Mário Braga de Abreu

(Professor emérito. Médico-sacerdote)

A162 Mário Braga de Abreu: biografia / organizado por Eduardo Corrêa Lima e Pedro Emílio de Cerqueira Lima Neto. — Curitiba: Fundação Santos Lima Pró-Memória Médica do Paraná, 1986.
559 p. : il.

1. Abreu, Mário Braga de, 1906-1981 — Bio-bibliografia. I. Lima, Eduardo Corrêa, 1918 — org. II. Lima Neto, Pedro Emilio de Cerqueira, 1918 — org.

CDD 012
CDU 012

Fundação Santos Lima Pró-Memória Médica do Paraná

Prof. Mário Braga de Abreu

BIOGRAFIA

Opera Omnia

Organizado por
Eduardo Corrêa Lima e
Pedro Emílio de Cerqueira Lima Neto

Curitiba
1986

COMPOSTO E IMPRESSO NA IMPRENSA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

A fundação Santos Lima — pró-memória Médica do Paraná — agradece a todos pela inestimável colaboração, sentindo-se honrada em ter contribuído na divulgação desta obra, que condensa um pouco da vida do Prof. Mário Braga de Abreu.

FUNDAÇÃO SANTOS LIMA PRÓ-MEMÓRIA MÉDICA
DO PARANÁ

P A T R O N O



MANOEL PEDRO DOS SANTOS LIMA

1843-1898

MANOEL PEDRO DOS SANTOS LIMA

Discurso proferido pelo Prof. Dr. 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 petisada, 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 Fazendo 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 São Paulo, depois em Cruz Alta, no Rio Grande do Sul, e novamente 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 palavra 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 centenário 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 poema 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 Mar-

tins 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 esse Mestre 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 paranaense. 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.° de setembro de 1898, ao 55 anos de idade, ferido no coração por infecção contraída no exercício da profissão.

A par da medicina, e com a mesma dedicação e mestria, 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 nomeado por Dr. 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 toda 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 tifoide, endêmica na Lapa. Por duas vezes combateu, com sucesso, surtos epidêmicos da doença. Reuniu experiência ímpar nesses campos de 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 ouví-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 pharmacêuticas. — Aconito considerado pharcacológica e therapêuticamente. — 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 eclampsia pós-parto, cliente do mestre, naquele dia em viagem. Exatamente o assunto da tese do Dr. Manoel Pedro. E da surpresa e júblido 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 quanto havia feito.

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

Ficamos ambos ao lado da paciente.

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 horadez 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, renunciam à liderança, e retiram-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 recrudecer 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 a Joca Tavares, Gumercindo 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 Gumercindo 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, Gumercindo 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, guarnecida pelo General Antonio Gomes Carneiro.

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

Prolongam-se os combates até o de 7 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 dissenções que enfraqueceram os revolucionários, os federalistas perdem o terreno conquistado, retiram-se para Palmas, e abandonam o Paraná.

Com a volta do legalismo, recrudecem os ardores das paixões políticas, com prisões e mortes, violências e injustiças. Nas palavras de Niepce da Silva — "O domínio da lei transmuda-se no domínio do terror, dos pesadêlos, 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 Serro Azul, com mais cinco companheiros: Matos Guedes, Balbino Carneiro de Mendonça, Presciliano Correia, José Lourenço Schleder e Joa-

quim Ferreira de Moura. Francisco Braga é fuzilado em Curitiba e 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 tua 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 fraticida 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 incontrastável influência entre seus correligionários, adversário 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, sobrevindo 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, de 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 e 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 levou-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 atenção 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 expontânea, erigiu no seu cemitério, um mausoléu de mármore branco, onde depositaram os restos mortais do Dr. Manoel Pedros 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 símbolo 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."

Inauguram-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 memória 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, como 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 reune 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 instituiram 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

SUMÁRIO

1. Uma página
   Dr. Eduardo Corrêa Lima
2. Apresentação
   Dr. Pedro Emílio de Cerqueira Lima Neto
3. Dados Biográficos
4. Uma época. Uma Vida.
   (Seu depoimento ao Museu da Imagem e do Som do Paraná)
5. Depoimentos
   Dr. Egas Izique
   Dr. Felix do Rego Almeida
   Dr. Manoel Stenghel Cavalcanti
   Dr. Mário Montanha Teixeira
   Dr. Nelson Luiz de Souza Pinto
   Dr. Ney Regatieri Nascimento
   Dr. Renato Araújo Bonardi
6. O ocaso de uma grande professor.
   (Sua última aula)
7. Dois pronunciamentos
   a) Dr. Eduardo Corrêa Lima
   b) Dr. Pedro Emílio de Cerqueira Lima Neto
8. Homenagens
9. Honrarias
10. Bibliografia — Opera Omnia
11. Sumário

UMA PÁGINA

Eduardo Corrêa Lima

Escoam-se os anos! As lágrimas já secaram, mas a morte não o venceu!

De Mário Braga de Abreu, guardamos a lembrança de um grande amigo, guardamos o vigor do exemplo, o talento do chefe da escola.

Sua marcante personalidade, sua vibrante inteligência, seu magnetismo pessoal, sempre nos deram a sensação de estarmos diante de um gigante da mente e do espírito, pois há na vida de Mário Braga de Abreu uma série inumerável de grandes traços que nos sentimos com o desejo de repetir aqui o que Eva Curie disse de sua ilustre mãe — "reduzir sua história a lenda".

Sua vida, o precioso acervo cultural que nos legou, seus nobres sentimentos de amor à Pátria e ao nosso povo sofrido, somente nos será possível recordar com a alma em reverência.

Aos seus amigos e colaboradores de muitos anos pedimos que, muito melhor que nós, mostrem às gerações atuais (e gravem para as futuras), sua grandeza, e, lembrem que sempre haverá um amanhã e que seu nome será a continuação de grandes esperanças.

APRESENTAÇÃO

Pedro Emilio de Cerqueira Lima Neto

Convidados pelo prezado amigo e colega Professor Eduardo Corrêa Lima para colaborar nesta obra, auxiliando na coleta de dados e subscrevendo a apresentação, aceitamos prazeirosamente a incumbência não só pelos laços de amizade que nos ligaram ao Professor Mario Braga de Abreu, como também, pela convicção de que vultos como ele devem ser permanentemente lembrados para que possam ser conhecidos e reverenciados pelos vindouros.

Por certo, contribuiu para a convocação havermos participado do seu Serviço de Cirurgia na Santa Casa de Curitiba, desde novembro de 1937, já como estudante de medicina e, na seqüência, como assistente até sua morte em 8 de julho de 1981. No decorrer desses quase quarenta e quatro anos de convívio, ascendemos na hierarquia do Serviço, atingindo, em 1949, a Chefia de Clínica que ocupamos ininterrupta até sucedê-lo na Chefia do Serviço.

Sucedê-lo e não substituí-lo, pois, homens como êle não podem ser substituídos.

Mario Braga de Abreu nasceu em Curitiba, a 25 de abril de 1906, filho de Manoel Martins de Abreu e de Maria Joana Braga de Abreu. Realizou estudos primários no então Ginásio Diocesano de Curitiba, e secundários no Colégio Militar do Rio de Janeiro, ingressando, em 1924, na Faculdade de Medicina daquele Estado, onde recebeu grau em 28 de dezembro de 1929.

Posteriormente, defendeu tese de doutoramento, apresentada em 25 de fevereiro de 1930 e aprovada com distinção, sob o título: "Ruptura expontânea da vesícula biliar em peritôneo livre".

Pretendia ficar em Curitiba até fins de 1930, quando retornaria ao Rio para prestar concurso à Assistência Pública.

O advento da revolução, sustando o concurso naquele ano, e a pressão familiar para que aqui permanecesse afim de atender à genitora, já idosa, fizeram-no mudar de plano e fixar-se definitivamente nesta Capital.

Diante dessas circunstâncias, tivemos a ventura de contar com sua inteligência, e operosidade "neste formoso recanto do Brasil, que é o Paraná, tão querido, tão amado".

Aqui estando, passou a freqüentar a Santa Casa onde ingressou, oficialmente, a 15 de julho de 1930, como médico adjunto do Serviço de Cirurgia dirigido pelo Professor Simão Kossobudzki e, após o falecimento deste, ocupou a Chefia, como médico efetivo.

