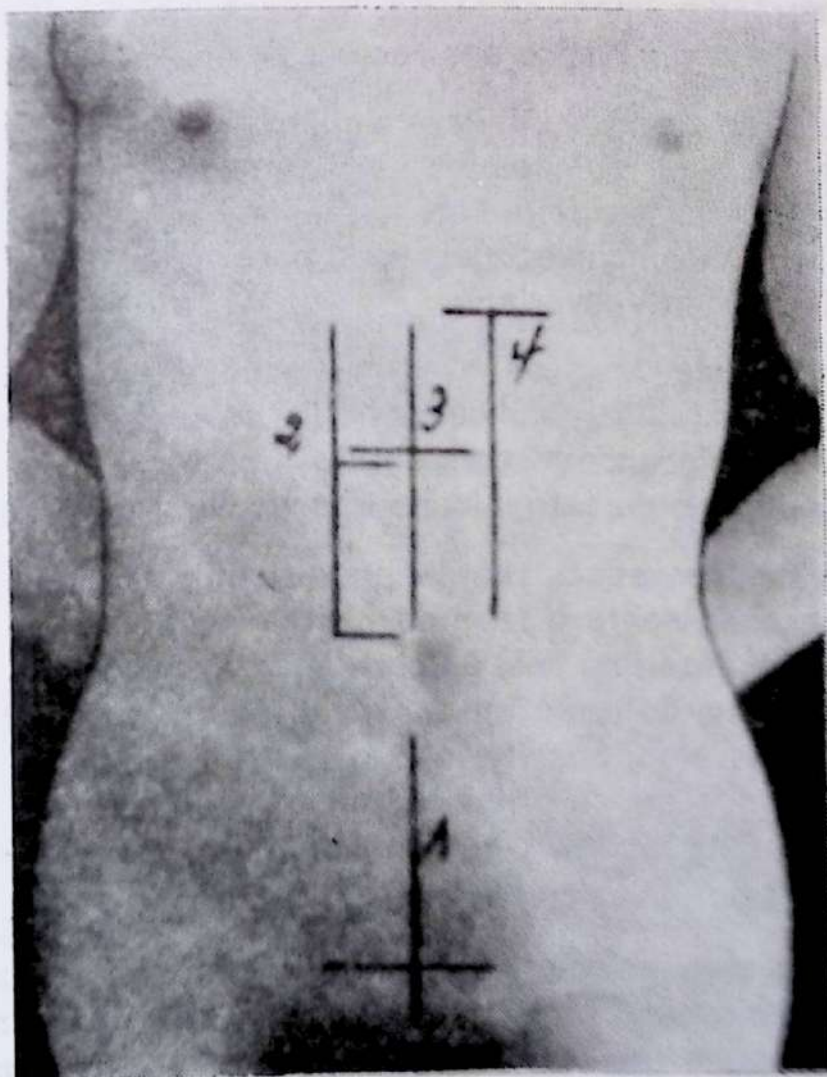


Fig. 5 — Incisões vertico-transversas. 1 — incisão crucial hypogastrica-medio, unilateral e medio semilateral; 2 — incisões paracolaterais; 3 — incisão crucial epigastrica; 4 — incisão em T para o bço.

— “Talha medio-unilateral (Audry). — Feita a talha de Pedro Franco, mediana, junta-se-lhe o córte transverso da pelle e do musculo recto de um só lado (1 fig. 5).

— “Talha medio semilateral”. — A incisão comprehende a talha mediana vertical associada ao córte lateral da pelle e da metade da largura de um dos musculos rectos.

No epigastro para o accesso á arteria esplenica, póde usar-se ao lado da incisão mediana a talha transversa, interessando os dois rectos (3 fig. 5). Tal incisão offerece a vantagem de respeitar a innervação dos grandes rectos (Rio Branco).

Do lado esquerdo, ainda para attingir o baço, é exequível a incisão em T, por meio de uma transversa superior, perpendicular a outra, para-mediana (4 fig. 5). Essa incisão tambem não compromette a innervação dos rectos.

O accesso ás vias biliares, ainda, é bem assegurado mediante as incisões compostas, vertico-transversas, podendo a transversa auxiliar ser feita sobre uma incisão mediana ou para-mediana, isto é, paracholedoquiana ou paracholecystica, segundo a denominação de Vanverts.

As paracholedoquianas são consttiuidas por uma incisão mediana, traçada do appendice xiphoide ao umbigo, e de outra, transversa, seccionando o recto direito e que pode ser perpendicular ou ao meio ou á extremidade inferior da primeira (1 fig. 6).

As paracholecysticas representam-se por uma incisão vertical, começando sobre o rebordo costal, no ponto que corresponde á curva descripta pela 9.^a cartilagem e descendo ao longo da borda externa do recto até ao nivel da cicatriz umbilical; e por outra transversa, seccionando o recto, perpendicularmente quer á parte mediana da primeira, quer á sua extremidade inferior (2 fi. 5). Esta incisão conduz melhor sobre as vias biliares accessorias, isto é, vesicula e canal cystico.

No grupo das incisões vertico-obliquas comprehenderemos todas as combinações praticaveis com as incisões verticaes e oblíquas, ás quaes já se tem chamado “angulares”. Como ellas podem ser representadas por duas ou mais rectas, de modo a offerecerem um ou dois angulos, já foram denominadas incisões “uniangulares” ou “bi-angulares” (Rio Branco).

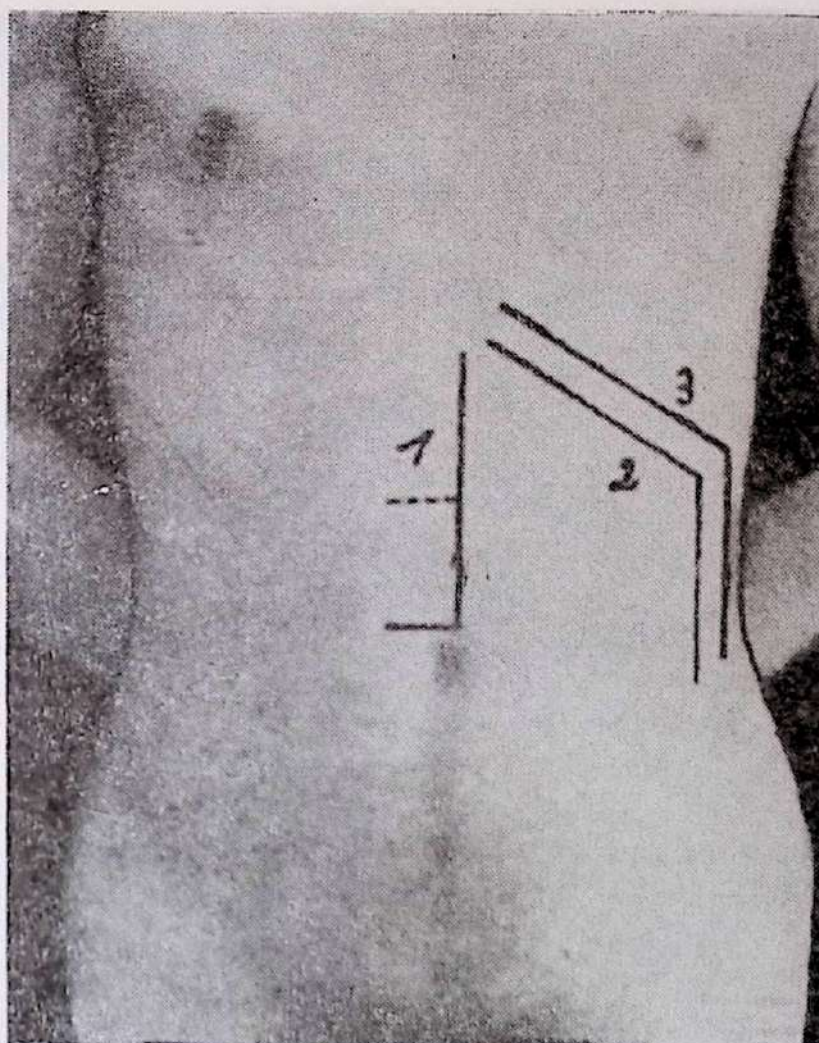


Fig. 6 — Incisões vertico-transversas e vertico oblíquas. 1 — incisões paraclodoquianas; 2 — incisão para-costal de prolongamento inferior; 3 — incisão transchondro costal de prolongamento inferior (Rio Branco).

O typo da incisão vertico-obliqua uniangular é figurado pelo traçado de Czerny-Rio Branco (1 fig. 7). A incisão vertical une a cicatriz umbilical ao appendice xiphoide e a obliqua, partindo da extremidade inferior da primeira, em angulo agudo, de 30° mais ou menos, dirige-se para cima e para fóra, até encontrar o rebordo costal. Essa incisão póde executar-se quer do lado direito, para o acesso ao figado e órgãos biliares, quer do esquerdo, para attingir-se o baço, arteria esplenica etc. (2 fig. 8), e em qualquer dos casos offerece o melhor acesso posisvel áquelles órgãos. É para recommendal-a tambem o facto de respeitar a innervação dos musculos rectos, que caminha, como se sabe, obliquamente, na mesma direcção da talha obliqua.

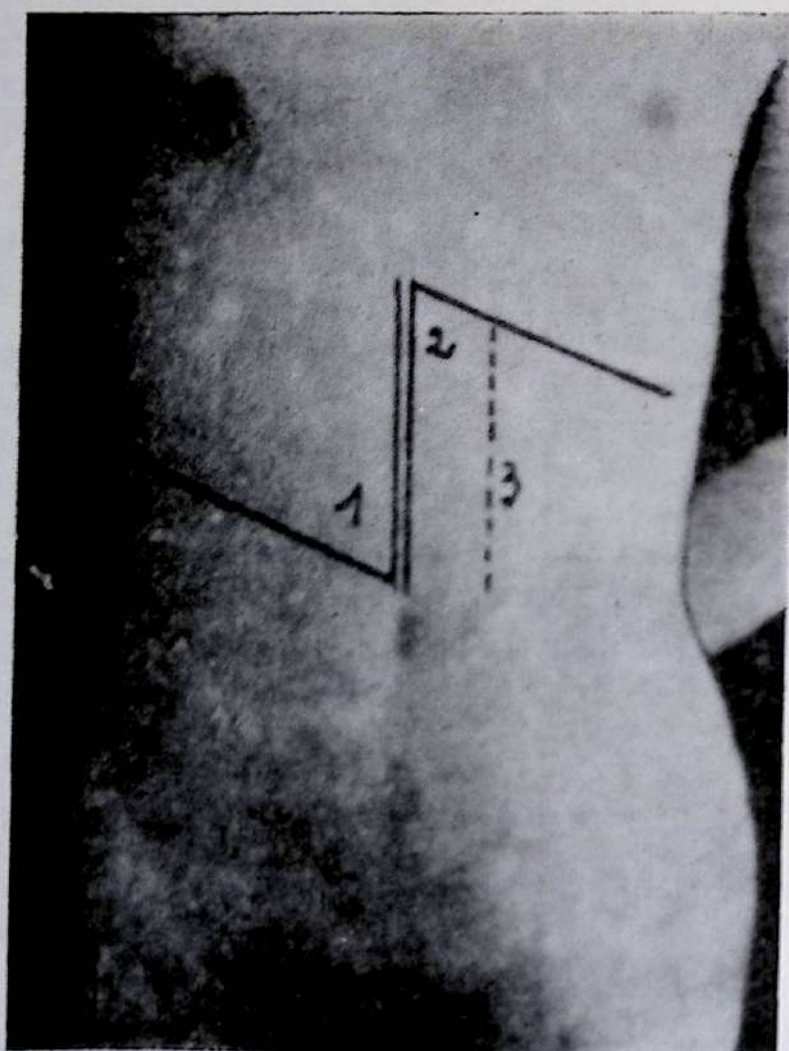


Fig. 7 — Incisões vertico-obliquas. 1 — Incisão de Czerny Rio Branco (direita); 2 e 3 — incisões "para costal mediana" e "para costal para mediana" de Sencert.

É frequente usar-se a incisão de Rio Branco, attenuando-se o angulo por meio de uma ligeira curva, ligando as duas extremidades inferiores das incisões rectas.

Outra incisão para acesso ao baço (esplenectomia), que propõe Rio Branco é a que elle denomina "paracostal de prolongamento inferior" (2 fig. 6). Começa á esquerda do appendice xiphoide em distancia igual, entre o vertice daquelle e a borda externa do recto, segue parallelamente ao rebordo costal (cerca de um dedo transverso abaixo), até chegar á vizinhança do vertice da 11.^a costella, mais ou menos na linha axillar media. Desse ponto começa a incisão vertical, que se prolonga para baixo numa extensão de 5 cms. mais ou menos.

Offerece essa incisão a vantagem de não lesar a metade interna do grande recto, mas tem o inconveniente de expor o mesocolon ascendente a ser ferido. Isso, aliás pôde evitar-se, desde que a laparatomia seja executada consoante os rigores da technica.

Considerando que tal incisão poderia ser incriminada de sectionar os musculos da parede em grande extensão, Rio Branco apresenta outro traçado (3 fig. 6), em que a incisão obliqua, ao envez de ser feita abaixo do rebordo costal o é sobre esse rebordo. Designou elle a nova incisão de "transchondro costal de prolongamento inferior".

Deve começar na união do rebordo costal esquerdo com o esterno, de onde se dirige para a extremidade da 11.^a costella. Ahi começa a incisão vertical que desce até 2 dedos transversos da espinha iliaca antero superior.

Bem de ver que essa incisão corta todo o rebordo costal cartilaginoso. O accesso á loja esplenica, portanto é mais directo mediante a nova incisão.

Utilizando-se da incisão obliqua para-costal e addicionando-lhe outra vertical mediana (2 fig. 7), Sencert preconiza outro traçado de incisão para attingir o baço.

Da incisão vertico-obliqua bi-angular o typo é representado pela incisão em bayoneta de Kehr, que é uma das que melhor facilitam o accesso á vesicula e ás vias biliares. O seu traçado corresponde a uma linha quebrada, que parte do appendice xiphoide, bem na linha mediana e desce verticalmente até ao meio da linha xipho-umbilical; nesse ponto ella se inclina em angulo obtuso para fóra e para baixo até encontrar a borda externa do musculo grande recto, onde toma novamente a direcção vertical e baixa ao ponto que coincide com a horizontal, passando pela cicatriz umbilical (2 fig. 8). A incisão interessa pois, sucessivamente a linha branca, o musculo recto e a sua borda externa.

Sencert preconiza, tambem, um typo de incisão quebrada bi-angular no hypochondrio esquerdo, para as intervenções sobre o baço e se utiliza para addiccionar á incisão obliqua para-costal, de outra vertical para-mediana (3 fig. 7). A talha obliqua como na incisão de Rio Branco, começa no appendice xiphoide e se

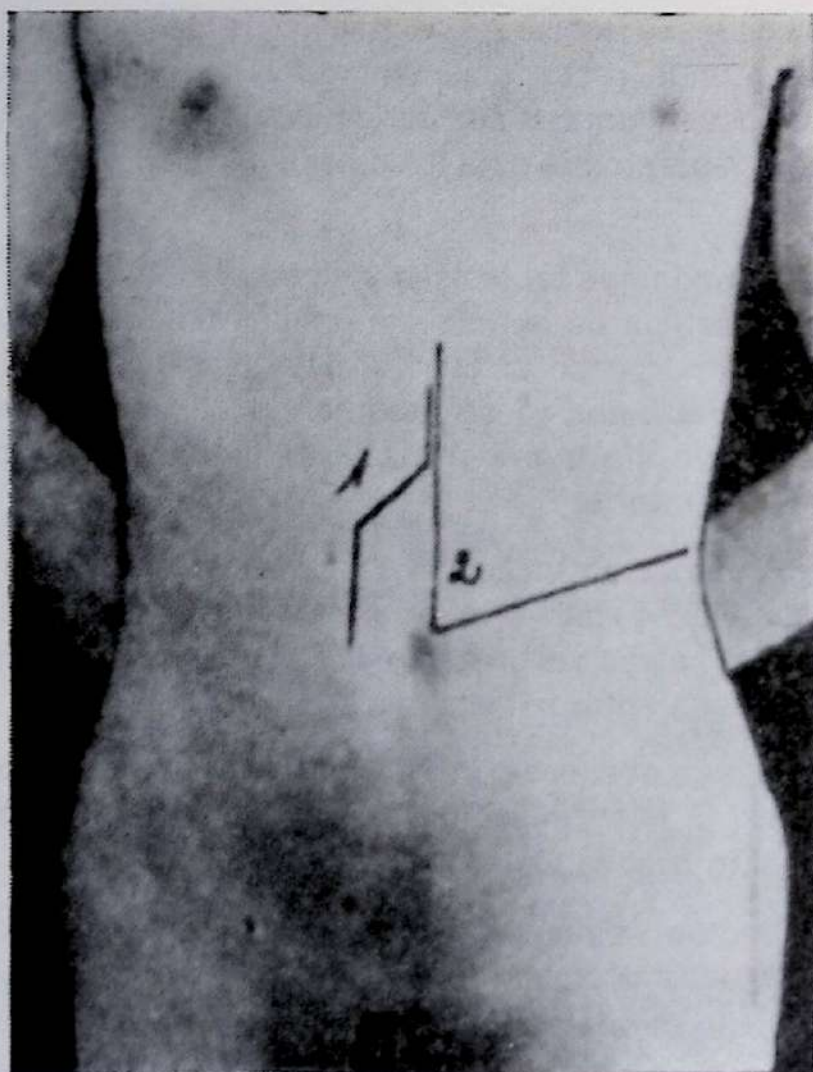


Fig. 8 — Incisões vertico obliquas. 1 — incisão em bayoneta de Kehr; 2 — incisão de Czerny- Rio Branco (esquerda).

dirige para fóra e para baixo até á extremidade externa da 11.^a costella mais ou menos na linha axillar média, e a talha mediana vae da extremidade interna da primeira incisão, na linha mediana até á cicatriz umbilical.

Incisões mixtas — São as que se constituem de rectilneas e curvilneas, cujo typo principal é representado pela incisão proposta por Bevan (On the surgical anatomy of the bile ducts and a new incision for their exposure, Ann. of surg. 1899). É a chamada incisão em S allongado, ou melhor, em S italico, constituida de uma incisão vertical para-rectal, e duas obliquaes curvilneas, uma superior, dirigida para dentro e de concavidade para baixo, outra inferior de concavidade para cima e dirigida para fóra (1 fig. 9). Segundo propõem Langebuck, Mayo, Robson,

essa incisão, destinada às operações sobre as vias biliares, póde prestar-se, também, ao acesso á arteria esplenica (Rio Branco), bem como aos outros elementos do pediculo esplenico. Para tanto, é bastante inverter o S, de molde a que o seu segmento curvilíneo superior fique voltado para a direita e o inferior para a esquerda (2 fig. 9).

É abordavel também a glandula esplenica mediante a transposição symetrica da incisão de Kehr, da forma preconizada por Czerny, Kocher, Kausch (3 fig. 9).

Essas incisões mixtas prestam-se perfeitamente para as intervenções sobre o baço, por isso que dão boa luz á cavidade,

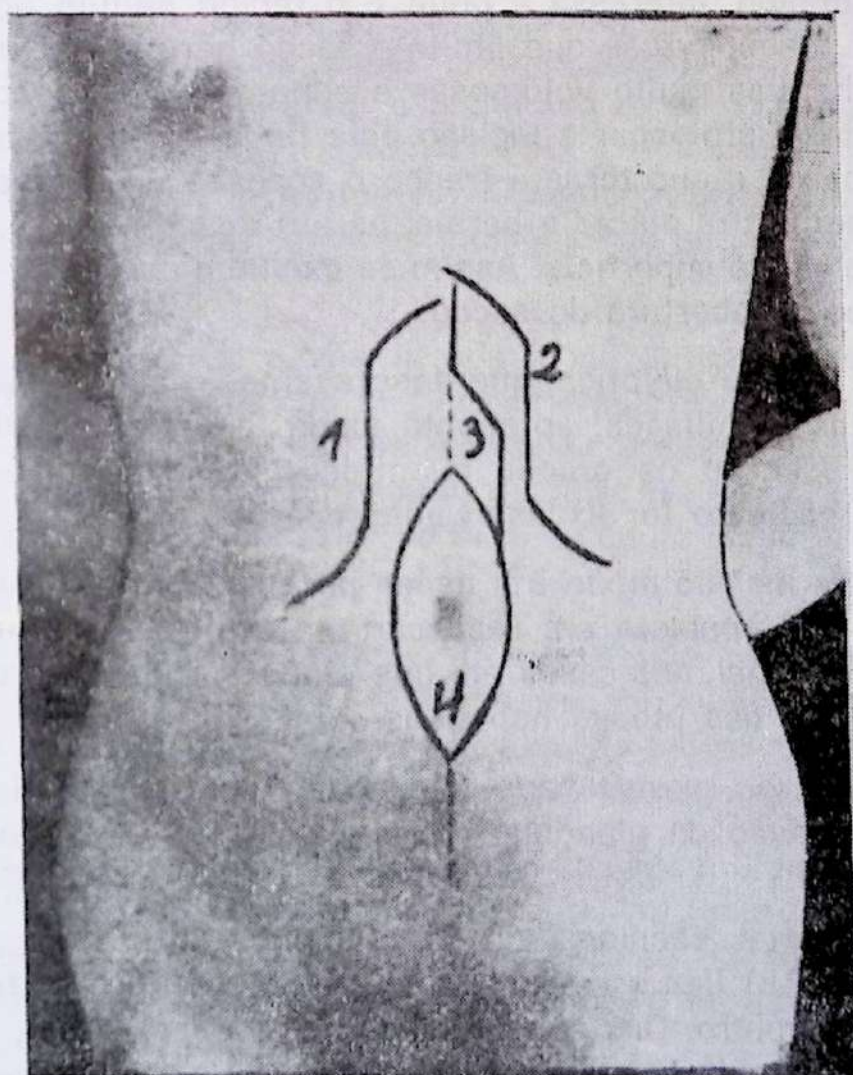


Fig. 9 — Incisões mixtas. Incisão em S alongado (Bevan); 2 — incisão de Bevan invertida; 3 — incisão de Kehr invertida; 4 — incisão ellyptica para hernia umbilical.

tanto no sentido longitudinal, como transversal. Rio Branco denomina-as incisões onduladas ou "bi-coudées" e as prefere ás incisões paralelas ou perpendiculares ao rebordo costal.

Cabe referirmos tambem neste capitulo, duas incisões assás importantes, que se empregam em cirurgia abdominal e que incluimos na chave das incisões mixtas. Uma é a incisão ellyptica, constituida por duas curvilineas bi-concavas e que serve nas operações de hernias umbilicaes, quando muito volumosas (4 fig. 9).

É simplesmente a incisão curvilinea umbilical, que já descrevemos atraz, feita dos dois lados da cicatriz, de maneira a contornar toda a base da hernia. É a incisão de escolha nas hernias do umbigo. Interessa a pelle e o tecido cellulo gorduroso e vae até a aponevrose que limita o sacco herniario. Quando se trata de hernias muito volumosas e adherentes ao sacco, é recommendavel prolongar a incisão pela linha mediana para cima ou para baixo, o que tornará franco o accesso á cavidade abdominal e permittirá atacar a hernia, para o descolamento, da profundidade para a superficie. Assim se excluem os riscos de lesar o intestino na abertura do sacco.

Essa incisão ellyptica, que descrevemos, para o tratamento das hernias umbilicaes, apresenta ainda, a vantagem de prestar-se á resecção de grande quantidade de paniculo adiposo, quando o paciente for excessivamente gordo.

A outra incisão mixta é a usada para as operações de laparrectomia, que consiste em reseccar um limitado segmento da parede abdominal, nos casos em que ella se apresenta relaxada, como occorre nas ptoses hepaticas.

Essa incisão, para Depage, constitue o acto principal da operação de fixação da glandula hepatica, isto é, da hepatopexia (4 fig. 4).

A parede é seccionada do modo seguinte: Uma incisão transversal (AB) liga a extremidade inferior da 11.^a costella, de um lado á do outro. Das duas extremidades dessa linha, partem duas incisões obliquas para dentro e para baixo, (AC — AD), terminando numa linha horizontal que passe pelo umbigo. Duas curvas de concavidade para dentro, partindo das extremidades inferiores das obliquas (CE — DE) e formando os tres quartos

de um losango de ponta inferior muito pronunciada, acabam de limitar o retalho a ser dissecado e retirado. A linha branca é reseccada até á borda interna dos rectos, compreendendo o peritoneo. Toda a superficie delimitada pela incisão é reseccada. Terminada a operação e feita a sutura, o resultado é uma cicatriz em T, de modo que a parede abdominal fica cosida tanto no sentido transverso como no longitudinal.

Parede posterior (lombar) — As incisões lombares são as que geralmente se empregam para attingir a glandula renal, o bassinete e o uretér.

Vias de accesso ao rim, existem quatro: — a posterior, lombar, cujas incisões estudaremos agora, e outras tres, que se servem da parede antero lateral do abdomen e que são trans, para ou sub-peritoneaes. Essas ultimas apenas logram conduzir ao rim depois de vencerem o obstaculo da serosa, que é num caso atravessada (via transperitoneal) e nos outros dois desviada (vias par e sub-peritoneal). Quando cogitámos da parede antero-lateral, mencionámos as incisões que se prestavam a dar accesso ao rim.

Cabe esclarecer desde já que a via lombar é de todas a preferida, por isso mesmo que lhe dá amplo accesso e permite realizar sobre o rim todas as manobras operatorias indicaveis, de modo tal que "il est possible de faire très simplement tout ce qu'il peut être nécessaire de faire au cours d'une intervention sur le rein" (Marion).

Innumeras são as incisões de que dispõe a via lombar para attingir o rim; umas simple e outras mais ou menos complicadas. Mencionaremos todas ellas, cada uma de per si e estudaremos com mais detalhes aquellas que gozam da maior preferencia.

Antes, porém, de entrarmos nas incisões, digamos algo sobre os "pontos de reparo" na região lombar, cujo conhecimento reputamos da mais alta importancia para os traçados, que elles quanto melhor determinados, maior numero de qualidades assegurarão ás incisões.

Tres pontos essenciaes de reparo, visiveis e palpaveis, devem ser considerados na região lombar. São elles: — a 12.^a costella; a crista iliaca e a borda externa da massa muscular sacro-

lombar, os quaes delimitam um quadrilatero bem determinado, atravez do qual é o rim abordavel.

1) — Nem sempre é facil determinar-se com precisão a 12.^a costella, por isso que ella frequentemente se póde confundir com a 11.^a, o que implicaria em sério risco para a intervenção. O fundo de sacco pleural, com effeito, não escaparia ao cóрте, desde que este attingisse a 11.^a costella.

Nos casos em que se apresenta longa e, portanto, obliqua, a 12.^a costella é facilmente reconhecivel pela sua mobilidade. Quando, porém, é curta, a sua direcção é quasi horizontal e ella encontra geralmente a 11.^a, sempre obliqua, com a qual é facil confundir-se, mediante uma palpação menos experiente.

Para evitar-se semelhante confusão, é conveniente proceder-se assim: — palpa-se, de diante para traz, o contorno inferior do thorax, quer dizer, a borda inferior da costella obliqua e longa, que delimita inferiormente a caixa thoracica. Si o dedo, que palpa, não percebe nenhuma saliencia, pode ter-se a segurança de que a obliqua é a 12.^a costella. Si, pelo contrario, em baixo da costella obliqua se percebe uma saliencia ossea, significa isso que tal saliencia é devida á 12.^a costella, necessariamente curta, na hypothese, e que, por consequencia, a costella obliqua é a 11.^a.

2) — A crista iliaca é visivel perfeitamente em toda a sua extensão nos individuos magros; nos gordos, todavia, ella é invisivel e difficil de ser palpada. Como, porém, a espinha iliaca antero-superior é sempre facil de determinar, serve esta de ponto de partida para uma palpação profunda, mediante a qual se reparará toda a extensão da crista iliaca na sua convexidade superior.

3) — Tambem é facil de precisar nos individuos magros a masa muscular latero-vertebral-sacro lombar, sempre visivel e desenhada por uma depressão longitudinal, parallelá á linha espinhosa da rache e indo das costellas á crista iliaca. Nos obesos a determinação obtem-se pela palpação, sendo preferivel fazer-se o reparo, marcando uma distancia de 8 cms. da linha espinhosa, em linha perpendicular.

Incisões simples — As incisões simples para accesso ao rim, podem ser verticaes, transversaes ou obliquas.

A vertical, (1) tem o seu typo figurado pelo traçado de Simon (1 fig. 10) e representa-se por uma linha, começando a quatro dedos transversos (8 cms.) das apophyses espinhosas, ou melhor, sobre a borda externa da massa muscular sacro-lombar, precisamente no angulo que formam os musculos desce em linha recta e vertical até encontrar a crista iliaca.

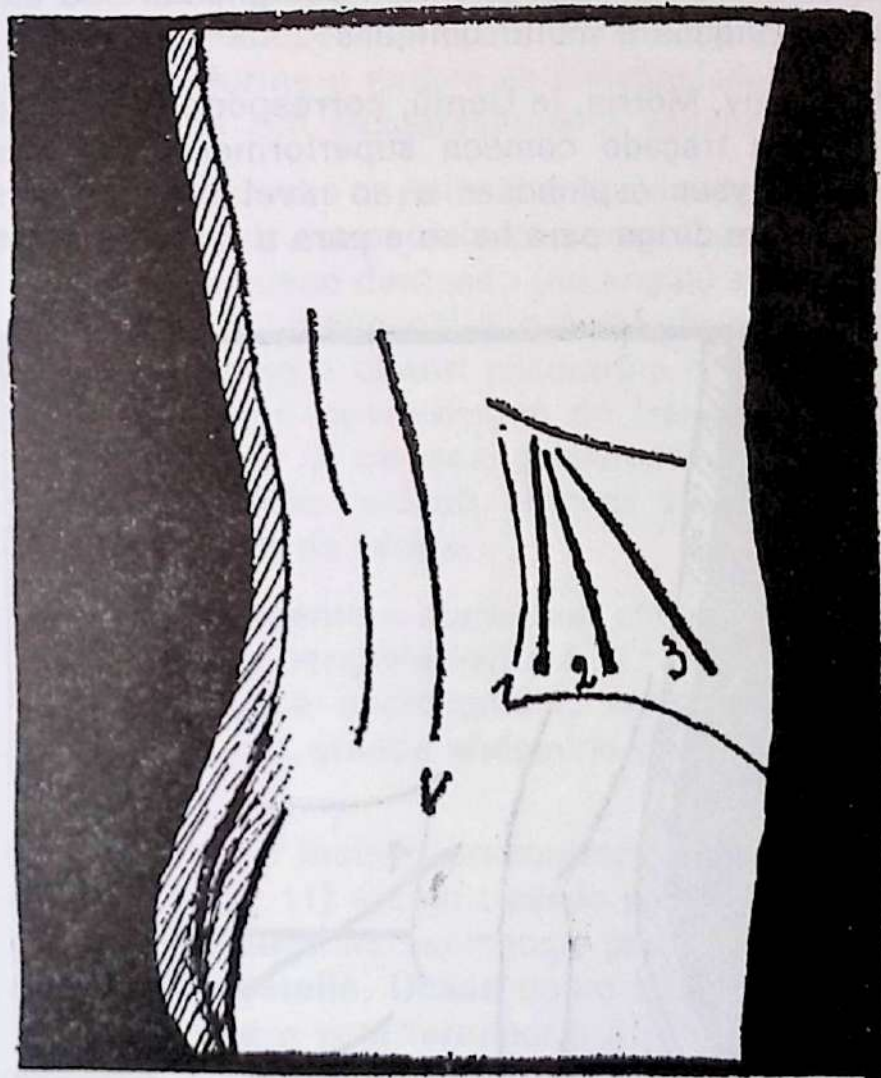


Fig. 10 — Incisões lombares simples. 1 — Incisão vertical (Simon); 2 — incisão oblíqua (Czerny).

Péan e Lente são os preconizadores da incisão transversa (1), para acesso ao rim (2 fig. 11).

(1) Autores ha que denominam "pouco oblíquas" e "muito oblíquas" (Duval, Gatellier) as incisões vertical e transversas, naturalmente pelo facto de não as considerarem perfeitamente verticaes ou transversas. Achamos taes denominações inconvenientes por isso que estabelecem confusão com as incisões verdadeiramente oblíquas, d Czerny, por exemplo.

Essa incisão é perpendicular ao meio da vertical que une o rebordo costal á crista iliaca; começa na borda externa da massa lombar e se dirige para a frente numa extensão de 8 a 10 cms. mais ou menos.

As incisões obliquas correspondem a duas formas principais, consoante formam com o eixo longitudinal um angulo agudo ou obtuso e por isso já foram designadas sob as expressões pouco obliquas e muito obliquas.

A de Czerny, Morris, le Dentú, corresponde á incisão pouco obliqua. O seu traçado começa superiormente a 8 cms. para fóra das apophyses espinhosas e ao nivel da face externa da 12.^a costella e se dirige para baixo e para a frente, para terminar

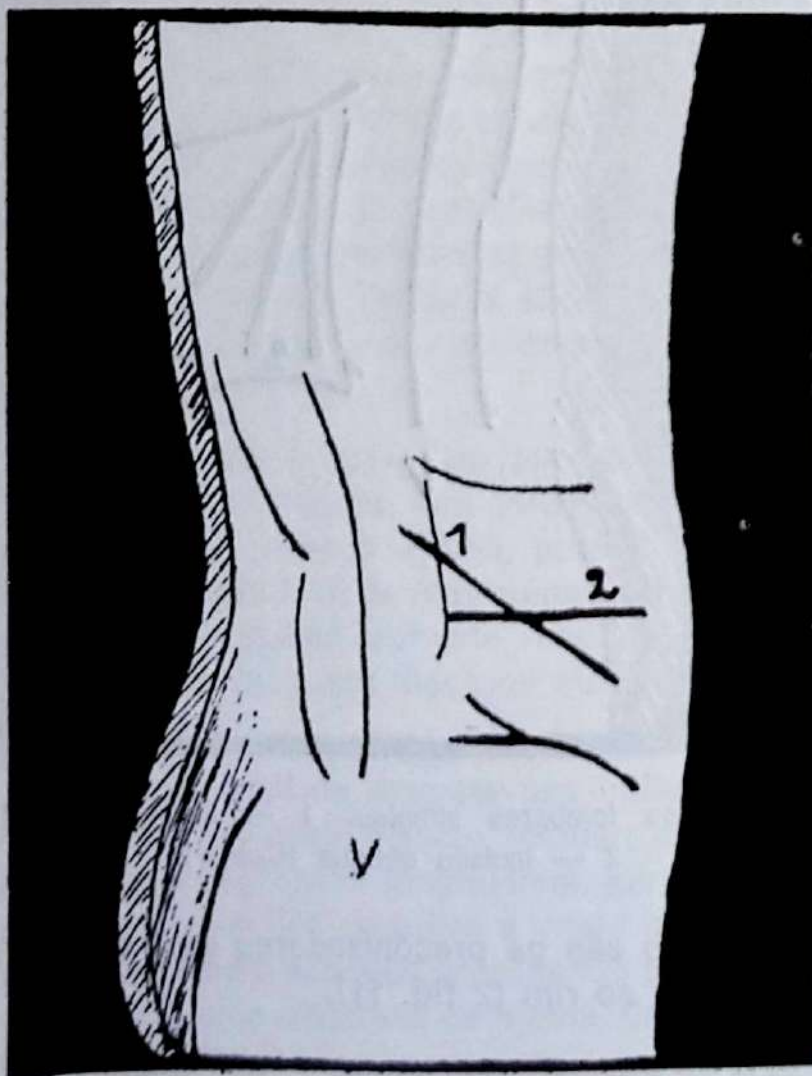


Fig. 11 — Incisões lombares simples. 1 — incisão oblíqua; 2 — incisão transversa.

mais ou menos ao meio da crista iliaca, isto é, no ponto mais elevado da sua convexidade (2 fig. 10). O ponto médio dessa incisão deve distar mais ou menos de 10 cms. da linha espinhosa e a sua extremidade inferior ficará dois dedos transversos acima da crista iliaca.

Do ponto terminal inferior, a incisão póde prolongar-se mais ou menos, ao curso da intervenção, quer para baixo, parallelamente á arcada de Fallope, quer para a linha mediana, na direcção do umbigo, conforme o exijam as necessidades, na ablação, por exemplo, de um rim exageradamente volumoso.

Esta incisão interessa a pelle e o tecido cellular sub-cutaneo e a seguir a parede, musculo-aponevrotica, compreendendo o grande dorsal, o pequeno denteado (no angulo superior da incisão) e mais abaixo o grande obliquo, incisado na direcção das suas fibras. Logo abaixo o bistori encontrará o pequeno obliquo e, em seguida, o plano aponevrotico do transverso, os quaes fendidos, deixarão, ver a camada gordurosa peri-renal. Nessa occasião será necessário cuidado, afim de se não lesar o peritoneo, na parte inferior da ferida.

Completa-se finalmente o cóрте paar cima, seccionando o ligamento costo-lombar, parallelamente á 12.^a costella, o quadrado dos lombos e a massa sacro-lombar, sendo prudente evitar, nessa occasião o nervo grande abdomino genital, bem como os seus vasos.

Muito obliqua é a incisão preconizada por Clarke, Kocher, Kuster-Scheede (1 fig. 11) e cujo traçado começa superiormente na mesma distancia da linha espinhosa, porém um pouco abaixo do rebordo da 12.^a costella. Desse ponto desce, obliquando fortemente para a frente e vem terminar a dois dedos transversos, acima da espinha iliaca antero-superior.

Incisões compostas — Na região lombar, para accesso ao rim, bassinete e uretér, podem praticar-se todas as variedades de incisões compostas, quer as quebradas (vertico-transversas e vertico-obliquas), quer as mixtas. Como incisões vertico-transversas, estudaremos a de Polaillon, a preconizada por Morris e a de von Bergmann.

Polaillon defende uma incisão em "L" invertido (2 fig. 12), formada de uma vertical, baixada da ultima costella, coincidindo

com a linha axillar anterior, para terminar ao encontro da crista iliaca; e de outra, transversa, tendo como ponto de partida a extremidade inferior da primeira e terminando na borda externa da massa muscular sacro-lombar.

A incisão de Morris é um "L" perfeito (1 fig. 12), constituido de uma vertical, de traçado igual ao da incisão simples e de outra, transversa, partindo da extremidade inferior da primeira, para terminar no ponto correspondente a dois dedos transversos acima da espinha iliaca antero-superior. Ambas as incisões vertico-transversas,, atraz mencionadas, só são indicaveis, quando se trata de atingir rins moveis, consideravelmente ptosados, dado que ellas fornecem bom acesso tambem á fôssa iliaca.

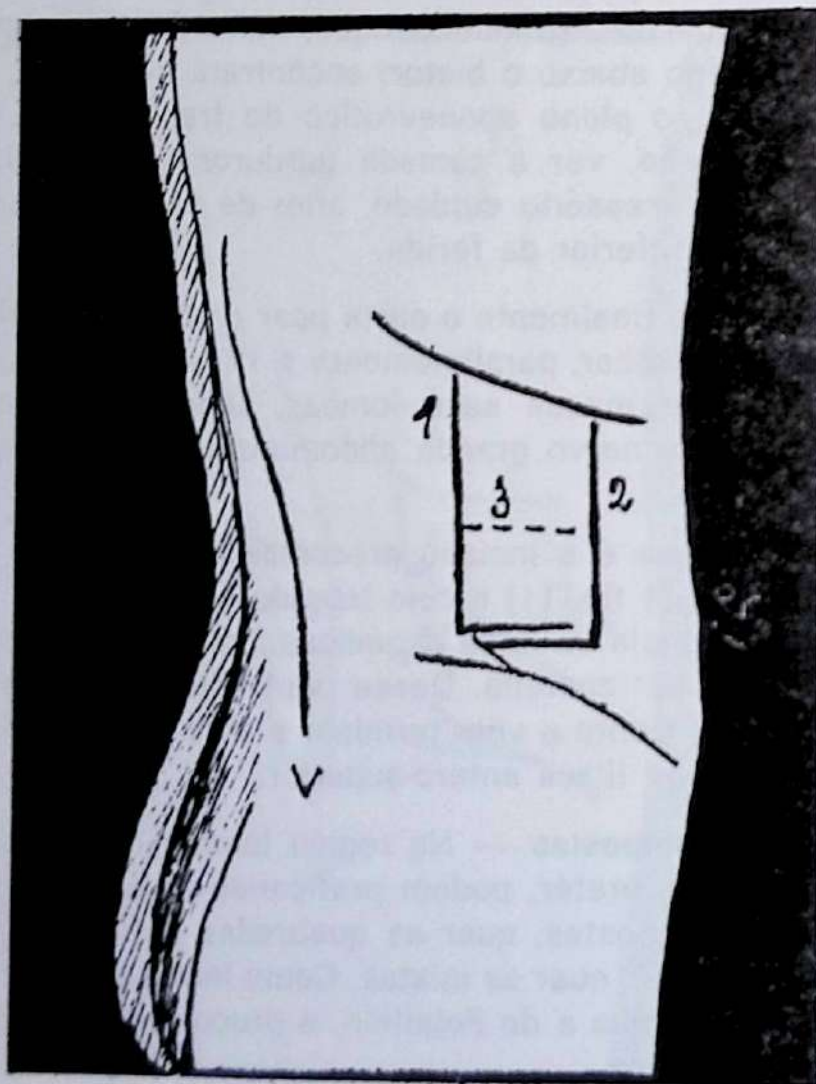


Fig. 12 — Incisões vertico obliquas. 1 — incisão em "L" (Morris); 2 — incisão de Polailon; 3 — incisão de von Bergmann.

A outra incisão vertico-transversa a considerar é a de von Bergmann. O seu traçado (3 fig. 12) é representado por uma incisão vertical, de todo identica á incisão simples, associada a outra transversa e perpendicular ao meio da primeira, com ella formando dois angulos rectos adjacentes.

As incisões mixtas da parede posterior, são representadas pelos traçados devidos a Guyon e Bardenhauer. A de Guyon é a chamada incisão recto-curvilinea, cujo traçado começa no angulo formado pelos musculos lombares com a ultima costella, no ponto já descripto para as incisões simples e desce verticalmente ao longo da borda externa da massa sacro-lombar, até chegar ao nivel da horizontal, que passa a tres dedos transversos sobre a crista iliaca.

Dahi ella se recurva para a frente, em concavidade superior, e se prolonga parallelamente á crista iliaca, que a incisão segue, sempre distanciada de dois dedos transversos, numa extensão de 3 a 4 cms. ou mais si necessario for (1 fig. 13).

Essa incisão de que vamos tratar com mais detalhes é de todas a mais empregada pela sua facil execução e pelo facto de offerecer a melhor via de accesso ao rim, além de zelar muito de perto pela protecção dos elementos anatomicos da região.

A sua extremidade superior fica exactamente situada sobre a face posterior da 12.^a costella, distando 8 cms. da linha das apophyses espinhosas; na parte média, a incisão obliqua sensivelmente para a frente, de maneira a ficar afastada de 10 cms. daquella linha e a seguir se recurva para a frente, em parallelismo com a crista iliaca, acima da qual fica separada por um dedo transversos; a extremidade inferior, finalmente, fica distando um dedo transversos acima da crista e coincide com a linha do flanco, acima do tuberculo do fascia lata.

Presta-se a incisão de Guyon, da forma por que foi descripta, para todas as intervenções que se pratiquem sobre o rim.

Quando se cogita, no entanto, da ablação de um orgão muito volumoso, póde prolongar-se a extremidade inferior da incisão, transversalmente na direcção do umbigo, o que augmentará consideravelmente o campo operatorio.

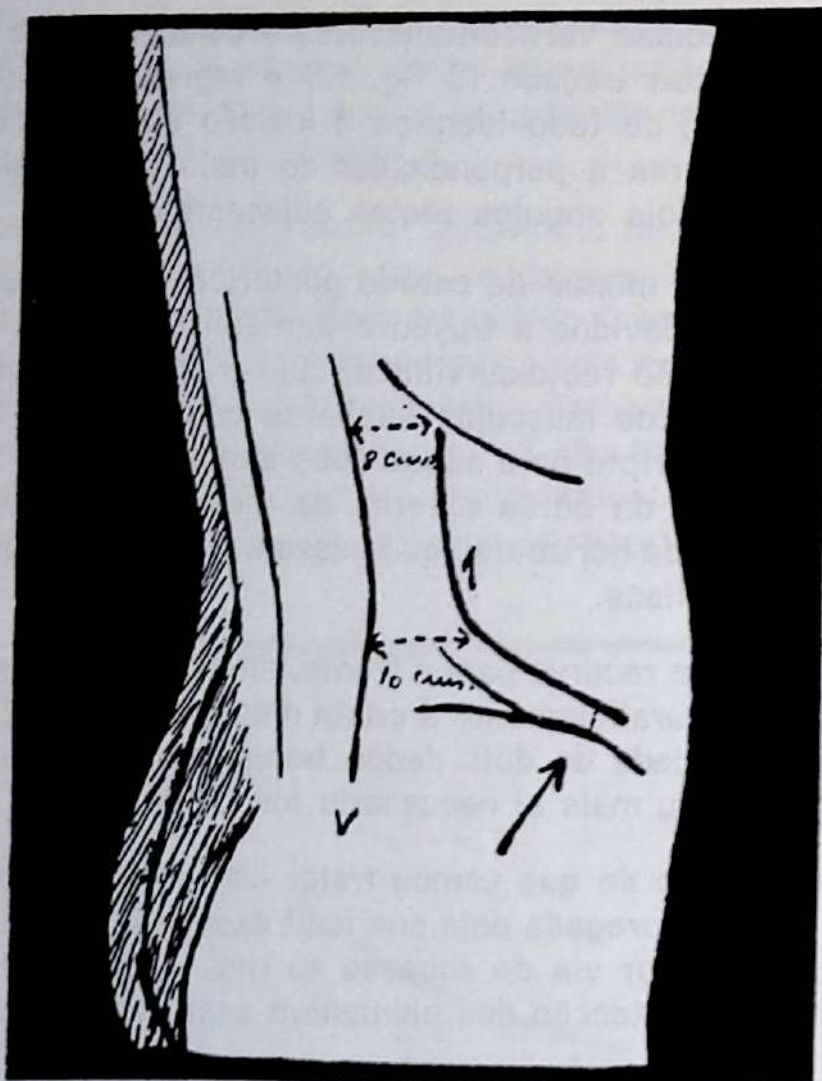


Fig. 13 — Incisão lombar mista. 1 — incisão de Guyon.

Na hypothese, também, de intervenções, interessando o uretér, ao mesmo tempo que o rim, estende-se a incisão para baixo, paralelamente á crista ilíaca, até á espinha antero-superior, ou, si necessario, ainda mais para baixo, de paralelo com a arcada de Fallope, até attingir a borda externa do musculo grande recto.

A grande incisão assim obtida é a lombo-iliaca, que conjuga as conveniencias das incisões lombar e iliaca, cada uma já descripta opportunamente.

A outra incisão mista é a de Bardenhauer e que se compõe de uma récto-vertical e de duas curvilineas, sendo uma superior obliqua e outra, inferior ,transversa (1 fig. 14).

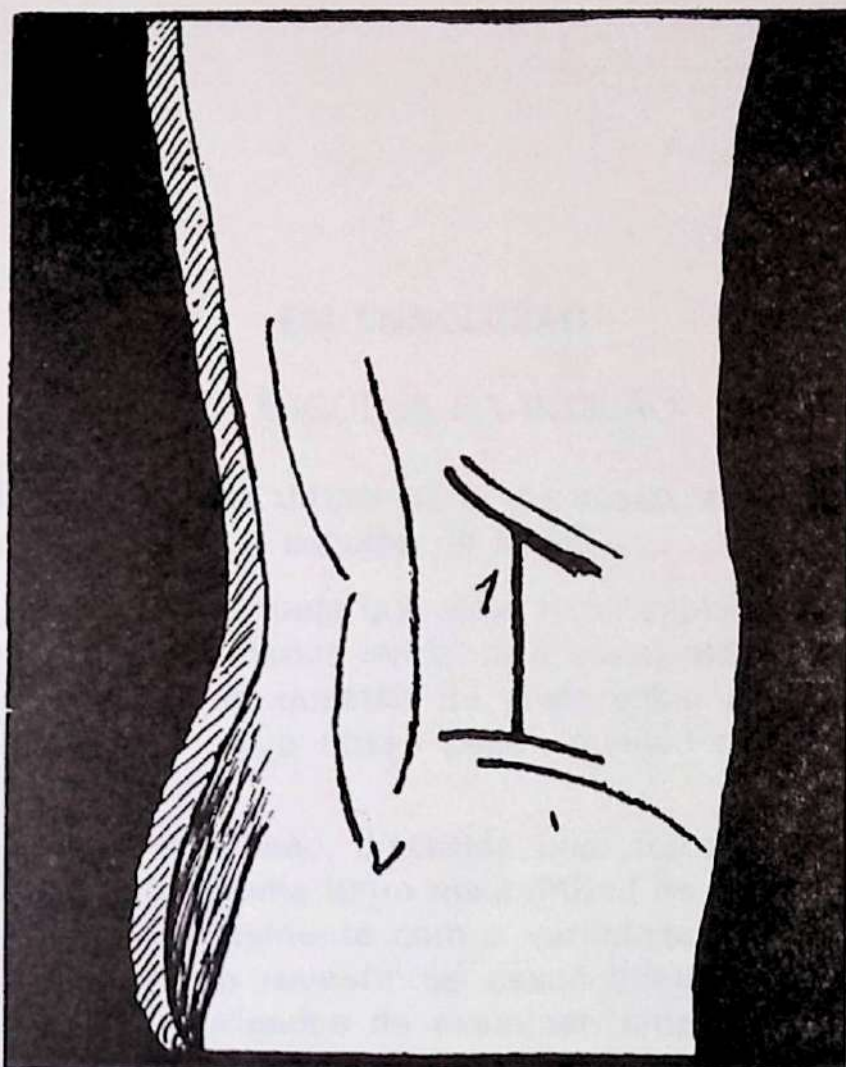


Fig. 14 — Incisão lombar mixta. 1 — de Bardenhauer.

A porção vertical tem o traçado perfeitamente igual ao da incisão vertical simples. A oblíqua superior, tem a sua concavidade voltada para cima, acompanha paralelamente o rebordo costal, de que fica separada por um dedo transversal, mais ou menos. A curvilínea inferior é concava para baixo e olha a curvatura da crista ilíaca.

Essa incisão dá um retalho duplo e interessa os planos anatomicos em grande extensão, offerecendo, por isso, um amplo acesso.

Ella respeita pouco, no entanto, as relações dos tecidos e por isso não lhe vemos vantagem sobre a incisão recto-curvilínea, de Guyon.

EM CONCLUSÃO

DA ESCOLHA DA INCISÃO

Impõem-se-nos na ultima parte do nosso trabalho, considerações relativamente á escolha da incisão.

Quer parecer que, pelo que atraz ficou explanado, conseguimos deixar mais ou menos evidente a nossa attitude de imparcialidade em face da questão de preferencia nas incisões. E outro não poderia ser o nosso papel, quando nos propuzemos a fazer estudo critico.

A escolha da incisão, discutida num trabalho da natureza deste, seria um problema tanto mais difficil de solucionar, quanto se prenderia intimamente com a variedade sem limites dos aspectos que podem revestir os casos clinicos. De antemão, pois, ficamos desobrigados de examinar, uma a uma, as especies clinicas, no intuito de escolher o cóрте que devesse corresponder aos casos em particular.

Não formaremos ao lado daquelles que manifestam acirrado exclusivismo para determinadas incisões, visto que não admittimos absolutismo sob forma alguma, principalmente em biologia.

E ahi a razão por que não tendemos tambem a apoiar os que se mostram partidarios irreductiveis de processos e conductas em cirurgia, como os que se inclinam a adoptar, sem commentarios, dogmas e preceitos em medicina.

Estaremos que todas as incisões serão boas, isto é, farão valer as suas qualidades, desde que escolhidas criteriosamente, em face do caso clinico a resolver bem como executadas dentro das prescripções da technica.

Pela mesma razão, serão más as incisões, quer dizer, perderão as suas qualidades, do momento em que se não observem aquelles preceitos.

Quando estudámos a incisão propriamente dita, de perto tratámos das suas qualidades, esboçando como pudemos as condições essenciaes a serem preenchidas pelos córtes, afim de serem considerados bons.

Um diagnostico preciso é, mais do que tudo, que decide com efficacia da escolha da incisão, como tambem é a quem está confiada a preferencia dos processos chirurgicos a empregar.

Ao profissional bem avisado, portanto, é a quem cabe analysar meticulosamente cada especie clinica a tratar e discutir com todo o rigor as qualidades e os defeitos que as incisões offerecem á vista do caso em apreço.

BIBLIOGRAPHIA

- ASSMY — **Über den Einfluss der Durchtrrsung motorischer Nerven an die Narbenbildung bei extramedianen Bauchschnitten** (Betr. aur Klin. Chir. Bd. 23, Heft. 1).
- BAROZZI — **Manuel de Gynecologie Pratique.**
- BERGMANN, BRUNS — **Trattato di chirurgia pratica.**
- BIER, BRAUN e KÜMMEL — **Chirurgische Operationlehre.**
- BIDWELL — **A handbook of intestinal surgery.**
- CALOT — **Traité pratique de technique opératoire.**
- CHALOT — **Traité elementaire de chirurgie e de technique opératoires.**
- DENTÚ ET DELBET — **Traité de chirurgie opératoire.**
- DODERLEIN e KRONING — **Operative Gynakologie.**
- DOMINGOS DE GOES — **Lições de Medicina Operatoria.**
- DOYEN e BOURBONS — **Traité de thérapeutique chirurgicale et de technique opératoire.**
- DUVAL GATELLIER — **Chirurgie de l'appareil uninaire et genital de l'homme.**
- ERICH SONNTAG — **Chirurchische Propadeutik.**
- EULENBERG — **Real Encyclopadie der gesamten Heilkunde.**
- FAURE ET SIREDAY — **Traité de Gynecologie medico-chirurgicale.**
- GÉRARD — **Chirurgic du gros intestin, du rectum et de l'anus.**
- GRUBY — **Chirurgie de l'abdomen.**
- LUCÉNE — **Precis de medecine opératoire.**
- LUCÉNE — **Evolution de la chirurgie.**
- LORENZO TREPAT — **De las laparatomias transversales en la parte superior del abdomen y de las laparatomias transversales suprapubianas para operaciones gynecológicas** (These — B. Ayres, 1917)
- LE DENTÚ ET DELBET — **Nouveau traité de chirurgie.**
- LÉRICHE — **Les resections de l'estomac pour cancers.**
- LEJARS — **Chirurgie d'urgence.**
- LITRÉ ET GILBERT — **Dictionnaire de Medicine, de Chirurgie e de Pharmacie.**
- MARION — **Manuel de technique chirurgicale.**
- MONOD ET VANVERTS — **Traité de technique opératoire.**
- KOCHER — **Manuel de chirurgie opératoire** (Trad. de la 4.^e edi. all).
- MORRIS — **On the origin and progress of renal surgery.**
- MOYNIHAN — **Abdominal operations.**

PFANNENSTIEL — **Verbesserung der Laparatomie teknik** (Deutsche med. Wochenschrift, 1905).

Weitere Erfahrungen über meinen suprasymphysären Faszienquerschnitt (Verb. der Deutschen Ges. f. Gynakologie).

PROFESSORI ITALIANI — **Trattato italiano de chirurgia.**

RICARDO OSORIO — **Contribución al estudio de las incisiones abdominales en ginecologia** (These — B. Ayres, 1915).

RIO BRANCO — **Voies d'accès au tronque coeliaque.**

ROBSON (MAYO) — **Deseases of the gall bladder and bile ducts.**

RUBINO — **Dizionario pratico illustrato delle scienze mediche.**

TERRIER ET AUDRY — **Chirurgie du foie et des voies biliaires.**

TERRIER ET HARTMANN — **Chirurgie de l'estomac.**

V. WALLICH — **Elements d'obstetrique.**

VEAU D'ALLAINES — **Prat. cour. et chirurgie d'urgence.**

VICTOR SCHMIEDEN — **Operative chirurgie.**

VISTO. — Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 31 de Outubro, de 1925.

DR. BRITO SILVA,
Sub-Secretario.

DR. ERASTO GAERTNER

TRANSFUSÃO DE SANGUE

Thèse de concurso para a docencia livre
da Cadeira de Clinica Cirúrgica, apresen-
tada á Faculdade de Medicina do Paraná

1926

A. Frattini & Cia. - Praça Tiradentes N. 52
CURITYBA

PREAMBULO

Eramos ainda quartanista e fazíamos nosso internato na 14.ª Enfermaria de Clinica Cirurgica na Santa Casa do Rio de Janeiro, quando se nos deu a oportunidade de acompanharmos de perto os estudos sobre a transfusão do sangue, dirigidos pelo Prof. Góes Filho, uma das mais incontestaveis autoridades no mundo cirurgico brasileiro.

Vinham então apparecendo em nossa terra, póde-se assim o dizer, as primeiras publicações attinentes aos resultados, que se haviam obtido na grande Conflagração mundial, da transfusão do sangue pelo methodo dos anti-coagulantes. Mau grado se tratasse de um assumpto inteiramente novo, e quasi, entre nós, desconhecido, já aquele professor, que não é sómente professor, mas, por todos acatado como um **Mestre**, que, **de facto** o é, mobilizava o seu espirito incansavel e emprehendedor, no sentido de transplantar para o nosso meio scientifico aquelle processo, cujos beneficios colhia em proveito da nossa sciencia e da nossa gente. Foi quando pudemos bem conhecer a singeleza da applicação dessa technica e avaliar o quanto de vantajosa tinha a transfusão do sangue, tornada intervenção systematica nas suas indicações.

Dali para cá, separado da convivencia illustradora do Mestre, e a isso levado pelas necessidades imperiosas da luta pela vida, poucas vezes tivemos que enfrentar intervenções de tal natureza, sobre o que não mais cogitámos, tornando-nos, por isso mesmo, alheio de todo aos recentes e afamados trabalhos de Pochet, Bécart, Weil e outros de igual nomeada, cujas observações e estudos sobre a materia, eram, não nos depreciará, é de crer, a confissão, de nós ignorados!

Interessando-nos muito pouco o assumpto e desconhecendo por isso o que de novo se creava a elle referente, é bem de se medir a nossa surpresa quando, ha já alguns meses para

atrás, frequentando, no Rio, os serviços do Prof. Brandão Filho, outro dos nossos scientists de justo renome, se nos deparou aquelle Mestre, grande entre os maiores da Cirurgia, a praticar uma transfusão de sangue com uma seringa, que nunca víamos, e de cuja existencia não tínhamos até então sciencia. Nesse dia, aprendemos a moderna technica de Bécart e conhecemos-lhe a seringa de piston auto-vaselinador, verdadeiro prodigio e que resolve, com efficiencia e com muita vantagem, o problema da transfusão do sangue puro.

Depois dessa, a outras muitas transfusões ali assistimos, sem que desmerecessem a primeira impressão que receberamos.

Dahi, desse conjunto de sentimentos de sympathia, que nos souberam os Mestres transmitir, é que nos veio a idéa de tomarmos esse assumpto para thema deste ensaio, com que concorreremos á docencia livre da Cadeira de Clinica Cirurgica na Faculdade de Medicina deste Estado. Nem outro thema nos pareceu mais palpitante e de maior interesse, neste instante, que a transfusão do sangue e muito principalmente o novo processo e a moderna technica de Bécart.

Infelizmente, a angustia do tempo e a falta de material, aqui, não nos permitem colligir elementos bastantes de observações experimentaes, para fundamento desta these, que fazemos sem preocupações de arte, nem velleidades de sciencia.

Moço, iniciando agora nossa carreira medica, que foi hontem, ao que é habito dizer-se, que defendemos, perante a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, nossa these de doutoramento, não se procure catar, na simplicidade destas paginas, outra cousa sinão um ensaio sobre a materia que outras intelligencias poderão desenvolver com mais segurança e com maior largueza. Nem se vejam tambem, através deste nosso gesto de pleitearmos uma docencia livre, vaidades de moço, que nós não temos; é elle antes uma demonstração de amor e de carinho pela nossa terra e pela nossa gente, e, mais do que isso tudo, uma homenagem que nosso esforço presta, com desvanecimento e com orgulho, á Faculdade de Medicina do Paraná, onde ouvimos os primeiros mestres e onde primeiro aprendemos e amar, com dedicação e sacrificio, a carreira medica que abraçamos, e que nos tem sido, e ha de ser, mais um sacerdocio que uma simples profissão para o nosso ganha-pão de cada dia.

CAPITULO I

Historico

Tanto quanto as theorias humoraes, a idéa de transfundir o sangue, para o effeito de fazer voltar a juventude e o vigor, remonta, como a pedra philosophal, á mais alta antiguidade.

A primeira transfusão, entretanto, tentou-se, para salvar a vida ao Papa Innocencio VIII, no anno de 1492.

Tres jovens, segundo reza a historia, foram sacrificados á sangria, e com o sangue, delles colhido, preparou-se uma enorme beberagem, que todavia não logrou dar ao Papa o retorno á sua preciosa saude. Evidentemente, não foi isso uma verdadeira transfusão de sangue, á luz da sciencia de hoje; mas, não deixa de ser uma tentativa e assim a considera a historia da medicina.

Sómente depois da descoberta da circulação do sangue, por Harvey, em 1616, foi que a questão tomou um caracter mais racional.

Um italiano, Francesco Folli, em 1654, e um allemão, Daniel, em Leipzig, em 1664, chegaram a praticar a transfusão.

Os verdadeiros pioneiros da transfusão do sangue, porém, são o inglez Richard Lower, de Oxford, que conseguiu, com exito, a transfusão de animal para animal, e o francez Denys, de Montpellier, que, em collaboração com Emmerets, em 1667, logrou transfundir o sangue do animal ao homem.

Lower, em suas experiencias, chegou a anastomosar, através de uma canula, a arteria/de um á veia de outro animal e, por esse mesmo processo, Denys operou a transfusão do cordeiro ao homem.

Taes acontecimentos provocaram grande entusiasmo pelo novo methodo therapeutico, que passou a ter applicação corrente e sem limites, como sóe succeder, aliás, com todas as innovações... mesmo em nossos tempos.

O que se não fez esperar, contudo, foi o rapido descredito da transfusão, mercê da ininterrupta serie de desastres que a sua pratica abusiva ia assignalando. Assim, o Parlamento Francez, por decreto de 1668, restringe o exercicio da transfusão no homem, permittindo-a sómente quando pela intervenção respondesse um medico da Faculdade de Paris.

Contra a transfusão, tambem se insurgiu a Academia de Sciencias de França e, como consequencia da desapprovação geral, a nova operação foi officialmente condemnada por outro decreto do Parlamento Francez, que a phohibiu terminantemente.

Cahiu a transfusão, desse modo, no mais profundo esquecimento, que se prolongou por mais de um seculo, sendo que sómente em 1818, pôde o processo entrar novamente para o scenario da therapeutica.

Animada pelas experiencias de Dieffenbach, Hufeland e Blundell, alcançou ella o brilho de uma nova phase e o apoio dos scientists até 1875.

Um facto importantissimo veio caracterizar essa etapa nos estudos da transfusão, para distinguil-a radicalmente da que praticavam os autores antigos: foram as experiencias de Prévost e Dumas, que demonstraram a acção letal do sangue heterogeneo.

Os transfusores primitivos realizavam a anastomóse de sangue heterogeneo, ligando por um tubo a arteria de um animal á veia do homem.

No seculo XVIII, porém, em consequencia da nova orientação, resultante das constatações de Prévost e Dumas, a transfusão passou a ser praticada de homem para homem, isto é, utilizando sangue homogeneo; baniiu-se ainda a technica da anastomose, adoptando-se o processo intermittente, por meio da seringa.

Worm, Müller e outros, em pesquisas varias, completaram os estudos sobre o sangue heterogeneo e assentaram, em prin-

cipio, os perigos decorrentes da transfusão do sangue de animais de espécies diferentes e como consequencia logica, a obrigatoriedade do emprego só de sangue humano nas transfusões humanas.

O novo methodo de transfusão mediata, no entanto, não foi mais feliz que os primitivos, por isso que persistiram os accidentes que antigamente fizeram ruir a transfusão.

As embolias, hemoglobinurias e outros phenomenos toxicos continuavam a empecer os resultados das transfusões.

A fibrina passou então a ser incriminada como responsavel pela producção das embolias e isso induziu os cirurgiões ao emprego do sangue desfibrinado. Diminuíram, provavelmente, com a nova pratica, as embolias, mas os resultados das transfusões perderam totalmente as suas virtudes.

E Gesellius, com outros profissionaes, constatarem a inefficacia do emprego do sangue desfibrinado, voltando por isso a ser de novo utilizado o sangue completo.

Nessa época, a transfusão teve novo apogeu. Grandes mestres, como Brown Sequard, Hunter, Lauder Brunton e outros, através de constatações clinicas e experimentaes, foram unanimes em attestar os bons serviços da transfusão de sangue.

Em França, poderia dizer-se, a transfusão era operação de todos os dias e preenchia a todas as indicações. Emmerson chegou a affirmar que em Paris **"on pouvait changer de sang comme de chemise..."**

Verdade se affirme, que os effeitos das transfusões nem sempre foram tão apreciaveis, por isso que, ao lado dos verdadeiros milagres e resurreições que ella operava em certos casos, de hemorragias, por exemplo, alinhavam-se, tambem em larga serie, os accidentes e os casos em que seu emprego não gerava a menor alteração para a melhora do paciente. A indicação capital e forçosa da transfusão passou então a ser a das hemorragias.

O invento do sôro physiologico, a seguir, trouxe para a transfusão serio descredito.

De emprego mais simples e isenta dos perigos daquella, a injectão de sôro physiologico veio substituil-a quasi que obri-

gatoriamente, na sua indicação mais imperiosa, isto é, nas hemorragias.

Surgiram de todos os lados os seus accusadores e as objecções se multiplicaram.

Além de methodo perigoso, eram as coagulações de natureza endovascular, era a introdução de ar nas veias, originando embolias, era a hemolyse com o seu cortejo funesto: a dyspnéa, o collapso, etc., tudo contraindicando formalmente o seu emprego.

E, assim, veio para a pratica do methodo transfusor outro silencio.

Proximo á entrada do seculo XX, contudo, a transfusão obteve novo avanço, este definitivo, por isso que se estendeu até aos nossos tempos.

O professor Hayem, em França, através dos seus estudos, conseguiu esclarecer innumerous pontos obscuros, tendo assim preparado o terreno para grande numero de descobertas ultteriores.

Murphy, com os progressos extraordinarios, que introduziu na Cirurgia vascular sanguinea, deu á transfusão um impulso consideravel, installando na respectiva technica o famoso processo da anastomose, que permittiu a transfusão directa do sangue puro.

Preciosos aperfeiçoamentos tambem valeram para a transfusão os trabalhos de Carrel.

É a Crile, finalmente, que se deve a technica directa para a transfusão do sangue.

Exhaustivo foi o seu trabalho e as suas provas relatam 225 transfusões animaes e 32 inter-humanas. Comquanto grandes progressos houvessem sido introduzidos na technica com o processo da anastomose, não se conseguiram arredar os inconvenientes e os perigos, advenientes dessa therapeutica.

Logo a seguir foi que surgiu o periodo aureo para o methodo da transfusão do sangue, com a descoberta da causa do maior numero de accidentes: a existencia no sangue das agglutininas e da iso-agglutininas, demonstrada em 1905 por Landsteiner.

Yansky, logo depois, em 1907, identifica os grupos sanguíneos e estabelece a classificação que prevalece até aos nossos dias. Outros progressos appareceram sob o ponto de vista tecnico, com o emprego das seringas communs, de que foram os principaes iniciadores David, Curtiss e Lindermann.

Assim proseguiu até 1913, quando, com Kimpton e Brown, surge a transfusão indirecta por meio de tubos parafinados.

Passou então a transfusão do sangue pela simplificação da technica e pela remoção dos seus perigos, a ter largo emprego, ao mesmo passo que se foi dilatando a escala das suas indicações.

O professor argentino Luiz Agote, Hustin, de Bruxellas, e Lewishon, de Nova York, cada um do seu lado, chegaram em 1914 ao emprego do citrato de sodio como anti-coagulante.

Hustin, aliás, foi o primeiro a usar o sangue estabilizado, empregando a solução glucoso-citratada, objectivando para a glucose a função isotonzante da solução. Ao professor de Buenos Aires, entretanto, cabe a gloria de ter praticado, com exito, a primeira transfusão citratada, isso em Novembro de 1914.

E transplantou-se a transfusão para o campo da pequena Cirurgia, com o seu uso sobremodo alargado pelo emprego dos anti-coagulantes.

Opportuno é salientar a significativa coincidência que teve esse grande progresso da transfusão com o inicio da conflagração européa.

Os allemães, que conheceram a technica de Lewishon, através da "Münchener medizinische Wochenschrift", de Novembro de 1915, puderam, desde aquella época, fazer uso das transfusões citratadas e hoje podem avaliar-se os beneficios e as vantagens extraordinarias que com isso lucraram.

Aos francezes, porém, tal não succedeu, por isso que até então ignoravam completamente o novo methodo. E não foi si não em 1917, que os alliados passaram a tirar proveito da transfusão, graças a Jeanbreaux, que foi o vulgarizador do methodo citratado.

Na grande guerra, pois, foi que se assentou definitivamente, o poder de uma pratica incessante, o uso da transfusão do sangue; e muitos cirurgiões, que se familiarizaram com o methodo, passaram a applical-o na clinica civil, onde as indicações se foram mutiplicando. Especialmente na America do Norte, a transfusão citratada é de corrente applicação.

Modernamente, a observação veio revelar inconvenientes para o lado da transfusão citratada, chegando a estabelecer-se mesmo que o seu emprego determina mais reacção que a transfusão do sangue puro, além de não convir a todos os casos.

Sobre esse particular, aliás, ainda se travam discussões acaloradas. Mayo é o grande partidario da transfusão citratada, que, talvez por essa razão, tenha mais generalizado emprego nos Estados Nnidos. Ardorosos defensores, entre os quaes Crile e Bécart, possuiue tambem a transfusão do sangue puro, geralmente tida, pelos cirurgiões de maior notabilidade, como superior ao methodo que os estadunidenses adoptam, como, mais para adeante, demonstra-lo-emos, á evidencia.

Assignalou-se, finalmente, em 1924, a ultima innovação na technica da transfusão do sangue, com o apparecimento do processo de Bécart e do seu aparelho auto-vaselinador.

CAPÍTULO II

Accidentes da transfusão

Já está consagrada a divisão dos accidentes da transfusão em tres ordens:

- 1) — **Accidentes de ordem humoral** — os quaes, por sua vez, podem ser subdivididos em accidentes brandos, oriundos de differenças humoraes impalpaveis, isto é, que escapam aos nossos conhecimentos — e accidentes graves, resultantes da agglutinação ou hemolyse;
- 2) — **Accidentes de ordem mechanica;**
- 3) — **Accidentes resultantes da transmissão de molestias** de que seja portador o doador.

Para o nosso estudo, por isso mesmo que iremos apresentando os meios de corrigir cada accidente de per si, resolvemos alterar a ordem acima, de maneira que deixaremos para o ultimo lugar os accidentes humoraes, estudando nos capitulos seguintes os meios de evital-os, quando cogitarmos dos grupamentos sanguineos e da escolha do doador.

Accidentes de ordem mechanica

São aquelles que resultam da administração muito rapida do sangue na circulação do receptor.

Os symptomas far-se-ão logo sentir e o paciente passará a queixar-se de perturbação circulatoria e de uma desagradavel sensação de constricção no thorax. O recurso prompto será diminuir immediatamente a rapidez excessiva na administração do sangue.

A sobrecarga do systema venoso e, a seguir, do coração direito, originando-lhe uma dilatação brusca e temporaria, explica claramente a natureza do accidente.

Póde ser observada a morte immediata como resultante desse accidente mechanico, em funcção de uma dilatação aguda do coração. Tal occorrença poderá ser verificada em casos muito graves, de molestia infecciosa que se eterniza, por exemplo, quando a pressão arterial já por muito tempo se tenha conservado baixa e o myocardio, como os outros tecidos, se ache sobremaneira debilitado. Nessa eventualidade, sendo o sangue transfundido com excessiva rapidez, a dilatação aguda do coração sobeirá, via de regra, para determinar a morte immediata do paciente.

Sendo reconhecida precocemente a dilatação aguda, um tratamento prompto poderá removê-la, que é o de sustar-se a transfusão, levantando-se o paciente e, com as mãos, praticando-se pressões lentas e rythmadas, sobre o thorax, até que se consiga reduzir a distensão cardiaca.

A manobra cessará desde que o pulso torne a bater normalmente.

Accidentes resultantes da transmissão de molestia: —
A simples idéa de communicar ao receptor uma molestia de que o doador esteja atacado, já por si suggere as precauções e cuidados todos que se devem ter em vista, para evitar os accidentes dessa natureza.

E, aliás, o perigo todo estará restricto aos casos em que, no proprio momento da transfusão, o doador hospéde agentes pathógenes em circulação no seu sangue.

Tendo-se em conta que, para a escolha do doador, antes de tudo, se tratará de procurar gente robusta, de boa apparencia e na idade viril, além de forte interrogatorio a que serão submettidos os candidatos, quer parecer-nos que sómente a syphilis representa uma entidade infecciosa difficil de eliminar.

Segundo Berheim, já se verificou uma infecção luetica através de uma transfusão, caso esse em que um pae foi infectado pelo proprio filho.

Desde que se não trate de transfusão de urgencia, a reacção de Wassermann se imporá a bem do receptor.

Nas transfusões de extrema urgencia, no entanto, quando a cogitação capital seja salvar a vida a um moribundo, acreditamos que uma probabilidade ou mesmo uma certeza de contaminação syphilitica não será bastante forte para contraindicar uma transfusão e impedir destarte a pratica de um recurso heroico em favor do paciente.

CAPITULO III

Accidentes humoraes e meios de evital-os

Grupos sanguineos

Accidentes humoraes: — Brandos — Os accidentes humoraes brandos, melhor se chamariam "incidentes". Elles constituem, segundo Jeanbreaux, "a moeda corrente da transfusão".

Consistem em sensações de mal-estar, erupções diversas, erythemas, urticaria, prurido, etc. e podem apparecer quer no curso mesmo da transfusão, quer posteriormente. É conveniente se conhecerem esses symptomas, para que não possam nunca promover alarme inutilmente.

Nessa classe de accidentes, nem albuminuria nem tão pouco hemoglobinuria soem manifestar-se e geralmente os phenomenos passam logo para deixarem aos pacientes uma sensação de bem-estar, característica.

Está provado, com os trabalhos de Bécart, que taes reacções são mais numerosas com a transfusão citratada que com de sangue puro, e as estatisticas daquelle autor o attestam: 25% para 5%.

Isso, aliás, nos parece evidente, tendo-se em conta, de um lado o sangue physiologicamente puro e do outro o sangue modificado chimicamente.

No proposito de evitar os "incidentes" das transfusões, aquelle mesmo autor chegou ás seguintes conclusões (sic):

- 1) — Qu'a dose égale la transfusion citraté donne plus de frisson que la transfusion du sang pur. Nous croyons qu'il faut en voir la cause dans une modification possible de l'équilibre colloidal du plasma par le citrate?

- 2) — Que les doses moyennes de 150 á 200 grammes de sang pur n'occasionnent pour ainsi dire **pas des reactions**.

Particularmente, queremos crer que bastante influirão, na redução dos accidentes, mesmo com a transfusão citratada, não só a precisão na escolha do sangue doador como também a habilidade da technica e a lentidão da transfusão.

Accidentes graves: — Sómente os accidentes immediatos graves é que, na verdade, merecem a de ignação de "accidentes", expressão que elles dão á incompatibilidade absoluta entre os sangues do doador e do receptor.

Na ordem em que se manifestam, são os seguintes os symptomas: — oppressão no precordio, com sensação de sede; perturbações respiratorias; angustia; disturbios vasomotores (pallidez, rubor e cyanose da face); dyspnéa; dores lombares; diminuição do pulso, que póde cahir a 30 e mesmo 20 por minuto; arrhythmia do pulso e por fim syncope.

Esse é o quadro, em summa, do choque colloidoclasico de Widal e que com admiravel precisão Mauricio de Medeiros, em sua these magistral de concurso para docencia da 7.^a secção da Faculdade do Rio de Janeiro, definiu assim: "Uma perturbação brusca do equilibrio colloidal dos humores, podendo estender-se, ou não, ao proprio equilibrio intermicellar das cellulas, determinando em tal eventualidade, lesões transitorias dos tecidos ou perturbações funcçionaes."

Quando o choque é provocado por uma injeccção de 500 grammas de sangue, é facil de prever que os accidentes se tornarão immediatamente mortaes.

Accidentes tardios, também graves, podem verificar-se em consequencia da transfusão de sangue. Traduzem-se por perturbações renaes, resultantes de lesões provocadas pela hemolyse do sangue estranho e podem exteriorizar-se em ordem crescente: da albuminuria passageira, a hemoglobinuria e á anuria completa.

Compreende-se que taes lesões, mais ou menos graves, poderão surgir em funcção do estado anterior dos emunctorios e dahi se inferirá outra conclusão importante — o reconhecimento

to prévio da permeabilidade renal dos pacientes, candidatos á transfusão. Essa pratica será tanto mais prudente nos individuos suspeitos, quanto é sabido que um brightico não suportará uma hemoglobinuria, por transitoria que seja, determinada pela transfusão de um sangue mal classificado.

Explica-se o facto da gravidade maior ou menor dos accidentes, bem como o seu apparecimento immediato ou tardio, pela rapidez com que se produz a agglutinação, havendo sensivel gradação na actividade dos varios serums e, consequentemente, uma toxidez tambem mais ou menos assignalada.

Em synthese, a genese dos accidentes graves, o grande perigo, é oriunda das propriedades agglutinantes e hemolyticas do plasma do receptor.

Meios de evitar os accidentes humoraes

A cuidadosa escolha do doador e, por isso mesmo, o perfeito grupamento sanguineo, praticado da fórma por que logo adeante se verá, constitue a condição essencial para evitar os accidentes humoraes.

Antes de mais nada, deve saber-se que jámais se transfundirá sangue cujos globulos sejam agglutinados pelo sangue do receptor. Da maior importancia, pois, será o conhecimento perfeito dos grupos de doadores e receptores para a escolha do sangue conveniente.

Commumente, é bem nitida a agglutinação para os grupos II e III, ao passo que póde ser duvidosa para os grupos I e IV, segundo E. Weil.

O melhor, no entanto, sabido que é sempre possivel um engano, será usar da maior prudencia na administração do sangue, especialmente nas primeiras porções, de modo e maneira a poder suspender-se em tempo e com proveito a intervenção, ao apparecimento dos menores symptomas.

Na opinião dos mestres, poderá levar-se avante a transfusão, sem receios, desde que os primeiros 50 c.c. tenham sido bem tolerados, sem que o paciente revele mal-estar nenhum.

Grupos sanguíneos

É uma noção já antiga a de que, injectando-se num animal de dada especie o sangue de um animal differente, os globulos do sangue injectado são logo destruidos e libertada a hemoglobina nelles contida.

Esses phenomenos, que resultam da heterogeneidade dos sangue reunidos, foram ha tempos observados por Creite e Landois, e estudados a fundo, tanto sob o ponto de vista da sua produção, como da sua interpretação, por Ehrlich e Morgenroth.

Datam de 1900-1901 as primeiras observações sobre o poder isolytico do serum, isto é, o poder agglutinante e hemolyzante de certos plasmas humanos, donde o facto de occorerem aquelles mesmos phenomenos igualmente entre individuos da mesma especie.

Landsteiner e Leiner (1905) estudaram systematicamente o assumpto. Da observação desse facto é que se chegou á descoberta dos **grupos sanguíneos**, na especie humana, o que contribuiu para a elucidação da causa de certos accidentes consecutivos á transfusão de sangue.

Tres grupos foram identificados por Landsteiner. Jansky, todavia, mais tarde, veio demonstrar que os seres humanos podiam, quanto ao sangue, ser divididos em 4 grupos, sendo que em cada grupo o sangue teria uma relação definida com o sangue dos individuos dos tres outros grupos, com a sua inter-agglutinação.

Moss, em 1910, retomou e confirmou os trabalhos de Jansky, mostrando mais que os phenomenos de inter-acção dos differentes sangues comporta um estado de agglutinação seguido de outro estado de hemolyse.

Tornou-se classica hoje a denominação dos grupos mediante os signaes romanos I, II, III e IV.

As reacções agglutinantes desses grupos são assim definidas:

Grupo I:

- a) O serum destes grupos não agglutina nenhum globulo humano.

- b) Os seus globulos vermelhos são agglutinados pelos serums dos grupos II, III e IV.

Grupo II:

- a) O serum deste grupo agglutina os globulos dos grupos I e II.
b) Os seus globulos são agglutinados pelos serums dos grupos III e IV.

Grupo III:

- a) O serum deste grupo agglutina os globulos dos grupos I e II.
b) Os seus globulos são agglutinados pelos serums dos grupos II e IV.

Grupo IV:

- a) O serum deste grupo agglutina os globulos dos grupos I, II e III.
b) Os seus globulos não são agglutinados por nenhum serum.

Moss organizou um quadro graphico, no qual póde ser representada a inter-agglutinação dos grupos sanguineos, como se vê abaixo:

O signal + indica a agglutinação e

o signal 0 indica a negativa:

Globulos dos grupos	Serum dos grupos			
	I	II	III	IV
I	0	+	+	+
II	0	0	+	+
III	0	+	0	+
IV	0	0	0	0

Verifica-se do exposto que ao serum do grupo I faltam de todo agglutininas, ao passo que os globulos do grupo IV não possuem iso-agglutininas, por isso que não são agglutinados pelo serum de nenhum dos outros grupos.

Aos individuos do grupo I, por essa razão, foi dada a denominação de **receptores universaes**, por isso que qualquer doador lhes serve. Os individuos pertencentes ao grupo IV, foram denominados **doadores universaes**, o que significa que o respectivo sangue póde ser empregado para a transfusão em qualquer individuo.

Importante a notar é a observação de que a agglutinação ou hemolyse só encerra perigo quando se verifica para o lado dos globulos do sangue injectado, ao passo que a agglutinação ou hemolyse do sangue do receptor pelo serum doador não implica em accidente de especie alguma.

Esse facto é explicado pelos americanos por causa da grande diluição que soffre o sangue transfundido na circulação do receptor que é bastante para que a acção agglutinante ou hemolytica do serum respectivo seja pouco apreciavel.

Giraud explica melhormente o phenomeno, assim: — si alguns globulos vermelhos do receptor são destruidos, os residuos poderão ser tolerados e reabsorvidos da mesma fórma por que o são todas as albuminas homogeneas circulantes: o contrario se verificando com os residuos de globulos estranhos que terão a funcção de albuminas heterogeneas.

Não deverá ser, porém, desde logo estabelecido que uma transfusão, praticada com o sangue de grupo incompativel, deva terminar fatalmente pela morte.

Póde succeder que os globulos do doador não sejam immediatamente agglutinados ou destruidos e sim ao fim de um certo tempo, destarte não se manifestando symptoma algum.

O que ha de positivo realmente, é que existe uma perfeita gradação na toxidez dos sangues dos grupos incompativeis, de maneira que em casos determinados, de extrema urgencia, será licito operar uma transfusão, mesmo sem a pratica preliminar do grupamento sanguineo.

No caso de incompatibilidade energica, immediatamente, logo aos primeiros jactos de injectão, 10, 20 ou 30 c.c. os symptomas serão revelados na ordem a que já alludimos: **angustia, perturbações circulatorias, phenomenos vaso-motores e dores lombares.**

As diferenças entre os grupos sanguíneos, é possível que tenham sobrevivido incidentemente ao curso da evolução da espécie humana, em relação directa com a evolução paralela dos numerosos tipos primitivos, provindos das diferentes fontes, as quaes se misturaram, amalgamaram, para constituir os quatro grupos serologicos actuaes.

A sciencia actual está longe de elucidar o significado anthropologico desses phenomenos, por isso que os amalgamas dos primitivos grupos hypotheticos, de que se constituiu a humanidade, remontará á antiguidade mais remota, sendo possível que nunca tenha existido uma raça de sangue puro.

Muito interessante é a distribuição dos grupos pelas populações dos varios paizes, por isso que foi calculada diversamente a percentagem dos varios grupos, por diversos autores.

É do livro de Pochet-Bécart o seguinte quadro:

Grupos	Bernhein E. Unidos	Moss E. Unidos	Culpepper E. Unidos	P.E. Weil França
I	2	10	3	2
II	40	40	38	45
III	15	7	18	10
IV	43	43	41	43

O professor Bécart em 1924, teria praticado para mais de 500 grupamentos, não tendo encontrado para a França nenhuma vez o Grupo I.

É a seguinte a percentagem colhida por esse autor naquele paiz:

Grupo I: 0,2

Grupo II: 45

Grupo III: 15

Grupo IV: 40

O grupo II, como se viu dos quadros para atrás, é o mais commum, tanto em França como nos Estados Unidos.

De grande proveito é o conhecimento do **calcullo das proba-** bilidades, formulado por Bécart para que o sangue de um doador, tomado ao acaso, seja compativel com o do receptor.

Diz elle: — "Si, por exemplo, o doente pertence ao grupo II, tem elle 85 probabilidades sobre 100 para que um sangue tomado ao acaso seja compativel. Com effeito, o doador tem 45 sobre 100 de ser do mesmo grupo e 40 probabilidades sobre 100 de ser do grupo IV (doador universal).

Si pertence ao grupo III, terá ainda 55 probabilidades sobre 100 (terá com effeito, 15 para que seja do grupo III e 40 para que seja do grupo IV).

Em nossa terra, onde não faltam laboratorios nem collegas competentes, seria de interesse a organização de quadro semelhante, e assim para logo teriamos a percentagem de frequencia dos grupos entre nós. Não fosse a premencia de tempo, apresentariamos agora aqui, um trabalho sobre esse calcullo estatistico, que estamos confeccionando e para o que contámos com a collaboração reconhecidamente valiosa dos nossos eminentes collegas Prof. Pereira de Macedo e Dra. Falce de Macedo. Não nos faltarão, todavia, ensanchas para a divulgação desse estudo, cujo relevante interesse para a classe médica é notorio e patente, tanto assim se justifica o carinho com que é elle tido em todos os grandes centros scientificos.

CAPITULO IV

Escolha do doador

Superfluo é dizer que a condição essencial para a escolha do doador será o respectivo grupamento sanguineo, cujos principais processos estudaremos agora.

Antes da prova serologica, convem observarem-se outros cuidados preliminares, que tambem condicionarão o bom exito da intervenção.

Antes de tudo, é preciso encontrar, naturalmente, um doador de boa vontade.