Exerceu, a curto prazo, as funções de médico da Caixa dos Ferroviários, onde teve contacto com pessoas humildes, sempre procurando ampará-las profissional e socialmente.

Assumindo a direção do Serviço, reorganizou-o a seu modo, ao tempo em que se preparava para os concursos de docência livre e de cátedra realizados, respectivamente, em 1935 e 1936.

No ano seguinte, percorreu países da Europa, visitando clínicas de renome.

Foi estagiário dos Serviços de Cirurgia dos professores Rütz e Gohrbandt em Berlim, Kirschner em Heidelberg, Mathieu, Mondor e Gosset em Paris, e do Serviço de Traumatologia de Böhler em Viena.

Desde quando assumiu o Serviço na Santa Casa se interessou pela Ortopedia e pela Traumatologia.

Não havendo especialistas, os doentes, em boa parte, eram mal atendidos e ainda cuidava ele que a cirurgia abdominal era muito limitada, a torácica inacessível e a de vasos e membros se resumia em intervenções sobre varices, ligaduras vasculares e amputações.

Resolveu, pois se dedicar, por igual, à Traumato-Ortopedia, rumando periodicamente a São Paulo, onde assistia aos Servi-

ços de seus amigos professores Domingos Define e Orlando Pinto de Souza, no Pavilhão Fernandinho da Santa Casa. Visitou, por vezes, clínicas da especialidade em Montevideu e Buenos Aires, além do Serviço de Böhler em Viena.

Graças aos seus esforços e à sua dedicação surgiu entre nós a Traumato-Ortopedia tecnicamente científica e seu Serviço, direta ou indiretamente formou os primeiros especialistas do Paraná.

Na Cirurgia Geral não foi menor a contribuição, instruindo inúmeros profissionais que lidam em várias regiões do Brasil, muitos deles, hoje ocupantes de cátedras de Cirurgia Geral e Especializada.

Dissemos em outra oportunidade: "Personalidade marcante e multiforme, Mario Braga de Abreu pode ser lembrado pelos mais variados aspectos: profissional, científico, associativo, cultural e moral".

E, então, nos referimos somente ao médico e ao professor, isto é, ao profissional. Nesta apresentação procuramos evidenciar outras faces de sua personalidade.

A bagagem científica está ilustrada pela "Opera Omnia" inserta no final desta poliantéia.

A produção não é apenas quantitativa, mas sobretudo qualitativa.

Possuidor de espírito científico e crítico, a um tempo, Mario de Abreu não endossava novidades técnicas ou de terapia sem prévia e cuidadosa análise de resultados, ações e contra-indicações.

Foi assim, por exemplo, que não admitiu o uso local de sulfamidas, quando era moda, porque cria tal procedimento contrário ao mecanismo de ação da droga.

A evolução da terapêutica e os resultados oriundos da Segunda Guerra Mundial mostraram o acerto desse critério.

O tratamento dietético da úlcera gastroduodenal sempre foi olhado com cepticismo.

Há poucos anos atrás, após seu falecimento, tivemos ocasião de ouvir um dos mais renomados gastro-enterologistas bra-

sileiros da atualidade emitir conceitos semelhantes aos por ele esposados há 30 ou 40 anos atrás.

Em técnica cirúrgica inovou em diversos setores, modificando métodos, visando obter melhores resultados para os doentes.

Em traumato-ortopedia foi pioneiro na adoção de novas técnicas após profundo estudo das possíveis conseqüências.

Mário de Abreu aliava ao espírito científico o caráter associativo.

Professor catedrático aos 30 anos, o primeiro de sua turma a alcançar esse degrau universitário, conviveu com os jovens estimulando-os à leitura, à labuta e à produção científica.

Por orientação sua foi fundada, em 1938, a Associação dos Internos Estudantes de Medicina do Paraná. A entidade tinha por escopo reunir acadêmicos das três últimas séries do curso médico para apresentação de casos clínicos e trabalhos científicos, mensalmente. A instituição perdurou por longo período e terminou absorvida pelo Departamento Científico do Diretório Acadêmico "Nilo Cairo".

Presidente da Associação Médica do Paraná, em 1939, quando era exclusiva para estudos, realizava sessões todos os meses e, quando não havia pauta programada, descia ao plenário para fazer comunicação de ordem técnica ou apresentar trabalho de sua lavra.

Retornou ao mesmo cargo para o biênio 1962-1963. Nessa época, a Associação Médica estadual, já filiada à Brasileira (A.M.B.), além do aspecto científico-cultural, tinha como meta precípua congregar a categoria médica e defender seus interesses.

Chamado à função, para surpresa nossa, assentiu.

Estranhamos que, àquela altura da vida, quisesse voltar à presidência em condições diversas da anterior e em época que a classe médica brasileira estava em grande ebulição política e socio-econômica.

Respondeu-nos acreditar haver chegado o momento de dar algo de si em benefício da coletividade médica.

Como Presidente da entidade paranaense, participou do Conselho Deliberativo da Associação Médica Brasileira e teve atuação efetiva e destacada, a ponto de Pedro Kassab, depois Presidente da A.M.B., ter-nos dito, de uma feita, que o Professor Mário de Abreu fora o homem mais inteligente e culto daquele Conselho.

Fez parte, ainda, das Comissões de Ensino Médico e Defesa Profissional com a mesma dedicação e entusiasmo.

Na presidência da Associação Médica do Paraná, marcou sua segunda gestão, principalmente, pela criação de novas regionais, ampliando o âmbito de ação e aglutinando maior número de profissionais, mormente no interior do Estado.

Compartiu, em duas eventualidades, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

Inteligência privilegiada, não foi só um cirurgião sumamente capacitado, mas pessoa de cultura polimorfa e humanística.

Humanismo, não no sentido literário do termo, porém, como disse Léríche: "o que pode manter a cirurgia em sua linha reta, porque é a única ética que pode fixar para cada um de nós o limite dos direitos e a extensão dos deveres" (Léríche R. — La Chirurgie Discipline de la Connaissance, pág. 89, Ed. La Diane Franc. Nice, 1949).

Esse humanismo dedicado ao estudo e à compreensão do indivíduo como um todo, ele, como cirurgião, não o esqueceu quando aifrmou: "Pensar em progresso da cirurgia é pensar no homem, seu próprio objetivo, como personalidade humana, ser físico e ser psíquico, razão e sentimento, com aspirações que o ultrapassam. Muito acima do orgulho e da vaidade do cirurgião está o homem que ele respeita, prestigia e ama e que sabe que não é número, mas sim qualidade, é alma e é vida."

Os discursos inseridos neste volume demonstram, de sobejo, ampla cultura geral com firmes bases filosóficas e de elevado espírito crítico.

Disse Rui Barbosa: "O saber não está na ciência alheia que se absorve, mas, principalmente, nas idéias próprias que se geram dos conhecimentos absorvidos, mediante a transmutação por que passam no espírito que as assimila". (Barbosa,

R, Oração aos Moços, pág. 86, Ed. Tecnoprint. R. Janeiro, s/data).

Assim foi Mário de Abreu e tais predicados o levaram, em outubro de 1965, à Academia Paranaense de Letras, como primeiro ocupante da cadeira n.º 31, que teve como patrono Nilo Cairo da Silva e como fundador José Pereira de Macedo.

Contudo, a atividade cultural se iniciou quando de sua instalação em Curitiba, ingressando no Círculo de Estudos Bandeirantes, onde compartilhou, por decênios, com a elite da intelectualidade paranaense, de discussões sobre temas filosóficos, sócio-políticos e literários.

Independente de suas qualificações como cirurgião, mestre e chefe de escola, também se projetou, no cenário médico e social de nosso Estado, pelos seus dotes morais.

Pródico, filósofo da Grécia antiga, em suas proposições éticas, referiu: "Se quiseres que os deuses te sejam benévolos, deves venerar os deuses. Se quiseres ser amado pelos amigos, deves beneficiar os amigos. Se desejares ser honrado por uma cidade, deves ser útil à cidade. Se aspirares a ser admirado por toda a Grécia, deves esforçar-te por fazer bem à Grécia". (Xenof. Memor. II i, 28 — apud Abbagnano, N., Dic. Filo., pág. 364, Ed. Mestre Jou, S. Paulo, 1960).

Ele cumpriu plenamente essas proposições. Sem fanatismo, foi um homem religioso e temente a Deus.

Estimado pelos amigos porque sempre os auxiliou e os beneficiou. Dizia, com freqüência, que "dos amigos devemos esquecer os defeitos e ressaltar as qualidades" e jamais se negou a ajudá-los quando necessário, não só colaborando materialmente, a revezes, mas aconselhando, orientando e, não raro, emprestando a solidariedade pessoal e o prestígio do nome, assumindo riscos e dividindo responsabilidades.

Poucos cidadãos foram tão úteis ao estado, e à cidade como ele. Não quis ocupar funções político-administrativas embora solicitado em mais de um governo, alegando dever se restringir à atividade profissional e que essa representava o esforço e a contribuição em prol da terra natal.

Recusou, por igual, alto cargo diretivo na Universidade Federal do Paraná.

Tudo isso se fez com recato, sem alarde, como era de seu feitio e tornou-se conhecido de reduzido número de pessoas.

Ocupou, por vezes, a Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná, da qual foi um dos fundadores, mas, se retirou de pronto, ao discordar, por quesão de princípios, de medidas adotadas por nova Administração.

Foi, portanto, como médico e professor que contribuiu para o engrandecimento do Estado, projetando-se em âmbito nacional e internacional.

Essa projeção, fruto do sabor e do labor, motivou a concessão de Cidadania Benemérita do Paraná, outorgada pelos três poderes políticos do Estado, além de levá-lo a conquistar títulos honoríficos fora de sua terra.

Para Curitiba, foi a dedicação aos doentes pobres, aos indigentes da vetusta Santa Casa de Misericórdia, durante os cinqüenta e um anos de vida profissional, o máximo galardão. Não permitia diferença de tratamento entre os não contribuintes e os doentes particulares e nunca admitiu que se retirasse um leito de indigente, mas, ao contrário, pugnava pelo seu aumento.

Lamentavelmente, nos últimos anos, apesar de se pretender abolir o vocábulo indigente, por considerá-lo pejorativo, substituindo-o pelo de não contribuinte, a dedicação a esses pacientes vem se depreciando, maxime do ponto de vista quantitativo, sob o pretexto de que a decantada universalização da previdência social tende a fazê-los desaparecer.

Melhor seria que, ao revés de se mudar o nome, se procurasse modificar o atendimento e, no mínimo, se mantivesse a mesma proporção de leitos hospitalares e não, como querem pretensos administradores hodiernos, "abolir o indigente por decreto", como usava dizer Mário de Abreu.

Caráter ilibado e padrão de dignidade humana foi um grande exemplo do que Ruy proclamou: "Não fazer da banca balcão ou da ciência mercatura. Não ser baixo com os grandes nem arrogante com os miseráveis. Servir aos opulentos com altivez e aos indigentes com caridade. Amar a pátria, estremecer o

próximo, guardar fé em Deus, na liberdade e no bem". (Ibid. pág. 119).

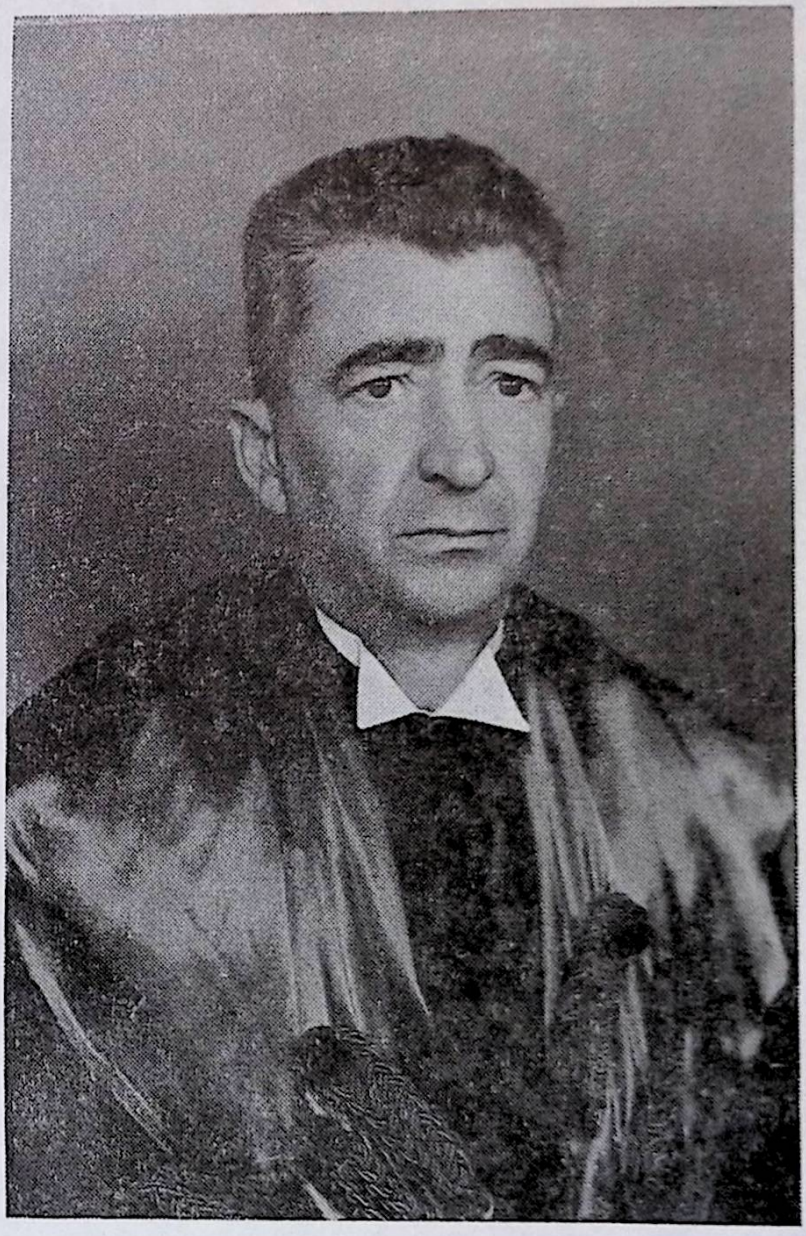
A um homem desse quilate e dessa envergadura moral, ao se aproximar o termo de sua carreira universitária, por imperativo legal, quiseram os incapazes e os inconseqüentes, por inveja e ambição, atingí-lo em sua altivez.

Aproveitando-se de uma fase de vida de grande amargura com a perda da esposa idolatrada e a morte do único filho varão, após prolongada moléstia, ele próprio já combalido fisicamente pela doença, esperavam, com a complacência dos omissos, que aceitasse quedo e mudo a ofensa e a ignomínia.

Apesar do sofrimento, apesar da tristeza íntima, apesar da doença, ele reagiu com a energia moral que lhe era peculiar, em defesa da honra ultrajada, ao proferir a aula derradeira, compilada neste tomo, verdadeiro relicário de dignidade pessoal e de revolta insopitável contra a iniqüidade dos inconscientes.

Mário Braga de Abreu, cirurgião emérito, professor dedicado à ciência e à cultura, pelas suas qualidades morais foi, acima de tudo, um

HOMEM DE BEM!





DIPLOMA DE DOUTOR EM MEDICINA

Republica dos Estados Unidos do Brasil

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO

FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Em nome do Governo da Republica dos Estados Unidos do Brasil,

Eu, José Antonio de Abreu Fialho, Doutor em medicina, Professor cathedratico de Clinica Ophthalmologica, Director da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tendo presente o termo de collação de gráo de doutor em medicina, conferido no dia 15 de Abril de 1930, ao Snr. Mario Braga de Abreu, natural do Estado do Paraná, filho de Manoel Martins de Abreu e D. Maria Joanna Braga de Abreu, nascido no dia 25 de Abril de 1906, depois de ter sido approvado com distincção em defeza de these, mandei passar-lhe, em virtude da autoridade que me confere o Regimento da Faculdade, este diploma de doutor em medicina, afim de que possa exercer a sua profissão nos Estados Unidos do Brasil, com os direitos e prerogativas concedidos pelas leis da Republica.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 1930

O Reitor da Universidade

O Director da Faculdade

(Assignatura do Diplomando)

O Secretario



FACULDADE DE MEDICINA DO PARANÁ

Diploma de Professor Catedratico

Em Nome do Governo da Republica dos Estados Unidos do Brasil

Eu, **Vitor Ferreira do Amaral e Silva**, Doutor em Medicina, Professor Catedratico de Clinica Obstetrica do Curso de Medicina, Diretor da Faculdade de Medicina do Paraná, faço saber, aos que o presente virem, que o Senhor Doutor **Marco Braga de Abreu**, nascido em Curitiba, Estado do Paraná, no dia 25 de Abril de 1906, filho de Manoel Martins de Abreu, é **Professor Catedratico** da cadeira de Clinica Cirurgica, do 4.º ano do Curso de Medicina, [illegible] de posse, lavrado no primeiro dia do mês de Setembro do ano de mil novecentos e trinta e [illegible]

E para que goze dos direitos e prerrogativas inherentes a esse cargo, mandei passar-lhe este Diploma, que vai por mim assignado, pelo Secretario da Faculdade, pelo Inspetor Federal e pelo proprio professor catedratico.