Em sua maioria, declaram os autores que nunca se viram em difficuldades por falta de doador. Pelo contrario, asseveram terem sempre encontrado, mesmo fóra da familia do doente, individuos de boa vontade que se offerecem espontaneamente para soffrerem a sangria em salvação da vida do paciente.

Desde que se esclareça que não ha inconveniente algum na subtracção de 500 a 600 grs. de sangue, e que, pelo contrario, uma tal sangria só poderá ser benefica a quem está em condições de soffrel-a, é certo que poucos individuos se recusarão a prestarem-se ao papel de doadores.

E, effectivamente, passa totalmente desapercibida uma tomada de sangue até 600 grs., sendo sufficiente deixar o doador em repouso duas a tres horas, para vel-o logo após, perfectamente disposto a voltar aos seus quefazeres.

Caso seja necessaria uma tomada maior de sangue, até aum litro, por exemplo, então será conveniente deixar o doador em repouso por 24 horas.

Após a sangria, é habito dar de beber ao doador um grog

quente, deixando-o servir-se de agua até á saciedade, afim de supprir o sangue perdido.

Na America do Norte, onde tudo se mercantiliza, já está creada a classe dos doadores profissionaes, ou **hemodoadores**. Chamam até **vacca sanguifera**, ao individuo que se presta á doação de sangue, mediante determinada retribuição pecuniaria.

O systema, todavia, parece, ainda não conseguiu naturalizar-se em França, nem tampouco na Allemanha.*

Segundo Bécart, os hemodoadores americanos recebem 80 francos por 500 grs. de sangue, taxa essa que lhe parece pouco compensadora, por isso que, segundo consta, já organizaram um syndicato (!) para a defesa dos seus interesses e, por consequencia, para a obtenção do maximo de resultados para o seu **metier!**...

Terão, naturalmente, preferencia, na escolha, os individuos entre 18 e 30 annos de idade, sabendo-se que, quanto mais moço o doador, mais probabilidades terá elle de recuperar rapidamente o sangue extrahido, bem como soffrerá menos a sangria.

Pela anamnése, procurar-se-ão excluir sempre os individuos portadores de molestias transmissiveis pelo sangue, taes como a syphilis e o paludismo.

Nos doadores profissionaes ou, melhor, nos individuos provaveis de doarem o sangue, com frequencia (enfermeiros, empregados de hospitaes, etc.), é indicada a pratica regular da reacção de Wassermann.

Um homem moço, de constituição fôrte e boa saude, póde doar sangue mensalmente, sem prejuizo algum para o seu organismo.

Nos hospitaes e casas de saude, onde se impõe a pratica frequente da transfusão de sangue, geralmente existem empregados e enfermeiros que poderão ser utillizados como doadores eventuaes, para os casos de urgencia, quando faltem parentes ou amigos do doente.

* Dr. Wildegans, livre docente em Berlim (Deutsche Med. Wochenschr. de 1925, pagina 2.081 e Jornal dos Clínicos, Fevereiro-1926).

No hospital de "Saint-Michel" ha, organizado, um serviço especial de transfusão de sangue, o qual, é de presumir, já tenha servido de modelo a muitos outros estabelecimentos congeneres.

Consoante **Pauchet**, procede-se systematicamente do seguinte modo: "Todos os doentes provaveis de necessitarem da transfusão, ao darem entrada no hospital, já passam pelo laboratorio, onde se determina immediatamente o respectivo grupamento sanguineo; do mesmo modo se procede para com os parentes ou amigos do paciente. Em menos de 15 minutos, afinal, são obtidos os resultados e determinados o ou os individuos que poderão servir de doadores eventuaes."

Toda a conveniencia repousa em se utilizarem, para as transfusões, grupos iguaes; assim, si o receptor é do grupo III, deve preferir-se, entre os doadores, aquelle cujo sangue tambem seja do grupo III. Si, porém, nenhum dos individuos pertencer ao grupo III e houver algum do grupo IV, este será aproveitado vantajosamente, pois, como sabemos, o grupo IV representa o dos doadores universaes.

Da mesma fórma se procederá si o doente pertencer ao grupo I (receptor universal), naturalmente procurando-se um doador do mesmo grupo; si este faltar, todavia, poderá fazer-se a transfusão com sangue de qualquer grupo, sem inconveniente algum.

Está visto, pois, que, para os receptores do grupo I, todos os doadores servirão.

As pesquisas para os grupamentos sanguineos deverão ser praticadas, sem excepção, nas transfusões de sangue, mesmo para os parentes mais proximos, filho, pae, etc.

Para a determinação dos grupamentos, existem methodos directos e indirectos, que vamos estudar pormenorizadamente, desde já ficando esclarecido que o methodo preferivel é o indirecto, representado pela reacção de Moss-Vincent, quer pela singeleza da respectiva technica, quer pela precisão dos resultados.

Methodo directo — Technica de Jeanbrau

Para se obterem doador e receptor, cujos sangues sejam compativeis, que permittam a transfusão, pesquisa-se directamente a agglutinação dos globulos dos doadores provaveis pelo sôro do receptor. Esse simples ensaio é bastante para autorizar uma transfusão. Desde que se deseje, porém, transfundir de grupo a grupo, será bastante repertir-se a pesquisa inversa, isto é, a agglutinação dos globulos do receptor pelo sôro do doador.

É a seguinte a technica de Jeanbrau:

Por meio de punção venosa, recolhem-se 3 a 4 cms. cubicos de sangue do receptor, num tubo de hemolyse secco; espera-se que o serum se torne claro e transparente pela deposição do coagulo. Retira-se, a seguir, o serum com uma seringa, esterilizada e previamente citratada, e dispõem-se duas gotas em cada lamina, numa serie de tantas laminas quantas forem necessarias. Passa-se, então, a pesquisar a agglutinação do sangue dos candidatos a doadores, para isso sendo sufficiente obter-se uma gota de sangue, retirado do dedo, por meio de simples picada de agulha, e juntal-a ao serum depositado nas laminas.

No caso de ficar homogenea a preparação, póde levar-se avante a transfusão, sem perigo. No caso contrario, a agglutinação será traduzida nitidamente: nota-se que o sangue não se mistura com o serum, como si se tratasse de dois líquidos imisciveis, e a olho nú se percebe que as hematias parecem unir-se umas ás outras, para se organizarem em pequenos grumos, que fluctuam no seio do serum. Este em nada se modifica, continua claro e transparente.

Evidentemente, tal ensaio é o bastante para se operar a transfusão, desde ue se verifique a agglutinação negativa.

Póde-se tambem determinar o grupo exacto de doador e receptor, praticando-se logo a reacção inversa, com o serum do doador e os globulos do receptor.

Essa technica, um tanto trabalhosa, por necessitar de punção venosa, foi, com vantagem, modificada por Bécart, de modo a poder classificar-se o doador conveniente em poucos minutos.

Eis a **technica de Bécart**: Numerosos vidros de relógio, esterilizados ao calor secco, tornam-se necessarios. Dispõem-se

esses vidros em grupos, dois a dois, collocando-se successivamente nos primeiros, 2 a 3 gotas de uma solução citratada a 2% e nos segundos, 2 a 3 gotas de água distillada. Deixam-se cahir em cada um desses vidros de relógio, 2 gotas de sangue, retirado ao receptor, mediante picadura do dedo pela technica usual. Nos primeiros vidros, teremos suspensões de hemátias, ao passo que, nos segundos, o sangue coagulará, dando-nos o serum do receptor. Essa diluição, aliás, não prejudicará a reacção, por isso que os serums agglutinantes conservam o seu poder mesmo em diluições de $1/5^o$ a $1/8^o$.

Da mesma fórma, se procede com o sangue dos candidatos a doadores, em outros vidros de relógio, dispostos e preparados de igual modo. Leva-se, então, a effeito a reacção para cada doador, juntando-se numa lamina, respectivamente, uma gota do serum do receptor e uma gota da suspensão de hemátias do doador, misturando-se os dois elementos com o auxilio de uma alça de platina. O preparado será examinado ao microscopio em gota pendente ou entre lamina e laminula. A agglutinação será revelada de 15 a 20 minutos, tempo esse bastante, naturalmente, para decidir a reacção negativa.

A prova será feita tambem entre o serum do doador e os globulos do receptor e, si a reacção for negativa tambem, ambos os sangues pertencerão ao mesmo grupo.

Nurmburg, em 1920, imaginou outro processo, mais simples ainda, e que bem serve para autorizar as transfusões de extrema urgencia. Esse processo, a que o autor denomina "**Prova das tres gotas,**" consiste no seguinte:

Sobre uma lamina, deposita-se uma gota da solução citratada a 10%. Com uma pipeta capillar, depositam-se, em seguida, na mesma lamina, uma gota de sangue do doador e outra do sangue do receptor, misturando-se intimamente a tres gotas. Na reacção negativa a mistura permanecerá homogenea e, no caso contrario, a agglutinação tornal-a-á granulosa, o que será nitidamente observado ao microscopio.

Como se vê, qualquer dessas technicas se mostra efficiente para a escolha do doador, permittindo excluir as incompatibilidades sanguineas e, por consequencia, os perigos mais graves da transfusão.

São, no entanto, technicas demoradas, não obstante estejam ao alcance de qualquer pratico e que, como veremos, ficam muito aquiem, em efficiencia e rapidez, ao methodo indirecto.

Methodo indirecto

Neste methodo, entram em scena os serums padrões dos grupos II e III, por meio dos quaes se conseguem determinar os grupamentos sanguineos, pela classificação de Moss.

Como se obtêm os serums padrões?

Com uma seringa esterilizada e secca, retiram-se 20 c.c. de sangue de individuos pertencentes aos grupos II e III, acondicionando-se esses sangues em tubos de ensaio esterilizados.

Formado coagulo, deposita-se o serum por meio de uma pipeta em dois recipientes, tambem esterilizados, ajuntando-se uma porção de citrato de sodio sufficiente para a obtenção de serum citratado a 1,5 por cento e duas ou tres gotas de uma solução de tricresol ou quinosol ao decimo. Com a citratação do serum, impedir-se-á a coagulação da gota de sangue, quando se proceder á reacção.

Taes serums, assim, estarão promptos a ser utilizados e podem ser conservados em ampoulas ou em tubos capillares.

De posse dos serums padrões, a escolha do doador, pelo grupamento, é tornada uma operação facilima e que se poderá executar com a maxima rapidez. A technica mais commumente usada, a de **Moss-Vincent**, resume-se no seguinte: Numa mesma lamina de vidro, inscrevem-se numa extremidade e outra, respectivamente, as cifras II e III, afim de se evitarem as causas de erro. Por baixo das inscrições, deposita-se uma gota dos serums padrões II e III, na devida ordem.

Em seguida, por picada, retira-se sangue do dedo do individuo, cujo grupo se pretenda determinar, depositando uma gota sobre o serum II e outra sobre o serum III, agitando-se as misturas. No caso de agglutinação, esta se revelará promptamente e isso, com um pouco de habito, se verificará com plena nitidez. Em caso contrario, a mistura se conservará perfeitamente homogenea.

A olho nú, a prova é nitida; melhor, porém, será, é evidente, a verificação do preparado ao microscopio, e, em especial, em gota pendente. A interpretação dos resultados, está restricta aos quatro casos da tabella de Moss, que expusemos no capitulo anterior, de modo que, em presença das reacções, teremos em questão um dos seguintes casos:

- a) — A sangue foi agglutinado pelos serums II e III e pertence ao grupo I.
- b) — O sangue foi agglutinado pelo serum III e não o foi com o serum II — Pertence ao grupo II.
- c) — Foi agglutinado com o serum II e não o foi com o serum III — Pertence ao grupo III.
- d) — Finalmente, si não foi agglutinado nem pelo serum II e nem pelo serum III, pertence ao grupo IV (doador universal).

Pelo methodo indirecto, é extremamente simples o grupamento sanguineo e, por consequencia, a escolha dos doadores, desde que se disponha dos serums padrões para as necessarias pesquisas.

Na falta desses serums, podem ser utilizados, com toda a segurança, os ensaios directos.

Ao que parece, a reacção de Moss-Vincent offerece maior segurança, por isso que serão mais nitidas as reacções determinadas pelos serums padrões, mais ricos em agglutininas que quaesquer outros.

Vale aqui repetir que nos casos de urgencia extrema é admissivel a transfusão de sangue, mesmo sem a escolha do doador pela prova da incompatibilidade.

E os allemães, nesse sentido, já instituíram a "**prova biologica**", isto é, a injecção, de ensaio, de uma quantidade diminuta de sangue no inicio da transfusão, como já expusemos anteriormente, sendo que a transfusão póde ser levada a termo, desde que se não observe accidente aos primeiros jactos da injecção.

CAPITULO V

Technica de transfusão

Ainda um pouco de historia. — Antes de entrarmos na descripção dos processos de transfusão, tanto de sangue citratado como de sangue puro, é desejo nosso fazermos breve estudo retrospectivo, o que será interessante, mostrando a forma pela qual o engenho humano fez evolver a marcha do problema da transfusão, hoje francamente solucionado.

Sobremodo alarmados com a coagulação do sangue, phenomeno que se mostra normalmente após a sahida do vaso, os primeiros ensaistas do renascimento da transfusão, foram levados a tentar o processo **directo**, isto é, a transfusão directa do sangue, da veia do doador para a do receptor.

Esse designio foi attingido em meados do seculo passado por Oré, Roussel e Collin, que chegaram a criar tresapparelhos, que vão, a seguir, brevemente descriptos, simplesmente pelo seu interesse historico.

A transfusão veno-venosa era realizada pelo aparelho de Roussel (1867), que se constituia de um balão motor, provi lo de duas tubuluras de borracha, que se communicavam, respectivamente, com as veias do doador e do receptor. Uma cuba, contendo uma solução de bicarbonato de sodio, era utilizada, tambem, no acto da transfusão, para o fim de humidecer as paredes do aparelho e impedir o contacto do sangue com o ar, com o que se pretendia, por crença geral, evitar a coagulação do sangue.

Por meio de valvulas e torneiras engenhosas, depois de punccionada a veia, era possivel verificar o surto sanguineo e dirigil-o para a circulação do receptor.

Oré inventou também, em 1875, um aparelho engenhosíssimo, articulando um funil a uma seringa, o todo provido de torneiras, e outros dispositivos, que permittiam, por aspiração a vacuo, a tomada do sangue, que ficava recolhido no interior do funil. Em seguida, a transfusão se determinava pela injeccção do sangue na veia do receptor.

O transfusor de Collin, finalmente, foi o que conseguiu melhor exito, pela simplicidade da sua engrenagem e manejo. Consistia numa camara, em seringa, provida de duas aberturas, uma superior, em funil, destinada a receber o sangue colhido, e outra, inferior, terminada por um trocarte para a punccção da veia do receptor.

Por meio de uma valvula engenhosa, obtinha-se a aspiração do sangue pela seringa, a qual logo se incumbia de projectal-o para a circulação do transfundido.

Os methodos actuaes. — Actualmente, os methodos de transfeusão do sangue ainda comportam a divisão em directos e indirectos, com a differença de que os primeiros foram sensivelmente melhorados pelo progresso da technica cirurgica. Assim, é que, no começo deste seculo, passaram elles a consistir na anastomose cirurgica, arterio-venosa, de doador para receptor, sendo que alguns cirurgiões, hoje em dia, ainda os preferem aos methodos indirectos, na convicção, bem cirurgica aliás, de que a anastomose de arteria a veia não passa de uma operação simples.

O facto, porém, é que taes methodos, por inflingirem sacrificios aos operados, e dependerem de difficuldades technicas consideraveis, cahiram em franco abandono, cedendo todo o terreno aos methodos indirectos.

E hoje, a formula que logrou resolver os methodos indirectos, significa a possibilidade de addicionarem-se ao sangue tomado ao doador, substancias anti-coagulantes ou recolher-se o sangue em vasos, preparados especialmente para atalhar a sua rapida coagulação.

Em funcção dessa dupla possibilidade, o methodo indirecto foi subdividido em dois outros methodos, radicalmente differentes: um, utilizando substancias anticoagulante, e outro, servindo-se do sangue puro.

Methodo citratado. — Bem antiga é a idéa de se utilizar substancia anti-coagulante, pois já em 1858, Richardson indicára o uso de ammoniaco para obstar a coagulação. Braxton Hicks, em 1869, tambem, para o mesmo proposito, empregára o phosphato de sodio.

A substancia, porém, que se revelou capaz de preencher o objectivo e permittir a transfusão de sangue, foi o citrato de sodio, cuja acção está perfeitamente caracterizada.

Sabe-se, com effeito, que elle age directamente sobre o calcio do sangue, com este formando um composto soluvel, e arredando assim a possibilidade da acção coagulante da fibrina.

Numerosos foram os processos que surgiram para a transfusão de sangue citratado, todos, porém, utilizando o mesmo principio.

Em fugidio escorço, trataremos dos principaes, demorando-nos naquelles que parecerem em melhores condições para a prestabilidade de serviços nas mãos do pratico.

Processo de Lewisohn. — A esse autor cabe a gloria de ter sido o primeiro a empregar com proveito a estabilização pelo citrato de sodio para a transfusão de sangue. Em 1915, conseguiu operar a transfusão em dois tempos, isto é, tomada de sangue por punção venosa e recolhimento do produto num vaso contendo solução citratada, e, seguidamente, a passagem do sangue para uma ampoula de serum e reinjecção. Ao tempo da guerra européa, na Alemanha, foi que se primeiro utilizou esse processo, ao passo que só em 1918 foi elle conhecido e applicado pelos francezes.

Processo de Jeanbrau. — Jeanbrau, em collaboração com Hedon, em 1917, chegou (por si mesmo, dizem os francezes), a definir as propriedades do sangue citratado e tirar proveito dessas virtudes, conseguindo adoptar uma technica realmente simples e capaz de ser divulgada entre os cirurgiões dos exercitos. A instrumentação exigida por esse processo deriva do tubo de Kimpton, que adeante descreveremos.

Processo de Rosenthal. — Esse autor utiliza seringas de crystal, communs, de 100 ou 200 c.c., fervidas em solução de citrato a 10%. No acto da transfusão, puncciona-se a veia do

doador com uma agulha de nickel, de 1 a 2 mm. de diametro, nella adaptandose a seringa, na qual antes se aspirou a soluçõa de citrato em porção igual a 1/10 da sua capacidade. Cheia a seringa, é a mesma desarticulada da agulha e novamente adaptada ao utra agulha introduzida na veia do receptor.

Processo de Bérud* ou "das tres seringas". — Béraud, em 1922, conseguiu simplificar a transfusão de sangue quanto ao material e á technica. Pelo seu processo, de facto, quanto a material, necessita-se apenas de tres seringas de crystal, communs, de 20 c.c., dois pequenos trocartes de Potain e certa porção de citrato de sodio e m solução a 10%.

Feitos os preparativos, são punccionadas as veias do receptor e doador.

Uma das seringas, lavada, citratada e carregada com 1 c.c. da solução de citrato, é adaptada á canula do receptor, onde um dos operadores, o **sangrador**, procede á tomada do sangue. Cheia a seringa, é ella passada a outro auxiliar, o **transfusor** propriamente dito, que injecta o sangue na canula do doente.

Afinal, um terceiro auxiliar, o **preparador**, lava as seringas e as prepara para novamente entrarem em funcção.

Nessas condições, o trabalho dividido, segue-se o cyclo até que se tenha transfundido a quantidade necessaria.

O proprio Béraud, em 1924, modificou** em parte o seu processo das tres seringas, passando a empregar não mais a solução citratada, e sim uma mistura de serum glucosado isotónico a 47 p. 1000 (serum de Fleig) e citrato a 10 p. 100.

Segundo Béraud, essa mistura, por constituir um liquido apresenta mais vantagens que a solução citratada, que é hypotonica. Além disso, é possivel executar a transfusão com o maior vagar, por isso que a injectão é representada por uma mistura de sangue e de serum em partes iguaes.***

* Dr. Mario Béraud (Presse medicale — 5 Juillet 1922).

** Béraud. — "Un procédé de transfusion simple e pratique". — Le monde Medicale — Aout, 1924.

*** É a seguinte a mistura empregada por Béraud, servindo-se dos estudos de Hustin:

Citrato de sodio ..	0,40
Sangue	100,0
Glucose	5,0

As conclusões do autor do processo são as mais optimistas possíveis, quanto ás suas vantagens. Assevera elle que nos 47 casos em que empregára o processo contra o choque hemorrhagico, toxhemico, ou operatorio, a transfusão se mostrou de efficacia maravilhosa ás vezes, notavel sempre, e sempre real.

A respectiva technica, dando as melhores garantias, é essencialmente pratica, isto é, simples na instrumentação e na execução e, por consequencia, accessivel a todos os praticos.

Ao lado dessas vantagens, porém, encontramos dois inconvenientes: um, representado pela necessidade de exigir a operação, além do transfusor, dois auxiliares, e outro que consiste no facto do processo subordinar o sangue a repetidas passagens por instrumento, augmentando, portanto, os seus contactos com material estranho.

Foi, considerando esses inconvenientes que P. Emile-Weil e Isch Wall chegaram a conceber o processo da transfusão por meio das seringas de grande capacidade.

Processo de Emile Weil e Isch Wall. * — A execução deste processo exige o seguinte material:

Para a tomada de sangue:

1 capsula de porcellana de fundo chato, com capacidade para 500 c.c. ou 1000 c.c.;

1 agitador de vidro;

Agulhas do typo de Vernes, calibre 110 x 25, para tomada de sangue. O bisel deve ter precisamente 3 mm., terminando por uma ponta, o mais aguçada possível;

Ampoulas de 10 c.c. da soluço de citrãato de sodio a 1/10;

Citrato de sodio puro, 1 gramma.

Agua distillada, 10 c.c.

Para a reinjecção:

2 seringas de 100 c.c. O typo é identico ao ads seringas urinarias de Guyon, adaptadas, porém, á injecção endovenosa, com piston metallico, orelhas e dispositivo des-

* Emil Weil et Paul Isch Wall — La Transfusion du Sang.

tinado a articular com a agulha, excentrico, para facilidade das manobras;

Varias agulhas de 25 x 15 e 25 x 12.

Esses instrumentos só estão esterilizados pela ebulição em agua citratada, com excepção das agulhas, que o serão em ether parafinado, tomando-se o cuidado de seccal-os cuidadosamente antes da operação.

A tomada de sangue do doador póde ser feita, quer no quarto do receptor, quer em outro. Em se tratando de individuo pusilanime, o doador ficará estendido numa cama ou num divan, sendo preferivel, entretanto, operar a sangria com o doador na posição sentada, o que sobremodo facilita o trabalho.

Na capsula de porcellana lança-se o conteúdo de uma ampoula da solução citartada, com a qual se humidecem bem as paredes do vaso, que ficará aos cuidados de um auxiliar munido do agitador.

Colloca-se o garrote com o maximo cuidado, afim de não fazer nem pressão exaggerada nem insufficiente.

Em seguida, após a asepsia da pelle, puncciona-se a veia do doador, deixando o sangue fluir para o interior da capsula de porcellana, que o auxiliar mantem em posição conveniente, agitando o sangue no interior do vaso, em movimentos circulares lentos, afim de estabilizal-o.

Recolhida a porção desejada de sangue, retira-se o garrote e em seguida a agulha, ao mesmo tempo que se fecha o orificio com uma compressa, seguida de um curativo compressivo.

A reinjecção ou transfusão propriamente dita, faz-se logo em seguida, do modo seguinte:

Estende-se o braço do receptor na borda do leito collocando-se o garrote, de maneira a fazer salientar o melhor possível as veias.

Em casos de choques hemorrhagicos, em que seja muito baixa a pressão, é indicada a desnudação da veia por dissecção.

Sentado na posição conveniente, o operador introduz a agulha na luz da veia e, obtido o jacto sanguineo, desfaz o gar-

rote. A seguir, recebe a seringa já cheia pelo auxiliar, articulando-a rapidamente ao pavilhão da agulha. Essa manobra deve ser executada com muita precisão, afim de não permittir que um movimento desordenado ou brusco provoque a sahida da agulha da luz do vaso. Mais não resta em seguida que levar avante a injeção lentamente, fixando bem o pavilhão da agulha, com a mão esquerda, ao passo que a direita opera o impulso do embolo.

Nesse interim o paciente deve ser observado e interrogado amiude, de modo a serem presentes quaesquer symptomas para o respectivo tratamento. Injectada a primeira seringa, é ella retirada cuidadosamente e articulada a outra, que o auxiliar preparou e entregou ao operador. Esse ponto é o mais delicado da transfusão e convem effectual-o com a maxima attenção, bem protegendo a agulha, afim de que não perca a bôa posição e articulando a seringa com bastante cuidado, assim como se procedeu com a primeira.

A operação continúa, repetindo-se o cyclo da troca de seringas, tantas vezes quantas forem necessarias e, por fim, retira-se a agulha do receptor e dispõe-se o curativo compressivo como se já fez para o doador. Os cuidados post-operatórios são os mesmos que para qualquer processo. Ao doador, bastará deixal-o em repouso por 20 minutos ou mais, de accôrdo com o volume da sangria, dando-lhe agua a beber, afim de supprir-lhe o **deficit** circulatorio. Quanto ao receptor, é necessario deixal-o no maior isolamento, dando-lhe, meia hora após a transfusão, si esta correu sem accidentes, um leve alimento. A temperatura ser-lhe-á tomada methodicamente, assim como as urinas deverão ser examinadas dentro das 24 horas seguintes.

Processo de A. Bécart (1921)

Para a execução da transfusão de sangue pelo processo de Bécart, é necessaria a instrumentação especial respectiva, constituida da ampoula, da agulha e do trocarte de Bécart.

A ampoula, construida em crystal, apresenta uma fórmula particular que permite recolher e injectar o sangue sem outros intermediarios.

Graduada até 500 c.c., essa ampoula é fechada em sua

extremidade superior por uma rolha de borracha, provida de dois orifícios; uma rolha sem orifícios pôde substituir a primeira, permitindo, assim, hermeticamente a obturação da ampoula.

Inferiormemente, ella termina em canula, á qual se adapta um tubo de borracha, obturado por uma pinça qualquer, tubo esse que um manguito de vidro faz communicar com outro de borracha, que servirá para a injectão. Para a sangria, emprega-se uma agulha especial de 12 cms. de comprimento por 30 decimos de millimetro de calibre, apresentando uma ligeira curvatura na sua extremidade distal.

Utiliza-se para o receptor, um trocarte de 18 decimos de millimetro de espessura e de calibre interno exactamente igual ao da canula de vidro que se adapta com toda a precisão no acto de transfundir. O citrato de sodio puro deve existir em ampoulas, contendo 20 c.c. da solução a 10%. A technica da transfusão se resume em dois tempos:

- a) uma tomada de sangue;
- b) uma injectão endovenosa.

Feitos os preparativos geraes, é punccionada a veia com a agulha especial, cuja curvatura distal permite a sua introdução por um dos orifícios da rolha da ampoula, ficando o sangue, assim recolhido, sem outros contactos no interior da ampoula, onde previamente se lançára a solução citratada, na porção de 10 c.c. para cada 250 grs. de sangue. Enquanto o operador mantem fixa a agulha, um auxiliar mexe lentamente o sangue e o citrato por meio de um agitador passado pelo outro orificio da rolha da ampoula.

Recolhida a quantidade sufficiente de sangue, solta-se o garrote e retira-se a agulha, collocando o curativo na picada venosa.

Para proceder ao segundo tempo da transfusão, isto é, á injectão endo-venosa, retira-se o agitador e substitue-se a primeira rolha, pela outra, fechando completamente a ampoula. Preparado que esteja o receptor, opera-se a punção da veia escolhida, adaptando o garrote; retirando-se o mandril, o sangue flue para o exterior. Só então se articula o tubo de borracha á canula de vidro para proceder á injectão. A ampoula

póde ser envolvida em compressas quentes, afim de manter a massa sanguinea na temperatura conveniente. Com o auxilio da pinça, póde-se graduar a passagem do sangue, injectando, consoante já ficou bem estabelecido, com a maior lentidão, os primeiros 20 centímetros cubicos, e observando e interrogando o paciente, afim de prevenir ao menor symptoma. A grande vantagem do methodo citratado consiste no seguinte: não sendo possivel proceder-se immediatamente á injectão, por qualquer circumstancia, póde-se conservar o sangue durante muitas horas, bastando, para isso, fechar a ampoula e leval-a ao frigorifico. No acto da injectão, por meio do agitador, faz-se novamente a mistura do sangue, reunindo-se o plasma aos globulos. O methodo citratado, com os processos atrás descritos, como se vê, offerece grande facilidade ao seu emprego, graças não só á instrumentação, de todo simples, como também em razão da singeleza da respectiva execução que, póde dizer-se, está ao alcance de qualquer pratico.

Defendidos ardorosamente pelos seus creadores, os processos que utilizam o sangue citratado soffreram, ultimamente, uma objecção oriunda da modificação que o citrato de sodio póde acarretar para o equilibrio colloidal do sangue, occasionando, assim, reacções post-operatorias. Essas reacções, ligeiras em geral e ás vezes não passando de simples calafrios, está provado, não resultam absolutamente de toxidez do sangue citratado, sendo que o citrato, nas doses empregadas, não altera também as propriedades existentes no sangue.

Methodo de transfusão do sangue puro. — Derivam de um artificio unico os processos que constituem o methodo da transfusão do sangue puro.

Observou-se, com effeito, que o sangue não coagula desde que seja recolhido num recipiente untado de vaselina ou parafina e tomado através de uma agulha também parafinada interiormente. A coagulação não se dará, ainda mesmo que se agite o sangue por meio de bastões parafinados ou que se opere com elle por meio de pipetas também parafinadas.

A fibrina, todavia, se formará incontinenti si em contacto com esse sangue se collocar um objecto qualquer não parafinado.

Resulta dessa constatação o poder anti-coagulante da parafina, cuja applicação vem tornar verdadeiramente pratica a transfusão indirecta do sangue puro, isto é, sangue não adiccio-nado de qualquer substancia anti-coagulante.

Processo do tubo parafinado. — Este processo baseia-se no emprego de um recipiente de vidro, parafinado, no qual se recolhe o sangue, para injectal-o, em seguida, sem que a coagulação tenha logar.

Mais ou menos modificada tem sido a fórma do receptaculo, por autores diversos, persistindo, porém, os caracteres principaes.

Conhecido sob o nome de tubo de Kimpton, é o recipiente que tem maior voga. É construido em vidro, com capacidade de 500 c.c. e termina inferiormente por um dispositivo em canula, bastante aguçado, para se introduzir nas veias do doador e receptor. A parte superior é fechada por uma rolha e logo abaixo se dispõe uma tubulura, que se communica a uma pera de borracha, cujo afim é insuflar o interior da ampoula.

Antes da operação, o tubo é esterilizado ao autoclave e em seguida untado de parafina em toda a extensão de sua parede interna. E da precisão desse revestimento de parafina é que depende todo o exito do processo, por isso que, qualquer superficie, por menor que seja, ficando desprovida de parafina, a coagulação se dará e a transfusão não poderá ser levada a termo.

Não é difficil o manejo do apparelho. Preparado o doador e obtida a turgescencia das veias do braço, é introduzido o bico da canula do tubo, numa das veias, previamente desnudada e aberta a bisturi. O sangue fluirá suavemente para o interior do tubo, animado pela sua propria pressão.

Recolhida a quantidade de sangue desejada, retira-se bruscamente o tubo, obliterando-se o orificio da canula com o dedo. A veia do doador, acto continuo, será ligada, e suturada a ferida por um auxiliar.

A injectão do sangue no receptor faz-se logo, immediatamente. Preparado este, desnudada e aberta a veia como para o caso do doador, nella se introduz o bico do apparelho. Com

a pera faz-se pressão no interior do tubo e o sangue entrará para a circulação do receptor.

Ao fim da transfusão, um grande cuidado se impõe, para evitar a entrada do ar na veia do paciente. Esvaziado, enfim, o tubo, retira-se o mesmo da veia, ligando-se esta e suturando-se a ferida.

É esse o unico processo utilizado na Cleveland Clinic, onde se operam transfusões aos milhares, segundo Bécart.

Do que não resta a menor duvida, porém, é que o processo de Kimpton encerra difficuldades de ordem technica, taes como o revestimento do tubo com parafina e a preparação das veias do doador e do receptor, por desnudamento, o que todavia não póde desmerecer o processo, principalmente quando manejado por mãos experientes e bem familiarizadas com os respectivos detalhes.

Foi considerando esses factos todos que o Dr. Bécart, de Paris, medico, daqueles que em França mais se têm dedicado aos problemas da transfusão de sangue, depois de ensaiar todos os processos, decidiu, removendo os inconvenientes dos processos usuaes, attingir ao objectivo seguinte: **(sic)** operar a transfusão de sangue estrictamente puro e não alterado, desde 50 a 500 c.c. e mais, conforme as indicações, sem intervir doutro modo no doador e receptor, sinão por uma **simples punção venosa.**"

Ao fim de profundos estudos e observações chegou aquelle sabio ás conclusões seguintes:

a) — que, para evitar a coagulação, o vidro do aparelho deveria ser **constantemente** untado de uma camada espessa de parafina ou vaselina, em virtude de facto de verificar-se a hemolyse dos globulos vermelhos, quando em contacto com o vidro;

b) — que os tubos de barrocha eram, tambem, uma causa de coagulação, e de reacções post-operatorias, visto não poderem ser parafinados sinão imperfeitamente."

Como resultante dos seus estudos, veio Bécart a crear dois processos, um, o da **"ampoula de inversão"** e outro, o da **"Seringa de piston auto-vaselinador"**.

O primeiro processo, mais ou menos identico ao de Kimp-ton, apresenta o inconveniente, que o proprio autor reconhece, de necessitar de ampoulas parafinadas previamente; o processo da seringa, entretanto, parece realizar o ideal em materia de transfusão de sangue.

Processo da ampoula de inversão

Consiste a instrumentação simplesmente numa agulha especial, levemente encurvada numa das extremidades, afim de facilitar a tomada de sangue ao doador; uma ampoula graduada e um trocarte para a injeção, cujo pavilhão se adapta exactamente numa das extremidades da ampoula, disposta em canula e uma pera de insuflação completam o material.

A ampoula tem a fórma de um estomago, no qual o cardia representa um collo aberto, em condições de ser obturado por uma rolha, provida de um orificio para a passagem da tubulura do insuflador. A outra extremidade, o pyloro da ampoula, é disposta, como já foi dtio, em fórma de canula, onde se adapta directamente o trocarte da injeção.

Para a pratica da transfusão, são necessarias, ainda, ampoulas de 30 c.c. de oleo de parafina ou da mistura seguinte, para funcionar como anti-coagulante:

Parafina liquida	1000.0
Vaselina	20.0
Colophonia	50.0

Os preparativos. — Esteriliza-se a ampoula ao calor secco ou ao alcool a 90°. A seguir, passa-se a untal-a de parafina, o que não é difficil, graças ao collo do apparelho, que é bastante largo para o mister.

Segundo o autor, é a seguinte a melhor mistura para untar a ampoula:

Parafina a 55°	2 partes
Estearina	2 partes
Vaselina	1 parte

O anti-coagulante deve ser esterilizado ao autocalve, em re-nho-maria.

Derrama-se a mistura fundida no interior da ampoula, previamente aquecida pela passagem frequente sobre a chamma de uma lampada a alcool. Manobra-se, em seguida, de maneira a deixar escorrer algumas gotas da mistura pela extremidade em canula, sem a obliterar. Unta-se depois a parede da ampoula em toda a sua superficie interna, desprezando-se, afinal, o excesso da mistura.

Por meio de uma compressa embebida em alcool, com a qual es esfrega a ampoula externamente, obtem-se, pelo esfriamento, a rapida solidificação da parafina. Nessas condições está a ampoula prompta para servir e, para conserval-a, deixa-se envolvida em uma compressa esterilizada. As agulhas conservam-se mergulhadas na mistura:

Ether	80.0
Parafina a 55°	1.0
Colophonia	traços

Para o uso, basta retiral-as da mistura, por isso que o ether, evaporado, deixa-as perfeitamente revestidas interiormente de

Technica. — Resume-se a transfusão em dois tempos: 1.º — A tomada de sangue; 2.º — A injeção.

Apanham-se as agulhas da mistura, deixando-as sobre compressas esterilizadas, para dar tempo á evaporação do ether; no aparelho lança-se o conteúdo de uma das ampoulas de 30 c.c. de oleo parafinado, lubrificando-se novamente a sua superficie interna.

Primeiro tempo: — Tomada do sangue — Antes de operar-se na veia do receptor o trocarte obturado pelo mandril. Bécart insiste neste detalhe e acha que jamais se devedria começar a sangria antes de ter, prompto, o trocarte na veia do receptor.

Collocado o doador em posição horizontal, disposto o garrote e feita a asepsia, puncciona-se a veia escolhida e recebe-se o sangue na ampoula, que um auxiliar mantem em posição conveniente. Retirada a porção desejada de sangue, solta-se o garrote e retira-se a agulha, fechando-se a picada com um curativo compressivo.

Segundo tempo: — Ao collo da ampoula, adapta-se a rolha, munida da tubulura do insuflador. Retira-se, então, o mandril do trocarte, introduzido na veia do receptor, e, verificada a sua boa posição, inverte-se a ampoula, passando-a da posição horizontal para a vertical e articulando a canula ao pavilhão do trocarte. Faz-se alguma pressão no insuflador e o sangue fluirá para a circulação do doente. Por meio de uma pinça qualquer, póde-se interromper quando se queira a injeccção comprimindo o tubo de borracha do insuflador.

Esvaziada a ampoula, retira-se promptamente a rolha do aparelho e a injeccção cessará immediatamente. Um curativo collodionado protegerá a ferida occasionada pela punccção.

Observando-se a ampoula, ao fim da operação, constata-se que nas suas paredes não fica traço algum de sangue, o que nos dá a impressão de que o sangue deslisou directamente de uma para a outra circulação.

Processo da seringa de piston auto-vaselinador

Constitue este processo, com o respectivo aparelho, a mais recente e a mais perfeita creação no terreno da transfusão de sangue, por isso que permite a transfusão de sangue physiologicamente puro, mediante uma technica das mais simples. A transfusão do sangue, com effeito, por este processo torna-se uma operação ao alcance de qualquer medico, e, por isso mesmo, na altura de preencher a todas as suas indicações.

O aparelho. — É representado por uma seringa, de capacidade para 200 c.c., cujas paredes internas são untadas de vaselina mechanicamente no acto mesmo da transfusão. É de maneira tal a construcção, que o piston nunca se põe em contacto com o corpo da seringa, do qua fica separado pelo inducto de vaselina. Esta fica depositada no corpo do piston, dahi sahindo no acto da transfusão, mediante um simples movimento de rotação que o operador imprime, da direita para a esquerda, na orelha do embolo. Esse movimento em nada complica a technica, por isso mesmo que se pratica simultaneamente com a re-tracção ou impulsão do embolo, quando se aspira ou quando se injecta o sangue.

O dispositivo porta-agulha da seringa se articula com rigorosa exactidão aos trocartes e é excentrico, o que facilita sobremodo o seu manejo.

O sangue passa directamente da circulação do doador para a seringa e desta para a circulação do receptdr, mediante a construcção especial das agulhas-canulas.

Preparação do material. — As agulhas-canulas são esterilizadas e conservadas no ether parafinado, cuja formula mencionamos atrás.

A seringa póde ser esterilizada por ebullicão ou em autoclave e prepara-se do modo seguinte: — Retira-se o embolo, desatarrachando-se o tampo superior; desmonta-se o piston, introduzindo-se no seu interior o conteúdo de um tubo de vaselina parafinada esterilizada, á formula:

Vaselina pura	100.0
Parafina a 55°	20.0

Fecha-se em seguida o piston e, depois de se untar o fundo da seringa por meio de um tampão armado em uma pinça, torna-se a montar a seringa, que ficará, assim, pronta para funcionar.

Technica. — Para a preparação do doador, bem como do receptor, procede-se como para o processo anterior.

Primeiro tempo. — Tomada do sangue. — Antes de operar-se a tomada do sangue, é conveniente fazer-se a punção da veia do receptor, deixando-se nella a agulha-canula, obturada pelo respectivo mandril, tudo prompto, afinal, para a injeccão. Introduz-se, então, uma agulha-canula na veia do doador. Retirado o mandril e verificada a boa posição, pelo fluxo do sangue, articula-se cuidadosamente a seringa, afim de empecer o deslocamento da canula.

O sangue, pela propria pressão, fluirá para dentro da seringa, em virtude da boa lubrificação desta. Neste tempo, cabe ao operador sómente proceder á rotação da haste do piston, que, mechanica e regularmente, vae deixando surdir a vaselina, que lubrifica e isola uniformemente as paredes do aparelho.

Obtida a repleção da seringa, basta desarticular esta da canula, que se retira também, em seguida, protegendo a picada venosa com um curativo.

Vae-se então ao doador e extrahe-se o mandril que obtura a canula, já introduzida na veia. O fluxo de sangue indicará que a canula está bem na luz do vaso. Com o cuidado preciso, para não deslocar a canula, nesta se articula a seringa, iniciando-se lentamente a injeção.

É bem de salientar aqui, a vantagem que apresenta a seringa de poder o operador graduar, como queira, a rapidez da injeção.

O movimento de rotação da direita para a esquerda, vae sendo imprimido na haste do piston ao mesmo tempo que é elle impellido.

Aconselham os autores que a injeção seja feita com a mesma velocidade da aspiração, esta effectuada com a propria pressão do sangue.

Vazia a seringa, promptamente é ella retirada com a canula, tratando-se a ferida como para os casos precedentes.

Assim exposto, é facil verificar o quanto de simples e pratico tem o moderno processo de Bécart. Não fosse o facto do sangue fazer o cyclo extra-circulatorio, sem entrar em contacto com o ar, nem passando por torneiras, nem tubos de borracha, para attestar as suas vantagens e a sua pratica efficiente, está a sua celere divulgação e o seu emprego crescente em todo o mundo.

Não é mister esclarecer, certamente, que a capacidade do aparelho, de duzentos centímetros cubicos, representa a quantidade de sangue que se póde transfundir em qualquer caso, sem perigo nem inconveniente de especie alguma.

Com a seringa de Bécart, póde-se praticar, todavia, a transfusão de qualquer dose, bastando repetir o cyclo operatorio tantas ezes quantas forem necessarias, nas transfusões, que excedam de 200 c.c.

CAPITULO VI

As indicações da transfusão

Comquanto fosse o rejuvenescimento o objectivo visado pelos primeiros ensaistas da transfusão, esse processo therapeutico conservou através dos tempos a hemorragia como a sua indicação capital.

E na grande guerra, onde teve largo emprego, de lado a lado, graças á criação de methods modernos, a transfusão viu a sua indicação dilatar-se progressivamente, no campo da cirurgia, passando a constituir um meio therapeutico verdadeiramente heroico, não mais sómente para as hemorragias, como também para os estados de choque em geral. Precisou-se mais, ainda, o seu emprego, como tratamento preparatorio ou correctivo, em grande numero de intervenções cirurgicas, passando, assim, a sua indicação, também, para o circulo dos cuidados pré e post-operatorios.

Tanto assim o é, que se contam aos milhares os feridos da guerra que, de parte a parte, deveram a vida á transfusão de sangue. Jeanbrau, nesse sentido, apresentou ao Congresso Francez de Cirurgia, em 1923, um relatorio, que constitue extraordinario monumento erigido á custa da transfusão e do methodo citratado, de que elle foi o grande vulgarizador.

Ahi não parou, no entanto, o surto therapeutico da transfusão. Ultimamente, em virtude dos estudos de P. Emile Weil, a quem deve a medicina a nova orientação, lançada sobre a pathogenia e tratamento dos estados — hemophilico, hemogenico e anemico —, ficou patentemente esclarecida e definida a situação da therapeutica transfusiva, em face das affecções medicas, bem como também se assentaram as esperanças em torno do muito que ella promete, nesse terreno, para o futuro.

Actualmente, quanto á transfusão de sangue, podem ser consideradas indicações cirurgicas, obstetricas e medicas, ordem essa em que vamos fazer o nosso estudo.

Indicações cirurgicas. — A therapeutica transfusiva abrange tres capitulos importantissimos da cirurgia: — a hemorragias; os estados de choque e os cuidados pré e post-operatorios.

As hemorragias. — Constituem ellas a indicação mais antiga da transfusão de sangue, e Oré, já no seu tempo, affirmava: "Recourir á la transfusão dans les grandes hemorragies est un devoir, s'en abstenir est plus qu'une faute." Isso em 1875, quando era ella um methodo perigoso; bem se poderá imaginar, pois, quanto diria hoje aquelle grande entusiasta da transfusão.

A acção do sangue transfundido nas hemorragias caracteriza-se por tres phenomenos essenciaes.

- a) — A substituição do sangue perdido por sangue homogeneo revitalizante dos centros nervosos pelo seu oxygenio;
- b) — A cessação immediata das hemorragias, em função do poder hemostatico do sangue transfundido;
- e) — A exaltação da hematopoiese.

a) — **Substituição do sangue perdido pelo transfundido.** — A transfusão impede a morte ao hemorragico, pela oxygenação dos seus centros nervosos, bulbo e ganglios cardiacos. É sabido que a hemorragia provoca a morte por um mechanismo complexo, cujo primeiro phenomeno é a baixa da pressão sanguinea, seguida da anoxhemia dos centros nervosos.

O sangue transfundido, pois, pelo plasma e hematias vivos que contem, age promptamente, aquelle inundando os tecidos de liquido e oxygenio e estas levando a vida aos centros vitaes, mercê do oxygenio de reserva, que transportam com a hemoglobina.

É innegavelmente, um "enxerto sanguineo", por isso que os globulos transfundidos passam a viver, por muito tempo, na circulação do receptor. Esse facto demonstra-se em virtude de se não verificar hemoglobinuria depois das transfu-

sões, sendo que aquella, em tais circunstancia, só apparece em função de hemolyse, quer dizer, quando o sangue do receptor for toxico para o do doador.

Pesquisas realizadas por Wearn, Warren e Amés, em oito individuos do grupo dos doadores universaes (IV), verificaram ser longa a sobrevida dos globulos extranhos. Para um dos transfundidos, com effeito, ao fim de 59 dias, ainda se lhe encontraram hematias, sendo que noutro, a duração destas prolongou-se por cento e treze dias.

À vista desses dois numeros, indicativos dos periodos maximo e minimo, conclue-se que é de 83 dias a média do periodo de durabilidade das hematias. Tal variação é explicada pelas idades differentes de cada globulo no acto da transfusão.

As transfusões de serum artificial, tempos atrás, tiveram papel preponderante no tratamento das hemorragias; com os estudos modernos, todavia, está provado que a acção daquelles serums é notavelmente inferior á do sangue transfundido, unico que, em muitos casos, é capaz de salvar a vida dos hemorrhagicos.

Os serums artificiaes que melhor preencheriam indicações nas hemorragias, são o glyco-salgado (7,0 de sal e 5,0 de glycose para 1000) e o serum gomado. O primeiro, augmentando a massa sanguinea e de certo modo alimentando os centros cardiacos e respiratorios, é, por isso, dotado de virtudes capazes de prolongar a vida por algumas horas. Nas hemorragias intensas, no entanto, o serum isotónico não poderá jamais assegurar definitivamente a manutenção dos phenomenos vitaes. Nesses casos, de desespero, segundo Ch. Richet, sómente a transfusão poderá salvar a vida aos exangues.

Mais duradouros são os effeitos do serum gomado, de viscosidade mais baixa e de nenhuma pressão osmotica. O seu emprego, porém, deverá ser restricto ao casos de menor gravidade, dado o seu nenhum valor respiratorio, tanto que a sua virtude unica consiste em diluir o sangue e vehicular as hematias remanescentes.

Durante a ultima guerra foram os seguintes os resultados colhidos da transfusão de sangue, praticada por varios cirurgiões, na anemia aguda post-hemorrhagica: Jeanbrau accusa

67 por cento de successos pessoais; Robertson, 61 por 100; Tuffier, 63 por 100; Govaerts, 75 por 100 e Picqué, 68,8 por 100. É de notar que nem sempre foram de successo os resultados, em se tratando de feridos de guerra, por isso que, além da hemorragia, apresentam elles commumente o estado de choque toxhemico, choque resultante do transporte, da infecção, da fadiga, do frio, etc.

E tanto assim, que na clinica civil são superiores os resultados. Si não, vejamos a estatistica dos cirurgiões: 75 por 100 de curas obtidas para as hemateméses por ulcus gastrico, accusam Ottemberg e Liebmann*; Monod conseguiu 76,9 por 100, na mesma indicação. De 32 transfusões operadas por casos obstetricos, Lisee menciona 80 por 100 de curas.

b) — **Nas hemorragias inaccessiveis** é notavel a acção hemostatica da transfusão do sangue. As hemorragias gastricas, renaes, intestinaes, hepaticas, uterinas, etc., cedem promptamente á acção do sangue transfundido. Tanto nas crises hemophilicas como nos syndromos hemorrhagicos hepaticos, a transfusão é dotada de uma acção positivamente hemostatica, consoante P. Emile Weil demonstra-o em sua obra.*

c) — **A exaltação da hematopoiese.** — O sangue dos individuos transfundidos revela sempre um augmento notavel, na sua taxa de lipoides, os quaes constituem um estimulante energico para a funcção dos órgãos hematopoieticos. O effeito é perfeitamente nitido nas anemias secundarias, consequentes de hemorragias intensas ou repetidas.

As soluções de serum artificial, como se viu patentemente, ficam muito aquem da transfusão de sangue, por isso que não gosam de nenhuma dessas tres propriedades que, podemos dizer, são as amparadoras da vida nos hemorrhagicos.

Os serums artificiaes, com effeito, tem a virtude exclusiva de augmentar a massa liquida circulatoria de modo que, nas hemorragias graves, a sua indicação apenas se justifica na prolongabilidade da vida por alguns instantes, que, não obstante, serão sufficientes para os preparativos de uma "transfusão de

* Pauchet - Bécart — "Transfusion du sang".

* P. Emile Weil — "La tranfusion du sang".

sangue, a unica efficaz para salvar definitivamente a vida de um hemorrhagico grave". (Ch. Richet).

Varios signaes fornecidos pelas indicações da taxa de hemoglobina, bem como pelos valores sphygmomanometricos e oscillometricos, dando conta do estado mais ou menos grave do hemorrhagico, podem servir de base na indicação transfusiva. Esses detalhes diagnosticos, porém, nem sempre podem ser levados em linha de conta, especialmente nos meios onde taes pesquisas se tornam de difficil execução.

Relativamente á natureza e á multiplicidade dos ferimentos, tambem, Constantini e Vigaud, durante a guerra, chegaram ás seguintes conclusões:

- a) — Não transfundir nas feridas visceraes, quando houver lesões intestinaes e traumatismos thoracicos, etc.;
- b) — Não transfundir em polyferidos graves;
- c) — Transfundir formalmente nos hemorrhagicos "mono e biferidos";
- d) — Intervir radicalmente, sempre, no transfundido, afim de allivial-o da infecção.

Taes reservas, porém, não gozam de aprovação unanime. Assim, é que muitos cirurgiões, como Bécart, acham que "tout sujet qui, par la nature de ses blessures, n'et pas fatalement condamné á mort, doit être transfusé, quelle que soit la gravité de son état". E ainda mais, "est préférable de faire parfois des transfusions non indispensables (elles ne sont jamais inutiles) que d'hésiter, á faire la transfusion du sang necessaire".

A auto-transfusão. — Antes de terminarmos as considerações sobre a indicação da transfusão nas hemorrhagias, dê-se-nos dizer algo aqui sobre a "auto-transfusão", isto é, a reinjecção, por vai endovenosa, do sangue derramado no ventre, nos hemorrhagicos de ruptura de órgãos, como baço, rins, trompa, etc.

No acto mesmo operatorio, com effeito, póde levar-se avante essa auto-transfusão, recolhendo-se o sangue do derrame por meio de compressas ou de um aspirador e conservando-o numa mistura de citrato de sodio a 3 por 100. Depois de filtrada em compressas, reinjecta-se a mistura na veia, com um aparelho de transfusão de serum artificial.

Consoante Jeanbrau, que se baseou nas experiencias de Hédon, não se deve praticar a auto-transfusão, desde que tenha transcorrido muito tempo do derrame, por causa de accidentes toxicos que se poderão constatar.

Dentro de 24 horas, porém, o sangue derramado conserva ainda, e sobretudo, as suas propriedades hemostaticas, de modo que a auto-transfusão, em taes casos, é praticavel.

Vejamos agora os resultados praticos da transfusão nas hemorragias, através das observações dos autores:

Observação* — "Doente de 45 annos, attingida de fibroma uterino e reduzida a um estado de anemia extrema por metrorrhagias abundantes e continuas; mucosas descoradas, sopros anemicos, edema das pernas, pulso a 140.

A chamado do Dr. Deder, Bécart pratica uma transfusão de 250 grammas de sangue citratado, tomando ao marido como doador.

A melhora se manifestou immediatamente a paciente accusou um bem-estar geral. O pulso, após a transfusão, passa a bater 120, tendo desaparecido as perturbações da vista. Ces-saram, promptamente, as hemorragias e com a notavel melhora do estado geral, foi possivel submeter a paciente á radiotherapia."

Observação* — "Paciente de 28 annos, habitante da cidade d'Eu, atacada de ulcera duodenal, com hemorragia profusa e melena incoercivel. Exangue, a doente esperava seus ultimos momentos com os signaes de anemia aguda, apesar dos recursos empregados (serum gelatinado, chloreto de calcio, serum de cavallo).

Uma transfusão de 500 grammas de sangue citratado é praticada, cessando immediatamente a hemorragia; levanta-se, em seguida, o estado geral da paciente e as melhoras são tão accentuadas que a mesma se recusa á operação. Uma nova hemorragia, mais tarde, no entanto, vem forçar a intervenção, que é praticada com exito, curando-se a doente."

* Pauchet - Bécart — "Transfusion du sang".

* Pauchet - Bécart — "Transfusion du sang".

Os estados de choque. — Clinicamente, o estado de choque é traduzido pelo syndromo seguinte: hypotensão arterial; frequência e fraqueza extrema do pulso; hypothermia; hyperesthesia; oliguria; pallidez dos tegumentos e respiração superficial (Quénu).

O traumatismo é, em geral, a causa do choque, que sobrevem de hemorragia, septicemia, intoxicações ou superagitação nervosa, processos esses que podem agir isoladamente ou associadamente, com a predominancia de qualquer delles.

Pelo syndromo acima, póde concluir-se que, caracterisado pela baixa das tensões, resultante da asphyxia, primeiro, e depois da acidose, o estado de choque tem a sua biologia muito proxima da hemorragia.

É assim, tanto quanto nas hemorragias graves, a therapeutica deverá objectivar, antes de tudo, o abaixamento das tensões e a acidose, fim esse que só a transfusão de sangue poderá preencer, mobilizando aos centros nervosos o liquido de que carecem e inundando os tecidos do oxygenio vivificador. A transfusão nos estados de choque é, pois, sempre util, mesmo nos casos em que seja dispensavel.

É Pauchet quem diz: "Aquelles que reservarem a hemothe-rapia aos moribundos jamais poderão apreciar o seu valor; a temporização no emprego da transfusão, em cirurgia de urgencia, é tão detestavel como uma laparotomia tardia ao curso da perfuração gastrica ou da occlusão intestinal."

Na pratica, pois, a indicação será transfundir, transfundir sempre que o ferido revele falta de ar e que o seu pulso e estado geral baixem ameaçadoramente.

Os cuidados pré e post-operatorios. — Em circumstancias varias é indicada a transfusão de sangue como cuidado pré-operatorio, sempre que for necessaria a preparação do operado, bem como post-operatorio, toda vez que se faça mister a correcção rapida do choque-cirurgico.

Tudo consiste em saber escolher a oportunidade da transfusão, que, feita em tempo, póde ser considerada como a adjuvante heroica da cirurgia. Praticada antes de uma grande operação, a transfusão tem poderes para evitar o choque, do mesmo modo que poderá removê-lo quando empregada em tempo.

O valor extraordinario da transfusão de sangue, como tratamento pré e post-operatorio, póde ser inferido diante da estatística seguinte, do serviço cirurgico de Crile no "Lake Side Hospital":

A taxa de mortalidade, naquelle serviço cirurgico, durante o periodo comprehendido entre 1919 e 1923, desceu de 12,4 a 1,2 por cento. Nas últimas 1000 thyroidectomias ali praticadas, a taxa de mortalidade foi de 0,7 por cento.

Essa mortalidade diminutissima, consoante o assegura o proprio Crile, é devida exclusivamente á bôa comprehensão e execução dos cuidados pré e post-operatorios, sobretudo orientados na applicação opportuna da therapeutica transfusiva.

Bem é de saber-se, que naquelle serviço cirurgico norte-americano, as transfusões, aos milhares, são praticadas com tubos parafinados e sangue puro, sendo disso incumbidos tech-nicos especializados.

A transfusão de sangue, Crile emprega-a systematicamente para prevenir e combater o choque, em grande numero de intervenções e, principalmente, nas operações de bocio, que, graças á transfusão, não dão o menor accidente operatorio.

Em França, os hospitaes, na sua maioria, já adoptaram esse "americanismo", installando serviços especiaes de transfusão de sangue.

Nos casos seguinte, como tratamento pré e post-operatorio, é indicada a transfusão:

- a) — Antes das grandes operações mutilantes;
- b) — Nos carecentes de operação, de resistencia assás diminuida, ou profundamente anemiados em virtude de phenomenos hemorrhagicos ou infecciosos;
- c) — Como meio de levantar o estado geral e reduzir o tempo de coagulação nos hepaticos, candidatos á operação;
- d) — Nos casos de grave hemorrhagia pré e post-operatoria;
- e) — Entre os tempos das operações desdobradas;
- f) — No choque cirurgico em geral.

Tanto é proveitosa a transfusão como auxiliar da cirurgia que jamais se deveria hesitar em empregar-a, nos serviços cirúrgicos.

Bécart é quem diz: "Dans tous les grandes services chirurgicaux, ou tout ou moins dans chaque hospital, il devrait y avoir une organisation spéciale qui desservirait aussi bien les salles de chirurgie que celles de médecine et d'accouchements, car la transfusion est indiquée quotidiennement."

Indicações Obstétricas: — Em Obstetria, a transfusão de sangue comporta indicações fetaes e maternas. As primeiras acham-se adstrictas ás hemorragias do recém-nado, sendo que as indicações maternas se verificam com as hemorragias, as infecções puerperaes, os vomitos incoercíveis e a eclampsia.

Hemorragias do recém-nado. — A transfusão tem franca indicação quer na melena do recém-nado, quer nas hemorragias do cordão, sendo satisfatórios os resultados até hoje colhidos.

Para essas transfusões, que exigem technica especial, fóra da alçada deste trabalho, são dispensaveis as pesquisas preliminares de sangue, por isso que se prefere o sangue materno para a injeção.

A mortalidade nessas intervenções é minima, que tanto se verifica do quadro abaixo, extrahido da magistral these de concurso do Prof. Brandão Filho, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

	CASOS	MORTES
Brandão Filho	1	0
Brodhead	1	0
Soresi, New York	9	0
Vincent, Boston	7	0
Cooley e Vaughan	1	0
Bernheim	1	0
Murphy, Boston	1	0
Berg, New York	1	1
Hubbard, Boston	1	0
Carrel	2	0
Lepinasse	14	2
Unger	10	1
Peterson	1	0
	50	4

Indicações maternas nas Hemorrhagias: — São extraordinariamente animadores os resultados que se têm obtido da transfusão de sangue nas hemorrhagias obstetricas, as quaes, em sua totalidade, ficam no dominio da therapeutica transfusiva.

Aliás, quanto á oportunidade da transfusão, e á indicação da intensidade da hemorrhagia, o problema é identico aos casos de hemorrhagias chirurgicas, de que já tratámos. Da mesma fórma quanto aos tratamento chirurgicos a empregar, simultaneamente com a transfusão, nos casos adequados.

Na infecção puerperal: — Estão os autores accordes em que a infecção puerperal mau grado não haja, ainda, estudos e observações regulares sobre o assumpto, seja, de todas as infecções geraes, aquella que melhor proveito póde lucrar da transfusão de sangue, em razão das antitoxinas normaes nelle contidas.

King, através das suggestões de Polak, conseguiu obter a cura de dois casos, em tres transfusões que praticou para infecção puerperal.

Pauchet allude a dois casos de septicemia puerperal grave, terminados pela cura.

De positivo o que existe, porém, é que ainda não se póde contar com a indicação transfusiva nas infecções puerperaes, o que não impede o registo da indicação, afim de se ter em vista sempre a transfusão de sangue, quando em presença daquellas infecções.

Nos vomitos incoerciveis da gravidez, tambem, nada ha de definitivo, quanto aos effeitos da transfusão de sangue, apesar do entusiasmo dos autores nesse sentido. Assim é que muitas observações têm sido publicadas, taes a de Keator, de Gannett, Jeanin e Pareux, mencionadas por Pauchet, todos depondo em favor da transfusão.

O facto, no entanto, é que qualquer julgamento sobre a efficacia da transfusão nos vomitos incoerciveis, será prematuro, ainda, para os nossos tempos.

Na eclampsia. — Os accidentes graves da eclampsia, assim como todos os symptomas da insufficiencia renal, podem cessar em funcção da sangria, seguida de transfusão. Blair Bell

("The Britsch Medical Journal" — 8 de Maio, 1920), praticou a transfusão numa ecláptica, primipara de 24 annos, com albuminuria e crises convulsivas, a qual entrára em coma, após o esvaziamento do utero.

Com 500 grammas de sangue transfundido, a paciente passou a apresentar melhoras, que se accentuaram dia a dia até á cura.

A transfusão, não ha duvida, tem probabilidades de dar exito favoravel, desde que a glandula renal apersente disfunção passageira; porém, si aquelle emunctorio tiver a sua função compromettida em definitivo, a transfusão terá a sua indicação arredada.

INDICAÇÕES MEDICAS: — Constituem questões therapeuticas da mais palpitante actualidade as indicações medicas da transfusão de sangue. Nas anemias, como nas dyscrasias sanguineas, com effeito, essas indicações já estão hoje plenamente definidas, mercê de resultados esplendidos, obtidos com o methodo transfusivo.

Os estudos e as pesquisas, no entanto, proseguem, sendo que os resultados parciaes já obtidos apresentam signaes valiosissimos do muito que o novo methodo promette, para o futuro, no terreno das suas applicações medicas.

E o fundamento dessas esperanças está nas propriedades biologicas do sangue, em todos os seus elementos constitutivos, cada um capaz de solucionar questões das mais complexas na Pathologia.

Daremos breve noticia do que já se tem obtido com a transfusão de sangue, applicada ás affecções medicas, impossibilitados, que estamos, de nos estender tanto quanto o exige a importancia do assumpto.

Os syndromos hemorrhagicos encontram na transfusão de sangue o tratamento mais seguro de que se dispõe actualmente. Dir-se-ia que o sangue transfundido põe em actividade elementos efficaes para combater o augmento do periodo de coagulação.

Na hemophilia, por exemplo, que é caracterizada pela re-

dução dos fermentos coagulantes do sangue, os resultados já conseguidos são surprehendedentes.

Com uma unica transfusão, muitas vezes, tem sido alcançada a cura de pacientes quasi victimados por hemorragias violentissimas, cessadas, como por encanto, á acção do sangue transfundido.

As doses para attingir a esses resultados não ha mistér sejam grandes; 50 a 100 c.c. são sufficientes para o effeito hemostatico.

A cura definitiva sóe exigir, muitas vezes, transfusões repetidas, em pequenas doses, por largo espaço de tempo.

Na molestia de Emile Weil, a "hemogenia", que se caracteriza pela dilatação do tempo de sangria, traduzindo-se, tambem, por hemorragias rebeldes, a transfusão dá resultados surprehendedentes, não só como meio hemostatico, sinão tambem como recurso capaz de supprir o estado de anemia.

Como hemostatico, na hemorragia, os resultados se observam, até, mediante a simples injeção subcutanea de sangue, na dose de 20 a 40 c.c.

Na insufficiencia hepatica, ha syndromos hemorragicos temiveis, como na ictericia chronica, em que a coagulação de sangue se processa com lentidão, excedendo muitas vezes á normal. Esses estados hemorragicos, que representam perigoso embaraço a qualquer intervenção cirurgica, podem ser promptamente remediados com a transfusão, que abrevia logo o tempo de coagulação, evitando assim hemorragias incoerciveis e modificando para melhor o estado geral do paciente.

Aliás, essas alterações da crase sanguinea, podem ser determinadas por todas as lesões do figado, independente da respectiva causa.

As anemias traduzem clinicamente o phenomeno da diminuição ou alteração dos elementos figurados do sangue, esta ultima assignalada sempre pela diminuição da quota de hemoglobina nos globulos vermelhos. Conhecendo a biologia do sangue transfundido, e as funcções das hematias, bem se podem avaliar os proveitos de que a transfusão é capaz nesses estados.

A melhora immediata dos pacientes no seu estado geral, em correlação com a taxa globular, é o resultado observado systematicamente pelos autores que têm empregado a transfusão de sangue na anemia. Esses resultados têm orientado, também, a conclusão de que, comquanto nitidos os efeitos, as anemias medicas exigem muita perseverança e transfusões repertidas, para apresentarem melhoras definitivas.

São unanimes, assim, os transfusores, indicando formalmente o seu methodo em todas as anemias medias ou graves, de maneira tal que: — "le devoir du médecin est d'y recourir sans retard", visto como: "attendre est encore ici néfaste"... (E. Weil).

E não só as anemias cryptogenicas, como as symptomaticas — toxicas ou infecciosas — já têm definidas as indicações da therapeutica transfusiva.

Para resumir essas indicações, naturaes, aliás, por isso que o character anatomo-pathologico das anemias offerece poucas variações e está sempre dentro do circulo de acção do sangue transfundido, digamos que todas as anemias, quer primitivas, quer secundarias, comportam sempre, qual seja a sua fórmula e gravidade, a therapeutica transfusiva. Nas anemias symptomaticas pouco graves, mesmo, desde que fracasse o tratamento pelos arsenicaes e ferruginosos, é indicada a transfusão de sangue, asseguradora dos mais apreciaveis resultados.

Nas infecções: — Neste capitulo importantissimo da pathologia, a transfusão já ingressou promissoramente. Prematuro é ainda emittir julgamento sobre o papel que lhe está reservado na lucta contra as infecções, apesar de já irem adiantadas as pesquisas nesse sentido.

Trata-se, comtudo, de uma arma poderosa, na qual poderemos aguardar confiantes, dadas ainda as propriedades innumerables do sangue transfusivel, todas utilizaveis plenamente, desde que se possa bem elucidar o mechanismo de acção dos agentes infecciosos e dos elementos da defesa do organismo.

Isenta de perigos, com effeito, a transfusão só poderá ser francamente proveitosa nessas indicações.

Em relação com as propriedades do sangue a transfundir, tres methodos differentes são instituidos, visando a therapeutica anti-infecciosa.

- 1.º — Transfusão de sangue normal;
- 2.º — Transfusão de sangue do convalescente da infecção em causa;
- 3.º — Transfusão de sangue immunizado previamente por vaccinação.

No primeiro caso, procuram-se utilizar os elementos de defesa e combate, normalmente contidos no sangue, além dos proveitos da acção estimulante da transfusão. O methodo seguinte propõe-se a mobilizar um auxilio especifico em favor do transfundido, fornecendo-lhe elementos anti-toxicos e anti-bacterianos.

Pauchet relata varias observações de transfusões especificas, em casos de typhoide, erysipela, grippe grave, etc., assignalando resultados excellentes.

O terceiro methodo, finalmente, ideado por Wright, pretende crear, em futuros doadores, a immunidade activa, quer pôr meio de auto-vaccinas, quer mediante vaccinas-stock.

Muitas experiencias têm sido realizadas, com resultados favoraveis na maioria. O methodo, porém, não parece muito viavel, dadas as difficuldades que revestem a sua execução. O doente injectado, por exemplo, não poderia esperar o tempo sufficientemente longo, a contar da injectão da vaccina, para que a immunização se tornasse efficaz.

Taes methodos, comquanto engenhosamente meditados, por isso que dotados de criterio scientifico, ainda não podem ser considerados quanto á sua utilização pratica e só o futuro, com o volver da sciencia, nos dirá si aproveitaveis ou não.

CONCLUSÕES

Neste fugidio escorço pelos dominios da transfusão, procuramos, tanto quanto possivel, dentro da reconhecida escassez dos nossos conhecimentos scientificos, deixar evidenciada a doutrina, ensinada por todos os luminares da sciencia, de que a transfusão de sangue é uma intervenção de caracter inoffensivo e de que grandemente beneficos poderão ser os resultados della decorrentes.

Uma das grandes difficuldades que se nos depararam no discurso deste esboço de ensaio, sem levar em conta a angustia do tempo, que, sobre exiguu, occupam-no todo os que-fazeres profissionaes, foi a falta de material, que se nos dêsse compulsar para melhor acompanhar a marcha evolutiva que se vem, nestes ultimos tempos, cada vez mais accentuando nos methodos da transfusão.

Não fôra essa serie de embaraços, que á minha inexperiencia moça não é dado ainda desobstruir com facilidade, por falta de audacia não só em idéas, como em expressões, mais me estenderia sobre o assumpto, dada a grande efficacia na sua applicação, defendida e aconselhada pelos mestres. Weill e Isch-Wall dizem que, si não póde hoje a transfusão ser tida na conta de uma panacéa universal, como o imaginavam os da antiguidade, não resta duvida de que, quando raramente não produzir beneficos, a transfusão não acarretará nunca perigos, uma vez estudado o sangue do doador, e sendo considerada de effeitos assecuratorios nas hemorragias de qualquer natureza, nos estados de choque e nas anemias. Oré já, **mutatis mutandi**, doutrina igualmente em 1867. Béraud diz que, não indo ao entusiasmo extremo a que foi Pauchet, quando asseverou que a transfusão deve ser indicada pelos chefes de serviço como si se tratasse de uma injeccão de oleo camphorado, acha que a transfusão, pelas provas a que se tem submettido, póde e deve

ser aconselhada como methodo therapeutico corrente, e não como um processo de excepção, nem como um extremo recurso para moribundos.

Outro intuito nosso, além de procurar demonstrar as vantagens da praticabilidade da transfusão de sangue, foi também o de deixar aqui patente a simplicidade da instrumentação de Bécart e a facilidade do seu manejo, ao alcance rapido de qualquer pratico. O Dr. Béraud, uma das summidades cirurgicas do exercito francez, e que muito se ha preocupado com esse magno problema da transfusão, acha que essa questão deapparelhos é de natureza secundaria e que todos elles são bons desde que se saiba maneja-los. Dil-o assim, e todavia se revela adepto do processo das tres seringas, de sua criação, cujo manejo defende por lhe parecer mais simples. Bem se vê, portanto, quando se mostra elle partidario de um porcesso, cuja simplicidade apregôa, aliás com justa razão, porque esse processo é realmente de muito facil execução, que não ha sinceridade no principio que préga de que qualquer instrumentação é boa, desde que seja bem manejada. Esta circumstancia condicionante, pois, "desde que seja bem manejada", é o que se mais deve ter em conta no caso, por isso que o apparelho mais aconselhavel será aquelle que qualquer pratico possa empregal-o, sem necessidade de treino especializado na sua technica. E no caso, bem nos parece que o apparelho em taes condições, é indiscutivelmente o de Bécart, de que amplamente já tratámos em paginas para atrás.

Isso o que desejavamos estudar na estreiteza deste ensaio, que fizemos, sem nenhuma velleidade scientifica e sem nenhuma preocupação de deixar, nestas paginas, **tests** de nossa cultura ou preparo, coisa que, a despeito do muito esforço nosso para esse fim empregado, é justo não a tenhamos, que nos fallecem para isso experiencia e idade.

Como já o dissemos, este esboço de ensaio fizemol-o mais como uma homenagem á nossa terra e á nossa Escola, do que levado por qualquer espirito de vaidade. Homenagem á nossa terra, porque, homenageando-a, renderemos o nosso culto a todos aquelles que, em nosso meio scientifico, bem alto elevaram o conceito da medicina e da cirurgia patricia. E homenagem á nossa Escola, porque, homenageando-a, deixaremos indelevel-

mente aqui gravada a nossa admiração pelos Mestres, espirito de verdadeira abnegação, voltados para o bem da humanidade, pois assim o são todos os que terçam armas pela ampla difusão da sciencia; e externaremos a nossa gratidão aos que primeiro nos plantaram n'alma esta ambição de se alcançar a méta da vida pelo esforço supremo da sciencia e do estudo.

Dr. ERASTO GAERTNER
Docente livre de Clinica Cirurgica da Faculdade
de Medicina do Paraná

Desordens nervosas e psichicas no puerperio

**Thése de concurso á cathedra de
Obstetricia, apresentada á Facul-
dade de Medicina do Paraná.**

Officinas da "Empreza Graphica Paranaense"
PLACIDO E SILVA E CIA. LTDA.
CURITYBA
1929

CAPITULO I

Conceitos do puerperio — Generalidades

Affeitos estamos todos, que nos habituámos ao trato das maternidades e dos livros de obstetricia, a entender **puerperio** — na accepção de posparto, isto é, de periodo que se segue á parturição. A duração desse estado sempre esteve em controversia; assim que, para uns, o periodo deve estender-se do parto até ao retorno dos órgãos genitales á condição fecundavel; para outros, como Moneret, iniciado no parto, o puerperio se prolonga até ao aleitamento.

Quem se propuzer, todavia, a esquadriñar as minucias do vocabulo, estatelará decerto, ao constatar que a duvida augmenta — na definição de puerperio — não mais quanto ao seu termo, mas quanto á época do seu inicio.

É que a etimologia vacilla, rebuscando o ancestral, ora em "puerperium", — parto, do latim, ora em "puerperis" — filho. No primeiro caso, a patrurição marcaria o começo do estado puerperal; a segunda derivação, no entanto, suggere ponto de partida mais precoce, na fecundação, ao processo physiologico, amplamente relacionado com a maternidade.

Estão, entre outros, Paul Kowalewsky, de Petrogrado e Porot, que consideram, assim, o puerperio, incorporando a gestação, o parto ou o aborto, o posparto e o aleitamento, caracterizado pela serie completa dos phenomenos, por que passa o organismo materno, desde a cessação de fluxo menstrual, pela fecundação ovular, até ao termo da lactação.

A questão se desdobra em duas relações, fixando uma, o acto da parturição mais as suas sequencias, e outra, o complexo physiologico da maternidade.

Bem mais amplo, o ultimo conceito dilata consideravelmente os problemas attinentes ao puerperio e, consequentemente, o ambito desta these.

Dar-lhe-emos a preferencia, para que se não nos culpe por omissão e abordaremos as desordens nervosas e psychicas, nas phases todas da puerperalidade.

Inclue o thema, a nosso vêr, não só as desordens ligadas pela etiologia ou oriundas do puerperio, como tambem aquellas, capazes de intercorrerem nesse periodo, provocadas por causas estranhas, mas por elle influenciadas ou susceptiveis de o influenciarem.

No decurso do trabalho, transitaremos, successivamente, pelas desordens nervosas e pelas desordens psychicas, individualizando as entidades, nas differentes phases do puerperio e estabelecendo as relações de dependencia ou ascendencia, existentes entre este e aquellas.

As desordens nervosas comprehenderão: as paralisias, as neurites, a tabes, as mielites, os tumores do encephalo, as meningites, as tetanias, a choréa e a epilepsia.

Nas desordens psychicas figuraremos: a idiota e a paralisia geral, incluindo a histeria, que é psico-neurose.

Consagraremos, finalmente, um capitulo especial para a psychose puerperal.

Ficará á margem, bem é de ver, um sem numero de entidades nervosas e mentaes, consideradas sem interesse notavel para o desenvolvimento do assumpto em lide; a nossa preocupação objectivará sempre os desvios do sistema nervoso, positivamente relacionados com o puerperio, á luz da observação ou da deducção scientifica.

CAPITULO II

Desordens nervosas no puerperio

AS PARALISIAS

Não é raro o apparecimento não só das paralisias, como das paresias, directa ou indirectamente ligadas á puerperalidade.

Duas modalidades poderão ser verificadas: ou o puerperio se desenvolveu numa mulher, já portadora de perturbações da motilidade e da sensibilidade, ou esses desvios se nos apresentam como consequencias do estado puerperal.

Nem só é possível a concepção nas paraliticas, como, tambem a gestação, que será levada ao seu termo sem accidentes; notaveis, porém, são as particularidades que definem o parto nessas doentes. O periodo inicial da parturição, isto é, dilatação, funcção automatica, que o é, faz-se normalmente, sem que os movimentos fetaes sejam percebidos; a expulsão entretanto, sendo um acto reflexo, medular, será prejudicada, si a lesão estiver ao nivel do centro que preside aos movimentos uterinos, caso em que o feto poderá progredir até a vagina, de onde só mediante intervenção apropriada, conseguirá o desprendimento total.

As dores, que traduzem as phases diversas da parturição, estão, via de regra, abolidas, de sorte que o trabalho se effectua sem o controle sensível da paciente, o que pode, assim, mascarar a oportunidade da intervenção suplementar.

Os desvios sensitivo-motores, podem ocorrer, ainda, no puerperio, occasionados por estados toxicos ou infecciosos diversos da gestação ou do parto.

São innumerables as observações, que desvendam a etiologia desses disturbios, ligada á eclampsia, em funcção do processo

autotoxico ou das hemorragias cerebraes, sobrevindas naquelles estados; assim, as lesões cardiacas, nas gestantes, determinam ás vezes, por embolias, a que dão origem, aquellas desordens.

As infecções do posparto, obstetricas ou puerperaes, propriamente ditas, pelas neurites e arthrites a que podem dar logar, constituem outra causa imputavel na genese das paralisias.

Finalmente, os traumatismos obstetricos, naturaes ou artificiaes, têm sido incriminados como factores etiologicos assáz importantes, na producção das alterações em apreço. C. I. Urechia, na sessão de 4 de Fevereiro de 1926, da Sociedade de Neurologia, de Paris, relatou um caso interessante de paralisia dissociada, após um parto distocico, consequente à applicação de forceps por bacia estreita, em que as lesões se assestaram no sciatico poplitéo externo esquerdo e no sapheno interno do mesmo lado.

Terminou o caso de Urechia, tres mezes depois, pelo restabelecimento completo da paciente, submettida ao tratamento electrico, durante cinco semanas.

AS NEURITES E POLINEURITES

Os symptomas dolorosos occorrentes na gravidez e no posparto, constituindo neuralgias, são devidos aos processos compressivos, toxicos ou inflammatorios dos nervos, e individualizam as neurites puerperaes.

Hösslin e Pineles classificaram assim as numerosas affecções dos nervos periphericos, capazes de intercorrerem no puerperio:

- 1) — Neurites traumaticas obstetricas;
- 2) — Neurites toxi-gravidicas;
- 3) — Neurites infecciosas puerperaes;
- 4) — Neurites puerperaes por contiguidade (consecutivas a lesões inflammatorias da pelve, na visinhança do plexo sacro);
- 5) — Neurites — puerperaes lombares agudas.

Essa classificação, ao que parece, não encerra sinão um mero valor de orientação para o estudo, por isso que a tendência actual, comquanto não exclua, de todo, as chamadas neurites traumáticas, concorre para explicar uma etiologia **toxi-traumática**, para as lesões dos nervos, antes attribuidas só á causa obstétrica.

E tanto assim o é que, em muitos casos, a neurite traumática reconhece também uma etiologia toxica, como bem o demonstrou Felix Skubiszewski, assistente da clinica neurological da Universidade de Varsovia, em trabalho publicado na Revista Neurologica (Setembro de 1925), no qual relata dois casos, em que o traumatismo dos nervos coincidiu com o apparecimento de uma polineurite toxica.

Skubiszewski opina, assim, pela responsabilidade dos agentes toxicos gravidicos, e da nocividade toxica, mesmo fóra de infecção, resultante do parto e do posparto, cuja actividade transitiva, terá um papel definido na genese das mononeurites traumáticas.

Ao nosso vêr, pecca, ainda, a classificação de Hösslin e Pineles, quando pretende destacar "neurites puerperaes por contiguidade", por isso que ellas não passam, também, de neurites infecciosas, como no caso 3.º.

Deixaremos, por isso, de lado a classificação etiologica, preferindo considerar as neurites puerperaes, quanto ao seu apparecimento, na **gestação** ou no **posparto**, o que nos facilitará a exposição.

Na gestação. — As neurites reconhecem, via de regra, uma causa toxica ou infecciosa, installando-se sempre ao depois de infecções gastro intestinaes, vomitos incoerciveis e outras toxemias gravidicas.

Henri Roger, de Marselha, no seu trabalho sobre o "diagnostico e tratamento das sciaticas", menciona as sciaticas gravidicas, devidas "á des tiraillements du plexus sacré lors de l'ascencion et de l'ampliation utérine".

Formas diversas poderão ser encontradas, desde a localização, seja restricta a um tronco nervoso, seja a polineurite dos membros inferiores ou superiores, até á generalização aos

quatro membros, que pode atingir mesmo o phrenico, o facial e o pneumogastrico.

A symptomatologia é variada. A neurite simples manifesta-se commumente por signaes dolorosos, imputaveis a simples neuralgias, sciaticas, faciaes, lombo-abdominaes, etc., frequentes na gestação e que podem permitir passe de todo desapercibida a lesão nervosa.

As sensações de picadas, formigamentos, as alterações da sensibilidade thermica e dolorosa e a paralisia, indicam o inicio do processo, que se pode generalizar.

Attingidos, são particularmente os membros inferiores, atacados, quasi sempre, de paralisia completa, ao passo que os membros superiores costumam soffrer apenas paresias.

Crises dolorosas do tipo fulgurante, sobremodo violentas, aggravam muita vez o quadro clinico; a atrophia muscular precocemente se verifica; ha abolição dos reflexos e perturbações trophicas, cianose, edema, etc. que, não raro, orientam o diagnostico.

As perturbações esphincterianas, traduzidas pela incontinencia de fezes e urinas, já observadas, são, todavia, apontadas como pouco frequentes; succede o mesmo com os desvios psicnicos, geralmente caracterizando o sindromo de Kosakoff, e que suggere duvidas, quanto á possibilidade do alcoolismo adjuvar as acções toxicas de origem hepatica, indigitadas quasi sempre como causa dessas neurites.

A evolução da gravidez agrava esses processos, que o posparto attenua e cura muita vez, mesmo, ao depois de accentuado esgotamento, magresa, cachexia, atrophias musculares extremas etc. Esses phenomenos da polineurite podem desaparecer completamente, ou deixar reliquats nas mioatrophias, determinando vicios da attitude.

Complicando a generalização polineuritica, é possivel o accomettimento do nervo optico que pode terminar na atrophia desde que o posparto não faculte a regressão inflammatoria.

No posparto — com resalvas para a opinião de Skubiszewski, que não exclue o factor toxico — assignala-se para os traumatismos obstetricos e, principalmente, para as infecções

o papel preponderante na origem das desordens nervosas, que podem ocorrer em função de partos laboriosos, espontâneos ou artificiaes, ou determinados pelas propagações ou regressões infecciosas.

O forceps, via de regra, na introdução, na articulação ou mesmo nas tracções, é capaz de comprimir o plexo sacro, a ponto de provocar contusões e mesmo lacerações, que darão origem á mononeurite; consoante o pensar dos autores, como Hünemann, mesmo os partos espontaneos podem dar lugar ao accidente.

O que, todavia, não se pode negar, é a influencia que terão as bacias pathologicas, no apparecimento das desordens nervosas obstetricas, determinadas pelo trauma do plexo sacro, situado numa cavidade inextensivel, como o é a excavação pelviana.

As lesões unilateraes do grande sciatico e do peroneiro, são as mais frequentes no trabalho do parto, sendo que Bianchi, Lefèvre e Müller, justificam a preferencia, pela compressão do tronco lombo-sacro, na altura do seu cruzamento com a linha innominada.

Baseando os seus estudos em numerosas autopsias, Skubiszewski logrou figurar na excavação, um triangulo, que reputa de summa importancia na explicação das mononeurites obstetricas. Esse espaço é limitado: para cima, pela linha innominada; em baixo pela borda superior do musculo piriforme, para dentro, por uma vertical, passando pelo primeiro buraco sacro. Segundo as observações do autor, no interior desse triangulo reúnem-se o tronco lombo sacro e a primeira raiz sacra, os quaes, repousando directamente sobre o osso, sem outro elemento que os proteja na frente, ficam naturalmente expostos ao traumatismo.

Nos casos relatados por Skubiszewski, para atraz referidos, as mononeurites obstetricas, além de atingirem os membros inferiores, se assestaram tambem nos superiores, para o lado do cubital e radial, donde a arguição da concomittancia toxica, para justificar a ampliação do processo.

Nas mononeurites, os phenomenos dolorosos podem surgir quer no acto mesmo do traumatismo, quer posteriormente, com o evoluer da lesão.

A infecção puerperal, propriamente dita, responde, com maior frequência, pelas aggressões dos nervos no posparto, as quaes se traduzem pelas mesmas formas e pelos mesmos signaes das polineurites da gestação.

Predominam, todavia, as localizações nos membros inferiores ou superiores, individualizando nestes ultimos as paralisias do cubital e mediano, o que levou Moebius a suppôr que se tratasse de uma forma tipica á infecção puerperal. Nos membros inferiores, resaltam phenomenos dolorosos cruciantes, com o quadro da paraplegia flascida dolorosa, geralmente invadindo a zona do sciatico poplitéo externo, e accentuando a atrophia dos musculos antero externos da perna.

A impotencia funccional, maior ou menor, será, na grande maioria dos casos, o reliquat dessas polineurites, que evoluem demoradamente, entre um ou dois annos, sendo que poucas terminam pela cura completa.

Interessante, na evolução das polineurites puerperaes dos membros inferiores, é a possibilidade da intercurrencia, nesses syndromos, de para-osteo-arthropathias, como bem ficou estabelecido na communicação de Georges Guillain e P. Schmite á Sociedade de Neurologia de Pariz, na sessão de 5 de Maio de 1927. Estudadas com muito carinho por Mme. Dejerine e André Ceillier, que publicaram uma serie de trabalhos notaveis, durante a guerra, as para-osteo-arthropathias foram sempre observadas nas lesões traumaticas graves da medulla e da cauda de cavallo, traduzidas por um syndromo de interrupção phisiologica mais ou menos completa, com defficit da sensibilidade e da motilidade voluntarias.

No caso de Georges Guillain e P. Schmite, o exame radiographico revelou imagens de para-osteo-arthropathias, com ossificações para-femuraes e intra musculares, precisamente identicas ás observadas por Mme. Dejerine e André Ceillier, nas lesões medulares, desenvolvidas numa doente portadora dum syndromo polineuritico dos membros inferiores, consecutivo a uma infecção puerperal.

O facto clinico é raro e sobremodo interessante, por isso que attesta que, nas polineurites, as lesões dos nervos periphericos têm concomitantes nas raizes e até nos cornos me-

dulares, como aliás já foi demonstrado e o que levou o Professor Raymond a propôr, para esses síndromos, a denominação de "cellulo-neurites".

Consoante a comunicação de Georges Guillain e P. Schmite, no caso observado, deveria ser bastante singela a cooparticipação medullar, tanto mais quanto os signaes clínicos focalizavam o quadro classico da polineurite, bem diverso do da poliomyelite.

Tipo da polineurite dissociada chronica, a forma trophoneurotica da Lepra nos offerece margem para alguns comentarios.

As aggressões do bacillo de Hansen preferem, em geral, os grandes troncos nervosos, assim como os plexos e as raizes nervosas, nestas ultimas individualizando a rizo-pathia leprosa, aliás facil de confundir-se com a siringomielia, como bem accentuou o professor Austregesilo, em memoria que apresentou á primeira conferencia de Lepra.

A polineurite leprosa, disturbio predominante, na forma neuro-trophica, traduz uma como que attenuação da virulencia bacillar, expressão da inactividade da molestia; isso justifica não só a diminuição do poder contagiante, como tambem, a real melhora do prognostico **quoad vitam** para o enfermo.

Para o caso particular do puerperio, bem poucos são os elementos que logramos encontrar, nos serviços de lepra, onde exercemos nossa actividade — para o fim de emittirmos qualquer conclusão.

Isso se explica não só pela diminuta frequencia da forma nervosa entre nós (12,7%), como tambem pelo facto de serem as mulheres menos expostas que os homens ao ataque da molestia.

Tanto assim o é que, dentre os nossos 417 internados, encontram-se sómente 53 doentes da forma trophoneurotica, dos quaes apenas 21, do sexo feminino.

Dentre essas mulheres, sómente 11, casadas e viúvas, prestaram-se ás nossas investigações. Das 11 que contrahiram matrimonio, sómente 2 não conceberam, sem que se saiba, com

segurança, si a esterilidade preexistia ao surto da leprose ou delle foi consequencia.

As nove mulheres restantes, todas passaram pela puerperalidade, sendo que: 3 tiveram um filho; 1 teve dois; 1 teve tres; 1 — quatro; 1 — cinco; 1 — oito e outra nove filhos. Os puerperios todos nessas mulheres, occorreram, ao que soube-mos, antes da installação da molestia, com excepção de uma, a que teve oito filhos, que fez um parto e um aborto depois de doente; as doentes restantes, não mais conceberam, depois do apparecimento das alterações leproticas.

Não fora a escassez desses elementos, seria licita a conclusão de que a lepra nervosa influe na esterilização das doentes, alem de contribuir para os abortos, á maneira da neurosiphilis.

E a conclusão seria tanto mais para considerar quanto se sabe que, nas outras formas de leprose, taes factos não se verificam, corrente, como é, a perfeita normalidade de todos os periodos puerperaes, como de commum se observa.

A TABES

Ainda que menos frequentes nas mulheres, e mau grado confira uma esterilidade relativa, devida á abolição do appetite genesico e á idade avançada, em que costuma apparecer, a tabes não impossibilita, de todo, a gravidez, que pode evolver normalmente e até desapercibida da gestante, graças á anesthe-sia profunda, que assignala a radiculite posterior.

Responsavel, tambem, pela esterilidade, a siphilis, sempre em fóco, occasiona os abortos e responde pela elevada mortalidade infantil, frequentes na tabes. É interessante, porem, nesse particular, a relação de dependencia entre tabes e treponemose, posta em relevo pelos trabalhos de Mme. Gaussel-Ziegelmann, demonstrando a attenuação da siphilis, depois da apparição dos symptomas da molestia.

Assim que, em mulheres engravidadas antes e após o surto dos phenomenos tabicos, foram encontradas 68 gestantes, das quaes 41 fecundadas antes e 27 depois do inicio da molestia.

Quanto á vitalidade infantil, foi constatada apenas em 29% no periodo pre-tabico, ao passo que o indice subiu a 67%, quando as gestações se desenvolveram depois da molestia installada.

Confirmando esses estudos, Pitres e Millian, attestam que tal melhora dos fructos, corre á conta de uma attenuação da treponemose, consecutiva á eclosão da tabes.

Ha que mencionar, nessa digressão pela neurosiphilis, o curioso detalhe estatistico de H.C. Solomon, de Boston, publicado no "American Journal of Siphilis" de Janeiro de 1926, o qual revela a menor frequencia da neurosiphilis, nas siphilíticas estereis.

Cabe illagir, dessa observação, que a gravidez actua no metabolismo, modificando o terreno e imprimindo ao sistema nervoso, um certo gráo de resistencia á aggressão luetica.

De lado esses conceitos, mais attinentes á siphilis, não parece que a gravidez influencie o recrudescimento da tabes, tanto mais, quanto se tem demonstrado não passarem de simples exagero de symptomas, os casos de aggravação inculcados á prenhez.

Merecem postas em evidencia, certas particularidades da gestação nas tabidas.

Assim, o diagnostico, exigirá sempre um serio exame obstetrico, mascarado que pode ser pela anesthesia e pelas crises vesicaes ou gastricas, communs da tabes e que passarão, facilmente, por disurias ou hipereméses, frequentes na gravidas.

Pelo transtorno que o andar implica, a gravidez pode accentuar a incoordenação motora, o mesmo succedendo com as desordens dos esphincteres, que se poderão tornar mais evidentes.

Attingido o termo da gestação, o trabalho de parto se effectúa normalmente, e sem dôr; á dilatação, em geral, demorada, segue-se o periodo expulsivo, rapido, graças ao relaxamento muscular e não obstante a falta de contracções abdominaes e de auxilio expontaneo da parturiente, prejudicados pela anesthesia e pelo silencio do reflexo perineo-abdominal.

AS MIELITES

À maneira de Claudé, deixaremos de lado as mielites agudas, consecutivas a traumatismos e a compressões prolongadas, aliás raras, para só encararmos aqui as mielites chronicas tuberculosas e as mielites agudas, oriundas de causas geraes quaesquer, toxicas ou infecciosas, podendo sobrevir ao curso de varias molestias infecciosas e de intoxicações differentes.

A mielite, assim comprehendida, tem sido frequentemente observada no puerperio, embora não se tenha sempre podido ligar a sua etiologia directamente a esse estado. Bar, na "Pratique de L'Art des accouchements", refere pensarem alguns autores, que a gestação é capaz de occasionar congestão da medulla, a que estariam presas as hematomielias observadas ao curso da gestação.

A infecção puerperal é susceptivel de determinar mielites agudas, pela actividade toxica ou infecciosa, a que dá logar.

Como causa predisponente, a gestação influencia nas molestias intercurrentes, escarlatina, tippoide, grippe etc., o accomettimento medullar.

A melite tuberculosa pode apparecer no decurso da gravidez, sendo para mencionar o caso de Commandeur, que constatou a apparição brusca da molestia.

Em condições semelhantes ás das paralisias, o trabalho de parto offerece, nas mielites, particularidades dignas de nota. Assim, a sensibilidade dolorosa, que responde ás contracções uterinas, fica consideravelmente embotada, bem como nullo permanece o auxilio que a parturiente costuma offerecer "expressando" á progressão do movel; o parto expontaneo fica, desse modo, difficultado e só a applicação do forceps consegue leval-o ao termo.

A incontinencia de fezes e urina, augmentando a receptividade ás infecções, aggrava, no puerperio, o prognostico das mielites, já de si bastante sombrio.

OS TUMORES DO ENCEPHALO

São de observação rara e poucas vezes têm sido verificado no puerperio. Consoante a contribuição de Bar e Maygrier, esses

humores soffrem uma aggravação rapida, em função da gravidez.

O inicio da gestação corresponde a uma recrudescencia notavel da symptomatologia habitual do tumor.

Assim, os vomitos e as cephealeas rebeldes, passando pelo estrabismo e pelos signaes de neurite optica, accentuam-se até á morte da paciente, sem que o aborto, provocado, possa deter essa marcha accelerada.

Em geral, os tumores do cerebro e do cerebello occasionam a morte subita das gestantes. Cathala, preconiza a cesariana post-mortem, como tentativa de se extrahir a creança viva, si viavel.

AS MENINGITES

Constituem um capitulo interessante na pathologia do puerperio. Estudal-as-emos em dois paragraphos, comprehendendo: a meningite cerebro espinal e metastatica e a meningite tuberculosa.

A meningite cerebro espinal e a metastatica, geralmente devidas ao meningococco de Weickselbaun ou pneumococco de Fränckel, ao gonococco e ao estreptococco, póde intercorrer não só durante a gestação como no posparto. O inicio brusco, com cephaléa rebelde, vomitos e convulsões, attesta, via de regra, a aggressão meningéa, que póde evolver rapidamente para o coma e amorte; como infecção secundaria, outras vezes, póde verificar-se a meningite, consecutiva a pneumonias, grippes, infecções puerperaes etc., podendo apresentar neste caso, uma evolução mais lenta. Alem dos symptomas apontados acima, observam-se calefrios, agitação, hiperesthesia e, principalmente, a febre, que não costuma apparecer precocemente.

Brindeau assignala que as convulsões, comquanto menos intensas e menos generalizadas, são muito proximas ás observadas na eclampsia; esse facto é digno de attenção, em se tratando do diagnostico differencial, principalmente quando as convulsões e o coma são presentes, para enriquecer o quadro eclámptico. O exame das urinas e do liquor, ao lado da hipertensão arterial inexistente, esclarecerá, todavia, qualquer duvida.

No posparto, a bem da respectiva therapeutica, impõe-se ainda o diagnostico differencial, entre a meningite epidemica e a determinada por gonococcus, estreptococcus e outros germes, assíduos na infecção puerperal.

Mais sombrio é o prognostico, em geral, para a mulher que para a creança, podendo esta, muito vez, nascer com vida; assim, a cesariana, mesmo post-mortem, em casos varios, tem conseguido livrar creanças vivas.

A meningite tuberculosa, suscita controversia entre os autores, cujas opiniões se dividem, pela sua maior ou menor frequencia no estadio puerperal.

Molestia chronica, a sua symptomatologia nem sempre offerece uma phisionomia distincta, o que faculta confusões possiveis com os vomitos, a constipação, as cephaléas, phenomenos constantes na gestação; mesmo o apparecimento da agitação e das convulsões, como observaram Bonnaire e Mercier, póde bem estabelecer confusão com a eclampsia, que só as provas da urina e do liquor cephalo-racheano, terão autoridade para dissipar.

No caso de viabilidade do producto, Chambrelent e Demeilin autorizam a solicitação artificial da parturição, desde que se confirme o diagnostico de meningite tuberculosa.

AS TETANIAS

Constituem um sindromo representado por accessos intermitentes, de contracturas e espasmos dolorosos, desenvolvidos principalmente nas extremidades dos membros, com saude geral perfeita e funcções mentaes integras.

É obscura a etiologia dessas tetanias, que podem sobrevir, ora como affecção primitiva e independente, ora em consequencia de complicações gastro intestinaes, molestias infecciosas, intoxicações, etc.

No caso particular das tetanias puerperaes, estão em accordo os autores em ligar a etiologia com os disturbios da gravidez ou da lactação, descobrindo-lhe a causa provavel nos desvios funcionaes da thireoide e outras glandulas endocrinas, o que

leva a suppor que os phenomenos apontados, correm à conta de auto-intoxicação.

Dance, que foi o primeiro a descrever esse estado morbido, por elle denominado de "tetano intermittente" — foi tambem o primeiro a divulgar observações de tetania, em mulheres no periodo da gestação e do aleitamento.

As contracturas são sempre precedidas de cephaléa, fadiga e começam com paresthesias e phenomenos dolorosos das extremidades; é costume surgirem as primeiras manifestações nos membros superiores.

No sentido da flexão dos dedos sobre a palma da mão e do punho sobre o antebraço, o espasmo muscular imprime attitudes características na extremidade, ás vezes identificando-a com a mão de "escrivão", de "parteiro", etc.

É intensa e prolongada a contractura, a ponto de impossibilitar á doente a solicitação expontanea dos extensores, afim de tornar á situação normal a extremidade flexionada; quando se provoca esse movimento passivamente, nota-se tenaz resistencia muscular, tendente a voltar á posição anomala.

Quando são os membros inferiores tambem atingidos, o que não ocorre sinão raramente, constata-se a flexão dos artelhos sobre a planta e o pé immobilizado em **varo-equino**.

Afóra esses casos communs, podem verificar-se, excepcionalmente, formas graves de tetania, com generalizações para os musculos sacro-lombares, da mastigação, da phonação, da deglutição, para os da lingua, da face, etc.; a retenção de urina revela o ataque do esphincter vesical. Nessas eventualidades pode sobrevir a morte por asphixia.

A duração do accesso varia de momentos a horas e até a dias, sendo que uma elevação de temperatura, a 38° e 39°, acompanhada de sudorese e ás vezes de tachicardia continua, faz-se notar, quando a contractura se prolonga.

Evolve a molestia, assim em crises, que se podem reproduzir varias vezes no mesmo dia, ou espaçadas por periodos mais ou menos longos, de dias, semanas ou mezes; é característico o bem estar de que gozam as pacientes, no intervallo dos accessos, bem estar nitido da saúde mais perfeita.

Mau grado essa euphoria exterior, é possível o diagnostico da tetania latente, mediante os phenomenos particulares dos signaes de Trousseau, de Chvostek, d'Erb e de Hoffmann, todos elles denunciadores do estado de hiperexcitabilidade nervosa.

Os signaes de Chvostek e Trousseau, determinam a hiperexcitabilidade mechanica dos nervos, aquelle pela percussão do facial, respondida por uma contractura rapida de todos os musculos da face e este pela constricção do braço ou antebraço, provocando a contractura, fóra dos accessos ou exagerando-a no periodo das crises.

Os phenomenos d'Erb e Hoffmann, traduzem a hiperexcitabilidade electrica dos nervos, provocada pela solicitação motora, sensitiva e sensorial.

As tetanias costumam apparecer na segunda metade da gestação, atacando em geral as multiparas anemicas ou nervosas. Extremamente variavel é a evolução clinica da molestia, que pode terminar antes do parto, ou, como é mais frequente, prolongar-se pelo posparto, especialmente quando a paciente amaamenta.

Via de regra, as tetanias reproduzem-se nas gestações seguintes, com tendencia manifesta para a aggravação progressiva; todavia, são unanimes os autores em negar qualquer influencia prejudicial sobre o curso da prenhez ou sobre a saude da creança.

Toda a vez que a tetania assume gravidade, quer na gestação, quer no aleitamento, é indicada respectivamente, a interrupção da gravidez e da amamentação em proveito da paciente.

A CHORÉA

Estão em accordo os autores europeus, em geral, quando assignam grande frequencia para a choréa das mulheres gravidas; os nossos registos clinicos, todavia, não confirmam essa assiduidade, seja em virtude de tratar-se de molestia dos climas frios e humidos, seja que não tenhamos sinão as formas brandas que, por isso mesmo, não costumam vir á publicidade.

O facto de se não conhecer ainda um virus, a que imputar a etiologia da choréa, não constitue obstaculo á tendencia

actual, que é para consideral-a molestia infecciosa, havendo mesmo neurologistas, como Van Gehuchten, que chegam a attribuir á gestação apenas o papel de causa occasional, predisponente do sistema nervoso, á aggressão infecciosa.

Em que peze a razão etiologica, ha que concordar, entretanto, na relação intima existente entre choréa e gravidez, dada a frequencia com que o aborto e o parto prematuro ou a termo, põem fim aos phenomenos de excitação motora, que definem essa molestia.

Os primeiros mezes da gestação são os em que a choréa costuma apparecer, de preferencia em mulheres jovens e primiparas que, pela infancia, tenham soffrido de rheumatismo articular ou de choréa infantil; observando oito casos de choréa gravidica, Pinard encontrou sete vezes o commemorativo choréico.

A historia, a chlorose, a herança neuropathica, assim como as gestações clandestinas — são outros tantos factores dignos de menção na etiologia da molestia.

A symptomatologia não se distancia muito do quadro geral da "dansa de S. Guido" ou choréa de Sydenham, podendo, no entanto, apresentar duas variantes clinicas, uma branda e outra grave, esta bem mais encontradiça, segundo os autores.

O primeiro caso, propicio quando o rheumatismo se fez presente na historia pregressa da mulher, apresenta uma figura clinica mais desmaiada, com movimentos pouco intensos e limitados á face, a um dos membros etc.

Na forma grave, a choréa offerece um começo brusco, em que a agitação é logo intensa e os movimentos extensos e generalizados; podem sobrevir mesmo desordens mentaes, uma psychose evidente, com depressão nervosa e delirio allucinatorio; a doente é forçada a occupar o leito; a insomnia se installa.

Barnes divulgou alguns casos de cura antes do parto, o que se reputa eventual, por isso que o trabalho da parturição sóe marcar o paroxismo da choréa, cuja regressão habitual se verifica ao depois do delivramento, ou mesmo, raramente, alguns mezes decorridos.

As desordens mentaes, assim como as complicações cardiacas ensombram o prognostico, já de si bem mais ameaçador que o da choréa vulgar; a morte, em percentagens altas, 22% a 30%, é o fecho costumeiro da intercurrentia daquelles accidentes aggravantes (Vinay, Barnes).

A gestação paga pezado tributo á choréa, que, por via das contracções espamodicas do utero, de que é causa (Hand), prejudica a normalidade do seu andar, interrompendo-o em mais da metade dos casos.

A interrupção artificial da gravidez, nos casos de fallencia dos outros recursos therapeuticos, nem sempre consegue o seu intento, porque a doente, esgotada, delirante ou presa de uma lesão cardiaca, offerece um estado fatalmente grave, a ponto de se não poder evitar o desenlace funebre.

A EPILEPSIA

O mal comicial, dos autores antigos, não é absolutamente originario da gravidez. Esta, no dizer de Tolouse e Marchand, expresso na "Gazette des Hopitaux", de Dezembro de 1925, raramente influencia no sentido aggravante, a marcha da epilepsia, como a comprehendem os modernos; até, pelo contrario, tem-se-lhe apontado uma acção suspensiva ou, o que é mais commum, a epilepsia em nada se modifica com a gestação.

Elucidativos nesse particular, são os dados, que colhemos em fontes diversas, unanimes, e que consignam: acção nulla — num quarto de casos (Brand); aggravação noutro quarto, com accessos intensificados e approximados, sub-intrantes, até, com epilogo lethal quasi sempre (Charpentier); finalmente na outra metade, conforme nos ensina Pinard, a verdadeira attenuação, em que os accessos se espaçam e se tornam menos energeticos.

Não é para que confiemos, no entanto, nessas melhoras ephemerhas, quasi sempre limitadas ao só periodo da gestação, por isso que uma observação do mesmo Charpentier nos relata o caso de uma secundipara, morta no oitavo mez de gestação, victima de accessos epilepticos fortissimos, já manifestados na primeira gravidez.

De Paquy, ha um caso semelhante, em que a segunda gestação agravou sobremaneira o mal epileptico, determinando o parto prematuro.

Contrariamente, Toulouse e Marchand, no seu artigo "Puerperalité e Epilepsie", affirmam que a influencia da gravidez sobre a epilepsia é sempre a mesma, isto é, na mesma doente, a symptomatologia epileptica recebe "cachet" identico em todas as gestações. Bar subscreve o mesmo conceito.

A parturição e os seus dias subsequentes mais proximos, ao ver da maioria dos autores, influem favoravelmente na epilepsia, cujos accessos chegam, mesmo, a desaparecer nesse periodo.

A acção do alleitamento não tem sido apontada pelos autores, o que leva a crer na sua nenhuma ascendencia sobre a marcha da molestia.

Algumas vezes, podem surgir accessos epilepticos, ao curso do trabalho de parto, dando logar á confusão com os phenomenos eclampticos; si, no entanto, a anamnése foi bem conduzida, os antecedentes dissiparão a duvida, pois o registo de um commemorativo epileptico afastará virtualmente a hypothese da eclampsia, que, raramente, se desenvolve num terreno epileptico.

Esse capitulo da epilepsia puerperal, ao que parece, é incerto e dubio; as opiniões divergem, ou, quando não, os tratadistas batem, sem cerimonia, nas teclas gastas dos logares communs. A novidade está em escrever cousas incompreensíveis e contradictorias.

Apographemos, para exemplificar, um curto trecho de Toulouse e Marchand, em que a incoherencia procura disfarçar o defficit scientifico: "Quand les accès convulsifs n'ont lieu pendant les grossesses, ou pourrait les attribuer á une irritation réflexe des nerfs de l'uterus (epilepsie reflexe). Mais la plupart de ces cas se raporte á des crises d'eclampsie, puerpérale dont la pathogénie, la symptomatologie, le pronostic, en ce qui concerne la mère et l'enfant, différent sensiblement de ceux de l'épilepsie idiopathique.

"L'épilepsie ne prédispose pas á l'eclampsie.

"On a signalé des observations d'épilepsie faisant suite à des accès d'éclampsie puerpérale. Dans un certain nombre de ne fait que reveiller une épilepsie latente qui a continué à se manifester après l'accouchement. Dans d'autres cas, il s'agit bien d'éclampsie, mais l'état éclamptique se complique d'un état méningé toxi-infectieux qui devient la cause de l'épilepsie, laquelle se manifeste après la grossesse."

CAPITULO III

Desordens psicicas no puerperio

Trataremos neste Capitulo, brevemente, da idiotia, da paralisia geral e da histeria, que incluiremos aqui, não obstante, a consideremos como psicho-neurose, com os autores modernos.

A IDIOTIA

Cabe mencionarmos, antes de tudo, os accidentes da concepção e do parto, como capazes de determinarem a amencia, congenita ou adquirida.

Citam-se os traumatismos, em primeiro lugar, quedas, golpes no abdomen, choques do sistema nervoso, seguidos da reacção uterina (Chaslin, Rousseau); em seguida, as intoxicações (ether, cocaina, alcool, opio), as infecções (siphilis), assim como a prematuridade, as manobras obstetricas, as compressões do cordão, etc., como responsaveis pelo apparecimento da obliteração das faculdades intellectuaes e affectivas nos recém-nascidos. Boumeville inculpa, principalmente, á asphixia do trabalho, na genese da idiotia, pela predisposição, a que dá lugar, ás convulsões e suas consequencias.

Para o lado das funcções genitales, constitue a regra, nos idiotas, o atrazo da puberdade, seguido das perversões sexuaes. Sergent chama a attenção para o facto de mostrar-se nos idiotas completos, o instincto da reproducção bem mais tenaz, que o da conservação, referindo que elles se entregam ao onanismo e ás perversões sexuaes, com tal abandono, que esquecem de todo o desejo de se alimentarem.

São frequentes as anomalias dos órgãos genitales, imperfurção, estenoses da vagina, ausencia de labios, do clitoris, etc.,

entretanto a observação consigna gravidezes normaes nas idiotas, não repercutindo, de modo algum no estado mental dessas doentes.

Burle affirma que a parturição se processa sem dor ou na incompleta inconsciencia das dementes (Bar).

Não se podem separar os desvios anatomicos ou funcçãoes da thireoide, da questão das desordens psychicas. Assim, vamos aqui referir os estudos de Mussey, Plummer e Boothby, de Rochester, publicados no "Journal of the American med. Association", relativo ás complicações da gravidez com o bocio exophthalmico ou adenomatoso, com hyperthireoidismo. Constataram, de começo, os autores, a raridade com que se apresenta a complicação, raridade tanto maior quando se verifica a reunião daquelles estados, que quando se encontram elles separados.

A gravidez pode desenvolver-se perfeitamente na doente de Basedow; assim como, nos casos associados, não se verifica a mortalidade nem materna nem fetal, devida ao disturbio glandular.

Concluem aquelles autores, affirmando que a gravidez não difficulta o tratamento do bocio exophthalmico, bem como o hyperthireoidismo não costuma trazer modificações aos cuidados habitualmente requeridos pela gestação.

Impressionados com o facto de que grande numero de mulheres gravidas apresentam hypertrophia thireoide, sendo que, algumas, podem desenvolver os symptomas do bocio toxico, no anno seguinte ao parto, Carl Henry Davis, de Milwaukee, emprehendeu estudos interessantes sobre os symptomas thireoidianos na gravidez. Transcrevemos, a seguir, da "Revue Neurologique", as conclusões do autor, para não empanal-as com a traducção: "D'après les observations de l'auteur, une femme á thyroide normale ayant ou recevant suffisamment d'iode dans le cours de sa grossesse presentera un taux de métabolisme basal demeurant dans les limites normales; toutefois, á la fin de la grossesse, le chiffre sera légèrement augmenté. Les taux du métabolisme basal nettement supérieur á la normale indiquent une exagération de la fonction thyroïdienne, d'ordinaire de faible degré. Le retour á la normale dans les onze jours qui suivent

la délivrance est la règle. Mais ceci ne signifie pas que l'augmentation antérieure du métabolisme basal n'avait pas de valeur clinique. Ces femmes ayant eu le métabolisme basal augmenté au cours de leur grossesse doivent demeurer ensuite très longtemps sous la surveillance médicale. Beaucoup des hystériques d'autrefois n'étaient sans doute que des personnes à fonction thyroïdienne perturbée.

A PARALISIA GERAL

A meningo-encephalite diffusa tem a sua influencia definida no aparelho genital, traduzida, no começo da molestia, por uma exaltação funcional, que não tarda a cair numa depressão mais e mais profunda, para terminar na impotência absoluta.

Bianchi faz notar esses distúrbios frequentes, para o lado da esfera genital, culminando ou na excitação exagerada ou na impotência coendi.

Pretende, no entanto, Christian, seja a impotência a regra, para assignalar o surto inicial da paralisia de Bayle, conceito que, segundo Regis, não pode ser erigido em doutrina, por isso que, se assim se constata algumas vezes, n'outras e mais numerosas, não costuma faltar o apetite genésico relativo, na altura mesmo de permittir a função reproductiva.

Igualmente, Sergent ensina que não é raro conservarem os doentes a actividade sexual, que podem levar, mesmo, a períodos bem avançados do decurso morbido.

Do que, todavia, não resta a menor duvida, mau grado a frequência da amenorrhéa precoce, determinada pela molestia, no que estão de accordo os autores, é da possibilidade da gestação nas paralíticas geraes, evoluindo mesmo até ao seu termo, sob a mais perfeita normalidade.

Bar vae alem, insinuando que a gestação pode actuar de modo suspensivo, sobre os signaes morbidos da paralisia geral, o que não parece desarrazoado, em que péze a opinião proceda de um obstetra.

Assim, effectivamente, nos leva a crer o papel saliente, que desempenha a siphilis na etiologia da paralisia geral, em que

se bem enquadra o conceito de H. C. Solomon, já para atrás referido.

É bem para notar que, consoante o ensinamento da maioria dos autores, o curso da paralisia geral, variando em virtude da intensidade da intoxicação e da extensão do processo morbido, de um lado e de outro, da resistencia individual, a gravidez — que determina modificações profundas no estado geral, pode influenciar a marcha e a duração da molestia.

A analgesia visceral, que a paralisia de Bayle determina, responde por uma ausencia maior ou menor de dores, no acto da parturição, como consignam diversas observações.

A HISTERIA

É variavel a influencia do puerperio na histeria.

Casos têm sido observados, em que se nota certa melhora dos symptomas histericos, sendo que, segundo Landouzy, esses symptomas podem até desaparecer completamente, ao curso da gravidez, não se tornando a manifestarem novamente sinão no acto da parturição.

Em casos outros, excepçionaes, foi constatada certa aggravação da histeria, em funcção do puerperio, traduzida pela recrudescencia das crises, em intensidade e frequencia, podendo sobrevirem phenomenos de paresia ou paralisia dum membro ou da metade do corpo. Consoante Tarnier, é preciso bem levar em conta essa tendencia mono ou paraplegica da histeria no puerperio, para que se não prejudique o diagnostico, na confusão, possivel, com as desordens por que respondem as lesões organicas do cerebro.

A histeria é capaz de responder, tambem, na gestação, por crises eclamptiformes, tosses espasmodicas e até vomitos incoerciveis.

Podemos relatar, nesse respeito, uma observação pessoal. Tratavamos uma multipara, accomettida de vomitos incoerciveis, já manifestados na gestação anterior. Já da primeira visita, a doente expressou grande interesse por um aborto therapeutico, como unico recurso capaz de afastar-lhe os vomitos. Ao depois

de tentarmos toda a série medicamentosa, sem resultado, por isso mesmo que a aceleração do pulso ia evidenciando a evolução clinica para o segundo periodo, concluimos por acceder ás solicitações da paciente, suggerindo, todavia, a presença de outro collega, que ractificasse a indicação intervencionista.

Tardava, no entanto, o comparecimento do profissional, residente em localidade distante, e isso nos induzia a proseguir nos ensaios medicamentosos.

Uma noite, attendemos, a altas horas, a um chamado dessa cliente, o que fizemos com pouco bom humor, tendo sido com certa rispidez, que lhe administrámos uma injeccão de morphina, exortando-a, quanto á supposta causa histerica dos seus vomitos, que a força de vontade seria capaz de dominar.

Assim procedemos, vale confessar, mais induzido pelo relativo desgosto, que o somno e o cansaço nos impunham, do que pelo proposito de obtermos algum resultado pela persuasão. Foi, pois, com profunda surpresa, que, após um silencio de alguns dias, encontramos a nossa gestante perfeitamente curada dos seus vomitos incoerciveis, a ponto de nos assegurar que devia aquelle exito, não só á injeccão de morphina, como tambem ao facto de ter verificado que a tratavamos com "má vontade".

Doutrina Chambrelent, que se não pode, a priori, determinar a actuação do puerperio numa histerica, a menos que se trate de multipara e isso porque é costume manifestar-se sempre, na mesma histerica, uma influencia invariavel, boa ou má, em todas as gestações.

Quanto á parturição, não parece que influencie de qualquer maneira á histeria. O parto, porem, pode effectuar-se sem dor, tendo-se observado, tambem, casos em que sobrevem accentuada hiperexcitação, acompanhada de gritos incessantes e agudos, capazes até de exigirem a indicação da anesthesia geral.

Cabe tratarmos neste artigo, ainda, de uma modalidade interessante nas relações entre a histeria e o puerperio. Trata-se da "gravidez nervosa", devida, segundo Dejerine, á auto-sugestão, que pode dominar as histericas no sentido da maternidade, desejada ao extremo ou profundamente repellida.

Verifica-se, nessas doentes, o desenvolvimento de uma serie de phenomenos, que completariam o quadro da gestação, si não faltasse a correspondente do utero cheio. Notam-se com effeito, a suppressão das regras, as modificações para o lado dos seios o desenvolvimento do hipogastro, ao lado do conjuncto inteiro das desordens simpathicas, nauseas, vomitos, etc.

Explica Dejerine, em seu livro as "Psiconeuroses", todas essas modificações, verdadeiros signaes da gravidez, como correndo só á conta da autosugestão. Assim, o timpanismo abdominal, função das alterações mais ou menos conscientes da tonicidade parietal, de par com os disturbios simpathicos, francamente suggestivos, e até as modificações organicas dos seios e da menstruação, como directamente representadas "sous l'influence d'une représentation mentale persistente".

Os signaes dessas "gravidezes nervosas" — são tão nítidos, em certas occasiões, que bem podem illudir ao proprio medico, que não esteja ao par dessa possibilidade da histeria.

Mezes atrás, occorrido com uma senhora desta capital, tivemos um caso desses, interessante porque o poder auto-suggestivo chegou, mesmo, a embotar o raciocinio e a experiencia da doente, cuja mentalidade, mediana embora, estava em pleno desencontro com a gestação absurda, nesse caso.

Tratava-se de uma multipara edosa, em silencio gestativo de alguns annos, que nos chamara para dizermos si eram boas as suas condições de gravidez e si poderia esperar que o seu parto, proximo, corresse normalmente.

Essa senhora, de lado o augmento de volume do abdomen, em pleno accordo com a obesidade, não apresentava signal phisico nenhum de gravidez, nem mesmo a suspensão menstrual, visto que as suas regras appareciam com toda a normalidade. E, todavia, foi só á custa de longa e trabalhosa persuasão que pudemos convencer-a da sua gravidez negativa, que os desvios simpathicos ella os sentia todos e até os movimentos fetaes!

Outras vezes, a "gravidez nervosa" vae ao termo e pode mesmo simular um falso trabalho de parto, com dores caracteristicas, etc., faltando somente o desprendimento final!

CAPITULO IV

As psychoses puerperaes

Consagraremos este capitulo, inteiramente, ao estudo das psychoses puerperaes, o qual se nos affigura o mais complexo de todos que até aqui temos tratado.

Ainda que resumidamente, dada a amplitude do thema desta these, procuraremos encarar as questões attinentes ás psychoses, em todas as phases do puerperio, á luz dos modernos conceitos psiquiatricos.

Para methodizar o assumpto, encaral-o-emos em paragrafos distinctos, estudando-o quanto:

- a) — ás suas partes etiologica e pathogenica;
- b) — ás suas formas clinicas;
- c) — ao prognostico e á evolução.

ETIO PATHOGENIA

Si nos ativermos, um pouco, á consideração dos factores etiologicos e pathogenicos, das psychoses puerperaes, para logo nos havemos de surprehender em face da diversidade e da frequencia, com que são encontrados, numa como que concurrencia á disputa do papel mais saliente, na realização de disturbios fundamentaes, que se resumem, em summa na confusão mental e nos estados depressivos.

Degladiavam-se os pathologistas, os alienistas e os obstetras, em discussões, tendentes a esclarecerem a actuação de causas differentes, responsaveis por phenomenos que, tambem offereciam multiplas variantes, na sua interpretação.

Opiniões extremadas, surgiam a cada passo, umas, dando a essas psychoses o simples valor de uma psychopathia desligada do puerperio, outros, relacionando-as com estados degenerativos, finalmente, a hereditariedade, não raramente, era invocada na explicação de taes desordens.

É que, os estudos mentaes de então, não tinham noção precisa e exacto entendimento das manifestações psychopathicas, confundidas em classificações que reuniam, sob a mesma rubrica, alterações e symptomas, os mais diversos.

Foi sómente, ao entrar a psichiatria na nova phase, escudada em observações mais profundas e melhor orientadas, que o conhecimento de certos estados imprimiu nova directiva á perquirição das causas das psychoses puerperaes.

A confusão mental, sinthese de aspectos varios, na sua phenomenalidade, submeteu as psychoses puerperaes ao dominio dos mesmos factores etiologicos dos estados confusionaes. E, em verdade, sempre se nos deparam, congregados ou isolados, nas psychoses da puerperalidade, os agentes etiologicos, vulgares da confusão mental.

Assim é que, o exgottamento, as modificações do psychismo, as infecções, as autointoxicações, hepatica ou gravidica, a eclampsia etc., desempenham funcção apreciavel na realização desses estados.

É bem de ver, que os factores de ordem hereditaria não são a desprezar, mas pelo contrario, devem merecer a attenção de quem se propõe a versar esse capitulo da psichiatria.

Obedecerá o nosso estudo etiopathogenico ao criterio, que reputamos o mais acertado, de nos demorarmos, com particular interesse, no exame dos factores, que maior importancia e mais estreitas relações manifestam com as perturbações psychicas puerperaes. Succinta e tão clara quanto permitta o assumpto, a nossa exposição se desenrolará em torno: da hereditariedade, das auto intoxicações das infecções e das causas psychicas.

A ehreditariedade — Desde Marcé até Castin, as psychoses puerperaes foram tidas como loucuras e vesanias enxertadas num fundo, já trabalhado pela hereditariedade psychopathica, que, nos limites da Psichiatria, constituia a causa das causas de todas as perturbações mentaes.

O puerperio não teria, sinão, uma influencia avivadora, occasional, na eclosão dos disturbios psychicos, de que a predisposição seria a maior responsavel em 9/10 dos casos.

As outras causas acima referidas, só entrariam subsidiariamente como factores occasionaes, e iriam instigar um estado constitucional, levando a installação de psychoses, que nada de particular apresentariam, mas, pelo contrario, seriam as mesmas observadas em periodos differentes da vida.

É para notar que, mesmo fóra de hereditariedade, molestias psychicas podem se desenvolver em individuos não portadores de estigmas psychopathicos, mas a ella cabe, por sem duvida, maior contingente, pois que, mais expõe á acção das causas occasionaes aos que guardam, latente, a predisposição herdada.

Hilftt, no seu registo clinico, encontrou, em 131 formas de psychoses puerperaes, 51 mulheres assignaladas por taras psychopathicas; Marcé nos dá noticia de 24 casos sobre 56, em que a herança esteve em jogo; Esquirol, reuniu, em 28 casos, 17 nas mesmas condições.

Inferese desses exemplos e da observação da maioria dos autores, que, para o apparecimento das psychoses puerperaes, concorrem causas de naturezas diversas, comportando, eschematicamente, uma divisão em: causas ligadas á fragilidade do sistema nervoso (predisposição) e causas accidentaes, que se referem a perturbações variadas do organismo, repercutindo sobre os centros nervosos.

Em mulheres psychopathicas constitucionaes, não raro, occorrem accidentes psychicos, revelados, ou desencadeados ao curso da puerperalidade.

Finalizando, consignemos que a hereditariedade é apontada, em proporção dilatadamente variavel, ora exageradamente elevada ás culminancias de causa unica, ora derrocada a actuação insignificante, dependendo o seu deslocamento, do ponto de vista escolastico, em que se collocam os autores.

As autointoxicações — desempenham um papel notavel na pathologia do puerperio, qualquer que seja a sua origem: hepatica, renal, gastro intestinal, endocrinica ou gravidica.

Embora o valor das autointoxicações oscille, no que respeita ao mecanismo da produção das toxinas, filiadas a fontes diversas, e caracterizando-se por symptomatologia especial, o modo, por que os centros nervosos soffrem a sua acção, não diverge muito nos syndromos toxicos considerados.

O que não deixa pairar duvidas é o facto, observado e controlado, pelas pesquisas clinicas e de laboratorio, de se toparem commumente na base das intoxicações, sejam desvios das funções hepaticas, de que hepatotoxemia gravidica é corollario; sejam intoxicações de origem intestinal que, para Fabre, seriam a origem principal da toxemia eclamptica; sejam estados uremicos, chronicos ou agudos, muita vez responsaveis, no dizer de Pielz, por delirios toxicos; seja a autoxicação gravidica, acompanhada de symptomatologia varia, em que se mostram desde os vomitos simples nos estados convulsivos da eclampsia, até o compromettimento indubitavel do psychismo.

Falha, todavia, o preciso discernimento na directriz a tomar, quando nos propomos a explicar a pathogenia dos accidentes. No emmaranhado das theorias, que se cada vez mais avolumam, ha aspectos interessantes e convidativos, que nos levam a não as desprezar, mas a acatal-as todas, de uma vez.

Infelizmente, a occasião não é opportuna, para dellas nos occuparmos como era do nosso proposito. Ha que mencionar, no entanto, as que, mais modernamente, vêm disputando a primazia na justificação desses phenomenos toxicos. Limitemo-nos á referencia das principaes, justamente, as encontradas na pathogenia da autointoxicação gravidica e que são: a de Marmoru Doi, que procura identificar as alterações toxicas do sangue, no puerperio, ás produzidas pelas molestias infecciosas; para Keiffer, a falta de menstruação daria logar a uma retenção toxica denominada "menorrhemia"; Veit, Behú, Poten, Fieux e cutros, responsabilizam o feto, que enviaria os seus residuos toxicos ao sangue materno; o chorion, finalmente, pelas cellulas sinciciaes, derramaria, na circulação a "sinciciolisina" de Ehrlich, substancia toxica, que iria provocar os accidentes.

As perturbações mentaes do puerperio, reconhecem estreita ligação com a eclampsia, cuja pathogenia é, tambem, controversa, devida ou á autointoxicação gravidica, á insufficiencia hepato renal, á intoxicação intestinal ou a desvios parathireoidianos.

Resume-se o liame entre a eclampsia e as psychoses, a uma toxemia que, de resto, apparece, preponderante, nas associações dos disturbios psychicos no puerperio, já apontados.

A mesma causa toxica pode presidir, no posparto, e na lactação, á alteração dos phenomenos mentaes, de que nos occupamos.

As infecções. — Já em 1888, a Tarnier e Budin não passou despercebida a funcção, saliente, das infecções, na genese das desordens psychicas puerperaes, manifestada já nos accidentes septicemicos declarados, já nas complicações infecciosas, actuando directa ou indirectamente nos centros nervosos.

Assim, a desordem psychica, estaria determinada, ou pela repercussão septico — toxinica, ou pelo acomettimento meningéo ou encephalico, donde se conclue pelo papel altamente dominante, desempenhado, nesse casos, pelas infecções puerperaes.

Accentua Charrin, a possibilidade da eclosão de perturbações psychicas, nas infecções, oriundas, simplesmente, de desequilibrios circulatorios, occasionados pela actuação toxica, no sentido da vaso dilatação ou constricção, responsaveis por anemias ou congestões evidentes na massa cerebral.

Picqué e Privat de Fortunié, puzeram em equação, tambem, as infecções uterinas latentes, que evoluem sempre em silencio, mas fazem sentir a sua acção sobre o psychismo, provocando estados depressivos ou confusionaes tardios, mais ou menos distanciados da parturição.

x x x

Factores psychicos — Mau grado, incapazes de determinarem desordens mentaes por si sós, isto é, isolados da predisposição hereditaria ou adquirida, atravez das causas para atraz invocadas, os factores psychicos concorrem, incontestavelmente, com uma quota digna de registo, para a genese daquelles disturbios.

Esses factores podem actuar mediante causas intellectuaes ou moraes. Dentre as primeiras, é o exgottamento nervoso, que sobresáhe, traduzindo, aliás, pela repercussão lenta e repetida

no metabolismo, a autointoxicação, de que já cogitámos. É costume attribuir-se, tambem, um valor exagerado ás causas moraes, entregando-se ás paixões o papel dominante em certas desordens mentaes, quando apenas reflectem, ás vezes, nada mais do que manifestações resultantes do estado morbido, já presente. Foi por isso, talvez, que, na "Familia neuropata" consignou Fére: "um individuo não fica louco de amor sinão quando elle já possui um amor louco".

Ao lado das paixões, no entanto, alinham-se a sugestão, a emoção e o isolamento, que gera a melancholia, como capazes de contribuir para o apparecimento dos disturbios mentaes.

Quanto aos ultimos, ao que parece, o seu valor é discutivel, dado o facto de soffrerem, de ordinario, o influxo da predisposição, para o seu maior ou menor desenvolvimento.

Resta a emoção, em que resalvaremos, tambem, a influencia hereditaria, caracterizando os "hipermotivos constitucionaes" de Dupré, como factor psychico de maior importancia; dentre 1020 casos de psychoses puerperaes, Ivanoff distinguio 357, determinados por causas emotivas.

Sem irmos ao extremo de consagrar-lhe um papel, assim, definitivo, não podemos negar, entretanto, um concurso de apreciar, que se patenteia no positivo reflexo que as emoções determinam em varias dependencias do organismo e de que são expressão mais activa e notavel, os desvios circulatorios (anemias e hiperemias), as modificações para o lado da funcção urinaria (poliuria, incontinencia esphincteriana) e respiratoria e, finalmente, as alterações do trabalho do coração, de que já Descartes tinha conhecimento.

O metabolismo, em última analyse, receberá a influencia desses desvios funcçionaes varios, que a intensidade, no choque, ou a repetição frequente, consolidarão na inferioridade organica, propicia á eclosão dos disturbios mentaes.

FORMAS CLINICAS

As classificações clinicas assentam, de ordinario, na chronologia das phases puerperaes, relacionando as desordens psychicas á gravidez, ao posparto e á lactação (Regis).

Não obstante variem realmente, nos detalhes symptomáticos, com a época da eclosão e, talvez por isso mesmo, com a predominância de uma ou outra causa, as psychoses puerperales apresentam um tipo clinico, sempre manifesto, na confusão mental.

Com Porot, pois, preferiremos encarar os varios syndromos psychicos, occorrentes em qualquer phase da puerperalidade, focalizando a respectiva figura symptomatica. Estudaremos, assim, os **accidentes banaes**, os **estados constitucionales mobilizados pelo puerperio** e as **psychoses puerperales propriamente ditas**.

Os accidentes banaes — apresentam o quadro clinico da confusão mental asthenica ou toxica. São de um lado, nada mais nada menos do que as bizarras da mulher grávida, as alterações do humor e do character, os desejos e os actos impulsivos; de outro, verdadeiros desvios psychicos de origem autotoxica, correndo á conta, ora da eclampsia, na gestação; ora, do esgotamento, determinado pela parturição penosa, ou hemorrágica; ora, finalmente, da inferioridade organica na lactação.

Porot relata o caso de uma jovem, gestante do 4.º mez, a qual, inopidamente, fugiu de casa um bello dia, vindo accorder na manhã seguinte, surprehendida, por achar-se no hospital e incapaz de recordar o que occorrera durante a fuga.

Bem assim, R. M. Ziman, contribuindo para o estudo da psychose post-eclamptica, menciona que, em vinte e um casos de psychose puerperal, nove vezes, a eclampsia esteve em causa sendo que, nesses casos, a cura sobreveio completa e sem deixar traços da sua duração curta. Davam esses casos, a impressão de que a eclosão fosse determinada por uma hereditariedade psychopathica e uma constituição neuropathica, por isso que apresentavam sempre um estado delirante agudo, differente dos que se observam nas psychoses infecciosas. Dominavam as perturbações psychicas, um accentuado torpor e allucinações kaleidoscópicas (*Journal Névropatologhii y psychiatrii irmeni S. S. Korsakova* — in *Revue Neurologique*).

Nos posparto, podem verificar-se certos estados depressivos, outras vezes delirios passageiros, via de regra, com ten-

dencia para cura rapida, que se segue á remoção da causa toxica ou á reabilitação organica.

X X X

Estados constitucionaes mobilizados pelo puerperio. — Trata-se de doentes, portadoras de taras pathologicas latentes, ou periodicas em que a puerperalidade pode determinar a eclosão das desordens psychicas; outras vezes, são periodicas, melancolicas ou maniacas, nas quaes cada gravidez faz deflagrar a psychose.

É interessante a observação de C. Popa Radu, em que a psychose puerperal sobrevinha, periodicamente, ao depois de cada parturição, o que levou o autor a admitir uma relação entre esses disturbios psychicos e uma disfunção thiro-ovariana.

Montgomery refere, igualmente, o caso de uma senhora, em que, a psychose se manifestou, periodicamente, no decorrer de oito gestações.

Além disso, particularmente a gestação, é capaz de accentuar desvios psychicos varios, nas "ciumentas", nas "imaginativas", nas "misticas", em que podem intervir delirios prolongados. Bem assim, a "kleptomania", sopitada, e que a gravidez accorda, o que constitue, aliás, conceito vulgar, sabendo-se que muitas mulheres, surprehendidas no furto, procuram logo invocar a attenuante gravidica, muita vez inexistente.

X X X

Psychoses puerperaes propriamente ditas. — São as desordens psychicas mais importantes e mais frequentes no puerperio e respondem, geralmente, ao accomettimento toxi-infeccioso. Surgem commumente aos primeiros dias do posparto, com aspecto agudo, em que o delirio dá alarme, ou seguem aos estados depressivos, nas eclosões tardias, mas exhibindo, sempre o estigma da confusão mental, expresso pela incoordenação de idéas, pelo deslocamento no tempo e no espaço, e acompanhado pelo delirio onirico, nas mais das vezes.

O primeiro caso comprehende a psychose precoce, função immediata do processo infeccioso, em que a confusão mental reconhece quatro tipos: o asthenico, o estupido, o allucinatorio e o do delirio agudo.

A depressão relativa, marca o tipo asthenico; ha uma como que preguiça-psichica, que peia a funcção de relação: a doente se abstrahê ao meio ambiente e evita as perguntas que se lhe dirigem; o choro é abundante, como se as lagrimas lhe attenuassem a dôr, causada pelas idéas lugubres, que lhe povoam o cerebro. A indifferença embota a affectividade e a memoria perde o controle da intelligencia, relegando as impressões mais caras e fixando os factos mais banaes. Si a confusão regride e a saúde retorna, a memoria sepulta o abalo das idéas.

Na confusão estúpida, a depressão é total, a intensa intoxicação do sangue, determina a inibição da funcção nervosa. É profunda a desorientação; a abulia isola a doente e o mutismo parece central-a, como si o cahos lhe estivesse ao redor. Os pensamentos se transtornam e a intelligencia se apaga; a capacidade psichica se anulla: é a estupidez absoluta.

O tipo allucinatorio — inflamma a actividade cerebral, manifestada pelo trabalho desordenado das idéas e pela excitação motora. A illusão e a allucinação disvirtuam a noção do meio; a memoria se altera e o delirio onirico domina a doente. De começo, o sonho que gera o despertar sobresaltado; ao depois, o delirio que se estende pela vigilia, e cujo terror a doente estampa na phisionomia, retratando a indifferença, a duvida, o espanto, o medo. Surgem as perturbações visuaes e auditivas; as scenas tristes ou revoltantes, que se repetem; as vozes da perseguição, que murmuram sem cessar. A doente apresenta variações do humor, em alternativas de exaltada euphoria e depressão angustiosa. O alimento é recusado e o defficit alimentar apressa a evolução clinica, que attinge ao paroxismo em poucos dias.

O delirio agudo — a que tambem chamou Regis "confusão mental meningitica" — incorpora, alem do delirio onirico, mais accusado e da dismenésia, a confabulação, a desigualdade pupillar e a agitação violenta. Accentuam-se os symptomas geraes, pela elevação thermica e pela disphigmia consideraveis.

A agitação pode degenerar em convulsões; exaltam-se os reflexos e os emmuntorios, todos, baqueiam na meiopragia grave.

A oliguria maior, responde ao mais intenso accomettimento da psychose puerperal (Regis).

É a forma mais temivel da molestia, a que, geralmente, a morte põe um termo breve.

Ao depois de semanas ou de mezes, decorridos da parturição, surgem as formas da psychose puerperal, oriundas, muita vez, da infecção uterina latente e falsamente attribuidas ao deficit do aleitamento. Os traços da melancholia desenhm as características dessas formas; é a inquietude, a tristeza, a dôr íntima, que não despertam o devido interesse e que, quando se menos espera, conduzem ao impulso alarmante: o infanticidio, o suicidio, as tentativas assassinas, etc.

Essa melancolia, pode bem comportar, outras vezes, quadros mais ou menos apagados, em que mal se desenhm a insomnia, a inappetencia, os delirios vagos de perseguição, os ciúmes, e que, num instante, ex-abrupto, deflagram a allucinação intensa e a agitação motora violenta, que traduzem a psychose grave.

Os fluores brancos, que exteriorizam a endometrite silenciosa, acompanham sempre esses estados melancolicos puerperaes, em que Picqué descobriu a latencia ameaçadora.

Vae transcripta a observação de Porot, bastante eloquente, porque bem define a gravidade dessa forma tardia e traiçoeira da psychose puerperal: "Une de nos malades, de 35 ans, accouche au mois d'Avril dans des conditions laborieuses (forceps). Au mois de mai, elle commence á présenter de la tristesse et des troubles du caractère; elle s'irrite facilmnt, a des altercations fréquentes avec sa famille, chacun de ses accès éfant suivi d'une crise de larmes et de grandes demonstrations de regret. Son mari l'emmene au début d'aout faire un voyage en Suisse. A peine arrivée á l'hotel, elle manifeste des idées le persecution; elle voit des espions partout; on la ramène sur l'Afrique du Nord; á Marseille, elle commence á designer ses persecuteurs; sur le bateau, elle accuse de violentes céphalées, puis présente des signes d'excitation désordonnée; au débarquement, elle refuse de reconnaître son enfant. On l'hospitalise: elle est complètement désorientée, hallucinée, fait des fausses reconnaissances; l'agitation croit sans cesse; lá fièvre s'allume,

des métrorrhagies apparaissent le cinquième jour, et subitement éclate un tableau de peritonite aiguë avec météorisme et vomissements, en même temps qu'explose un délire aigu violent; au dixième jour, la malade succombe en hyperthermie avec 42°6. Cette femme avait gardé des perts blanches continues depuis son accouchement".

PROGNOSTICO

É bom o prognostico, na maioria dos casos de psicoses puerperaes, dependendo sempre dos antecedentes, do estado constitucional da doente e do estado organico sub-jacente (Porot). Não se pode negar a importancia consideravel, que apresenta o factor hereditariedade na evolução clinica de uma psychose, assim como no seu prognostico.

Si a predisposição congenita é forte, a cura pode sobrevir, mas, nem sempre estará a paciente livre das reincidencias, cuja frequencia vae gravando a marca dos reliquats, mas ou menos apreciaveis.

Bem melhor e definido é o prognostico, quando não entra em litigio um estado constitucional e que a psychose reconhece apenas por causa os factores toxi-infecciosos. Em cerca de 80%, a cura é prompta e definitiva, seguindo-se ao banimento dos factores etiologicos, nessas formas agudas e precoces (Savage, Achaffenburg).

Esquirol, em 92 casos, obteve 55 curas; Marcé em 26. consignou 20 vezes a cura completa; Robert Bloyd, constatou cura definitiva 48 vezes em 63 casos.

Mais reservado, todavia, é o prognostico, nas formas tardias, em que a intensidade e o inesperado do surto, trahem os cuidados e o tratamento precoce. Essas formas, alem de rebeldes, costumam deixar, sempre, curas incompletas, estigmatizadas pelas sequelas da confusão mental, sempre promptas, á menor solicitação, a evolverem para o delirio agudo. A persistencia do estado confusional, pode gerar a demencia precoce. a que chamou Regis "confusão mental chronica, assim como o onirismo allucinatorio prolongado, é capaz de degenerar nos delirios chronicos.

A sensibilização, nos moldes de uma verdadeira anafilaxia cerebral (Lépine), imprime, em geral nas doentes, a receptividade accentuada á solicitação dos novos puerperios ou dos accometimentos toxicos ou infecciosos quaesquer.

Ha que apontar ainda, nesse respeito, o papel altamente notavel, que desempenham os cuidados prophylacticos, da gestação, do parto e do posparto, na manutenção da saude mental das puerperas. A higiene da gravidez, a asepsia da parturição, ou o tratamento opportuno dos estados infecciosos e hemorrhagicos e, bem assim, das anemias progressivas, que o alleitamento pode determinar, tudo isso fará diminuir em proporções consideraveis, as desordens psicicas no puerperio.

BIBLIOGRAPHIA

- A. DE MORAES — Propedeutica Obstetrica.
- A. GILBERT — Maladies des nerfs peripheriques et du sympathique.
- A. HESNARD — Les psychoses et les frontieres de la folie.
- A. RÉGIS — Précis de psychiatrie.
- A. RIBEMONT — DESSAIGNES — Traité d'Obstétrique.
- A. DE SENNA FIGUEIREDO — O reflexo oculo-cardiaco na confusão mental (these).
- A. VAN GEUCHTEN — Les Maladies Nerveuses.
- A. AUSTREGÉSILO — Rizo-patias leposas-in. A. Paranaenses de Medicina. Dez. de 1926.
- A. PACHECO E SILVA — Contribuição para o estudo do espirochéta pallidum no cortex cerebral dos paralyticos geraes — in Memorias do Hospicio de Juquery. 1924.
- A. PACHECO E SILVA — Espirochétose dos centros nervosos — in Memorias do Hospicio de Juquery. 1926-1927.
- CARLO CENI — Cervello e funzione materne.
- CLAUDÉ — Maladies du système nerveux.
- C. POPA RADU — Sur un cas de psychose puerperale périodique — in Revue Neurologique — Dec., 1926.
- C. I. URECHIA — Paralysie sciatique dissociée, après un accouchement dystocique — in Revue Neurologique — Mai, 1926.
- DEJÉRINE — Les manifestations fonctionelles des Psychonevroses.
- EMILE SERGENT — Psychiatrie.
- ED. TOULOUSE-M. MARCHAND — Puerperalité et épilepsie — in Revue Neurologique. Mars. 1926.
- FABRE — Précis d'Obstetrique.
- HENRI ROGER — Diagnostic et Traitement des Sciatiques.
- H. C. SOLOMON — Les grossesses comme facteur actif pour la prevention de la syphilis nerveuse — in Revue Neurologique.
- GEORGES GUILLAIN ET P. SCHMITE — Para-osteo-arthropathies des membres inferieurs dans un cas de polyneurite de longue durée, consecutive á une infection puerperale — in Revue Neurologique. Mai, 1927.
- JULIO DE MATTOS — Os alienados nos tribunaes.
- LEVY VALENSI — Précis de Psychiatrie.
- LEONARDO BIANCHI — Trattato de Psychiatria.

LIEPMANN — Clinica Obstetrica.

LOMBROSO — La donna delinquente.

LOUIS DE SOUZA AGUIAR — Da Psychose Puerperal (These).

O. SCHOEDER — Trattato di Ostetricia.

PANCOT — Mort in utero dun anencephale — in Revue Neurologique. Fev. 1926.

PAUL BAR — La Pratique de l'Art. des Accouchements.

P. MARIE — La Pratique Neurologique.

RENÉ CHARON — La Psychiatrie en clientèle.

R. M. ZIMAN — Contribution á la question des psychoses post-eclamptiques — in Revue Neurologique. Dec. 1926.

ROXO (H.) — Manual de Psychiatria.

ROBERTO BING — Les maladies nerveuses en 30 leçons.

Dr. ERASTO GAERTNER
Docente livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade
de Medicina do Paraná

Reflexões em torno da infecção puerperal e da drenagem tubular metálica

**Thése de concurso á cathedra de
Obstetricia, apresentada á Facul-
dade de Medicina do Paraná.**

Officinas da "Empreza Graphica Paranaense"
PLACIDO E SILVA & CIA. LTDA.
CURITYBA
1929

DUAS PALAVRAS

É nosso o dever de justificarmos, ainda que brevemente, a preferencia que demos ao assumpto presente para a escolha desta these.

Não se trata, positivamente, de um thema novo e essa preocupação não a tivemos ao iniciarmos a composição deste ensaio.

Guardamos, todavia, latentes, indeleveis, as impressões, que ficaram, do nosso curso e do nosso estagio na Maternidade de Laranjeiras, onde sentimos bem de perto, o entusiasmo da moderna escola obstetrica que Fernando Magalhães inaugurou, no seu ingresso á Faculdade, para derruir com a rotina e sacudir com os processos archaicos, que tolhiam o esforço e sopitavam o progresso da nossa obstetricia.

Esse commettimento, fel-o de um impeto o mestre eminente, entrando de seguida, a golpes de audacia e dynamismo fecundos, no mistér de erigir a sciencia nova, monumento grandioso hoje, em que a solidez das doutrinas rivaliza com a arte pura da propria forma irradiadora.

Daquellas, a que mais attrahe, pelo fundo scientifico e a que mais conforta, pelos resultados que a pratica consigna é, sem duvida, a que escuda o tratamento da febre puerperal na drenagem tubular metallica.

E, vale confessar, tão grande foi o poder transmissor do mestre, que deixámos a escola como partidarista apaixonado do processo, que elle foi o primeiro a lançar em nossa terra e o primeiro a expor scientificamente o seu mechanismo de acção — e tambem como extremado adversario dos outros methodos, já condemnados, aliás, pelo ostracismo a que foram votados.

Nesse estado de espirito, voluntario consciente da moderna escola, foi que retornamos ao Estado natal, não antes de termos

longamente exercitado a clinica em outras terras, onde a experiencia foi assidua e confortante, sempre que nos utilizámos dos ensinamentos preciosos, antes colhidos no curso da Maternidade.

Assim, profundamente estranho foi que constatámos aqui a diminuta vulgarização da drenagem, imperdoavelmente relegada pelo uso dos antigos methodos. Impressionou-nos, ainda mais, o sabermos de uma tentativa de divulgação, partida de ardoroso collega patricio, a qual recebeu carga cerrada no seio da nossa Sociedade de Medicina, não conseguindo armar a consagração unanime a que fazia e faz jús.

A justificativa unica para esses factos estaria fatalmente ligada ou ao desconhecimento completo do processo ou a positivo vicio na execução da respectiva technica.

Dahi, simplesmente, a nossa investida na seára, para collimar dois objectivos — a homenagem da nossa sincera gratidão ao que, tão bem, nos gravou no subjectivo o conhecimento e o amor á lucta; a contribuição nossa, modesta mas esforçada, para a divulgação do tratamento ideal da infecção puerperal.

CAPITULO I

História e etiologia

Entende-se sob a designação de "infecção puerperal", o conjunto morbido que se installa no posparto ou no posaborto, tendo como ponto de partida a infecção da ferida placentar.

Para os outros processos infecciosos, capazes de toldarem a evolução normal do posparto e oriundos do trabalho da parturição, preferiu Fernando Magalhães, o expoente maximo da obstetricia brasileira, o rotulo de infecções obstetricas.

Bem estudada por Hippocrates, que lhe traçou o primeiro esboço clinico, data o conhecimento da infecção puerperal de ha mais de 2.000 annos, tendo-lhe sido, então, invocada como origem a suppresão dos lochios.

Tomava-se o effeito pela causa e esse conceito erroneo perdurou atravez os tempos, sustentado por Galleno, Avicennes, Albucasis, Ambrosio Paré, Sennert, Sydenham e outros, até o seculo XVII, quando outras theorias lhe foram sendo attribuidas, inclusive a da metastase lactea. Acredita-se, assim, que o leite determinava a febre, espalhando-se por todo o organismo e eliminando-se pelo utero, sob a forma de lochios purulentos.

Sustentaram essa theoria, Puzos, Sevret, Leroy, Sedilliot e outros.

Plater, ao lado dessa doutrina, emittiu tambem o conceito de que a localização unica da infecção fosse no utero, sendo acompanhado por Hoffmann, Sauvages e Burton (1537-1768).

Essa constituiu a "theoria anatomica" da infecção puerperal e que, com o desenvolvimento da anatomia pathologica, melhor se definiu como processo infeccioso das veias e dos lymphaticos uterinos, doutrina defendida ardorosamente por Cruvellier.

Outros partidarios dessa theoria anatomica encontraram no peritoneo a séde inicial do processo, allegando não passarem de méra complicação as lesões uterinas.

A opposição das duas doutrinas — uterina e peritoneal — não persistiu, todavia, que a affinidade pathologica se incumbiu de fundil-as em uma só, a da metro-peritonite.

Foi Semmellweiss, chefe da clinica obstetrica em Vienna (1849) o primeiro a enxergar claro nas brumas da febre puerperal; impressionou-o a infecção provavel das parturientes pelos dedos das parteiras, dos medicos e estudantes e de tal maneira sustentou a contagiosidade, que chegou a pregar os cuidados antisepticos como capazes de evitarem a infecção.

A prophylaxia executada por Semmelweiss reduziu em seu serviço a mortalidade por infecção puerperal de 9,05% em 1846 para 1,27 em 1868.

Em 1858, Trusseau ensaia outro passo na etiologia, comparando a infecção puerperal aos accidentes infecciosos da cirurgia.

Com os progressos da bacteriologia e os trabalhos de Pasteur, surgem em 1879 o principal agente da febre puerperal, com a descoberta de um estreptococco identico ao da erisipela. Veio então o periodo da pluralidade da infecção, sob um unico agente microbiano, contra o que se insurgiu Doléris, em 1880, para defender o polimicrobismo.

E dessa epoca em diante, com a multiplicação das pesquisas, outros germes foram encontrados, taes os gonococcos, os estaphilococcos, os colibacillos, além dos anaerobios, capazes de provocarem os mesmos accidentes do puerperio que os determinados pelo estreptococco, consoante o affirmaram, primeiro Krönig e Döderlein e depois Schlotmuller, Gotel e outros.

Não obstante esteja, no estado actual dos nossos conhecimentos, de todo excluido o conceito da especificidade de um ou mais germes da infecção puerperal, é opportuno sejam ligeiramente mencionados os innumerados microorganismos capazes de serem encontrados nas varias formas da molestia.

O estreptococco piogeno — é o germe que mais commumente responde pela febre puerperal. Agindo só ou associado a

outros piogenos ou anaerobios, a sua virulencia pode apresentar gradações variadissimas, de sorte a facultar-lhe um papel definido em todas as modalidades clinicas do puerperio febril — da mais simples infecção ás septicemias mais graves.

O **estaphilococco** — se apresenta com frequencia nas rupturas vulvo-vaginaes infectadas e a sua presença nas feridas placentares, comquanto demonstrada pelos casos de Max Schüller, Brieger, Gärtner e outros, foi posta em duvida por Krönig. Esse autor sómente em 1900, no Congresso de Paris, resolveu admittir a estaphilococcia puerperal, hoje fartamente documentada e fóra de contestação.

O **coli-bacillo** — assim como os varios microorganismos do grupo do tippo, são tambem capazes de determinarem a infecção do puerperio, quer sós, quer associados aos outros piogenos; a visinhança do anus, responde pela frequencia com que póde apparecer nos lochios. Agente habitual de piélonephrites e infecções intestinaes varias, accidentes frequentes na gravidez é positiva a sua co-participação nas febres puerperaes.

O **gonococco** — tem um papel de summa importancia na febre puerperal, largamente justificado pela sua extraordinaria frequencia, no apparelho genito-urinario da mulher. A gonococcia, além de preparar um terreno optimo para a invasão de outros germes, é susceptivel ainda de ter a sua virulencia altamente exaltada pela gravidez ou pelo parto, de modo a ficar em condições favoraveis para determinar não só infecções localizadas ao endo e parametrio, como processos propagados, peritonites, piohemias, etc.

As septicemias, com metastases graves, são accidentes tambem imputados á gonococcia. É eloquente o caso relatado por Harris e Dabneys, em que sobreveio a morte no 26.º dia do posparto, occasionada por septicemia e endocardite gonococcicas.

Muitos outros aerobios, afora os acima apontados por mais frequentes, são capazes de responderem pela origem de phenomenos infecciosos puerperaes.

São elles: — o pneumobacillo de Friedländer, o pneumococco de Fränkel, o bacillo de Loeffler, o micrococco de Wei-

chselbaum, o bacillo da septicemia hemorrhagica, o micrococcus tetrigenus albus, o estreptococcus vaginitis, etc.

Os **Anaerobios** — em especies varias, atravez os estudos dos ultimos annos, vêm crescendo de importancia na genese da infecção puerperal. Casos diversos de endometrites em puerperas, determinados por anaerobios foram primeiro relatados por Krönig, que mais tarde tambem se incumbiu de demonstrar a responsabilidade dos anaerobios, mesmo na origem das septicemias puerperaes.

Os estudos de Mouchotte e Jeannin confirmaram aquelles assertos.

Dentre os diversos anaerobios aptos para intervirem na infecção, destácam-se os seguintes: — o estaphilococcus parvulus, o estreptococcus anaerobius, o micrococcus tetrigenus anaerobius, o bacillus nebolosus, o fusiformis, o ramosus e outros; convém salientado entre esses o bacillus perfringens, que assume um papel tão importante quanto o do estreptococco, notadamente nos casos de retenções placentares; é o agente eleito das phisiometrias e septicemias.

Considera-se como excepcional a presença de um unico germe na infecção do puerperio o que vale dizer que a regra é a infecção polimicrobiana. E mais, esse polimicrobismo será quasi sempre mixto, isto é, aero-anaerobio, de modo que as especies tendem para as associações, para o ataque combinado.

CAPITULO II

Pathogenia — Auto e Hetero infecção

Está perfeitamente estabelecido, á luz da sciencia moderna, um duplo mecanismo de contaminação na febre puerperal: — ou os germes actuautes foram trazidos do exterior ou já se encontravam elles no organismo da mulher e galgaram o terreno propicio atravez um trajecto mais ou menos longo. Trata-se no primeiro caso da hetero-infecção e no segundo da auto-infecção, melhor ainda de infecções auto ou hetero geneticas.

A origem hetero-genetica da febre puerperal constitue doutrina firmada, desde a divulgação dos trabalhos de Semellweiss, como já para atraz o dissemos e o confirmam os resultados que se até hoje vêm colhendo com a adopção sistematica da prophylaxia, creada desde 1847 pelo grande parteiro viennense.

Vehicula-se o germe estranho, pelos dedos ou pelos instrumentos do parteiro, pelas vestes ou tampões pouco asseados; pelas canulas e pelas sondas já servidas para infectadas e que não soffreram a esterilização necessaria; e até pelos circumstantes mal avisados, portadores de germes.

É eloquente, nesse sentido, a observação de Fernando Magalhães: "Uma joven primigesta, sem infecção vaginal teve um trabalho de parto normal, rapido, sem complicação alguma, sem dilaceração de qualquer tecido, apenas tocada uma vez por dedo enluvado, e um delivramento espontaneo e completo. O puerperio foi nos seus primeiros dias perfeito, mas do setimo em diante manifestou-se uma gravissima septicemia, iniciada por uma vasta lymphangite thoracica de origem mamaria e que terminou pela morte. Nada explicava desastre tão inesperado e só a investigação cuidadosa conseguiu descobrir que uma creada encarregada de lavar as roupas da puerpera e do recém-nascido, tinha em uma das pernas uma ferida infecta e erysipelatosa:

por esta forma se infeccionará a paciente a despeito dos cuidados que teve no momento da parturição”.

A questão do toque assume, também, hoje, as proporções de um capítulo relevante no mecanismo do contágio da infecção puerperal; a lavagem das mãos, ainda que feita sob os rigores do uso do sabão, da escova e dos desinfectantes habituaes, não é sufficiente para assegurar um toque aseptico.

Desde que os dedos mantiveram contacto com o puz, notadamente o proveniente de panarícios, fleimões, osteomielites agudas, etc., deverão abster-se de tocar em parturientes ou recém-paridas, pelo menos no espaço de 72 horas, sob pena de uma contaminação inevitavel. O uso incondiccional das luvas de borracha, hoje bastante vulgarizadas, constitue a melhor garantia contra esse risco dos contactos septicos.

Controversias as mais acirradas alicerçaram solida base para a auto-infecção.

A questão se resume na possibilidade, ao nosso ver, fartamente documentada, de invadirem o utero cheio ou de pouco esvasiado, germes existentes quer no proprio tracto genital, quer em pontos outros do organismo.

A vagina e a vulva constituem séde franca e frequente de germes de toda ordem, pathogenos ou saprophitos, verdade incontestavel que vem desde 1888, quando Winter já descrevia 27 especies, presentes em 50% de suas pesquisas.

Outros pesquisadores têm encontrado até o vibrião septico, o bacillo tetanico e o piocianico.

E, comquanto a presença do estreptococco, maior responsavel pela infecção tenha sido constada em 35% das gestantes, as pesquisas feitas no Rio de Janeiro em 1500 casos, encontraram mil vezes o gonococco a pullular na vagina das grávidas!

Além dessa flora quasi habitual, si assim é permittido dizer, a vizinhança dos órgãos genitales a estes assegura também uma contaminação constante. As urethrites, as cistites e pielites os expõem ao contacto permanente de gonococcos, colibacillos, estaphilococcos, estreptococcos e anaerobios; o tracto digestivo inferior individualiza, igualmente, outra fonte inevitavel de perigosa contaminação microbiana.

Esses hospedes indesejaveis podem ingressar na matriz espontaneamente, ora pela má involução, mantenedora do canal escancarado, ora pela pendulação na vagina de retalhos membranosos fixos no endometrio, já atravez lacerações da portio, já finalmente, attrahidos pela retenção placentaria.

Artificialmente, a migração é assegurada quer pelo dedo, aseptico ou enluvado, quer pelo instrumento, mesmo esterilizado, os quaes atravessam vulva e vagina, afim de actuarem intra utero, para onde acarretam os microorganismos.

Os germes de localização extra genital tambem podem atingir aquellas vias, já levados pelas proprias mãos da paciente, vehiculadoras do puz existente em lesões externas (panaricios, forunculos, abcessos do seio, etc.), ora diffundidos nas aguas dos banhos, que se infiltram na vagina; quer migrando pelas vias vasculares das adherencias peritoneaes, nas annexites, nas appendicites, etc.

O terreno, ao lado do germe, tem importancia saliente na genese da febre puerperal. As pesquisas executadas no fluxo vaginal, constataam uma relação definida entre a constituição chimica da secreção e o valor da respectiva flora microbiana, assim, a acidez daquelle corresponde sempre á ausencia de germes, ao passo que a contaminação positiva, responde por uma reacção alcalina ou neutra, consoante o attestaram os estudos emprehendidos nos serviços do professor Magalhães. As alterações desse terreno limitado, bem como a presença de elementos outros, placenta, membranas, fetos macerados, coagulos, etc., figuram materiaes capazes de garantirem vitalidade aos microorganismos que a não possuam, tanto quanto as erosões, as feridas obstetricais, as associações, podem facultar-lhes a virulencia necessaria para o ataque nefasto.

No terreno organismo, as alterações que a gravidez normal determina e que a parturição aggrava, são outras tantas condições favorecedoras da excitação do poder destruidor dos germes.

Sem alludir á hiperglicemia e á desmineralização, phenomenos ligados intimamente á phisiologia da "doença dos nove mezes", os desvios da gestação como os da parturição, representam outras mais causas de diminuição da resistencia e de exposição ao ataque morbido.

Não fôra bastante tudo isso, que erige em verdade theorica a auto-infecção e a experimentação abundante ahi estaria para sustental-a.

Ha já perto de trinta annos que "Ahlfeld divulgou vinte e tres casos de morte por infecção, sem que no parto tivesse havido manipulação de qualquer natureza; Pankow verificou a infecção doze vezes em 114 mulheres primiparas não manipuladas e encontrou 21 casos em 338 multiparas nas mesmas condições; por sua vez affirma a existencia de uma infecção espontanea mortal após parto complicado por ter verificado dous casos dessa natureza".

(CAPITULO III

Modalidades clinicas — Simptomatologia

Tentativas multiplas, tendentes a estabelecerem uma correlação definida entre as formas clinicas e os agentes etiológicos, falharam totalmente, á vista do polimicrobismo, via de regra, reinante na febre puerperal.

É razoavel, por isso, a subordinação clinica aos factos da Anatomia e da Phisiologia pathologicas, não obstante pequem por arbitrariedades, ás vezes, as classificações.

Digna de considerar é a confusão e a falta de methodo com que os autores, em geral(*), pretendem classificar as formas clinicas da infecção puerperal.

Disse **pretendem** porque estou seguro de que classificação ainda se não fez, em boa logica, da materia, em virtude mesmo da falta de coherencia e de raciocinio com que são encaradas as lesões ao lado dos factos clinicos.

É corrente, **verbi gratia**, incluirem os tratadistas, ainda os mais famigerados como didactas, as infecções das rupturas perineaeas, das dilacerações, das contusões determinadas pela passagem do feto, pelos instrumentos ou pelas manobras operatorias, no quadro da infecção puerperal.

Ora, essas "infecções obstetricas", como bem o diz o professor Fernando Magalhães — "são bem o tipo da infecção cirurgica, sem nada que as particularize e não offerecendo duvida nem quanto ao diagnostico nem quanto ao tratamento" E "...as applicações topicas as fazem desaparecer e nem mesmo as suas complicações a limphangite, a placa diptheroide, a gan-

(*) Ver: Fabre, Pestallozza, Bar, Ribemont Lepage etc.

grena, excluem-se dos accidentes observados na evolução das feridas cirurgicas”.

Estão também, geralmente, em accordo os autores, quando desdobram a infecção puerperal em dois grandes grupos, segundo ella determina lesões **localizadas** ou **generalizadas**. Não falham nunca, bem é de ver, na febre puerperal, os signaes geraes mesmo nas localizações mais strictas, tanto mais quanto não se concebe a infecção generalizada sem a lesão local inicial.

A divisão estaria, porem, justificavel até ahi, si os sub-grupos não viessem quebrar de todo o sistema, por falho o criterio do limite localizador e por absurda a restricção do sentido generalizador.

E tanto assim o é que, compulsados os compendios, mesmo os que se mais destinam aos estudantes, vêm-se ameúde as propagações, ora proximas ao parametrio, aos annexos, já distantes, ao peritoneo, consideradas umas como formas localizadas e outras como formas generalizadas. É patente a indecisão do limite.

Affigurava-se-nos mais em harmonia com a logica e com os factos da anatomia e phisiologia, limitar: a localização, á matriz, ponto inicial da infecção; a propagação, aos annexos e peritoneo, incluindo o tecido cellula periuterino e ligamentos, que são dependencias daquelle; a generalização incorporaria os phenomenos septico-piohemicos, realmente geraes, separados das metastases, que figurariam grupo áparte porque traductoras de phenomenos distinctos.

Teriamos assim:

Infecção puerperal	Localizada	{ endometrite e metrite puerperal.	
	Propagada	{ para e peri metrite; salpingite; ovarite; pelvi-peritonite; peritonite diffusa.	
	Generalizada	septicemica	{ transitoria intermittente definitiva
		metastatica	{ phlegmatia alba dolens localizações varias

Descreveremos successivamente essas formas clinicas, que mais o são anatomicas e procuraremos individualizal-as, esboçando, como possivel, a figura clinica particular a cada uma, por isso mesmo que, no caso concreto — a aggravação da molestia sõe corresponder á invasão gradativa da infecção.

FORMAS LOCALIZADAS

O grão inicial da febre puerperal é representado pela endometrite. A ferida placentar o fferece o campo mais propicio ao ataque microbiano, que se póde verificar no utero vazio ou contendo residuos placentares, membranosos ou ovulares nos abortos incompletos. Presente a reacção, que se installa, infiltrando toda a sub-mucosa, organiza-se verdadeiro bloqueio, protector do miometrio.

Clinicamente, para melhor caracterização dos symptomas poder-se-ão admittir dois accomettimentos ao endometrio: o putrido e o sceptico, consoante os microorganismos em causa sejam piógenos ou anaerobios.

As retenções de placenta ou membranas no posparto, os abortos incompletos, os coagulos adherentes ao endometrio, justificam sempre o ataque dos germes da putrefação, retratando a forma geralmente benigna da infecção, rapidamente curavel ao depois da evacuação uterina.

A endometrite septica comportaria duas variações clinicas, evidenciando uma, a infecção mucosa, bem determinada pela defeza organica e com diminuta repercussão ao estado geral. Outra, enfrentando a reacção precaria e determinando phenomenos geraes de septicemia alarmante. As caracteristicas da defeza local falha, no segundo caso, podem assegurar a infiltração microbiana da caduca necrosada ao miometrio, para individualizar a metrite puerperal ou parenchimatosa.

A transição clinica é fugaz e só depois do accomettimento integral é que a diagnose se fará possivel á palpação cuidadosa.

Vejamos como se vão focalizar os symptomas nos differentes quadros.

Já de começo, accentuámos que os signaes geraes não costumam faltar, mesmo nas localizações mais singelas. A fe-

bre é o primeiro alarme e aponta, ao surgir, o inicio do processo, geralmente pelo meio da primeira semana do posparto, mais raramente nos primeiros dias.

Oscillante entre 37 e 38° no primeiro dia, a tendencia será para a elevação a 39°, 40° e 41° nos dias seguintes, evidenciando o avanço da infecção e a aggravação da molestia, maximé si a therapeutica propicia não soccorre, prompta.

Pari-passu com a elevação thermica, o pulso se altera; a tachisphigmia, satellite da febre, se installa como nas infecções em geral; e, como nos estados infecciosos graves, o desvio do conjugado, a desproporção sphigmothermica será o signal de que o quadro morbido progride e evolve para o mau prognostico.

O calefrio tambem se alinha, como symptoma dos que marcam o começo da infecção, ao lado da sudorése que segue a baixa da temperatura.

Dá-nos a triade sempre, pelo rithmo que accorda, a impressão exacta do paludismo, tanto que, com frequencia, nos não podemos furtar á indagação do commemorativo palustre, tal o aspecto que imprime a narrativa dos pacientes, ao mal que começa com o frio e o tremor, augmenta com a febre e termina pelo suor demorado, confortante e reparador,

A inappetencia, a agitação e, sobretudo, a insomnia, constituem outras tantas manifestações geraes, precoces na febre puerperal e que evoluem sempre, em relação directa com o processo.

O aparelho genital retrata sem falhar o accometimento infeccioso.

Os lochios, alterados, se escoam da matriz pelo conducto vagino-vulvar e banham as partes externas, os tampões, as vestes e os forros, deixando em tudo a marca e o cheiro, que lhe são caracteristicos.

Gravou-se-me para sempre, a força de expressão de um mestre eloquente, que affirmava conhecer a febre puerperal pelo "cheiro" á entrada do quarto da recém-parida!

A pressão do baixo ventre, surprehende o augmento da sensibilidade, traduzida pela dor diffusa, raramente localizavel;

a apalpação cuidadosa e exercitada, constata a alteração do volume e da consistencia do utero, traduzindo a involução viciosa, consecuencia da infiltração e das outras reacções locais.

Não é mister que a inflammação se infiltre pelo miometrio para assegurar o accentuado defficit funcional da matriz.

O simples accomettimento endometrial, despertando o processo da defeza topica, é bastante para interromper a boa involução, o que justifica o tamanho augmentado do utero vasio e a redução completa da resistencia das paredes, flacidas e molles, expostas ás vezes, o que é peor, á acção mortifera dos instrumentos cortantes e cegos, ao serviço de therapeuticas intempestivas e retrogradas.

Ao toque e á exploração através o especulo, encontra-se o collo edemaciado e molle, contornando o orificio largamente aberto a escoar o lochio alterado e fetido. Mais ou menos fechado é o collo uterino na involução normal, ao quarto e quinto dia, motivo por que tem esse signal importancia para o diagnostico, indicador que é do accomettimento infeccioso, notadamente quando o acompanham os outros symptomas geraes, para athen apontados.

Si o processo infeccioso estaca, diante da barreira natural, é geralmente rapida a evolução clinica, que traduz a forma menos grave da molestia; a cura sõe sobrevir proxima, inda mais quando auxiliada pela therapeutica conveniente.

Maior frequencia, todavia, está na quebra da defeza local e na invasão dos microorganismos ao miometrio, individualizando a metrite parenchimatosa.

O controle clinico da transição é difficil e só poderá ser estabelecido á vista da persistencia dos phenomenos locais e da aggravação dos signaes geraes.

A involução uterina de tal modo retarda, que os vícios da posição do orgão poderão installar-se, favorecidos pela degeneração histologica, que responde ao processo inflammatorio.

A abundante rede vascular do orgão, dilatada em favor da nutrição fetal, cuja regressão deixou de ser assegurada pela parada do phenomeno involutivo, pela como que paralização da contractura muscular — será a sede preferida da aggressão mi-

crobiana. E essa, tendo abertas as vias sanguinea e lymphatica, invade sem cessar, desenvolvendo as propagações e investindo no estado geral.

Recrudescem, então, os signaes geraes: a columna thermometrica ascende a grãos elevados, 40, 41 e até 42°; o pulso, afilado, se accelera, batendo 120 até 140 vezes por minutos, podendo apresentar-se mesmo a discordancia com a temperatura; a agitação augmenta, os calefrios se repetem; tudo indica que se accentuam as investidas toxicas e septicas na circulação.

Nessa emergencia, pode sobrevir a septicemia definitiva ou as resistencias humoraes redobram e se exaltam para deter o inimigo na concentração anterior.

Localmente, si é favoravel a evolução, como de regra, o processo tende para a cura, que apenas será demorada, especialmente si o tratamento opportuno não se faz valer; de modo contrario, nos casos excepcionaes, a inflammação insistirá, para terminar ou na supuração e formação de abcessos ou na gangrena do orgão — "metrite dissecante", dos autores allemães. O abcesso, de diagnostico impossivel, por não offerecer signaes apreciaveis, poderá abrir-se para a cavidade, deixando margem à cura ou esvasiará para o peritoneo e a morte será fatal.

Mais accessivel ao diagnostico e, nem por isso, mais condescendente para o prognostico, a gangrena será facilmente reconhecida: — pelo exagero da reacção peritoneal, pelas oscillações thermicas, pela disphigima desordenada, pela fallencia exabrupta do estado geral. Os lochios ennegrecidos, putridos, acarretando retalhos mucosos e musculares necrosados, confirmarão a suspeita.

A perfuração uterina, consequente ao desgarre de uma placa gangrenosa, dará fim á molestia com a morte que é consecutiva. Essa metrite dissecante, constitue forma rara e peculiar ás febres puerperaes raras, acompanhadas de retenções ovulares, membranosas ou placentares.

FORMAS PROPAGADAS

Si a aggressão microbiana migrou pela via lymphatica ou mucosa, surgem as formas propagadas, que se installam pelos annexos, pelo perimetrio e peritoneo.

As anastomoses abundantes que caracterizam a circulação utero-annexial, bem assim a continuidade histologica que incorpora o aparelho genital interno, bem justificam essas propagações infecciosas.

As annexites são propagações que apparecem tardiamente, após as endometrites ou metrites consecutivas ao parto ou ao aborto. De começo, a infecção offerece uma phisionomia propria, traduzida pela aggravação dos signaes locaes.

A dor se intensifica ou se desloca para um ou para os dois lados da matriz; a reacção peritoneal se installa e a parede reage mais á exploração; tumefação e empastamento são perceptíveis ao toque, sempre doloroso dos fundos do sacco.

Alguns signaes geraes, correndo á conta da reacção peritoneal, taes como os vomitos, o ileon e o meteorismo, surpreendem ao inicio do accomettimento e vão, ao depois, desmaiando, si o processo tende para a chronicidade.

A evolução dessas annexites, pode rumar para a cura rapida, si a propagação é pequena e a defeza efficiente: silenciará no aspecto chronico ou terminará pela supuração. No ultimo caso, ou o puz deflagará a peritonite diffusa ou restará coleccionado, ou descera pelo fundo de sacco, figurando o abcesso do Douglas.

Pela mesma via lymphatica ou mucosa, a invasão microbiana poderá attingir o tecido cellular periuterino e determinar a perimetrite, com figura clinica bem definida. Dias após, o posparto, aparentemente normal, ou febril, violentas dores abdominaes, com reacção peritoneal viva, vomitos, etc. surgem ao lado de brusca elevação thermica e acceleração do pulso.

A exploração é bastante prejudicada pela sensibilidade local extrema.

Os signaes, em boa hora, se vão amainando, a dor mais e mais se localiza, a febre baixa e o toque surprehe no fundo de sacco lateral ou posterior, ou no perimetro, um empastamento duro, que immobiliza o utero.

São verdadeiros edemas agudos, para ou periuterinos, que, nos casos mais simples tendem ao esfriamento, e á cura proxima. Outras vezes a suppuração sobrevem, ora rapida, ora lentamente para organizar os fleimões do ligamento largo ou a cellulite pelviana diffusa.

Os abcessos poderão encontrar caminho para o exterior, atravez os fundos de sacco, pela bexiga, pelo recto e, mesmo, attingir a fossa illiaca e abrir sahida ao nivel da arcada crural, á semelhança dos abcessos frios.

A cellulite diffusa, parece constituir uma forma de propagação, mais ligada a um alto poder de ataque sceptico.

É o quadro da infecção grande e super-virulenta, avassalando todo o tecido cellular pelviano. Bem por isso, é sobremodo grave a repercussão geral, que determina o rapido epilogo funebre.

Responde sempre energicamente a serosa peritoneal ás formas propagadas; e as peritonites, frequentes, se explicam pela contaminação quasi directa das communicações cavitarias e pelas propagações por via lymphatica.