Faculdade de Medicina do Paraná, em Curitiba, 2 de Setembro de 1936.

DADOS BIOGRÁFICOS

1906: Nasceu em Curitiba, no dia 25 de abril. Filho de Manoel Martins de Abreu e de Maria Joana Braga de Abreu.

1919 1923: Curso Secundário no Colégio Militar do Rio de Janeiro.

1929: Formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro. Tese de doutoramento: "Rutura expontânea de vesícula biliar em peritôneo livre"; aprovada com distinção.
Como estudante foi interno:
da 14.ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro (Dr. Góes Filho)
da 23.ª Enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro (Prof. Brandão Filho)
da 20.ª Enfermaria (Prof. Malagueta)
da Assistência Pública e Hospitalar de Pronto Socorro (Serviço Dr. Silvio Brauner e Jorge Doria)
do Serviço de Pronto Socorro de Niterói
do Hospital Pro-Mater.

1930: Assistente do Serviço Cirúrgico da Santa Casa de Curitiba.

1935: Chefe do Serviço de Cirurgia Geral da Santa Casa de Curitiba.

1935: Livre-docente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná. (Concurso)

1936: Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Paraná. (Concurso)

1936: Visita aos serviços cirúrgicos de Montevidéo (Prof. Navarro, Acevedo Blanco e Prat) e Buenos Aires (Prof. Arce e Enrique Finochietto).

1937: Viagem de caráter científico a vários centros médicos

europeus de renome mundial, com permanência de um ano.
Médico estagiário do serviço de cirurgia geral do Prof. Rütz no Rudolf Virchowkrankenhaus de Berlim, e Urban-Kranhkenhauses, Prof. Gohrbandt.
Médico estagiário na clínica de Heidelberg, Prof. Kirschner.
Hóspede estagiário no Unfall-Krankenhauses de Viena, Prof. Böhler.
Freqüência no Hospital Cochin, Prof. Mathieu, e Hospital Bichat, Prof. Mondor, e Salpetriére, Prof. Gosset.

1937: Membro da Academia Médica Germano-Ibero-Americana.

1937: Membro do Congresso Alemão de Cirurgia.

1937 — 1940 — 1947 — 1955 — 1960: Paraninfo à formatura dos Médicos da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná.

1938: Membro da Comissão Examinadora do concurso de professor catedrático de Clínica Propedeutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

1938 — 1940: Cirurgião ortopedista do Hospital de Crianças de Curitiba.

1939: Presidente da Associação Médica do Paraná.

1939: Cirurgião traumatologista de acidentes de trabalho (Cia. Atalaia).

1940: Membro titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

1940: Membro do I Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia.

1940 — 1942 — 1944 — 1946 — 1948: Membro ativo dos Congressos de Ortopedia e Traumatologia.

1944: Sócio correspondente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

1944: Relator de um dos temas oficiais do VI Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia. Porto Alegre.

1944: Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

1946: Sócio correspondente da Associação Paulista de Medicina.

1946: Membro estrangeiro da Associação Argentina de Cirurgia.

1946: Membro do Congresso Interamericano de Cirurgia. Montevidéo.

1946: Membro ativo do Congresso Argentino de Cirurgia.

1948: Orador Oficial do VIII Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia. Bahia.

1950: Membro do Congresso Latino-Americano de Ortopedia e Traumatologia.

1951: Membro da comissão examinadora do Concurso a Livre Docência de Cirurgia Infantil e Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

1951: Membro do Congresso Interamericano de Cirurgia do American College of Surgeons. São Paulo.

1951 — 1953: Presidente da Regional de Curitiba do Colégio Interamericano de Cirurgiões.

1953: Membro do Congresso Latino Americano de Ortopedia e Traumatologia. Rio de Janeiro.

1953: Membro da Comissão Examinadora de Concurso de Professor Catedrático de Cirurgia Infantil e Ortopedia da Universidade Federal do Paraná.

1954: Membro da Comissão Examinadora de Concurso de Professor Catedrático de Urologia da Universidade Federal do Paraná.

1956: Professor Titular de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná.

1957: Membro Titular da Societé Internacionale de Cirurgie.

1957 — 1959 — 1963 — 1969: Membro ativo do Congresso Internacional da Societé Internacionale de Cirurgie. México — 57, München — 59, Roma — 63, Buenos Ayres — 69).

1959 — 1963 — 1968 — 1973: Membro efetivo do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná.

1962: Conferencista Nacional do Congresso Brasileiro de Gastro-enterologia.

1962 — 1963: Presidente da Associação Médica do Paraná.

1962 — 1972: Diretor Clínico do Hospital de Caridade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

1963: Paraninfo à formatura dos médicos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná.

1963: Relator oficial do 8.º Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

1964: Agraciado com a Medalha de Mérito São Lucas.

1969: Membro de Comissão Examinadora de Concurso de Professor Titular de Clínica Cirúrgica da Universidade de São Paulo.

1974 — 1979: Membro suplente do Conselho Federal de Medicina.

1978 — 1981: Idealizador, Fundador e 1.º Presidente da Sociedade Médica dos Hospitais da Santa Casa de Curitiba.

— Membro de Comissão Examinadora de Concurso de Professor Titular de Cirurgia da Universidade de São Paulo.

— Membro de Comissão Examinadora de Concurso de Livre Docência de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

— Cidadão Benemérito do Paraná.

— Sócio Benemérito da Associação Médica do Paraná.

— Membro da Academia Paranaense de Letras — 1.º ocupante da Cadeira n.º 31 — Patrono: Nilo Cairo da Silva — Fundador: José Pereira de Macedo.

— Membro fundador da Sociedade Brasileira de Escritores — Regional do Paraná.

— Patrono do Grêmio Acadêmico Prof. Mário de Abreu.

— Membro Honorário da Academia Paranaense de Medicina.

— Membro do Círculo de Estudos Bandeirantes e ex-Presidente.

— Membro do Conselho Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

UMA ÉPOCA. UMA VIDA.

Depoimento do Prof. Mário Braga de Abreu ao Museu da Imagem e do Som do Paraná, em 5 de outubro de 1973, tendo como interlocutor seu sobrinho Prof. Nelson Souza Pinto. Divulgado como homenagem da Casa Romário Martins em 14 de julho de 1981.

Rafael Greca de Macedo, com seu invulgar brilhantismo, realça a figura do grande paranaense, ao apresentar seu depoimento. Alguns tópicos dessa apresentação devem ser destacados:

"São nove perguntas. Nove respostas. É pequeno o depoimento do Dr. Mário Braga de Abreu ao Museu da Imagem e do Som do Paraná. No entanto, as nove respostas, em plural magestático — "nós" —, dão idéia da dimensão da grande figura humana que a cidade de Curitiba acaba de perder. As nove respostas afirmam que são possíveis a dignidade, a consciência do dever, a amizade, o respeito pelo próximo, a caridade e a misericórdia.

As nove respostas do Dr. Mário compõem um "credo" contemporâneo, muito pessoal, ao mesmo tempo, pela sua humanidade, um "credo" muito universal.

Uma profissão de fé, se exercida por todos os médicos, por todas as pessoas que lidam com os doentes, com os aflitos, com os deserdados da sorte e da esperança, modificaria o mundo, tornando provável o reino de amor e compreensão que a justiça e o cristianismo evocam.

A realidade, sabemos, é diferente.

A saúde não é para todos. As diferenças sociais têm pe-

sado — e muito no exercício da medicina. As obras de misericórdia escasseiam.