Tres aspectos clinicos pode assumir a peritonite puerperal, consoante a evolução é super aguda, sub-aguda ou chronificada, pelo bloqueio.

A peritonite super-aguda ou fulminante, tambem denominada septicemia-peritoneal, é de verificação assaz rara em nossos dias, graças aos progressos da asepsia; tempos outros, entretanto, essa forma terrivel respondia por epidemias frequentes, no que é eloquente a expressão de Tarnier: "Je voyais entrer des femmes bien portantes á la maternité et, ving-quatre heurs, elles etaient mortes".

Começa bruscamente, nunca além das 24 primeiras horas que se seguem á parturição, exteriorizando-se logo por signaes alarmantes: violenta dor abdominal, calefrio terrivel e demorado; temperatura alta, subindo aos 40 e 41°, pulso rapidissimo, incontavel, dispnea extrema.

A reacção peritoneal é intensa, abaúlamento, vomitos, soluços; contrastando com a lucidez do espirito, que se aguça, em illusorio bem estar, o estado geral derroca e a decomposição do facies, que bem reflecte o accomettimento peritoneal fulminante, traduz tambem o desenlace proximo.

A morte, sobrevindo ao mais tardar no segundo ou terceiro dia, dá fim a essa marcha rapidissima.

Mais frequentemente observada é a forma sub-aguda, em que a reacção peritoneal menos intensa, responde a um accomettimento menos virulento.

A phisionomia clinica possui os mesmos traços symptomaticos para atraz referidos, porem, accentuadamente mais abrangidos.

A febre se traduz por oscilações variaveis da columna thermometrica; o pulso, acelerado e fugidio, mas contavel; calefrios pouco energicos, signaes locais tambem attenuados, estado geral mau, aggravando-se lentamente. A morte, fatal quando a intervenção cirurgica feliz e opportuna não soccorre, sobrevem ao fim de um tempo variavel que pode durar até semanas.

Reacção local prompta e efficiente, graças á adherencia serosa é capaz de bloquear o processo, que evolve, assim, para as formas de pelviperitonite que, via de regra, terminam pela supuração como já foi referido.

FORMAS GENERALIZADAS

A invasão microbiana ao sangue circulante, evidencia á generalização do processo infeccioso. A acometida pode ser "transitoria, intermittente ou definitiva". O primeiro caso, realiza os phenomenos ameúde verificados nas outras formas e explica as reacções geraes, que se fazem sempre sentir mesmo nas localizações mais limitadas. É a investida septica, acompanhando as absorções toxicas, que bem justificam a função da mucosa uterina e a rica vascularização do órgão, traduzindo-se clinicamente pelos calefrios e pelas variações esphigmo-thermicas.

A vehiculação repetida, de particulas de puz pela via venosa, figura a scepticemia intermittente, tambem chamada piohemia.

De caracter mais proximo da evolução chronica, essa modalidade scepticemica apparece geralmente entre o quarto e o decimo dia da infecção puerperal. Installam-se então os calefrios, seguidos de bruscas elevações thermicas, cuja queda marca o inicio de uma transpiração abundante e de ligeira euphoria. Nesse rithmo se repetem os accessos, caracteristicos da piohemia.

Resultante da marcha do processo, a vehiculação purulenta vae determinar lesões á distancia, sendo que todos os tecidos e órgãos ficam expostos ao tributo metastatico.

Desde a pelle, apparentando erupções escarlatiniformes ou placas erithematosas, até os elementos mais nobres do organismo, tudo soffre o ataque microbiano circulante.

A luz do sistema venoso, superficial, profundo ou esplanchnico, offerece séde frequente para as localizações purulentas: são as phlebites, ora degenerando em abcessos miliares, pulmonares, cardiacos ou renaes; ora determinando inflammações extensas ao nivel dos vasos calibrosos, cujo tipo mais adiantado é o da phlegmatia alba dolens, com todas as suas complicações.

O pandominio affirma a scepticemia absoluta, expressa na dualidade clinica morphologica — primitiva e secundaria.

A primeira, anachronismo berrante nos annaes da pathologia moderna, transplantada de éras anteriores a Pasteur, quando suggeria exaltada importancia da medicina official, merece ser citada apenas como subsidio historico.

O seu quadro clinico — em que se alinham o calefrio intenso, a febre elevada, o pulso incontavel, a polipnea, a agitação e o delirio, coroados fatalmente pelo exito lethal, realizava a symptomatologia que photographa hoje a septicemia aguda fulminante. Essa evolução accelerada, não dá geralmente logar á aggravação dos signaes locaes, que se pouco exteriorizam.

Como essa, a septicemia secundaria, succede ao accometimento local, do utero ou annexos, divergindo no apparecimento, mais tardio, que quebra a evolução da infecção puerperal. Indicativa da invasão dominadora dos agentes infecciosos, consecutiva á fallencia das defezas organicas aos ataques repetidos, a sua terminação costuma recahir nas localizações cardiacas ou venosas ou bem no termo fatal da repercussão infecciosa ao estado geral.

Si é a endocardite que se installa, a morte sobrevirá tambem, via de regra; as outras fixações, phlegmatia alba dolens, arthrites suppuradas, etc., podem comportar um prognostico menos sombrio.

Os symptomas da septicemia secundaria, compõem uma phisionomia clinica bastante approximada do tipo septicemico primitivo.

CAPITULO IV

Diagnosticco — Prognostico

Para melhor methodo no estudo do diagnosticco, dividil-o-emos em quatro partes: — diagnosticco positivo; diagnosticco differencial; diagnosticco anatomico e bacteriologico.

O diagnosticco positivo — baseia-se em signaes locaes e geraes, sendo para notar a superioridade do valor dos primeiros, oriundos do apparelho genital, para a affirmação da febre puerperal.

A presença, com effeito, da alteração para o lado da involução uterina e dos lochios — já autoriza suspeitas, bem fundadas, do posparto infectado.

Traduzem-se os signaes genitales pela dor expontanea, que a pressão agrava, de começo localizada no utero e depois difundida por todo o apparelho; pelo augmento de volume do utero e pela diminuição da sua consistencia, características da sub-involução.

O corrimento lochial, que enche a vagina e embebe a vulva e os pellos do pube, o perineo, as faces internas das coxas, os tampões e os forros, apresenta modificações accentuadas quanto ao cheiro, á cor e ao aspecto, as quaes depõem energeticamente em favor do accomettimento infeccioso.

Funcção, que representam, do processo local, surgem os signaes geraes, variando na razão directa da evolução daquelle, dentro de limites, que medeiam entre a reacção topica minima e a fallencia da defeza geral, na generalização maxima.

A elevação thermica responde sempre e immediatamente, ao inicio da aggressão morbida; começa por um estado sub-febril que, com oscillações curtas, vae subindo, para attingir em

poucos dias grãos bastante elevados. A's varias formas clinicas correspondem variações thermicas precisas.

O traçado do pulso guarda relação directa ou inversa com as alterações thermicas, como acontece nos processos infecciosos em geral.

A relação directa dá, na febre puerperal, uma tachisiphigmia permanente, que constitue a regra; os batimentos radiaes se elevam a 100 e 120, de commum, com a ascensão thermica moderada.

De constatação menos frequente, é a desproporção sphigmothermica, denunciadora da defeza que se abate e do mau prognostico que se desenha.

Os calefrios, bem assim a transpiração, que se seguem ás fortes subidas de temperatura, são tambem signaes encontrados na febre puerperal, os quaes attendem as solicitações phisio-pathologicas transitorias. Ha que referir a agitação, a insomnia, o delirio e o descoramento dos tegumentos, afora a hemorragia, como signaes dignos de considerar na feitura do diagnostico.

O diagnostico differencial — encarará primeiro as complicações genitales e extra genitales, frequentes no posparto, isto é, as infecções obstetricas e mammarias e a estercoremia; aquellas de eliminação facil, ao simples exame clinico; esta, promptamente removivel com a administração do purgativo e a exoneração intestinal consecutiva.

Os processos infecciosos geraes, são todos aptos para se annunciarem no puerperio; assim a piélonephrite, a febre tifoide, a grippe, a pneumonia, etc., serão, uma a uma, apontadas para a exclusão diagnostica.

Que o diagnostico bacteriologico desempenha um papel de summa importancia na febre puerperal, com eloquencia o demonstra o appello que faz o professor Magalhães a todos os clinicos — "em prol de um exame completo com o auxilio das provas de laboratorio" visto que "precisam ter uma divulgação que creio não existir entre nós".

É que, afóra o interesse scientifico despertado pela questão, o conhecimento da natureza da infecção offerece, actual-

mente, indicações positivamente uteis para o tratamento, como se adiante verá.

O estudo bacteriologico pode ser feito nos lochios, pelo exame directo ou cultura e no sangue, pela hemocultura.

A pesquisa directa é simples, ao alcance de qualquer pratico, e consiste no exame ao microscopico do esfregaço lochial em laminas; fixadas e coradas com a fuchsina de Ziehl, com a violeta de genciana, com a thionina.

As culturas vingam, facilmente, nos meios destinados aos aerobios e serão examinadas ao fim de doze horas, um e dois dias, sendo mister aguardar quatro e cinco, para alguns anaerobios de evolução tardia.

Convém mencionar o methodo proposto por Sittmann, modificado por Schottmüller, de cultura especial para o estreptococco nas placas de agar-sangue (Blutagar-platten). Por esse processo é possível a verificação rapida da presença do estreptococco piogeno nos lochios e no sangue, o que reveste importancia notavel, sabida a frequencia desse germe na infecção puerperal e os perigos de contagio, nas maternidades e hospitaes. Resalta tambem a vantagem da therapeutica da vacinação autogena — possível de instituir-se precocemente com o auxilio daquelle methodo.

A hemocultura, feita na placa de agar-sangue, ou em outros meios, é positiva para todos os germes já encontrados nos lochios das infectadas, inclusive os anaerobios, segundo os casos de Wendler, Westenhoffer e Stadelmann (Bar).

O diagnostico anatomico — visa principalmente distinguir as localizações ou propagações, das formas generalizadas, fim esse que só o laboratorio pode preencher em tempo com as pesquisas sistematicas do sangue das infectadas.

A hemocultura negativa repetida, deporá pela localização, mesmo nos casos mais serios de toxinemias; positiva, attestará ella a septicemia branda ou grave, consoante a sua menor ou maior riqueza em germes.

O **prognostico** é, como se vê, também, grandemente favorecido pelas provas bacteriologicas, sem as quaes será difficil o prévio conceito sobre a evolução da molestia.

Tanto melhor será o prognostico quanto mais limitada for a infecção; a endometrite simples representa a forma clinica curavel mais rapidamente; as septicemias definitivas affirmam o prognostico sombrio ou a evolução longa, as recahidas e as complicações.

Quanto ao germe — as infecções putridas, anaerobias, evoluem melhormente, ainda mesmo com tratamento intempes-tivo; as estreptococcias, notadamente com associações, assignam, em geral, prognostico grave, modificavel, aliás, pelo tratamento conveniente e opportuno.

São dignas de menção, por influirem no prognostico, certas condições pathologicas ou traumaticas, capazes de aggravarem e appressarem a evolução do mal para o exito sombrio. Taes são as infecções, as intoxicações, a albuminuria, a eclampsia, sobrevindas na gravidez e reductoras da resistencia organica; os traumatismos obstetricos, representados pelo trabalho demorado, pelas intervenções; as hemorragias intensas do trabalho, tudo isso, pelo defficit organico que acarreta, influe poderosamente na marcha da febre puerperal e deve pezar no juizo prévio da sua terminação.

CAPITULO V

Therapeutica — Drenagem tubular metallica

Na therapeutica da febre puerperal, teremos de encarar indicações-locaes, symptomaticas e geraes, de conformidade com as formas clinicas, que attestam o gráo da aggressão infecciosa.

As indicações locaes, preenchidas conveniente e opportunamente, resolvem as formas localizadas, as propagações proximas; os recursos da therapeutica geral, que actua pela excitação das defezas humoraes, terão indicação exclusiva nos processos generalizados ou ameaçando essa tendencia.

Como meio auxiliar, o tratamento symptomatico comportará indicações mais largas, em todas as modalidades clinicas, ajudando a acção therapeutica topica ou geral.

Abordaremos as indicações do tratamento local em dois paragraphos: — no primeiro, cultuando a historia, recapitularemos os processos antigos, para salientar as razões por que a boa pratica os relegou ao silencio, positivamente consolador para as infectadas dos nossos tempos; estudaremos, a seguir, em todos os detalhes, a therapeutica local pela drenagem tubular metallica, seguramente o recurso mais efficaz e logico, sancionado pela experiencia unanime da modernidade, com a qual só não se querem conformar os conservadores apaixonados dos methodos bolorentos, responsaveis pelo terror reinante nas maternidades de antanho.

Na era antiga, desempenhou-se a therapeutica, das indicações locaes, mediante: a injeccção intra-uterina; a irrigação continua e a curetagem do utero.

As injeccções — imaginadas por Harvey, já em 1704, Rulleau as praticava sistematicamente para combater o mau cheiro dos

lochios das infectadas, methodo esse ainda revivido em nossos tempos, por motivos difficeis de conceber.

O manual operatorio serve-se como material, de um recipiente, capaz de conter dois litros e munido de um tubo de borracha, provido na extremidade de uma canula especial, que pode ser do typo da de Tarnier, chata e longa, em vidro ou metal, ou do typo da de Budin ou Doléris, que facultam a corrente retrograda; a preferencia consagrou a sonda de Doléris, que se compõe de duas hastes tubuladas, capazes de se afastarem por meio de um parafuso, permittindo, assim, uma certa dilatação do collo uterino.

De começo, o liquido a injectar era representado pelas soluções (agua oxigenada, permanganato de potassio, licor de Labarraque, aniodol, essencia de therebentina), cujo titulo a experiencia foi reduzindo ao ponto da utilização exclusiva da agua fervida, quente ou morna.

O fim objectivado pelas injectões, jamais attingido integralmente, consistia na remoção dos residuos membranosos, placentares ou ovulares, do puz, dos agentes pathogenos, isto é, desinfeção da cavidade uterina.

Ora, os resultados nunca depuzeram em favor desse objectivo; ao lado dos casos fataes se alinhavam os outros mais favoraveis, em que a cura sobrevinha, longa, após as alternativas de peiora e melhora, que bem traduziam os esforços inauditos do organismo, a defender-se da molestia e do tratamento!

Deixemos de lado os desfavores dos registos clinicos e apreciemos os accidentes ligados ao methodo; as injectões determinavam com frequencia:

Accidentes graves:

- a) a entrada de ar nas veias, seguida de morte immediata algumas vezes, noutras o exito lethal, pondo fim a um periodo de ligeiras melhoras; essas embolias gazosas, mencionadas por Amussat e Baudeloque, estudaram-nas Hervieux, Olshausen e Legallois;
- b) a perfuração uterina, determinada pela sonda e acompanhada da passagem de liquido e puz para a cavidade abdominal; peritonite, morte certa;

- c) phenomenos nervosos, sincopes e estados comatosos, resultantes da passagem do liquido para os seios uterinos e atravez a trompa para a cavidade peritoneal, consoante o demonstraram experimentalmente Vidal, de Cassis, Guérin, Fontaine, etc.; esses accidentes figuram numa these de Silvestre e Bar os descreve detalhadamente;
- d) hemorragias, geralmente insignificantes mas podendo assumir sérias proporções, determinadas por ferimentos do utero, produzidos pela sonda.

Accidentes brandos — acompanhavam, então, como moeda corrente as injecções uterinas. São elles — as elevações de temperatura e os calefrios, que respondem com frequencia, logo á entrada do liquido no utero e traduzem o seu grande inconveniente, de forçar a absorpção dos productos scepticos e toxicos pelos elementos histologicos da matriz, já altamente votados a esse mister, pela phisiologia normal do posparto.

Nem sempre, tambem, é completo o retorno do liquido injectado, que embeberá ainda os tecidos, separando as fibras do miometrio, difficultando-lhe as contracções e reduzindo-lhes os meios de defeza.

A ação antiseptica da injecção, quando positiva, terá tambem desvantagens notaveis, sabendo-se que o poder bacterolitico das soluções antisepticas, corresponde sempre a igual poder histolitico, destruidor, tambem, das reacções defensivas dos tecidos; a absorpção toxica da solução, será responsabilizada ainda pelo compromettimento das defezas geraes.

As irrigações continuas — seguiram as injecções, partindo a ideia de Béraud e Dejarre em 1835; adoptaram-na Schücking, Winkel, Schröder e Spiegelberg; da divulgação em França incumbiram-se Pinard e Wallich.

Um barril de trinta litros, continha soluto mercurial, ou phenicado e sustentava a irrigação pelo espaço de 24 a 48 horas.

Os perigos e as desvantagens do methodo são os mesmos da injecção, bem aggravados pelas soluções antisepticas e pela demora da operação.

Abstemo-nos de voltar ao assumpto, citando apenas a opinião de Bar: "cette methode n'a donné que peu de succès; par contre a été cause de nombreux accidents".

O fracasso, oriundo dos perigos e, quando não, da inefficácia das lavagens, encontrou recurso mais activo, mais aggressivo e mais prejudicial na

Curetagem uterina — inventada por Récamier, que a propoz no tratamento da febre puerperal. A França deve a sua vulgarização a Doléris e Champetier, que a executaram depois de Munde, Fehling e Veit, seus primeiros praticantes.

O fim primeiro da curetagem, consistia na remoção prompta dos residuos placentares existentes na cavidade uterina; commetteu-se-lhe depois a acção de desembaraçar o utero tambem da mucosa inflammada. O methodo comportava instrumental variado, utilizando ora o dedo, ora as curetas cortantes ou rombas, actuando sob preceitos technicos, que não merecem aqui recordados.

Apontemos-lhe os accidentes e os inconvenientes.

A hemorragia, comquanto susceptivel de um prompto correctivo, é um accidente observado correntemente no uso da curetagem. O perigo sério, entretanto, está na perfuração do orgão, friavel e flacido no posparto, determinada pelo vae-vem do instrumento cego. E nem tão temivel seria a possibilidade desse accidente, bem mais frequente do que se pensa, si não fôra o facto de poder elle passar de todo desaperecebido ao operador, visto que a infeliz, sob a acção da narcose, não reagirá á dor agudissima, chocante e sincopal oriunda do desastre.

Isso, quando o intervencionista não se der conta immediata da tragedia, por uma circumstancia identica á de Cittadini, que sentiu a cureta bater no promontorio; á de Ripper, Veit, Martin e Gusserow (O Souza), que retirando-a trouxeram á vulva uma alça de intestino; ou á de Bar, por elle mesmo relatada, que viu o epiploon á extremidade da cureta!

Vão propositadas essas citações, para que se não allegue que o accidente só póde sobrevir em mãos inhabeis ou inexperientes, no manejo da cureta.

E não se argumente, também, com a exiguidade dos casos apontados. Esses que ali estão, ocorreram com professores reputadíssimos, que collocam bem acima das vaidades tolas a verdade scientifica; quantas perfurações terminaram no silencio dos tumulos e nem por isso serviram para convencer os teimosos adeptos da cureta?

Inconvenientes, a curetagem os possui innumerous, todos derivando da sua insufficiencia manifesta, para attingir ao fim colimado e das resultantes de sua acção destruidora sobre as defezas naturaes, o que lhe confere o caracter de operação "inutil e perigosa".

É insufficiente a curetagem porque a sua actuação jamais será completa, no mister de afastar do utero a totalidade dos productos de retenção e elementos scepticos. Isso é o que attestam os mestres mais autorizados na materia e o que o raciocinio e a boa logica escudam.

Necropsias innumerous, têm revelado uteros perfurados por curetas, sem que a respectiva superficie interna fosse de todo raspada pelo instrumento.

Citemos Bar, insuspeito e acatado: — "Le curettage peut être une intervention incomplete quand on le pratique dans un uterus contenant des debris annexiels plus ou moins volumineux. La curette, instrument aveugle, ne parvient pas á detacher les debris des membranes, étant incapable de mordre sur leur surface glissante"; e depois "La curette, ne ramenant rien, on croit l'uterus vide; mais, dans les jours suivants, les phénomènes infectieux, loin de s'amender, s'accroissent et finalement la malade succombe". E mais: "A l'autopsie, on constate la presence **in utero** de volumineux fragments de placenta, parfois de la totalité de l'arriere-faix. De tels faits ne se comptent plus".

Admittindo-se mesmo, por absurdo, a acção completa da curetagem, ha que contar, ainda, que os agentes infecciosos não se assestam exclusivamente na superficie mucosa, á espera da cureta; os germes, desde o começo do ataque, se infiltram pela espessura da mucosa e só esbarram defronte ao miometrio, que a reacção leucocitaria protege.

A questão da incompatibilidade morphologica da cureta e da superficie uterina é tambem digna de registo. Ninguém, com effeito, de boa razão, admittirá que o segmento de esphera da cureta mesmo nas mãos mais sabias e exercitadas, seja capaz de raspar, a contento, a cavidade uterina, de forma triangular: mesmo que as superficies "gritem" bastante, ao contacto do instrumento, lá ficarão, pelo menos, os angulos a desdenhar da raspagem inutil.

Que a curetagem é nefasta, attesta-o a sua dupla acção — destruindo a infiltração leucocitaria benefica e abrindo, pelas soluções de continuidade, que determina, novas portas de entrada aos agentes scepticos, cuja remoção plena não foi assegurada pela sua actuação incompleta.

E mais do que isso, demonstra com eloquencia irrefutavel, essa acção prejudicial da raspagem, a preferencia conferida pelos ultimos intervencionistas á cureta romba, que não corta, não lesa e, por consequencia não raspa, não remove detricos, não limpa.

Ora, para os bons entendedores, essa modificação do "fio" do instrumento, priva-o em absoluto de executar aquillo que já fazia imperfeitamente, o que equivale á fallencia completa da curetagem.

Para completar o libello, sem delongas de argumentação, vale referir que Pinard, preconizador acerrimo da curetagem, fez penitencia no Congresso de Budapest em 1909, affirmando "que o tempo em que mais excessiva foi a mortalidade por infecção puerperal, na sua clinica, foi justamente quando mais largamente se usava desse processo" (O. Souza).

A observação sensata conduziu o problema da therapeutica local ao criterio abstencionista, considerando nocivas todas as operações intra-cavitarias, por prejudiciaes ás reacções expontaneas do organismo. Ficou patente, assim, o conceito de que mais pereciam as infectadas às intervenções curativas, do que á propria febre puerperal.

Esse abstencionismo evoluiu naturalmente para o methodo therapeutico ideal, capaz de auxiliar a natureza defensiva uterina, sem offerecer nem inconvenientes nem perigos de qualquer especie, problema esse que encontrou a plena solução na

DRENAGEM TUBULAR METALLICA.

A idéa do methodo vem desde 1877 e partiu da Allemanha, onde Volkmann, Scheed e Fritsch se serviam de tubos de borracha para drenarem o utero infectado; Veit, mais tarde, tentava o uso de tubos de vidro, que não approvaram. Em França não se verificou, naquella época, a repercussão daquelles ensaios e só mais tarde, foi tentada a drenagem por uma mecha de gaze após a raspagem; o processo cahiu logo no abandono por se haver constatado que a mécha, ao envez de drenar, tampouca o utero, razão por que foram propostos tambem os tubos de borracha. Estes tambem não satisfizeram, visto que dobravam em cotovello, principalmente ao nivel do collo, obturando-se e assim provocando a estagnação purulenta na cavidade uterina.

A Mouchotte cabe o merito de ter inventado os drenos metallicos.

São tubos metallicos de largas janellas, calibrados pela mesma escala das velas de Hegar e construidos em dois tamanhos, segundo se destinam ao utero infectado post-partum ou post-abortum.

Em nosso paiz, deve-se a Fernando Magalhães a idéa de tratar a infecção puerperal pela drenagem metallica, oficialmente lançada em 1911, sendo para salientar que, já em 1907, quando se discutia o assumpto, suscitado por Turenne, no Congresso de Montevidéo, aquelle mestre da obstetricia, já exhibia observações proprias que escudavam a sua preferencia pelo methodo.

Vejamos a technica da drenagem ao Mouchotte, que é sobremodo singela: — paciente em posição ginecologica, cuidadosa toilette dos orgãos genitales externos; colloca-se na vagina um speculo ou uma valvula, de modo a bem focalizar o collo uterino; asseio completo da vagina, com gaze esterilizada e secca, montada na pinça de curativos; embrocação do collo e orificio externo com tintura de iodo fresca, ou glicerina iodo-creosotada; pinça-se, finalmente o labio anterior do collo, com a Museux e introduz-se o dreno, fixo á extremidade de outra pinça.

É de boa regra mudar o dreno todos os dias, não havendo, porem, inconveniente em que permaneça até 48 horas, desde que a suppuração diminua, com a regressão do processo inflammatorio.

Empregar-se-á sempre o dreno mais largo, sendo mesmo indicada a dilatação do collo, quando este não der passagem sinão a um tubo de calibre muito baixo. O cuidado unico a observar na introdução do dreno consiste em fazel-o ingressar profundamente na cavidade uterina, até que o respectivo pavilhão faça contacto com os labios do collo, o que se conseguirá operando com suavidade e delicadeza.

Em casos especialissimos, quando o collo não se acha sufficientemente dilatado, pode verificar-se a insinuação da mucosa pelas fendas do dreno, o que dificultará a sua retirada; desde que isso aconteça, um recurso prompto sanará o inconveniente: introduz-se pelo dreno uma haste de Hegar, de calibre igual ao do seu diametro interno e desse modo se reduzem as saliencias mucosas, permittindo assim a facil retirada do tubo.

O mechanismo da acção curativa da drenagem, cuja interpretação devemos ao professor Magalhães, é o mais racional e o que se melhor colloca em harmonia com a corrente conservadora dos nossos tempos.

Antes de tudo, mantem o dreno a communicação franca da cavidade uterina com o meio exterior, assim impossibilitando permanentemente a estagnação das materias septicas; isso tem tanto maior importancia quanto se sabe que os desvios da situação do órgão, já existentes ou determinados pela sub-involução, quebram sempre a continuidade do canal, originando até o conhecido phenomeno da lochiometria; a presença do dreno corrige amplamente esses processos, tornando possivel e rapida a regressão inflammatoria.

Age o dreno, á maneira de um corpo extranho, excitando a contracção do órgão, phenomeno da involução normal, perturbado pela infecção; dessa contracção repetida, resultam a expulsão continua dos residuos e dos materiaes septicos, evacuados promptamente e a constricção dos vasos, que sulcam as malhas miometriaes, garantindo, assim, a hemostase natural e impedindo as migrações septicas.

São os meios defensivos naturaes do órgão, solicitados artificialmente pela sabedoria humana, a reagirem efficientemente contra o agente morbido.

Além das facilidades technicas da drenagem, apresenta esta a vantagem da rapidez com que se fazem os curativos, repetidos cada 24 horas, o que significa descanso e tranquillidade para o profissional, que se livra dos perigos das raspagens e da presença repetida, para a execução de curativos innumerados, como ao tempo das irrigações.

O controle clinico dos effeitos da drenagem é bastante eloquente. Em geral, a febre cahe rapida e progressivamente, logo após á applicação do dreno, installando-se a apirexia já ao segundo dia do tratamento; assim ocorre com os demais symptomas, que se dissipam em curto periodo.

Confirma-se a sua actuação benefica, á retirada do dreno, que acarreta grandes quantidades de materiaes de retenção, além dos produtos septicos escoados para a vagina.

Quem já praticou a drenagem, tem a impressão exacta de que o tratamento localiza, limita a infecção, para dominal-a em seguida.

Pormenor valioso e que bem exalta o poder do tratamento é o que se constata com a retirada inoportuna do dreno, que se faz seguir immediatamente da aggravação inflammatoria; volverá promptamente a melhora com o restabelecimento da drenagem.

Bem é de ver, no entanto, que esses resultados favoraveis só se poderão verificar mediante uma boa execução do methodo.

Assim, os drenos pouco calibrosos, mais actuando como tampões, ou os deixados nos fundos de sacco da vagina ou os que não atravessam o orificio interno do collo, — jamais poderão exigir os beneficios do processo.

Os insuccessos determinados por taes erros de technica não poderão, certamente, depôr contra a drenagem.

Positivamente, o depoimento mais incisivo, em favor da drenagem, é representado pelas estatisticas organizadas no Rio de Janeiro, onde o processo teve a mais larga divulgação. Antes de

mencionarmos aquelles numeros, que tão elevam o processo, devemos referir os resultados alcançados nesta Capital pelo professor Victor do Amaral, fervoroso adepto daquelle tratamento. À falta de dados exactos, autorizou-nos, o venerando mestre, consignassemos, aqui, os brilhantes resultados, colhidos com a drenagem, que elle pratica sistematicamente ha largos annos; na sua abalizada opinião, foi consideravel a baixa da mortalidade por infecção puerperal, que se seguiu ao uso do dreno de Mouchotte.

No anno de 1911, assumiu a direcção da Maternidade do Rio de Janeiro, o professor Fernando Magalhães, que modificou a orientação therapeutica na infecção puerperal — das lavagens e curetagens — para o uso sistematico da drenagem. Naquelle anno, o coefficiente lethal do primeiro trimestre, em que reinava o processo antigo, subiu a 23,8%; nos trimestres seguintes, com a pratica da drenagem, baixou o coefficiente a 4,4%.

De 1907 a 1911, sob o regimen da cureta e das lavagens, era a seguinte a mortalidade por infecção puerperal, respectivamente, nas maternidades da S. Casa, das Laranjeiras e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro: — 150 por 1.000; 153 por 1.000 e 87 por 1.000. Depois de 1911, após o emprego da drenagem, a mortalidade desceu a 6 por 1.000, na maternidade da Faculdade daquelle Capital.

Até o anno referido, ainda, aquelle estabelecimento occupava o 18.º lugar na estatística de mortalidade por infecção puerperal, feita entre as principaes maternidades da America e Europa. A adopção exclusiva do dreno de Mouchotte, reduziu a mortalidade a 6 por 1.000, garantindo o 1.º lugar, nos annos seguintes, aos serviços do Professor Magalhães, no cotejo realizado com as congêneres dos paizes mais importantes.

A ultima palavra em estatística da infecção puerperal, todavia, está no trabalho do Dr. Victor Lacombe, apresentado ao Congresso Medico de Porto Alegre em 1927, e que incluye allgarismos completos, colhidos na Maternidade de Laranjeiras e no Hospital Pró Matre, no periodo de 1919 a 1925. Essa estatística comprehende 252 casos, tratados exclusivamente pela drenagem, dando uma percentagem de mortalidade igual a 5,18%.

Com a venia devida ao Dr. Lacombe, nosso distinctissimo collega de turma, vamos transcrever os numeros globaes, bastante eloquentes do seu valioso trabalho:

MATERNIDADE — 1924-1925
(89 infectadas)

Mortalidade por numero de infectadas	4,49%
Primiparas	51,69%
Multiparas	48,31%
Entraram em trabalho	56,17%
Entraram em gestação	23,59%
Entraram em puerperio	20,22%
Parto natural	57%
Aborto	11,83%
Parto operatorio	31,17%

PRÓ MATRE — 1919-1923
(96 infectadas)

Mortalidade por numero de infectadas	7,29 %
Primiparas	53,125%
Multiparas	46,875%
Entraram em trabalho	45,83 %
" " gestação	41,67 %
" " puerperio	12,50 %
Parto natural	57,29 %
Aborto	13,54 %
Parto operatorio	29,17 %

PRÓ MATRE — 1924-1925
(67 infectadas)

Mortalidade por numero de infectadas	4,48 %
Primiparas	37,31 %
Multiparas	62,69 %
Entraram em trabalho	23,88 %
" " puerperio	47,76 %
" " gestação	28,36 %
Parto natural	59,70 %
Aborto	26,86 %
Parto operatorio	13,44 %

Resumindo os resultados da "Pró Matre":

PRÓ MATRE — 1919-1925
(163 infectadas)

Mortalidade por numero de infectadas	5,88 %
Primiparas	45,22 %
Multiparas	54,78 %
Entraram em trabalho	34,85 %
" " puerperio	30,17 %
" " gestação	35,02 %
Parto natural	58,49 %
Aborto	20,20 %
Parto operatorio	21,31 %

Total dos casos aqui apresentados:

252 infectadas

Mortalidade por numero de infectadas	5,18 %
Primiparas	48,45 %
Multiparas	51,55 %
Entraram em trabalho	45,51 %
" " gestação	29,31 %
" " puerperio	25,18 %
Parto natural	57,84 %
Aborto	16,02 %
Aborto operatorio	26,24 %

MORTALIDADE POR NUMERO DE INFECTADAS

Maternidade da Faculdade de Medicina — 1907-1911	
Tratamento pelos processos classicos	8,7 %
Maternidade do Hospital — 1907-1911 — Tratamento	
pelos processos classicos	15 %
Maternidade das Laranjeiras — 1907-1911 — Trata-	
mento pelos processos classicos	15, 3%
Maternidade da Faculdade de Medicina — 1911-1914	
— Tratamento pela drenagem tubular metallica	0, 6%
Maternidade das Laranjeiras — 1915-1924 — Trata-	
mento pela drenagem tubular metallica	4, 7%
Maternidade das Laranjeiras — 1924-1925 — Trata-	
mento pela drenagem tubular metallica	4,49%

Hospital Pró Madre — 1919-1923 — Tratamento pela drenagem tubular metálica	7,29%
Hospital Pró Madre — 1924-1925	4,48%
Nos tres serviços de Clinica Obstetrica do Rio de Janeiro, no periodo de 1907-1911 — Tratamentos classicos	11, 5%
Nos dois serviços da maternidade da Faculdade — 1911-1914 — e Maternidade das Laranjeiras — 1915-1924 — Tratamento pela drenagem tubular metálica	3, 7%
No Hospital Pró-Madre — 1919-1925 — Tratamento pela drenagem tubular metálica	5,88%
Nos dois serviços de Clinica Obstetrica da Maternidade das Laranjeiras — 1924-1925 — e da Pró Madre — 1919-1925 — Tratamento pela drenagem tubular metálica	5,18%
Temos ainda uma estatística de Latzko, de Vienna, que em 470 infectadas apresenta 112 obitos, que vem a ser — Tratamentos classicos	23,83%

O tratamento sintomático — comprehende indicações tendentes a attenuarem as reacções geraes, quando, por exageradas, possam comprometer o quadro clinico.

Merecem observação, nesse respeito — a hiperthermia, a insomnia, a adinamia, bem como as reacções gastricas.

Contra a elevação da temperatura, dá optimos resultados a balneotherapia, que deve ser empregada sempre que a columna thermometrica passar de 39°; o banho durará 20 minutos e deverá ser precedido de uma injeção de oleo ou augua camphorada, envolvendo-se a cabeça da paciente com uma toalha molhada em agua fria.

O banho faz baixar a temperatura e confere um largo periodo de bem estar á doente, que se acalma e passa a dormir um somno reparador.

Contra-indicam a balneotherapia — as cardiopathias graves, as phlebites, as reacções peritoneaes violentas, estados esses que se podem valer dos envoltorios humidos, dos saccos de gelo no precordio, no ventre, etc.

A super-excitação e a insomnia, frequentes na febre puerperal e desagradáveis para a enferma e para a "entourage", podem ser combatidas pelos sedativos e hipnoticos, usados sempre em doses moderadas.

O regime dietetico opportuno, sem inanir a doente, mas offerecendo-lhe alimentos leves e substanciosos, attenderá plenamente aos cuidados devidos ao aparelho gastro-intestinal; os vomitos rebeldes combater-se-ão pelos liquidos gazosos, gelados, pelas medicações anti-emeticas.

Merecem igual cuidado os outros aparelhos, cujo funcionamento deverá ser sempre controlado, para o tratamento apropriado aos respectivos desvios.

O tratamento geral — incluye os meios capazes de excitarem o poder defensivo do organismo contra a invasão dos elementos septicos.

As vaccinas e os soros já tiveram grande voga e tempo houve, em que não falhavam essas indicações em todos os casos de febre puerperal. Os resultados, ora brilhantes, ora nullos daquelles recursos, deixavam sempre certa duvida quanto á sua efficacia, duvida essa mais accentuada hoje, que dispomos do laboratorio, solicito em nos annunciar a raridade das generalizações, e a frequencia nessas ultimas, das associações microbianas; gera isso a desconfiança na acção especifica dos soros e vaccinas, cujos bons resultados bem poderiam ser imputados ao seu emprego em formas localizadas e, portanto, facilmente curaveis, com o simples tratamento topico.

O tratamento pelo choque colloidal, ao que parece, tambem tende a cahir de moda, mercê da inconstancia dos seus resultados.

A therebentinotherapia, cuja acção é explicada por um poder antiseptico directo, pela excitação secundaria da leucocitose e por um augmento do indice opsonico do sangue, serve-se da essencia de therebentina, applicada sob formas varias e utilizando vias diversas de introducção.

Terá aqui menção especial o methodo de Fochier, que tenho empregado largamente e a que devo brilhantes exitos na clinica privada. Baseia-se elle na injectção de therebentina pura, melhor

velha, no tecido cellular sub-cutaneo, preferivelmente na face externa da coxa, onde aquella essencia produz phenomenos de reacção inflammatoria local, que podem terminar pela suppuração.

A evolução clinica da injeção constitue valioso indice prognostico além do seu poder curativo surprehendente.

Si a supuração não se estabelece, pode concluir-se pela fallencia das defezas geraes, acto continuo, pelo prognostico sombrio; si o abcesso "pega" o prognostico é bom; as reacções locaes se installam, dor, rubor, tumefacção e, ao fim de quatro a seis dias, é opportuna a incisão do foco e a evacuação do pús.

Estabelecida a comunicação do abcesso com o exterior, ao desaparecimento dos signaes locaes, corresponde franca melhora do estado geral, precursora da cura proxima. O modo de acção do methodo de Fochier não está, ainda, esclarecido com precisão; não resta duvida, todavia, de que os casos favoraveis nos dão a impressão nitida da acção "fixadora" das injeções sobre os agentes scepticos, disseminados na economia.

Algumas observações de septicemias puerperaes, fundamentam o nosso entusiasmo pelo abcesso de fixação; temol-o, entretanto, provocado em casos outros, innumeros, de estados infecciosos graves e os resultados favoraveis nos têm sempre confortado.

Considera-se firmada em doutrina, a indicação exclusiva do tratamento geral nas formas generalizadas, dado que as localizações infecciosas cedem positivamente aos recursos topicos, desde que empregados com oportunidade e technica rigorosa.

Para não peccarmos por omissão, vamos referir brevemente algumas indicações chirurgicas na febre puerperal, visto não caber nas proporções deste trabalho um estudo detalhado nesse respeito.

Foi dos tempos remotos o proposito de extirpar o utero infectado, para o fim de dominar a febre puerperal, pela remoção, do foco inicial. Esse extremado intervencionismo foi cahindo por terra, á proporção que se evidenciava a acção positivamente efficaz do tratamento local, na maioria dos casos.

Hoje em dia, o campo de acção da cirurgia está limitado estritamente aos casos das propagações suppuradas, — dos abcessos e gangrena do utero.

As indicações da histerectomia, em alguns casos, é que esbarram em difficuldades attinentes á oportunidade operatoria, sabida a confusão clinica que as alterações anatomo-pathologicas costumam crear na sequencia do processo.

CAPITULO VI

Prophilaxia

Constituem os do parto e do puerperio, os periodos propicios á installação da febre puerperal; para elles é que serão volvidas todas as nossas vistas, no fito de evitarmos o acco-
mentimento infeccioso.

A paciente será cercada, durante o trabalho da parturição, dos maximos cuidados de asseio, que serão redobrados, no pos-
parto; á lavagem rigorosa, ou melhor, á fervura, serão submetti-
das todas as vestes quer pessoaes, quer da cama; a flambagem
aseptizará relativamente bem os vasos do uso commum da mu-
lher.

Que o tracto genital, pela sua flora microbiana, desempe-
nha um papel importante na genese da infecção é questão fóra
de controversia. Urge não influir nos meios naturaes de defeza,
de modo a não diminuir-lhes a resistencia nem augmentar a vita-
lidade e a virulencia dos germes, presentes na secreção vaginal
da parturiente.

A antisepsia só será praticada nos órgãos genitales exter-
nos, nos casos excepcionaes, de exagero septico do fluxo, será
levada até ao conducto vaginal.

O toque, via de regra, só será permittido nos casos de
indicação absoluta, quando o exigirem as condições particularis-
simas do caso clinico; já estão por demais conhecidas as suas
caracteristicas de asepsia e technica, para que entremos em
detalhes.

Já está hoje consagrada, na prophylaxia da febre puerperal,
a drenagem preventiva — para os casos suspeitos, especial-
mente quando as manobras obstetricas se fizeram necessarias.

É de todos sabido o quanto contribuem os forceps, as manobras intra-uterinas (versão, delivramento manual, etc.) para a diminuição da resistencia do organismo e, portanto, para a genese morbida no posparto.

Andaremos, assim, com muito acerto, toda a vez que drenarmos a recém-parida que soffreu aquellas intervenções, modificadoras das suas condições geraes de defeza.

Instituida na Maternidade das Laranjeiras desde o anno de 1913, a drenagem prophylactica vem assegurando ali, a diminuição sensivel da morbilidade puerperal; na cesareana tardia, é sistematico aquelle recurso preventivo, sendo para notar que nunca se constatou a generalização infecciosa nos casos operados, mesmo nas peiores condições, mercê da drenagem instituida sabiamente.

Observações

Observação n. 1 — R. S., 21 annos — Primipara. Não teve abortos. Menstruada pela primeira vez aos 13 annos; as seguintes, periodicas, indolores, regulares, quanto á duração e quantidade; ultima menstruação em 24-4-925.

Visitámos a doente em domicilio (cidade — João Neiva. Espirito Santo), em 7-2-926. Parto a termo 6 dias atrás, trabalho rapido, feto vivo, delivramento natural.

Dores accentuadas no baixo ventre. Corrimento lochial sanguinolento e fetido.

Ao exame encontrámos o utero em sub-involução, reagindo sensivelmente á palpação.

O especulo focaliza um collo entre-aberto e ulcerado, deixando passar os lochios, contendo detricitos. Ruptura de segundo gráo, infectada.

Temperatura — 39°, 5; pulso 110.

Diagnostic. — Infecção puerperal. Infecção obstetrica perineal.

Tratamento. — 7-2-26. Larga desinfecção da ruptura e da vagina; drenagem. 8-2 26. Temperatura 38°; pulso 102; o dreno retirado accarretava detricitos, repetição do curativo, 9-2-26. Repetição do curativo. 10-2-26. Idem 11-2-26. Idem — temp. 37, pulso 80. 12-2-26. Retirada do dreno; temp. 36,5°; pulso 76. Infecção obstetrica em cicatrização franca.

Resultado — Alta, curada da infecção puerperal, em 16-2-26.

Observação nº 2. — E. R. 28 annos; João Neiva. Esp. Santo; 2 filhos com intervallo de 1 anno. Abortou 2 vezes. Menstruada pela primeira vez aos 12 annos e depois periodica e regularmente. Ultima menstruação em Agosto de 1925.

Vimos a doente pela primeira vez em 20-5-26. Parto e deli-

vramento naturaes e a termo; feto vivo. Trabalho demorado, occorrido ha 6 dias. Toques repetidos e manobras ineptas por "aparadeira". O exame revela consideravel ruptura perineal infectada e que passara despercebida á aparadeira, á paciente e á "entourage"; ventre flacido, sub involução uterina accentuada; utero grande e extremamente doloroso, collo entreaberto e ulcerado.

Temp. 40°; pulso 140; estado geral mau; septicemia imminente, vomitos, agitação, insomnia.

Tratamento — 20-5-26. Larga desinfecção do tracto genital com solução de permanganato; drenagem; compressas molhadas a Dakin na ferida perineal.

21-5-26. — Melhora das condições locaes com diminuição da suppuração; estado geral sem alteração; repetição do curativo; hexetona intramuscular pela manhã e á noite. 22-5-26 — Estado local melhorado; aggravam-se os symptomas geraes. Repetição do curativo; injección de therebemtina na face externa da coxa esquerda. Continuaram-se os curativos no aparelho genital até 29-5-26, com melhoras gradativas quer topicas quer geraes. Incisão do abcesso e evacuação de grande quantidade de pus. 30-5-26. Temp. 37, pulso 90. Condições locaes e geraes boas; involução terminada. Alta curada em 5-6-26.

Observação nº 3 — P.M.S. — Parda, primipara; catamenios regulares em quantidade e qualidade; não informa a data da ultima menstruação.

Vimol-a á noite de 19-7-26, para fazermos o delivramento artificial; parto demorado na manhã do mesmo dia; feto morto. Extracção manual da placenta, executada rapidamente e sem dificuldades. No dia seguinte encontrámos a recém-parida em mau estado geral. Temp. 40°; pulso 120 p. minuto; calefrios, cephalea. Lochios roseos, pouco fetidos. Instituímos o tratamento local pela drenagem metallica larga. Os curativos foram repetidos durante cinco dias, depois do que nos abstinemos definitivamente do tratamento local por desnecessario.

Alta curada ao 12° dia do posparto.

Observação nº 4. — M. de 29 annos, primigesta. Trabalho de parto estacionado por atonia uterina e distocia das partes molles do canal. Inutil a medicação oitocica empregada **larga**

manu. Visitámos a paciente em Campina Grande, neste Estado, a chamado do dr. Gabriel Quadros, em Outubro de 1927.

Estado geral abalado pelo trabalho longo; pulso 100; temp. 37,5. Collo completamente dilatado; bolso daguas roto; cabeça encravada no estreito inferior; soffrimento fetal positivo, com batimentos irregulares entre 110 e 150.

Indicámos e praticámos, com o auxilio daquelle collega illustre, o forceps de urgencia. Trabalho difficil. Nasce um feto em morte apparente, logo reanimado. Ruptura de perineo. Fizemos, em seguida, o delivramento artificial e a perineorrhaphia.

Dois dias depois, voltámos á casa da paciente, ainda com o referido collega, por alarmantes signaes de infecção puerperal e obstetrica. De prompto instituimos o tratamento local pela drenagem, ao par de outras indicações symptomaticas. O dr. Quadros passou a executar os curativos seguintes e, duas semanas mais tarde, dava-nos a noticia agradavel do restabelecimento completo da paciente.

Observação n.º 5. — L.A. 18 annos, primipara. Parto a termo, natural; delivramento idem, no dia 14-12-27. Sentiu febre e calefrios 17-12-27, quando a vimos pela primeira vez em domicilio. Antecedentes blennorrhagicos. O exame revela: utero sub involuido e grande; dôr diffusa em todo o hipogastro, com irradiações para as regiões lombares; corrimento lochial amarello sanguinolento, pouco fetido. Temp 38°,8; pulso 112.

Diagnostic. — Endometrite puerperal. Annexite bilateral.

Instituimos no mesmo dia o tratamento local pela drenagem.

Curativos repetidos todos os dias até 24-12-27; retirada definitiva do dreno. Em 25-12-27, temp. 38,5; pulso 84.

Curada da infecção puerperal.

Observação n.º 6. M. 36 annos, quintipara, menstruada regularmente.

Parto a termo e expontaneo na manhã de 9-3-28. Secundamento retardado até á hora 23, quando visitámos a paciente em Campo Redondo neste Estado. Hemmorrhagia constante até áquella hora. Estado geral mau; temp. 37°; pulso 120; facies livido; suores frios; extremidades frias; choque hemorrhagico.

Transfusão de 250 c.c., de soro physiologico. Hexetona e cafeina.

Exame. — Utero grande, duro. Collo dilatado.

A expressão do utero falhou completamente. Tentámos a extracção manual, constatando uma inserção angular; impossivel o reparo da clivagem; extracção da placenta aos pedaços, mal completada pela pinça de Wallich. Ao cabo de tres horas de trabalho fatigante, estabelecemos a drenagem e instruimos a parteira local para a continuação dos curativos. Omnadina prescripta em injeccção diarias.

Ao depois de tres semanas, portador devolvendo os drenos e communicando o restabelecimento da paciente.

Observação nº 7. — L.F. 35 annos, multipara. Aborto do quarto mez em 14-5-28.

Visitámol-a em 17-5-28 e a "pratica", presente, nos informou que "mettera a mão" para extrahir alguma cousa, que determinava a hemorrhagia! Estado geral pessimo, mulher desnutrida e anemiada. Temp. 39°; pulso 140. Corrimento lochial fetido, sanguinolento e accarretando residuos membranosos. Utero grande, flacido e doloroso.

Drenagem. Camphora; poção excitante. Curativos repetidos até 26-5-28, quando retiramos o dreno; estado geral bom; melhoras geraes.

Em 28-5-28. — Temp. 40°; pontadas no hemithorax direito; escarros hemoptoicos; delirio: pneumonia. Falleceu em 2-6-28.

Observação nº 8. — G.S. 28 annos, multipara, menstruada regularmente desde os 14 annos. Não informa a data das ultimas regras. Parto e delivramento a termo na vespera. Involução uterina retardada; lochios escuros e fetidos.

Endometrite puerperal. Tratamento pela drenagem, iniciada em 16-9-28.

Curativos repetidos até 20-9-28; retirada definitiva do dreno. Estado local bom. Alta curada em 30-9-28.

Em conclusão

Tanto quanto nos permittiram as nossas forças e os nossos recursos, procurámos nestas breves reflexões, accentuar o valor extraordinario, hoje fóra de contestação, da drenagem tubular metallica, não só como meio prophylatico mas principalmente como o melhor tratamento local da infecção puerperal.

É bem para notar a debilidade do depoimento que, nesse proposito, apresentamos com as poucas observações, colhidas do nosso registo clinico.

Verificar-se-ão falhas sensiveis nesses relatos, especialmente quanto ás provas bacteriologicas, o que se justifica amplamente, pela difficuldade de taes pesquisas entre nós.

Positivamente aphasicas, neste trabalho, onde brilha a eloquencia das estatisticas indestructiveis, cingiu-se o nosso objectivo, incluindo observações, em offerecer uma contribuição pessoal, modesta, na divulgação do methodo.

E terminaremos com o professor Magalhães: "Não se tem que duvidar dos effeitos reaes e promptos da drenagem tubular metallica no tratamento da infecção puerperal".

BIBLIOGRAPHIA

- Baisch — Guia prática del diagnóstico tocológico e ginecológico.
Bar — La pratique de L'Art des accouchements.
Clivio, Pestalozza, Resinelli, Vicarelli — Trattato di Ostetricia.
Couvelaire — Introduction á la Chirurgie Obstetricale.
Fabre — Precis d'Obstetrique.
Fiolle — Le curettage uterin.
Kolle et Hetsche — La bacteriologie Experimentale.
Liepmann — Clinica Obstetrica.
Liepmann — Der Geburtshilfliche Phantomkurs.
Magalhães — Licções de Clinica Obstetrica.
Monde Medica —
Oliveira Motta — Sobre o tratamento da infecção puerperal pela drenagem tubular metallica — in Revista de Ginecologia e Obstetricia — Novembro, 1926.
Rego Maciel — A drenagem tubular na metrite puerperal (These).
Ricardo Farina — Do puerperio: Infecção puerperal e a drenagem como meio sufficiente de seu tratamento (These).
Souza — Tratamento Moderno da Infecção puerperal.
Souza Gomes — Da drenagem metallica como tratamento da infecção puerperal (These).
Schroeder — Tratado di Ostetricia.
Tarnier — Fièvre puerperale.
Victor Lacombe — O balanço da drenagem na infecção puerperal — in Rev. de Gyn. e Obstetricia — Abril, 1927.
Wallich — Elements d'Obstetrique.

FERIDA INCISA DO PERINEO

Dr. Erasto Gaertner

J. C., polaco, com 52 annos, casado, sapateiro, residente em Curityba. Deu entrada em nosso serviço, por ter soffrido acidentalmente, um ferimento, na occasião em que trabalhava em seu officio. Relatou que costumava collocar a faca na gaveta de sua banca, o que lhe proporcionava certa facilidade em servir-se daquelle instrumento. Succedeu que em certa occasião ao sentar-se, fel-o com infelicidade e tanta distracção, que se sentiu ferido profundamente, á ponto de ter tido difficuldade em retirar a faca que se lhe cravara no assento.

O paciente apresentava pulso e temperatura normaes, de nada se queixando a não ser de forte e frequente necessidade de urinar, para o que os seus esforços multiplicados redundaram nullos, por isso que, pela urethra apenas conseguia emitir algumas gotas de sangue.

Ao exame constatamos a presença de uma ferida incisa, medindo 2,5 cms. situada na porção mediana direita da região perineal, parallela ao raphé. Por esse ferimento se escoava certa quantidade de urina sanguinolenta.

No hypogastro encontramos um globo tenso e duro, bastante doloroso á pressão.

O toque rectal revelou infiltração diffusa em todo o espaço occupado pela urethra posterior.

Visando completar a exploração e ao mesmo tempo alliviar o paciente, passamos a tentar o catheterismo da bexiga, cujas manobras repetidas fracassaram totalmente.

A extremidade do catheter, em falso trajecto, perdia-se no seio das partes molles do perineo.

Com esses dados, julgamos acertada a hypothese de que o ferimento attingirá á urethra posterior e á bexiga e decidimos intervir de prompto.

Operação no mesmo dia: 4-IV-31. — Operadores: Drs. Erasto Gaertner e Antonio Amarante. Anestesia geral ao Balsoformio.

Toillete e preparo das regiões perineal e supra publica.

Talha hgogastrica. Protecção do fundo de sacco peritoneal, reparo da parede vesical e incisão da bexiga, que se mostra distendida por enormes coagulos, e urina sanguinolenta.

Esvaziamento e limpeza da cavidade; ao fundo o sangue jorra e com manobras successivas de Tamponamento, se consegue observar o collo, fendido na parte posterior, numa extensão de 1cm. mais ou menos.

Catheterismo retrogrado com uma sonda metallica, obtido rapidamente, tamponamento da cavidade e protecção do campo operatorio.

Augmento da ferida perineal por meio de duas incisões anterior e posterior; asseio e exploração do campo, facilitada pela presença da sonda metallica, urethra se mostra fendida numa extensão de 3,5 a 4 cms. interessando toda a sua porção membranosa e prostatica.

Quatro pontos de catgut 00, conseguiram a refecção do canal e collo vesical. Pontos separados reunindo em massa a ferida perineal; drenagem a crina de Florença no angulo inferior da incisão e agrafes de Michel.

Substituição do catheterismo retrogrado por uma sonda anterior, de demora, Nelaton 18.

A convicção de que a simples sonda de demora não asseguraria uma drenagem vesical efficiente e compativel com a cicatrização, fechamos a incisão supra publica e installamos um syphon, segundo o processo "a vacuo" do Prof. Domingos de Góes Filho.

Sequencia operatoria — Optima. Cicatrização "per primam" da incisão perineal, cujos pontos foram retirados ao 7.º dia, bem como os da incisão hypogastrica.

Syphonagem funcionando perfeitamente até ao 14.º dia, quando foi retirada. A sonda de demora supprimiu-se no 20.º dia, quando o paciente levantou, urinando espontanea e naturalmente.

No dia seguinte foi obrigado a retornar ao leito devido a um processo de orchi epididimite, installado em consecuencia, certamente, da lesão soffrida pela glandula próstatica.

A complicação cedeu, porem, rapidamente, com o tratamento ordinario: choque proteínico — diathermia.

Melhoras progressivas até ao 33.º dia da operação, quando J. C. teve alta curado completamente.

ESTADO ACTUAL DA CAMPANHA ANTILEPROTICA NO PARANÁ*

Prof. Erasto Gaertner

Honrada com a confiança da Directoria Geral de Saude Publica, a nossa permanencia na Direcção do Leprosario São Roque, desde a victoria da Revolução de Outubro de 1930, tem-se caracterizado por uma intenção firme e decidida de eliminar a terrivel doença do nosso quadro nosologico.

O senso pratico nos orienta a convicção de que, tendo invertido elevada somma na construcção do Leprosario e forçado a despendar com a respectiva manutenção annual consideravel quantia, que sobe a 529:000\$000, o Estado se impõe o dever de pelejar incansavelmente peal extincção da morphéa.

O Leprosario não é, com effeito, um hospital commum, installado para funcionar indefinidamente; a sua missão é transitoria e consiste no isolamento dos doentes de Hansen, como a melhor formula de solucionar a questão prophylactica do terrivel flagello.

Não se concebe, pois, que o nosso Estado continue infestado de leprosos, quando possuímos um isolamento modelar, com capacidade sufficiente para abrigar a todos os doentes, que se presume existirem no Paraná.

Animada por esse conceito é que vem agitando a nossa actividade no serviço, onde, por vezes, nos leva o entusiasmo a exorbitancias de funcções, bem toleradas aliás, por essa Directoria, encretizadas em suggestões e propostas de medidas, ligadas á campanha prophylactica.

(*) Excerpto do Reelatorio de 1931, apresentado ao Director Geral de Saude Publica

Confessamos, com sinceridade, que nos sentiríamos diminuídos perante nós mesmos, si tivéssemos de cingir o nosso trabalho á exclusiva Direcção do Leprosario; uma comprehensão, talvez differente, mas em todo o caso leal, nos affirma que é nosso o dever, tambem, de pugnarmos a bem do Estado e de batalharmos pela solução do problema geral, como dita a nossa convicção.

Esse o motivo por que temos, talvez, importunado essa Directoria insistentemente, pela criação de serviços auxiliares, que reputamos inadiaveis em pról da prophylaxia da Lepra.

É opportuno que esclareçamos, desde logo, as bases scientificas que alicerçam essas convicções, não pela novidade que ellas offereçam, mas pela controversia que poderão suscitar perante os modernos estudos leprologicos de outros paizes, espoados aliás, pelo "Comité de Hygiene da Liga das Nações" e por leprologos de largo renome nacional.

* * *

As Conferencias internacionaes da Lepra, realizadas em "Bangkok e Manilla", em Dezembro de 1930 e Janeiro deste anno, respectivamente, condensaram em principios, tudo o que os modernos estudos estrangeiros consignaram sobre a "Prophylaxia da Lepra". Esse fructo em cuja concepção não collaboraram leprologos brasileiros, nos foi apresentado pelo professor Dr. Nocht, convidado pela secção medica da Sociedade das Nações a collaborar na organização do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra no Brasil, numa Conferencia sob o titulo: "Principes modernos de la Prophylaxie de la Lépre", publicada no n.º 10 (Outubro de 1931) da "Revista de Hygiene e Saude Publica".

O eminente leprologo Dr. H. C. de Souza Araujo, em bello trabalho intitulado "Resultados praticos da Conferencia Internacional de Leprologia, realizada em Manila", publicada pelo "Boletim da Sociedade de Assistencia aos Lazaros e Defeza contra a Lepra", de São Paulo (Setembro de 1931), estuda, tambem, profundamente o assumpto, endossando a grande maioria dos principios estabelecidos pelo conspícuo congresso internacional.

Ordena, todavia, a nossa lealdade de servidor publico, muito mais do que qualquer vaidade profissional, que consignemos

neste trabalho, antes de tudo, o nosso completo desaccordo com quasi todas as premissas e, principalmente, com a maior parte das conclusões a que têm chegado os sabios estrangeiros, no tocante á prophylaxia da Lepra, em nosso Paiz.

Alguns annos de contacto directo com o problema, illustrado pela observação de muitas centenas de doentes, não nos conferirão, talvez, autoridade para pontificar em congressos scientificos mas nos obrigam, ao decerto, a um relato fiel e documentado, á administração que nos confiou o magno problema, do estado actual da campanha entre nós, á luz mesmo da sciencia internacional.

É importante assignalar que a nossa divergencia se evidencia tão manifesta e tão profunda em certos detalhes scientificos e technicos da questão, que faz gerar a crença de uma diversidade flagrante nas manifestações da doença entre nós e, principalmente, nas respectivas reacções ao tratamento official, que tomaremos a liberdade de chamar "pseudo especifico".

Mais commodo será, com effeito, optar por variedades pathologicas, influenciadas pelos factores virulencia, individuo e meio, do que attribuir resultados tão desconcertantes a vicios de observação ou defficiencias technicas, impossiveis em centros que, por todos os titulos, se revelam tão superiores ao nosso modesto recanto de mourejação scientifica.

As conferencias de Bangkok e Manila, justiça se lhes faça, estabeleceram principios de ordem geral, de valor innegavel para a solução do problema.

Haja vista os capitulos relativos ao "Ponto de vista internacional", destinado a pôr termo ás divergencias de opiniões, entre as quaes iremos alinhando as nossas, visceraes, no tocante ao lado pratico da campanha; ao "Annuario de Leprologia", á "Sociedade Internacional de Leprologia", órgãos fadados a uma actuação valiosissima em prol da uniformidade de conceitos em torno do problema, desde que não excluam a collaboração leal dos mais modestos observadores; á uniformização dos methodos, termos e classificações, que não pode prescindir, egualmente, da opinião dos observadores de todos os centros de estudo, sob pena de incorrer, nos desacertos que, de logo passaremos a apontar.

Propõe a Conferencia de Manila a designação de "Caso suspeito" para o paciente com "Signaes clinicos suggestivos de Lepre" mas insufficientes para um diagnostico definitivo e ao mesmo tempo condemna as designações "Caso clinico" e "Caso incipiente", respectivamente aos doentes com quadro symptomatico typico de leprose mas com exame bacterioscopico negativo e áquelles que apresentam a doença em periodo de inicio, com "lesões leves e com exame microscopico negativo".

Nada disso se aproveita para o nosso caso do Paraná. Antes de tudo, não temos observado ainda "Casos suspeitos", a não ser antes de submettidos a todas as provas diagnosticas; assim, ou o individuo não é doente ou é o francamente, por isso que aos dados clinicos, por minimos que o sejam, têm sempre correspondido exames bacterioscopicos **positivos** no muco nasal ou nas lesões cutaneas, immediatos ou logo após uma ou duas reactivações de iodeto.

Pelo mesmo motivo não nos convêm as denominações de "Caso clinico" e "Caso incipiente", nem a que propõe a Conferencia, porque as provas bacterioscopicas nos trahiram jamais quer nos casos typicos clinicamente, quer naquelles apresentando lesões discretas.

Consoante ao relato do illustre leprologo Dr. H. C. de Souza Araujo, a Conferencia condemna a designação "Caso infectuoso", creando a de "Caso aberto", po ranalogia com a tuberculose, seguramente para os eliminadores de bacillos e logicamente, "Caso fechado" para os que o não fazem. É isso, tambem, em absoluto, inapplicavel ao nosso meio. Os nossos doentes são todos infectuosos ou abertos, como o queiram. Jamais se viu no Leprosario São Roque um paciente "fechado" definitivamente: os rarissimos casos "fechados provisoriamente" **nunca em função do tratamento, chamado especifico**, apenas o têm sido em curto periodo, quebrado rapidamente pela reactivação provocada, pelo tratamento, ou pela reacção febril, damnosa sempre e sempre respondendo á therapeutica pelos derivados ou compostos de chaulmoogra.

A Conferencia opta, igualmente, pela substituição da designação ingleza "burned-out-case", pela de "Arrested-case", isto é "caso arrestado ou paralyzado com deformidades e indicio de inactividade permanente". Nenhuma dessas denominações en-

contram applicação para os nossos casos, cuja evolução terrível nada ha que detenha, muito menos o tratamento official, reactivador das exacerbações febres e lesionaes, multiplicador do sofrimento e espantallo real dos infelizes doentes.

* * *

No Capitulo referente á classificação clinica dos casos, a Conferencia merece applausos, pelo plano proposto, fixando apenas dois typos nervoso e cutaneo, dado o facto do bacillo apresentar accentuado neurotropismo, manifesto frequentemente nas antigas formas cutaneas. Podemos accrescentar que, sob esse aspecto, a nossa observação consigna serem todos os casos de Lepra mixta, por isso mesmo que constitue excepção a forma cutanea pura.

A nova classificação encerra vantagens praticas e technicas de grande alcance, baseada exclusivamente nos dados clinicos. Os casos serão considerados todos mixtos e arrolados nos dois grandes grupos, conforme a predominancia das lesões para o lado dos tecidos cutaneo ou nervoso.

Quanto ao gráo de evolução da doença, expressar-se-á com os indices I, II e III, pari-passu com o volume das lesões, identificando formas em inicio, medianamente avançadas e fortemente adeantadas.

Relatando esse capitulo, ainda o Dr. H. C. de Souza Araujo, affirma que "Para fins praticos muitos casos devem ser considerados essencialmente nervosos. De regra elles apresentam lesões despigmentadas na pelle, e nos casos typicos as pesquisas bacteriologicas pelos methodos usuaes são persistentemente negativas". E, mais adeante: "Ainda que nalguns casos se possa encontrar **occasionalmente**, bacillos no muco nasal" etc. etc.

Acceitando-se como verdadeira a asserção dessa autoridade no assumpto, poderemos declarar com toda a segurança e sem receio de contestação que a Lepra do Paraná é differente da dos outros Estados brasileiros.

Faltariamos com a verdade, com effeito, si não affirmassemos que, em nosso laboratorio, ainda não passou um doente de forma nervosa, mesmo incipiente sem o respectivo exame bacterioscopico positivo no muco nasal e na serosidade cutanea.

Ou, si a presença do bacillo no muco nasal ou no sangue implicar em não ser o caso consideravel da forma nervosa, modificaremos a asserção de que, no Paraná, não ha os taes doentes que, na pratica, devam ser considerados "essencialmente nervosos".

Na parte competente deste relatorio, ver-se-ão os resultados da revisão bacterioscopica feita ainda este mez no Leprosario, onde se não encontrou uma lamina **negativa**, quer de muco nasal, quer de serosidade cutanea, nos doentes de todas as formas clinicas aqui internados.

A Conferencia propoz, igualmente, classificar de "nervosos secundarios" — aquelles doentes de forma nervosa, que anteriormente tenham apresentado forma cutanea, da qual lograram melhorar tanto que apenas lhes restem lesões nervosas ou sequellas.

Um contacto de cinco annos com os doentes de Lepra não nos autoriza ainda a acceitar essa proposta, por isso mesmo que até hoje se não têm verificado melhoras definitivas na Lepra cutanea. Tendo praticado em serie o tartamento local da Lepra por meio do Acido trichloracetico, verificamos melhoras traduzidas em ligeiras regressões das lesões. Não passaram, todavia, esses resultados de melhoras mediocres e transitorias, não durante mais de 30 a 40 dias e seguidas de forte aggravação de todas as lesões, com espanto e repulsa dos doentes submetidos á experimentação.

Sobre a chamada "Reacção Leprotica", opina a Conferencia que os respectivos phenomenos sejam bem estudados, afim de se lhe pesquisar qualquer acção therapeutica e mesmo a maneira de combatel-as.

Nesse sentido podemos tambem apresentar a nossa contribuição.

Essas crises agudas, caracterizadas por elevação de temperatura, phenomenos dolorosos generalizados, erupções cutaneas mais ou menos intensas que variam entre as simples manchas hyperhemicas disseminadas até á installação de verdadeiras lesões erysipelatosas, essas reacções diziamos, devem bem revelar um estado de bacillemia ou de descarga toxica das lesões na torrente circulatoria.

Quanto ás consequencias dessas reacções estamos de accordo com Lara, das Philippinas, que concluiu serem ellas quasi sempre nocivas. A experiencia do Dr. Souza Araujo, mostrando que a reacção moderada é benefica, bem estabelece as differenças da leprose mesmo dentro do nosso paiz; no Leprosario São Roque as reacções expontaneas são sempre prejudiciaes aos doentes, fazendo-se acompanhar sempre da aggravação das lesões e do augmento da positividade da prova bacterescopica. Assim, um doente com laminas positivas em uma ou duas cruces (como classificamos aqui), depois de uma reacção, passará a apresentar 3 cruces.

Consoante ao que já expuzemos, o tratamento chamado especifico é um valente productor de reacções, sempre mais violentas que as expontaneas e sempre seguidas de aggravação de lesões mais accentuadas que apóz as reacções naturaes. Grande é o numero de observações em que o tratamento determinou reacções violentas acompanhadas de aggravação das lesões etc.

Esses casos vão bem de encontro ao lemma de Rogers e Muir: — "the earlier the diagnosis, the easier the cure", isto é quanto mais precoce o tratamento mais promissores são os resultados.

A observação corrobora, entretanto, a sabedoria do Professor Nocht, quando diz: **"Sans traitement beaucoup des cas récentes sont dissimulés, cachés et restant des sources d'infection pendent des annés Avec l'organisation d'un traitement efficace ces cas ne sont plus cachés, ils deviennent connus e peuvent être rendus inoffensifs"**. (O grypho é nosso).

Mas como? Será possivel a alguém renunciar aos recursos diagnosticos bem feitos e methodicos, para o diagnostico precoce, como praticamos aqui, para appellar para o recurso selvagem do tratamento mau e prejudicial ao doente? Repetiremos: ou a Lepra no Paraná é differente ou os leprologos de todo o mundo fecham os olhos ao lemma "Primum non nocere!"

O assumpto ligado ao tratamento, a Conferencia de Manila esmerilhou-o a fundo. Estabelece ser o methodo eclectico o que dá melhores resultados, associando recursos geraes a agentes especiaes, de resultado comprovado; apresenta como typo desses ultimos os esteres e os sabões sodico de chaulmoogra.

Dos primeiros, aqui empregados larga manu, pelas vias oral e intramuscular e dos segundos também muito usados, por essas e pela via endophlebica, a nossa já longa observação tem controllado resultados sempre nulos e quasi sempre altamente negativos.

A repetição das reacções, seguida de aggravação das lesões e do estado geral, têm sido os efeitos sempre apreciados, com lastima por nós e pelos nossos auxiliares, e com desconsolo e revolta, pelos nossos doentes, que repellem em garnde maioria o tratamento, com justa razão.

Os sabões sodicos, de que usámos o "Alepol", preparado em Manguinhos, em injecções intravenosas é um medicamento impossivel de ser usado longamente, porque se mostra um esclerosante de alto poder; após as primeiras injecções as veias dos infelizes pacientes são transformadas em duros e dolorosos cordões fibrosos.

Essas constatações todas, patentes a todos os que nos interessamos pelo assumpto, são muito mais manifestas para o lado dos pacientes, na verdade os mais prejudicados moral e materialmente por um motivo, pelo qual não devem ser responsabilizados, por isso que ninguem os poderá culpar pela diversidade da doença que apresentam em face da Lepra dos outros Estados e dos outros paizes, onde as curas e os exames negativos e os "arrestamentos", são tão frequentes.

Nada seria a inefficacia do tratamento, si apenas se tratasse de inefficacia; com o que não podem e não devem mesmo se conformar os pacientes é com as peioras manifestas, tanto maiores quanto mais avançada a doença e quanto mais intensiva for a administração da droga.

Argumentar-se-á fatalmente, estamos disso seguro, com os problemas das indicações, da escolha dos casos e da dosagem do remedio.

O nosso material é, todavia, grande e as nossas observações tem obedecido a um criterio scientifico quanto possivel proximo do perfeito. Todas as condições têm sido previstas. Os casos têm sido separados sob todos os aspectos e formas. Todos os grãos de evolução da doença têm sido marcados. E

todas as doses e a frequencia do tratamento têm variado em todos os limites.

Ao envez de relatar fichas therapeuticas, será mais interessante, descrever a repulsa dos doentes ao malfalado tratamento.

Geralmente só os novos internados é que o acceitam; as informações e os conselhos dos experimentados não são bastante fortes nunca para contrapezar a nossa persuasão, que lhes reforça esperança. É dura e proxima, porém, a desillusão. A primeira reacção, dando-lhes a prova do proprio soffrimento, atesta-lhes de prompto, que os companheiros de doença tinham razão e que os medicos mentiram! Mentiram e peccaram impiedosamente, na pratica de um charlatanismo, que a lei pode escudar, mas que a consciencia e o sentimento condemnam e repellem.

A revisão deste anno, qual espada de Damocles, feriu em cheio a constancia de alguns delles: um polonez de 86 annos de idade, apresentando uma forma tuberculosa C II, datando de 5 annos, internado no Leprosario desde 1927 tem pautado o seu isolamento por uma obediencia rigorosa ao methodo therapeutico, 266 injeccões de Carpotreno: 61 injeccões de Novolmoogra; 55 injeccões de Antilebrina e 125 injeccões de Antileprol já lhe perpassaram as pobres nadegas, e irritaram e infiltraram os miseros gluteos: 580 gottas de Carpotreno: 920 gottas de Novolmoogra; 2040 gottas de Antilebrina e 1700 gottas de Antileprol já lhe castigaram as mucosas gastro-entericas, subordinando-o ao cruel penar de inumeras dyspesias e disturbios intestinaes.

Varias reacções já o prostaram ao leito do soffrimento tenaz. Nada disso o demoveu, porem, do proposito firme de tratar-se, nada lhe apagou os anhelos doces de curar-se um dia.

Compareceu ao laboratorio, para o exame, com o sorriso de todas as esperanças, com a serenidade do justo que vem buscar o premio de tanta abnegação.

— "Doutor, sintom-me bem melhor e estou certo de que vou ter exames negativos desta vez".

É opportuno esclarecer que o estado moral do leproso, como

de todos os doentes, é sempre firme, sempre rijo. Nunca elles se julgam perdidos a :esperança na cura dá-lhes sempre a impressão de melhora. O abatimento o descoroção que se seguem ás desillusões, sempre repetidas, duram bem pouco, e logo depois a confiança volta.

É facil imaginar, com que dôr e com que revolta o nosso assistente se dirigiu ao pobre polonez, para enganar-o que as laminas de muco e lesão cutanea haviam dado um bom resultado positivo com um cruz apenas.

Mas a objectiva do Zeiss, focalizavam na realidade e septica 3 cruces, para as duas provas, riquissimas em bacillos de Hansen, que a Conferencia, agora, resolveu denominar "Micobacterium Leprae"...

Casos como esse, que são todos os dias, já nos orientaram uma directriz, condizente com o interesse dos doentes e sobretudo com a possibilidade economica do Estado.

O para nós tão chocante lemma de Rogers e Muir, nos induziu ao criterio therapeutico seguinte: Nada de chaulmoogra para os doentes avançados (N III e C III), os quaes recebem medicamentos de acção geral, tonica e reconstituente: tratamento facultativo com Chaulmoogra aos casos medianamente adiantados (N II e C II); tratamento obrigatorio com chaulmoogra aos casos em inicio (N I e C I).

Essa orientação não tem qualidades para se manter, entretanto. Um certo numero de casos observados com o tratamento symptomatico e geral, já nos está convencendo de que assim, a doença evolve em melhores condições para o doente.

A Conferencia de Manila, conforme o relato acatado de Souza Araujo, passou a recommendar um novo methodo e uma nova via de introdução para o tratamento com os esteres e os sabões sodicos de chaulmoogra.

Consiste a nova orientação na injeccão intradermica da droga, na dose de 5 cc, por semana, introduzindo-se em cada picada 0,1 cc. do producto, quer dizer que o paciente deverá sofrer 50 espetadellas, para cada dose!!!

Segundo parece, trata-se de um ataque local ás lesões, que deverão ser circundadas e infiltradas pelo remedio.

Souza Araujo, que asisstiu aos respectivos ensaios em Honolulu, julga o tratamento "penoso para o doente e para o medico".

O medico será um factor secundario no caso; o amôr ao trabalho, á sciencia e aos proprios doentes, obrigam-no frequentemente a muito mais do que isso.

O sacrificio repetido ao doente, da doença mais cruel, é que, a nosso ver, será uma contraindicação de pezo, tanto maior quanto menores forem os resultados a esperar.

Aguardarems, por isso, novos pronunciamentos a respeito, visto que nada nos encoraja a tentar novas experimentações com os productos apontados.

Quando da visita feita ao nosso serviço pelo Professor Fuginami, da Faculdade de Medicina de Tokio, no Japão, chamou-nos a attenção esse sabio para a maior frequencia, entre nós, da forma tunberculosa, quando no seu paiz a forma nervosa era a mais observada.

Tendo gravado a apreciação do illustre pathologista japonéz, surprehendeu-nos a descrença que tambem se nota naquelle paiz do oriente, com relação ao tratamento "especial" da Lepra; lá se firma, ainda, a segregação como o unico e talvez como o principal recurso prophylactico.

Nesse particular, estamos em perfeita harmonia, tendo-se a impressão de que, ao menos os japonezes, nos corroborem na apreciação da therapeutica actual.

* * *

No capitulo ligado á prophylaxia, a Conferencia de Manila adoptou, depois de aprovar, os já mencionados "Principes modernes de la Prophylaxie de la Lépre". que já conheciamos atravez da communicação do Prof. Dr. Nocht, de Hamburgo e publicada na Revista de Hygiene e Saude Publica.

Nesse terreno, perdoai-nos a ousadia, é integral a nossa desapprovação ao aproveitamento dos referidos principios ao caso particular do Paraná, e talvez do resto do Brasil, onde, todavia, não conhecemos os detalhes do problema.

A Conferencia opta pelas vantagens do tratamento como

elemento de combate contra a Lepra, salientando fortemente a sua importancia e predomínio sobre o isolamento.

A segregação, termo condemnado em Manila e que deve ser substituído por "isolamento" destinar-se-á exclusivamente aos casos abertos aos doentes infectuosos, em outros termos, aos eliminadores de bacillos.

Todos os defeitos, todos os males foram imputados ao methodo escandinavo, execrado em nome dos principios de humanidade, solidariedade, fraternidade etc. Os adjectivos nefando, escravizador, cruel, não foram poupados na condemnação desse recurso prophylactico, o unico, a nosos ver, capaz de resolver o problema entre nós!

A superioridade do tratamento como elemento de combate, funda-se mais ou menos nos seguintes itens:

a) — principalmente na vantagem de poder ser applicado em ambulatorios;

b) — na dispistagem "facil" dos casos de Lepra, attrahidos pelas curas ou pelos resultados therapeuticos;

c) — no diagnosetico precoce dos casos que gosarão, assim, do tratamento, tambem precoce;

d) — finalmente nas vantagens innumerables, ligadas ao lado sentimental, moral e social do problema.

Em optima occasião, acaba de chegar-nos ás mãos, o bello trabalho. "Organisação actual dos serviços de Prophylaxia da Lepra em São Paulo, editado em Março deste anno e da autoria do Professor J. de Aguiar Pupo, que julgamos, pelos seus titulos e seus trabalhos, em nome da maxima projecção na leprologia brasileira.

Abordando o estudo dos dispensarios, como arma de prophylaxia de Lepra, o mestre eminente, de quem nos honraremos em caminhar juntos, começa esclarecendo o motivo por que delles lançaram mãos os inglezes nos seus dominios, onde a Lepra attinge a 500.000 habitantes e onde, por isso mesmo, não haveria os recursos fabulosos, capazes de enfrentar o combate pelo methodo escandinavo.

Demonstra a seguir que o problema, em São Paulo, apresenta proporções muito menores, dada a pequena expansão do

mal de Hansen, e por isso, perfeitamente compatível com a solução nas bases do isolamento.

O bem elaborado capitulo termina com as ponderações seguintes, justificativas da orientação delineada em São Paulo pelo destacado patricio e que transcrevemos, com a devida venia:

"a) — que os medicamentos especificos actualmente empregados contra a Lepra (oleo de chaulmoogra e derivados, compostos de ouro e iodicos) pela sua acção lenta, muitas vezes insufficiente para deter a evolução da molestia, não justificam a organização de dispensarios como arma de prophylaxia curativa;

b) — que o tratamento dos doentes nos dispensarios afasta a hygiene da acção domiciliar, de grande importancia, visto ser a Lepra uma doença que se propaga de preferencia na promiscuidade da vida domestica;

c) — que o regime liberal dos dispensarios dá ao doente habitos desfavoraveis á applicação das medidas ulteriores de isolamento, decorrentes da evolução do mal para estados contagiantes".

Mais do que pela simples idéa de profunda semelhança entre as manifestações leproticas em São Paulo e neste Estado, perfeitamente justificaveis pela situação geographica e demais factores relacionados com o individuo e o terreno, como pela permuta frequente de doentes que transitam livremente entre os dois Estados, as proposições do illustre leprologo bandeirante, confortam-nos sinceramente, tanto mais quanto se revelam ditadas por uma experiencia longa e honesta, no trato da doença e do doente e illuminada por uma consciencia serena e um sadio proposito de acertar, no beneficio da collectividade.

Absolutamente nada mais se nos exigiria, estamos disso seguro, para demonstrar o alto valor negativo do methodo ambulatorio, para ser applicado entre nós.

É justo, entretanto, que addiccionemos, com a devida permissão, outros itens aos arrolados por Aguiar Pupo, os quaes merecem o nosso endosso integral.

As condições particulares do problema entre nós e o fructo da modesta experiencia que adquirimos, commandam tornemos á evidencia o seguinte:

a) — o combate á Lepra por meio dos Dispensarios é, preliminarmente, impraticavel no Paraná, por isso que, destinado á lidaçãõ com os doentes fechados, não infectantes ou inactivos, como o queiram, não encontraria pacientes — neste Estado não ha doentes fechados. Todos os nossos leprosos até hoje internados no Leprosario São Roque são abertos, infectantes, activos, contagiantes, etc. Na respectiva parte deste relatorio encontrar-se-ão os quadros de revisão, onde se vêem, 274 doentes, dando um total de 274 laminas de muco nasal e 274 laminas de lesão cutanea todas positivas!

Dentre esses doentes, estão, em minoria, 34 doentes de forma nervosa e 22 de forma mixta, todos nas mesmissimas condições;

b) — mesmo que assim não o fosse, argumentando por absurdo, supponhamos que 50% desses doentes estivessem fechados, "arrestados" ou cousa que o valha, 84 localidades do Paraná têm concorrido com doentes para o Leprosario São Roque, sendo 38 municipios.

Que raciocinio anti-economico propugnaria a installação de ambulatorios em condições de tornar effectivo o tratamento nas localidades ou municipios, onde existissem os taes doentes?

c) — continuando na argumentação, por absurdo, admittamos que os dispensarios se installassem. Elles ficariam ás moscas, preso morto na equação da campanha.

E ficariam ás moscas!

Porque os doentes de Lepra não são doentes vulgares; são dotados de uma psychologia bastante especial, que só o trato demorado e attento póde aos poucos surprehender. De começo, não são doentes de Lepra e ninguem o affirme; são rheumaticos, syphiliticos e victimas de resfriados chronicos, ou accidentes que os deformam. Ao depois, quando a evidencia é chocante, elles procuram fugir ás vistas curiosas e repugnantes que os irritam e os fazem soffrer.

Porque depois, convencidos da necessidade de um tratamento, enfim, — não vos illudis — os primeiros appellos não se dirigem ao medico, á pharmacia ou a sciencia official, em summa: os primeiros appellos ecoam, antes de tudo, ás portas

do "Benzedôr", e depois do "Curador", os quaes, pela ignorancia melhor os demovem da idéa da "Lepra" ou então os enchem de socego pela promessa da cura.

Porque muito ao depois, sim senhor, cansados de tanta desillusão e do soffrimento que o empirismo lhes inflige, ahí sim, irão elles á procura do dispensario e do medico officiaes, á busca da ultima desillusão.

Desillusão que não tarda, porque virá rapida com as dôres das primeiras injeções e com as eructações acres das primeiras capsulas.

Desillusão que será proxima com a primeira reacção e consequente exacerbação das lesões.

Desillusão que depressa os obrigará a repellir o tratamento.

Desillusão, enfim, que os não estimulará a persuadirem aos outros doentes de seguirem a senda do mesmo sacrificio.

Segregados, escravizados, torturados pela algema do isolamento, os doentes de São Roque recusam energicamente o tratamento, sem embargo do nosso trabalho penoso, porque mentiroso, mas até aqui intenso e dedicado pela catechése therapeutica.

De que maneira, pois, tratál-os em dispensarios onde a liberdade mais e mais lhes facultará a repulsa?

* * *

Considerariamos em chéque a altivez deste relatorio, despretencioso, nada derrotista, comquanto iconoclasta, mas sincero e leal, si não apontassemos aqui a necessaria emenda, destinada ao caso particularissimo do nosso problema local.

Longe de nós, porem, a ousadia de pretendermos resolver a questão da prophylaxia da Lepra no Paraná, caso já resolvido com a installação do Leprosario São Roque, obra que, como já dissemos algures, sagrou a benemerencia do Governo que a idealizou e executou.

O fracasso do tratamento especial pelos derivados e compostos de chaulmoogra, actualmente preconizados, como procurámos demonstrar e de que estaremos firmemente conven-

cidos, até que se nos prove o contrario, á maneira de S. Thomé, autoriza-nos a estabelecer o isolamento como o unico recurso prophylactico para a debellação do mal de Hansen entre nós.

O isolamento dos doentes no São Roque, pois, continuará a ser a arma mais efficás na lucta já encetada. E o ultimo leproso internado, marcará a éra grandiosa da victoria da sciencia sobre o terrivel mal que vae se assenhoreando da população do nosso Estado.

Desde que assumimos a direcção do serviço, que nos empenhamos decididamente, pela execução prompta do serviço de vigilancia dos communicantes, o que aliáz já fora pleiteado por Luiz Medeiros, organizador do Leprosario e seu primeiro Director, de quem tivemos a honra de receber os primeiros ensinamentos e com quem encetámos os primeiros estudos no vasto campo da Leprologia.

A convicção firme de que o novo serviço se tornava imprescindivel á efficiencia da campanha, compelliu-nos a um trabalho intransigente, que só logrou cessar quando a tarefa teve inicio em Curityba.

Organizámos a carta dos fócios da Capital e do Estado, falla, imperfeita á falta de um trabalho estatistico exacto, mas impulsionámos de tal forma o assumpto, que o serviço foi iniciado, com proveito, na Capital, comquanto ao que parece não esteja nas proporções necessarias e sufficientes, como pleiteámos.

Urge estender o serviço, dentro de possibilidades determinadas, em todos os fócios do Estado, ou pelo menos em todas as localidades onde houver medicos ou pharmaceuticos, para colherem ao menos o respectivo material.

O despreso, o atrazo ou a imperfeição desse serviço comprometterão seriamente a solução do problema, não só em face do factor tempo, como do factor economico.

Com o isolamento de todos os doentes de Lepra do Estado, o que promettemos fazer em 5 annos, mas somos capazes de executar em dois, si nos concederem recursos, estará resolvido provisoriamente nesse periodo o lado urgente da questão.

A installação e funccionamiento regular da vigilância dos

fócos ou communicantes, integralizará a campanha no lapso de uma geração.

Deveis perdoar a audacia que o nosso optimismo alicerça. Mas a nossa convicção vae alem. Cremos que a revolução e o periodo renovador que atravessamos, justificará a affirmação de que constitue dever, de que constitue para o Estado obrigação indeclinavel ouvir o nosso apello e encarar a questão de frente, pelo lado que a viemos de expor...

Repetiremos o que já ficou no inicio deste prefacio: o Estado que já gastou vultuosa somma, na construcção do Leprosario São Roque e que dispende elevada quantia com o seu custeio, o Estado não poderá deixar de atacar, com energia e desassombro, a Campanha já iniciada, mesmo que isso lhe sobrecarregue de alguns contos de réis o orçamento da despesa.