Daí a disposição da Casa Romário Martins, da Casa da Memória, — disposição reforçada por determinação pessoal do prefeito Jaime Lerner —, em marcarmos a entrada do Dr. Mário de Abreu para a eternidade com esta publicação da sua "Memória de vida".

Importa sempre valorizar o exemplo, a exceção, para influenciar os demais, influir no meio ,ajudar a melhorar o mundo.

Importa documentar a vida, a obra, o pensamento de gente como o Dr. Mário de Abreu, para enriquecer o grande acervo da História, o armazén da Humanidade, sempre desfalcado de personagens irreprocháveis."

SEU DEPOIMENTO AO MUSEU DA IMAGEM E DO SOM. NOVE PERGUNTAS. — NOVE RESPOSTAS.

Dr. Mário, em primeiro lugar, vamos rever coisas como sua data de nascimento, onde o senhor nasceu, suas lembranças do tempo de criança?

Nasci em Curitiba, na Rua XV de Novembro, numa casa que existe até hoje. Na parte de cima morava a família. Na parte de baixo era a casa de comércio do meu pai.

Foi no dia 25 de abril de 1906.

Lá nasceram todos os meus irmãos. Papai casou duas vezes. Do segundo, teve 9 filhos. Eu sou o penúltimo.

Depois de terem nascido seis mulheres, eu cheguei. Houve extrema alegria por ser homem o novo herdeiro. Tivemos nossa infância toda transcorrida nesta mesma casa.

Seus estudos, foram todos aqui em Curitiba, ou o senhor chegou a estudar fora daqui?

O curso primário eu fiz no Ginásio Diocesano, naquela época chamado de Seminário. Aprendi português com um professor muito conhecido naquela época. Era o Dr. Arthur Loyola. Aos 12 anos fui para o Rio de Janeiro, capital federal, para estudar no Colégio Militar. Lá fiquei até o fim do curso em 1923.

Fiz todo o secundário no Colégio Militar, do qual guardo excelentes recordações. O curso superior, de Medicina, foi também concluído na Escola Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, na praia Vermelha.

Nós não falamos de seus pais. Seu estudo de Medicina foi, de certa maneira, relacionado com o trabalho, a inspiração do seu pai? Ou foi para a Medicina por outras razões?

Não. Papai chamava-se Manoel Martins de Abreu. Mamãe era Maria Joana Braga de Abreu. Mamãe era da Lapa. Papai era português. Veio para o Brasil aos 14 anos. Sempre foi comerciante. Mamãe era de tradicional família da Lapa, Cunha. Não houve propriamente ambiente intencional para que eu viesse a estudar medicina. Nós, de quando em quando, refletindo porque esta tendência para a Medicina, acreditamos que tenha sido porque papai, muitas vezes, batia-me na cabeça e dizia: — Como vai, doutor?

Então, em tempo de criança, parece que solicitava de mim próprio uma tendência para médico, porque nas nossas reflexões nunca nos imaginamos outra coisa que não fosse médico. Nós acreditamos que tenha sido, realmente, vocação.

O senhor, como médico, é reconhecidamente um sucesso. Em Curitiba e em todo o Brasil é reconhecido como médico de sucesso. O início da sua carreira como foi? Fácil? Rapidamente teve sucesso?

Não. Porque assim que nós nos formamos, por contingência da família, — mamãe havia enviuvado, — voltamos para Curitiba. E Curitiba daquela época, idos de 1929, era uma cidade bastante modesta. O Paraná era um estado que se podia considerar pobre. A vida era difícil para todos. Principalmente, do ponto de vista econômico. Os médicos estávamos numa cidade de poder aquisitivo muito baixo. O exercício da profissão era feito por livre iniciativa, toda ela com a preocupação de ganhar, porém sem se aperfeiçoar, e tudo isso dentro de uma contingência, de um momento histórico, bastante difícil. Então, tivemos dez anos iniciais que podemos considerar como de preparo profissional para o futuro, no qual não esquecíamos de estudar permanentemente e procurar tarabalho de qualquer modo, sem uma preocupação financeira maior, a fim de que criássemos condições futuras para um trabalho eficiente e proveitoso. Durante este período, desde

os primeiros momentos, passamos a freqüentar a Santa Casa de Misericórdia, que era o hospital da cidade, o Hospital de Caridade. O único em Curitiba onde havia a possibilidade de assistirmos aos indigentes. Também, pensávamos nós, como de fato aconteceu, estávamos preparando nossa vida futura.

Após os primeiros 10 anos de trabalho é que nós, praticamente falando, pudemos considerar que estávamos exercendo plenamente a profissão. Antes de ter feito esses 10 anos, na preocupação de aperfeiçoamento, fizemos longa estadia na Europa, principalmente na Alemanha, onde ficamos praticamente um ano, na preocupação de melhorar os conhecimentos, aperfeiçoar a parte técnica e, eventualmente, trazer melhorias de instalações para o próprio ambiente médico da nossa Curitiba.

Este estágio de médico recém-formado no exterior seria um curso de pós-graduação, como nós o concebemos hoje, ou há uma distinção muito grande entre as condições daquela época e as condições atuais?

Há, sem dúvida. As condições atuais são totalmente diferentes. Não só em facilidade de estudar, de fazer estágios, de adquirir bolsas, que por ocasião da nossa formatura, em 1929, não existiam. Tudo que pudemos fazer na preocupação de melhorar os nossos conhecimentos foi feito às nossas expensas. E, até certo ponto, sem encontrar um apoio muito sensível das autoridades, do governo, das instituições. Tanto porque esse estágio feito por aquela época foi também feito com nossos próprios recursos, com as nossas próprias preocupações, a procura de ambiente mais favorável para nosso aperfeiçoamento.

Lá, na Europa, seria eventualmente, podendo nós reconhecermos que, de fato, um estágio semelhante poderia ser considerado como os cursos atuais de pós-graduação. Porque também naquele tempo o doutoramento era feito após a formatura. Nós tivemos oportunidade de fazer tese após a colação de grau que seria considerada de "doutoramento".

Após esse largo tempo nas nossas atividades, uma vez em Curitiba, na Santa Casa, sempre procurávamos estar em contato com o exterior, e mesmo com as atividades médicas dos centros maiores. Tanto assim, que freqüentamos inúmeros congressos, reuniões, seminários, jornadas, para estarmos sempre, e tanto quanto possível, atualizados. E trazermos para nosso meio,

e para os que nos cercavam, os elementos possíveis do conhecimento técnico mais aperfeiçoado.

Sua atividade na nossa Universidade do Paraná começou depois deste estágio no exterior ou o senhor já estava com a Universidade desde o início?

Sucedeu que nós casualmente substituimos o professor Kossobudsky (sic) que faleceu antes de termos ido para a Europa. Nós já viajamos com a posição adquirida. Em 1935 fizemos concurso de livre docente. Em 36, de catedrático. Então, quando viajamos já éramos professor catedrático de Clínica Cirúrgica da Universidade do Paraná, mais propriamente da Faculdade de Medicina. Na época, uma universidade livre, que só se federalizou alguns anos depois. E nós tínhamos, ao mesmo tempo, a atividade hospitalar. Nós podemos considerar, até certo ponto, que nossa vida girou em torno da universidade e do Hospital de Caridade.

Julgamos que o Hospital é o complemento normal e natural da formação de um médico. É muito difícil o médico não adquirir verdadeiro conhecimento, adequado, principalmente de qualidades humanas, sem ter um contato permanente com o ambiente hospitalar. E, posteriormente, a Universidade complementa-se dentro do hospital, pela convivência natural do estudante, do médico, no próprio ambiente. O médico, no hospital, deve estar ensinando sempre, mostrando praticamente e efetivamente o que se exige do médico para com o doente. E, eventualmente, como se fazem as cirurgias, como se atende aos doentes com humanidade. Desta forma, por nossa opção e crença, a Universidade e o Hospital foram fim e meios da nossa vida.

Neste trabalho na Universidade sabemos que não há um ambiente próprio. O trabalho de pesquisa é mais individual, da própria casa do professor. O senhor teve ocasião de publicar trabalhos mais científicos?

Sim, durante muito tempo, nós levamos aos congressos, trabalhos escritos, relatórios sobre temas pré-determinados, fizemos conferências, palestras e cursos. Não só aqui, como fora.

Também no interior do estado. Viajamos quase todas as cidades do estado fazendo palestras, demonstrações práticas, procurando não perder o contato com os médicos, formandos da

nossa Universidade, culturalmente muito próximos de todos nós. Além disto, sempre tivemos muito cuidado — bastante inclinação — para não relegar esta posição e auxiliar, de todos os modos, os médicos nas atividades de caráter social.

Fomos, também, presidente da Associação Médica do Paraná, por duas vezes, tivemos oportunidade de viajar o estado todo, fundando regionais no interior. A idéia sempre foi de que a profissão se elevasse, fosse bem conceituada, e o trato médico-doente, tão importante, fosse em termos de elevação espiritual, de contato humano sério e perseverante, de modo a criar condições de verdadeiro atendimento ao doente.

O senhor já se interessou pela política, pela vida pública, alguma vez? Já participou de alguma atividade neste setor?

Não, determinadamente. Nunca nos ocupamos de cargo político, público, embora fôssemos convidados mais de vez. Não só para vir a ter cargos eletivos, como para exercer assessoria executiva de governos na área da saúde.

Sempre julgamos que nosso tempo deveria ser inteiramente dedicado a ensinar e a clinicar no Hospital. Duas atividades mais que suficientes para encher a vida. Não só porque o hospital merece que se dê a ele o máximo de empenho, apoio, trabalho e solicitude. Pelo que ele preenche, pelo que ele auxilia a criatura humana doente, na condição mais difícil que possa existir durante toda sua vida. Como também a escola, a Universidade, merece empenho pela altíssima finalidade social e política, preservando o presente, o passado, e mantendo as condições do futuro de um determinado país.

Então, se nós nos dedicarmos a aperfeiçoar o ensino e a pesquisa na Universidade, e a fazer com que a Universidade ao mesmo tempo viva a sociedade que ela dirige. Ajude a sociedade a viver melhor. Já teremos atividade suficiente para preencher uma vida profissional. Por isso, nunca nos consideramos compatíveis com a vida pública, embora, reconheçamos sua grande importância. Realmente, se a Universidade tem esse desempenho, se está voltada a questionar a sociedade, a enriquecê-la, ela pode formar um excelente homem público, não só pela competência, como ideal seria que também introduzindo uma conceituação de aperfeiçoamento humano.

Como o senhor encara o papel da esposa do médico, no particular de sua mulher — Dona Denise — na sua vida?

Tivemos muita sorte na vida: uma esposa que compreendeu perfeitamente a nossa profissão, que manteve um auxílio moral que se poderá acreditar perfeito. Nunca, apesar de todos os embaraços, nós ouvimos de Denise alguma queixa que pudesse presumir que nós estávamos tendo uma vida um pouco difícil. Permanentemente tolhidos em nossa movimentação social, pelo excessivo trabalho profissional. Muitas foram as ocasiões em que reuniões, festas, estavam previamente determinadas e não pudemos comparecer, porque era necessária nossa presença a atender esse ou aquele doente. Não tanto por ser o médico, que ele necessitava, mas por sermos a pessoa, o amigo, que ele gostaria que estivesse consigo na ocasião. Apesar de tudo isso minha mulher nunca se queixou e vivemos realmente muito felizes, sempre juntos, permanente e constantemente. Isto nós podemos considerar como uma sorte.

Apesar de, nos últimos tempos, termos sofrido bastante, muito mesmo, ainda gostaríamos de considerar que devemos agir com bondade, devemos exercer condições de verdadeiro altruísmo, espírito de solidariedade para com todos, a fim de que se possa, não só permanecer num mundo melhor, como criar para os que estão por vir uma sociedade onde sejam melhores as pessoas, onde os condicionamentos humanos sejam menos agressivos. Que se lute, tanto quanto possível contra a violência, que se perceba, cada vez mais, dominante nas relações entre as nações, entre os indivíduos, na própria sociedade. Apesar de tudo isso, das dificuldades de toda ordem, nós sempre procuramos cooperar, ajudar todos que possam pensar que a violência deve diminuir, minorar, e até desaparecer. Se possível.

Evidentemente, o mundo, o futuro, está muito mais pertencente aos moços do que aos indivíduos de mais idade como eu. Cumpre, contudo, auxiliá-los para que possam criar com menos agressividade, com menos violência, para que cooperem entre si na busca do tempo melhor.

Até certo ponto isto pode parecer utópico, mas poderá se concretizar se a educação for mais cuidadosa.

Nós acreditamos, durante esses anos todos, de atividade profissional e de cátedra, que, mais importante do que a pro-

fissão bem sucedida é a educação do homem como "homem integral".

O homem sentindo e palpitando pelos seus problemas, de ordem pessoal, familiar, social e política. A fim de que, juntando os variados aspectos, ele possa cooperar para a finalidade última que é o progresso total da Pátria, do País, que está a precisar de cada um de nós — e de todos — com condicionamentos mais aperfeiçoados, mais altruístas e condizentes com o viver — bem — na sociedade de todos os homens.

DEPOIMENTOS

EGAS IZIQUE

"Que estranhos desígnios teve para ele o Criador."

Aceitamos o convite para testemunhar o que foi a vida do professor Mário de Abreu a fim de, em breves traços, lembrar a sua passagem para a História.

Alguns fatos foram para nós marcantes e ao relatarmos a nossa participação neles, não nos move nenhum desejo promocional. Foi o que de perto vimos, interpretado a nosso modo. Talvez tenhamos autoridade para isto pelo convite, lembrança e palavras de carinho recebidas, cremos, pelo menos credenciado de seus assistentes. Deu-nos, entretanto, mais força a dedicatória escrita por Mário de Abreu num livro que nos presenteou:

— "Ao Egas, companheiro de muitos anos"

Mario de Abreu
1976

Guardamos e continuaremos guardando o gesto e as palavras ali escritas. As mostraremos aos nossos filhos, para que saibam que tivemos a honra de estar, até o fim, entre os seus amigos.

Vemos com orgulho discípulos seus, Cerqueira Lima, Giocondo Artigas, Manoel Cavalcanti e tantos outros, transmitindo e praticando o básico das aulas recebidas, ao lado de seu Humanismo.

Em todo este tempo só pudemos relatar fatos, longe de analisá-los, porque não pertencendo ele ao mundo comum dos homens, fez escapar de todos nós a capacidade de julgá-lo.

E a Universidade, que devia e deve alicerçar-se nos seus valores, evidenciados ou não, não pode esquecer a muitos e a ele, principalmente, que foi um marco de sua História.

Que esta mesma história, testemunha dos homens e do tempo em que viveram, faça justiça aos vivos, reverencie seus mortos, tornando presentes os do passado que, Deus sabe como, servirão aos homens de hoje.

Aquela figura, estou certo, benfeitor de gerações de homens e médicos, nesta hora como antes teve e terá a magnanimidade de perdoar-nos e aqueles que não puderam compreendê-la.

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Sucede a nós o mesmo que aos viandantes: nem sempre temos pela frente a estrada aberta; galgamos e descemos encostas; raramente encontramos um refúgio; nem sempre temos o vento a favor, assim como não são amigos todos os que encontramos pelo caminho.

Bunyan, Pilgrim's Progress.

Inaugurado o Hospital das Clínicas, ali se instalaram as diversas Cadeiras da nosa Universidade. E também os serviços ambulatoriais.

Papéis, fichas e outras medidas burocráticas traziam consigo as virtudes e a perpetuação dos erros de outros hospitais.

No prédio frio, ele atendia a todos. Dividiu os médicos do serviço entre a velha Santa Casa e o novo Hospital de Clínicas. Procurou imprimir neste, aquele ritmo de trabalho que sempre o caracterizou. Todos os seus assistentes ficaram de sobreaviso para as urgências, participando das atividades como integrantes de um todo.

Sem as mágoas que o pequeno Hospital gera, o grande Hospital de Clínicas não pôde escondê-las e o velho professor sentia os grupos cada vez mais divididos. Sentia as adaptações feitas na planta física inicial tolhendo o seu funcionamento.

Com capacidade limitada, ainda que com reduzido número de vagas, o "Centro Cirúrgico" não correspondia ao fluxo operatório.

Quão certo estava quando, informado por Suplicy de Lacerda de que o arcabouço do Hospital de Clínicas fora doado à

Universidade, acabou com a euforia daquele, perguntando: "— E você, Flávio, aceitou?"

Naquele hospital, agiu sempre dentro das normas que o caracterizavam. Chamava a atenção em razão de sua independência de atitudes.