CONCLUSÕES

O fracasso therapeutico e varias características da doença e do doente, estabelecem particularidade na Lepra deste Estado, que a não differem muito da verificada em São Paulo.

Essas constatações autorizam a admittir certa analogia com a Lepra de São Paulo e do Japão, onde se afasta tambem para segundo plano o methodo prophylatico, baseado no tratamento, para erigir-se como recurso principal, ou unico, o isolamento.

Sem contrariar as intenções das Conferencias de Bangkok e Manila, quando aconselham o intercambio internacional, as viangens internacionaes, somos de opinião que, no Brasil é, antes de tudo, mister estudar-se primeiramente a Lepra brasileira, estabelecendo, principalmente, as differenças que ella pode offerecer nos Estados, ao longo do seu vastissimo territorio.

Sentimo-nos perfeitamente ao lado do Prof. Dr. Nocht quando assevéra: "La Lépre a un grand champ de manifestations et les conditions locales sont différences d'un tel degré, qu'ils influencent les resultats de toute activité contre la maladie".

Nunca, mais do que aqui, cabe a sentença de que os brasileiros precisam conhecer-se a si mesmos e ao seu paiz. Sejam rasoaveis ao menos uma vez, agora que se pretende renovar a nacionalidade.

É tempo de fechar a importação, pelo menos á sciencia estrangeira, que quando não vem estudar os nossos casos para depois dar-nos a solução, nol-o envia tão coherente com as nossas cousas como um ovo e um espeto!

Repitamos os congressos nacionaes, activemos o intercambio scientifico inter-estadual e as viagens "dentro do Brasil" e procuraremos em summa, nós mesmos, os remedios para os nossos males, bastante diversos dos do estrangeiro, como já bem o affirmou o espirito brilhante e pujante de nacionalismo de Aluizio França!

* * *

A confiança no vosso patriotismo, e no vosso accendrado amor á causa do Paraná, nos estimulam a alinhar, em seguida, os itens sobre os quaes projectámos o revolvimento da campanha antileprotica neste Estado, para submettel-os á vossa esclarecida apreciação, com a mesma fé, com que vos acabamos de revelar o seu estado actual.

1) — Organização de uma **Inspectoria geral de prophylaxia da Lepra na Capital** — sem grande augmento de despesas. Séde no edificio onde funciona a Directoria de Saude Publica. Constituida por 2 inspectores sanitarios e dos auxiliares academicos e chefiada pelo actual Director do Leprosario, accumulando serviço sem renumeração especial.

Funcção. Policiamento mensal dos focos da Capital e despistagem de casos novos. Inspeção semestral especializada nas escolas e nos quarteis, primeiro, em collaboração com os profissionaes incumbidos dessa tarefa e depois: incentivar constantemente e fiscalizar, si possivel, a continuidade do serviço.

2) — Obtenção dos recursos modicos, mas sufficientes, como o fim de facultar aos funcionarios da Inspectoria a possibilidade de emprehenderem viagens repetidas por todo o interior do Estado, onde existam ou, se presume existirem doentes ou communicantes de Lepra, para os objectivos seguintes:

a) — antes de tudo, effectivação de um trabalho estatistico completo e exacto, a bem do serviço;

b) — diagnostico e remoção prompta dos doentes encontrados;

c) — vigilancia dos communicantes;

d) — contacto repetido com os medicos e pharmaceuticos do interior dos quaes se espera uma collaboração efficiente, obtida só depois de um trabalho de persuasão e instrucção;

3) — Obtenção de um augmento no quadro clinico do Leprosario, com a nomeação de outro medico auxiliar e de dois auxiliares academicos, de molde a tornar possivel, sem sacrificio, mas com expontaneo zelo, a realização de trabalhos scientificos, aproveitando-se o rico e abundante material de estudos que aqui se encontra.

4) — Augmento dos vencimentos do medico auxiliar actual (e do novo a ser nomeado), pelo menos á altura do que percebe no mesmo cargo o que trabalha no Sanatorio da Lapa. A presente desigualdade de honorarios sobre ser iniqua, está em desaccordo com a natureza do trabalho que lhes é comettido. A nosso ver o profissional que trabalha em "Lepra" deveria ser mais bem renumerado que qualquer outro. A continuação da desigualdade apontada esmagará o estimulo do funcionario, com sensivel prejuizo para o serviço scientifico, que precisa de pesquisadores de muito boa vontade e muito amôr á causa da colletividade, o que não é compativel com um honorario parco, insufficiente para as despesas mais urgentes á vida vegetativa.

Os auxiliares academicos contentar-se-ão com uma gratificação mensal de 500\$000, bem insignificante em face do grande auxilio que poderão prestar.

As escolha desses collaboradores, far-se-á mediante concurso, a que se submetterão estudantes dos 5.º e 6.º annos de nossa Faculdade, ao depois de dois mezes de frequencia no Leprosario, facultada aos interessados.

5) — Augmento de apenas 20:000\$000, na actual verba "Despesas não especificadas", actualmente de 3:000\$000. Com esse recurso prover-se-á o Leprosario de muito material e apparelhagem, cuja falta impede a realização de trabalhos scientificos, que devem ser emprendidos.

6) — Não passando de 1000, os doentes existentes no Estado e tendo sido já matriculados 564 a reactivação do recolhi-

mento de novos doentes e a captura de evadidos, fará augmentar a população do Instituto rapidamente. A sua capacidade, com ligeiro augmento de 10 casas, do typo das já existentes no valor maximo de 30:000\$000 comportará perfeitamente o referido augmento.

A despesa do instituto será, em realidade accrescida, em funcção do maior recolhimento de doentes, mas as vantagens da nova orientação, justificarão de sobejo esse augmento.

7) — Instituição do Leprosario, como séde de um destacamento da policia militar do Estado, com 10 soldados, 1 cabo e 1 sargento, como unica fórma de manter a ordem interna do estabelecimento, e prestigio do corpo clinico e das irmãs de caridade, e de cohibir as fugas, moeda corrente aqui, como em todos os leprosarios do mundo, mas factor de descredito e altamente lesivo ao interesse economico do Estado.

8) — Não resta a menor duvida de que essas medidas, mesmo effectivadas com a maxima economia, accarretarão um sensivel accrescimento no orçamento geral da Despesa do Estado.

É necessario esclarecer, todavia, que o accrescimo não será definitivo. Dentro de poucos annos elle cessará, com a extinção do problema prophylactico, sendo que, com a campanha, assim orientada, será licito crêr que a despesa forçada, com o custeio do Leprosario, irá decrescendo anno por anno até o encerramento do Instituto.

Contrariamente, a prevalecer a situação actual, o Estado despenderá **indefinidamente** a somma prevista com a manutenção do hospital, cuja construcção, estamos certo, não obedeceu a esse desiderato; e, o que será peor, para vergonha nossa e para remorso eterno dos que não quizerem comprehender o presente estado de cousas, a "Lepra" continuará a sua sanha de devastação e horrores, atravez da nossa terra e para miseria da nossa gente!

ERASTO GAERTNER

ORAÇÃO DE PARANINFO

NA COLAÇÃO DE GRAU AOS MEDICOS

"Meus jovens e queridos colegas.

Aqui me vedes, alçado às eminências deste mandato pelo milagre dos vossos sufrágios, para sentir e vibrar convosco os jubilos sadios da investidura doutoral.

E quiz o acaso, penumbrada a razão aos arodres da juventude, que coubesse ao menos credenciado dos vossos mestres o acesso a esta tribuna de honra, no momento da vida escolar, ao atingirdes á meta de ha tanto sonhada e acalentada, dos vossos trabalhos e das vossas vigílias, das surpresas, das alegrias e dos desenganos, nessa seára imensa do pensamento, que apenas acabaes de lavrar e semear e já vos reclama a colheita esforços redobrados e diligências multiplicadas.

Em festas repetidas neste recinto, aqui têm vindo gerações embevecidas, em consistorio, a meditarem os avisos da experiencia, a linguagem da sabedoria, na mistica enlevada das grandes comemorações.

Este é o vosso dia. E só quem já o viveu também poderá sentir, como agora eu sinto, o contagio eletrizante do vosso entusiasmo, o transporte das vossas almas, o estremecer do vosso peito pelas ansias e visões do futuro desconhecido.

Falastes, na formosa alocução do vosso intérprete, com a sinceridade e os impetos abrasados da mocidade.

Foi uma alvorada de clarins a cantar o hino do sol nascente, emoção musical e delirio de luz, saturando este ar da generosidade e da fidalguia do vosso espirito juvenil.

No magico resoar dessas palavras, que nos ainda encantam, déstes o garbo esplendente, que singulariza a pujança dos vossos empreendimentos, sempre altivos e nobres e bizarros, animados da centelha misteriosa, que é a propria força creadora, sublimada na poesia verde dos vossos anos.

Foi o arrebatamento dos moços que falou. Pendores que tocam as estrelas matutinas, faiscando clarões de ternura e baixam afogueadas pelas primeiras irradiações solares.

Ouvireis agora a palavra um tanto mais experiente porque já castigada nos ensaios.

Falar-vos-ão os primeiros cabelos brancos, que sombreiam, sévérios, a tenacidade e os arroubos das investidas, empoeirados já de contemplarem os malogros iterativos, que alongam ao infinito o alvo das nossas aspirações, qual nova prebenda de Sísifo.

Entregastes-me, realmente, o ramo de murta para que fosse minha a oblação ao perstígio da estirpe a que ides pertencer.

Mas "o melhor da vida do homem da mocidade lhe vem"; (1) e aquele que arrosta agora duríssima prova, em celebrar a imponência da nossa profissão, bem preferira continuar extasiado na miragem da juventude, que lhe ainda sorri no fundo da alma. E a vantagem seria de refugir, ainda, á filosofia do poeta entristecido na decepção do Contraste:

— Os desenganos vão conosco á frente. E as esperanças vão ficando atrás. (2).

Nem só por isso impenderia, entretanto, insistir no tema porque ao médico, mais que a outro qualquer, em toda a vida, influem poderosamente as inspirações vigorosas, que brotam na fase da constituição espiritual.

Embalae acariciae, por isso, nos imos corações, a efusão suave dessa quadra, que se não repte e que se não exprime com palavras, eis que, depois de vivida, só se revive na admiração do passado, na gratidão da saudade.

E guardae, sobretudo, como tezouro preciosíssimo, que o é, tudo que aprendestes da ciência da vida, nesses anos de primavera. Ecrínios de orvalho em cristal, ás flores do vosso espírito se abriram os segredos da natureza: no amor, génio vital e símbolo da renovação; na dor, que é sofrimento, que é angústia e morte, imposição do equilíbrio universal.

* * *

1) Aloysio de Castro.

2) Pe. Antonio Thomaz.

Na estratificação da vossa cultura, engolfada no estudo, absorvida nos tratados, trabalhada na observação, esmerilhada no raciocínio, — persiste um cimento, que tudo ligou; amalgama ideal, que supera as próprias leis da combinação, sustentáculo imperecível na edificação do saber.

É o sentimento da caridade, que se já ostenta, em filigranas, na formação moral da vossa personalidade.

Caridade que já nasceu convosco, divinizando o amor e os carinhos de mãe, açodada em desvelos de pluma, no berço macio.

Caridade, maior que a prudência e mais alta que o amor, que lapidastes, com assiduidade, dedicação e cortezia, e sublimastes em desinteresse e benevolência, ungidos ao piedoso recato das enfermarias. Ávidos no aprendizado da arte de curar e suavizar a dor do semelhante, compreendestes, também, quanto generoso obviar a impaciência de quem sofre.

As montanhas imensas de obras, impressas em atropelos de publicidade, ainda que profundamente assimiladas; a prática mais extensa e cuidadosa, ainda que exercitada em excessos de prestidigitação, — tudo seria impotente e ridículo e rescenderia a odores de renegação para exprimir o apostolado da medicina.

Medicina sem caridade jamais será medicina. Será vil arremedo, mascarada e zombaria para se comprazer na inferioridade. Será a máquina, inventada para o serviço do homem, a escarnecer do imperativo biológico. Será, quando muito, a inteligência sem o coração.

Onde, porém, a inspiração harmoniosa, que ri tantas vezes da sabença empolada, e que trata e que acerta, e cura e levanta os enfermos?

Onde, porém, o estro sublime, que se caldeia, também de fé, que socorre delicadamente e que engendra o milagre, resumando graça divina, na sedação da dor?

Na caridade somente, meus queridos amigos "que não tem medo dos poderosos nem vergonha dos pobres". Na caridade,

calada na sua modestia, quieta na humildade, "mas que une a coragem á bondade, e a bondade á justiça".(1)

Sem o fundamento da caridade, sem a coesão da sua argamassa, que enche os interstícios e solidariza o todo, nem resistência nem equilíbrio lograria o edificio da vossa cultura, que só em virtude se eleva para atingir ás magnificencias da vida humana.

Completamente nova é a vida que vos espera, lá para fora dos humbraes desta Faculdade, onde, vezes sem conta, puzestes á prova a excelencia dos vossos meritos. E agora, que vencestes pelo trabalho e pelo estudo, atentaes bem que só o conseguistes porque vos ajudaram tambem e com preponderancia os vossos dotes moraes. É que o ministerio que entraes, privilegio das almas bem formadas, não tem logar para a mediocridade, que vegeta nos instintos inferiores, ou se alteia nas expansões do mal.

Ides palmilhar, longe do amparo dos mestres, o caminho da clinica ou aquele da medicina publica, rota bifurcada na vida do medico, ao peso das vocações ou das contingencias. Para qualquer lado que enveredeis, não se vos afigurem nunca suficientes os cabedaes de preparo já adquiridos ou por armazenar, em avigorados esforços. Não haveis de opor limites á vossa ansia de saber.

E, comtudo, não acrediteis que a só bagagem, posto que integrada de convicção, seja bastante para suavizar a jornada e para lhe arredar os tropeços ou atenuar as responsabilidades. Porque o caminho é longo, é difficil e juncado de espinhos em toda a extensão.

Tenho para mim que houvera frustrado o meu designio quando vos não abrisse os olhos, nesta ultima lição, para os embaraços, ainda que os mais elementares, com que ides topar aos vossos primeiros passos. Bem pequeno é o tirocinio do mestre e a diminuta capacidade mais lhe reduz a valia dos conselhos. Recebei-os, todavia, meus caros colegas, com a longanimidade mesma da minha escolha; quando nada os recomende, levarão eles, pelo menos, o carinho expontaneo, o selo amigo da mais intima confissão.

* * *

1) Gabriel Palau.

No longo percurso, que vindes de concluir, um companheiro dentre todos se destacou, pelo costume e pela continuidade do trato e do afeto com que o distinguistes. Foi o livro. Dele não vos separastes e, nos anos demorados em tão proxima convivencia, rendestes-lhe o mais assinalado culto, nume que vos foi na conquista diuturna do saber.

Eis ahi uma afeição que não tereis nunca por bem cultivada, tantos os beneficios de que lhe ireis usufruir. Não lhe deveis desertar jamais as paginas, ás quaes devotareis os mais lucidos momentos. As horas frescas da manhã, retemperado o espirito no repouso salutar, alertado o pendor critico na claridade do diluculo, são os mais propicios momentos para o encontro metodico, para a nutrição normal e proveitosa.

Respeitae, no entanto, a amizade para serdes bons amigos, boa amizade não comporta, nem com o livro, a subordinação passiva. Criticae-o, pois, repreendei-o sempre que o mereça, primeiro de lhe haverdes fixado as noções.

Sujeitae-o, tambem, como alimento, às normas da digestão sadia, si não desejaes perturbar o equilibrio das trocas, forçando as rejeições anômalas e intempestivas.

Entrementes meditae nos conceitos moraes que o livro encerra, sem esquecer que a ciencia perde em majestade, sempre que se não socorre da virtude. As ideais escritas se embotam e desmoronam, em renovação constante mas os sentimentos, aprimorados e enternecidos no altruismo, esses permanecem e ficam, frutificando como a palavra divina "Semen est verbum Dei" — "tão poderosa, e tão eficaz, que não só na boa terra faz fruto, mas até nas pedras, e nos espinhos nasce".⁽¹⁾ como pregava Vieira.

Assim condicionado o vosso apego ao livro, criticando-o para o escoimar de tudo que se não ajuste aos rigores da vossa consciencia, alargadas vos estarão as faculdades da leitura, por todos os dominios do pensamento humano.

Nem o criterio da especialização justifica os freios á natural expansão da cultura. As revelações da iniciação medica dão azas ao espirito e este não quer ver limites á sedução dos grandes vãos pela amplidão do azul.

1) Antonio Vieira — Sermão da Sexagesima.

A curiosidade científica nem sempre escolhe dentro de casa os mananciaes afins; bem vezes lhe ocorre transpor as barreiras convencionaes, afim de que se lhe saciem as estranhas inclinações. Essas digressões dilatam os horizontes da intelectualidade; salutare e bemfazejas tanto mais o serão quanto mais se elevem aos altiplanos da indagação filosofica.

Oriunda do aferro á vida, do instinto mesmo da conservação, a medicina nasceu com a filosofia, que prescruta os misterios das causas, e dela se não afasta, des'dos alicerces da escola de Cós, no curso dos seculos e dos seculos, até ás torres da audacia arquitetonica dos dias de hoje.

Cultivae a filosofia e cinzelae, com ela, solidificadas, as columnas da vossa razão. E não vos jacteis de experimentadores, quando são infinitos os fenomenos e ocultas são as causas e transitorias as formas. Aprendei, como Socrates, a julgar pelo sentimento "como as pessoas de bom gosto julgam as obras de talento", ponderae as concepções sublimes de Aristoteles, do platonismo e fortificae na meditação dos estoicos a rigidez da vossa tempera.

Impõe-se a devoção no trato da ciencia de todas as ciencias para que não falem energias na hora amarga dos duelos com a morte, com aquela "que é a unica a ler o ultimo capitulo que falta nos meus livros de medicina, onde tudo se explica, todos os enigmas apresentados são resolvidos e toda a pergunta tem resposta",⁽¹⁾ como a encarou a imaginação fecundissima do solitario de San Michele.

Enriquecendo as fontes do raciocinio, bem verdade, mas sem abdicar o medico, jamais, pelo dogma, á convicção escudada na ciencia positiva, ficareis muito á vontade com Claude Bernard, adepto vigoroso do determinismo científico e obstinado e rebelde em remontar á causa primeira... "Lá, je n'ai pas d'opinion; c'est affaire de foi, non d'experience..."⁽²⁾

Pelos mesmos motivos não poderão ficar descuradas as artes e as letras, cuja familiaridade afina, tambem, o sentimento. Os gostos se apuram até ao aticismo nesse cultivo, a que o contacto dos classicos perfuma de mistico fascinio.

1) Axel Munthe.

2) Maurice de Fleury.

É de mister persuadir-vos da utilidade e da necessidade, que se nos impõe a nos outros, de bem conhecermos e bem conhecermos e bem manejarmos o vernaculo, como instrumento imprescindivel ás nossas permutas scientificas. A rapida evolução dos nossos tempos se processa á custa de intenso metabolismo, no qual entram os medicos, positivamente, com o contingente de escól e é justo que se esforce cada um pela precisão e pela elegancia da forma, sem o que, longe de amenizada, intoleravel se afigura de aridez a elocubração mental.

Universalizadas, assim, as vossas idéas, outro tanto não n'o fareis na pratica da vossa arte, que se quer adestrada e exata, na constancia dos mesmos objetivos, ritmada no aperfeiçoamento, para se conservar sempre á altura das solicitações.

O trabalho se vos ha de circunscrever, metodico e rigido, comquanto solicito no seu desempenho. Á impaciencia febril dos doentes, que ansiam pela cura celere, opõe a vossa paciencia, serena e bondosa, propicia á perfeita execução do vosso mistér.

Diz-se que o medico é escravo dos doentes. E, na verdade, o é. Mas nessa servidão consciente, abonada no amor do proximo, é que reside o segredo da soberania profissional de que vos ides investir. Sêde diligentes no devotamento aos vossos encargos, resolutos na ação, e comedidos na palavra — porque só assim merecereis a confiança, que condiciona o exito da medicina.

"Fazer expontaneamente o que se lhes obrigaria a fazer pelas leis"⁽¹⁾ — foi a resposta dada por Xenócrates, quando lhe perguntaram quaes as vantagens que conseguiam os seus discipulos. Levaes desta Escola lábaro do vosso dever e si o desempenhardes á maneira daqueles que acompanhavam o grego insigne, inspirados nos ditames do coração, é porque então materializastes o bem e esculpistes os proprios modelos dos vossos exemplos.

Quando atravez do tempo, vos impregnardes de ciencia bastante e quando habeis vos tornardes no emprego da vossa arte, ahi tereis surpresas e seduções, inopinadas revelações

1) Cícero — Da Republica.

da intuição, que nem podereis explicar ao mais acurado exame introspectivo.

Os diagnosticos, prontos e exatos, o prognostico preciso, confirmado no decorrer do tempo ao raciocinio, tantas vezes incredulo; a iniciativa terapeutica, sugerida em desafio aparente á clareza extrinseca das indicações, ratificada em tempo na eloquencia da cura; taes e tantas outras serão as oportunidades que encontrareis, sem numero, para duvidardes até da vosa ciencia, sem embargo da alegria que haveis de experimentar.

Perplexos encarareis esses prodigios, que retratam a maravilha das nossas faculdades psiquicas, quando alimentadas higienicamente e quando estimuladas na pratica da virtude. Como as inspirações superiores da poesia, porém, medra somente a intuição quando o espirito se eleva ás paragens da beleza e do bem, onde a verdade refulge.

Adoçae, pois, os vossos pensamentos e fortificaes as energias moraes no comercio das boas tendencias, permeaveis aos efluvios da caridade e do amor e ganhareis, assim, a tutela perene e festiva da inspiração, a tanger as harmonias do vosso destino.

Bôa me parece uma exortação para que o vosso "inexoravel calendario de trabalho não tenha folhas brancas",⁽¹⁾ como aquele do genial criador da Psicanálise, objetivado na penna magistral de Stephan Zweig. Operosos, sinceros e desinteressados, converter-se-á, por esse geito, o vosso trabalho numa fonte inexgotavel e preciosa de beneficios, que aliviam o peso da vida e lhe abençoam a tranquilidade do crepusculo.

Sobremodo singelas são as normas, embebidas aliás do simbolico juramento que acabaes de proferir; elas corporificam, entretanto, um codigo inteiro de probidade medica, pendulo de exatidão a regular as relações dentro da classe e o equilibrio desta no complexo social.

Quem as praticar em vida prestimosa, já cumpriu um apostolado que é do bem. E, ainda que a fortuna e a gloria se distanciem, terá na quietude da consciencia o premio incomparavel que é a alegria do dever cumprido na humildade.

1) Stephan Zweig — Freud.

Não busqueis a fortuna, nem por ela suspireis. A medicina se engrandece na generosidade e se avilta no interesse. Haveréis de receber a compensação merecida e agradecer que se vos deva aquilo que a moeda não pode pagar. Nem se vos conturbe o animo frente às vicissitudes do ganha pão, paroxismicas na vida incipiente do medico. Elas crescerão na razão direta do vosso desapego, estalão do vosso merito, e só por isso se constituirão em maior estímulo para as vossas realizações.

Em verdade vos digo que não escapareis ao deliquio dos primeiros embates. Renovareis comtudo o vosso vigor na certeza de que, debaixo do sol, existe sempre um lugar para cada homem de bem e não vos tardará a recompensa do conforto material, que vos fôr de direito.

Resistencias multifarias se oporão á vossa prosperidade profissional e quando elas se encastelarem dentro da propria classe e explodirem nos apupos da inveja, então será tempo de afastardes todos os temores e todos os receios porque, fóra de qualquer duvida, já subistes acima da vulgaridade, onde o odio fervilha.

Que se vos não quebre, todavia, a serenidade nem a severa orientação aos primeiros rumores da fama. Ha que ter o criterio enrijado nos principios para que o não fascinem os brilhos da celebridade, fugidía e versátil, tantas vezes.

Não penseis na gloria, nem vos encanteis com seus fugazes enleios. Só a vaidade se emparelha com a avidez do lucro, quando a especulação substitue ao apostolado. Nunca se comprouve a perseverança da linha réta nos angulos asperos do egoismo ou nas curvas faceis da fatuidade. Nem a rigidez dos preceitos se acomoda em atalhos de avareza ou em desvios de ostentação ou frivolidade.

A fortuna e a gloria serão vossas e efetivas honradas no proprio desinteresse do vosso trabalho, na inteireza mesma dos beneficios que espalhardes. Sabei repartir os vossos ganhos, sobranceiros á cobiça, afim de vos tornardes dignos de vos mesmos. Alargae, igualmente, os regosijos das vossas conquistas extendendo-os aos que vos cercam, sem esquecer que as honrarias despertam e incitam em primicias, mas aborrecem e constranjem na pletóra.

Dos muitos que me não ajudam é o dom divinatório, mas não será arriscado o mais belo vaticínio para os que, como vos, se agitam num mundo de promessas e de esperanças, cheios de mocidade, estuantes da vontade de lutar e de vencer.

Sendo pouco indoneo o prenuncio, forte e sincero será o voto do paraninfo, que nele depõe o mais afetuoso anhélo para que o futuro a todos vos reserve, em alegrias constantes e sempre repetidos, os momentos, como este das mais legítima felicidade. E que vos poupe quanto mais da melancolia, sempre conexas, inseparavel e implacavel, como a que já nos asalta, preludiando a separação.

Ide meus amigos. Ide e honrae a medicina enriquecendo a ciencia e exaltando a arte.

Ide e praticae o vosso ministerio, com a doutrina boa e o bom exemplo dos vossos mestres.

Ide para a cruzada do bem e olhae sempre para cima, onde se alcandoram os setnimentos e onde as ações se purificam, sublimadas de intenção piedosa.

Ide e conservae as flores do vosso espirito, que mal desabrocham; com elas mantereis para os vossos filhos a hegemonia do aféto, recebido dos vossos paes, que agora vos abençoam. Ide que a benção dos ceus tambem se derramará sobre as vossas cabeças. Ide..."

PROF. ERASTO GAERTNER

**Catedrático de Clínica Urológica da Faculdade de Medicina
do Paraná, Diretor do Instituto de Medicina e Cirurgia
do Paraná.**

Denervação renal (*)

(Trabalho do Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná).

(*) Comunicação apresentada à Associação Médica do Paraná,

1 9 4 1

**Impresso nas oficinas da
Empresa Grafica Paranaense
CURITIBA**

A Sra. J. E., branca, com 30 anos, brasileira, casada, residente em Engenheiro Blei, neste Estado, foi internada em nosso serviço aos 14 de Dezembro do ano passado, contando uma historia clinica acidentada.

Os antecedentes familiares acusam a morte do pai por cancer do figado, sendo a mãe viva, portadora de varizes. Não informa sobre avós e colaterais.

Quanto aos antecedentes pessoais não sabe informar sobre doenças da infância. Menarca aos 17 anos, desde então apresenta catamenios anormais e irregulares, acompanhados de cólicas e cefaléa.

Em 1934 foi operada de apendectomia, por dores no hemi-abdomen direito, dores que não cessaram até o presente.

A moléstia atual, segundo a doente, começou com dores na região lombo iliaca direita, com irradiações para o abdomen inferior e membro inferior direito, cujos movimentos frequentemente se tornavam dolorosos. Outras irradiações tambem se faziam para o hipocondrio direito, com tipo surdo, fatigante. Após os movimentos violentos ou quando se prolongava a posição ortostática suas dores se exacerbavam ao máximo, attingindo proporções de verdadeiras cólicas, com cefálea pertinaz. Transtornos digestivos se instalavam, tambem, por outro lado, com vomitos e dores epigastricas, tão frequentes que levaram a doente a ser tratada de ulcera gastro duodenal durante longo período e sem nenhum resultado. O quadro se completava com desordens psiconeuroticas acentuadas, forçando a doente à reclusão, com facil irritabilidade e tristeza, exasperando-se ao menor pretexto, como por exemplo quando pizavam forte no assoalho. A perda da memória e da atenção não faltava ao complexo neuropático.

Reação de Wassermann positiva ++, em outubro. Tratamento específico intenso seguido até agora sem resultado.

Essa pobre paciente perambulou, assim, pelos consultórios médicos, sujeitando-se aos mais variados tratamentos, sem obter nunca o menor alívio e rotulada com os mais variados diagnósticos.

Quando foi de seu internamento, o último médico assistente, clínico competente e dos mais destacados entre nós, deu a entender haver esgotado não só os recursos como principalmente, a paciência no longo tratamento dedicado à doente. E não era para menos. Podemos assegurar que os primeiros encontros clínicos com a paciente eram positivamente desanimadores, tal a má vontade, a indisposição, que ia quasi ao negativismo, com que, como em desespero, recebia ao médico.

O exame geral de J E mostrava aspecto e constituição normais; mau humor manifesto no modo de responder às perguntas sobre o seu estado. Mucosas descoradas. Panículo adiposo desenvolvido normalmente, musculatura tônica e ganglios linfáticos apenas palpáveis nas regiões inguinais. Pêlos e unhas normais e bem distribuídos. Nada de interesse se constatou nos aparelhos respiratório e circulatório.

Aparelho digestivo: — anorexia, dispepsia e constipação. Dores epigástricas, vômitos, náuseas.

Ap. urinário: — A palpação do ventre provocou logo à direita, reação dolorosa, despertando a atenção para o lado do rim. Pontos reno-ureterais presentes. Zonas de Head e Grossmann dolorosas. A palpação bimanual deixa perceber uma tumefação que se desloca facilmente e desaparece na loja renal direita.

A presunção de nefroptose exigiu a exploração urológica complementar para confirmar o diagnóstico.

Urografia excretora: — O urograma, obtido 20 minutos após a injeção de Uroselectan B, contrasta nitidamente a situação baixa do rim direito com o bacinete à altura do 3.º espaço lombar, assinalando perfeitamente o seu contorno.

Peristáltica pielo-ureteral normal.

Exame de urina: — glicose — 0
 albumina — 0
 sedimentos — epitélios superficiais
 da bexiga. Raros piocitos; ausência de germens e cilindros.

Uréia no sangue: — 0,04%.

A cistoscopia nada surpreendeu de interesse no caso.

Cromocistoscopia: — I. C. intra-venoso. Azul à esquerda intenso em 4,5 minutos; débil à direita aos 6 minutos.

Diagnóstico: — Nefroptose à direita. 2.º grau do rim movel de Marion.

* * *

Tratamento: — Estabelecido o diagnóstico de nefroptose, associada a um complexo de insuficiência glandular, com acentuados distúrbios psíquicos, foi essa doente submetida durante 2 meses a um rigoroso tratamento hormovitamínico. De começo, pequenas melhoras animaram ao prosseguimento dessa medicação. Ao fim de algum tempo, todavia, ainda que em doses redobradas de hormônios diretos e cruzados, variando-se largamente a procedência dos produtos, os resultados passaram a negativos e contra producentes, tanto assim que se agravavam os distúrbios digestivos e psiconervosos.

Conhecida a suscetibilidade maior das mulheres à incidência do desequilíbrio endócrino e psíquico vinculado à nefroptose, como assinalaram Gibson e Livermore, parecia esclarecer-se o quadro de J. E., descarregada a responsabilidade dos transtornos à mobilidade anormal do rim e sobretudo à influência desta sobre o sistema nervoso autônomo.

Distingue Himann dois grupos de nefroptose, isto é, num primeiro grupo as formas assintomáticas, não produzindo distúrbios e portanto sem significação clínica, noutro, formas responsáveis por sintomas e distúrbios, diretos e indiretos. Logicamente o tratamento fica reservado somente para o segundo grupo e uma vez que os fenômenos possam ser seguramente relacionados com a mobilidade anormal do rim.

As indicações da nefropexia constituem há muito um capítulo controverso em Urologia. Autores há que a contra indicam

formalmente, negando-lhe qualquer valor na remoção dos distúrbios e principalmente das reações dolorosas da nefropexia. Entre esses e os que se colocam em posição antagônica, intervencionistas sistemáticos, estendem-se outros, restringindo mais ou menos as indicações, sobretudo em função das repercussões nervosas e psíquicas. Marion, por exemplo, acentuando que os estados neuropáticos e os distúrbios gastro intestinais não são contra indicações e afirmando: "À condition d'être bien pratiquée c'est-à-dire à condition non seulement de fixer le rein mais surtout de le **relever**, ce qui n'est pas toujours fait, la nefropexie soulage de façon constante les malades", depois, portanto, de se mostrar entusista pela intervenção, garante mais adiante uma retirada, asseverando: — "Par autre si l'on se trouve en presence d'une malade nerveuse, ou souffrant de troubles multiples dus à des ptoses généralisées, sans souffrir particulièrement de son rein mobile il est absolument inutile d'intervenir".

Rodolfo de Freitas, particular amigo nosso, professor da especialidade na Escola Paulista de Medicina e dos mais consagrados cirurgiões e urologistas brasileiros, com longa e vultosa experiência do assunto, diverge da orientação de Hinmann e entende que "só devem ser operados os casos que apresentem sintomas evidentes, facilmente relacionáveis à queda do rim e nos quais não existem ou são discretos os sintomas de neurastenia". E acrescenta: — "Estes últimos casos são os que mais desacreditam a nefropexia e muitas vezes colocam o cirurgião em situação difícil, porque as perturbações psíquicas já são irreversíveis e os doentes se revoltam contra o cirurgião".

A nossa modesta experiência de nefropexia, ensaiada com vários processos, também sempre foi assás pessimista quanto às vantagens dessa operação. Podemos afirmar que poucas vezes lográmos nos regosijar plenamente de êxitos completos. Talvez por falhas de técnica, quiçá por outros motivos, muitos dos nossos pacientes continuaram a sofrer mais ou menos e num caso fomos até forçado a empreender uma nefrectomia secundária, para retirarmos um rim anatomicamente íntegro, como único meio de libertar uma paciente de dores terríveis, sobrevividas um ano após a nefropexia.

Despertou ultimamente a nossa atenção o entusiasmo dos urologistas, sobretudo americanos, pela denervação do rim, aconselhada também como tempo complementar da nefropexia. O próprio Hinmann assinala que a nefropexia associada à descapsulação, simpatectomia, uretérolise ou uretéroplastia, dá resultados admiráveis nos casos selecionados.

Hess e Gibson, citados por Herman, chegam a acreditar que a "nefrouretérolise e a simpatectomia" são por si sós suficientes para remover as complicações da nefroptose, taxando de desnecessária a nefropexia.

Nesse conflito de opiniões foi que decidimos operar a doente a 1.º de fevereiro último.

Lobotomia ampla à Czerni. Identificamos um rim bastante movel e facilmente exteriorizavel, com excessiva gordura pericapsular e peri-hilar. Removemos pacientemente todo o revestimento gorduroso sobretudo no bacinete, porção ureteral mais alta e pedículo vascular.

Procedemos à descapsulação em quatro retalhos triangulares, para a pexia à Marion, mas descorticamos extensamente três quartas partes do órgão, deixando apenas o revestimento do polo inferior.

Sem os instrumentos especiais, mas utilizando com cautela a velha tentacanula, as pinças anatômicas e uma tezoura fina, abordámos o pedículo pelas faces e bordos, isolamos veia e artéria e ressecamos um a um os filetes nervosos que as envolviam.

Completo-se a operação suspendendo e fixando o mais alto possível o rim pelos seus retalhos, com catgut cromado n.º 2.

O post-operatório foi muito tranquilo. A paciente permaneceu 30 dias em decubito dorsal e nesse período não se queixou mais de dores. O estado psíquico também apresentou nítidas melhoras.

Ao levantar foi feito tratamento reconstituente e ao fim de alguns dias a própria doente insistia em dizer que não se conhecia mais. Para os circunstantes, entretanto, se afigurava uma completa mudança de personalidade. De melancólica, irritável, descontente, transformou-se J. E. numa critura alegre,

otimista e agradável. As funções digestivas, como que reajustadas, saíram do controle quotidiano da doente, libertada assim da deprimente preocupação.

Foi possível admitir, pois, uma cura radical. J. E. aumentou de peso, sente agora alegria de viver e está em condições de encher de felicidade o seu lar.

A cromocistoscopia de controle mostrou reativação funcional no lado operado. Ao fim de 4 m. a ejaculação de azul médio precedia a eliminação do lado oposto.

A uréa sanguínea baixou a 0,35% sendo justo acreditar que a taxa anterior poderia responder por nefrite discreta.

Os urogramas, feitos antes e depois da operação, atestam a nefropexia eficaz.

* * *

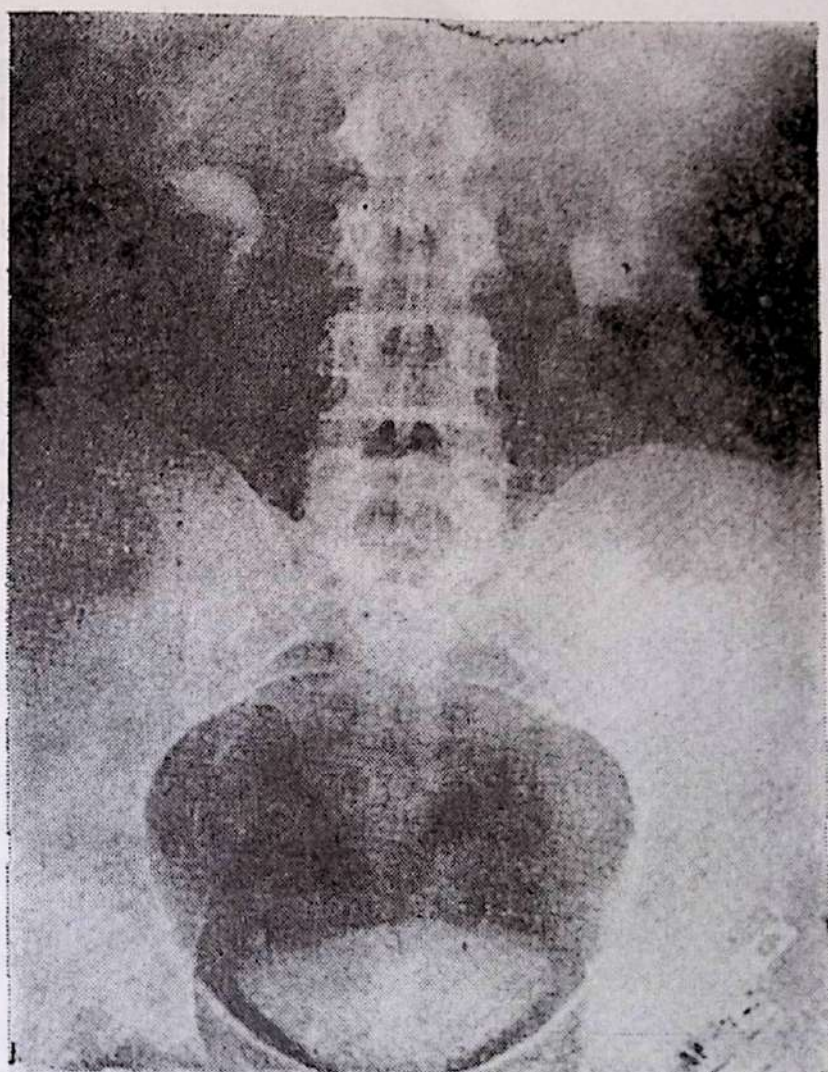
O caso a seguir também apresenta interesse: — A Sra. R. B., brasileira, casada, com 40 anos de idade, branca, residente nesta capital, internou-se a 28 de novembro em nosso serviço.

Nada referia digno de nota quanto aos antecedentes familiares e pessoais.

Menarca aos 15 anos e sempre regularmente menstruada até ultimamente, quando começaram esboços de menopausa. Os seus males datam de 5 anos com dores surdas no hipocondrio direito. Essas dores contínuas, frequentemente se exarcebavam, acompanhadas de náuseas e mesmo vômitos biliosos. Anorexia, azia e constipação rebelde de ventre completavam o quadro dispeptico que lhe valeu repetidos tratamentos.

Essa doente sentia tonturas, tremores, irritabilidade constante e nervosismo e uma extrema preocupação de saúde, tanto assim que frequentou sempre os consultórios médicos e inspirou os mais desconcertados diagnósticos, cada qual correspondendo a outros tantos tratamentos mais ou menos persistentes.

O seu rim não passou, todavia, despercebido. Usou constantemente diuréticos e antissépticos urinários e assinala ter-se submetido a tratamento especializado, cateterismo ureteral, lavagens do bacinete, etc., mas sempre sem resultado.



Urografia excretora em 5/11/40. Nefroptose, hidronefrose de médio volume e inflexão ureteral juxta piélica.

Doente: R. B.

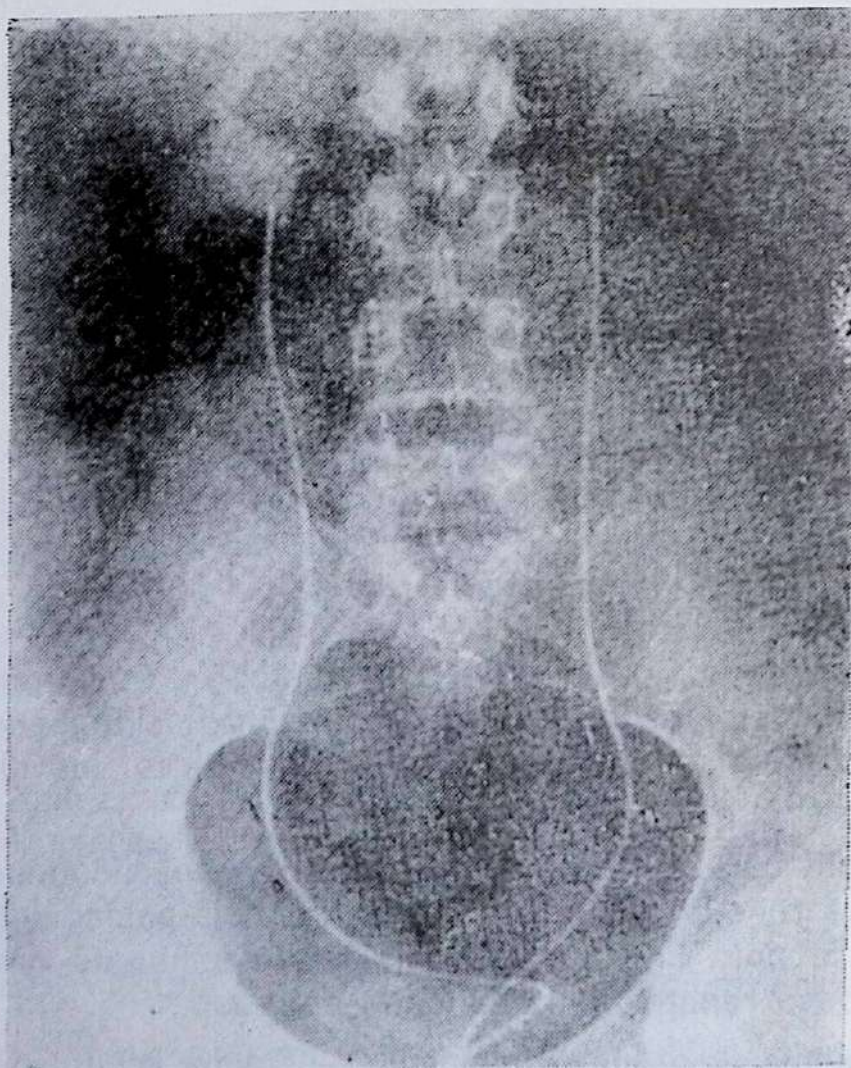
O exame de R. B. acusa o seguinte: — Constituição normal, panículo adiposo reduzido, musculatura flácida. Estado geral abatido. Facies atípico. Nada digno de registro nos diferentes aparelhos.

A palpação do ventre desperta dores no abdomen direito. Os pontos reno-ureterais são presentes. Pela palpação bimanual sente-se o polo inferior do rim direito facilmente mobilizável para a fossa renal e extremamente doloroso.

O exame de urina evidenciou: — Traços acentuados de albumina, indicam, escatol, coli-bacilos abundantes, globulos de pús, células epiteliais pavimentosas, leucocitos e hematias (6-12-40).

A urografia excretora, obtida com uroselectan B, estampou nefroptose à direita, hidronefrose de médio volume e uma nítida inflexão ou acotovelamento do ureter justa pielico.

Conhecida a mobilidade do órgão, restava saber se o acotovelamento ureteral era fixo ou móvel também, acentuando-se de conformidade com o maior abaixamento do rim. Para esse esclarecimento, procedemos ao cateterismo ureteral e promovemos uma urografia de enchimento, mas radiografando a paciente em posição de Trendelenburg. A chapa materializa bem melhor o volume da distensão pielica que recebeu 20 cc. de contraste e ao mesmo tempo atesta que o acotovelamento resultava do abaixamento anormal do rim.



Urografia de enchimento com sondas opacas. Nefroptose e hidronefrose de médio volume. Obtida em 7/11/940.

Doente: R. B.

O diagnóstico assim evidenciado, numa paciente que apelára reiteradamente para os tratamentos médico e urológico, sofreu-nos a indicação operatória.

Balanço pré-operatório: — Tensão arterial: Mx. 14 — Mn. 7½. Uréa sanguínea 0,55 ‰. Tempo de coagulação 5m. Função Renal: — Indigo carmin — E. 4'; D. 7'. Fenolftaleína — global endovenosa — 70' — 70%.

Operação: — Anestesia raquidiana no 2.º espaço lombar — escuro-caina — sol. H 8% — 2,5 cc., após retirada de 5 cc. de liquor claro.

Lombotomia de Guyon. Rim bastante movel e facilmente exteriorizavel intensa proliferação fibro lipomatosa peri renal e sobretudo peri pielica e peri hilar.

Removemos pacientemente o revestimento gorduroso e atacamos a inervação do pediculo, dissecando e retirando cuidadosamente os filetes nervosos bem visiveis e identificaveis após a separação dos vasos. Não encontramos vasos polares mais ligamos com cuidado pequeninos ramos que sangravam na toilette do baciente e ureter.

Completamos o ato operatório com uma nefropexia polar ortopédica à Lichtenberg, descapsulando totalmente dois terços do rim e promovendo a fixação bem alta com pontos transparequimatosos passados no terço inferior que foi conservado com capsula. Parede fechada em planos com dreno na loja renal.

Post-operatório silencioso. A paciente foi conservada em decubito durante 18 dias. Levantou sem sentir mais o rim, e livre também de disturbios digestivos. O apetite voltou cedo, a digestão passou a ser processar normalmente. Acentuada melhora do estado geral, coincidindo sobretudo com modificação nítida das condições neuro-psíquicas.

O exame da urina, praticado 2 meses após a operação ainda revelava raros-coli-bacilos e globulos de pús. Entretanto a cistoscopia assinalou eliminação mais rápida do corante no lado operado.

A urografia excretora, feita para controle, mostrou o rim em situação alta, atestando a eficácia da pexia e principalmente uma redução manifesta da distensão pielica, positiva regressão da hidronefrose.

* * *

ANATOMIA DOS NERVOS DO RIM

A inervação renal é hoje em dia bastante conhecida, devido principalmente às pesquisas anatômicas de d'Evant, Stohr e Lehmann, que provaram ser o rim, do mesmo modo que a capsula própria, innervado exclusivamente pelo sistema vago-simpático.

Os estudos anatômicos de Hovelaque, Herbst, Dambrin, autores dos principais trabalhos sobre o assunto, demonstraram que essa inervação se faz por intermédio de numerosos filetes, que se dirigem para o hilo em torno das artérias renais, formando um plexo nervoso nas faces anterior, superior e posterior, visíveis no pedículo do órgão e provenientes, todos eles, do plexo solar. O plexo solar, ainda denominado plexo coeliaco, é um conjunto nervoso, formando por ganglios as quais vêm ter as ramificações ou terminações de importantes nervos que, deixando o torax, se dirigem à cavidade abdominal.

Despresando maiores particularidades anatômicas, limitaremos-nos ao imprescindível à compreensão do presente trabalho. Os nervos do rim originam-se dos esplancnicos abdominais (grande e pequeno esplancnico e esplancnico inferior), do plexo solar e simpático lombar. Sabemos que o plexo solar é constituído principalmente por seis ganglios:

- 1.º — pelos ganglios semi-lunares (2).
- 2.º — pelos ganglios mesenteéricos (2) superiores.
- 3.º — pelos ganglios aórticos renais (2).

Aos ganglios semi-lunares aportam os seguintes ramos nervosos: a) do frenico; b) do grande esplancnico; c) do pequeno esplancnico; d) do pnumogastrico direito.

De todas essas formações nervosas citadas, destacam-se filetes que se dirigem ao pedículo renal, formando um rico ple-

xo. É o plexo renal. Mesmo antes de alcançar a artéria renal, os nervos emitem anastomoses entre si e filetes colaterais para constituir o plexo peri-arterial, organizando-se depois em grupos superior, inferior e médio, segundo a classificação de Dambrin, que seguimos. Os nervos renais superiores se originam do ganglio semi-lunar, do ganglio mesentérico superior e raramente do nervo grande esplancnico, organizando um plexo de seis filetes (Dambrin) que seguem a direção da artéria, algo afastados, tocando-a depois ao nível da bifurcação.

Alguns desses ramos vão diretamente ao rim e à sua capsula fibrosa. Dirigidos obliquamente para baixo e para fora, esses nervos solares se anastomosam com aqueles do pedículo supra renal posterior, com a participação de ramos anastomóticos do grande esplancnico, formando uma espécie de plexo secundário reno-suprarenal. Eventualmente podem o pneumogástrico e o frenico participar desse grupo superior, dando ramos diretos ao rim, não sendo essa opinião compartilhada por todos os autores.

Nervos renais médios — Dividem-se em anteriores e posteriores. Os primeiros mais volumosos provêm dos esplancnicos superior e inferior, os segundos menos individualizáveis nascem do ganglio mesentérico superior, do aórtico-renal e se encontram na metade externa da artéria renal cuja direção acompanham.

Os nervos renais inferiores provêm do ganglio aórtico-renal e mesentérico inferior, bem como do nervo intermesentérico lateral de Dambrin. Esses filetes seguem paralelamente a borda inferior da artéria renal, anastomosando-se ricamente com os plexos vizinhos.

Os diferentes grupos nervosos, após a ramificação da artéria renal, perdem sua característica topográfica, seguindo sempre os vasos arteriais nas suas menores subdivisões. Já o mesmo não acontece, porém, em relação aos elementos venosos, que não são seguidos senão em pequena extensão.

Os nervos renais penetram no parenquima renal mais ou menos em contacto com os vasos através das colunas de Bertin e vão terminar, segundo Papin, Dambrin e Jungmann, nas paredes vasculares, nos glomerulos de Malpighi, na capsula de Bowmann, nos canalículos e porções intersticiais.

Nervos dos Calices, Bacinete e porção superior do ureter — Haebler verificou na musculatura dos calices e no arcabouço muscular dos esfínteres papilares ricas terminações nervosas.

No bacinete têm sido descritos por vários autores nervos que provêm do plexo renal já descrito. Smirnow e outros autores comprovaram eficientemente a existência de fibras sensitivas na musculatura lisa do bacinete.

Os nervos do ureter são, segundo Pflaumer, oriundos:

1.º — do plexo renal para a porção superior.

2.º — do ganglio sacro para a porção inferior do ureter e do plexo hipogástrico inferior e plexo vesical.

O ureter recebe ainda filetes nervosos provenientes dos plexos espermático ou utero-ovariano e mesentérico.

Além dessas fibras nervosas o ureter possui, segundo alguns autores, células nervosas ganglionares em sua bainha adventícia que se distribuem em dois grupos: um com 30 a 40 células no seu terço superior e o segundo com mais ou menos 100 células no seu terço inferior, segundo Satani.

Os nervos da capsula própria do rim provêm do plexo renal, de ramos diretos do simpático e de algumas anastomoses dos nervos da capsula suprarenal.

Nervo do Peritônio Pré-renal — Como a clínica e a fisiologia comprovaram a participação dos nervos do peritônio pré-renal na genese dos fenômenos dolorosos ligados ao rim, Papin os estudou sumariamente. Para ele esses nervos provêm do simpático, dos ramos comunicantes, dos nervos lombares e sacros, do vago e do frenico.

FISIOLOGIA DA INERVAÇÃO RENAL

Passaremos agora a estudar em resumo a fisiologia da inervação renal para compreendermos melhor os resultados da supressão dos nervos do rim no estado normal e nas nefropatias médicas e cirúrgicas, e empreenderemos logo o estudo da função excretora pielo-ureteral em condições normais para melhor compreensão da sua patologia funcional. No referente à influência que os nervos renais exercem sobre a função secretora des-

se órgão, vamos sintetizar e sistematizar as conquistas definitivas da experimentação, para deduzirmos conclusões aplicáveis à cirurgia conservadora e em particular à **Denervação Renal**.

Nas considerações anatômicas anteriormente feitas ficou estabelecido que a inervação renal atinge esse órgão por um plexo nervoso em seu pedículo, distribuído ao redor de suas artérias, o que permite pelo estudo dos efeitos da sua excitação ou de sua supressão verificar as modificações que sofre a glandula, tanto no que se refere à função secretora, como sobre a estrutura anatômica do seu parenquima. Já sabemos, desde as famosas experiências do século passado, de Claude Bernard (1855), os efeitos da picada do assoalho do 4.º ventrículo, ou da excitação ou secção do nervo esplancnico sobre a diurese, evidenciados por abundante poliúria, glicosúria e vasodilatação renal. Si bem que os trabalhos de Ulmann, Carrel, Lebenhofer e Enderen, transplatando rins totalmente liberados de inervação, demonstraram que os órgãos perfazem inteira e cabalmente sua tarefa fisiológica, é sabido que tanto o sistema nervoso central representado pela cortex cerebral, mesencefalo, bulbo, cerebelo e medula, atua sobre a diurese, segundo provaram numerosos autores, como o sistema nervoso periférico ou vegetativo. A influência das emoções sobre o trabalho renal é fartamente conhecida e os notáveis trabalhos de Ellinger, Bechterew e Ucko agindo sobre o segmento anterior do "girus sigmoide" ou do "girus precruciatus" têm consignado uma evidente influência da cortex sobre o trabalho renal. A influência do hipnotismo também foi verificada em interessantíssimas experiências de Heilig e Hoff, assim como a poliúria intensa dos soldados, ao ouvir o ruído dos motores de aviões, tantas vezes observada na Grande Guerra. Uma lesão da região hipotalâmica, também produz poliúria acentuada, onde Karplus e Kreidl encontraram, em estudos histopatológicos, um centro simpático.

A picada diabética e a poliúria de Claude Bernard já são muito conhecidas motivo por que nos abstermos de comentários para estudar as influências vago-simpáticas sobre o trabalho renal.

Ação do grande esplancnico — Segundo Acher, Jugmann e outros, os nervos esplancnicos contêm fibras secretoras que

inibem a eliminação do azoto. A secção do grande esplancnico, praticada por Eckard, Ellinger, Meyer e outros, tem um efeito vasodilatador renal e aumento da eliminação de azoto.

Já com o pequeno esplancnico, segundo constatações de Ellinger e Hirt, baseados na secção desse nervo, verificou-se "um aumento certo da eliminação de água e do cloreto de sódio não só relativo como absoluto". Do mesmo modo se comportou a eliminação dos fosfatos. A influência do simpático lombar também foi estudada e Ellinger e Hirt citados por Silva Assis, em experiências por eles realizadas, concluíram que a quantidade de amonia apresentou-se notadamente aumentada em todas as observações. Para os citados autores, o vago contém fibras com ação antagonista à do pequeno esplancnico, isto é, a sua secção acarretaria uma diminuição da eliminação da água e do cloreto de sódio. O esplancnico inferior contém fibras estimuladoras da eliminação do azoto. A sensibilidade do rim é conduzida através de fibras sensitivas que da capsula e do hilo passam pelo pequeno esplancnico penetrando na medula pelos ramos comunicantes das 11.^a e 12.^a raízes posteriores. Quer trabalhando com a arteriografia renal de Reinaldo Santos, quer pela observação microscópica em exames histopatológicos ou com o "tonopsatiroscópio" de Salvioli, o Termo-Stromuhr de Rein ou a oncografia, processo antigo de Rover, a experimentação armou-se poderosamente para a verificação da ação fisiológica dos nervos renais quando excitados ou mesmo suprimidos.

Dada a evidente correlação funcional entre a função secretora e a função excretora, isto é, a adaptabilidade dos calices, bacinete e ureter por mecanismo fisiológico às necessidades oriundas do aumento da secreção renal, passaremos agora ao estudo da função excretora pielo-ureteral em seu estado normal. Sabemos que a urina secretada pelos rins é conduzida à bexiga através dos calices, bacinete e ureteres por movimentos peristálticos, naturalmente em função da estrutura mio-nervosa pielo-ureteral, tal como se processa no tracto gastro-intestinal. Tanto sob o ponto de vista anatômico como funcional, as vias excretoras altas da urina constituem uma unidade anatomo-funcional que sofre adaptações imediatas às variações fisiológicas ou fisiopatológicas do trabalho renal. A atividade muscular primitiva na excreção renal é a contração do musculo

espiral de Muschat, formação muscular lisa que rodêa em espiral as papilas e exerce uma ação de "ordenhar", expremendo as papilas que, desse modo, se esvasiam nos calices. Dos calices uma onda peristáltica conduz a urina para o bacinete. Uma vez repleto o bacinete como se pode verificar na urografia excretora ou na pieloscopia, e cuja capacidade e forma variam para cada individuo, inicia-se uma onda peristáltica que reduz o volume e altera o contorno do bacinete, formando o que Legueu chamou "bulbo ureteral", segmento dilatado da porção do ureter entre dois pontos mais estreitos, que aquele autor interpretou como duas formações esfínterianas juxta-pielicas. A onda peristáltica chegando à porção superior do ureter se continua, oferecendo uma imagem ureteral de segmentos fusiformes cheios de contraste e segmentos estreitados sem contraste ou muito pequena quantidade do mesmo. Essa onda de contração ureteral atinge a porção inferior do ureter onde se dá uma pequena parada do contraste que logo é impulsionado para a bexiga por uma contração mais forte do ureter. A cada onda peristáltica segue um período de repouso o que levou Legueu a denominar de sistole e diastole as fases de contração e repouso do bacinete.

A causa verdadeira desse movimento peristáltico ainda não está bem esclarecida, existindo defensores de teorias neurogenicas, miogenicas e ecléticas, isto é, de uma sinergia neuromuscular.

Ora, está estabelecido pela clínica e a experimentação que a função peristáltica do bacinete e do ureter pode se processar normalmente com a supressão dos nervos pielicos, no pediculo renal, e que a denervação corrige alterações do dinamismo pielo-ureteral, restabelecendo as contrações peristálticas, anormais em vários processos patológicos.

Os defensores das teorias neurogenicas e miogenicas se degladiam ainda sem chegar a um acordo nesse ponto, mas as experiências de Lutjens e Blatt contraditaram a teoria neurogena pura e Harjstchhak asseverá: "O automatismo ureteral é de origem miogena e os nervos respectivos têm apenas uma influência reguladora sobre o peristaltismo".

Esse ponto de vista nos parece o mais aceitavel pois é sabido que os movimentos peristálticos pielo-ureterais se ve-

rificam perfeitamente normais no porco, onde se constatou a ausência de qualquer inervação do ureter. Além desses movimentos peristálticos já citados, os ureteres apresentam no estado normal movimentos pendulares de oscilação lateral, em certas ocasiões vicariantes dos movimentos peristálticos diminuídos ou ausentes. Condicionado por duas espécies de atividade muscular, — o tonus que regula o diametro do calibre ureteral e a motilidade que produz os movimentos peristálticos, — o funcionamento pieloureteral para V. Lichtemberg e Hortolomei seria regulado pelo parasimpático e pelo sistema simpático. O estudo da ação das substâncias simpaticotrópicas e parasimpaticotrópicas parece demonstrar isso. O que se conhece pode ser expresso como segue, segundo Hinman: —

Drogas que aumentam o tonus ou estimulam o peristaltismo:

Cholina — parasimpaticotrópico
 Acetilcolina — parasimpaticotrópico
 Ion Potassio — parasimpaticotrópico
 Ion Calcio — simpaticotrópico
 Extrato pituitario diluido
 Fosfato de histamina diluido
 PH acrescido.

Agentes que depirmem ou inibem o peristaltismo:

Adrenalina — simpaticotrópico
 Atropina — parasimpaticotrópico — inibidor
 Pilocarpina — parasimpaticotrópico
 Papaverina
 Extrato pituitario concentrado
 Histamina concentrada
 Abaixamento do PH.
 Acido barbiturico.

Vemos portanto no estudo das funções isoladas dos nervos do rim sobre o seu funcionamento, a influência decisiva da denervação total sobre o trabalho renal. Apesar das notáveis experiências de Carrel, que conseguiu transplantações renais de dois anos de duração, sem observar nenhuma alteração funcional ou perturbação trófica, a ação vaso-motora dos ner-

vos do rim é incontestável e Cushny considera as variações do comportamento renal incluídas no domínio da vaso-motricidade asseverando: "a inibição vaso-motora dos nervos do rim é a causa do aumento da onda sanguínea e conseqüente aumento do volume da urina".

Nessas condições quais são os efeitos da denervação renal?

Desde o estudo que realizaram sobre as concentrações máximas Ambard e Papin, ficou demonstrado que a denervação renal não altera sensivelmente o funcionamento renal em condições normais. As investigações de Papin e Chabanier em França, berço do método da denervação, de V. Lichtenberg na Alemanha, de Harris na Inglaterra, de Caldwell Walters, McCaughan, Rowntree nos EE.UU. são concordes em concluir que as funções do rim denervado são normais, havendo mesmo uma hiperfunção. Jacques Fabre e Louis Dambrin em estudos histológicos verificaram que o rim denervado apresenta vasodilatação glomerular e congestão nos vasos capsulares. De um modo geral, podemos concluir o seguinte do estudo empreendido por diversos autores sobre a influência da denervação renal: 1.º — Não se processam alterações tróficas. 2.º — A denervação produz acentuada vaso-dilatação com poliúria e aumento da taxa de cloretos e uréia. 3.º — As experiências de Hecht, de Miller e Peterson, praticando injeções intravenosas de suspensões de estafilococos aureos e coli-bacilos demonstraram que os rins normais sempre se apresentaram mais lesados que os denervados e portanto deve-se concluir que a denervação melhora a função renal nos processos inflamatórios pielo-ureterais. 4.º — A denervação dá resultados notáveis nos síndromes dolorosos do rim quer nas perturbações dinâmicas neuromusculares pielo-ureterais com congestão ou sem substractum anatômico. 5.º — Têm-se verificado resultados temporários na hipertensão arterial, quer essencial ou de causa renal. 6.º — Nas nefropatias médicas glomerulares, intersticiais etc., muitos autores verificaram a atenuação e mesmo a supressão dos sintomas patológicos. 7.º — Finalmente certas anúrias como as de origem angioneurótica desaparecem com a denervação renal.

Von Lichtenberg, que abraçou com ardor o novo recurso cirúrgico, estendeu o seu emprego a numerosos campos da

patologia do rim e consolidou, principalmente, as suas geniais concepções sobre a patologia do sistema e sobre a constipação urinária, inspiradas já pelos estudos da função conjugada das vias excretoras, estudos tornados possíveis através da urografia excretora.

A denervação repercutiu, rapidamente, de França e Alemanha para todos os grandes centros urológicos mundiais, na Itália, Inglaterra, Brasil, Argentina, etc., em toda parte grangeando numerosos partidários.

Grimaldi na Argentina, entre nós Silva de Assis, de Belo Horizonte e Rodolfo de Freitas, de S. Paulo, com experiência pessoal, têm colaborado na investigação e divulgação do novo método.

TÉCNICA OPERATÓRIA

Anestesia — O fato da denervação ser dirigida, via de regra, sobre rins enfermos e, por consequência, apresentando sempre um déficit funcional maior ou menor, de ordem secretora ou excretora, mas em qualquer hipótese impondo uma flexão na resistência geral, ao nosso ver crêa uma situação particularmente infensa aos métodos de anestesia geral.

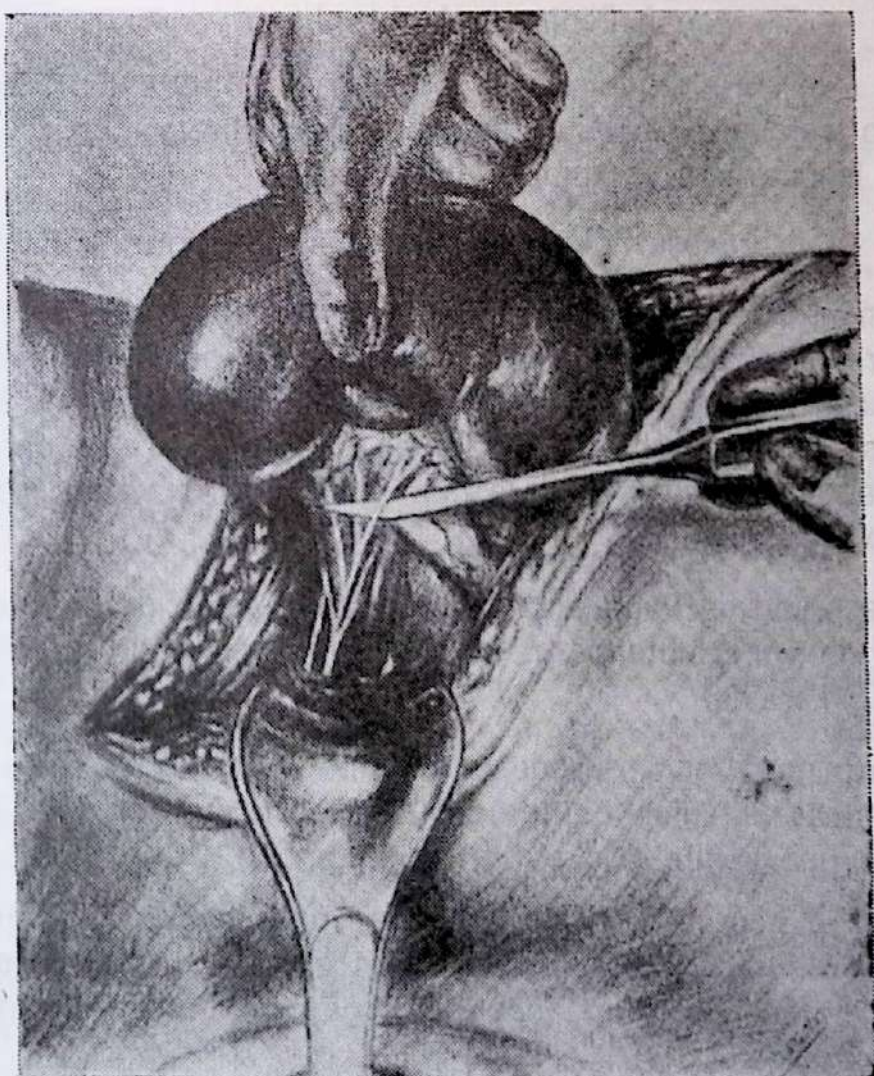
Sem embargo do nosso entusiasmo pelos métodos regionais, locais ou loco-regionais, entendemos que em cirurgia do aparelho urinário não deve haver a menor dúvida quanto à preferência por essas anestésias que, indiscutivelmente, impõem um risco de ordem tóxica muito menor do que qualquer outra, quer inalatória, quer ministrada por via retal ou endovenosa.

Essa compreensão parece partilhada por grande número de cirurgiões experimentados na cirurgia dos nervos do rim, os quais, afastando a anestesia geral, divergem somente entre a epidural, a paravertebral à Dogliotti e a raquidiana.

A nossa experiência da raque anestesia, datando já de quasi 20 anos e registrando alguns milhares de casos, não consente que experimentemos outro método, uma vez que os resultados desse, por bons e constantes, só nos têm dado motivo para o conservar sempre e cada vez mais como a anestesia de escolha.

Nos casos relatados, para atraz, assim como na absoluta maioria das nossas operações sobre o rim, empregamos sempre a raque-anestesia, utilizando a scurocaina a 8% (solução H) restringindo a dose entre 3 cc. e 1 cc. consoante ao peso do paciente e à duração provavel da intervenção. Puncionamos o 1.º ou 2.º espaço lombar e obtemos, assim, anestésias completas, silenciosas e em tudo propícias ao ato cirúrgico.

Pré-operatório — ao invariavel balanço pré-operatório, a que sujeitamos todos os pacientes, fazemos preceder sempre as intervenções, do regime e tratamento adequados à desintoxicação e à exaltação das defesas dos futuros operados. Nada vai, nesse respeito, diverso do que se pratica em toda a parte.



DENERVAÇÃO DA FACE POSTERIOR
(seg. Papin).

A operação propriamente dita — pode ser praticada seguindo técnicas distintas. Antes de tudo devemos não confundir a denervação com a simpatectomia peri-arterial de Leriche, a qual, embora favoravelmente, atua sobretudo no calibre arterial, sem influenciar de modo algum nem a sensibilidade nem a dinâmica pielo-ureteral.

A secção do grande esplancnico também influencia favoravelmente a função renal, produzindo poliúria e aumento do débito de cloretos e uréia, mas não interfere nas reações dolorosas, que só poderão ser removidas pela denervação, pela secção do pequeno esplancnico ou dos rami comunicantes das 11.^a e 12.^a raízes medulares posteriores.

Três técnicas distintas podem presidir a denervação:

1.^a — Exerese à Papin ou Lichtenberg;

2.^a — Neurolise química à Doppler ou Bayliss, utilizando a ação do isofenol ou trifenol, destruidora da inervação da adventícia e inocua para as túnicas vasculares;

3.^a — Exerese e neurolise combinadas, segundo Dambrin.

A neurolise química, em que peze à inocuidade do processo sobre as túnicas arteriais, não parece destinada a grande vulgarização, dada a ação irritante do fenol sobre os tecidos vizinhos e sobre o rim. Dambrin, ao depois de ressecar todos os filetes do pedículo, pincela com isofenol os vasos renais e a cortex descapsulada.

A exerese de Papin, como praticamos nos dois casos, difere da de von Lichtenberg, que a completa pela desnudação arterial à Leriche.

Tendo procurado reproduzir a técnica de Papin, nos casos relatados, assentámos os tempos operatórios mais ou menos do modo que segue.

Após lombotomia ampla, e que mais ampla deverá ser nos casos diferentes dos nossos, com grande mobilidade renal e portanto fácil exteriorização do órgão, fixámos o rim com uma compressa.

Expuzemos o melhor possível o pedículo renal identificando precisamente os seus elementos.

Despojamo-lo em seguida de todo o revestimento célulo gorduroso, dissecando sobretudo o bacinete e pedicelo vascular.

Para o ataque ao plexo renal utilizam muitos instrumental especial, creado por Papin, do qual fazem parte ganchos adequados ao isolamento dos nervos e afastamento dos vasos.

Dispondo somente de pinças anatômicas, tentaculas e tezoura fina, incisamos a fibrosa comum, na face anterior, afastamos a veia com o antigo Farabeuf e já pudemos identificar os filetes anteriores e superiores, que foram ressecados sem dificuldade.

Invertemos depois o laço para expor a face posterior e da mesma forma isolamos e ressecamos os filetes nervosos posteriores.

Em nenhum dos casos pincelamos os vasos, nem procedemos à desnudação arterial, mas completamos a operação, num caso descapsulando largamente quatro retalhos fixadores a Marion e noutro retirando a totalidade da capsula nos dois terços do órgão para o fixar à maneira de Lichtenberg.

O excelente resultado dos dois casos praticamente, com efeito, não depõe contra a técnica seguida, provavelmente porque eles reuniam condições oportunas à efficacia do processo.

Conhecendo-se com mais precisão os efeitos da agressão cirurgica aos diversos componentes da inervação renal, é possível concebermos os sentidos a que a investigação e os progressos da técnica conduzirão os resultados dessa cirurgia.

As indicações da denervação — que tendem a progressivo alargamento, já se consolidam em vários aspectos da patologia do rim. Os processos dolorosos, as algias renais, consecutivas a afecções diversas conhecidas ou a fatores desconhecidos, como na nefralgia idiopática — são um objetivo primário da denervação.

Os estados discineticos, ou as insuficiências neuro musculares, engendrando a constipação, ou hidronefrose, constituem outro campo de indicação, no qual se pode bem incluir a anuria reflexa. Nesses processos, pela secção do componente nervoso ou pela ressecção da via condutora, abrem-se as

chances do automatismo que regula a função da via excretora ou corta-se o reflexo inibitório.

INDICAÇÕES DA DENERVAÇÃO RENAL

- 1.º — nefralgias sintomáticas ou idiopáticas
- 2.º — constipação urinária
- 3.º — anuria reflexa
- 4.º — litíase renal
- 5.º — hematúria essencial
- 6.º — pielonefrite recidivante
- 7.º — nefrite crônica
- 8.º — tuberculose renal incipiente
- 9.º — complemento às correções ortopédicas nefro-pieloureterais.

Os processos inflamatórios recidivantes, degenerativos, a pielonefrite de repetição, a nefrite crônica e até a tuberculose renal incipiente, nefropatias médicas, portanto, ou francamente cirúrgicas — já se enquadram como tributárias da denervação.

É que, podendo atuar separada ou simultaneamente, nas funções secretora ou excretora da urina, o tratamento neuro cirúrgico pode ato contínuo objetivar as nefropatias primitivas ou secundárias e, sobretudo, pode constituir um complemento de primeira ordem nas intervenções conservadoras, destinadas a remover causas ou obstáculos opostos quer à produção quer à condução da urina.

Sendo possível melhorar a irrigação sanguínea do órgão e, portanto, restabelecer, até certo ponto, a função secretória por meio da simpatectomia, da descapsulação, que podem constituir, por assim dizer, tempos da denervação renal, com mais forte razão se poderá influenciar essa função melhorando ou corrigindo a condução da urina, pelo mesmo processo ou, ainda, ao depois de remover outras causas mecânicas de obstrução.

Para Lichtenberg, que fala por detrás da sua experiência, baseada em mais de 7.000 operações renais, os rins a considerar perdidos são somente aqueles "com alterações hilares produzindo estrangulamento arterial", tanto assim que nos casos mais graves de nefropatias cirúrgicas "o ataque final decisivo e mais sério do mal se desencadeia no hilo vascular".

A sentença do grande mestre de Urologia é particularmente sugestiva e inspira o entusiasmo com que os cirurgiões modernos e os experimentadores se atiram ao plexo renal, cujos segredos, a pouco e pouco se revelam, em promessas excelentes para os que se comprazem na ânsia de aliviar os semelhantes.

Encarada do ponto de vista da cirurgia conservadora, a denervação renal rasga horizontes absolutamente novos, n'um período de renovação que corôa, por sem dúvida, os gigantescos progressos da Urologia dos nossos tempos.

O tratamento Cirúrgico Ideal dos Aneurismas

ERASTO GAERTNER

Prof. da Faculdade de Medicina do Paraná.
Diretor do I.M.C.P.

ERNANI S. ALVES

Assistente.

Na homenagem prestada ao Visconde de Itaúna, pela passagem do centenário da ligadura da aorta abdominal, praticada por aquele insigne brasileiro num caso de aneurisma, afirmámos que, nos cem anos decorridos, a respectiva técnica evoluciona por tal forma que não comporta mais aperfeiçoamento, visto que se aproximou da perfeição.

Ao avançarmos tão arrojado conceito, referiamo-nos ao método da endoaneurismorrafia de Matas, em torno do qual acumulavamos experiência, do mesmo passo que coligámos documentos pessoais, que serviriam para uma oportuna demonstração dos excelentes resultados que vínhamos obtendo.

Nossa primeira operação pelo método de Matas foi realizada em setembro de 1937, com resultados tão surpreendentes que fizeram de nós e de vários colegas, que acompanharam o caso, adeptos entusiastas da legítima preferência que merece a correspondente indicação.

Em maio daquele mesmo ano, o Dr. Alberto Coutinho, então assistente do Prof. Brandão Filho, realizára a primeira operação de Matas praticada no Brasil. Cabe a esse ilustre cirurgião a prioridade, que viemos a conhecer longo tempo depois, isto é em 1940, quando operámos o segundo caso, pelo mesmo método. É esse um mérito que lhe reconhecemos e pelo qual lhe prestamos a nossa homenagem.

DADOS HISTÓRICOS

Os mais variados recursos terapêuticos foram esgotados desde a mais remota antiguidade, em busca longa e inquietante, para fazer frente à terrível afeção que constitui o aneurisma.

Na era pré-antissética, em razão do temor às infecções, predominara o tratamento médico. Grande número de substâncias medicamentosas foram tentadas e Pascal chamou a atenção para os resultados que se poderiam esperar do tratamento anti-sifilítico, o qual até os dias de hoje goza de predileção nos aneurismas espontâneos.

As indicações terapêuticas mais absurdas já estiveram em voga, desde as rigorosas dietas de Vasalva, com sangrias repetidas, e as de Tuffnel, até as de Powell, cujo objetivo principal era baixar a pressão arterial, diminuir a velocidade da circulação e aumentar a coagulabilidade do sangue.

O repouso absoluto, coadjuvado pelo uso de drogas as mais empíricas, visando diminuir a frequência das pulsações e a pressão sanguínea, procurava uma cura espontânea, talvez nunca atingida.

Mais tarde vigorou o emprêgo de pequenos processos cirúrgicos, ou de processos semi-cirúrgicos, como querem alguns. Entre êsses, que podem alinhar maiores ou menores sucessos terapêuticos, figuram a compressão, a refrigeração, a acupuntura, a filigalvanopuntura, a galvanização mediata. Si na verdade dêsses processos resultavam atenuação aparente dos sintomas e prolongamento da vida dos pacientes, não era possível depositar neles demasiada esperança, pois que em nenhum caso se pode prognosticar o êxito definitivo sobretudo atinente ao futuro dos doentes. Muitos acidentes graves, além do mais, se arrolam no passivo de alguns dêsses processos e diversas tentativas foram desastrosas, provocando acidentes mortais.

A evolução progressiva da cirurgia, entretanto, foi relegando para segundo plano aqueles recursos, sobretudo ao depois que o evento das éras antissética e assética, asseguraram o pleno domínio do campo operatório, isento das agressões microbianas.

O tratamento cirúrgico evoluciona de então para os nossos dias, através de uma série enorme de tentativas, cada uma identificando um processo, cada qual traduzindo o aperfeiçoamento paulatino da técnica no sentido conservador.

Precisamente na cirurgia dos aneurismas é que se pode apreciar o desenvolvimento do critério da conservação, tanto anatômica como funcional, até aos moldes da restituição integral.

O ensaio dos processos mais antigos, não raro tendo resultado em ruidosos fracassos, em trágicos desastres, é fácil perceber como se modificara a atitude cirúrgica ao longo de tão amarga experiência.

Nesse verdadeiro duelo entre a técnica e a ciência contra a terrível moléstia, não raro pagaram os pacientes com a mutilação ou com a vida. Mas o gênio dos homens venceu e hoje é possível converter os portadores de tão grave afeção, condenados à incapacidade e à morte, em indivíduos perfeitamente normais.

Começando pelas ligaduras, através da aneurismotomia, isto é, da abertura do saco, prévia ligadura a montante e a jusante, a seguir pela aneurismectomia (extirpação do saco entre ligaduras) a cirurgia pôde atingir à fase última do aperfeiçoamento técnico, pelo método de Matas que realiza ou a obliteração do conduto ou o restabelecimento da continuidade vascular com restituição anatômica e funcional à circulação.

Das vicissitudes dessa evolução, é possível conceber uma pálida idéia, atentando-se para o quadro ao lado, no qual estão sintetizadas as principais modalidades técnicas correspondendo a cada método.

Num estudo crítico será suficiente observarmos os métodos em geral, sem nos determos nas variantes. Consideraremos portanto, as ligaduras, as aneurismectomias, as aneurismotomias, e as endoaneurismorrafias.

AS LIGADURAS

As ligaduras se destinam a reduzir ou deter a onda circulatória no saco aneurismal, para o fim de favorecer a obliteração vascular por coagulação rápida ou lenta do conteúdo. É o processo mais simples e mais fácil.

Si é verdade que em muitos casos foram obtidos bons resultados com as ligaduras, é certo também que elas foram e têm sido responsáveis por danos consideráveis, tanto anômicos como funcionais e pacientes em grande número foram sacrificados ou mutilados em consequência do seu emprego.

É preciso contar sempre com a possibilidade da gangrena por deficiência circulatória após as ligaduras e, si as colaterais fornecem o suprimento adequado, a recidiva acontece com frequência.

Nas ligaduras assestadas nas "zonas perigosas" dos clássicos, isto é, naqueles segmentos desprovidos de colaterais responsáveis pela irrigação de territórios musculares, as estatísticas aissnalam elevada incidência de gangrena.

Makins registrou 40% de gangrena consecutivas à ligadura de grossos vasos dos membros. Na artéria poplitêa 24 ligaduras determinaram 10 gangrenas (41,66%) e 14 resultados favoráveis (56,35%). A ligadura da artéria femoral comum comporta graves perigos, atingindo o risco máximo a interrupção circulatória da poplitêa (Lecéne Leriche).

O mecanismo das desordens circulatórias oriundas das ligaduras não se resume, todavia, à interrupção da corrente circulatória no vaso principal. Tôdas as perturbações verificadas, desde a gangrena isquêmica até aquelas descritas por Babinski e Heitz, seriam o resultado de etiologias diferentes mas, sobretudo, como demonstrou Leriche recentemente, de um síndrome simpático vaso constritor, resultante do trauma permanente imposto ao aparelho regulador da vaso motricidade e traduzindo um bloqueio de tôda a circulação colateral.

Esse fato é demonstrável pela possibilidade de remover os sintomas da isquemia e obter melhoria da irrigação periférica, mediante ressecção do segmento arterial ligado. Os acidentes da ligadura podem ser ainda eficazmente combatidos pela simpatectomia peri-arterial a montante da ligadura, pela infiltração anestésica da advetnícia, pela gangliectomia ou pela infiltração regional do sistema simpático. Gage, Mims e Ochsner, de Nova Orleans, advogam o bloqueio químico do simpático lombar e cêrvico dorsal, para corrigir os distúrbios circulatórios oriundos da obliteração dos grossos troncos arteriais.

As conseqüências das ligaduras, pois, não podem continuar sob o antigo conceito da circulação colateral, sugerido pelos estudos anatômicos em cadáver, mas devem ser considerados à luz das atuais constatações da fisiopatologia, apreciada no organismo vivo.

Os dados apresentados por Makins ao congresso de cirurgia de 1922 esclarecem sobremodo os acidentes das ligaduras em torno de 224 feridos atendidos na armada inglesa.

Em 47 ligaduras da axilar, 2 voltaram ao serviço auxiliar; 13 permaneceram em serviço; 2 sofreram amputação secundária; 11 foram reformados e de 19 não se obtiveram notícias. Em 70 ligaduras da humeral, 19 voltaram ao serviço auxiliar; 29 permaneceram em serviço ativo e 22 foram reformados. Em 77 ligaduras da femural 8 voltaram ao serviço auxiliar; 39 ao serviço ativo; 9 sofreram amputações secundárias; 10 foram reformados e de 11 não foram mais obtidas notícias. De 30 operações sobre a poplitea, 3 voltaram ao serviço auxiliar; 8 mantiveram-se em serviço; 7 foram amputados secundariamente; 7 foram reformados e de 5 não obtiveram mais notícias.

As estatísticas dos autores mostram sempre uma média de 7 a 8 por cento de gangrenas (Delbet) e uma mortalidade de 8,3%, devendo-se notar, entretanto, que em períodos anteriores as estatísticas de letalidade eram bem mais altas. Nos aneurismas popliteos principalmente, em 42 casos 87,05% foram curados ao passo que em 12,95% fracassou o método de Hunter.

Dos casos curados, todavia, em 8 persistiram o aneurisma e a incapacidade funcional, 10,5% apresentaram gangrena e amputação secundárias e 4,60% recidivaram, exigindo novos métodos de tratamento.

Ora, é muito eloqüente a expressão numérica para condenar um método cirúrgico do qual tão poucas possibilidades decorrem para a recuperação completa dos pacientes. Si as ligaduras apresentam utilidade em certos casos, na maioria produzem complicações que expõem seriamente a vida dos enfermos ou determinam mutilações que os incapacitam definitivamente para a vida ativa.

ANEURISMECTOMIAS E ANEURISMOTOMIAS

Em função desses insucessos, das conseqüências em geral desastrosas das ligaduras, foi que surgiram os chamados métodos radicais. Radicais pelo fato de removerem definitivamente o saco aneurismático e as conseqüências da sua permanência.

Nem sempre radicais, porém dado que também esses métodos apresentaram e apresentam ponderável bagagem de acidentes e complicações, pondo em perigo quer a vida quer a integridade anatômica ou funcional dos pacientes.

As operações fundamentais, aneurismotomia de Antyllus e aneurismectomia de Philagrius e Purmann são tão antigas como a história da medicina e só ressurgiram nos tempos modernos graças ao progresso da era listeriana.

Incontestavelmente os resultados obtidos com as operações de Antyllus ou a de Philagrius e Purmann são superiores aos das ligaduras quer proximais ao Anel de Hunter, quer à Brasdor ou Wardrop, seja no que se refere ao restabelecimento dos enfermos seja quanto à vitalidade dos membros.

A remoção do saco e simultânea interrupção do influxo simpático vaso-contritor na ectomia, além de condicionarem melhor irrigação da extremidade pelo sistema colateral, asseguram a exclusão dos seguintes inconvenientes positivamente atribuídos, às ligaduras:

a) — menor mortalidade — 20% nas ligaduras; 10% nas extirpações (Delbet); mortalidade oriunda por via de regra da gangrena;

b) — inflamação do saco, consecutiva à ligadura e independente de fatores sépticos;

c) — reprodução ou persistência do saco; alimentado pelas colaterais, com permanência dos fenômenos do compressão;

d) — possibilidade de aparecimento de um segundo aneurisma no sítio da ligadura.

O afastamento desses inconvenientes, tendo propiciado melhores resultados à extirpação, seguramente influenciou Delbet no seu estupendo libelo contra as ligaduras, no qual teve o apoio de Trélat em 1888.

Não se pode negar, no entanto, que as extirpações, tendo sido responsáveis por 10% de mortalidade, poderiam condicionar também curas incompletas, isto é, curas parciais, nas quais persistem certas perturbações como anestésias, transtornos mais ou menos graves da motilidade, edemas, nevralgias, os quais em muitos casos embaraçavam seriamente a deambulação.

Discutindo um caso de Monod, Delbet, em 1900, concordou que o saco deve ser "aberto" no decurso da operação, afim de ser ressecado o menos possível de artéria. Em 1906 já admitia que a extirpação tinha a desvantagem de suprimir o tronco arterial, pois a reconstituição vascular com **restitutio ad integrum** seria o ideal.

Referindo-se aos processos de Matas, entretanto, Delbet pontificava: "O fechamento do orifício de comunicação entre o saco e a artéria, como é praticado por Matas, é somente praticável se a abertura for pequena. Que valor têm suturas feitas sobre tecidos lesados?". Sobre a reconstrução do tubo arterial por via endo-sacular, assinalava Delbet que só era possível si o orifício arterial fôsse grande e não acreditava que o resultado oferecesse resistência, visto que as suturas teriam que ser feitas sobre elementos anatômicos profundamente alterados ou patologicamente modificados.

Max Thorek, autor de um excelente tratado de Técnica Cirúrgica, do qual extraímos os textos acima, endossando os conceitos de Delbet, afirma: "Hoje em dia as conclusões de Delbet são aceitas" e finaliza com um comentário fulminante: "De acôrdo com Delbet, as operações difíceis de Matas parecem ceder terreno ao método mais simples de extirpação, em muitos casos".

Se atentarmos para o sentido conservador que tem orientado o aperfeiçoamento em toda a cirurgia, haveremos de admitir que o método da aneurismotomia assinalou um decisivo progresso no tratamento do aneurisma.

Já o método primitivo de Antyllus, de incisão e esvaziamento do saco, previa dupla ligadura, traduzia o empenho de fugir aos tropeços da extirpação sempre difícil e ganhar as vantagens da eliminação indireta do tumor.

A técnica de Symee Annandale revivida por Kikusi no Japão, marcou todavia o passo decisivo nessa evolução, uma vez que

aproveitava aquelas duas vantagens, evitando a extirpação e suprimindo o tumor por esvaziamento, e ao mesmo colimava a proteção máxima do sistema colateral obtida pela ligadura intrassacular.

A aneurismotomia, seguida de ligadura intrassacular, constitui sem dúvida alguma o limiar da cirurgia conservadora moderna, que encontrou em Rodolfo Matas o idealizador genial.

É bem verdade que não há uma sucessão cronológica nítida na transição entre ectomia e aneurismotomia, tanto assim que são mais modernas que esta as extirpações seguidas de arteriorrafia lateral ou termino-terminal, ou seguidas de transplantes artério-venoso.

São processos que representam um enorme esforço de técnica, visando a conservação anatômica e funcional. Lexer, Stich, Enderlen, dedicaram longos e fatigantes esforços em torno das técnicas de Carrel para obterem resultados mínimos e pouco compensadores. O fracasso freqüente das anastomoses e dos enxertos conduzia invariavelmente à gangrena e amputação.

Dir-se-ia a procura caprichosa de um caminho imensamente mais longo e mais acidentado para atingir precária e duvidosamente o mesmo resultado obtido por Matas.

As estatísticas de Delbet são bastante demonstrativas da superioridade dos resultados da extirpação sobre as ligaduras, quer quanto à mortalidade quer quanto à mutilação. Apesar dessa vantagem, ratificada pela experiência e pelo entusiasmo de outros autores, a extirpação não constitui a operação racional e segura a que o cirurgião deste século aspira, dentro das possibilidades da técnica operatória e à luz dos modernos conhecimentos da fisiopatologia.

A extirpação de um aneurisma mais ou menos antigo, não se realiza sinão mediante dificuldades extraordinárias, não raro a preço de danos muito graves impostos aos tecidos vizinhos, sempre nobres, colaterais, veias, linfáticos, nervos, etc.

Esses precalços da extirpação simples, valem igualmente para as extirpações seguidas de arteiorrafias término-terminais, ou de enxertos, as quais exigem, além de tudo, requisitos muito amplos de ordem técnica. O fracasso das anastomoses ou dos

enxertos, finalmente, acarreta gangrena inevitável e portanto a perda do membro. Salomom, relatando 27% de insucessos, dá idéia de como os enxertos são perigosos.

O MÉTODO IDEAL DE MATAS

Em 1888, Matas teve a idéia de abrir o saco de um aneurisma da humeral e suturou os lábios do colo aneurismático um ao outro. Foi, porém, somente em 1903 que êsse cirurgião genial sistematizou a operação nas três clássicas modalidades obliterante, restauradora e reconstrutora. As operações de Matas são praticadas por dentro do saco aneurismal e êsse princípio, em que se baseia o método, reduz ao mínimo o perigo da gangrena, convertendo o saco num corpo sem tensão, pronto a ser reabsorvido e afastando por completo os precalços das manobras e traumatismos perianeurismáticos.

No maior número dos casos permite a restauração ou a criação de novo conduto sanguíneo, às expensas da parede arterial que participa da formação do saco, conferindo, assim, uma restituição integral com a conservação do vaso e da circulação.

Em outros casos, que devem ser excepcionais, na impossibilidade da restauração ou reconstrução do calibre vascular, pode o cirurgião proceder à obliteração total do saco e dos orifícios arteriais. Nesta hipótese ficará interrompida a circulação no segmento arterial afetado mas a cura tem tôdas as melhores probabilidades de se realizar, uma vez que a circulação colateral, respeitada no mais alto grau, terá as melhores condições para reabilitar a irrigação periférica. As suturas intrassaculares, além do mais, não comprometendo de modo algum a inervação simpática, protegem a circulação periférica, excluída do reflexo vaso-constritor que se fêz apanágio das ligaduras. — Kuttner em 1916 dizia que é uma regra incondicional que a extirpação total do saco com tôdas as colaterais contidas nele, e com o segmento completo dos vasos principais que passam na parede do mesmo deve ser evitada, fazendo-se assim ardoroso defensor da sutura.

A estatística de Von Haberer é uma confirmação do progresso que se estabeleceu nos métodos de tratamento cirúrgico dos aneurismas.

Em 1914, Von Haberer não tendo ainda prática da sutura arterial, trata 13 aneurismas e declara que o único meio de tratamento aplicável aos seus casos era a ligadura e fêz 13 ligaduras.

Em 1915, já treinado com a sutura, em 29 aneurismas ele praticou 16 ligaduras e 13 suturas, sendo 5 laterais e 8 circulares, declarando, que a sutura era mais possível do que se acreditava. Em 1916 tratou 30 aneurismas; fêz 6 ligaduras e 24 suturas, afirmando que a sutura é o método de escolha. Em 1917 publicou uma estatística de 172 aneurismas tratados, 50 pelas ligaduras e 182 pelas tuturas.

Em agosto de 1940 Von Haberer forneceu os dados colhidos pela sua experiência em 251 aneurismas operados. Praticou 182 suturas e 69 ligaduras, dando preferência ao método de Kikusi II.

Em sua última estatística feita em 1940, Matas referiu 260 aneurismas, dos quais 101 casos foram submetidos aos seus métodos: endoaneurismorrafia obliterante, restauradora e reconstrutora; destes 101, 5 faleceram — dando uma mortalidade de 4,9% menor do que a obtida com o método das ligaduras (6,4% em 62 ligaduras por aneurismas).

Nossa experiência modesta de cirurgia vascular e o que temos podido observar em nossos operados de endoaneurismorrafia, sugerem-nos três fatores fundamentais, nos quais assenta o método de aMtas. São êles: 1.º a hemostase provisória; 2.ª a extraordinária faculdade de aglutinação do endotelio arterial; 3.ª a propriedade de reabsorção de que gozam os tecidos patológicos que entram na formação do saco aneurismático.

1.º — O primeiro fundamento é, aliás, o de tãda a cirurgia vascular. Nenhuma operação interessando o calibre do vaso seria realizável si não nos fôsse permitido, pelos recursos habituais da técnica, deter a onda sanguínea temporariamente. A hemostase provisória, pela compressão digital, pelo garrote, pela esmarquização ou mesmo pela descoberta do vaso acima da lesão, como é o caso para lesões da femural comum, da axilar ou da sub-clavia, constitue um tempo elementar em tãda a cirurgia das artérias. As endoaneurismorrafias, por excelência,

são intervenções só realizáveis em campo absolutamente enxuto.

É um tempo que deve ser executado com o maior rigor por isso mesmo que qualquer derrame sanguíneo, no vaso interessado, poderá comprometer definitivamente o resultado operatório, pelas dificuldades impostas às suturas.

Os aneurismas, os hematomas pulsáteis, ou as feridas da femoral comum reclamam uma prévia laparotomia para a descoberta e cómpressão da ilíaca externa. A abertura do ventre, sem embargo de prolongar por alguns minutos a acto operatório, assegura uma perfeita segurança ao decurso da operação vascular. A simples compressão digital directa sobre a ilíaca externa pode ser realizada por um dos auxiliares, sem o menor inconveniente para a integridade do vaso.

Instrumentos e artifícios vários têm sido criados para a hemostase provisória. Tais são as pinças de Crile, de Hoepfner, Alleghiani, a suspensão do vaso sobre um fio grosso ou sobre uma fita, etc.

Quando o segmento arterial é acessível, o garrote ou a faixa de Esmarch constituem os recursos fáceis e prontos. Si for necessária a descoberta cirúrgica do vaso, mesmo através uma laparotomia, a compressão digital directa é o meio hábil e eficiente para conter a onda circulatória. O dedo é ainda o instrumento delicado e consciente. Terminada a sutura é possível ao auxiliar graduar a compressão e permitir que o sangue circule sob pressão baixa, de molde a que se confira o rigor do afrontamento. Caso haja extravaso, eis que a sutura não seja estanque, nova compressão permitirá que se pratiquem os pontos complementares necessários.

2.º — O segundo fundamento é também aquele no qual se baseiam todos os métodos de suturas arteriais. O endotélio arterial possui um poder de aglutinação que se pode comparar ao do peritôneo. Com excessiva rapidez esse tecido prolifera, recobre e coapta os lábios afrontados do vaso.

O mecanismo de formação dos aneurismas e a estrutura do saco em todos os tipos nos revela que o revestimento interno se constitue invariavelmente de um endotélio do mesmo carácter histológico da íntima arterial. Esse revestimento endotelial

resulta da proliferação da própria íntima do vaso principal e seguramente também dos angioblastos dos "vasa vasorum".

Tôda a vez que em consequência de uma lesão arterial o derrame sanguíneo é detido pelos tecidos vizinhos, originando um hematoma pulsátil ou um falso aneurisma, não tarda que esse revestimento endotelial se processe, forrando e circunscrevendo completamente o tumor sanguíneo.

Todos os tecidos, afinal, postos em contacto com a corrente sanguínea, onde houver circulação ativa, de pronto serão tapetados por êsse revestimento liso.

Essa propriedade da íntima arterial, muito bem estudada por Matas, tem sido por nós observada na extrema rapidez com que promove o acolamento dos lábios afrontados. Temos experimentado a sutura de pontos relativamente distantes, até de 1,5 cms., de tal sorte que no intervalo das suturas os tecidos apenas fiquem acolados por justaposição e portanto sem um afrontamento sólido. Suspendendo a compressão, observamos a passagem da corrente sanguínea no sentido de apreciar qualquer extravaso afim de praticar pontos complementares.

A sutura entretanto se mostra sempre suspreendentemente estanque, como si os lábios tivessem sido soldados por uma cola instantânea.

Essa observação já colhemos não só em operações de aneurismas, porém em suturas arteriais.

3.º — O terceiro fundamento, ao qual atribuímos uma das mais expressivas vantagens do método de Matas, consiste no desaparecimento dos tecidos patológicos que participam da estrutura da sacco.

Essa reabsorção do sacco, isto é, do revestimento endotelial e da sua capa externa, representada por multiplicação da adventícia, reforçada por tecido conjuntivo fibroso mais ou menos espesso constitui um capítulo a esclarecer na fisio-patologia dos operados de endoaurismorrafia.

Em nossos poucos casos temos constatado uma redução notável do volume e da consistência das partes moles no sítio operado. Ao fim de dois a três meses da operação, a cicatriz é plana e flácida não dando a menor idéia de infiltração ou per-

manência de tecidos saculares. Há restituição anatômica tão perfeita, tão idêntica ao lado íntegro, que nos sugere a suposição de uma completa absorpção.

Uma operação correta, portanto, a Matas, deve respeitar fielmente a parede do saco, não só pelo não injuriar as suas relações íntimas sempre nobres, como sobretudo por ser supérflua qualquer tentativa de remover ou diminuir as paredes do saco, cuja reabsorção se nos afigura real.

Todo aquêle que intervier pela primeira vez num aneurisma, segundo a técnica de Matas, ao terminar a obliteração ou a reconstrução do tubo arterial, sentirá um vivo desejo de remover as paredes do saco. Como num cisto puncionado e esvasiado, os elementos saculares parecem num corpo extranho que, poderá entreter a supuração ou embaraçar o processo de cicatrização. Puro engano.

A bolsa aneurismática, organizada e constituída à mercê dos processos defensivos e reparadores do organismo, uma vez perdido o contacto do sangue, sofre uma reabsorção bastante rápida, pr um mecanismo que não interfere de modo algum na cicatrização. A extirpação dêsses tecidos, além dos mais, não se pode realizar com facilidade, visto que êles não oferecem plano descolável com os órgãos vizinhos.

Ela exigirá uma dissecção muito trabalhosa e cheia de riscos para as delicadas relações vâsculo-nervosas.

Observando-se essa circunstância e atentando-se para os perigos e inconvenientes que importarão na extirpação do saco de um aneurisma esvasiado e suturado, é fácil calcular em que sentido e proporção poderão aumentar êsses perigos no caso de extirpação do próprio aneurisma, cheio de coágulos, tenso e mantendo firmes as suas aderências.

ANATOMIA E FISILOGIA PATOLÓGICAS DO SACO ANEURISMÁTICO

Tanto a forma como a estrutura do saco de um aneurisma oferecem questões que devem ser consideradas sèriamente em face do tratamento cirúrgico.

Vejamos a forma. Na prática, dois tipos interessam ao tratamento cirúrgico-aneurismas fusiformes ou sacciformes. A

classificação calcada no aspecto externo do tumor não atende porém às exigências fundamentais da técnica intra-sacular.

De um modo geral a distinção só será exata mediante abertura e verificação das comunicações do saco com o vaso principal. O tipo fusiforme mostrará duas comunicações polares e o sacciforme um ou mais orifícios laterais de sorte que o saco ficará como que apenso ao vaso.

O martelar da torrente circulatória e os movimentos normais de flexão e extensão do membro, mantêm um traumatismo fisiológico que, pela sua constância impõe modificações, bastante interessantes na forma do saco.

Não só a séde e situação topográfica dos vasos condicionarão os tipos fusiforme ou sacciforme. O trausmatismo funcional constantemente transformará aneurismas sacciformes em fusiformes, promovendo o alargamento ou alongamento do orifício de comunicação.

A rotação do saco constitue outra modificação de profundo interesse técnico. Além da acomodação que o aneurisma deve procurar com os tecidos de vizinhança, em função do aumento de volume, interferindo na respectiva morfologia, é comum que o impacto da onda sanguínea promova a torção do eixo do fuso, de sorte a deslocar o diâmetro do longitudinal para transversal ou proximidades.

Essa rotação do aneurisma, que desloca os respectivos polos e altera a comunicação com o vaso principal, só pôde ser verificada e interpretada através das operações praticadas pelo método de Matas. As aneurismografias dos dias de hoje, entretanto, permitem reconhecer com nitidez rotações bem como assinalam as relações da dilatação com o tronco arterial.

Não é preciso encarecer a vantagem dessa constatação pré-operatória ou do conhecimento pleno do fenômeno. Só assim será permitido encontrar prontamente os orifícios principais no interior do saco, afim de executar o tempo principal da intervenção restauração, reconstrução ou obliteração.

O desconhecimento dessa eventualidade importará em completo fracasso, uma vez que o operador, desanimado de não encontrar os orifícios nas sedes polares longitudinais, ver-se-á

forçado a intentar a ligadura extra sacular, para o que falhará na indicação mais elementar do método, a qual consiste em poupar a disseção do saco, sempre agressiva para os tecidos da vizinhança.

Essas noções bastante antigas, R. Matas desde os seus primeiros ensaios as consignara magistralmente.

É sua a afirmativa de que também a forma do saco não constitue um guia para apreciar a extensão da enfermidade arterial. Referia-se então ao fato de que nem sempre, no aneurisma fusiforme, está comprometida tôda a parede arterial, do mesmo passo que, nos sacciformes acontece também não estar parcialmente enferma a artéria.

Nem todos os que se têm interessado pela cirurgia dos aneurismas atentaram bastante para os ensinamentos do genial criador da endoaneurismorrafia.

Lê-se freqüentes vezes que a sutura intrasacâular não procede ou não vinga "porque não é possível suturar tecidos patológicos" etc...

Os que assim se exprimem, naturalmente esquecem que o saco não se constitue exclusivamente de tecidos patológicos. Num ponderável número de casos, no interior do saco é fácil reconhecer um sulco, segundo Matas, e nós entendemos melhor uma fita ou, faixa de tecido diferenciado, mais claro e brilhante que o resto do saco, bastante resistente para receber a sutura com tôdas as probabilidades de segurança.

Essa fita ou faixa contrasta visivelmente com a coloração vermelho-arroxeadada da superfície endotelial do saco. É **positivamente o resíduo do tubo arterial**, aberto, visto que com êle se continua tanto no polo aferente como no eferente.

É êsse o material de sutura que temos utilizado em nossos casos.

O problema que se nos oferece consiste em identificar a fita no interior do saco, afim de praticar a sutura diretamente sôbre a respectiva parede, mais sólida e firme, evidentemente, do que a estrutura neoformada do saco.

Nesse propósito, o que temos aprendido parece digno de registrar.

Quer nos aneurismas traumáticos, quer nos patológicos, a expansão vascular se produz para o lado mais fraco, de sorte que o abaulamento, respeitadas, naturalmente, outras circunstâncias topográficas, far-se-á no sentido oposto àquele em que se conservou o sulco de parede-arterial.

No caso da poplitéia, temos verificado dois aspectos distintos: 1.º expansão posterior, com pronunciado abaulamento, conservação da fita na parede arterial anterior (profunda) e, fato notável, em conseqüência do estiramento das relações nervosas (ciático poplíteo-int.) pela expansão arterial, graves fenômenos dolorosos locais; 2.º expansão anterior na direção da articulação do joelho, conservação do sulco arterial na parede posterior e ausência de fenômenos nevrálgicos, dada a falta de extensão dos elementos nervosos. Nesta última variedade, a parede arterial posterior (superior estando o paciente em decúbito ventral), dada a resistência oferecida pela túnica músculo elástica, não se deixa distender; o tumor não faz grande volume no cavo poplíteo, porque se expande para os polos e para a profundidade articular. Nesse caso a abertura do saco é muito delicada. A incisão pode comprometer o ciático poplíteo interno e pode lesar a faixa resistente da parede arterial. A sutura reconstrutiva terá que ser feita também à custa da parede posterior ou superior, o que cria também dificuldades técnicas.

Em nossos poucos casos, encontramos sem dificuldades o sulco de parede arterial, com tecido firme e resistente para as suturas, tanto assim que procedemos à reconstrução.

É possível no entanto que, nos aneurismas muito antigos ou apresentando graves alterações degenerativas, como calcificação etc. seja difícil ou impossível encontrar a faixa de parede arterial resistente, eis que não vemos razões, sinão nos aneurismas traumáticos com seção total e completa da artéria, para o desaparecimento do sulco de parede arterial normal na estrutura.

Quando isso acontecer todavia, como tem acontecido ao próprio Matas, a solução consistirá em proceder à ligadura dos orifícios arteriais por dentro do saco e completar a operação obliterante. Nessa hipótese as ligaduras serão feitas em tecido muito resistente no próprio calibre de emergência do tubo arterial. A sutura obliterante, essa sim, será feita em tecidos

patológicos, mas não oferecerá o menor risco visto que não precisa oferecer resistência excepcional.

Ao nosso ver, o processo obliterante deve ter indicações de exceção, somente para êsses casos nos quais, em todo o interior do saco, não seja encontrado o sulco de vestígio do tronco arterial.

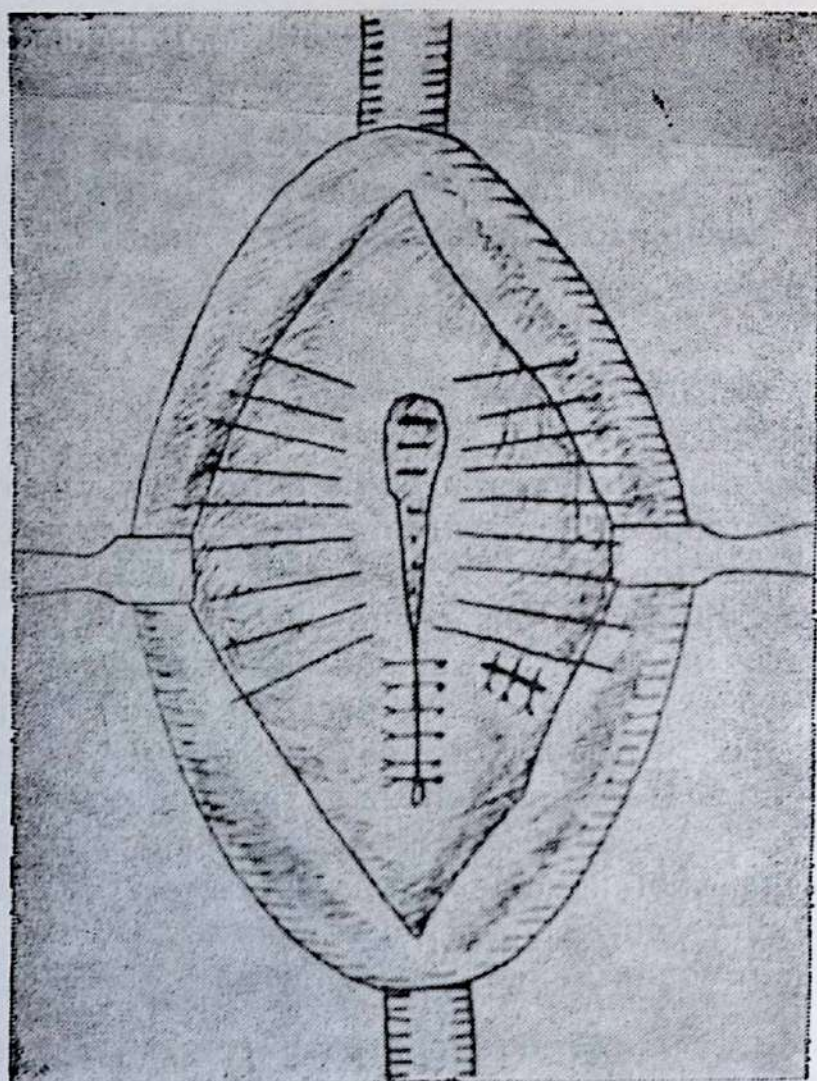
VARIANTES DA OPERAÇÃO DE MATAS

I — **Endoaneurismorrafia obliterante.** — A primeira modalidade do método de Matas representa justamente o seu processo fundamental. Consiste na abertura ampla do saco aneurismal e na obliteração por sutura dos dois orifícios principais e de todos os secundários que se abrem no interior do saco, cujas paredes são depois aproximadas por suturas, em perfeita coaptação (fig. 3). Segundo a descrição original do autor, a ferida será fechada com ou sem drenagem, consoante às indicações cirúrgicas usuais. Com os recursos atuais e as seguranças da asépsia, entendemos que as operações de Matas devem sempre terminar por fechamento completo visto que as cicatrizes se obtêm assim sempre por primeira intenção.

O processo obliterante não compreende indicações muito amplas. Destina-se aos casos em que as paredes da artéria tenham desaparecido completamente no interior do saco ou quando apresentam alterações patológicas tão severas, friabilidade, ateromatose, degeneração calcárea, que impossibilitem quaisquer tentativas plásticas.

Em nossa reduzida experiência não encontramos nenhum caso em que essas características patológicas do saco aneurismal reclamassem o processo obliterante.

II — **Endoaneurismorrafia restauradora.** — Êsse processo se destina exclusivamente aos aneurismas sacciformes, quando se mantêm a continuidade vascular, interrompida somente ao nível da comunicação. O aneurisma dêsse tipo se apresenta como um saco apenso lateralmente ao vaso principal, com o qual entra em comunicação através de um ou mais orifícios. Após ampla abertura do saco procede-se à sutura dos orifícios comunicantes de sorte que se suprime o afluxo de sangue à

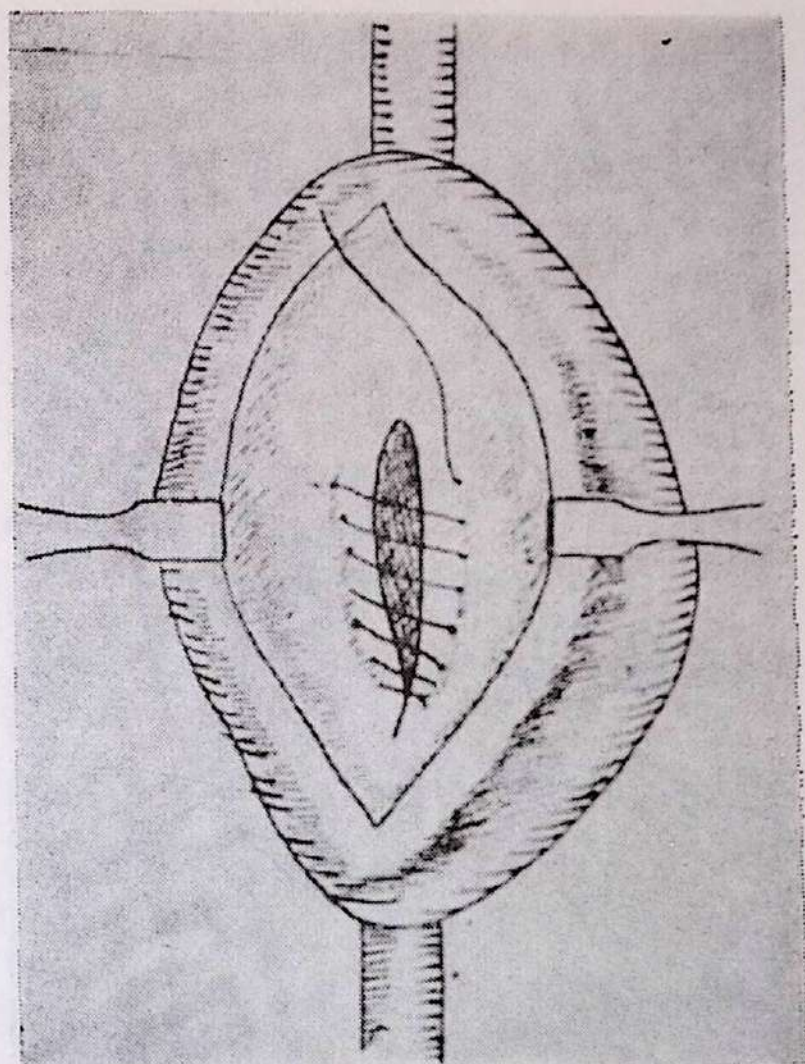


Endo aneurismorrafai obliterate.

bolsa aneurismal e se conserva a permeabilidade arterial. As paredes do saco são coaptadas a seguir por sutura das superfícies endoteliais (fig. 4).

III — **Endoaneurismorrafia reconstrutora.** — (Aneurismoplastie. Reconstructive endoaneurismorrafly — Essa é a modalidade mais engenhosa do método de Matas e consiste em restabelecer a continuidade do vaso nos aneurismas fusiformes, mediante sutura praticada sobre uma sonda, servindo de molde.

Segundo a experiência do autor, o processo reconstrutivo se dirige exclusivamente ao aneurismas fusiformes, nos quais as paredes saculares se mostrem fortes, elásticas e resistentes, quando os orifícios que conduzem à artéria se encontrem



Endo aneurismorrafia restauradora.

ao mesmo nível, muito próximos um do outro e situados no fundo de um saco superficial ou facilmente acessível.

A técnica operatória compreende: a abertura do saco; o reconhecimento dos orifícios do vaso principal nos quais se introduzem os extremos de uma sonda de borracha e a reconstrução do canal por sutura. Antes de completar os últimos pontos da sutura, a sonda molde é retirada, terminando-se pela coaptação das paredes saculares feita em pontos perdidos (fig. 5).

Matas entendia ser essa uma técnica muito útil, mas indicada somente em casos especiais, ou seja: a) — “quando o estado do saco fosse especialmente favorável para a reconstrução da artéria perdida.” b) — quando houvesse razões para termos uma insuficiência da circulação colateral, quer em vir-

Coração e Vasos: — Pressão arterial Mx 12—Mm 7. Ictus cordis batendo no 5.º espaço intercostal. Bulhas cardíacas audíveis, com hiperfonese do 2.º tom no foco aórtico. Pulso batendo 75 por minuto.

Abdômen: — Fígado com dois dedos abaixo do rebordo das costelas, baço nos seus limites. Colons indolores.

Membros: — À inspeção observamos na região poplíteia direita um enorme tumor arredondado aproximadamente das dimensões de um côco ocupando todo o côncavo poplíteo e abordando aquela região. Pele vermelhada na região, mostrando vasos venosos que a sulcam. Movimentos expansivos, ritmados, sincrônicos com o pulso radial se denunciavam ao simples exame visual. À palpação sente-se um frêmito fibratório leve em correspondência com as pulsações arteriais. À escuta ouve-se sopro sistólico. Doente não anda nem pode distender a perna porque sente dores lancinantes.

Diagnóstico: — Aneurisma da Artéria Poplíteia:

Operação: — Endoaneurismorrafia Reconstructora.

Operador: — Prof. Dr. Erasto Gaertner.

Auxiliar: — Dr. Dnte Luiz Júnior.

Anestesia: — Raquidiana — Sclerocaina no 4.º Espaço lombar. Sol. H à 8%.

Anestesiador: — Prof. Dr. Erasto Gaertner.

Técnica: — Esmarquização para hemostase provisória.

Incisão da pele e tecido celular subcutâneo. Hemostase. Abordagem do saco aneurismático, abertura do mesmo e evacuação do conteúdo, (coágulos). Caracterização dos orifícios do tronco arterial. Com a utilização de uma Sonda de Nelaton n.º 13 foi reconstruída a parede arterial mediante sutura com catgut cromado 00 montado em agulha atraumática. Removida a faixa pôde-se constatar a sutura estanque. As paredes do saco foram coaptadas por transpasse e os planos superficiais fechados como usualmente.

Período post-operatório: — Sem acidentes. Em oito dias deixou o serviço, apresentando restituição integral anatômica e funcional.

Follow-up. Revisto sucessivamente todos anos. Em junho de 1943, mostrava ausência completa de sintomas, mantendo uma cura integral. Não há abaulamento nenhum na poplítea. Exerce a profissão de conservador de linha com a mesma eficiência de um indivíduo normal.

II OBSERVAÇÃO

José Pereira da Conceição, preto, brasileiro, casado, 46 anos, ferroviário, residente em Pôrto Amazonas, Bom Retiro, S. Catarina.

Queixa: — Tumor situado na face interna da coxa direita, com dor forte, e impotência funcional acentuada.

A moléstia atual: — Estava doente há um mês aproximadamente. Seus padecimentos tiveram início após a queda de um dormente em cima da perna direita quando trabalhava. Continuou trabalhando mais alguns dias mas como sentia muita dor ao longo do membro viu-se impossibilitado de continuar no serviço. Pelo esforço da marcha sentia fortes dores na perna. Não tardou em observar um tumor pulsátil na face interna e mediana da coxa direita.

Interrogatório: — Negativo para os diferentes aparelhos.

Antecedentes pessoais: — Alcoolismo e fumo moderados.

Sarampo na infância. Há uns 20 mais ou menos contraíu cancro venéreo e blenorragia tratando-se no Hosp. Central do Exército no Rio e Hosp. Militar de Curitiba posteriormente. Tomou várias séries de 914 e outras injeções que não sabe discriminar. Impaludismo há 7 anos em Florianópolis.

Casado com mulher sadia a qual teve um filho nati-morto e outro que morreu com 1 ano e 5 meses. Nunca teve abortos a espôsa.

Antecedentes familiares: — Pais falecidos de causa ignorada pelo examinando; não tem irmãos.

Exame geral: — Indivíduo de tipo brevilíneo com escasso panículo adiposo, com 53,5 quilos de peso. Musculatura bem desenvolvida, sistema ósseo bem conformado.

Gânglios impalpáveis e, indolores. Cefaléia e tibialgia presentes, ausentes esternalgia.

Cabeça: — Olhos — Reflexos à luz e acomodação presentes e normais.

Reflexo consensual presente. Ouvidos e nariz normais.

Bôca: — Dentes mal conservados, com falhas e raízes infectadas mucosas visíveis coradas. Seios da face e mastóide indolores.

Pescoço: — Tireóide não aumentada. Oliver Cardareli ausente. Não se palpa a aorta na fúrcula external.

Tórax: — À Inspeção, palpação, percussão e ausculta nada digno de registo.

Coração e Vasos: — Pressão arterial Mx 12,5 Mm 7. Ictus cordis no 5.º espaço intercostal. Bulhas cardíacas normais. Pulso batendo 80 vezes por minuto.

Abdômen: — Fígado e baço nos seus limites. Colons indolores.

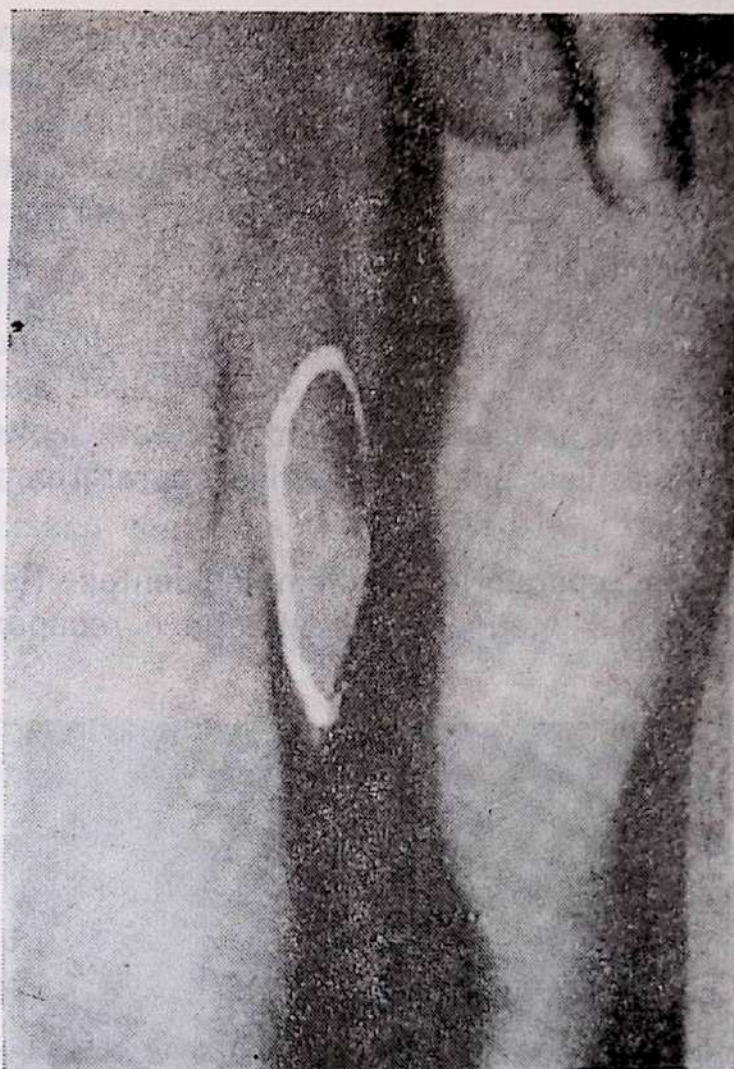
Membros: — À inspecção, percebe-se na face interna da coxa direita uma tumefação arredondada ocupando o terço médio da região. A pele que a recobre conserva a coloração normal apresentando o tumor expansão, perceptível à palpação.

Percebemos ainda batimentos sincrônicos com o pulso radial, e um frêmito vibratório, leve e intermitente. As artérias pediosas apresentam discromia, e a pulsação no lado doente é mais fraca que no lado são. À escuta nota-se sôpro isócrono com a sistole cardíaca. O doente claudica quando marcha, porque sente dores após os menores movimentos passivos ou ativos.

Diagnóstico: — Aneurisma da femural no terço médio da coxa direita (fig. 8).

Ateriografia: — Aneurisma da artéria femural correspondendo ao terço médio da coxa direita.

Exames Complementares: — Wassermann positivo ++ uréia no sangue: 0,50%.



Aneurisma da art. femural do terço médio.

Urina: — Ausência de elementos anormais.

Operação: Endoaneurismorrafia reconstrutora.

Realizada em 12-XII-1940.

Operador — Prof. Dr. Erasto Gaertner.

Auxiliar: — Dr. Dante Luiz Júnior.

Anestesia: — Raque — scurocaina 2,5 cc Sol. H à 8%.

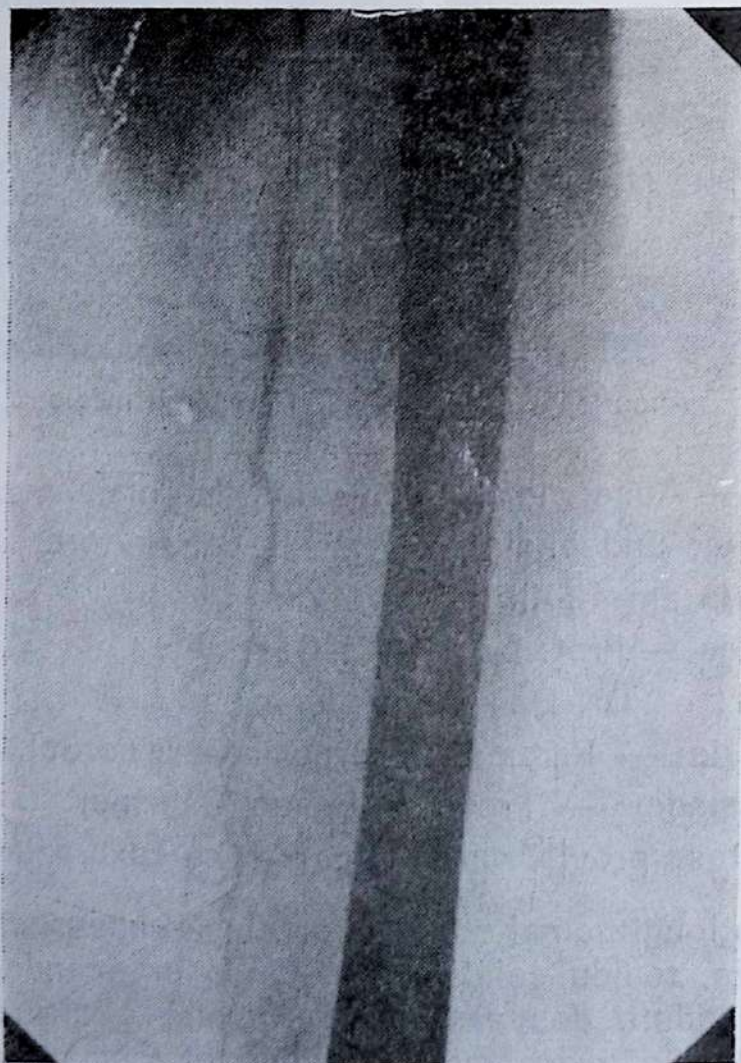
Anestesiador: — Prof. Dr. Erasto Gaertner.

Hemostase provisória com garrote na coxa acima do tumor.

Incisão longitudinal sobre a tumefação aneurismática. Abertura da pele, tecido celular subcutâneo praticando-se o pinçamento e ligadura dos vasos superficiais. Abertura da aponevrose e exposição do aneurisma que foi incisado longitudinalmente.

Aberta a dilatação arterial e esvasiada dos coágulos existentes, fez-se a pesquisa dos orifícios proximal e distal. Localizados os respectivos orifícios foi introduzida uma Sonda de Nélaton n.º 17 em ambos e praticada uma sutura sôbre um sulco mais resistente de tecido endoaneurismático, correspondente à porção menos dilatada da artéria. Sutura sôbre a sonda como molde até próximo a orifício distal. Iniciando-se então a sutura pelo lado contrário ao que se iniciou. Antes do encontro das suturas fez-se a retirada da sonda e finalizou-se a sutura. Retirado o garrote a hemostase era completa. Capitonage das paredes do saco. Fechamento da ferida operatório por planos. Agrafes na pele.

Período post-operatório: — Sem incidentes. Retirada dos agrafes no 7.º dia. Integridade circulatória e recuperação integral do doente.



Arteriografia pós-operatória do paciente da observação n.º 2.

Follow-up: — Cura completa sem complicações. Foi revisto várias vezes, sempre perfeitamente bem. Em Abril de 1941 começou a trabalhar em sua profissão. O seu trabalho é árduo. Faz rondas noturnas, empurra vagonetes, carrega dormentes e trilhos como conservador de linha na Estrada de ferro.

Revisto em 1943 apresenta desaparecimento da tumefação e cicatriz linear na região operada. Apresenta movimentos ativos e passivos absolutamente normais.

O restabelecimento circulatório é completo e a ausência de infiltração na sede do aneurisma indica a reabsorção das paredes do saco com ótima recuperação (fig. 11).

III OBSERVAÇÃO

Alfredo Manoel da Silva, moreno, brasileiro, casado, com 50 anos, lavrador, residente em São Bento Município da Lapa.

Anamnese: — Queixas do doente: Há mais de um ano, começou a sentir dores na região poplíteia esquerda, onde com o correr do tempo apareceu um tumor, que está crescendo continuamente.

Ant. Mórbido Pesoais: — Relata doenças peculiares à infância. Nega passado blenorrágico-sifilítico. Nada mais relatou negando ainda traumatismo na região poplíteia.

Estado Atual: — Atualmente sente dores na extremidade inferior do membro esquerdo (Perna), as quais aumentam com a prática de esforços, e o impossibilitam de trabalhar há três meses. Apresenta um tumor do volume de uma tangerina na região poplíteia. O tumor apresenta pulsação sincrônica com os batimentos cardíacos. A pele de revestimento da região, apresenta numerosas cicatrizes que o paciente atribue a ulcerações de repetição (figs. 12 e 13).

Exame geral: — Indivíduo de tipo constitucional normolíneo. Regular panículo adiposo, com 68 quilos e 1,78 de altura. Musculatura regularmente desenvolvida e sistema ósseo bem conformado. Gânglios: impalpáveis e indolores. Cefálea, tibialgia ausentes. Esternalgia presente.

Cabeça: — Olhos: Reflexos à luz e acomodação presentes e normais. Reflexo consensual presente. Ouvidos e nariz normais.

Bôca: — Dentes mal conservados, com falhas e raízes infectadas, mucosas visíveis coradas, seios da face indolores.

Pescoço: — Tireóide não aumentada. Oliver Cordareli ausente. Não se palpa a aorta na fúrcula.

Tórax: — Nada digno de registrar, após meios semióticos.

Coração e Vasos: — P. A. no braço Mx 13,5 Mn 8,5.

Bulhas cardíacas normais: Hiperfonese do 2.º tom no foco aórtico.

Abdômen: — Fígado e baço nos seus limites. Colons indolores.

Membros: — Inferior esquerdo. Tumor pulsátil na região poplíteia. A circunferência ao nível do tumor mede 38 cms.

Pressão arterial: — Perna esq. acima do aneurisma Mx 20,5 — Mn. 7,5.

Pressão arterial: — Perna esq. abaixo do aneurisma Mx 12,0 — Mn, 7,5.

Pressão arterial: — Coxa direita Mx, 16 Mn, 7,5.

Exames Complementares: — Wassermann positivo +.

Uréia no sangue: — 0,45 por litro.

Urina: — Ausência de cilindros, albumina, sangue e glicose.

Exame Radiológico: Aneurismografia (Técnica de Mário Kroeff). Imagem de aneurisma fusiforme com rotação do saco. ('0-9-43) (fig. 14).

Operação: — Endoaneurismorrafia reconstrutora: Processo de Matas em 2-10-43, às 9,53.

Operador: — Prof. Dr. Erasto Gaertner.

Auxiliar: — Dr. Ernani Simas Alves.

Anestesia: — Raque Scurocaina a 8% solução H. 2cc. no 4.º espaço.

Anestesiador: — Prof. Erasto Gaertner.



Aneurismografia do paciente da observação n.º 3

Depois de colocada uma banda de Esmarch na coxa, incisão longitudinal ao nível do losango poplíteo. Abertura da pele e tecido celular subcutâneo. Hemostase. Abertura da aponevrose e abordagem do tumor aneurismático. Na face anterior do saco desenhava-se o nervo ciático poplíteo interno, contraindo aderência com o saco aneurismático. Abertura do saco do aneurisma. Retirada de numerosos coágulos cruoricos e de endotélio proliferado. Procura dos orifícios arteriais no interior do saco e caracterização da faixa ou sulco própria à sutura. A faixa no caso presente se encontrava na parede posterior do aneurisma, considerando o doente em pé, justamente ao lado da incisão aneurismática.

Colocação da sonda de Nelaton nos orifícios proximal e distal e início da sutura na faixa arterial, mais sólida e firme

que os tecidos saculares. Sutura dificultada pela situação mas realizável. Retirada da sonda antes de terminada a sutura que é completada então. Retirada da Banda de Esmarch. Hemostase perfeita. Capitonage do saco e fechamento da brecha operatória. Tempo de operação 52 minutos.

Post-operatório silencioso com levíssimas elevações térmicas nos dias 3.º e 5.º da operação.

Retirada dos pontos do sétimo dia, cicatrização per-primam.

O exame local mostra o desaparecimento do tumor e das respectivas pulsações.

Durante os quatro primeiros dias de post-operatório a temperatura do membro operado ao tacto se mostrava mais alta do que no membro oposto, em nenhum momento se notou sinal de isquemia.

Com exame local a circunferência ao nível da ferida operatória mede 33 cms., notando-se ligeira infiltração nos planos subcutâneos.

Tensão arterial no membro operado:

Acima da cicatriz Mx 13 Mn 7,5.

Abaixo da cicatriz Mx 12 Mn 6,5.

Tensão arterial membro direito art. femural Mx 12,3 — Min 8.

Alto. Em 10-10-1943, Curado. Deambulação normal.

Integridade circulatória. Desaparecimento do aneurisma com cura imediata perfeita (fig. 16).

CONCLUSÕES

1.º — O método de Matas constitue o tratamento cirúrgico ideal dos aneurismas acessíveis.

2.º — Não procedem as críticas de Delbet, repetidas por Thoreck e outros de que são impraticáveis suturas em tecidos patológicos.

3.º — Essas críticas, desacreditando "á priori" um método que precisa ser estudado e praticado para ser compreendido,

têm feito um grande mal a ciência e à humanidade. Prestigiadas pela autoridade de Delbet essas críticas têm impedido que os cirurgiões em maior escala pratiquem as operações de Matas, realizando curas perfeitas em grande número de doentes.

4.º — Urge que se faça ouvir a palavra dos que têm experiência, afim de que noções falsas e errôneas sejam prontamente banidas em proveito da ciência e da verdade.

SUMÁRIO

Os autores apresentam três casos de aneurismas, sendo dois da A. poplitéia e outro da femural no terço médio, nos quais praticaram a operação de MATAS — endoaneurismorrafia reconstrutura.

Trata-se de três operários, um lavrador e dois "guarda-linhas" da Estrada de Ferro, todos apresentando completa cura clínica e recuperação funcional integral, tanto assim que puderam voltar ao árduo trabalho.

Os casos são documentados com arteriografias e o do aneurisma de femural, operado, mostra restabelecimento da circulação no vaso reconstruído.

Revêem pontos fundamentais de técnica e fisiopatologia e combatem o conceito errôneo, partido de DELBET e adotado por outros tratadistas como THOREK, de que "as operações de MATAS não são praticáveis por ser impossível realizar suturas em tecidos patológicos".

Insistem que o saco não se constitue somente de tecidos patológicos, mas apresenta, por via de regra, o vestígio de parede arterial (sulco) com a estrutura completa, que oferece o material resistente para a sutura.

Concluem opinando que as operações de MATAS genialmente concebidas precisam ser praticadas e estudadas e, mais, que é tempo de destruir a falsa impressão criada pelas idéias de DELBET, a bem da ciência e dos doentes.

SUMMARY

Authors submit for consideration three cases of aneurysms: two originated in the popliteal artery and one in the femoral artery, at its middle third part. They have performed MATAS' operation — reconstructive endoaneurysmorrhaphy.

The patients in question are three workmen: one husbandman and two railroad trackmen, all of them evincing complete clinical cure and entire functional recovery, so that they could resume their hard work.

These cases are documented with arteriographies, and that relative to the operated femoral aneurysm shows the re-establishment of circulation in the reconstructed vessel.

"They review fundamental points of technique and physiology, opposing the erroneous concept emitted by DELBET and adopted by other authors, like THOREK, which state that "MATAS" operations are not practicable for it is impossible to perform sutures in pathological tissues."

They insist that the sac does not consist of pathological tissues only, but presents, as a rule, the vestige of the arterial wall (groove), with the complete structure, which offers the resistant material for the suture.

They opine, in conclusion, that MATAS' operations, genially conceived, must be practised and studied and, moreover, that it is high time to destroy the false impression created by DELBET's ideas, for the sake of science and patients.

BIBLIOGRAFIA

- W. W. Keen. — Cirurgia — Vol. V. Cirurgia Vascular.
- Hermeto Junior, S. — Conceitos atuais da Cirurgia Vascular. Arquivos de Cirurgia e Clínica Experimental. Vol. VII. Fevereiro de 1943.
- Coutinho, Alberto. — Sobre um caso de Aneurismorrafia Reconstructora. Rev. Médico-Cirúrgica do Brasil. Ano XLV (2.^a série), n.º 3, Set. 1937.
- Paulino Filho, A. — Tratamento Cirúrgico dos Aneurismas Arteriais-Técnica Cirúrgica 1939.
- Thorek, Max. — Técnica Cirúrgica.
- Gaertner, Erasto. — Discurso. Ret. do Boletim do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. XIII, n.º 1, janeiro de 1943.
- Simas Alves, Ernani. — Um Século de Cirurgia do Aneurisma. — Ret. do Boletim do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Vol. XVIII, n.º 1, janeiro de 1943.
- Sumen M. Silveira. — Hemostasia e Suturas Vasculares. — Ret. da Rev. Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia. Vol. XXXIV. n.º 3, setembro de 1937.
- Mariano Vasquez. — Um tratamento fisiológico dos aneurismas arteriales. — Rev. Cirurgia y Cirujanos. Tomo IX — Mayo de 1941.
- Mulvihill, A. A. e Horacy, S. C. — Studies on collateral circulations. Thermic changes after arterial ligations and ganglionectomi. J. Cim. Investigation. 10. 423/429, agosto de 1931.
- Hermeto Junior, S. — A ligadura e a ressecção dos troncos arteriais do membro inferior em face da fisiologia normal e pathologica da circulação arterial collateral. Rev. de Cirurgia de São Paulo. Vol. I. Fascículo V. Abril de 1935.
- V. Haberer Hans. — Münchener Medizinische Wochenschrift 87.849 (August 9) 1940.
- Surgery of the Blood Vessels in War-time — International Surgical Digest. Vol. 31, n.º 1, January 1941.
- Kroeff-Mario — Tratamento Cirúrgico dos Aneurismas.
- Chaves — J. Avelino — Aneurisma da artéria poplitea — Rev. da Ass. Paulista de Medicina — Abril — 1935.
- Marques-Rom-ro — Exploração arteriográfica da circulação dos membros. Tese — Recife — 1937.

Corpo Estranho no Duodeno(*)

ERASTO GAERTNER

Prof. da Faculdade de Medicina do Paraná

Afigura-se de interesse a divulgação do presente caso, de corpo estranho do duodeno, não só porque parece tratar-se de um achado pouco freqüente, como, principalmente, pela complicação ocorrida, em tôrno da qual foi possível fundamentar o diagnóstico e a indicação operatória oportuna:

"A menina E. M. com 10 anos de idade, natural de Palmas, neste Estado, com antecedentes familiares e pessoais sem importância para o caso, no dia 11 de Outubro de 1939, engoliu um palito de 8 cms. de comprimento. No dia seguinte queixou-se de dor na região epigástrica, recusando desde aquele momento a ingestão de substâncias alimentares. Às instâncias de parentes tentou várias vezes tomar pequeníssimas porções de alimentos, o que determinava a imediata exacerbação das dores. Submetida a exame clínico em Palmas, tomou antiespasmódicos e analgésicos. Dôze dias depois foi removida e internada neste Instituto.

Exames: — Temp.: 38,6 — Pulso: 120.

Abdômen doloroso à apalpação sobretudo à direita e acima da cicatriz umbelical. Essa dor no ponto duodenal não apresentava irradiações, mas notava-se contratura muscular e hiperestesia cutânea.

A exploração roentgenológica (radioscopia) verificou-se após pequena ingestão de **Neobar**, ausência de ondas peristálticas no bulbo duodenal. Imobilidade patente no duodeno e passagem dolorosa da substância opaca, mas corpo extrnho invível.

(*) Comunicação feita, com apresentação de doente ao Centro de Estudos do I.M.C.P.

Diagnóstico: Injúria do duodeno por presença de corpo estranho ponte agudo e alongado.

Reação de defesa local (peri-duodenite).

Proposta e realizada uma operação decorreu esta pela forma como adiante se vê:

Protocolo: N.º 245-A.

Anestesia geral pelo Balsofórmio.

Laparotomia epigástrica, paramediana, para retal interna direita.

Afastador de Balfour sem válvula. — A inspeção mostrou piloro e a parede anterior do duodeno recobertos por aderências epiplóicas, sendo que no piloro algumas placas de exsudato fibrinoso. Pela apalpação direta: duodeno duro, em contração espasmódica, sentindo-se o corpo estranho, em posição longitudinal, ligeiramente oblíqua para baixo e direita, no seu interior.

Quando se procurou mobilizar o duodeno foi possível surpreender a ponta do palito atravessando a proteção epiplóica e a parede anterior do piloro. Retirada do palito por meio de pinça; sutura em bolsa da perfuração punctiforme e correção da epiploplastia natural (figs. 1 e 2).

A exploração cuidadosa de toda a porção descendente do órgão, não constatou outras lesões. Fechamento da parede em três planos.

Evolução: Baixa da temperatura e pulso ao dia seguinte da intervenção e post-operatório silencioso. Recuperação ao 10.º dia.

* * *

Sendo enorme a variedade de corpos estranhos retirados do estômago e colecionados em museos de cirurgia, outro tanto não parece acontecer com os do duodeno, onde o seu encravamento não ocorre com tanta freqüência.

No maior número de casos, os corpos estranhos engulidos, ao depois de uma travessia sem acidentes, são expelidos e ganham o exterior. E quando tal não acontece, a sede de permanência fica de preferência o estômago, de onde têm sido retirados em número, tamanho e natureza os mais curiosos.

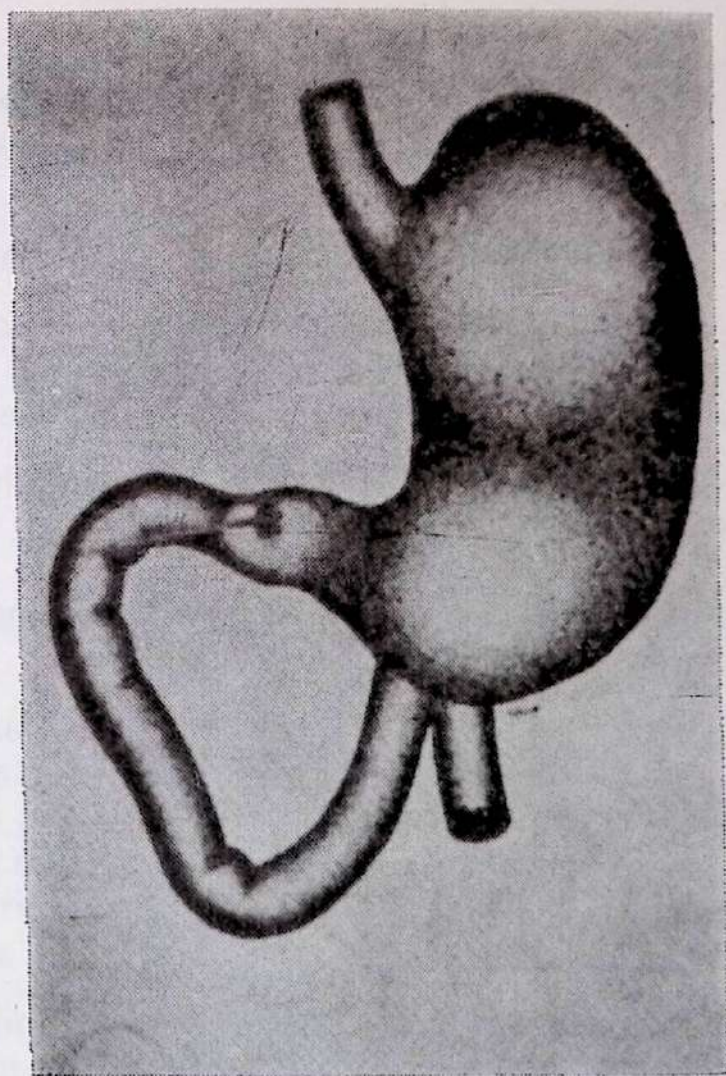


Fig. 1 — Esquema demonstrativo da situação em que se encontrou o palito.



Fig. 2 — Palito engulido pela paciente.

Operado por Mayo Robson, ficou registrado um caso, em que o estômago armazenava nada menos do que 42 cravos de ferro fundido, 93 tachas de latão, 12 cravos grandes, 3 botões de camisa, 1 alfinete de gancho e 1 alfinete de costura.

Um garfo de mesa, foi o achado num estômago, no serviço do professor Augusto Paulino na Santa Casa do Rio.

Ainda quanto aos corpos estranhos retidos, quando não no estômago, segundo Wöoelfer e Lieblein, demoram êles na porção mais baixa do ileon, no cecum ou no reto.

Mais reduzidos são os casos de corpos estranhos encravados no duodeno.

Consoante aos estudos de Veau e Doubrère os objetos longos e ponte-agudos são mais suscetíveis de esbarrar no duodeno, sobretudo no início da sua porção descendente.

Colligiram êsses autores 31 casos, em que o corpo estranho ficou retido no duodeno. Em 21 foi realizada a operação, ao passo que nos dez restantes os corpos estranhos foram achados em atos de necropsia. Apenas 8 dos pacientes eram crianças.

Assinalados por Ombredanne (1923) e Dehmel (1910) — foram casos em que os corpos estranhos, alfinetes, faziam saliência no peritônio, sem fenômenos de peritonite grave. Aliás na grande maioria dos casos, os objetos encravados no duodeno têm sido representados por peças metálicas, alfinetes, ditos de segurança, extirpa nervos dos dentistas, etc...

Na clínica Mayo, até 1936 (Balfour) foram registrados três casos: um de um menino de seis meses, tendo engulido um alfinete, cuja evolução foi acompanhada pelos Raios X até a segunda porção do duodeno, onde foi localizado por aquele meio e retirado dois dias após sob intervenção cirúrgica; o segundo de outra criança de 11 meses, tendo engulido também alfinete, cuja retirada foi feita 4 dias depois mediante operação e respectivos controles radiológicos; finalmente o último de uma Sra. de 44 anos de idade, que engulira uma broca de dentista (dentist's drill). Ao sexto dia verificou-se com os Raios X a permanência do objeto no estômago, sendo que ao 8.º dia W. J. Mayo procedeu à retirada do instrumento, que se asseme-

lhava a uma agulha hipodérmica, e estava alojado on duodeno, com a cabeça (pavilhão) a 4 cms. do piloro. A ponta havia perfurado a borda postero inferior do órgão, onde se formou uma aperência da vesícula biliar, encapsulando a ponta atravessada. A peça foi retirada pela cabeça e apesar da reação peritoneal manifesta, o decurso post-operatório foi satisfatório, como também nos casos anteriores.

Controlado radiològicamente por nosoutros, também registramos em 1937, um caso em que o paciente enguliu um "alargador de Kehr", na ocasião em que se sujeitava a tratamento odontológico. Uma das radiografia revelou a presença do corpo estranho na última porção duodenal (ascendente) (fig. 3) mas os exames subseqüentes constatarem a progressão do objeto até à expulsão.

Em outro de nossos clientes criança de ... anos tendo engulido alfinete de segurança, foi possível controlar com os raios X a evolução completa do corpo estranho até a expulsão (fig. 4).

A curva de ângulo fechado, que marca a passagem da 1.^a para a 2.^a porção do duodeno é, fora de dúvida, o obstáculo que barra o trânsito dos corpos estranhos longos. Tratando-se de objetos ponteagudos, como alfinetes agulhas e palitos, como em nosso caso, é fácil concluir no risco da perfuração, com as suas perigosas conseqüências.

Sintomas e Diagnóstico:

Estão em geral todos os autores de acôrdo em que os corpos estranhos não podem permanecer em silêncio quando encravados no duodeno. A dor no epigastro ou no ponto duodenal, expontânea e agravada pela pressão estará sempre presente. Os vômitos e diarréia poderão aparecer simultaneamente.

Desde que a perfuração tem lugar, todos os fenômenos da complicação, indicadores da reação peritoneal, defesa muscular, hemorragia (rara) discordância entre o pulso e a temperatura, vômitos etc., mostrar-se-ão enquadrados, à maneira das perfurações baixas.

Nossa é, entretanto, a impressão de que a intensidade desses sintomas não costuma ser tão acentuada ou dramática, co-

mo nas perfurações gastro intestinais de outra etiologia, dado o mecanismo, por que se processam, propício, em geral à organização ativa da defesa dos epiloons e órgãos vizinhos. Abandonadas, essas perfurações duodenais fariam a evolução crônica das perfurações cobertas (protected) que com tanta frequência se encontram nas úlceras gastro duodenais.

Quanto à identificação e localização do corpo estranho, estão também os mestres de acordo em que esses objetivos devem ser conseguidos com o auxílio do radiologistas. Para os objetos metálicos, positivamente será essa a conduta mais pronta e certa para atender ao requerido.

No caso exposto, entretanto, visto que se tratava de corpo permeável aos raios X, é óbvio que o diagnóstico de identificação e localização teria que se basear no histórico, no exame clínico e, quando muito, na verificação das alterações roentgenológicas determinadas pela presença do corpo estranho no duodeno.

Neste caso, o duodeno se apresentava como que estaqueado pelo palito, si assim se pode exprimir o estiramento das suas paredes pelo corpo estranho fixo nas duas extremidades. A contratura verificada no ato operatório, traduzindo o movimento de defesa da víscera, parecia um ato permanente, mas poderia ser despertado pelo toque ou pela passagem do alimento, como se comprovou à radioscopia.

Entretanto, mesmo à falta dos raios X, entendemos que qualquer cirurgião, afeito às particularidades do abdômen, concluiria, palpando, que ali por baixo daquela parede, que todo mundo reconhece característica, havia algo a reclamar o bisturi.

Tratamento: — Estabelecido o diagnóstico de retenção de corpo estranho no duodeno, sabido que somente os objetos longos ou ponteagudos é que estão sujeitos a se encravar, só uma indicação poderá ter lugar: — a extração cirúrgica imediata.

A operação precoce desses pacientes, quando já não vem em socorro da perfuração, que ocorre em um terço dos casos, é o meio soberano de lhes dar o imediato alívio e de afastar os perigos dessa complicação.

Deve-se a Huff, americano, um processo engenhoso para a retirada de pequenos corpos estranhos do estômago ou do duodeno, sem gastro ou duodenotomia. Trata-se de abrir a parede abdominal e, sem talhar a víscera, mediante manobras diretas, proceder à fixação do corpo estranho numa mécha de gaze prêsa a um fio, passado através de uma sonda gástrica de n.º 13 mais ou menos. A sonda é introduzida por uma assistente e chegando ao estômago o cirurgião, por palpação e manobras hábeis, procede à tomada do objeto, agulha, alfinete, grampo, etc., o qual será então retirado com a sonda pelas vias naturais.

De que se trata de um método curioso e exequível não fica a menor dúvida. Resta para demonstrar si, exgindo também a laparotomia, constitue o novo método vantagem apreciável sôbre a retirada direta do corpo estranho.

A nosso ver a velha prática, isto é, a clássica, sem riscos maiores, se mostra mais cirúrgica, mais técnica, talvez mais perfeita.

ETIO-PATOGENIA DO CANCER PROSTÁTICO

PROF. ERASTO GAERTNER

Catedrático de Clínica Urológica da Fac. de
Med. da Universidade do Paraná — Curitiba

As mais recentes pesquisas, desenvolvidas em torno do cancer prostático, abrem rumos absolutamente novos tanto nos conceitos patogênicos como nos problemas terapêuticos, rumos que, sem dúvida alguma, poderão constituir uma chave inestimável para o esclarecimento de outras tantas questões homologas da Oncologia.

Os estudos de Huggins, Hodges e seus colaboradores, de Kearns, de Kutscher e Wolberg, de Higgins e Lorse, de Marquardt, de Lane, Randall e tantos outros — todos ao cerco das influências hormonais no câncer prostático, avaliadas em função das fosfatases soro sanguíneas, marcam sem contestação, o aspecto fisio-experimental mais sugestivo e promissor das modernas investigações. E asseguram para a Urologia um papel assás relevante na meritória campanha contra o câncer.

A frequência — Young admite que, para cada 100 homens acima de 60 anos, 20 acusam prostatismo, sendo que, desses 20 — 4 são atingidos por câncer da próstata; são quatro indivíduos, portanto, em cada 100, vivendo mais de 6 décadas, candidatos fatais ao carcinoma prostático. Já em 1906 o mesmo Young, registrava 68 casos de tumores malignos em 318 de obstrução prostática, o que corresponde a 21%.

Muir em 1934, através autopsias de rotina, em homens de 60 anos, assinalou uma incidência de 13%.

Rich acusou, em 1935, 14% em 292 autópsias consecutivas em cadáveres acima de 50 anos.

Si atentarmos para o fato de que, em alta escala, à chamada hipertrofia prostática, que sobreleva na gênese do prostatismo, pode estar associada o carcinoma da glândula, veremos que a incidência pode ser muito maior.

Já em 1900, Albarran e Hallé consignaram 14% de malignidade em adenomas prostáticos. Oraison, em 1903 assinalava 16 cânceres em 186 hipertrofias. Walker confirmou os achados de Albarran e Hallé, ao passo que Kirschner encontrou apenas 8%.

Baseado nas descrições de Shaw e nas pesquisas de Geraghty, que reviu os casos de Young, cuja experiência e cujos estudos são hoje estimados como das maiores contribuições à solução dos problemas da próstata, pôs esse autor em certa dúvida as conclusões de Albarran e Hallé.

Para Young, a frequência de 14% deve ser tida como pequena eis que as verificações histológicas foram, de um modo geral, dirigidas sobre peças obtidas através de prostatotomias supra-públicas, nos moldes da escola francesa.

A extensa possibilidade de desenvolvimento associado de câncer e hipertrofia, permanecendo aquele longamente isolado dos lobos adenomatosos encapsulados; a frequência acentuada da localização posterior e sub-capsular, sugeriram a noção de que, em grande número de casos, a denominada prostatotomia supra-pública extrae adenomas puros mas deixa o câncer confinado à glândula ou às suas formações sub capsulares.

A prática efetiva da via perineal ganharia, pois, a vantagem indiscutível de surpreender um número muito maior de formas associadas, cuja incidência o chefe da escola americana exprime em cifras alarmantes.

Assim, dos pacientes de Young, que foram à operação por hipertrofias ou obstruções baixas, 20% eram carcinomatosos; no mesmo sentido, dos pacientes que procuraram tratamento cirúrgico para câncer prostático, 50%, a metade, revelavam lesões associadas com adenomas dos lobos laterais e mediano.

A evolução idiossincrática do câncer prostático, quase assintomática nos primeiros períodos, tem levado muitos investigadores à determinação do índice sob formas ditas ocultas. Os números

obtidos nesse particular passam de alarmantes: são aterradores.

Em alentado estudo, Edgar Baron e Alfred Angrist, de Jamaica, N. Y. expõem as suas conclusões em dois grupos de fatos.

O primeiro relaciona autopsias de rotina praticadas de 1935 a 1939 no Queens Gen. Hosp., em total de 2.024. Inclue 605 verificações para homens acima de 50 anos. Somente em 364 foram praticados cortes seriados, variando de 1 a 15, reclamados por suspeita de malignidade, constatada ao exame macroscópico ou para confirmar indícios de alterações malignas em microscópias de rotina.

O outro grupo assume um caráter mais interessante de pesquisa sistematizada. Compreende 50 casos consecutivos de homens de mais de 50 anos, mortos de causas bem distintas do câncer, cujas prostatas foram rigorosamente escrudinhadas ao microscópio. Nesses 50 pacientes foi excluída toda a possibilidade para o diagnóstico de câncer prostático quer em vida quer no próprio decurso da necrópsia: ausência portanto de quaisquer sinais macroscópicos.

Os cortes seriados do primeiro grupo, de 364, revelaram uma frequência de 9,9% para adeno carcinoma oculto.

A verificação histológica obstinada no segundo, de 50 pacientes mostrou a cifra impressionante de 46%.

Note-se: 46% de carcinomas ocultos da prostata, isto é, em indivíduos nos quais o câncer nem foi suspeitado em vida, visto que não interferiu na "causa mortis". A existência de metástases também não foi confirmada nesses casos.

Baron e Angrist concluem do seu trabalho, de novembro de 1941: "The incidence of occult adenocarcinoma of the prostate is high".

A lição que esses fatos inspiram, adicionados às verificações de Moore e de Gaynos, em 1938, é a de que, positivamente, o câncer prostático é o mais frequente e mais mortal do sexo masculino.

Patogenia — A grande frequência do câncer simultâneo com a hipertrofia prostática tem originado pesquisas metódicas em torno dessa patologia associada.

As antigas verificações de Albarran e Hallé, que conduziam ao conceito da cancerização do adeonma, não encontraram apoio pleno nas investigações modernas.

Para a maioria dos casos, as duas afecções, posto que se apresentam conjugadas, evoluem distintamente. Young assevera que o carcinoma ocupa a porção sub capsular do lobo posterior e a hipertrofia a camada peri-uretral dos lobos laterais e mediano.

Acentua mais que, havendo invasão e comprometimento extenso das vesículas seminais e do trigono vesical, assim como da rede linfática, conduzindo a metastases múltiplas, glandulares ou ósseas, em geral os lobos hipertrofiados, mediano e laterais não mostram lesões carcinomatosas ou apenas apresentam ligeiros brotos.

Nos casos avançados, haveria mais propriamente uma substituição dos corpos esferoides por tecido carcinomatoso.

Para Rich, as localizações primitivas nos bordos glandulares, sugerem que os tecidos prostáticos senis não hipertrofiados e os elementos glandulares atrofiados por compressão devem constituir um material de eleição para a degeneração maligna.

Quanto às alterações pré cancerosas ou "epitelioma ade-noide" de Albarran e Hallé, que teriam sido surpreendidas em 14% dos casos de hipertrofia. Geraghty, contestando as respectivas conclusões, assinala diferenças essenciais entre essas lesões e carcinoma prostático.

Dentre 2.500 verificações histológicas feitas por Shaw, só um caso foi constatado o desenvolvimento de adeno carcinoma no interior do lobo adenomatoso encapsulado. A fotografia da peça e do corte histológico, considerados raros foi publicada no J. Urol. 11.63.924.

Essas restrições quanto à cancerização, também levantadas por Monsinger e Chauvin, no último congresso de Viena, não diminuem o alto mérito dos trabalhos de Albarran e Hallé, os

quais foram, incontestavelmente os primeiros a focalizar a importantíssima questão da associação câncer hipertrofia.

Hryntschak, correlator do tema "Tratado Ca da prostata" naquele mesmo Congresso, assinalou em 7% dos casos alterações que poderia classificar como "pré cancerosas"; admite à cancerização partindo de focos múltiplos de infecção da glandula, exposta "muitas vezes e por longo tempo a excitação mórbida." A teoria desse autor justifica a frequência muito maior do Ca da glandula em relação com o da parte adematosa.

Objetivando as relações entre circuncisão e câncer prostático. A. Ravich de Brookling analisou 843 casos de operações prostáticas, encontrando uma porcentagem de 1,7 de incidência de câncer, dentre 768 pacientes judeus, constatando com 20% dentre 75 não judeus.

Ravich acredita que essa frequência tão baixa decorre do fato de serem os judeus circuncidados sistematicamente, o que impediria a transmissão de qualquer elemento parasitário ou carcinogênico.

Os aspectos patogênicos mais interessantes do câncer prostático, resultam dos estudos relacionados com a "fosfatase activity" e principalmente com a influência das bases hormonais da proliferação carcinomatosa.

Em 1936, Gutman, Sproul e Gutman observaram que a fosfatase, tanto ácida como alcalina, se mostrava bastante elevada na sede das metastases osteoplásticas do carcinoma prostático. Os mesmos Gutman e Gutman e mais Barinnger e Woodard, em 1938 constataram que a fosfatase ácida no serum de pacientes, portadores de metastases de carcinoma prostático, se elevava muito acima dos níveis normais. Esse aumento da fosfatase ácida seria assim específico do carcinoma prostático, visto que a elevação da fosfatase alcalina ocorreria somente em doenças do fígado.

C. Berger e Sauer (do N. Y. Institute for malignant Disease), em trabalho publicado em agosto de 1941, relatam estudos praticados em 100 casos, através dos quais obtiveram a convicção de que a prova da fosfatase ácida é um elemento de alto valor no diagnóstico das lesões ósseas metasáticas do câncer pros-

tático. Confirmando as conclusões de Gutman e colaboradores, acentuam que essa pesquisa deve ser praticada sistematicamente, como rotina, nos casos de carcinoma diagnosticado ou suspeitado. As cifras normais não permitem excluir as metástases ósseas, mas essas ocorrem em menor probabilidade. Num mesmo sentido as elevações progressivas e rápidas podem constituir um sinal de mau prognóstico.

Charles Huggins e colaboradores, de Chicago, em 1941, expuseram um conceito novo de que o carcinoma prostático, comumente constituído de células epiteliais maduras, as quais, como os outros tipos de epitélio prostático adulto, são responsáveis pela depressão do teor de hormônios androgênicos no organismo. Essas pesquisas foram conduzidas através do estudo de cortes histológicos de tecido prostático para a verificação da fosfatase, enzima que existe em diminuto teor na prostata das crianças, mas que aumenta no decurso da puberdade para atingir alto nível na idade adulta.

Examinando casos de câncer prostático, puderam verificar que o elevado teor de fosfatases e a respectiva distribuição nas células cancerosas eram semelhantes ao que ocorre no epitélio normal, de tal sorte que, em muitos casos, ao envez de células neoplásicas de tipo primitivo o câncer se constituía de epitélio adulto de tipo maligno.

Os mesmos experimentadores chegaram à conclusão de que o hormônio androgênico estimula e aumenta a atividade de disseminação do câncer prostático, com paralelo aumento da fosfatase ácida do serum. Contrariamente, obtem-se a redução dessa atividade, pelo abaixamento do nível androgênico, quer pela castração, quer pelo uso do estrogênio, o que produz também a queda dos enzimas aos limites normais.

Averiguando no mesmo sentido, de abaixar o complexo hormonal androgênico, Munger observou 501 casos de carcinoma prostático em fases diferentes de evolução, todos submetidos à irradiação dos testículos. Nesses casos, em certa frequência, foi praticada também a ressecção endoscópica para socorrer distúrbios obstrutivos. A longa experiência de Munger depõe favoravelmente ao emprego dos Raios X. Em grande escala houve regressão dos sintomas com o uso da irradiação.

As metastases também se mostraram estabilizadas, após a anulação funcional dos testículos por meio da radioterapia.

Mc Kearns, de Milwaukee, em 1942 anunciou os resultados obtidos com o emprego dos estrogênios.

Utilizou de começo o diethyl estilbestrol, por via bucal em 3 doses diárias de 1 mg, durante 2 a 3 semanas, seguindo-se mais duas semanas a 2 mg diários e finalizando a 1 mg, diários num período indefinido. Assinalou apreciáveis melhoras clínicas, aumento de peso, atenuação das dores, melhora de contagem globular e baixa da fosfatase a níveis normais; houve também estabilização das alterações locais, constatada ao toque, e bem assim da progressão das metastases, em alguns casos, nos quais os pacientes acusaram a progressão das metastases. Em alguns casos nos quais os pacientes acusaram potência antes do tratamento, ao fim de poucas semanas instalou-se impotência tão efetiva como a que se segue à castração; outros pacientes mostraram engorgitamento acentuado das glândulas mamárias e de um modo geral manifestou-se intolerância gástrica ao produto.

Outra série compreende pacientes tratados pelo ethynil-estradiol, o qual se mostrou 6 a 8 vezes mais ativo que o stilbestrol. Com esse produto persistirem, todavia, os mesmos inconvenientes e sobretudo a irritação gástrica, de sorte que em alguns pacientes foram empregados subcutaneamente cristais de alfa estradiol.

As conclusões de Kearns são muito otimistas quanto ao emprego do hormônio estrogênico. Acentuam que este apresenta a melhor eficácia na atenuação dos sintomas do câncer prostático e adiantam que a castração é desnecessária, uma vez que seus efeitos são igualmente conseguidos pelo estrogênio e, portanto, sem operação.

O Prof. Athayde Pereira, considerando essas modernas concepções hormonais do câncer prostático, entende que elas contrastam com as de Lower, Mc Cullagh, Walhs, Jongh, e outros que atribuem à genese da hipertrofia benigna produção excessiva do hormônio sexual masculino. (androstin) não controlado pela hipófise anterior.

Quer-se-nos afigurar que, realmente, há um desencontro

de conclusões, desencontro que deve mesmo servir de advertência ao açoitamento com que foram interpretadas e transferidas para a prática corrente as primeiras noções da patologia endocrina vinculadas à hipertrofia benigna. O tratamento quase sistematizado de adenomatosos submetidos a altas doses de proprionato de testosterona deve ter conduzido a reiteradas decepções.

As leves melhoras funcionais oriundas da excitação muscular e do estímulo ao estado geral, sobretudo manifestas no prostatismo percoce, em nenhum caso corresponderam a resultados anatômicos dignos de registro.

Os estudos de Sharpey — Schafer e Schackman, de Clarke, de Chamby e Coujart — não deixam persistir nenhuma dúvida nessa questão.

Aquelas medicações intempestivas, incontestavelmente, devem ter sido responsáveis, também, por outros sérios inconvenientes na evolução do síndrome em muitos pacientes.

Em palestra feita na Sociedade Médica S. Lucas de São Paulo, no ano passado, tivemos ocasião de assinalar um fato que foi constantemente observado em nosso serviço: o número crescente de hipertrofias de enucleação difícil e às vezes impossível, depois que reinou o emprego indiscriminado do tratamento hormonal.

O reparo, feito de começo por um dos nossos assistentes, serviu de ponto de partida para um inquérito minucioso quanto ao tratamento hormonal seguido pelos pacientes. Quase em via de regras, nos doentes submetidos antes a grandes doses de testosterona, a enucleação transversal se mostrou trabalhosa e em muitos casos reclamou o emprego da tezoura. Num dos nossos pacientes. 65 anos de idade, tendo usado doses excessivamente altas do hormônio sintético, não foi possível distinguir plano de clivagem, de modo que a extirpação, ainda que feita a tezoura, foi levada a cabo em condições precárias diante de um fibro adenoma singularmente duro.

Esse doente, ao fim de seis meses de melhora, mostrava sinais de câncer prostático rapidamente acompanhado de metástases ósseas. As aplicações de rádio terapia para castração funcional permitiram-lhe viver mais um ano de relativo alívio.

A malignidade poderia ter preexistido, nesse caso, ao desenvolvimento do fibro-adenoma; poderia ter surgido simultaneamente as lesões associadas.

É indiscutível, todavia que as células malignas, também, poderiam ter brotado secundariamente. E si o seu aparecimento não foi solidário ao estímulo hormonal intensivo, é justo pensar, hoje, que o seu desenvolvimento rápido deve ter sido condicionado pelas doses elevadas de que se utilizou.

As nossas observações, nesse particular não foram testemunhadas sistematicamente pelo controle histológico. É admissível que a série, por coincidência, tenha incluído um número maior de formas fibrosas e aderentes. Mas é lícito pensar também agora, à luz das recentes verificações, que o adenoma, sujeito ao estímulo hormonal intensivo pode modificar as suas relações com a capsula, ou mesmo que a malignidade possa se instalar, uma vez que a sua evolução é tão sensível aos androgenos.

O estudo hitoslógico sistemático de todas as peças operatórias é uma prática a ser estabelecida urgentemente em todos os serviços, de par com a rigorosa averiguação de antecedentes, como já se pratica em todos os meios científicos.

Em resumo do lado da irritação inflamatória e da atrofia senil, o adenoma sobleva como fator patogênico no câncer prostático.

Si em 14% das hipertrofias há associação de câncer, e em 50% dos cânceres está presente a hipertrofia; — é muito eloquente essa frequência para autorizar imperativamente o tratamento radical invariável em todos os adenomas diagnosticados.

Esse conceito impõe como corolário a necessidade de restringir ao extremo, todas as indicações ditas paliativas (trats. clínicos, radioterápicos, dilatações, massagens, hormônios, etc.). cujo efeito aleatório poderá concorrer para a instalação da afecção maligna associada.

É interessante pensarmos também em utilizar com maior frequência a via perineal. É uma via anatômica, mais difícil, impõe riscos aos menores deslises técnicos, mas apresenta vantagens dignas de apreço dentre os quais sobressae a pos-

sibilidade de surpreendemos o câncer associado em maior número.

Não estou defendendo a via perineal para o câncer o que compete a outro relator quando cuidar do trat. dessa afecção. Entendo que, sendo a via de escolha nos adenomas de expansão subvesical, deve ser posterior com maior frequência entre nós pelas possibilidades que oferece ao reconhecimento de Ca prostático.

Dado o poder cancerígeno do hormônio masculino sintético o qual se deduz da sua responsabilidade bem estabelecida e provada, à luz dos fatos clínicos experimentais, pela operação evolutiva do Ca prostático e das respectivas metastases, parece acertado, restringir as indicações do tratamento hormonal. E essa restrição, para benefício dos pacientes, ganharia foros de racional, sendo subordinada a duas condições:

- 1.ª) — O emprego do hormônio adstricto à competência exclusiva dos urologistas, aos quais, é preciso reconhecer, cabe a responsabilidade do diagnóstico precoce do Ca prostático.
- 2.ª) — Mesmo nas mãos do especialista, que detem os meios de surpreender o câncer na fase incipiente, única hipótese para um tratamento radical aproveitável. — o uso dos hormônios sintéticos só estará justificado sob o controle, de dosagens ou melhor de balanços hormonais repetidos.

Fora dessas condições, a reinar o abuso atual da hormoterapia (há muitos doentes que utilizam os produtos mesmo sem indicação médica), o que se nos afigura é que o câncer continuará a contar com aliados, concientes e inconcientes, no seu desígnio de destruição, de dor e de morte.

Fleimão Perinéfrico

PROF. DR. ERASTO GAERTNER.

Diretor do Instituto de Medicina e Cirurgia.

— Prof. da Fac. de Medicina do Paraná. —

— Membro do Col. Bras. de Cirurgiões e da
Ass. Argentina de Cirurgia.

Tema bem estudado mas sempre interessante, as supurações péri-renais, comportam a contribuição que a experiência de cada um póssa trazer para o desenvolvimento de seus multiplos aspectos.

Um artigo de J. Irwin Weyman (Medical Journal of Australia, Agosto de 1940) chamou nossa atenção sobre o assunto, dado o ponto de vista em que o autor se colocou, estudando as **périnefrites**. Segundo o seu conceito, a péri-nefrite é uma doença caracterizada pela inflamação crónica, não supurativa e em geral afebril, atingindo a cápsula do rim e a gordura peri-nefrética. Pela definição, acentúa, a peri-nefrite exclue todas as fórmas de abcéssos peri-nefréticos localizados ou difusos.

Trata-se de um conceito novo, sem dúvida. É possível mesmo que tenha pontos de apoio em fatos clínicos. É incontestável, entretanto, que á luz da patologia, os processos inflamatórios péri-renais devem ser enquadrados na mesma chave geral, quer evoluçionem para a escleróse, para a esclero-lipomatose ou para a supuração.

E tanto mais certo isso se afigura que as mesmas causas piélo-renais, pódem originar tanto péri-nefrites crónicas fibrósas ou fibro-lipomatósas como péri-nefrites supuradas, agudas ou sub agudas.

É bem verdade que, em muitos casos, os abscessos reconhecem causas extra-renais, partindo de quaisquer pontos do organismo, nas formas metastáticas de infecções por via sanguínea ou nas propagações inflamatórias de vizinhança.

Acrescentemos que nesse mecanismo podem atuar causas conjugadas, como traumatismo e metastase infecciosa, ocorrência verificada com toda a exatidão numa de nossas observações.

O abscesso pode resultar, contudo, de supuração cortical do rim, rompendo na atmosfera peri-renal, assim como de inflamações pielo-renais de qualquer natureza e até mesmo de litíase, cuja tendencia manifesta é para a produção de alterações peri-renais crônicas.

Encarando esse aspecto etiológico, Haines (Carlyle N.), em artigo publicado no *Pensylvania Medical Journal* (Agosto de 1940), propoz denominações distintas para separar os abscessos de origem renal-peri-renais, e peri-nefréticos para aqueles oriundos de processos extra-renais.

Haines justifica a nomenclatura, considerando o "perinefrium" uma formação anatômica separada e distinta, apenas relacionada com o rim pela proximidade. O tipo metastático primitivo resultaria de êmbolos sépticos acarretados pela corrente sanguínea.

Admite a controversia em torno da dualidade da contaminação entre o rim e as estruturas peri-renais. As opiniões divergiam quanto á invasão primitiva da córtex renal pelos êmbolos sépticos, e consequente irrupção na atmosfera peri-renal ou quanto á infecção primária do perinefrium com persistencia de infecção isolada peri-renal ou invasão secundária da cortex.

A nomenclatura que atende aos problemas étio-patogênicos é sugestiva e meritória. Esbarra, entretanto com o designio dos outros autores que preferem denominações vinculadas aos fatos anatômicos.

Eisendrath e Rollnick, adotam uma nomenclatura anatômica e distinguem infecções peri e para-renais, considerando as primeiras incluídas na lója renal, formada pelos folhetos pré-lheto rétro-renal ou de Zuckerkandl.

Para esses autores os abscessos são, portanto, péri-nefréticos.

Hinman, não parece muito preocupado com a nomenclatura. Na **Practice of Urology**, o capítulo respectivo tem o título: **Péri-renal abscess** e o sub título "Perinefric and Paranefric abscess". Não atribue muito valor à etiopatogênia porque começa dizendo que é pequena a importância clínica da origem renal ou extra renal dos abscessos péri-renais. Mais adiante também afirma que a diferenciação clínica entre as supurações péri-renais e para-renais não é possível.

Muitos outros autores norte americanos, todavia, usam ainda outras denominações. O "Year Book" da especialidade, que já se tornou um manual dos urologistas, consagra um capítulo especial ao tema, denominado: "**Peri and Paranephric conditions**"...