Repetia sempre: — "O cirurgião, pela vivência, cultura, constatação direta do diagnóstico e auto-crítica, nunca deve ser um mero instrumento". — "Cirurgião — dizia ele — é aquele que analisa, decide a hora e o método cirúrgico do tratamento."

Quanta verdade como lição aqueles que, por conveniência, comodismo e razões excusas, se tornaram meros executores, cegos ante a evidência do correto e, porque não, culpados pelos estigmas da má indicação cirúrgica.

Aqui, como lá, a sua auto-determinação e independência criaram arestas. A vontade de colaborar nas decisões experientes, bem orientadas, administrativamente corretas, nem sempre foram compreendidas.

A "casa grande" não mudou o homem. Os métodos continuaram na linha que traçara.

Nas enfermarias, os mesmos homens, as doenças e melhores instalações. Mas aqueles homens e mulheres consumidos pela miséria tinham o mesmo olhar, a mesma dor que o lençol branco, imaculado, quase não podia esconder.

As visitas eram as mesmas. Os alunos se revezavam.

Pacientes antevendo uma esperança quase perdida.

Cirurgia marcada e Maria — a enfermeira — levando a cada um, um sorriso de confiança.

Cirurgia realizada com maestria, sentia logo a complicação iminente. Criticava diretamente os deslises e chegava a adivinhá-los, tal a experiência acumulada.

No "Centro Cirúrgico" aguardávamos que chegasse. Num rápido passar de olhos, notava logo alguma falha. Analisava os instrumentos e a distribuição das pinças. Solicitava dados precisos da inspeção realizada.

Só então se preparava para a cirurgia, quase sempre usando duas máscaras.

Todos se preocupavam com a crítica ao instrumental à posição do paciente, ao plano anestésico, à iluminação, etc...

Quase sempre havia algo que não era do seu agrado.

Quantas vezes fazia remover tudo, para modificar a posição da mesa.

A cirurgia se iniciava. O instrumentador estagiário, sempre em tensão, dada a rapidez dos seus gestos.

No microfone, transmitia da sala, com vigor, suas impressões e a tática e técnica usadas. Só o som de sua voz quebrava o silêncio.

A anestesia local era quase sistemática nas tireoidectomias e nas gastrectomias, nos pacientes em mau estado geral. A anestesia local faz com que os cirurgiões equilibrem seus gestos, era a frase comum na justificativa. E nós, sem que ele soubesse, aplicávamos no soro um coquetel anestésico para que não perdesse a calma ante um paciente que metabolizava rapidamente os anestésicos.

Da sala de cirurgia saía para as aulas de anfiteatro, onde doentes e peças eram levadas para motivar o assunto dado.

Através de sua voz possante, de uma perfeita fonação e formação de frases, a sua aula começava. De uma didática singular, associava a clínica e a patologia para as conclusões finais. Finalmente expunha os métodos do tratamento cirúrgico, com a experiência acumulada nos últimos anos.

Seguia-se a experiência pessoal inequívoca, baseada em números, numa observação honesta, sem transigir, mesmo que o seu entusiasmo inicial fosse abalado.

Já não existia a convicção de um mestre. Quase em dogma reafirmava esta, tal honestidade pessoal da transmissão.

Nestas aulas, jamais aceitou a chamada para verificação de presença.

"São suficientemente adultos e cônscios da responsabilidade de seus atos" — dizia aos alunos.

Dividia suas atividades de ensino médico entre a Universidade Federal e a Católica. Sentia naquela escola que fundara, motivos econômicos freando o seu desenvolvimento.

Sob sua direção e com a Santa Casa a seu dispor, a Faculdade de Medicina Católica conseguiria impor a sua qualidade de ensino.

A vaidade de alguns fez com que estes, por caminhos tortuosos, procurassem a sua direção. Havia sempre os interessados. De fora, chamamos a atenção de muitos sobre o que lá poderia acontecer. Vimos naquele episódio os lesados na trama, que justificavam-se de que ficaria acéfala a Faculdade com o pedido de demissão do professor Mário de Abreu. Pedido este feito para a retomada da auto-determinação daquela Faculdade.

Não permitamos que fossem a ele para desculpas.

Aceitamos nossa decisão, comentava!

— "Existem homens que são usados como instrumentos para o mal, iludidos com um valor próprio que nunca existiu. Outros foram criados para servir. Servir como escada, submissos, mórbidos, para que outros subam."

Os pedidos dos funcionários por sua ajuda nas afecções o aguardavam sempre na sua saída do hospital. A mão no ombro, o não que não existia, levavam o lenitivo àquelas preocupações, o que se justificava na liderança insofismável que sempre exercia.

O MESTRE

De uma capacidade didática de sintetização invejáveis, nas enfermarias e nas aulas ele se transformava.

O longo avental, o gorro, faziam dele uma figura ímpar.

Sua extraordinária cultura, adquirida desde os tempos de acadêmico, foi complementada nos cursos e visitas que fez ao exterior:

Era um atualizado a qualquer tempo.

Ávido pelos livros, anotava à margem o que lhe chamava a atenção pela novidade ou inverdade.

Adotou autores como paradígma. Não perdoou os que manipulavam números e despresava aqueles com conclusões ajustadas.

As suas aulas tinham sempre um cunho característico:

Dados precisos de diagnóstico e de sua experiência pessoal.

As citações eram dos clássicos de notória honestidade informativa.

E os alunos ali espontaneamente estavam.

A elegância das frases e a didátiva evoluída, prendiam a sua atenção.

Repetia sempre os pontos importantes que alertavam para o diagnóstico precoce das afecções cirúrgicas.

Assim foi ele, mestre dos seus discípulos, exemplo e professor de médicos e alunos.

Fez do magistério a razão de sua vida, aliado ao magnânimo desejo de servir indistintamente a todos.

Por este mesmo princípio, foi que começou a se preocupar com os velhos. Por eles tinha um especial carinho.

Talvez visse estampada na face daqueles humildes, a dor contundente do desprezo humano.

Via, talvez, um último e único apelo por mais uns dias.

E para que? Esperar o que não vinha? Contando os dias apressando a morte?

Por eles, voltava à tarde ou à noite ao hospital.

Fomos juntos a diversos asilos, estudar uma forma humana e condizente para agrupar estes desassistidos, sem amigos, pelo infortúnio ou pela segregação de que foram vítimas.

Procurava uma casa onde a alegria do convívio e a assistência médica pudessem tornar mais alegres naquele mundo de memórias e estórias trocadas na alma daquele gente.

Isto para que todos tivessem, quando seus olhos fechassem sempre, uma melhor imagem dos homens desta terra.

Por isto, fixamos a imagem do mestre, aquele que foi mestre de todos nós.

OS EXAMES

Os exames orais que realizava, eram sempre um acontecimento na vida universitária.

Sério, quase impossível, como presidente da banca, ou tendo-o ao seu lado, analisava e ouvia com atenção as respostas.

Era juíz experiente que sabia enfrentar os célebres dribladores.

Triste ao ver aqueles que não tinham se aplicado.

Aquele clássico cumprimento de — muito prazer — era um infalível prelúdio para os eternos turistas que às vezes enfrentava. Quase sempre eles não tinham salvação.

Os que freqüentavam o serviço, tinham um rígido tratamento. Era parte de sua intransigência.

Lembramo-nos bem daquele exame...

Na banca examinadora, o professor Pinto Rebelo, da Ortopedia, Dr. Giocondo Artigas, da Clínica Cirúrgica e o professor Abreu.

Professor Rebelo, cabelos brancos, exigente nas perguntas que traíam a expresão dos olhos, que só bondade transmitia.

Na cirurgia que ele realizava e participávamos junto ao Dr. Pedro, progressivamente tomamos conta dos gestos cirúrgicos.

De início, não sei porque, aceitava e, não raro, aquele olhar se transformava com uma enérgica admoestação:

— Afinal, quem está operando? Sou eu ou os senhores, dizia Pinto Rebelo. Logo após, dava-nos oportunidade, certo do apoio ao mais jovens.

E naquela vez, estava eu tenso à frente de uma banca examinadora que, com justiça, tinha as suas decisões julgadas às vezes de forma imprevisível.

A osteosíntese intramedular de Kuentscher tinha surgido no arsenal terapêutico, para as fraturas dos ossos longos.

Consolidava-se a segurança do método, baseada em informes de guerra, pela Espanha e Alemanha.