Dir-se-á, com muita razão, que a nomenclatura deve ser relegada para segundo plano e isso tanto mais quanto o critério anatómico ou patogênico pouco interfere no problema clínico. Pode-se afirmar, também, que a antiga péri-nefrite supurada, ou o velho abscesso ou fleimão péri-nefrético continuam registrando a mesma evolução patológica e clínica e reclamando o mesmo clássico tratamento cirúrgico, a despeito de tantos batismos inócuos.

Para os estudantes, entretanto, uma variedade tão grande de nomes gera, também, uma enorme confusão a respeito da entidade patológica e clínica que, por enquanto, não variou na sua simplicidade.

Como as características anatómicas e o mecanismo de origem da infecção carecem de importantismos na chave causal dos abscessos péri-nefréticos.

Ora pelo menos teóricamente, as injúrias renais ou lombares não podem deter a responsabilidade isolada das infecções péri-nefréticas. Sem o concurso do agente microbiano não se pode atribuir ao traumatismo uma causa infectante capaz. A prova evidente está na evolução assética de tantas contusões e feridas do rim.

É incontestável, no entanto, o papel decisivo que o trauma desempenha na genese das infecções péri-nefréticas.

A estatísticas de Küster (F. Legueu) a maior até hoje coligida, em 230 casos menciona 67 vezes os diversos traumatismos, 30%.

No traumatismo aberto o próprio agente vulnerante pode vehicular o agente microbiano diretamente ou através dos corpos estranhos retidos na lója renal.

Pelo mesmo mecanismo, atua o traumatismo cirúrgico nas supurações post-operatórias, quando a inoculação não provem do rim ou do bacinete. Legueu cita um caso de supuração da lója renal, dez anos apóz uma nefrécotomia, originada por um fio de seda utilizado na ligadura do pedículo.

As contusões do rim ou das estruturas péri-renais, produzindo derrame sanguíneo ou hematoma péri-nefrético, criam o terreno ótimo para a população microbiana e a instalação secundária do abscesso péri-nefrético.

Nem sempre o trauma se traduz violentamente. As vezes são quedas, saltos, passos ou movimentos em falso, produzindo contratura muscular e desgarros mais ou menos discretos, que antecedem aos surtos de supuração péri-nefrética. Numa das nossas observações foi possível registrar, com toda a precisão, o precedente furunculoso de um mez e a queda aparentemente banal de 10 dias, ambos fatores conjugados na produção do abscesso péri-nefrético.

É de supor que, havendo um certo empenho na pesquisa dos antecedentes, o traumatismo aparecerá em maior frequência como causa predisponente da maior importancia.

OS FATOS ANATÓMICOS

O rim é protegido por uma atmosfera gordurosa, que lhe envolve regularmente a superfície externa e repousa, além disso, sobre outra camada gordurosa posterior, que se interpõe á maneira de um coxim entre os musculos da fossa lombar e a fascia de Zukerkandl.

A atmosfera gordurosa propriamente dita ocupa o envoltório da lója renal, constituída pelos seus dois folhetos — pré-renal. Firmemente soldadas para fóra, da união dos dois folhetos parte um tabique célula fibroso, que se dirige à borda con-

vexa do órgão, criando dois compartimentos distintos — pré e retro-renal. Intérnamente as fascias constituem uma lamina unica que se desdobra para envolver o ureter, avança para a linha média, recobrando a aorta e cava inferior e se continua para o lado oposto.

Superiormente os dois folhetos são firmemente unidos, de passo que para baixo não se fundem, permitindo a comunicação ampla de gordura péri-renal e péri-piélica com a bainha gordurósa péri-ureteral.

A camada gordurósa, contida pela fascia rétro-renal e pelos musculos da fóssa lombar, constitue, pois, uma segunda lója, dita para-renal, em relação intima com a parede inferior do diafragma.

São portanto duas formações gordurósas, uma envolvente intima, péri-renal ou péri-nefrética e outra, posterior, para-renal ou para-nefrética, mas um só complexo gorduroso, bem irrigado pelos ramos vasculares oriundos das renais, supra renais e espermáticas, podendo ser a séde da supuração.

Essas características anatómicas da estrutura fibro gordurósa péri-renal deveriam justificar o proposito dos autores, quando distinguem infeções péri-renais ou péri-nefréticas, para renais ou para-nefréticas, péri-néfricas, para-néfricas etc. Esse critério estaria realmente justificado pela base anatómica, uma vez que fosse permitindo distinguir clinicamente ou á luz da anatomia patológica, na maioria dos casos, a infeção isolada, evolucionando separadamente também, das lójas péri-nefrética ou para-nefrética.

Num estudo sobre 50 casos de infeções "justa renais", Thomas Moore (Brit. J. Urol. — March 1941); menciona três ocorrências de "Infeções para-nefréticas", as quais podem ser primarias ou hematogênicas e secundárias, devidas a extensões de processos de órgãos visinhos (colon).

Da primeira variedade, Moore citou um só caso de um jovem, no qual se instalou o abcéssos seis semanas apóz um surto de furunculos. A etiologia, aspecto clinico e tratamento foram exactamente iguais ao tipo péri-nefrético, de sorte que a característica exclusiva consistia em que a supuração se desenvolveu para fóra da fascia de Gerota.

Da segunda variedade constavam dois casos, um consecutivo á perfuração do colon por espinho de peixe e outro resultante tambem de perfuração por câncer do colon. Para o autor, o reconhecimento da lesão depende de acurada investigação (piélografia, enterografia) e quasi sempre da exploração sangrenta.

Registado por Constante Comotto (Rev. Arg. de Urol — Jan. Fev. — 1942) há um caso, de "abcéssso paranefritico" verificado anatómicamente através da lombotomia.

Num exame da literatura não se encontram citações tão evidentes de abcéssso para-nefrético.

Consoante á consagrada classificação de Maas, distinguem-se quatro variedades quando á localização:

- 1.^a — supra-renal ou sub frénica.
- 2.^a — pré-renal.
- 3.^a — infra-renal.
- 4.^a — retro-renal.

A primeira variedade, desenvolvendo-se em situação alta, ao contacto do diafragma, pode resultar da propagação de supuração pleuro pulmonares ou terá tendencia migratória na direção do tórax. É uma supuração que atinge primitiva ou secundariamente a lója para-renal.

A segunda variedade bastante rara, limitada adiante pelo folheto pré-renal e atraz pelo proprio rim, pode determinar propagações para baixo ao longo do ureter.

Na variedade infra renal o abcéssso, limitado adiante pela fascia pré-renal e contido atraz pelos musculos lombo-sacros, tem tendencia a se propagar para as fóssas iliaca ou ischio retal e, dada a invasão da bainha do psoas pode atingir até o triangulo de Scarpa, tunelizando a arcada de Poupart.

Os abcéssos retro renais são de todos os mais frequentes. São contidos na frente pelo proprio rim e atraz pelos musculos da fóssa lombar.

Nem sempre, porém os abcéssos permanecem circunscritos. O meio gorduroso é um elemento que condiciona a difusão.

As supurações primitivas, originando-se muitas vezes de processos pielo-renais são fatalmente peri-nefréticas, assim também as infecções metastáticas que predominam nesse quadro.

A contiguidade da lója para-renal necessariamente sugere a invasão do pús a esse compartimento gorduroso.

Pelo mesmo raciocínio, as supurações para-nefréticas primitivas ou secundárias, como quer Moore, só por exceção haverão de conter o abscesso aquém do tabique retro-renal.

A forte massa muscular, limitante da parede posterior, com efeito, opondo-se á pressão do abscesso, ha de ser fatal a invasão á lója peri-nefrética.

Ao que parece, só excepcionalmente as supurações peri-nefréticas evolucionarão circunscritas, isto é, sem invadir a almofada para-nefrética. Pelas mesmas razões, as infecções primitivamente para-nefréticas de rigor devem abranger o complexo gorduroso péri-renal, rompendo através da fascia retro-renal, salvo os casos registados excepcionalmente.

Resta a saber si a base anatómica deve escudar a exceção patológica, impossivel de caracterizar clinicamente e tão difficil de individualizar mesmo pela exploração sangrenta.

CASOS CLINICOS

Num periodo de doze anos, de 1932 — 1944, dentre 7.500 doentes hospitalizados em nosso serviço, foram operados quatro pacientes de abscesso peri-néfrico. É uma incidencia relativamente pequena e contrasta com a verificação de Semple, de Londres, que estudou 103 casos, assinalando a frequencia de 1 caso para 1000 internações entre adultos e 1 caso para 2000 e 3000 entre creanças.

A frequencia hospitalar deve ser maior entre nós, apreciada nos serviços especializados de Cl. Urológica.

Nos quatro casos, como se verá, o diagnóstico foi feito sem grande dificuldade e a operação deu resultado plenamente satisfatório.

1.^a OBSERVAÇÃO

F.T. espanhol, com 50 anos de idade, proprietário, residente em Paranaguá, foi encaminhado ao nosso serviço, apresentando infecção generalizada grave, não diagnosticada, cujo início marcava 58 dias. A doença começara por calafrios intensos, seguidos de febre alta e suores abundantes. Diante desse quadro foi instituído tratamento anti-palustre, por isso que a malária é endêmica naquela cidade. Ao fim de duas semanas, entretanto, não se alterando o quadro clínico e, á falta de recursos laboratoriais, pensou-se em tifoide, sendo então longamente tratado nessa presunção.

Ao depois de mais de 50 dias de doença geral, F.T. começou a apersentar dores discretas ao longo do ureter direito. Palpando a fossa ilíaca correspondente, o facultativo pensou tratar-se de apendicite e o doente foi-nos encaminhado com esse diagnóstico.

O exame local, todavia, não nos deu menor idéia de uma apendicite e sendo negativo também para qualquer outra localização inflamatória abdominal, decidimos atender aos informes do laboratório.

O hemograma revelou: hematias — 4.200.000: leucócitos 12.000; T.H. 87%. Uréa no sangue 0,56%.

Diante desse resultado, foi repetido o exame clínico minucioso e com surpresa se constatou que o doente acusava dor aguda á pressão do angulo costal lombar direito. A palpação bi-manual profunda do rim do mesmo lado acordava a mesma sensibilidade.

Nessas condições, ficou resolvida uma lombotomia exploradora, a qual, era de supor, atingiria provavel fóco de supuração.

OPERAÇÃO: — Lombotomia exploradora, sob narcóse pelo cloroformio. A abertura da lója renal mostra intensa infiltração da atmosfera péri-renal. O descolamento digital, objetivando a abordagem do rim, faz romper um abcéso alto, dando escoamento a uma quantidade de pús não maior que duas colheres das de sopa. Prosseguindo-se no descolamento, isola-se o rim

que mostrava a sede da supuração primitiva, antrax da convexidade do polo superior, rompendo no espaço péri-renal.

Houve receio de adotar conduta radical, dado o estado geral do paciente, combalido pela longa evolução da doença.

A restrita localização do pús, deu também ideia de completo bloqueio e assim se decidiu drenar.

Ao dia seguinte da intervenção, a temperatura que ascendia diariamente a 39 e 40°, não passou de 38,5° e no segundo dia 37,5. Do terceiro dia em diante não transpôs os 36,8 e F.T. entrou em franca convalescença. Ao fim de 20 dias perfeitamente restabelecido.

É este um caso típico de antrax ou carbunculo renal, rompendo na gordura péri-renal.

O carater sub agudo da doença, quer pela evolução, quer pela ausencia de fenomenos locais, cria dificuldades muito serias para o diagnóstico. Afirmamos que o reconhecimento da afeção devemos ao fato de a termos encontrado na fase final, de localização.

Quanto ao tratamento adotado, é oportuno assinalar um ponto que se nos afigura de interesse. São em geral acordes os autores quanto á extrema gravidade do antrax do rim. Não há discordancia nenhuma na orientação cirúrgica, que prevê, na nefrêctomia o recurso certo para evitar que a supuração persista ou se agrave funestamente com o ato cirúrgico incompleto.

O resultado feliz que obtivemos nesse caso, sugere, todavia que, si nas formas agudas ou super agudas das supurações corticais do rim, a indicação racional é a extirpação do órgão, nas formas sub agudas, de longa evolução, é possível bloqueio ou limitação do processo supurativo.

2.ª OBSERVAÇÃO

A. L. com 19 anos de idade, filha de G. L., sexo feminino, solteira, branca, costureira, tendo dado entrada em nosso serviço em 27-5-35.

Achava-se doente há 23 dias; o seu mal começou com febre, calefrios, dores no flanco direito. Chamado um faculta-

tivo este, após ter feito o diagnóstico de pielonefrite, administrou-lhe Neotropina, Bucco-vacina, etc., sem lograr resultado, apesar do exame de urina ter revelado a existência de pús e albumina.

Como a temperatura não cedesse, internou-se em nosso serviço, apresentando pela manhã 37°, e á tarde 39°. Pulso 110.

O exame de urina mostrava piúria discreta na data da entrada; a contagem globular deu uma leucocitose igual a 19.000, indicio franco de supuração.

Ao exame cuidadoso da região lombo iliaca, constatamos empastamento extremamente doloroso e ligeiro edema, o que atestava a supuração péri-renal.

Operada no mesmo dia, sob anestesia geral pelo Balsoformio. Lobotomia, dando escoamento a grande quantidade de pús, calculado em cerca de 400 grs.

Exploração negativa dos polos e faces do rim correspondente.

Drenagem.

Post-operatório sem acidentes, com queda da temperatura em crise.

Alta curada em 12 dias.

3.ª OBSERVAÇÃO

H. F. B., com 56 anos, viuvo sexo masc. branco, brasileiro, lavrador. Deu entrada no hospital em 26-2-36.

Ha 15 dias, sentindo mal estar geral, febre, dores nos rins (sic). Tem feito tratamento caseiro sem obter resultado.

Doente de compleição robusta. Panículo adiposo e musculatura bem desenvolvidos. Pele apresentando alguns furúnculos na região glútea esquerda.

Lingua saburrósa. Temperatura axilar 38'6. Pulso 108. Pressão arterial 15 Mx. — 8 Mn. Bulhas cardíacas normais. Pulmões normaes.

Para o lado do aparelho urinário :Pontos renais posteriores sensibilíssimos do lado esquerdo, colhendo-se a sensação de empastamento da região lombar, assim como do ponto supra-intra espinhoso do mesmo lado.

Ausencia de elementos anormais pelo exame de urina.

Contagem globular — 13.000 leucócitos.

Operado em 27-2-36. Anestesia geral — Balsoformio.

Lombotomia, dando escoamento a grande quantidade de pús amarelo ligado. Drenagem. O exame do pús revelou estafilococcus.

Queda rapida da temperatura e correspondente melhora do estado geral. Houve supuração abundante pelo dreno, prolongando-se o scurativos por 26 dias.

Alta curado.

4.ª OBSERVAÇÃO

A Srt. M. T. B., com 18 anos branca, solteira, natural de Campo-Largo, internou-se em nosso serviço a 2 de Agosto deste ano, contando estar doente há 12 dias, desde quando vem sentindo vivas dores na região lombar e flanco esquerdo.

Ha cerca de um mez teve um furunculo na axila direita. A doença atual começou na ocasião em que sofreu uma queda de nadeegas. Ao amarrar os sapatos, suspendeu o pé sobre a borda da cama e porque escorregasse caiu sentada violentamente e sentiu, no mesmo instante, dor muito aguda no rim esquerdo. Naquele dia, ainda saiu a cuidar dos seus deveres, mas á tarde, alem das dores, sentiu grande mal estar pelo que procurára o leito muito mais cedo que de costume.

Ao dia seguinte, as dores prosseguiram muito intensas, impedindo-a de levantar e 24 horas após sentiu febre, calefrios, vomitos, e sensação de latejamento no lombo e flanco esquerdos.

O clínico, asisstente dessa enferma, requisitára do laboratório Reação de Widal-negativa e contagem globular, resultando elevada leucocitose 14.000, com neutrofilia de 80%.

A paciente já havia tomado antitermicos e antisseticos urinarios por isso que dias antes acusára disturbios urinarios: — urinas escassas, carregadas, produzindo ardor á emissão, alternando com diuréses muito abundantes.

No dia da internação registamos: temp. 39' e pulso 120; facies abatido; ao exame local — empastamento circunscrito no flanco esquerdo, como um tumor do volume de um coco, continuando-se para a fossa lombar, e extremamente doloroso. Ausencia de flexão da coxa; movimentos livres no membro inferior esquerdo. Um exame de urina rapido revelou: traços de albumina, globulos de pús e algumas hematias.

Não havia a menor duvida quanto á existencia de supuração. Entretanto o antecedente traumatico. lembrando provavel contusão renal, os disturbios urinarios e a hematuria microscópica sugeriram a necessidade de uma investigação urológica mais detalhada.

Á cistoscopia meatos ureterais de forma, aspécto e séde normais. Tentamos cateterizar o ureter esquerdo sem resultado, pois que o cateter, avançando 2 cms., esbarrou em obstaculo intransponivel, mesmo em posição de Trendelenburgo.

Injetámos sol de iodeto de sódio a 12,5% afim de obtermos uma pielografia de enchimento, esperando que a solução franqueasse o obstaculo.

A chapa radiografica mostrou que o contraste refluiu em massa para a bexiga.

Mostrou entretanto esse documento o apagamento da sombra do psoas, o desvio da coluna (convexidade voltada para o lado sã) e um signal interessante: **o desvio da massa intestinal para a linha média, numa area, que delimita o volume da coleção purulenta.**

Esse sinal já bem conhecido e registado para os tumores do rim, é pouco estudado para traduzir a supuração périnefrica. Em volumosa literatura percorrida, apenas encontramos mencionado por O'Connor (Vicent. J. Textbook of Surgery — 1939) e Iparragire (Cesar Leoni. El Dia Médico — 10-8-1942).

A lombotomia, feita sob narcóse pelo Balsoformio, deu saída a consideravel quantidade de pús, amarelo, denso, medindo

aproximadamente meio litro (estafilocóco). A exploração do rim mostrou o órgão fixo em solidas aderencias mas sem lesões reconhecíveis macroscopicamente.

Após 12 dias de curativos essa paciente estava perfeitamente curada.

A SINTOMATOLOGIA

O quadro clínico dos abscessos péri-nefricos pode variar em grandes oscilações, em função da intensidade maior ou menor dos seus fenomenos cardeais: a febre, a dor, e a tumefação.

O começo, ás vezes violento e brusco, com dor profunda e aguda, pode ser também insidioso, apenas marcado pela dor local insignificante ou nula.

A febre é, entretanto, o sinal mais constante. É a febre das infecções supurativas intensas. Grandes oscilações, elevando-se á tarde a 39°, 40°, com remissões matinais. Calafrios.

As repercussões gerais importantes, á maneira dos processos infectiosos graves, tifoide, malaria etc. na ausencia da dor local, podem manter o diagnóstico suspenso longamente.

Havendo dor lombar, os exames de urina repetidos, negativos para infecção do tracto superior, são desconcertantes.

Todos os nossos pacientes revelaram traços de albumina e o ultimo hematuria microscópica, justificada provavelmente pelo traumatismo. anterior.

No decurso de infecção grave, á dor renal intensa, com ausencia de piuria e de obstrução alta, deve fazer pensar na supuração cortical ou péri-néfrica.

A **dor** aguda ou surda, sempre ocupando a região lombar e muitas vezes o flanco, apresenta irradiações, ao longo dos abdomino genitais, para o escroto, vagina, raiz da coxa, assim como para o lombo ou membro superior.

A palpação acorda ou exagera a reação dolorosa, sobretudo quando praticada pelo processo bimanual.

Intimamente relacionadas com o psoas, as grandes supurações devem produzir a flexão da coxa sobre a bacia, na attitude

de relaxação do musculo. Em nenhum dos nossos casos se mostrou esse sinal. Na última observação, o enorme abscesso infra-renal, enchendo o flanco, não produziu absolutamente a menor modificação na atitude nem na função do membro inferior correspondente. **A tumefação:** — não é um sinal precoce, visto que só aparece progressivamente. Quando presente, é o elemento fundamental no diagnóstico; nas formas retro-renais é o "plastron" lombar que se apresenta. O tacto educado perceberá-o na profundidade da massa sacro lombar, antes que pela evolução adiantada possa promover o abaulamento da chanfradura costo iliaca.

Os abscessos infra-renais, ou difusos, mostram a tumefação invadindo o flanco, bem delimitada, extremamente sensível.

Dada a espessura da parede muscular, a flutuação não poderá ser percebida no comum dos casos, eis que só em fase muito tardia, por destruição progressiva da barreira muscular, o pús atingiria os planos superficiais.

Os distúrbios gastro intestinais, anorexia, vomitos, constipação intestinal, assim como as alterações do pulso, acompanhando as oscilações da febre são sinais pouco expressivos, vinculados que estão ao estado infeccioso.

Devem ser mencionados possíveis distúrbios urinários, como aconteceu na paciente da nossa última observação. A diurese abundante alternada com urinas escassas e carregadas. É presumível que a coleção, comprimido o ureter, promovesse obstrução mecânica ou alterasse o seu dinamismo.

Havendo piúria, o diagnóstico poderá ser detido pelas suspeitas de afeção renal-pielonefrite, piodenite, uropiodenite. A confirmação da supuração peri-nefrética poderá integrar a participação primitiva do rim no processo.

Entretanto a ausência de piúria não permite excluir o rim como indomne, haja vista o nosso primeiro caso e o de Guiteras, nos quais o abscesso peri-nefrético comunicava com o foco de supuração cortical, sem relação com as vias excretoras.

A leucocitose é um sinal de grande valor no reconhecimento do abscesso peri-nefrético. As altas cifras de leucócitos, traduzindo o processo supurativo podem decidir o diagnóstico, quando já orientado pelos elementos semióticos.

O DIAGNÓSTICO — todavia, de acordo com a opinião dos autores pode oferecer muitas dificuldades. Em que pese aos elementos já indicados, bem como aos meios uro-radiológicos, dada a inconstancia dos sintômas, em grande número de casos a afeção só chega a ser reconhecida após a exploração cirúrgica.

Donald W. Atcheson (J. Urol. August. 1941), numa série de 117 casos observados de 1925 a 1940, assinalou o grande número de pacientes admitidos com o diagnóstico de úlcera perfurada, tifoide, pancreatite aguda, tuberculose pulmonar, pneumonia e pielite. Nessa série muitos diagnósticos foram retificados após longa permanência hospitalar. Houve uma média de 5,7 dias de hospitalização antes do estabelecimento do diagnóstico. Em 60 casos os pacientes apresentaram tumefação, que definiu a afeção e possibilitou a operação imediata.

Nos 57 casos restantes o diagnóstico foi difícil e em alguns casos só realizado no ato da necropsia.

De 60 casos de Nesbit e Keene (J. Urol. May — 1937) apenas em 20 o diagnóstico foi efetuado dentro de 3 dias de hospitalização.

Dois casos de aneurismas, um da iliaca e outro da aorta, operados por supostos abscessos péri-nefréticos, comunicados por Zimmerman e Butterfield (N. E. J. Med. March 1938) respectivamente, dão bem a idéia de como o diagnóstico pode oferecer surpresas.

Stites e Bowen, de Louisville (J. Urol. Nov. 1937), demonstrando a dificuldade que póde assumir o diagnóstico do abscesso péri-nefrético, comunicaram um caso em que o achado operatório revelou: câncer do colon.

Um hematoma péri-renal espontâneo, em hemofílico, também foi operado por abscesso péri-nefrético, caso comunicado por George Janaiski de Cracóvia.

As investigações urológicas devem ser empregadas sistematicamente na elucidação do diagnóstico, sobretudo no sentido de caracterizar afeções renais participantes.

A urografia e o pielografia, assim como a radiografia singular podem prestar esclarecimentos de grande valor ao diagnóstico.

Os sinais radiológicos classicamente estabelecidos como evidencia de supuração péri-nefrética são:

- 1.º — Obscurecimento da sombra do psoas.
- 2.º — Obscurecimento do contorno renal.
- 3.º — Escoliose da coluna lombar (Convexidade voltada p. o lado são).
- 4.º — Fryszman de Varsovia (J. Urolog. Dec. — 1938), além desses sinais menciona a possibilidade de compressão ureteral nos fleimões infra renais, o aparecimento de sombra suplementar entre o rim e a coluna e a deformidade de calices e pelvis nos pielogramas.
- 5.º — Pierson e Honk (J. Urol. May 1942) expõem o valor da "pielografia respiratória" para o diagnóstico do abscesso péri-renal. Propõem a pielografia de enchimento bi-lateral com tomada de dois filmes, em exposições sucessivas, coincidindo com inspiração maxima a expiração maxima. Os dois pielogramas serão comparados com a radiografia singela e mostrarão a sombra, fixa do órgão, imobilizado pelo abscesso.
- 6.º — O sinal constatado no documento da nossa quarta observação: — recalque do colon para a linha média constitue uma evidencia interessante de supuração infra renal, não obstante possa também corresponder a tumor do rim.

TRATAMENTO

Reconhecida ou suspeitada a existência de coleção purulenta péri-nefrética, só uma orientação terapeutica póde caber: — a evacuação do pús mediante lombotomia larga.

As punções exploradoras parecem uma pratica perfeitamente condenada, pelos seguintes motivos:

- 1.º — Porque as punções negativas não permitem excluir a presença do pús.
- 2.º — Pelo perigo de inoculação ou reinoculação do parenquima renal.
- 3.º — Porque mesmo as punções positivas reclamam a lombotomia.

As incisões pequenas, tímidas, também não são adequadas. A lombotomia deve ser ampla e os planos musculares incididos anatomicamente. É de rigor o debridamento dos septos, a exploração da glandula, pelas faces e polos, no sentido de reconhecer possíveis lesões renais concomitantes. A presença de abscesso cortical comunicante exige indicação terapeutica especial. Si o processo é agudo ou super agudo ou si a supuração é múltipla, mostrando comprometimento difuso do rim, a nefrectomia primitiva pode ter indicação. Nas formas sub agudas, como no caso de nossa primeira observação, é admissível orientação conservadora, a qual se compraz também com uma nefrectomia parcial ou total secundária, justificada pela fistulização ou persistencia dos fenômenos sépticos. Igual conduta comportarão os casos de outras lesões pielo-renais associadas: — litíase, piodiagnose uropiodiagnose etc.

Todas as manipulações da glandula renal requerem delicadeza e proteção do órgão contra possíveis lesões operatórias, das quais resultariam severos riscos de infecção ou reinfeção.

A drenagem ampla, tubular com tamponamento de gaze é uma conduta usual. O post-operatório se apresenta comumente sem acidentes e a convalescença rapida se instala, como sóe acontecer em todas as supurações evacuadas a tempo e convenientemente.

Alguns autores mencionam tratamento clinicos para o fim de deter a evolução dos fleimões peri-renais. As vacinas, os chiques proteínicos, as sulfas, a penicilina, o mercurio-cromo endovenoso etc., estariam indicados nas fases precoces dos fleimões.

Vale citada essa tendencia apenas para ilustração. Dada a dificuldade do diagnóstico do fleimão peri-nefrético, cuja identificação, por via de regra, se faz somente ao depois da supuração e constituição de abscesso, afigura-se aleatoria qualquer tentativa pelos recursos médicos.

SUMMARY

The author makes a survey on four cases of perinephric abscess recorded in the Institute of Medicina and Surgery of Parana, in a period of 12 years, among 7.500 interned patients.

He reviews nomenclature, etio-pathogenic problems and correlated anatomic facts.

He discusses the symptomatology and diagnostics of these recorded cases and shows the different radiologic signs, especially the desviation of the colon to the medial line repressed by the purulent collection.

As to treatment, he defends an ample lobotomy as the only proper indication which when carried out properly and in the time, offers the best guarantee for a cure, as it has happened in the reported cases.

Câncer da Próstata

PROF. DR. ERASTO GAERTNER

Diretor do Instituto de Medicina e Cirurgia.
— Prof. da Fac. de Medicina d Paraná. —
Membro do Col. Bras. de Cirurgias e da
Ass. Argentina de Cirurgia.

No extenso capítulo do prostatismo, cresce dia a dia de importância, a parte que compête os tumores malignos da próstata.

Já pela sua extrema frequência, já pela indiscutível gravidade e exito sombrio esse câncer tem sido objeto de profundas investigações nos últimos anos.

As mais recentes pesquisas, orientadas no sentido da endocrinologia, parece que abrem rumos absolutamente novos, tanto na interpretação étio-patogênica como na terapêutica, rumos que, sem dúvida alguma, poderão constituir uma chave inestimável para o esclarecimento de outros tantos problemas homólogos da Oncologia.

Os estudos de Huggins, Hodges e seus colaboradores, de Kearns, de Kutscher e Wolberg, de Higgins e Lorse, de Marquardt — todos ao cerco das bases hormonais do câncer prostático, aviladas em função das fosfatases sero sanguíneas, — marcam, sem nenhuma contestação, o aspecto fisio-experimental mais sugestivo e promissor das modernas investigações.

E asseguram para a Urologia um papel assás relevante na meritória campanha contra o câncer.

Vejamos o que ensinam as mais novas aquisições e, assim, também, como se justificam de sobejo esses conceitos.

A frequência: — Young admite que, para cada 100 homens acima de 60 anos, 20 acusam prostatismo, sendo que, desses 20 — 4 são atingidos por câncer da próstata, são quatro indivíduos,, portanto, em cada 100 vivendo mais de 6 décadas, candidatos fatais ao carcinoma prostático. Já em 1906 o mesmo Young, registava 68 casos de tumores malignos em 318 de obstrução prostática, o que corresponde a 21%.

Muir em 1934, através autopsias de rotina, em homens de 60, assinalou uma incidência de 13%.

Rich acusou, em 1935, 14% em 292 autopsias consecutivas em cadáveres acima de 50 anos.

Si atentarmos para o fato de que, em alta escala, a chamada hipertrofia prostatica, que sobreleva na gênese do prostatismo, pode estar associada a carcinoma da glândula, veremos que a incidência pode ser muito maior.

Já em 1900, Albarran e Hallé consignaram 14% de malignidade em adenômas prostáticos. Oraison, em 1903 assinalava 16 cânceres em 186 hipertrofias. Walker confirmou os achados de Albarran e Hallé, ao passo que Kirschner encontrou apenas 8%.

Baseado nas descrições de Shaw e nas pesquisas de Geraghty, que reviu os casos de Young, cuja experiencia e cujos estudos são hoje estimados como a maior contribuição á solução dos problêmas da próstata, pôz esse autôr em certa dúvida as conclusões de Albarran e Hallé.

Para Young, a frequência de 14% deve ser tida como pequena, eis que as verificações histológicas foram, de um modo geral, dirigidas sobre peças obtidas atravez de prostatéctomias supra públicas, nos moldes da escola francêza.

A extensa possibilidade de desenvolvimento associado de câncer e hipertrofia, permanecendo aquele longamente isolado dos lobos adenomatósos encapsulados; a frequência acentuada da localização posterior e sub-capsular, sugeriram a noção de que, em grande número de casos, a denominada prostatéctomia supra pública extrae adenômas puros mas deixa o câncer confinado á glandula ou ás suas formações sub capsulares.

A prática efetiva da via perinêal ganharia, pois, a vantagem indiscutível de surpreender um número muito maior de formas associadas, cuja incidência o chefe da escola americana exprime em cifras alarmantes. Assim, dos pacientes de Young, que foram à operação por hipertrofias ou obstruções baixas, 20% eram carcinomatosos; no mesmo sentido, dos pacientes que procuraram tratamento cirúrgico para câncer prostático, 50%, a metade, revelavam lesões associadas com adenômas dos lóbulos laterais e mediano.

A evolução discreta do câncer prostático, quase assintomática nos primeiros períodos, tem levado muitos investigadores à determinação do índice sob formas ditas ocultas. Os números obtidos nesse particular passam de alarmantes: são ateradores.

Em alentado estudo, Edgar Baron e Alfred Angrist, de Jamaica. N. Y. expõem as suas conclusões em dois grupos de fatos.

O primeiro relaciona autopsias de rotina praticadas de 1935 a 1939 no Queens Gen. Hosp., em total de 2.024. Inclue 605 verificações para homens acima de 50 anos. Sómente em 364 foram praticados cortes seriados, variando de 1 a 15, reclamados por suspeita de malignidade, constatada ao exame macroscópico ou para confirmar indícios de alterações malignas em microscópias de rotina.

O outro grupo assume um caracter mais interessante de pesquisa sistematizada. Compreende 50 casos consecutivos de homens de mais de 50 anos, mortos de causas bem distintas do câncer, cujas próstatas foram rigorosamente escudrinhadas ao microscópio. Nesses 50 pacientes foi excluída toda a possibilidade para o diagnóstico de câncer prostático quer em vida quer no próprio decurso da necrópsia: ausência portanto de quaisquer sinais macroscópicos.

Os cortes seriados do primeiro grupo de 364 revelaram uma frequência de 9,9% para adeno carcinoma oculto.

A verificação histológica obstinada no segundo, de 50 pacientes, mostrou a cifra impressionante de 46%.

Note-se: 46% de carcinômas ocultos da próstata, isto é, em indivíduos nos quais o câncer nem foi suspeitado em vida,

visto que não interferiu na "causa mortis". A existência de metástases também não foi confirmada nesses casos.

Baron e Angrist concluem do seu trabalho, de Novembro de 1941: "The incidence of occult adenocarcinoma of the prostate ins high".

A lição que esse fatos inspiram, adicionados às verificações de Moore e de Gaynor, em 1938, é a de que, positivamente, o câncer prostático é o mais frequente e mais mortal do sexo masculino.

PATOLOGIA: — O adenocarcinoma parece constituir o tipo primitivo constante do câncer prostático, á maneira das demais localizações glandulares. As verificações histológicas, não obstante, em geral praticadas sobre peças de evolução tardia, mostram numerosas variações do tipo inicial.

Consoante ao estudo de Geraghty e Boyd, de 1922, em cerca de 75% dos casos o câncer se assesta no lobo posterior em localizações simples ou multiplas. Moore, Rich e Barringer, em 1934, 35 e 36 respectivamente confirmaram o conceito através de profundos e alentados trabalhos. As origens nos lobos anteriores, lateral e mediano devem incidir somente em 25% dos casos.

Para Gaynor, a origem na periferia dos lobos aconteceu em 98,5% dos seus casos.

Pela tendência invasora, o câncer se expande lentamente para a base da glândula e, transpondo a cápsula, atinge a vesícula seminal. Comprometida toda a prostata, as infiltrações do trígono respondem pelos fenômenos de obstrução urinária.

A parede rectal, sem embargo da relação proxima, em geral não sofre o processo de invasão o qual é detido na barreira oposta pela fascia de Denonvilliers.

Em 800 casos de Young, somente 12 vezes foi registada a invasão da parede rectal. A pequena incidencia de invasão da parede rectal pode conduzir a erros de diagnóstico como já tem sido registado.

A mucósa, tanto uretral como vesical comquanto não gose da mesma isenção da do reto, também não é suscetível á inva-

são fora dos períodos muito avançados. As manifestações cancerosas, com efeito, no calibre uretral e no interior da bexiga podem ser consideradas raras.

Há formas extensas, difusas, da chamada carcinose prostatopelviana de Guyon, cuja alta malignidade envolve rapidamente o trígono, a urétra prostática e ganha o próprio peritônio pélvico. Aliás o ataque direto ao peritônio, mesmo sem lesões vesicais ou vesiculares pode ocorrer.

Os estudos de Cunéo e Marcille sobre os linfáticos da pelve, caracterizaram a extensa rede linfática da próstata, mantendo a glândula intimamente ligada à periferia.

A enorme frequência do câncer simultâneo com a hipertrofia prostática orçada em 50%, como já mencionamos, tem originado pesquisas metódicas em torno dessa patologia associada.

As antigas verificações de Albarran e Hallé, que conduziam ao conceito da cancerização do adenoma não encontram pleno apóio nas investigações modernas.

Para a maioria dos casos, as duas afecções, posto que se apresentem conjugadas, evoluem distintamente. Young assegura mesmo que o carcinoma ocupa a porção sub capsular do lóbo posterior e a hipertrofia a camada peri-uretral dos lobos laterais e mediano. Acentua mais que, havendo invasão e comprometimento extenso das vesículas seminais e trígono vesical, assim como da rede linfática, conduzindo a metástases múltiplas, glandulares ou ósseas, em geral os lobos hipertrofiados, mediano e laterais não mostram lesões carcinomatosas ou apenas apresentam ligeiros brônos.

Nos casos muito avançados haveria mais propriamente uma substituição dos corpos esferoides por tecido carcinomatoso.

Para Rich, as localizações primitivas nos bordos glandulares sugerem que os tecidos prostáticos senis não hipertrofiados e os elementos glandulares atrofiados por compressão devem constituir um material de eleição para a degeneração cancerosa.

Quanto às alterações pré-cancerosas ou "epitelioma adenóide" de Albarran e Hallé, que teriam sido surpreendidas em

14% de casos de hipertrofia, Geraghty, contestando as respectivas conclusões, assinala diferenças essenciais entre essas lesões e o carcinoma prostático.

Num só caso, dentre 2.500 exames histológicos, foi assinalado por Shaw o desenvolvimento de adeno carcinoma no interior do lóbo adenomatoso encapsulado.

A fotografia da peça e do corte histológico, considerados raros, foi publicada no J. Urol. 11. 63, 1924.

Essas restrições quanto á cancerização, também levantadas por Monsinger e Chauvin, todavia, não anulam o alto mérito dos trabalhos de Albarran e Hallé, os quais, incontestavelmente, foram os primeiros a focalizar essa importantíssima questão da associação câncer-hipertrofia.

As características histológicas do carcinoma prostático residem na extrema anarquia celular, e na desigual coloração dos núcleos, na perda da polaridade celular. Da multiplicação por mitoses individuais resultam nódulos originarios de novos tumores. O aspecto das células, bastante diferenciadas, não dá margem a confusão com a estrutura adenomatosa.

O "carcinoma esquirroso" é um tipo distinto, que traduz intensa degeneração intersticial com redução dos elementos celulares e tubulares, dando ao tumor consistencia assás acentuada.

Na "carcinóse prostato pelviana de Guyon", a difusão do processo de alta malignidade, atinge a todas as estruturas de vizinhança, inclusive partes ósseas. Num caso do proprio Guyon "on a du litteralment sculpter les os du bassin pour extraire les organes de la cavité pervienne" (Albarran).

Athayde Pereira, de S. Paulo, em recente e substancioso estudo sobre a matéria, menciona um caso próprio de tipo difuso, sob forma muito rara de câncer gelatinoso.

Dentre os tumores conjuntivos, os sarcômas da próstata constituem occurencias bem pouco frequêntes, sobretudo registadas em creanças. Como tipos mais comuns encontrados, mencionam-se globo-celulares em 36% e fuso-celulares em 20%. Das outras variedades, embriômas, segundo Trabucco, podem-se

citar: — leio-miosarcomas e rabdo-sarcomas 7%, mixo sarcomas %, (Lowsley e Kimball — 1934).

O câncer da próstata marca a sua evolução por metástases muito precoces. O rico suprimento vascular sanguíneo e linfático da glandula condiciona a invasão dos gânglios pelvianos e abdominais, através do plexo peri retal, assim como a disseminação á distância principalmente no esqueleto.

São em geral, acordes os autôres na alta incidência de metástases ósseas. Bumpus acusou 26%, Duncan 27%, Marks 50%, e Kaufman 70%, segundo Lowsley.

Utilizando o controle pelos raios X, Graves e Melitzer reviram 81 casos de carcinoma prostático, assinalando as metástases ósseas na seguinte proporção: — pelve e sacro 85%, vertebrae lombares 59%, femur 35%, e coluna dorsal 23%.

Fora de dúvida, os fatores principais, na produção mais constante de metástases pélvicas e lombo sacras, são a ampla distribuição dos nêrvos periprostáticos e o caminho aberto ao câncer pelos linfáticos perineurais, em contacto estreito com os ossos, consoante ao que demonstraram os estudos de Graves, Warrens Harris.

As disseminações para outros gânglios e órgãos não constituem raridades, mas acontecem em geral nas formas tardias do câncer prostático.

Foi von Reclinghausen o primeiro a surpreender a frequência enorme e a preponderancia das metástases ósseas. Esse achado reveste uma consideravel importância patológica e clinica eis que, num ponderável número de casos sendo oligo sintomática a localização do câncer prostático isolado, nos periodos iniciais, são as manifestações ósseas as que sôem chamar a atenção.

As dores e neuralgias, traduzindo fenômenos primitivos do carcinôma prostático, além do mais, podem correr por conta de envolvimento dos linfáticos perineurais.

Um caso relatado por Van Alstine, refere-se a um paciente de 54 anos em retenção vesical aguda e fixando as queixas em rebelde neuralgia da coxa e quadril direitos. O exame fisico revelava distensão vesical e apenas leve aumento de volume

da próstata. O material recolhido por meio da ressecção transuretral revelou a existência de carcinoma prostático de 2.º grau. Apesar da melhora da função, os fenomenos dolorosos persistiram durante 4 anos, que tanto sobreviveu o paciente, só atenuados pela radioterapia profunda cujas aplicações totalizaram a dose de 11.650. R. a 200 K. V.

A elevada constância das metástases ósseas cria na prática noções de aplicação corrente. Assim, o encontro de lesões ósseas, evidentes aos raios X, em paciente que transpôs os 50 anos deve conduzir ao exame minucioso da próstata, onde pode estar assestado um câncer primitivo.

Os mais novos aspectos patológicos do câncer prostático, resultam dos estudos relacionados com a "fosfatase activity" e principalmente com a influência das bases hormonais na proliferação carcinomatosa.

Em 1936 Gutman, Sproul e Gutman observaram que a fosfatase tanto ácida com alcalina se mostrava bastante elevada na sede das metástases osteoplásticas do carcinoma prostático. Os mesmos Gutman e Gutman e mais Barringer e Woodard, em 1938, constataram que a fosfatase ácida no serum de paciente portadores de metástases de carcinoma prostático se elevava acima dos níveis normais. Esse aumento da fosfatase ácida seria assim específico do carcinoma prostático, visto que a elevação da fosfatase alcalina ocorreria somente em doenças do fígado.

C. Berger e Sauer do N. Y. Institute for malignant Disease), em trabalho publicado em Agosto de 1941, relatam estudos praticados em 100 casos, através dos quais obtiveram a convicção de que a prova da fosfatase acida é um elemento de alto valor no diagnóstico das lesões ósseas metastáticas do câncer prostático. Confirmando as conclusões de Gutman e colaboradores, acentuam que essa pesquisa deve ser praticada sistematicamente, como rotina, nos casos de carcinoma diagnosticado ou suspeitado. As cifras normais não permitem excluir as metástases ósseas, mas essas ocorrem em menor probabilidade. Num mesmo sentido as elevações progressivas e rápidas podem constituir um sinal de mau prognóstico.

Charles Huggins e colaboradores, de Chicago em 1941, expuzeram um conceito novo de que o carcinoma prostático é

comumente constituído de células epiteliais maduras, as quais, como os outros tipos de epitélio prostático adulto, são responsáveis pela depressão do teor de hormônios androgênicos no organismo. Essas pesquisas foram conduzidas através do estudo de cortes histológicos de tecidos prostático para a verificação da fosfatase, enzima que existe em diminuto teor na próstata das crianças, mas que aumenta no decurso da puberdade para atingir alto nível da idade adulta.

Examinando casos de câncer prostático, puderam verificar que o elevado teor de fosfatase e a respectiva distribuição nas células cancerosas eram semelhantes ao que ocorre no epitélio adulto normal, de tal sorte que, em muitos casos, ao invés de células neoplásicas de tipo primitivo o câncer se constituía de epitélio adulto de tipo maligno.

Os mesmos experimentadores chegaram à conclusão de que o hormônio androgênico estimula e aumenta a atividade de disseminação do câncer prostático, com paralelo aumento da fosfatase ácida do serum. Contrariamente obtém-se a redução dessa atividade, pelo abaixamento do nível androgênico, quer pela castração, quer pelo uso do estrogênio, o que reduz também a queda dos enzimas aos limites normais.

Averiguando no mesmo sentido, de abaixar o complexo hormonal androgênico, Munger observou 501 casos de carcinoma prostático em fases diferentes de evolução, todos submetidos à irradiação dos testículos. Nesses casos, em certa frequência, foi praticada também a ressecção endoscópica para socorrer distúrbios obstrutivos. A longa experiência de Munger depõe favoravelmente ao emprego dos Raios X. Em grande escala houve regressão dos sintomas, sendo que os benefícios da ressecção também eram aumentados e prolongados com o uso da irradiação. As metástases também se mostraram estabilizadas, após a anulação funcional dos testículos por meio da radioterapia.

Mac Kearns, de Milwaukee, em 1942 anunciou os resultados obtidos com o emprego dos estrogênios.

Utilizou de começo o diethyl estilbestrol, por via bucal em 3 doses diárias de 1 mg., durante 2 a 3 semanas, seguindo-se mais duas semanas a 2 mgs. diários e finalizando a 1 mg. diá-

rio num período indefinido. Assinalou apreciáveis melhoras clínicas, aumento de peso, atenuação das dores, melhora da contagem globular e baixa da fosfatase aos níveis normais; houve também estabilização das alterações locais, constatada ao toque e bem assim da progressão das metástases. Em alguns casos, nos quais os pacientes acusaram potência antes do tratamento, ao fim de poucas semanas instalou-se impotência tão efetiva como a que se segue à castração; outros pacientes mostraram engorgitamento acentuado das glândulas mamárias e de um modo geral manifestou-se intolerância gástrica ao produto.

Outra série compreende pacientes tratados pelo ethynil-estradiol, o qual se mostrou 6 a 8 vezes mais ativo que o stilbestrol. Com esse produto persistiram, todavia, os mesmos inconvenientes e sobretudo a irritação gástrica, de sorte que em alguns pacientes foram empregados subcutaneamente cristais de alfa estradiol.

As conclusões de Kearns são muito otimistas quanto ao emprego do hormônio estrogênico. Acentuam que este apresenta a melhor eficácia na atenuação dos sintomas do câncer prostático e adiantam que a castração é desnecessária, uma vez que os seus efeitos são igualmente conseguidos pelo estrogênio e, portanto, sem operação.

O Prof. Athayde Pereira, considerando essas modernas concepções hormogênicas do câncer prostático, entende que elas contrastam com as de Lower, Mc. Cullagh, Walsh, Jongh e outros que atribuem a gênese da hipertrofia benigna à produção excessiva do hormônio sexual masculino.

Quer-se-nos afigurar que, realmente, há um desencontro de conclusões, desencontro que deve mesmo servir de advertência ao açodamento com que foram interpretadas e transferidas para a prática corrente as primeiras noções da patologia endócrina vinculadas à hipertrofia benigna. O tratamento quasi sistematizado de adenomatósos submetidos a altas doses de propionato de testosterona ou do hormônio cruzado, deve ter conduzido a reiteradas decepções.

As leves melhoras funcionais, oriundas da excitação muscular e do estímulo ao estado geral, sobretudo manifestas no

prostatismo precóce, em nenhum caso corresponderam a resultados anatómicos dignos de registo.

Os estudos de Sharpey — Schafer e Schackman, de Clarke, de Champy e Coujart — não deixam persistir nenhuma dúvida nessa questão.

Aquelas medicações intempestivas, incontestavelmente, devem ter sido responsáveis também por outros sérios inconvenientes na evolução do síndrome em muitos pacientes.

Em palestra feita na Sociedade Médica S. Lucas de S. Paulo, no ano passado, tivemos ocasião de assinalar um fato que foi constantemente observado em nosso serviço; o número crescente de hipertrofias de enucleação difícil e às vezes impossível, depois que reinou o emprêgo indiscriminado do tratamento hormonal.

O reparo, feito de começo por um dos nossos assistentes, serviu de ponto de partida para um inquérito minucioso quanto ao tratamento hormonal seguido pelos pacientes. Quasi que em via de regra, nos doentes submetidos antes a grandes doses de testoterona a enucleação transvesical se mostrou trabalhosa e em muitos casos reclamou o emprêgo da tezoura. Num dos nossos pacientes, 65 anos de idade, tendo usado doses excessivamente altas do hormônio sintético, não foi possível distinguir plano de clivagem, de modo que a extirpação, ainda que feita a tezoura, foi levada a cabo em condições precárias diante de um fibro adenoma singularmente duro.

Esse doente, ao fim de seis mêzes de melhora, mostrava sinais de câncer prostático rapidamente acompanhado de metástase ósseas. As aplicações de radioterapia permitiram-lhe viver mais um ano de relativo alívio.

A malignidade poderia ter pre-existido, nesse caso, ao desenvolvimento do fibro adenoma; poderiam ter surgido simultaneamente as lesões associadas. É indiscutível, todavia, que as células malignas, também, poderiam ter brotado secundariamente. E si o seu aparecimento não foi solidario ao estímulo hormonal intensivo, é justo pensar, hoje, que o seu desenvolvimento rápido deve ter sido condicionado pelas doses elevadas de que se utilizou.

As nossas observações, nesse particular não foram testemunhadas sistematicamente pelo controle histológico. É admissível que a série, por coincidência, tenha incluído num número maior de formas fibrósas e aderentes. Mas é lícito pensar também agora, á luz das recentes verificações, que o adenoma, sujeito ao estímulo hormonal intensivo pode modificar as suas relações com a cápsula, ou mesmo que a malignidade possa se instalar, uma vez que a sua evolução é tão sensível aos androgênicos.

Num paciente nosso, de 65 anos de idade, prostatectomizado em 9 de Setembro de 1944, o exame histológico da peça revelou tratar-se de adeno carcinoma.

Fizemos no pos-operatório aplicação intensiva de "Benzogynostrgil" (240000 U. I. B.) e a evolução do caso foi altamente satisfatória. A cicatrização da ferida se operou com grande rapidêz e o doente recuperou prontamente as energias, engordando 6 quilos num periodo de tres mêzes, quando registamos o primeiro "Follow-up".

No que se concerne á sintomatologia e diagnóstico, além de pontos a relembrar, alguns outros assumem interêsse palpitante.

É clássico distinguir 3 períodos na evolução do câncer prostático um inicial, outro de estado e o terminal.

O fato de se incluir o câncer num mesmo síndrome de "prostatismo" de par com a hipertrofia benigna e as molestias do colo e, em suma, na mesma chave clínica das afecções obstrutivas não inflamatórias do trácito inferior, já traduz a relativa identidade da figura clínica, em correspondencia com causas tão distintas, quer na individualização anatômica, quer na evolução, quer no prognóstico.

Na fase inicial, que marca o começo clínico da afecção, como no prostatismo, a frequência, a disuria, o jacto reduzido em calibre e força e, ás vezes, a micção imperiosa, predominam.

Ora esses fenômenos não são faceis de interpretar visto que acontecem também nas outras entidades do prostatismo. E como o câncer pode estar enxertado em prostatites ou associado ao adenoma em altas proporções, resulta maior dificuldade em atribuir a parte que se relaciona com cada afecção.

Para Surra Canard, de Buenos Ayres, há um "polimorfismo manifesto" nos sintomas de câncer. Os distúrbios iniciais que aparecem discretos e progridem paulatinamente na hipertrofia, costumam ser agudos ou sub agudos no câncer, mostrando-se desde o começo como transtornos importantes.

O mesmo autor assinala contudo: "El câncer de próstata sangra mas facilmente que el adenoma, sea por el estado congestivo de la mucosa de la urétra en contacto con el tumor o sea porque precozmente un brote neoplasico perfora la urétra posterior". E mais: " Sea qual fuere su mecanismo la hematuria constituye con cierta frecuencia el primer sintoma".

Ora, quanto a esse ponto estão geralmente em desacordo os autores. Para Young a hematúria é mais frequente na hipertrofia. Bumpus relacionou os sintomas iniciais de 362 casos assim: frequência e nicturia 44%; disuria 29%; dor 17%; assintomáticas 3%; hematúria 1%; edema dos membros inferiores 5%.

Barnes, citado por Athayde Pereira, em 664 casos observados no Country Hosp. e no White Hosp., entre outros sintomas mencionou a hematuria em 1% dos casos.

Com a evolução do câncer, na passagem para a segunda e terceiras fases, a infiltração do trigono e o envolvimento da urétra, reduzindo-lhe mais o calibre agrava os distúrbios miccionais; a disuria se acentua, os fenômenos dolorosos aumentam e não são raras as retenções vesicais completas, reclamando cateterismo.

Na mesma direção das obstruções baixas, não tardam as repercussões para o tracto superior. A pressão urinária ascendente produz a dilatação dos ureteres, bacinêtes e cálices e engendra a insuficiência renal progressiva.

A invasão gânglionar pelviana, responsavel pelos fenômenos dolorosos, comprometendo a circulação do recto e anus, também é causadora de hemorroides satelites, de distúrbios da defecação e mesmo de estenose por constrição circular do reto.

Nos períodos avançados e terminais a hematúria se regista com mais frequência quer espontânea, quer consecutiva ás manobras de cateterismo, explorador ou evacuador.

As metástases, sobretudo ósseas, pelviâneas, lombares, sacras, causando nevralgias, ciáticas, nas quais também pode interferir o fator urêmico, criam aspectos bastante expressivos, dos quais é possível inferir presunções diagnósticas.

O diagnóstico do câncer prostático nos estados avançados, em geral, não oferece dificuldades. Os informes da anamnese bem conduzida, as indicações do toque, revelando nódulo ou nódulos duros na glandula ou uma superfície irregular e resistente, localizada ou difusa, o desaparecimento do sulco mediano e, principalmente, a impossibilidade de delimitar o órgão, constituem elementos sugestivos na presunção do câncer.

Não ha, por via de regra, nenhuma discrepancia quanto ao valôr da exploração digital, na qual reside, para muitos autores, o meio seguro mesmo para os diagnósticos precóces.

Quando a noção do câncer foi induzida por sinais expressivos, haverá que orientar a investigação urológica no sentido de estabelecer a confirmação do diagnóstico, mister êsse que pode atingir á determinação da respectiva natureza histológica em material obtido por biopsia (aspiração, resecção endoscópica pinça de Astraldi, punch de Lowsley), perineotomia exploradora com excisão etc.

No período inicial, é evidente, as dificuldades crescerão tanto mais quanto as lesões e os sintômas podem ser imperceptíveis ou mesmo ausentes, haja vista o câncer oculto. Nessas formas precóces, o diagnóstico pode ser impossível e todo especialista saberá guardar reservas antes do pronunciamento.

A minuciosa pesquisa de metástases ósseas, constitue prova de valôr essencial sempre que se presume a possibilidade do carcinôma prostático. Nêsse objetivo, o exame radiográfico e a determinação da fosfatase no serum têm valôr apreciavel.

As metástases devem ser distinguidas das alterações esqueléticas da moléstia de Paget. De Vries demonstrou a importância de dois aspectos importantes na diferenciação:

1.º) — Sendo indiferentes as alterações na coluna, na pélve e ossos longos, as localizações no crâneo são específicas da moléstia de Paget, de passo que as das costélas o são do carcinôma.

2.º) — Na doença de Paget os achados registam condensação, aumento e engrossamento das trabeculações, arqueações e deformidades, densidade cortical acentuada em concomitância com a redução do cilindro medular. A falta desses sinais e a presença de manchas, contrastando sombras por aumento ou diminuição de densidade ou ambas, indicam metástases cancerosas.

A determinação da fosfatase ácida e alcalina é considerada atualmente elemento do decisivo valor diagnóstico. As cifras elevadas de fosfatase ácida falam precisamente em favor do carcinoma prostático. Enquanto que a fosfatase alcalina, acima dos níveis normais, exprime quer metástases ósseas quer doença hepática. Na ausência dessa última, a fosfatase alcalina confirma, portanto, as presunções de câncer prostático com metástases ósseas.

As dificuldades do diagnóstico do câncer prostático, podem resultar também da associação de alterações de prostatite ou de hipertrofia benigna.

No primeiro caso haverá que distinguir os nódulos carcinomatosos, muito duros, enxertados na cápsula do lobo posterior, contrastando com a superfície elástica da hipertrofia. Casos também ocorrem nos quais os corpos esferoides, produzindo expansões posteriores podem simular nódulos de carcinoma, hipótese na qual aos recursos complementares da exploração competirá dirimir a dúvida.

Young e Davis, registaram, outrossim, casos de carcinoma, sem induração característica, eventualidade que poderá induzir a conclusões errôneas. Em 25 casos, o câncer por esse motivo não fora reconhecido antes da operação. Hryntschak conta diagnosticar em 3% os cânceres prostáticos após a enucleação.

Em certos casos, portanto, o diagnóstico reclamará a mobilização total dos recursos propedêuticos e, mesmo assim, só chegará a ser feita após a operação ou talvez após o estudo histológico da peça. O emprego dos meios endoscópicos, do uretro cistogrâma, do urogrâma e do laboratório deverá, portanto, ser mobilizado num grande esforço para identificar o câncer nas formas ocultas associadas ou mascaradas.

Relatando a questão do diagnóstico do câncer em torno de 156 casos, Hinman e Smith, em 1939, assinalaram que ocasionalmente é ele descoberto em indivíduos sem distúrbios micionais e mais, que nos estados iniciais das formas associadas, só poderá ser diagnosticado pelos córtex seriados, depois da operação, portanto! Afirmaram depois: "Early diagnosis and radical surgery will cure câncer of the prostate!"

* * *

A precócidade do diagnóstico constitue, aliás, a única chance para o chamado tratamento radical, i. é. para a prostatectomia total, por via perineal, segundo a escola de Young, a qual parece oferecer as melhores probabilidades, em que pese aos ricos da elevada mortalidade, da incontinência ou fistulização post-operatória.

O problêma do reconhecimento precóce, contudo, enfrenta obstáculos por vezes irrecorríveis.

Alston, relacionando todos os casos tratados no "Brady Urological Institute", em 15 anos, encontrou somente, 4 ou 5% em condições de sofrerem a operação radical.

Lowsley estima que os casos suscetíveis de extirpação total não atingem a 5%, o que decorre do fato de não haver sintomas nos períodos iniciais.

Isso é o que sucede nos Estados Unidos da América do Norte, paiz que de há muito se colocou na vanguarda em questão de combater ao câncer, além de marchar á frente, também, pela sua cultura e adiantada civilização.

Si transferirmos a fórmula para o nosso meio, não haverá que insistir em razões outras, ver-se-á que as probabilidades de surpreender precóceamente o câncer prostático são as menores imagináveis.

Desaparelhados, como ainda estamos, das armas fundamentais a opôr ao câncer, falecem-nos sobretudo os elementos relativos á educação popular e mesmo profissional, em torno dos problêmas mais elementares que a luta impõe.

Basta assinalar que, em nosso serviço, onde são polarizados os casos de câncer em maior número, é frequente compa-

recerem doêntes de cânceres expostos e portanto de detecção quasi expontânea, em fases adiantadissimas, quasi sempre em caquexia final e, portanto, a priori excluidos de quaisquer cogitações de tratamento, sinão sintomatico.

Isso é por enquanto, a nossa moêda corrente em matéria de câncer. E si as locailzações externas — pele, face ou quasi externas, boca, lingua, colo uterino etc. rondam inultimente, mêzes e anos, até procurarem o tratamento mais ou menos adequado, aguilhoadas pelo sofrimento e às vésperas da morte, não é absurdo deduzir quão poucas serão as probabilidades de encontrar o câncer prostático em período inicial.

Ahi está por que nos é bem mais interessante e util apoiar-mo-nos no conceito de Lowsley, relativo á orientação a seguir nos casos avançados ou inoperáveis. Essa orientação compreênde três ítems distintos: 1.º preservação da função urinária, isto é micional; 2.º combate á dor; 3.º prolongação da vida.

Não havendo fenômenos obstrutivos, o tratamento incluirá as aplicações de Roentgen profundo e intersticiais de radium em agulhas, por via uretral ou de preferência transperineal. Para o último caso usar-se-ão trocartes especiais que serão introduzidas pelo períneo, sob controle do toque retal ou mediante perineotomia.

De comum, entretanto, os doêntes aparecem torturados pelos sintômas da obstrução. Aqui haverá que decidir entre a ressecção endoscópica, a cistotomia ou a prostatéctomia perinal econômica.

Entre os americanos do norte predomina acentuada preferência pela ressecção endoscópica.

Barnes, estudando, 677 casos tratados ecleticamente, conclue ser a ressecção endoscópica do colo vesical o melhor tratamento para os sintômas obstrutivos. E acentúa que o uso subsequente da Radioterapia profunda impede as recidivas.

É oportuno mencionar que entre os casos de Barnes não houve nenhum submetido á prostatéctomia total!

C. D. Creevy, de Minesota, realizou 102 vêzes a ressecção endoscópica e deduz que esta não oferece esperanças de cura

mas, além de ser mais confortável que o cateterismo ou a cistostomia, impõe menos riscos que a extirpação parcial. Acrescenta que a irradiação não prolonga a vida, mas atenua as dores das metástases e da infiltração perineural.

A cistotomia de derivação definitiva sempre foi o método de escolha nas obstruções rebeldes e dela nos temos servido quasi invariavelmente em nossos casos.

É o método que a técnica endoscópica atual procura substituir pela ressecção transuretral.

Um grande inconveniente da drenagem hipogástrica é a invasão da ferida operatória pelos tumores vegetantes, que tomam assento no interior da bexiga.

A derivação ureteral alta, cutânea ou intestinal é outro recurso de fins paliativos, cujas indicações se afiguram restritas, pela severidade do risco que impõe.

Das modernas aquisições, ha pouco referidas, surgiram métodos novos, bastante promissores consoante ao que revelam os primeiros ensaios.

A "castração dupla" sugerida por Huggins, em 1941, não só nas mãos deste, mas com outros experimentadores tem dado resultados animadores. As melhoras gerais e locais, aumento de peso, do apetite, atenuação dos sintomas etc. estimulam a continuação das pesquisas. Higgins e Gosse (Cleveland Cl.) se mostram também entusiastas do método, principalmente quando associado á ressecção transuretral para a obstrução e concluem que, a despeito do prazo relativamente curto da observação, os resultados são bastante convincentes para justificarem o seu emprêgo.

A castração cirúrgica, no entanto em geral é repelida pelos doentes, como já nos tem acontecido, mas pode ser vantajosamente substituída pela irradiação dos testículos. Com doses de 500 r para cada um, os mesmos resultados serão obtidos, sem os inconvenientes da operação cirúrgica, anestesia, trauma operatório. Munger, de referência aos seus casos, tratados de 1933 a 1938, cita sobrevidas de 7 anos e atribue melhores resultados quando se associa a irradiação dos testículos á ressecção endoscópica.

Como já insistimos para atrás, os mesmos efeitos da castração, também poderão ser obtidos com o emprêgo dos estrogênios, esmiuçado com apreço por Kearns.

São portanto, meios novos e eficazes para atenderem aos fins bastante modestos da orientação terapêutica atual, que só timidamente alude á chamada cura radical.

São passos agigantados, todavia, num terreno ingrato e no qual, há bem poucos anos, sucumbiam os doêntes, martirizados pelo sofrimento, enganados e intoxicados pelos entorpecentes, sob cuja ação socejava também a medicina impotênte!

São promessas, também, vivas e consoladoras, do limiar de outros e outros conhecimentos que se aproximam e que um dia desvendarão segredos, até o domínio completo da ciência sobre esse terrível destruidor da felicidade humana, que é o câncer!

S U M M A R Y

This work constitutes a resumed balance of the knowledge with reference to prostatic cancer. The excessive frequency of this malign localization is analysed in the light of statistics of the most experienced authors.

Modern conceptions of cancer-hyperthrophy association, the proshpatase activity and the hormonal basis, are treated as the more promissing physio-experimental aspect of present investigations. Examining the main points of symptomatology an diagnostics, the author points out the difficulty of catching the initial forms, the only ones which allow a profitable radical tretment.

He mentions the frequency of cases which are susceptible to radical elimination in the United States (Alston, Lowsley, 4 to 5%) where the fighting against cancer is active. He states that the possibilities of workable forms are small among us since the slowness of the middle and for want of a conscience of cancer, both popular and professional, constitute a great hindrance. For that reason he understands that being good for north-**americans**, the Lowley's formula is excellent for us, as it only takes care of the palliative treatment:

- 1st — Preservation of urinary function;
- 2nd — Fight to pain;
- 3rd — Prolongation of life.

He examines at last the therapeutic indications and states how much we shall expect of the hormonal method based on surgical or roentgen-therapeutic castration and the employ of estrogenus.

ORAÇÃO DE PARANINHO NA COLAÇÃO DE GRAU MÉDICOS DE 1944

PROF. DR. ERASTO GAERTNER

"MEU JOVENS

E QUERIDOS COLEGAS.

Manifestação alguma soria mais cara aos meus ouvidos, nem se traduziria mais grata ao meu espírito, do que o eco dêesses aplausos, repercutindo a generosa estima da mocidade.

No verdor dos anos, quando o coração e os lábios palpitam os mesmos anseios, e exprimem os mesmos sentimentos, os sufrágios da vossa simpatia confortam e elevam ao que se vê a braços com êste honroso e difícil mandato.

Aqui está um momento, dentre tantos outros, em que nunca teria eu por bem realçada e bem louvada a tarefa de ensinar, que o destino me confiou e na qual tantos motivos de alegria se me têm deparado.

Aproximando-nos dos moços, n'um intercâmbio vivo de idéias, o ensino é um alimento de inteligência, que edifica a amizade nas bases sólidas da confiança e do respeito.

Quando o amor ao estudo, estimulado pelo prazer da investigação científica, não nos compensasse pròdigamente das canseiras e responsabilidades do magistério, então o contágio da mocidade e as suas pletoras de cortezia e entusiasmo — seriam o acicate precioso, para manter aceso o pendor de semear nas gerações que se sucedem o culto da verdade.

A sedução perene da juventude, os seus arroubos desmedidos, são um fator de equilíbrio para contrabalançar as normas

austeras que se comprazem no encargo dos que lhe servimos de guias e instrutores.

Na escolha espontânea para esta delegação suprema da vida escolar, todavia, há um sinal que inspira justa e profunda sensação de bem estar moral.

Revestindo-se de delicada expressão afetiva, a distinção testemunha um vínculo de amizade, que não é estranho aos que aprendemos com Cícero que "o medo dura pouco de passo que o amor, ao contrário, é leal até a eternidade".

Só a insensatez, ainda hoje, é capaz de fazer crer que se construa alguma coisa de estável fundada no temor, na tirania que só engendram ódios, visto que tanto a autoridade como o crédito não se conservam nem pela força nem pelo medo.

Há que cultivar o amor, aliando a benevolência à justiça para cimentar no tempo as obras duradouras.

* * *

É o limiar de outra vida que estais transpondo neste instante. Ao depois de um sexênio de labores intensos, de longa meditação, no convívio diuturno dos laboratórios, das salas de hospital, ides enfrentar as asperezas da vida pública. Ao convívio tutelar dos vossos mestres, sucederá o empenho da vossa própria personalidade para acudir à prática do ministério que abraçastes.

Por mais completo que tenha sido o vosso preparo, instruído na ciência e adestrado na arte, é certo que não estais advertidos bastante dos estorvos em que ides tropeçar, dos embaraços objetivos ou imponderáveis que, de comum se antepõem, ao exercício da profissão.

São tropeços multiformes, de origens as mais variadas, que flutuam nas dificuldades normais da rotina clínica ou se encastelam na ignorância dos doentes; fervilham na competição subalterna ou proliferam na organização social que se impermeabiliza aos reclamos da classe.

O trabalho desafia a resistência física e esgota as reservas intelectuais. Mas os embaraços êsses reclamam a robustez moral, a tenacidade intransigente aos mais rígidos princípios.

Bem sei que a vossa cultura, enriquecida nos primores da experimentação, cinzelada no raciocínio da patologia e da clínica, estuante de fé nas promessas da terapêutica, vibra pelos encantos e delicadezas que idealizam a medicina.

Sei que os vossos corações, moços e puros, sensíveis ao sofrimento e à dor do semelhante, não contêm a sofreguidão de promover a cura almejada, de dar o alívio que se implora ou o consôlo que sublima o vosso mister.

Sei que a vossa consciência profissional bem formada, ungida com dignidade aos preceitos indisputáveis, às fórmulas soberanas da Deontologia, aspiram às excelências morais do vosso apostolado.

E porque tudo isso eu o sei de ciência própria e porque a cada um vos auguro um mínimo de decepções em propósitos tão justos e merecidos, dir-vos-ei que o preço da vitória importa no empenho integral de tôdas as vossas forças, dirigidas num mesmo sentido e sem a menor dispersão.

Entendia Plutarco ser a virtude uma só, com nomes diferentes. A virtude do médico reside na personalidade, que cada um deve esculpir e manter e defender a todo o transe.

Uma personalidade só se erige quando são rijos os princípios e perseguidos com obstinação. A honestidade e a prudência temperam a alma e, postas em serviço dos elevados ideais da vossa profissão, caldeiam o caráter para enfrentar as vicissitudes dos dias que correm.

Quem diz honestidade lembra a probidade, que Solon queria mais fiel que os juramentos. É a retidão na obediência aos deveres morais, mesmo trilhando o melhor caminho para chegar à pobreza. É a lealdade, blindada às tentações da cobiça, às seduições da ambição. Lealdade cultuada como religião, para com os doentes, para com os amigos; lealdade dentro da classe, que nunca dependeu tanto de coesão como nos dias de hoje.

Lealdade, tão escassa nestes tempos, que a cada passo se pode lembrar a fábula de Sócrates com os amigos: "Vulgare amici nomen, sed rara est fides"...

Ver-se-á na prudência o próprio espírito da sabedoria. O amor à ciência, o domínio da verdade, instruídos sensatamente

na utilidade dos conhecimentos integram o meio hábil, que permite distinguir, na evolução dos acontecimentos, os acidentes que podem ou devem ser evitados.

O provérbio russo ensina que o ferreiro, a primeira coisa que faz são as tenazes, para se não queimar.

Diz-se que a adolescência é temerária, de passo que a prudência é própria da senilidade.

O jôgo das palavras, exagerando os conceitos, torce e confunde a verdade.

A prudência, razão e conhecimento, não pode ser privilégio da velhice, mormente nas classes cultas e quando a mocidade estuda. Assim a temeridade, insensatez, não deve ser apanágio da juventude.

O ardor na mocidade nem só resulta da ignorância, eis que traduz a pujança da saúde, a potencialidade dos instintos, quando se sublima a energia vital.

* * *

Prestes a deixar os bancos desta Faculdade, é oportuno vos lembrardes das origens dêste templo e das vicissitudes que lhe dificultaram a trajetória por um lado, mas robusteceram a glória explêndida que hoje representa na grandeza do Paraná e do Brasil.

Concebida no anelo de um pugilo de idealistas, a nossa Universidade nasceu para enfrentar um período odissaico, no qual a bravura e a energia de dois homens suplantaram os óbices espetaculares.

Um foi Nilo Cairo, cedo roubado à grandiosa missão terrena, na qual marcou uma trajetória explêndida de luz e de fôrça criadora, como um símbolo meteórico da energia. Foi um herói que só a si mesmo se excedeu. A cultura multifária do patologista, do médico, do professor, do matemático, só rivalisava com o agudo senso do filósofo, saturado da disciplina contiana, capaz da mais prfunda elocubração metafísica, mas senhor de um cepticismo olímpico.

Sarcasta irreverente, as opiniões do sábio e do pensador eram mordazes e invencíveis.

A sua imortalidade, assegurada em monumentos de granito e bronze pelas realizações da energia condensada, transcendendo, todavia, no idealismo e nas fascinações perenes do seu espírito cheio de privilégios.

Lembrando e honrando a memória de Nilo Cairo é como cultuamos a inteligência, animada da centelha do gênio, aplicada na tarefa máxima da benemerência.

O outro é Vitor do Amaral, cuja figura austera e veneranda dirige a nossa Faculdade. Com a mentalidade diferente, não de retórico ou de sonhador, mas senhor de estupenda energia, bem calculada e bem dirigida na ação, foi a sua operosidade equilibrada e tenaz que consolidou o milagre da nossa universidade. Caráter precioso de pedagogo, no mais alto sentido, a exatidão, a constância invariável do seu trabalho constituíram o complemento providencial para a edificação da utopia, concebida providencialmente também no cérebro luminoso de Nilo Cairo.

Obra de titans, quimera inatingível para a concepção, coeva, enquistada nas tradições de timidez, o monumento do nosso ensino superior exigiu também dois titans que se abalançassem aos percalços da empreitada. O primeiro, idealizador iluminado e temerário. O segundo, construtor indefesso, sóbrio no prodígio da sua estatura moral, inalterável aos obstáculos de qualquer porte.

São raros exemplares humanos, unidos no tempo e no espaço, pela precisão das leis imutáveis, para as jornadas pujantes da evolução.

São vidas que se consomem construindo os marcos da civilização e que deslizariam apressadamente na marcha do tempo, não fôsse o exemplo do trabalho honesto, o exemplo da energia sem par, transfundidos nas obras imperecíveis.

Dois modelos de inteligência e de caráter dignos da estima e devotamento dos que investis agora a profissão médica.

Dois padrões de dignidade apostolar, de prudência e fortaleza moral, que balizarão os vossos passos na linha do dever, do esforço perseverante e reto.

As vossas energias, encorajadas na forja dêsses exemplos, serão sobranceiras aos cansaços, às dificuldades e às de-

cepções que vos esperam e desafiarão certamente os vossos intentos.

* * *

Como ciência e como arte, a medicina engloba um oceano de sabedoria e um imenso arsenal de técnica, requintada de aperfeiçoamento.

Não há mais como ingressar na prática, sem adquirir a perícia e sem desenvolver os conhecimentos, armazenando metódicamente as noções selecionadas da produção científica, enorme e quotidiana.

Tanto o adestramento manual como a organização da cultura, reclamam como preliminar a escolha de um setor limitado, a especialidade, compatível com a atualização constante, exigida modernamente.

Impõe-se, assim, ao profissional militante uma atividade mental beneditina, um manuseio perene dos tratados e das publicações periódicas, tudo isso acompanhado dos arquivos clínicos, dos fichários bibliográficos e de tantos artifícios, criados para socorrer a memória do homem.

Só nesse estudar incessante, a paciência do limador edifica e cultiva a inteligência com a flexibilidade útil para lutar e vencer.

Já vos tracei o sentido em que as forças morais conduzem o médico.

O trabalho intelectual, constante e bem dirigido, é considerado hoje o melhor forjador de caráter. Admite-se que a inteligência melhor desenvolvida é também o melhor alimento para as qualidades morais.

Os testes de Terman, aplicados em pesquisas psicológicas extensas, nos Estados Unidos, demonstraram a íntima relação entre a inteligência e o caráter e bem assim o fato de que às boas qualidades morais corresponde sempre o elevado nível de inteligência.

Assim o estudo, a observação cuidadosa e sagaz à cabeça do doente, o tirocínio devotado e consciente constituem a melhor escola para educar a organização moral do médico.

Dir-se-á que muitos vencem e prosperam à revelia da ética, desprezando as práticas honestas, tripudiando compromissos de honra com a profissão, com os colegas, com a sociedade.

Aí está um conceito errôneo, uma falsa impressão que devem ser combatidos.

A prosperidade, o triunfo, vivendo na profanação dos princípios morais irrecoráveis, são edificadas no ar, são castelos no ar, são castelos enganosos, que se despedaçam ao primeiro embate da adversidade e só deixam persistir as ruínas da des-honra.

São desígnios específicos do destino esses falsos prêmios, exaltando paardoxalmente os fariseus.

Poderá tardar mas nunca falha a queda, de violência proporcional à altura e que exprime sempre, muito além do castigo, a lição inexorável.

Uma boa conduta, fiel aos postulados da ética, realça a personalidade do médico do qual é ela a verdadeira virtude, como já vos disse.

Educai a vossa inteligência na órbita ampla das idéias independentes. Criai as vossas próprias opiniões, vivei e desenvolvei as vossas próprias iniciativas e podeis sobreparar aos dogmas e às convenções, que tanto perturbam e deformam os valores reais.

O estudo pessoal, a observação própria, mesmo em torno das verdades tidas como clássicas, ou das teorias acatadas como infalíveis, despertam o espírito de pesquisa e incitam o progresso.

Há os que estudam muito e, sem método, armazenam infinidade de noções. Cansando a memória, esgotam a faculdade crítica. Sabem, a cada passo, citar opiniões alheias às dezenas. Na hora aguda da decisão, sem embargo, falham tristemente porque a opinião própria, que se queria firme, ajustada ao caso concreto, vacila tímida, sem apôio do critério pessoal, independente e desassombrado.

A cultura em medicina, não pode ser atropelada ou comprimida, sem pêso nem medida.

Não creio que me engane, persuadindo-vos ao estudo metódico, à assimilação lenta, à meditação profunda. Só as noções bem fixadas e verificadas pela própria observação e experiência é que constituem lastro mental.

A experiência alheia, pois, não deverá servir como escudo obrigatório, mas simplesmente como exemplo para cada um buscar a própria.

Não advirto para intimidar aos moços, aos quais não se dá empunhar o "trofeu composto de tôdas as armas que nos feriram" como chamava Marco Aurélio a experiência.

Aí está por que estimamos na juventude a modéstia e por que os moços se elevam tanto mais quanto menos arrogância ostentarem. Pedindo luzes e conselhos aos mais proveitosos, sem orgulho e sem vexames, eis aí como servireis melhor à vossa causa, antes que o tempo, o "grande educador", tenha lavrado suficientemente o vosso tirocínio.

Mas não é só com a inteligência bem trabalhada, ainda que servida por um sólido caráter, que a medicina cumpre a sua ascendência. Na função mais elevada, a profissão se sublima na bondade, na tolerância, na caridade, que fortificam o amor aos semelhantes.

Sereis tolerantes e bondosos, mais do que tudo, na prática do vosso mister, e assim atendereis com a mesma solicitude a todos os que sofrem, fora de cogitar da respectiva condição social.

É com paciência que se ouvem as queixas. Com paciência e cortezia é que se perdoa o egoísmo, que o sofrimento revigora nos doentes. A pressa de sarar haverá que ser apaziguada com habilidade e benevolência.

Nunca será, pois, demasiada a bondade que puzerdes no trato com os vossos doentes. É pela caridade, cultuada em todos os aspectos, todos os dias, tôdas as horas, que a profissão se exalta ao apostolado.

"Virtude predileta de Deus", como a sentiu o Coelho Netto, a caridade no médico é uma imposição de dever profissional.

Tanto a cura, como o alívio, como o consôlo, são direitos indisputáveis dos seres humanos, a que a sociedade acode bem ou mal, pela ação dos médicos e dos requisitos melhores ou piores postos ao seu serviço.

Si o padrão de vida da coletividade é baixo, é incrivelmente exíguo para as necessidades da subsistência, aí compreendereis como a fatalidade econômica impõe sacrifícios, afoga na angústia, aos que, como vós, procurareis tratar "aos ricos como se fôssem ricos".

Seja qual fôr o imprevisto do vosso futuro, eu vos incito a que procedais assim mesmo na vossa clínica, abençoando a memória de Miguel Couto, cuja bondade infinita, pairando no alto, será nume tutelar para a vossa inspiração.

* * *

O mundo atual, agitado pela carnificina, que o consome por mais um lustro, próximo o fim da contenda, à qual fomos arrasados, pagando o tributo de lágrimas e de sangue, impõe outro pesado encargo à vossa geração.

Fora de qualquer dúvida o que se nos avizinha é o fim de um dos períodos mais negros da história da humanidade. Esse estendal de destruição e de morte, nunca antes igualado, corresponde necessariamente ao ciclo sem precedente de opressão, de tirania, de negação e corrupção da justiça, de desprezo à dignidade e à liberdade humanas.

O eclipse tenebroso dos princípios mais elementares da civilização, o tripudio nefando sôbre os ideais democráticos, isso consagrado em muitos países, como a mais alta expressão de cultura, como si esta se acomodasse ao esboroar da evolução moral; esse ultrage aos mais sagrados sentimentos de solidariedade humana, selado como novidade estatal de efeitos milagrosos; essa panacéia que pretende curar, estrangulando e matando o instinto da liberdade, o mais legítimo impulso da inteligência e do coração; teriam fatalmente que edificar o predomínio das armas, a hegemonia da força bruta.

Divorciados do equilíbrio maravilhoso da natureza, que ensina a cooperação leal, a solidariedade mútua, esses sistemas trocaram o amor que aproxima e irmana, pelo ódio que divide e desintegra.

Extinguindo as fontes de vida generosa e sadia da coletividade, pela compressão dos seus mais puros anseios, exaltaram a autolatria, endeusaram a crueldade.

Aí está o resultado: — a hecatombe de destruição, desolação e dor, engolfando as nações empenhadas nessa luta espantosa.

Arregimentados nas falanges da democracia, e da liberdade, lá estão os nossos irmãos, banhando em sangue o estandarte da dignidade e dos direitos fundamentais de todos os povos.

Já se anunciam os primeiros clarões da vitória. Já de longe se entremostam os horizontes da paz.

Dentro de pouco, os soldados da democracia e, com êles, os nossos soldados, terão restaurado no mundo as garantias elementares, que enobrecem a vida humana, que a elevam à concepção espiritual do civismo.

Aquietadas as operações militares, silenciado o troar dos canhões, dominada a onipotência do terror, chegará a ocasião de reconduzir a civilização ao seu pedestal bemdito de liberdade e de justiça.

Nesse resgate haverão de concorrer as classes cultas e, dentre todas, por excelência, participarão os médicos com essencial relêvo.

Afastadas as contingências materiais, arejado da opressão transitória, restabelecer-se-á o esplendor da inteligência, rebrihando nos órgãos representativos da vontade de todos os povos.

Médicos, dessedentados numa das vertentes mais límpidas de cultura, haveis de contribuir também, em larga messe, no reajustamento próximo, inevitável. Compenetrados da vossa elevada missão social e cívica, será mister alheiar-vos oportunamente dos quefazeres específicos, para vos dedicardes, de coração e alma, à construção de um mundo melhor. O vosso amor ao próximo, o vosso bom combate pela saúde do semelhante, converter-se-ão num fanal reivindicador das mais dignas e mais nobres aspirações da inteligência e da razão.

Aí tendes uma responsabilidade que empenhará, também, no mais alto grau as vossas fôrças morais, retemperadas no cumprimento exato dos deveres da profissão.

* * *

Meus queridos colegas: — Vou terminar e não posso reprimir o acento melancólico de quem vos fala pela última vez.

A vossa prática não divergirá do juramento que acabastes de fazer. E assim, não transfugindo a êsses severos princípios, de modo algum deixareis de atingir à meta dos vossos trabalhos, dos vossos esforços.

No esplendor ou na humildade, as compensações e as benções serão fartas, premiando a consciência reta dos que lavram com trabalho assíduo e alma generosa.

Os lamentos, as dores e as lágrimas vos esperam lá fora. Ide com as vossas esmeraldas e estendei o manto da esperança, o sorriso doce, para confortar a incerteza das horas que hão de vir!

Conservai essa chama de amor, para conquistar a perfeição moral, que os céus abençoarão a vossa vida e hão de consagrar os votos, que ora faço, de mãos para o alto, pela vossa felicidade, pela coroação dos vossos ideais.

ENDOCOLEDOCORRAFIA — CURA DILATAÇÃO CÍSTICA DO COLEDÓCO

HOMENAGEM ESPECIAL AO PROF.º RUDOLF MATAS DE NEW ORLEANS

Prof. Erasto Gaertner

A dilatação cística do coledoco, também conhecida por "cisto" ou "divertículo" do coledoco é uma afeção bastante rara e de diagnóstico assás difícil, não sómente em função da escassês dos achados mas principalmente em consequência da pouca divulgação da respectiva literatura.

Os tratados clássicos de patologia, terapeutica e técnica cirúrgica em geral não abordam o estudo da afeção e não atingem mesmo a uma centena os trabalhos publicados na literatura mundial.

Mac Connel (Dublin) pioneiro no estudo da literatura, num recuo de cem anos, assinalou a primeira verificação descrita em 1817 e coligiu 35 casos até 1917. Esse número, 10 anos após, era aumentado para 64, por Judd e Greene, em 17.381 operações sôbre o tracto biliar na clínica Mayo — só se registrára uma vêz a dilatação cística do coledoco. As verificações da famosa clínica de Rochester sôbem hoje a quatro.

Segundo James H. Saint, em 1930, o interesse crescente dos cirurgiões pelo assunto fizera ascender a 93 os casos verificados. Entretanto Philis J. Reel e Nile E. Burrel, já em 1921, afiançavam que, mesmo o ascentuado progresso da cirúrgia abdominal, nas últimas décadas, não parecia ter aumentado a frequência das alterações císticas nos condutos biliares.

O trabalho de Saint, publicado no British Medical Journal, de 6 de fevereiro de 1932, relatava um caso de feição pouco

comum, condensando um estudo bem feito sobre a entidade clínica e patológica. E foi notável que 2 meses após, a 2 de abril, na mesma publicação, surgiu outro trabalho, assinado por Ernest R. Frizelle, comunicando uma verificação própria, de anos para atrás, cujo diagnóstico só pudera ser firmado após a publicação de James H. Saint. Com exemplar probidade relatou Frizelle os seus percalços cirúrgicos, marcados por tres operações iterativas, uma exploradora, em que drenou o cístico, outra de derivação por colecistoduodenostomia e, finalmente, a anastomose direta do cístico ao duodeno, que lhe valeu a cura da paciente.

Manuseando regularmente os tratados e a literatura cirúrgica corrente, não se lhe deparára então nenhuma referência ao problema e Frizelle, sincero como os cirurgiões natos, confessou quanta anciedade teria evitado, si o conhecimento do caso lhe houvesse orientado de começo a bôa solução.

O estudo mais completo sobre o assunto foi publicado por Zininger e Cash (Peiping-China) no Archives of Surgery em 1932. Tendo encontrado 109 comunicações de dilatações císticas dos ductos extra-hepáticos, esses autores seleccionaram cuidadosamente as verificações, excluindo as dilatações cilíndricas por estenoses, pancreatites, obstruções calculósas, tumorais etc. e concluíram reconhecendo 82 casos indiscutíveis, aos quais acrescentaram mais um por eles verificado.

De 1932 aos nossos dias não são muitos os casos a acrescentar. Entre esses apresentamos o da observação seguinte, que constitue a primeira verificação brasileira, talvez sul americana.

OBSERVAÇÃO:

JORGE ELIAS, 14 anos, branco, solteiro, estudante, residente em Curitiba. Deu entrada no hospital em 29 de maio do ano de 1945, referindo que a enfermidade atual data de um ano aproximadamente. Começou a perceber um tumor localizado no abdome, abaixo do rebordo costal direito que diminuia em certas ocasiões, para reaparecer em seguida mais aumentado.

No decurso de sua doença foi atacado numerosas vezes por náuseas e vômitos, tendo também febre, que logo desaparecia.

Sente dores de pequena intensidade. Nos períodos de acalmia sente-se perfeitamente bem. O interrogatório para os vários aparelhos não evidenciou qualquer processo patológico digno de registro. Tanto a função intestinal como urinária estão normais.

EXAME OBJETIVO: cabeça, torax e membros normais. Abdomem: á inspeção percebe-se uma tumefação no quadrante superior direito, atingindo lateralmente o flanco direito para fóra e a linha mediana para dentro; superiormente o tumor está limitado pelo rebordo costal direito e inferiormente perde-se na fossa ilíaca. Á percussão da tumoração, constata-se sonoridade própria ás alças intestinais. Feita a insuflação intestinal, a percussão poz em evidência ainda o timpanismo colonico acima da tumoração.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Urina n.º 75 do tipo 1: normal.

Foi feito o diagnóstico de tumor abdominal (Cisto do mesentéreo?) e praticada uma laparotomia exploradora em 31-V-45 — protocolo n.º 378. Com anestesia geral pelo balsoformio fe-se uma incisão paramediana supraumbilical e aberto o abdome por planos.

A exploração cirúrgica surpreendeu um grande tumor retro-peritoneal, que recalcava para a esquerda o estômago e, para baixo, o duodeno, colon transverso e angulo hepático do colon, conservando em cima a vesícula biliar de fórmula e dimensões normais.

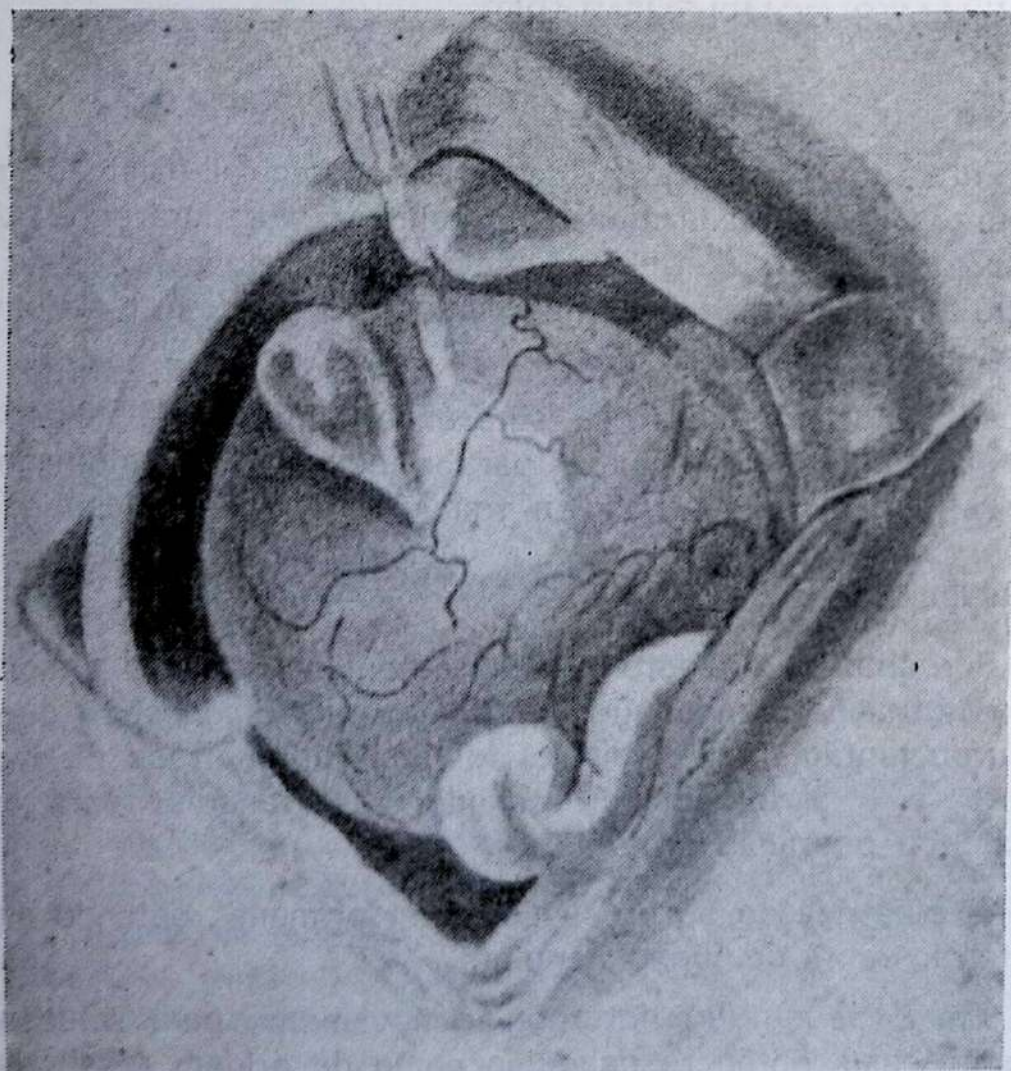
Percebeu-se a existência de conteúdo líquido no tumor dada a flutuação franca que apresentava. O diagnóstico que se afigurou, então, mais provável foi de "Hidronefrose direita gigante" e o abdome foi fechado, reservando-se para outra ocasião a operação urológica.

A cicatrização se processou "per primam", obtendo alta o paciente em 7 de junho seguinte.

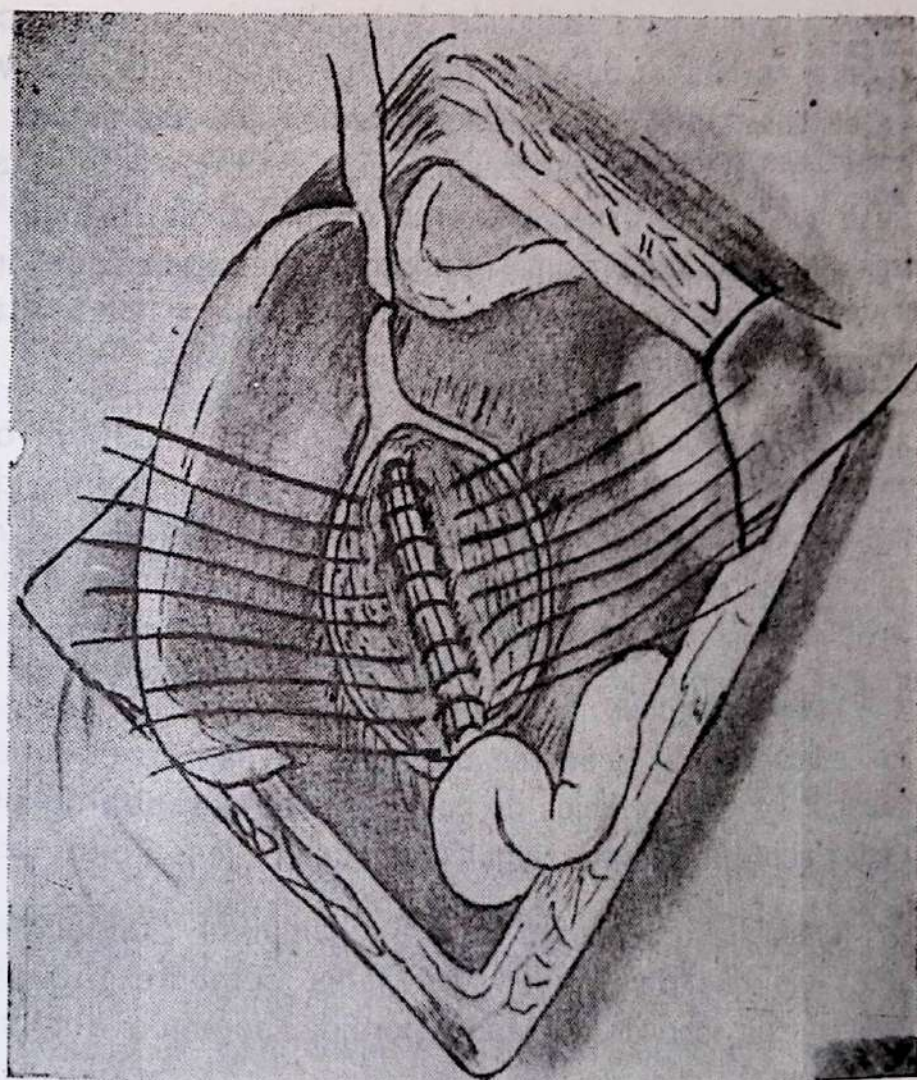
Em 9 de outubro internou-se novamente para solução do mesmo caso, então reconhecido como de origem renal. Nessa oportunidade foi examinado pelo Prof. Perez Fontana, de Mon-

tevidéo, o qual concordou com a dificuldade que cercava o diagnóstico. Foi obtida uma urografia excretora com Nefropac, que contrastou o rim direito em posição alta, evacuando normalmente a substância opaca através das vias excretoras. Imagem pieloureteral normal. Ao redor da sombra do rim D, nota-se uma opacidade esférica alcançando á direita o limite costo-abdominal, em baixo a extremidade do corpo da 4.^a vertebra lombar e para a esquerda o bordo direito da coluna vertebral.

A nova intervenção, realizada em 12-X-45 (protocolo n.º 603), constou de uma lombotomia direita. Atingido o rim constatou-se sua normalidade e adiante um tumor de conteúdo líquido de grandes dimensões.



Tumor á Laparotomia



Esquema da operação praticada.

Nova incisão transversal, partindo do ângulo superior da primeira, permitiu melhor via de acesso, com abertura da serosa peritoneal. Como nos era conhecida a entidade da literatura, o exame da séde e relações do tumor, permitiu o diagnóstico de cisto do coledoco.

A punção, dando saída a apudante quantidade de bile (1500 cc.), de aspecto mucoide consolidou o diagnóstico. Fez-se a seguir uma abertura longitudinal na parede do cisto, a qual se mostrou espessada e resistente ao corte. No interior da grande bolsa cistica foram reconhecidos os orifícios proximal e distal do coledoco. Atravez do orificio proximal notou-se eliminação de bilis.

Aceitamos que essa facilidade de localizar as emergências do conduto, no interior do saco, resultou francamente das vantagens do acesso posterior e lateral. Uma vela de Hegar introduzida no tubo eferente transpôz sem esforço a papila e atingiu o duodeno. O aspecto interno do cisto, permitindo visualizar os conductos proximal e distal, lembrou-nos de imediato a semelhança com os sacos aneurismáticos e, bem assim o método de reconstrução do tubo arterial á Matas.

Conhecendo que a única solução cirúrgica, compatível com a cura, teria que consistir numa derivação direta- coledoco duodenal e dadas as desvantagens da via postero-lateral para realizar uma coledoco-duodenostomia, intentamos resolver o caso por meio da reconstrução do conduto, segundo a técnica dos aneurismas fusiformes.

Foi colocada uma sonda de borracha de calibre adequado, franqueando os dois orifícios do conduto e as paredes do cisto coaptadas sobre a sonda a catgut cromado n.º, em 3 suturas.

Por analogia, o processo poderá chamar-se "endocolecorráfia", eis que divergiu do de Matas somente quanto á permanência do tubo de drenagem perdida, segundo a técnica de Pierre Duval.

As paredes remanescentes do cisto foram capitonadas, deixando-se apenas um tubo de drenagem de calibre reduzido.

O post-operatório foi muito tranquilo. Houve pequeno débito biliar, que se prolongou por 15 dias, desaparecendo a seguir completamente. O doente não apresentou icterícia, nem vômitos e a exoneração intestinal se processou normalmente com fezes bem coradas. Vinte dias após a intervenção, a 28 de outubro, dava-se alta ao paciente perfeitamente curado e cicatrizada a ferida operatória.

Revisto recentemente, em Janeiro de 1946, apresenta-se em ótimas condições, sem o menor sinal do tumor, nem qualquer dos distúrbios digestivos anteriores.

ETIO-PATOGENIA

São muito obscuras as causas e o mecanismo de produção de dilatação cística do coledoco. Entre os fatores considerados, poderemos distinguir:

- a) — Malformação congênita.
- b) — Traumatismos.
- c) — Compressões.

1) — A origem congênita sobreleva, de muito, na observação dos autores, a qual consigna, em geral, fatores ligados a malformações.

O caso de Heiliger registrou a afecção num feto nati-morto próximo ao termo. Não havia sinais de icterícia; o intestino cotinha bile e o coledoco, abaixo da dilatação mostrava-se de calibre reduzido. Havia outras anomalias congênitas. da origem congênita.

M. Tavernier, em 1934, apresentou uma peça de dilatação congênita do coledoco á sociedade de cirurgia de Lyon, material obtido em autopsia numa criança, que sucumbiu em consequência de infecção da bolsa cística. Não havia alteração orgânica que justificasse a dilatação e Tavernier julgou que o próprio cisto deveria representar a malformação congênita.

Giezendanner, entretanto, mencionou vários casos de atresia congênita do canal comum associada a dilatações císticas pequenas, médias ou grandes. No caso de Zininger e Cash, tratava-se de uma senhora de 40 anos, com ausência de quaisquer sinais clínicos de obstrução biliar; a parede cística espessa, com fortes elementos musculares fez pensar na origem congênita.

As verificações em adultos, aliás, têm sempre lembrado a causa congênita, admitindo-se o desenvolvimento progressivo

A grande incidência dos casos na infância e a ocorrência de sintomas na idade precoce constituem importantes sinais da dilatação e a produção tardia dos fenômenos clínicos; depõe, outrossim, a favor desse conceito etiológico o fato de se não encontrar, em geral, estenoses, inflexões ou válvulas, visto que, atuando essas causas ou o próprio cálculo, como

agentes obstrutivos, a dilatação que se processa no coledoco é cilíndrica e não esférica ou sacular como se verifica na entidade em causa.

As dilatações de causa obstrutiva, além disso se acompanham, via de regra, de dilatação e distensão da vesícula, de passo que esta tem se mostrado sempre de volume e estrutura normais na dilatação cística.

No caso que apresentamos, a despeito de não ter sido possível uma observação anatômica minuciosa, não se verificou a presença de atresia do canal, que se mostrou francamente permeável ao cateter.

2) — Muitos autores têm atribuído a dilatação á direção anormal do conduto ou á inserção angular no duodeno, ambos fatores congênitos, capazes de produzir inflexão e obstáculo ao escoamento da bile.

Nos casos de Arnolds, Rostorzesv, Konitsky, Elener, Russel, Schloessmann, o chado dessas anomalias sugeriu as respectivas causas. Lavenson, entretanto, parece ter razão estipulando que aqueles aspectos anatômicos devem consistir mais em resulantes do que tem causas da dilatação cística.

Esse argumento se nos afigura bastante valioso.

Na hidronefroze, o abaulamento ás vezes considerável da parede inferior do bacinete, produzindo apreciável elevação da embocadura ureteral, antes admitida como causa da afecção, também perdeu esses foros eis que modernamente se aceita apenas como consequência da distensão pielorenal.

A dilatação cística da coledoco, todavia, não é comparável á atrofia hidronefrótica.

Kolb e Deesman, em tempo repelindo o confronto, puzeram de manifesto que o ureter se implanta normalmente numa cavidade relativamente ampla enquanto que o coledoco nasce da confluência de vários canais, apresentando calibre uniforme em toda a extensão. Zininger e Cash, igualmente ponderam que diferentemente da hidronefroze não se verifica a dilatação uniforme de todo o sistema acima da obstrução.

Para Schloessmann as anomalias de inserção coledoco-duo-

denal estiveram presentes na maioria dos casos observados até 1911.

3) — A existência de folhetos valvulares, descrita em 17 casos ao nível da porção mural do coledoco, foi responsabilizada por alguns autores como Bakes, Sternberg, Clairmont, Neugebauer e Rostozew — na genese da dilatação cística. Segundo Lavenson e Schloessmann não é provável o desenvolvimento espontâneo dessas formações valvulares na estrutura cilíndrica do canal comum determinando a dilatação deste a ponto de o transformar numa bolsa. Mais aceitável seria supor a preexistência da bolsa, apenas ao canal e, por efeito do próprio peso e tensão, produzindo dobras e inflexões no ponto de emergência do canal. A disposição valvular justifica perfeitamente as alternativas de ictericia e, sobretudo, as oscilações no volume e tensão do tumor, como ocorreu no caso que relatámos.

4) — A debilidade congênita da parede do conduto foi increpada como causa por Dreesman em 1908 e, mais tarde, por Lavenson, Mayesima, Neugebauer, Kolb, Weiss, Bille e Russel, alguns dos quais responsabilizam também a estenose ou oclusão parcial por espasmo, edema ou inflamação, como fatores acessórios.

A espessura da parede cística, nos casos em que foi medida variou entre 2 mm. nas mais delgadas e 7,5 mm. nas mais espessas. Em muito poucos casos foi mencionada a parede cística muito fragil. Na maioria ou foi referida uma parede espessa e flexível ou muito espessa. Para Neugebauer a dilatação se assemelhou á do colon na doença de Hirschprung.

5) — O caso de Swartley e Weeder, de Filadelfia, comunicado em 1934, á respectiva Academia de Cirurgia, constitue um achado singular e único na literatura mundial. Tratava-se de duplicidade do coledoco, sendo que a dilatação cística se assentára num dos canais. O cisto foi extirpado com prévia ligadura dupla do canal e o paciente foi curado sem o menor traço de ictericia no post-operatório.

6) — Os sintomas em oito casos surgiram em relação mais ou menos direta com a gravidez e autores como Gothmauser e Mc. Whoster admitiram a hipótese da pressão produzida pelo utero gravido ou da descompressão oriunda do parto determinarem trações ou inflexões no coledoco.

O mecanismo da embibição gravídica, a atonia muscular, de origem tóxica ou hormonal, responsáveis pela constipação urinária, pela pielo-ureterectasia etc., devem representar um papel mais importante do que antes se supunha nesse terreno.

As mulheres pagam um tributo bem maior a esse afeção que os homens. Zininger e Cash registram em 83 casos a incidência de 69 vezes em mulheres o que corresponde a 5 por 1.

7) — Os fatores congênitos para alguns autores requerem o concurso de outras concausas, como infecção, espasmo, inflexão etc. para condicionarem o desenvolvimento da dilatação.

b) O traumatismo — como fator etiológico foi mencionado por Kremer e não pode ser desprezado. Como aconteceu no caso que estamos apresentando, no de Kremer, o paciente referia uma queda ocorrida aos 7 ou 8 anos, queda de que resultará um trauma abdominal e á qual o doente atribuiu a origem dos sintomas.

c) As compressões por adenomas do pancreas ou infiltrados tuberculosos do mesentério, foram invocadas respectivamente por Budde e Douglas. O primeiro referiu a presença de divertículo na ampola de Vater e áreas de fibro adenomas na parede do cisto, alterações essas constatadas por cortes seriados e identificadas como adenomas pancreaticos. Para Budde, assim como os divertículos do duodeno se associam aos tecidos pancreaticos aberrantes, as dilatações ou divertículos do coledoco devem ser condicionados pelos adenomas pancreaticos.

Reel e Burrell, de Ohio, no caso relatado em setembro de 1921, referiram o achado de extruturas canaliculares lembrando parenquima do figado, o que lhesurgeriu a origem hepática da dilatação cística.

A idade nos casos analisados mostra acentuada preponderância para a infância e juventude. 28 pacientes se relacionam abaixo de 10 anos; 22 entre 11 e 20, podemos acrescentar o da observação com 14 anos; 20 entre 21 e 30; 7 entre 30 e 40 e 7 acima de 40 anos.

O exame dos fatores enunciados parece conduzir a origem da dilatação cística do coledoco ao capítulo da embriologia.

Os casos de Heiliger e Tavernier são bastante demonstrativos. As pequenas anomalias encontradas simultaneamente parecem ou consequências da dilatação ou lesões também congênitas associadas.

O número importante de verificações na idade adulta nos ensina que o desenvolvimento do cisto deve ser estimulado ou complicado pela ação dos diferentes fatores — traumatismo, infecção, gravidez etc.. Daí, também, a ocorrência variável dos primeiros sintomas em idades diferentes.

—0—

PATOLOGIA.

A dilatação cística do coledoco não se pode confundir de modo algum com as dilatações comuns do canal, consecutivas a obstruções calculosas, distonias do esfíncter, compressões por tumores etc.. Na última hipótese a dilatação envolve todo sistema, acima do obstáculo, é uniforme, de modo que os canais hepáticos, o cístico e a própria vesícula participam do processo distensivo.

O ducto comum nas grandes dilatações por obstrução pode mesmo atingir o calibre de uma alça delgada, sendo que os canais hepáticos terão um aumento de diâmetro mais ou menos proporcional.

Nos cistos, entretanto, o volume é muito maior e varia do tamanho de uma laranja ao de uma cabeça de adulto. A capacidade, variando com o volume pode atingir a 8 litros, como no caso de Reel e Burrel. No caso presente o volume era o de uma cabeça de feto e o conteúdo médio 1500 cc.

A presença do tumor altera sensivelmente a situação e as relações dos órgãos vizinhos. O estômago é recalcado para a esquerda, o duodeno e o angulo hepático do colon se deslocam para baixo. O próprio rim como no caso em apreço foi elevado.

Na maioria dos casos observados, o fígado não revelou alterações patológicas, mas em alguns poucos foi constatada cirrose biliar em reduzido grau.

A obstrução parcial ou intermitente pode coexistir com o cisto, não obstante seja pouco convincente para justificar a

DIAGNÓSTICO.

F. Neugebauer, em 1924, Hans Isellin, em 1927 e Julian Taylor, em 1928, foram os autores dos três únicos diagnósticos realizados no período pré-operatório.

Num grande numero de casos, como o de Frizelle, referido do começo, nem durante a intervenção foi possível reconhecer a entidade em causa.

O nosso caso não fugiu á regra geral, visto que todas as hipóteses foram examinadas antes da operação e o diagnóstico só poudé ser firmado após o exame minucioso da bolsa e das suas relações, tendo sido logo ratificado pela punção.

As presunções diagnósticas mais frequentes nos casos relatados foram — cisto hidático, cisto pancreático, cisto mesentérico, hidro-nefrose ou rim policístico, tumores malignos, tuberculose etc..

Importante é a noção de que quasi todos os casos, nos quais o diagnóstico não foi efetuado no ato operatório, tiveram êxito letal; as ablações intempestivas, as drenagens simples baseadas em hipóteses errôneas foram condutas operatórias sempre incompatíveis com a sobrevida dos pacientes.

—0—

TRATAMENTO.

Só há uma solução cirúrgica correta para a dilatação cística do coledoco: a derivação coledoco-duodenal. Todos os autores que têm estudado o problema até aqui, indicam a coledoco-duodenostomia como a técnica de escolha. Essa derivação deve ser primitiva, isto é, não deverá nunca ser remetida para segunda intervenção, quando na primeira se realizou a drenagem, visto que na grande maioria, os casos resolvidos, assim, caminharam para o êxito sombrio.

Na drenagem exterior isolada, sujeitando o paciente aos efeitos da acolia por fistula biliar total, os resultados são rapidamente mortais. Em alguns casos o êxito foi apressado por hemorragias fulminantes.

A marsupialização do cisto também não ofereceu melhores resultados.

Alguns autores praticaram a extirpação do cisto, conduta que, a despeito de resultados favoráveis que possa oferecer, reputamos incompatível com os objetivos a atingir. Conhecida a necessidade de assegurar uma bôa derivação ao curso da bile, os requisitos técnicos da ablação só poderão criar dificuldades a esse desiderato.

As relações anatômicas com estruturas muito nobres, outrossim, criam problemas técnicos bastante sérios, de sorte que o descolamento da peça, sempre aderente, pode ocasionar lesões em órgãos muito importantes.

Como não parece haver inconveniente na permanência do saco, mantido vazio pela derivação coledoco-duodenal, saco que, perdida a função de reservatório anormal, tenderá á atrofia — é legítimo dispensar a sua remoção, no que se poupará um tempo operatório longo e trabalhoso.

Por igual, a derivação por colecistoduodenostomia, que James Saint entende "appear to be equally efficacious" — não constitue indicação racional, uma vez que a anomalia do coledoco não se compraz com o enchimento do colecisto, como acontece normalmente. Frizzelle, aliás, tendo procedido a essa operação em segundo tempo, confessa que foi levado a realizar um terceiro para preencher a coledocoduodenostomia e evitar a morte da sua paciente.

A técnica por nós adotada pela primeira vez, reconstruindo o canal sobre sonda fervida, obedece á bôa tática, e o resultado obtido legitima sem dúvida o seu emprego.

Ousamos acreditar que o nosso processo, que denominamos "endocoledocorrafia" como homenagem a Rodolfo Matas, o genial criador da endoaneurismorrafia — tem direito a um lugar neste capítulo da terapêutica cirúrgica.

Se analisarmos as feições técnicas das duas operações e as condições em que se restabelece o transito biliar, é justo admitir a superioridade do processo que empregamos em nosso caso.

O escoamento da bile pelo canal reconstruído e conservando os seus aparelhos terminais, com efeito, afigura-se nos

bastante racional e superior, em confronto com a derivação anti-fisiológica através da boca anastomótica alta e sem contar com o regime muscular aberrante da bolsa cística.

—0—

REVISÃO DA LITERATURA.

Zinninger e Cash em 1932 fizeram uma excelente revisão da literatura e encontraram 42 casos os quais foram aceitos como verdadeiros, juntando mais uma observação.

Em 1933 Grossa relatou dois casos pessoais. Blocker, Havis Williams de Texas colecionaram 33 outros casos desde 1933 que não tinham sido mencionados pelos autores norte-americanos.

Beverly Chew de New York colecionou 181 casos da literatura em trabalho publicado no *Archivs of Surgery* de junho de 1942. Diz o citado autor que no Presbyterian Hospital dois novos casos foram adicionados e com o presente somam ao todo 184 cistos do coledoco publicados até o momento.

De 119 casos relatados nos quais o tratamento cirúrgico foi empregado a mortalidade atingiu a elevada cifra de 56%.

Na atualidade portanto podemos admitir com o nosso caso como o número de cistos do coledoco publicados.

—0—

Dilatação Cística do Coledoco "Endocoledocorráfia — Cura".

O autor regista um caso de dilatação cística do coledoco, afeção rara, num paciente de 14 anos de idade, no qual a laparotomia exploradora, tendo constatado em tumor retro peritoneal, foi seguida por uma lombotomia direita, através da qual foi feito o diagnóstico. Puncionado o cisto, do qual foram retirados 1500 cc. de bile, e incisada largamente a respectiva parede foi possível observar pelo acesso postero-lateral os orifícios proximal e distal do canal, cuja disposição sugeriu o aspecto dos sacos aneurismáticos e a respectiva reconstrução pela técnica de R. Matas. A sutura foi feita sobre sonda, que foi

deixada perdida á maneira de Pierre Duval, e o paciente teve cura completa com pos-operatório sem acidente.

É a primeira reconstrução de coledoco que se realiza nesse tipo e o processo foi denominado "endocoledocorráfia", como homenagem ao Prof. de Nova Orleans.

Após um exame da etiopatogenia, da sintomatologia, do diagnóstico e tratamento, o autor revê a literatura mundial e constata que estão publicados 183 casos aos quais acrescenta a sua recente verificação.

—0—

CISTIC DILATATION OF COLEDOCHUS.

"Endocoledochorraphy Cure".

The author registered a case of a cistic dilatation of the coledochus, a very rare disease, in a 14 year old patient in whom an laporatomic exploration showed a retro-peritoneal tumor, which was folowed by a rigth lumbotomy by the help of wich the diagnosis was made.

After puncioning the cist, from which 1500 cc. of bile were taken, and making a large incision on the respective wall, it was possible to observe the proximal and distal holes of the channel through the postero-lateral access, which arrangement, gave the idea of aneurismatic sacks.

The respective reconstrution was made by the R. Matas technique. The suture was made over a plummet, which was left lose in the manner of Pierre Duval, and the patient was completely cured without post-operating incidents.

It is the first coledocal reconstrution which is made in this way and the process was called "Endocoledocorraphie" in honor to the New Orleans master.

After an ethiopathogenic, sintomatologic, diagnostic and tretment examination, the author consulted the international literature and found that 183 cases are published and to these enclouses his recent observation.

—0—

B I B L I O G R A F I A

- Berman, J. K. & Ballenger, F. — Congenital cyst of common duct. *Quart. Bull. Indiana Univ. M. Center* 3:141-144, 1941.
- Bervely Chew Smith. — Cyst of the Common duct. *Arch. of Syrg. M.* 6. 1942 963. 983.
- Carr, G. L. — Congenital cystic dilation of common bile duct. *M. Woman's J.* 47:301-303, 1940.
- Duff, D. G. — Cyst of the common bile — duct. *Brit. J. Surg.* 21:536-538, 1934, (São Paulo).
- Frizelle, E. R. — Idiopathic congenital dilatation of the common bile duct. *Brit. M. J.* 1:610, 1932. (São Paulo).
- Fowler, R. S. — Choledochus cyst: report of a case with referense of the literature. *Ann. Surg., Phila.*, 64:546-549, 1916, (São Paulo).
- Garré, E. S. et al. — Idiopathic dilatation: case. *Bol. y trab. Acad. argent. de Cir.* 28:40-48, 1944, (São Paulo).
- Golder S. Mewtrotter — Congenital Cystic dilatation of the bile and pancreatic ducts. *Archives of Surgery — Morch* 1939, 3.395, 411 (S. Paulo).
- Hill, N. H. & Ramsay, R. A. — Cystic dilatation of the common bile duct. *Brit. M. J.* 2:991, 1925, São Paulo).
- Hutchins, E. H. & Mansdorfer, G. B. — Congenital cystic dilatation of common bile duct. with sequelae. *J. A. M. A.*, 125:202-204, 1944, São Paulo).
- Harris Williams, Jonet e Williams, T. G. Blocker, *Arch. of Surg.*
- Judd, E. S. & Greene, E. I. — Choledochus cyst. *Surg. Gyn. Obst.* 46:317-324, 1928, (São Paulo).
- Limito, C. — Idiopathic cyst of choledochus: case. *Arch. ital. di anat. e istol. pat.* 6:619-627, 1935, (São Paulo).
- McConnell, A. A. — Cyst of the common bile — duct. *Brit. J. Surg.* 75:191-195, 1922, (São Paulo).
- Russel, S. Fowler — Choledochys Cyst. Brooklyn.
- Saint, J. H. — Cystic dilatation of

Alguns aspétos da cirurgia arterial(*)

PROF. ERASTO GAERTNER

Membro Titular do Colégio Brasileiro de
Cirurgiões

Na evolução rápida e progressiva, que assinala o desenvolvimento moderno da Cirurgia, cabe um lugar de grande relêvo aos aperfeiçoamentos que se vão imprimindo, em extensão e profundidade, nos problemas da Cirurgia arterial.

Tem-se a impressão de que, do mesmo passo que a terapêutica da tuberculose pulmonar evolucionou rapidamente para os domínios da Cirurgia, seguem sucessivamente o mesmo caminho numerosas questões da patologia circulatória, que permaneciam longamente estabilizadas, quando tributárias da Clínica Médica. Notável, porém, não só o simples fato do deslocamento da solução terapêutica; o que sobreleva, incontestavelmente, na transição é o vigoroso impulso que a ciência vai adquirindo, pela renovação constante de antigos conceitos, todos consagrados pela tradição, muitos alimentados por má interpretação de fatos experimentais, mas nenhum resistente à "observação viva" do fenômeno patológico no corpo humano, como só é permitida pelo contacto freqüente do campo operatório.

É essa uma revelação do valor exponencial, que deve competir à intervenção cirúrgica, além do mais, como método simultâneo, de observação e experimentação, no esquadriñar de minúcias da patologia anátomo-funcional, antes completamente proibidas ao exame clínico, à investigação cadavérica e mesmo à experimentação nos animais de laboratório.

(*) Trabalho apresentado ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões.
Recebido para publicação em 11-6-47.

Prova exuberante do acêrto se encontra no largo contingente que as novas aquisições vão trazendo à fisiologia normal, patológica e cirúrgica das artérias e da vaso-motricidade e nas conclusões profundamente renovadoras, a que dão lugar. Essas conclusões, em grande parte fundamentadas no estudo das operações sôbre o sistema simpático e endócrino, vão sendo estruturadas também, na meticulosa observação do ato cirúrgico e dos resultados que lhe sucedem após as ligaduras, as suturas arteriais e, principalmente, a prática do método de sutura endo-sacular de **Rudolf Matas**, o qual revolucionou não só o tratamento dos aneurismas como tôda a cirurgia arterial.

A longa história dessa cirurgia, com efeito, sendo tão velha quanto a da medicina, excluindo o período empírico, regista uma série de fatos marcantes que constituem, por assim dizer, o vigamento de um edifício, cujas dimensões crescem e se expandem na atualidade, em proporções monumentais.

Desde as ligaduras, consagradas por **Ambroise Paré**, às pinças hemostáticas, aos estudos sôbre a circulação do sangue, nenhum outro fato se afigura tão definitivo para a resolução do problema, como a audaciosa e feliz iniciativa de **Hallowel**, inspirada por **Lambert**, quando suturou uma ferida arterial, transfixando-lhe os lábios com um alfinete, que serviu de suporte ao fio com o qual foi amarrada e coaptada a ferida, tudo à maneira como se procedeu, por tanto tempo, à sutura na operação do lábio leporino.

É nossa a impressão de que êsse feito, na aparência banal, constituiu o marco histórico predominante no desenvolvimento da cirurgia arterial, não obstante tenha permanecido obscuro ou não tenham merecido por tanto tempo a atenção devida, as circunstâncias de alta significação que o cercaram e que só atualmente podem ser consideradas no justo valor. Resulta a primeira, do fato de ter aquele cirurgião logrado o inesperado êxito operatório, justamente por haver afrontado, pela transfixão, o endotélio arterial, cuja faculdade reparadora só muito mais tarde veio a ser bem conhecida. Outra circunstância, cuja importância foi obstinadamente relegada pelos cirurgiões e experimentadores, consistiu no emprêgo do alfinete, perfurando totalmente a parede do vaso, inclusive a túnica interna, permanecendo como corpo estranho, em contacto com o sangue circulante e sem produzir acidente de qualquer natureza. Final-

mente, outra observação que permaneceu inaproveitada por tempo bastante longo, foi a da inocuidade da ação cirúrgica sobre o endotélio, no qual as lesões dessa ordem obtêm socorro imediato da capacidade reparadora da própria estrutura epitelial.

Pode-se bem avaliar o entrave oposto ao aperfeiçoamento da cirurgia das artérias pela insuficiente compreensão dessas questões, repelidas sempre em favor de conceitos errôneos, muitos dos quais atravessaram os séculos e atingiram quase aos nossos dias.

Sem aludir ao temor, que despertavam as operações sobre os vasos, cujos batimentos deveriam ser considerados como severa advertência aos que lhe pretendessem devassar os segredos, sem referir as deficiências dos conhecimentos sobre a fisiologia da circulação e sobre a físiopatologia arterial, conhecimentos só possibilitados, em suma, pela destemida intervenção dos próprios cirurgiões, as concepções falsas e sobre-modo arraigadas acêrca do comportamento da parede arterial e do sangue circulante, em face do trauma cirúrgico e do material de sutura, atuando como corpo estranho, engendraram os mais sérios obstáculos a aperfeiçoamento da técnica e ao avanço da clínica, nesse amplo capítulo da cirurgia.

Eis aí como, depois da afortunada intervenção de Hallowell, haver-se-á de saltar até **Rudolf Matas**, de Nova Orleães, o criador genial da endoaneurismorráfia, cujas técnicas obedecendo aos princípios definitivos, inaugurados pelos antecessores do século dezoito, marcaram a solução perfeita na cura dos aneurismas e abriram outra era completamente nova na cirurgia vascular.

Há, incontestavelmente, outra série muito mais numerosa de fatos históricos e de nomes respeitáveis e ilustres, os quais se encadeiam desde a mais alta antiguidade; que se fixam em **Antyllus**, com a sábia e precoce orientação de esvaziar o saco do aneurisma, após a dupla ligadura; que se dobram no decorrer dos séculos, nas tentativas audazes das extirpações, das iniciativas mais cautelosas das ligaduras simples, duplas, totais, parciais, etc. Seja um desfilar contínuo de casos e de autores, cuja participação, todavia, não interferiu senão acessoriamente no desenvolvimento da questão.

Para nos atermos, assim, às contribuições de caráter decisivo, caberão muito bem, nesta breve síntese, as notáveis investigações de **Carrel**. O seu vasto contingente experimental, em torno das suturas circulares, das anastomoses e dos enxertos vasculares, cuja técnica foi desenvolvida a um máximo de perfeição, constitui, sem dúvida alguma, a cooperação complementar à obra de **Matas**. Na mesma envergadura e realce, destacam-se os trabalhos de **Egas Moniz** e **Reinaldo Santos**, os criadores da arteriografia. Foi outra aquisição de caráter decisivo eis que, tendo descoberto novos rumos ao esclarecimento do diagnóstico, permitiu averiguar numerosos problemas de físiopatologia, que se desvendariam a qualquer outro método de exploração. A valiosa contribuição dos dois eminentes pesquisadores portugueses permitiu ainda a utilização de outro campo igualmente importante — o uso da via arterial, para o emprego de medicamentos ou agentes anestésicos. São dois filões, apenas afluídos, e dos quais muito haverá ainda a retirar, nesse buscar incessante de perfeição.

Quando, de início, escolhemos as referências históricas, consideradas definitivas na evolução da cirurgia arterial, foi no propósito de selecionar exatamente as contribuições que se integraram nas soluções verdadeiras, tais como as encaramos na atualidade. O conceito, sob o qual encaramos hoje as ligaduras, as ressecções, as suturas e, bem assim, as suturas endosaculares, no tratamento dos aneurismas, compreende um sistema inteiramente articulado de conhecimentos, muitos dos quais não ingressaram ainda na explanação dos tratados, nem na prática usual da cirurgia geral.

Si se admite a importância do concurso, que o exercício da cirurgia defere ao desenvolvimento das questões vinculadas à físiopatologia, uma vez que os últimos e mais destacados progressos têm resultado, indiscutivelmente, da experiência edificada no campo operatório, é evidente que a contribuição dos cirurgiões será oportuna, enquanto permanecerem obscuros tantos pontos intrincados, como ainda acontece atualmente. É nessa ordem de idéias, atendendo a que até as mais modestas observações poderão adquirir valor em estudo tão complexo, que tentamos equacionar alguns ensinamentos, colhidos através de modesto tirocínio, cultivado no trato de umas poucas operações arteriais. Será um percurso rápido, ao longo das entidades

patológicas, o qual se deterá, preferentemente à volta dos processos cirúrgicos indicados, e ensaiados, eis que dêles derivaram, justamente, as noções julgadas merecedoras de meditação. Serão fontes singelas de experiência pessoal, que se expõem, no objetivo único de concorrer, ainda que um mínimo, para algum esclarecimento da matéria.

No balanço das possibilidades cirúrgicas atuais, no campo da patologia arterial, haverá que enfrentar duas tendências definidas: uma, de socorrer diretamente as alterações oriundas do comprometimento arterial; outra, de interferir, indiretamente nos distúrbios da fução vasomotora, consecutivos aos processos localizados ou influenciados por desvios de natureza extrínseca. Na primeira hipótese se enquadram as ligaduras, as suturas arteriais, as suturas endosaculares, a arteriectomia. Na segunda, os bloqueios anestésicos intra e peri-arteriais, as simpatectomias peri-arteriais; os bloqueios anestésicos ganglionares, as ramissecções e as gangliectomias; a esplannenicectomia, a suprarrenalectomia e a paratireoidectomia.

AS LESÕES ARTERIAIS TRAUMÁTICAS

A evolução das lesões arteriais de origem traumática não comporta muitas alternativas. Quer a trombose ou a embolia consecutiva, nas contusões parciais, quer a formação do hematoma pulsátil, nas feridas e nas roturas primitivas ou secundárias, a resultante invariável se cifra ao comprometimento da circulação periférica, à isquemia, que põe em risco a vitalidade do membro.

A responsabilidade do déficit circulatório não decorre somente da interrupção da onda sangüínea no vaso principal, visto que a lesão do aparelho regulador da vaso-motricidade condiciona vaso-constricção periférica, além da compressão que o hematoma, quando presente, produzirá nas colaterais úteis.

Já a contusão isolada da adventícia pode dar lugar a quadros muito aproximados aos das lesões da endo-artéria. A extremidade esfria, o pulso periférico desaparece, como se estivesse a obliteração em causa, mas os acidentes são transitórios e, em poucas horas, a normalidade se restabelece.

Desde que se instala o embaraço circulatório permanente, espelhado nesses fenômenos bastante conhecidos, a lesão arte-

rial estará em causa e o reconhecimento da respectiva natureza importará na presença, ou não, do derrame peri-vascular.

Há uma indicação operatória urgente, de vez que a expectação só se fará à custa de mutilações ou de êxitos fatais. Dominada a onda sangüínea a montante da lesão, pelo garrote, pela esmarquização, pela compressão digital, ou de preferência, pela descoberta do vaso, abrir-se-á o foco, para apreciar a extensão do dano arterial, diante do qual caberá examinar a melhor conduta a seguir.

As lesões contusas não comportam recursos conservadores, de harmonia com o restabelecimento da circulação principal. A boa indicação é a ressecção arterial ampla, a qual propiciará a manutenção da vitalidade periférica. As trombozes da contusão decorrem, invariavelmente, das lesões assestadas no endotélio, cuja remoção se impõe para assegurar a própria integridade da via circulatória distal. Os conhecimentos, edificados sobre a nutrição da parede arterial, dão bem a conta das conseqüências funcionais da obliteração, por trombose ou embolia. Desde que se organiza o empeco circulatório, há um obstáculo fatal à nutrição da endartéria, alimentada exclusivamente por embebição ou difusão do sangue circulante. Sucedem rapidamente alterações degenerativas, que se encaminham para a completa atrofia do endotélio, desenvolvendo-se condições patológicas, rapidamente irreversíveis, as quais se somam à vasoconstrição de origem simpática, para agravar o risco da isquemia e necrobiose consecutivas.

A vantagem da arteriectomia precoce não se limita, contudo, a obviar essas conseqüências da trombose, pôsto que a ressecção do conduto importa na interrupção do influxo nervoso, que atúa no aparelho regulador, localizado tanto na adventícia como na própria túnica íntima. Essa interrupção determina uma vasodilatação permanente e durável, vigorosamente favorável à eficiência do regime circulatório colateral, que irá responder pela suplência da nutrição na extremidade.

As feridas arteriais poderão ser tributárias de ligadura ou de sutura, cada processo reunindo, afinal, as suas indicações muito precisas. Não há divergências nese particular, quando à conduta. A sutura, lateral ou término-terminal, é o processo ideal, plenamente realizável nos vasos de médio ou grande

calibre. É capaz de conferir o restabelecimento circulatório integral, tanto anatômico como funcional, mas exige, evidentemente, condições especiais, que não podem ser desprezadas. A assepsia e a ausência de lesão contusa, são imposições elementares à prática da sutura. Nenhuma tentativa se fará em meio séptico, suspeito, ou a lado de complexas lesões ósseas, musculares ou articulares. Se realizada em boas condições locais, a angioplastia pode ser considerada o recurso de escolha.

Como material, usa-se o fio de linho ou sêda, montado em agulhas muito finas. Mais cômodo, por ser mais firme, se nos afigura o catgut montado em agulhas atraumáticas, dos que se usam comumente em cirurgia gastro-intestinal. Material muito mais adequado às manobras, além de tudo, pelo maior hábito que os cirurgiões têm do seu emprego, tem sido por nós utilizado, a maior parte das operações vasculares. E nunca houve motivo por que se lamentasse a preferência. Pelo contrário, temos firmada a convicção de que o catgut não oferece nenhum inconveniente nas operações arteriais e, bem assim, de que se não justificam, de modo algum, as tendências pelo emprego de fios especiais ou vaselinados. O modo como têm evoluído as nossas suturas e os bons resultados colhidos, invariavelmente, são fatos a solidificar a nossa convicção.

As ligaduras, pois, devem viver das contra-indicações da sutura. Serão preferidas, naturalmente, nos focos suspeitos, mas sobretudo nos meios cirúrgicos impróprios ao exercício da alta cirurgia. Não serão realizadas porém, as ligaduras com a simplicidade da técnica, adotada antigamente nos exercícios cadavéricos. Da conduta antiga resultavam os mais sérios acidentes, que iam às vezes até às hemorragias secundárias e à gangrena e eram sempre atribuídos às intecções ou à insuficiência da circulação colateral. São acidentes, todavia, que dependem mais do embaraço à condução do influxo nervoso vasomotor, do que, realmente, à interrupção da corrente circulatória principal. E, como nos efeitos da obliteração, o esfriamento, a cianose da extremidade, os distúrbios tróficos, poderão ser prontamente socorridos pela ressecção do segmento ligado, pela infiltração anestésica da adventícia, pela simpatectomia, pelo bloqueio regional ou pela gangliectomia.

A secção ou ressecção entre duas ligaduras é o meio hábil para atender primitivamente às lesões que dependiam, ou

trora, da ligadura singela, uma vez que o conceito da circulação colateral, inspirado nos estudos anatômicos do cadáver, deverá ceder o lugar ao critério da circulação potencial de suplência, evidenciado nas constatações da fisiopatologia e da cirurgia.

É clássico enquadrar um capítulo de amputações no tratamento das lesões arteriais traumáticas. A mesma orientação não poderá prevalecer neste trabalho, mesmo porque as soluções mutilantes devem ser consideradas extremamente raras, em função do tratamento racional. No socorro pacífico das lesões arteriais, a amputação primitiva deve ser rechassada, dadas as valiosas possibilidades desse regime circulatório potencial e que poderão ser oportunamente mobilizadas, pela intervenção adequada no foco principal.

Afóra as noções já codificadas, quanto ao mecanismo da fisiopatologia arterial, há observações curiosas, de que se colhem, ainda, ensinamentos.

Vejamos: O paciente da figura abaixo (fig. 1), foi atingido por um projétil de arma de fogo, na região supra-clavicular direita. A bala fez uma trajetória oblíqua, de cima para baixo, atravessou a omoplata, ficou assestada ao nível do seu ângulo inferior e palpável, no seio das partes moles. Atendido em nosso Serviço, o interno desinfetou o orifício de entrada, recobrando-o com curativo e retirou o projétil, através de pequena incisão. Ficou tido o caso como dessas ocorrências banais, que nem mesmo despertam a atenção do chefe de clínica, nas visitas habituais. Ao sexto dia, porém, quando, pela retirada dos pontos, deveria o paciente obter a sua alta, recebemos dele um chamado insistente. Ao atendê-lo revelou que reclamara nossa presença porque percebera sensações estranhas no braço direito e, principalmente, porque lhe nascera um tumor na séde da ferida feita pela bala, tumor que o enfermeiro recalcitrava em atribuir a uma supuração, a que um simples golpe de bisturi daria o necessário corretivo.

O exame da região mostrava que se havia instalado um hematoma pulsátil. Desapareceu o pulso periférico e uma abolição sensitivo-motora quase total da mão, associada ao esfriamento, causava justo alarme ao doente. Diagnosticou-se ruptura secundária da sub-clávia mais comprometimento severo do plexo braquial. O aumento progressivo do hematoma impunha a intervenção sem perda de tempo.

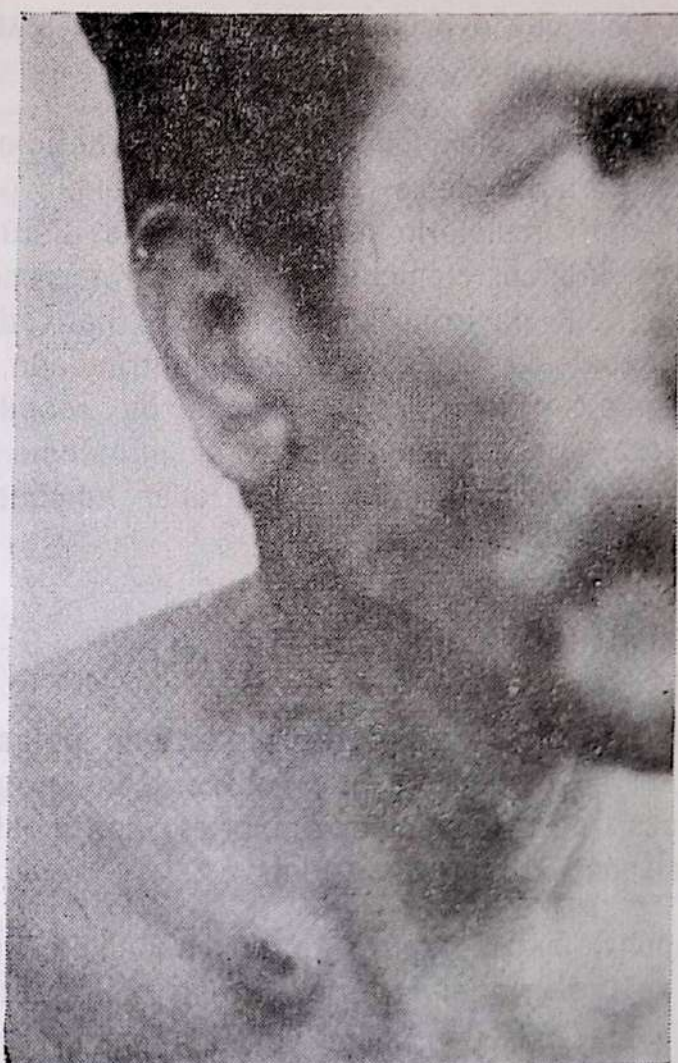


Fig. 1

Praticamos uma cleidectomia para facilitar a descoberta do foco e ainda assim foi precário o acesso, para a obtenção da hemostase provisória. Havia lesão simultânea de veia e artéria. Fez-se a ressecção e ligadura dupla da veia e a sutura da parede arterial, na qual foi verificada perda de substância, de sorte que resultou evidente redução de calibre. Logo que foi concluída a sutura, e libertada a circulação, observou-se, de imediato, o aparecimento do pulso radial, a volta da coloração e a elevação da temperatura na extremidade, sensivelmente mais aquecida que o lado oposto. Foi notável, contudo, a rápida e considerável melhora da sensibilidade e da função motora, sem embargo dos danos nervosos, registados concomitantemente. Na ocasião da alta, permanecia um déficit funcional, mas bem menor do que a paralisia quase total anterior à ope-

ração, tanto mais que o paciente pôde voltar ao exercício de seu cargo de escrivão.

Essa verificação, além de confirmar o benefício da reparação da lesão arterial, deixa entrever a influência positiva do restabelecimento circulatório na reversão dos distúrbios, originados pela injúria aos elementos do sistema nervoso. É muito natural que a volta da irrigação, normal ou reativada pela intervenção no aparelho regulador da vaso-motricidade, houvesse concorrido para melhorar as condições de reabilitação da função nervosa. O efeito imediato dessa influência, sugere a existência de notável solidariedade nas duas funções, o que é digno de meditação.

As obliterações arteriais

As oclusões arteriais agudas, produzidas pelas embolias periféricas, serão distinguidas das obliterações crônicas, progressivas, das trombozes. Ambas importam em questões muito sérias, vinculadas à cirurgia arterial.

As embolias podem ocorrer em conseqüência: de afecções da própria árvore arterial (arteriosclerose obliterante, trombo-angeíte), de afecções dos vasos venosos quando permanente o "foramen ovale", de cânceres pelvianos, mas de regra acontecem à base das doenças e afecções do coração. Há dor lancinante e o desaparecimento do pulso periférico, a isquemia e a redução ou abolição sensitivo-motora encaminham ao reconhecimento da interrupção circulatória. É um diagnóstico que precisa ser assentado precocemente, pôsto que impõe grande responsabilidade que cresce, consideravelmente, quando se integra da indicação terapêutica.

Há, com efeito, grande entusiasmo pelo emprêgo dos opiáceos e do cloridrato de papaverina intra-arterial, das máquinas de compressão e sucção e das mesas oscilantes, objetivando a correção dos distúrbios circulatórios da embolia. Não podem alimentar esperanças, todavia neses recursos, os que conhecemos a localização e a fixação dos êmbolos, nas bifurcações arteriais e, bem assim, as complicações, que rapidamente, em detrimento da circulação periférica.

A solução heróica da embolectomia só poderá ser obtida nas indicações extremamente urgentes, a menos que se possa contar com o emprêgo pré e post-operatório da heparina, da qual não temos experiência, mas foi advogado com grande veemência por **Olovson**.

Acreditamos que os insucessos das embolectomias residem sempre no atraso com que são realizadas e, nesse atraso, concorrem bastante os assistentes com as tentativas aleatórias. Quando essa operação conservadora não pode ser realizada precocemente, haverá que proceder à ressecção arterial, como a melhor conduta, capaz de promover o restabelecimento da circulação ou, quando menos, a mutilação menos extensa.

O grande valor da arteriectomia se exprime pela remoção do segmento embolizado e, principalmente, pela interrupção dos estímulos negativos ao influxo nervoso simpático, os quais decorrem da injúria do endotélio e das alterações de peri-arterite, que se processam prontamente ao nível da oclusão. Os fenômenos degenerativos, por desnutrição da endartéria, na via distal, serão detidos, ainda, pelo desenvolvimento da circulação colateral. De que é provavelmente, o fator neuro-vascular na produção do déficit, que agrava a interrupção circulatória no vaso obliterado, obtém-se um testemunho eloquente ao apreciar os efeitos da simpatectomia peri-arterial.

O caso adiante ilustra êsse conceito.

Um advogado procurou o nosso Serviço com um quadro de oclusão arterial, que se presumiu ao nível da bifurcação da humeral esquerda. Fez-se a descoberta do vaso em grande extensão, mas a séde da lesão não foi encontrada. Tratava-se de um neuropata, em grande agitação e, como se operava sob anestesia local, foi decidido não insistir na procura. A artéria, em constrição, mostrava um calibre que não atingia à metade do normal; era um cordão tenso e rijo. Uma punção, tentada a fim de injetar contraste para a arteriografia, não mostrou fluxo de sangue. Terminou-se a operação por uma larga simpatectomia.

A evolução dêsse caso foi surpreendente. Ao fim de poucos dias, ficou nítida uma obliteração cubital, em cujo território se acentuaram os fenômenos de isquemia. Uma ligeira mortificação da extremidade dos dedos cubitais, em breve limitada,

foi seguida de cicatrização, sem outras quaisquer desordens locais. O pulso radial retornou no decurso do post-operatório, assim como a temperatura da extremidade. O mesmo paciente sofreu, tempos depois, uma embolia cerebral, da qual recuperou com leves sequelas.

Além dos ensinamentos sobre o valor da simpatectomia peri-arterial, a observação encerra noções que são interessantes. O estado da humeral, em vaso-constricção, como encontramos, deu-nos a convicção de que o embaraço primitivo fôra, mais alto, na axilar talvez, de sorte que a embolia cubital deveria ter surgido secundariamente. A eficácia da desnudação arterial, portanto, importou em assegurar a dupla suplência do regime colateral.

Um outro caso é instrutivo, ainda, quanto a outros termos da mesma questão.

O paciente A.L.C., de 44 anos internado em nosso Serviço, em Abril de 1941 e apresentava os fenômenos de obliteração circulatória aguda, no membro superior esquerdo. Êsses acidentes culminavam uma evolução de estado infeccioso, que começara um mês antes, com surtos febris diários, atingindo 40° à tarde ao passo que pela manhã, a temperatura não transpunha os 36°,8. Quando cedeu êsse quadro infeccioso geral, foi o doente acometido de dores lancinantes na extremidade do membro superior esquerdo. A intensidade dessas dores, mais acentuadas nos quirodáticos e no punho, cresceu progressivamente a ponto de se tornarem insuportáveis, ao mesmo tempo que a cianose e o esfriamento da extremidade surgiam, simultâneos com o desaparecimento completo do pulso radial e cubital.

O exame local da circulação mostrava que o pulso, palpável na axilar e na porção alta da humeral, diminuía de intensidade até desaparecer completamente na prega do cotovêlo. A pressão arterial de 13,5 Mx. e 8 Mn. no braço direito, não se eleva acima de 11 Mx. e 7 Mn. no braço atingido.

Como a existência e a séde da fixação do trombo estavam manifestadas foi decidido tratamento cirúrgico sem perda de tempo, mesmo porque, segundo os nossos cálculos, baseados nas informações do doente e do seu clínico assistente, já haviam decorrido 22 horas da instalação da embolia.

Com a descoberta ampla do humeral na terminação e da encruzilhada rádio-cubital, foi-nos concedido surpreender, com toda a exatidão, o que poderíamos chamar diminuição e apagamento do batimento arterial, até o seu completo desaparecimento no segmento comprometido, próximo ao ingresso da bifurcação. O estado da artéria no sítio interessado diferia completamente da restante porção cardíaca. Havia, já organizado, um processo de peri-arterite, alterando distintamente as condições da adventícia, e fixando-a sólidamente por aderências às estruturas adjacentes.

Fez-se a arteriotomia, a retirada de um trombo de 3,5 centímetros e a sutura arterial consecutiva. E o resultado imediato foi espetacular. A circulação se restabeleceu, no mesmo instante em que se retirou a compressão e o batimento arterial, visível no segmento operado, foi percebido logo na radial. Houve regressão progressiva dos distúrbios isquêmicos. Cessaram as dores, voltando a extremidade à cor e à temperatura normais, logo que terminada a intervenção.

Infelizmente, 48 horas após reincidiam as dores e as perturbações circulatórias, tanto que os sinais de nova oclusão, de gravidade crescente, tornaram imperiosa, 12 dias após, uma amputação no terço inferior do antebraço.

As fotografias abaixo (figs. 2 e 3) documentam nitidamente a importância dos fenômenos circulatórios descritos.

A experiência desse caso, além das verificações assinaladas no relato da operação, sugere noções que comportam considerações outras. Vejamos, primeiro, a questão da indicação e da tática operatória. O caso constitui um testemunho, que não depõe contra a embolectomia, senão nos termos da sua oportunidade. Dentro dos recursos à disposição na época, teria sido de melhor expectativa a ressecção do segmento arterial comprometido, desde que a embolectomia perdesse as chances de operação conservadora, uma vez decorridas as primeiras horas do acidente.

Não parece haver duas opiniões nesse debate, no qual comparece, de um lado, a retirada do trombo, ao depois de um período que se prolonga excessivamente, favorecendo as modificações profundas, que resultam para o endotélio, com a inter-

rupção, também prolongada, da circulação e, portanto, da nutrição. E de outro lado a arteriectomia, com os benefícios que lhe decorrem de reativar enèrgicamente a circulação supletiva, a despeito das lesões mesmo irreversíveis, organizadas no vaso principal.

Esse problema poderá, em todo o caso, variar na atualidade, a trôco dos novos estudos sôbre os anti-coagulantes. O emprêgo da heparina já regista melhoras substanciais, de que o trabalho de **Olovson**, já citado, documenta com oito embolectomias, sem intercorrência de trombose secundária.

O que temos observado, entretanto, ensina que o fator tempo guarda uma relevância extraordinária nos fundamentos da cirurgia arterial. E isso em virtude da rapidez, da precocidade

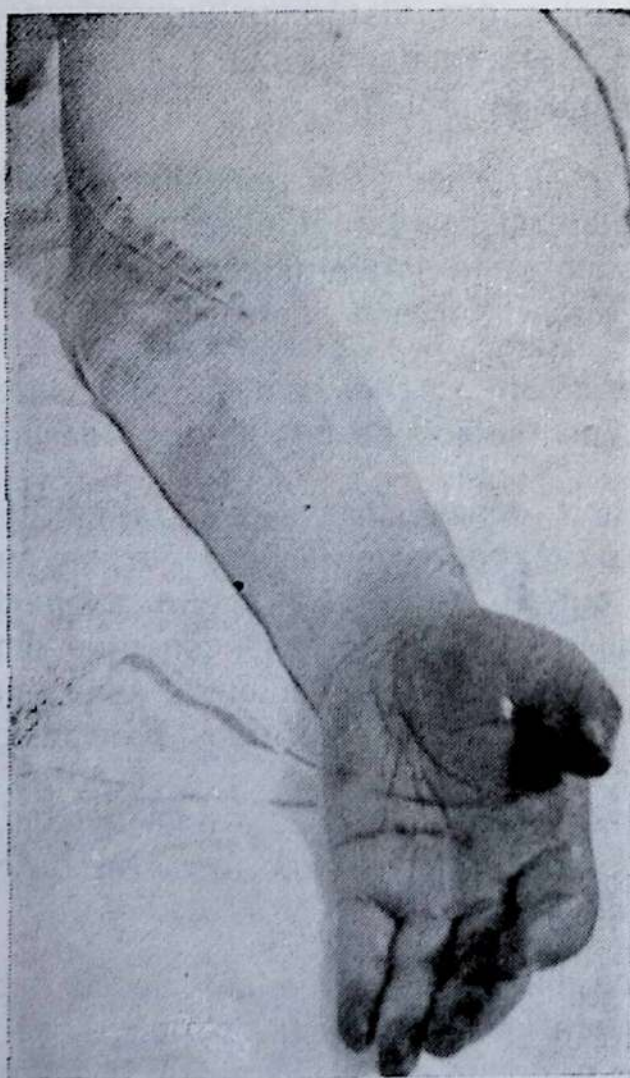


Fig. 2

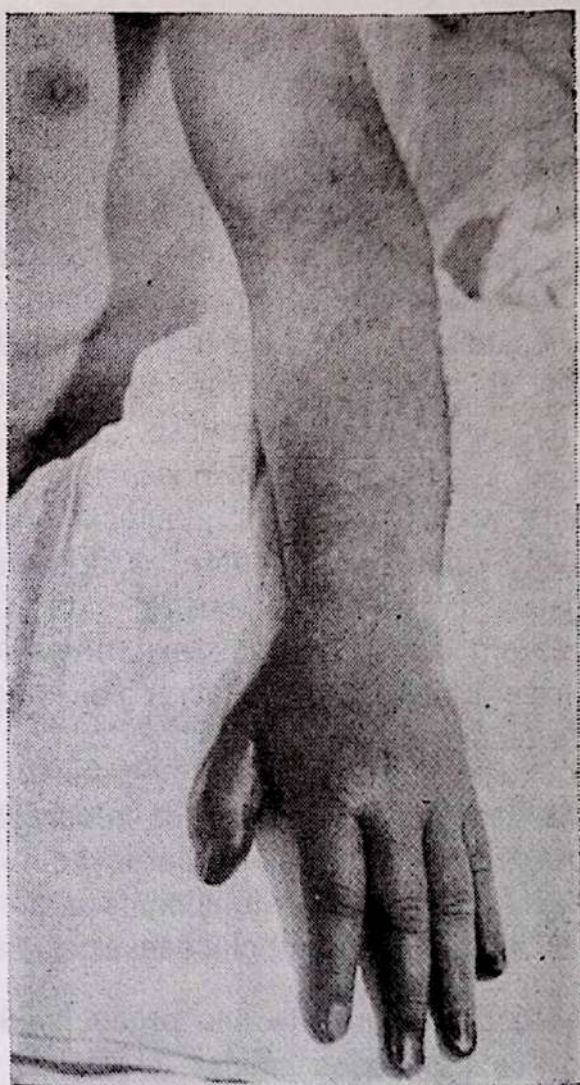


Fig. 3

estranha, sob que se opera o mecanismo das alterações dos vasos e da circulação.

Em outro trabalho, já enunciámos o que temos aprendido a respeito da propriedade de aglutinação, de soldadura, do endotélio arterial. Essa faculdade de atuar como "cola" se emparelha ao viço, com que prolifera êsse epitélio sempre que, por solução de continuidade arterial, o derrame circunscrito se deixa revestir em tôda a periferia, pela capa ou fôrro, constituída totalmente de endotélio, multiplicado à custa da túnica interna do próprio vaso. Guardamos a impressão de que essa propriedade de solda é superior à da serosa peritoneal e se realiza por mecanismo configurado ao da coagulabilidade do próprio sangue e, por conseqüência, capaz de se processar no mesmo tempo estrito em que aquele se opera.

Praticando suturas arteriais, por mais de uma vez tivemos oportunidade de pôr essa observação de manifesto. Fizemos pontos separados, mas guardando, entre dois ou três, espaços de um centímetro ou mais, bem maiores portanto do que se faz habitualmente. Desde que se interrompe a compressão do vaso, é natural, há sempre surdimento de sangue através das brechas não coaptadas suficientemente. Detida, porém, outra vez, a onda sangüínea, quando se exercita com os dedos uma compressão nos lábios mal afrontados, num espaço de cinco a seis minutos, não haverá mais extravaso, desde que restabelecida a circulação. É claro que essa noção não tem foros para inspirar confiança, na resistência de tal adoçamento espontâneo, tanto mais quanto reforçamos sempre as suturas com pontos muito aproximados. Presta-se, entretanto, para justificar a necessidade de aprofundar os estudos experimentais nesse terreno, no qual haverá muito ainda a lavrar pelo aperfeiçoamento da ciência e da técnica.

Essa precocidade no mecanismo da reparação vascular à custa do endotélio está, todavia, concorde com a rapidez em que se processam os distúrbios funcionais e as modificações anatômicas, nas injúrias ou nas oclusões arteriais agudas.

As alterações de periarterite são precocíssimas tanto nas embolias como nas tromboses agudas. O estudo da peça operatória da última observação também nos revelou, ao lado do desaparecimento do endotélio, da degeneração hialina da túnica músculo-elástica, os fenômenos de transformação fibrosa sucessiva, na extensão dos condutos. Todos êsses fatos se acomodam perfeitamente à luz do que se conhece da fisiologia e sobretudo da nutrição da parede arterial. Sendo somente a adventícia percorrida por vasos nutridores, tanto a média como a íntima deverão obter de outra fonte a nutrição correspondente. E que a recebem, efetivamente, prova-o o fato de não produzirem as largas simpatectomias nenhuma alteração de vulto, ao nível das outras túnicas da parede arterial. A conclusão impõe, por consequência, a importância da outra nutrição, por embebição, ou difusão dos elementos do sangue, ao longo do endotélio. As complicações da interrupção circulatória incidem, pois, diretamente no mecanismo de supressão do elemento nutritivo, indispensável à vitalidade do tecido. Acreditamos mesmo que as alterações estruturais, tanto da adventícia quanto do endo-

télio, de ordem essencialmente nutritiva, deverão ser equiparadas na responsabilidade pelo déficit circulatório, que se origina, não tanto e somente, da interrupção do conduto principal, mas sobretudo da influência vaso-constritora, que acompanha a lesão degenerativa do aparelho neuro-vascular.

As próprias modificações da sensibilidade, quer da adventícia, quer do endotélio, como já se admite, devem incorrer, também, na mesma ordem dos distúrbios, pelos quais a responsabilidade saliente compete aos desvios substanciais da nutrição.

O capítulo das trombozes espontâneas engloba várias entidades patológicas, dentre as quais a trombo-angeíte e a arterite obliterante, as quais envolvem uma série bastante complexa de problemas clínicos, cujo estudo se desdobra, desde as manifestações do síndrome de **Raynaud**, mais simplesmente, talvez, desde o "fenômeno **Raynaud** secundário", como queria **Hutchinson**, há tanto tempo, às artéro-escleroses obliterantes, à doença de **Léo Buerger**, incluindo a esclerodermia, a acrocianose e o próprio síndrome "scaleno", com ou sem costela cervical. Matéria extensíssima, imprópria a uma análise sucinta, não se enquadra, de modo algum nos estritos limites dêste ensaio.

Nesse vasto campo da patologia arterial, entretanto, as indicações cirúrgicas estendem cada vez mais as suas possibilidades, das quais muito ainda haverá que esperar.

A observação seguinte é instrutiva no particular:

O ferroviário F. T., com 55 anos, compareceu ao nosso Serviço, em Dezembro de 1942 e contava que um mês antes ao depois de ter sido atingido por um golpe de martelo no indicador da mão direita, o dedo se lhe tornara branco e frio. Há doze dias passara a ficar azulado e atualmente mostra coloração roxo-escura. Tratava-se de indivíduo robusto, com bulhas cardíacas normais, pulso batendo 78 vezes por minuto. Era digna de nota a sua pressão arterial, excessivamente lábil, visto que marcara, com intervalo de três dias os seguintes valores: em 18-12 — Mx. 21, Mn. 11,5; em 21-12 — Mx. 17, Mn. 11.

O exame local identificava intensa cianose, interessando a extensão toda do indicador, ausência de batimentos nas cola-

terais e acentuada baixa de temperatura. O paciente não acusava dor alguma, porém aludia a uma sensação muito desagradável de latejamento. Era o quadro bem evidente do fenômeno de **Raynaud**, de origem traumática. Um vaso-espasmo de extremidade, que poderá decorrer de lesões nervosas, de intoxicações, de diferentes doenças gerais, de afecções da circulação periférica e até de causas ocupacionais. O paciente referido foi submetido a uma simpatectomia peri-humeral, numa extensão dede seis cms., com excelente resultado imediato e definitivo, de vez que os distúrbios regrediram logo a seguir ao dia da operação.

Se o mal de **Raynaud**, com a característica funcional vaso-espástica primitiva, não comporta confusões com a evidência da oclusão orgânica, na tromboangeíte ou nas arterites ou arterioescleroses, não é menos verdade que o fenômeno secundário pode ser convocado à confusão, principalmente quando concorre na sintomatologia mesma daquelas doenças orgânicas. Haveria que estabelecer diferenças fundamentais, tanto na gênese como no mecanismo de produção do sinal, nas eventualidades distintas.

Em numerosas oportunidades tem sido instruída a nossa experiência com o emprêgo da simpatectomia periarterial, do bloqueio simpático regional e da gangliectomia, em tórno dos processos oclusivos espontâneos. Os resultados obtidos com êsses métodos, porém, são constantemente contraditórios.

A simpatectomia revela-se heróica às vêzes, pondo termo às dores e às severas alterações tróficas na extremidade. Outras vêzes se mostra absolutamente inoperante. Num caso houve pronunciada agravação dos fenômenos isquêmicos, com precipitação de gangrena, ao ponto de impor a amputação quase a seguir.

De igual se mostram os efeitos da ganglietomia. Num paciente com ulceração trófica rebelde, tendo destruído já o quinto artelho, à esquerda, a gangliectomia baixa resultou num pronto benefício, libertando o enfermo de atrozes dores no dorso do pé e condicionando uma rápida cicatrização. Menos de um ano após, surgem os fenômenos ao lado oposto e a ulceração, obstinada e invasora, resiste a tôda a sucessão dos meios ensaiados e reclamados, com insistência, pelo doente, atormentado pelo sofrimento. A dessimpatização arterial foi inoperante,

bem como o bloqueio anestésico lombar, repetido e a mesma gangliectomia, realizada por último, nas mesmas condições da primeira intervenção no lado oposto. A amputação foi chamada a decidir em última instância.

Da suprarrenalectomia parcial ou unilateral, cuja indicação se baseia em restringir a produção de epinefrina, no sentido de combater o espasmo arterial, não temos a menor experiência.

Fica muito claro que nesse terreno, complexo e difícil, onde há, indiscutivelmente, tantos aspectos obscuros e onde os autores, os mais experimentados hesitam, não é possível alinhar conclusões, nem mesmo exprimir conceitos, a menos que os estudos sejam baseados em material muito abundante, o qual permita a classificação mais minuciosa dos casos, a determinação precisa do estado evolutivo de cada um e mais rigorosa uniformização da técnica terapêutica, quer conservadora, quer operatória e, por final, o máximo de isenção na interpretação dos resultados.

Ora, um manancial dessa ordem, só se poderá compor mediante a concentração de casos e, de consequência, mediante o enquadramento completo da especialização.

Os aneurismas

Fixando-nos na órbita dos aneurismas, cuja amplitude envolve grande extensão do capítulo, há que mencionar uma longa série de tentativas cirúrgicas, repetidas no decorrer de muitos séculos, as quais não rompiam a cadeia das ligaduras e das extirpações. Essas tentativas conquistaram dignificantes lauréis para a coragem, para a obstinação dos seus autores. São glórias asseguradas para a evolução da cirurgia, a que ninguém deixará de render o correspondente tributo de justiça. O seu registo não deve passar, entretanto, da exclusiva referência histórica, uma vez que se viram condenados ao completo alheamento das soluções científicas contemporâneas, as quais, ao nosso ver, se apresentam como definitivas.

Tanto as ligaduras como as extirpações, de lado a referência histórica, devem ter a sua posição reajustada nos quadros atuais do tratamento cirúrgico dos aneurismas.

As ligaduras, na realidade, nunca poderiam ter consistido senão em precário meio de curar cirurgicamente os aneurismas. O fato de bloquear o vaso, a montante e a jusante do tumor, cujo conteúdo passaria a ser nutrido e renovado pelo sangue das colaterais, emergentes na bolsa, deveria implicar necessariamente num fracasso, em face dos objetivos colimados. Se diminuía a tensão e desaparecia, de pronto, o batimento e a expansão do aneurisma, é incontestável que o tumor permaneceria, como causador dos distúrbios de compressão, que sobressaíam na sintomatologia.

O regime da circulação de suplência, também, haveria de se instalar progressivamente de tal sorte que, ao fim de certo tempo, a tensão anterior e até a expansão pulsátil, em grau menor, tenderiam a reaparecer. É um raciocínio frio e inexorável, que justifica a perplexidade com a qual se considera o prestígio a que atingiu o método das ligaduras, no tratamento dos aneurismas, quando são tão frágeis os seus fundamentos anômicos e funcionais.

Verdade é que a revivescência das idéias de **Antyllus**, inclinadas à abertura e esvaziamento da bolsa, marcou um progresso significativo no recurso das ligaduras. Qualquer que fôsse o tratamento deferido ao saco (tamponamento (capitonagem, etc.), já se pasasva a contar com um valioso fator de afastamento do tumor, por esclerose e reabsorção, sempre que a importância das colaterais saculares não se compadecesse dos surtos hemorrágicos secundários ou de verdadeiras recidivas.

Em qualquer hipótese, contudo, quaisquer que fôssem os resultados anômicos obtidos pelas ligaduras, as consequências funcionais não escapariam ao déficit circulatório, imposto pela constrição circular do vaso. Para êle não concorria somente a redução da massa circulante, expressa no bloqueio do tubo principal. Sobretudo a isquemia, por vaso-constrição reflexa, abrangendo todo o sistema colateral tributário, deteria a responsabilidade principal na origem das complicações. As chamadas doenças das ligaduras, tão bem estudadas há alguns anos, em tôdas as manifestações, causalgias, paresias musculares, claudicações intermitentes, distúrbios tróficos, ulcerações, etc. já seriam, de si mesmas, testemunhos muito veementes contra a prática do método.

Foram, com tãda a probabilidade, os insucessos das ligaduras e as decepções repetidas, que os acompanhavam, que teriam influenciado as tentativas reiteradas e, depois, a invejável ascendência a que atingiu a extirpação, como método terapêutico nos aneurismas. De execução fácil, relativamente, nos processos pouco volumosos e nas localizações bem acessíveis, não é difícil justificar a fama e a popularidade que a extirpação veio a ganhar, ao ponto de muitos cirurgiões contemporâneos e dos mais conceituados ainda lhe permanecerem fiéis.

Sem contar com os inconvenientes das ligaduras, abonda pela remoção do tumor e, portanto, dos distúrbios por êle produzidos, os seus resultados foram os mais confortadores. O maior brilho do método, no entanto, estava vinculado a um fenômeno desapercibido dos antigos autores e ao qual as modernas aquisições conferem o mecanismo elementar da recuperação funcional. É o efeito da ressecção arterial, oriundo da extirpação e que se exprime na vasodilatação periférica intensa, estimuladora do regime colateral e asseguradora da suplência circulatória. Se nos aneurismas extirpados, os êxitos imediatos, de ordem anatômica, decorriam do afastamento do tumor, parece evidente que o sucesso definitivo, funcional, ficava integrado pelo restabelecimento circulatório, direta ainda que inconscientemente, condicionado à interferência no mecanismo da vaso-motricidade.

O mesmo efeito, aliás, que se obtém pela aeurismectomia obter-se-á, do mesmo valor e intensidade, quando se pratica a sutura endo-sacular ou a sutura arterial simplesmente, desde que os pontos atinjam o endotélio.

Ora, o problema técnico da extirpação do aneurisma nem sempre ou quase nunca se vê cercado das facilidades apontadas, para atrás, quando se aventou o caso do tumor pequeno e de simples acesso. De comum, o tumor é volumoso e, mais do que isto, fixado às estruturas vizinhas por aderências fibrosas muito resistentes.

Os cirurgiões experimentados, principalmente em nosso país, fazem bem conta daquilo no que sóe importar, não só em dificuldade, não só em rijo e bravo adestramento técnico, mas

sobretudo em riscos para a vida e para integridade do paciente, o espetáculo de uma extirpação de aneurisma volumoso e perigosamente localizado.

Repetidamente temos acentuado as características da cirurgia em nosso país. Arcando com a modéstia, às vezes com a indigência das instalações, suprimindo as deficiências da enfermagem que, fóra dos grandes centros, se improvisa com elementos bisonhos e atrasados, os que vêm à mão a nossa cirurgia se faz sobranceira a essas desvantagens e se alteia a competir com a dos mais adiantados centros mundiais, só à custa de um esforço ingente, que culmina constantemente numa superação das próprias possibilidades técnicas e culturais. Trata-se de um dispêndio enorme de energias físicas e intelectuais, desviadas da aplicação que têm, normalmente, em todos os países adiantados. O atraso de nossas populações, com o baixo índice de alfabetização, cria também outra condição bastante particular para os nossos cirurgiões. Grande inimigo da ciência oficial, êsse atraso se reflete na proliferação do curandeirismo, que se ostenta mesmo em nossas Capitais mais progressistas. E os doentes perambulam longamente pelos curandeiros, e quase de regra só vão ao médico e, principalmente, ao cirurgião com os males garavados, esgotados, incuráveis tantas vezes.

Há entre nós, por isso mesmo, uma clínica de casos avançados que se apresentam em tal predominância, a ponto de condicionarem numa verdadeira especialização. Pesam daí as estatísticas contra nós, visto que a clínica de precôces e incipientes haverá de opor índices de cura muito mais interessantes. O trato constante dos casos mais avançados, entretanto, nos obriga a um maior adestramento, a um desenvolvimento maior de aptidões, que talvez permaneceriam em potencial, em outras circunstâncias. Eis porque entendemos que os cirurgiões patrícios, especialmente, saberão catalogar as dificuldades e as dificuldades e as surpresas que poderão oferecer as extirpações. Aqueles que já defrontaram os tropeços na operação dos aneurismas, são, naturalmente, os que deporão com mais autoridade. Dêles será o testemunho mais valioso contra a operação mutilante e perigosa, quando comparada à execução singela, conservadora e racional de **Matas**, a qual confere, sem alternativa, a restituição anatômica e funcional integral.

Tendo sido dos primeiros a partilhar o método entre nós, publicámos os resultados, acompanhados dos controlos arteriográficos pré e post-operatórios e, apoiado na revisão de casos curados há mais de dez anos, não há como ocultar o entusiasmo que nos merecem as técnicas do insigne cirurgião de Nova Orleans.

A última operação de **Matas**, em nosso Serviço no Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná, foi executada pelo chefe de clínica, nosso antigo discípulo, **Dr. Dante Luiz**, o qual não se afastou das diretrizes consagradas desde os primeiros ensaios. Os documentos abaixo (figs. 4 e 5), ancurismografia e arteriografia post-operatória, materializando a artéria reconstruída, são muito mais eloqüentes do que quaisquer considerações, em torno das vantagens da cura pela endo-aneurismorrafia. Esse paciente foi submetido como que a uma operação de rotina, por uma equipe destituída de qualquer requinte de especialização. O resultado, completo e imediato, não discrepou dos outros que temos registrado. Após a cicatrização por primeira intenção, o doente obtém alta no décimo dia, andando perfeitamente e sem o menor sinal da afecção.

As nossas operações de aneurisma têm obedecido sempre rigorosamente aos preceitos técnicos, já há muito estabelecidos pelo criador da endo-aneurismorrafia. E assim se tem sempre verificado, inclusive em relação ao tratamento do saco, cujas paredes são sempre conservadas, por dobramento das duas folhas uma sobre a outra, tudo aproximado por alguns pontos. A retirada de pequeninos fragmentos de tecido, para estudo histológico, não compromete o critério conservador adotado. Essa conduta repousa em dois fatos, que já tivemos ocasião de assinalar:

1.º) a conveniência de poupar tempo e trabalho com um descolamento que, ainda mesmo procedido com a máxima cautela, não evita a agressão instrumental aos tecidos vizinhos, sem mencionar o sacrifício de estruturas delicadas, tanto vasculares como nervosas;

2.º) a desnecessidade absoluta de remover qualquer porção de bolsa, por pequena que o seja, visto que os tecidos que a compõem (endotélio proliferado, revestido de produção conjuntivo-fibrosa) entram rapidamente em regressão, no post-ope-

ratório, de tal sorte que, ao fim de poucos dias, o exame não identificará mais qualquer resíduo da estrutura sacular.

Nem somente a palpação reconhecerá qualquer resistência cicatricial profunda, como a mensuração, da região operada, encontrará valores exatamente iguais aos do lado oposto.

Sempre existe, não obstante, uma grande reserva para se admitirem idéias novas, sobretudo quando elas cruzam com usos e concepções envelhecidas pela tradição. Assim, deve acontecer com a repulsa que os cirurgiões hão de votar a uma proibição dêsse caráter: não remover os tecidos neoformados de uma bolsa, os quais ficarão como que a sobrar no campo operatório, ao depois da cura, procedida corretamente.

Nem haverá mesmo que estranhar quando autores de nomeada e cirurgiões dos mais conceituados, mesmo dos que melhor têm interpretado os ensinamentos técnicos e fisiológicos, colhidos no emprêgo das suturas feitas à **Matas**, insistem em proceder à excisão da bolsa ou de uma porção desta, convictos de que melhor completam o ato cirúrgico ou de que, talvez, melhor condicionam o resultado da cura.

Essa excisão é, positivamente, um detalhe técnico supérfluo em qualquer dos tipos de endoaneurismorrafia. Independente de implicar em manobra dispensável, a remoção de qualquer porção de saco não se faz, em geral impunemente, já que a esclerose perianeurismática tornará a dissecação extremamente difícil. Do traumatismo inevitável, inflingido aos tecidos aderentes, resultarão danos para as colaterais, nervos e linfáticos e que se traduzirão em sérios prejuízos para a vitalidade dos tecidos. Excisar o saco remanescente, ou qualquer porção, é contrariar um dos fundamentos do método conservador, em detrimento da recuperação do enfêrmo, a qual poderá ser maculada pela presença de "reliquats" sensitivo-motores. Essas consequências já têm acontecido e o registro, sincero e franco, dos cirurgiões, deve exprimir advertência aos que procuram a boa orientação a seguir.

A boa norma deve ser atingida com a execução exata da técnica original, cujos fundamentos devem estar muito próximos da perfeição, tanto assim que não têm sido suscetíveis de modificações. A constância dos resultados, que vêm sendo obtidos, constitue outro ponderável argumento no mesmo sen-

tido. Bem reguladas tècnicamente, não só as dos aneurismas como tôdas as operações vasculares, seria de tôda a conveniência que se difundissem o mais possível, para o benefício maior do maior número de doentes.

As considerações, que vêm de ser feitas, à volta de alguns problemas de cirurgia arterial, não tiveram por escôpo distinguir experiência ou preparo, que estamos longe de possuir. Bem pelo contrário; foi justamente para assinalar as grandes possibilidades dêsse campo cirúrgico, mesmo em mãos bisonhas e despidas de quaisquer requisitos especializados, que intentamos alinhar alguns resultados obtidos. Prestar-se-ão melhor, certamente, ao propósito de acenar para o que é lícito esperar dessa cirurgia, quando praticada sistematicamente, por equipes adestradas, clínica e tècnicamente, na manipulação de material abundante, alimentado pela ordenada concentração de pacientes.

Seria, em poucas palavras, a organização de serviços especializados, funcionando ao lado das Clínicas Cirúrgicas e articulados, ou conectados intimamente, aos ambulatórios gerais, para triagem conveniente. Um tal setor cirúrgico, sendo dotado de relativa autonomia, compatível à metodização, tanto ou quanto característica do trabalho, sensivelmente condicionada ao fator tempo, permitiria evidentemente as melhores condições, para elevar ao mais alto padrão, não sòmente o exercício mas ainda os frutos da atividade cirúrgica, nesse campo fértil e promissor.

A rapidez, com que defluem as reações físeo-estruturais e as complicações, nos processos arteriais agudos, instrúem efetivamente que as medidas, tanto para o diagnóstico como para o respectivo tratamento, devem obedecer, também, a uma sucessão metódica, sem adiamentos e sem os inconvenientes da perda de tempo. São objetivos só realizáveis mediante a organização do trabalho de equipe, no departamento especializado.

Eis a sugestão, que apresentamos aos mais competentes e mais experimentados, os quais detêm a responsabilidade pelo aperfeiçoamento e pela elevação do prestígio científico do nosso país.

FUNDAÇÃO SANTOS LIMA PRÓ-MEMÓRIA MÉDICA
DO PARANÁ

Instituidores:

— Diretoria: Eduardo Corrêa Lima

José Maurício Holtz

Murillo Gonçalves Coimbra

Manoel Pedro Pereira Lima

Rachel Pereira Lima

Conselho Fiscal:

Carlos Alberto Faraco

Edson Fischer da Silva

Antonio Carlos Santos Lima

Ayssor Jamur

José Antonio Santos Rosa

Di Marco Pozzo

Lourdes Maria Santos Lima

Zeny dos Santos Carrano Almeida

ÍNDICE REMISSIVO

— Preâmbulo	xxxv
— Resumo Biográfico	1
— Erasto Gaertner e a Cirurgia	5
— Carreira do Magistério	11
— Instituto de Medicina e Cirurgia do Paraná	15
— Liga Paranaense de Combate ao Câncer	16
— O Político, o Administrador e o Homem de Cultura ...	19
— O Orador e Pai de Família	23
— Outras Iniciativas Culturais	29
— Bibliografia — Opera Omnia	31
— Das Incisões na Parede Abdominal	35
— Transfusão de Sangue	107
— Desordens Nervosas e Psíquicas do Puerpério	171
— Reflexões em Torno da Infecção Puerperal e da Dre- nagem Tubular Metálica	213
— Ferida Incisa do Perineo	265
— Estado Actual da Campanha Antileprotica no Paraná ..	269
— Oração de Paraninfo	289
— Denervação Renal	301
— O Tratamento Cirúrgico Ideal dos Aneurismas	327
— Corpo Estranho no Duodeno	361
— Etio-Patogenia do Câncer Prostático	369
— Fleimão Perinéfrico	379
— Câncer da Próstata	397
— Oração de Paraninfo na Colação de Grau aos Médicos de 1944	417
— Endocolodocorrafia — Cura Dilatação Cística do Coledóco	429
— Alguns Aspectos da Cirurgia Arterial	447

VOLUMES PUBLICADOS

- 1985 — Lysandro Santos Lima
- 1986 — Mário Braga de Abreu
- 1987 — Antenor da Silva Pupo
- 1987 — Raul da Costa Carneiro
- 1988 — Dirceu Pacheco de Lacerda
- 1988 — Salustiano Santos Ribeiro
- 1988 — Milton de Macedo Munhoz
- 1988 — Miguel Isaacson
- 1988 — João Cândido Ferreira
- 1989 — Szymon Kossobudzki
- 1990 — Herley Mhel