Dr. Heinz Rücker e Dr. Mário, na cirurgia experimental, procuravam confirmar a euforia inicial dos resultados.

E nós ali estávamos, aguardando as perguntas. E elas vieram, com o toque rígido, como acontecia a todos os internos.

— Dados radiológicos e histológicos, na formação do calo ósseo endostal e paraostal na osteosíntese de Kuentscher.

— Luxação acromioclavicular.

Foram estas as perguntas. A participação nas pesquisas nos permitiu as respostas.

Logo após o exame com o Dr. Giocondo, o Dr. Pinto Rebelo dispensou-nos. Já alcançávamos, eufóricos, os degraus de saída, quando ouvimos a voz de ordem do Dr. Mário:

— "Volte e comece tudo de novo. Giocondo, sorteie outro ponto."

À minha saída, após o exame, ouvi seu comentário.

— "Tem que ser assim, Giocondo, pois o moço é capaz de sair por aí dizendo que sabe toda Clínica Cirúrgica."

Tinha ele que mostrar a sua intransigente honestidade.

E os examinados se sucediam. Numa última oportunidade, solicitava a discrição de um ato cirúrgico. Era quase a passagem para a segunda época.

E estes exames, dada a preleção que fazia após as respostas, eram verdadeiras aulas práticas, de dados essenciais de diagnóstico e tratamento, inolvidáveis para muitos que por ele passaram.

TRAUMATOLOGIA

O entusiasmo que sentia pela traumatologia era visível após cada ato cirúrgico e na revisão dos operados.

Os ensinamentos que trouxera de Böhler e a sua capacidade analítica, fizeram dele um criterioso juiz de seus resultados.

Tinha a concepção mecânica da estabilidade e da assepsia, primordiais a quem cirurgicamente explora um foco de fratura.

A osteosíntese tinha nas suas mãos a mais perfeita indicação. Explorava as lesões medulares com um criterioso equilíbrio de gestos para evitar o agravamento das lesões existentes.

Foi nesta época que estimulava o Dr. Heinz Rücker na adoção de uma especialidade que vinha se tornando uma causa cada vez mais freqüente de intervenções. A osteosíntese de Kuentscher lhe renovava o entusiasmo a cada dia. Já quase desapareciam das enfermarias os clássicos equipamentos de tração contínua, ladrões de espaço e de tempo, na maioria das vezes incapazes da redução anatômica que todos procuravam.

A cirurgia experimental que realizavam, confirmava que novos métodos surgiam, em benefício daqueles que se eternizavam entre a escara e a consolidação viciosa.

Perguntando, certa vez, porque abandonava a traumato-ortopedia, respondeu com a simplicidade dos grandes:

— "Foi porque o povo me aceitou mais como cirurgião geral do que como traumatologista."

Embora isso considerasse, participava dos congressos com entusiasmo, dando sempre notas honestas, de uma apreciação inequívoca de seus resultados.

Apresentava também as modificações que adotava no tratamento das afecções ósseas e das fraturas. Ninguém poderá tirá-lo da História da Traumato-Ortopedia deste Estado e de sua época. Não como o primeiro, mas por suas qualidades demonstradas através dos anos, é reconhecido em todo território nacional; e, fora do país, respeitado pela sua experiência, sempre se fez presente como autoridade no assunto.

O HOMEM

Dedicado aos filhos, teve em sua esposa a mais admirável e compreensiva das mulheres. D. Denise era seu nome.

De traços finos, gentileza a toda prova, deve ter sofrido com ele aquela dedicação incomparável ao doente e a seus alunos.

Que lacuna foi criada ao mestre com o seu desaparecimento.

Aquele homem, nas conversas que mantinha, era sempre um atualizado. A antevisão dos fenômenos políticos tinha nele quase um profeta. A sucessão de governos ele premeditava. Sempre afirmava que, no estágio político em que estávamos, o sustentáculo dos governantes seria, como até ali tinha sido, a classe média. Ela seria decisiva nas manipulações populares. Tinha verdadeiro respeito à coisa pública e criticava seriamente os que dela faziam uso. Pudemos vê-lo, em determinadas épocas, nos comícios, pensando nas reformas e convicto nas formas democráticas.

Na sua vida atribulada, sentia o procedimento de certos médicos que acreditavam progredir pelo descrédito a colegas. Duas vezes, encontrando-nos com ele, pediu-nos que o acompanhássemos. Subia ao consultório daquele médico que não só feria a ética, mas quase um crime cometia e lá, entre quatro paredes, dava a ele uma lição de convívio e a descompostura que merecia.

Aos domingos pela manhã, tendo visitado seus pacientes no hospital, era comum vê-lo ali no centro, rodeado de médicos, falando sempre sobre os mais variados assuntos.

Era outro. Tinha sempre uma palavra afável aos que vinham cumprimentá-lo. Queria, talvez, com aquela atitude, tornar-se um cidadão comum.

Ao final das operações se dirigia para visitar os doentes. Foi para nós mais uma responsabilidade quando, interno, fomos designados para atender seus doentes particulares, além dos pacientes da enfermaria.

A sua grandeza profissional cada vez mais se confirmava.

Aquele homem não fazia diferenças entre seus doentes. Para ele eram os mesmos, unidos por um fato comum: a afecção cirúrgica. Aos acompanhantes dos quartos tinha sempre uma resposta quase ríspida. Ao paciente, não. Tinha todos os direitos e, quase sempre, uma resposta revestida de um estímulo. Aos responsáveis pelo paciente jamais escondeu a gravidade, quando havia, e os prognósticos sombrios.

Após ter visitado todos os pacientes, atendia um número deles a procura de internamento ou de curativos.

E sempre aquele horror a dizer seus honorários.

Jamais saiu sem dados minuciosos e últimas ordens nos seus últimos minutos na Santa Casa. E quantas vezes saía ele levando estampada a preocupação pelos que lá ficavam.

Iniciava a volta para casa, da Santa Casa até a rua José Loureiro, onde o acompanhava na caminhada que fazia. De toda parte recebia cumprimentos. Era uma figura conhecida na cidade que crescia com seus homens. Alguns tentavam tirá-lo daquela caminhada, mas ele preferia aquele exercício.

Certa vez chovia. Ao sairmos me pediu que conseguisse um carro de aluguel. Na frente da Santa Casa fiz sinal e, com um ranger de freios, parou um grande carro, um Lincoln, daqueles de 12 cilindros: quase um blindado sobre rodas.

Aberta a porta, entram Dr. Mario, Dr. Cerqueira Lima na frente, e eu ao lado dele.

Dita ao motorista o endereço, quase em tom imperativo, e ao seu modo completa: — "Passe pela praça Carlos Gomes e deixe este moço." O carro partia e Dr. Pedro, dirigindo-se ao Dr. Mário pergunta a hora da cirurgia do dia seguinte.

Ao ouvir a palavra "Dr. Mário", o carro foi freado. Voltando-se para trás, o motorista, um árabe que não escondia sua origem, quase em exclamação, disse. — "Dr. Mário, é o senhor??? Eu sempre disse à minha mulher que um dia levaria "a" senhor no meu carro. Garanti a ela que não pagaria nada ao Salim. Dr. Mário todo mundo que entre neste carro só fala bem "da" senhor!"

E o professor, sério, sempre com respostas para tudo, retrucou: — "É porque você, patrício, nunca guiou um carro fúnebre."

Estava ali uma frase desanunviadora de um dia de tensões como tantos outros.

ÚLTIMOS TEMPOS

Era avesso às perguntas sobre o seu estado de saúde.

Próximo dos 70 anos, levava consigo uma agilidade e raciocínio invejáveis.

Ao realizar, em Londrina, uma palestra, sente mal súbito.

Levado à casa de um eminente cirurgião de lá — Anísio Figueiredo — recebe o primeiro atendimento.

Avisados que fomos, logo após a conferência, por telefone, instruímos os colegas de lá sobre as providências a serem tomadas. Foi difícil contê-lo na sua determinação de voltar a Curitiba. Comunicamos o fato aos médicos da Santa Casa, que ficaram aguardando a sua chegada, dissimulando as suas apreensões.

Clínicos amigos o aguardavam e ele desviava a atenção de todos sobre o fato, nos dias subseqüentes. Todos nós acompanhamos o acontecimento.

Dias depois, saindo do Hospital das Clínicas para a Santa Casa, ele parou na escada, olhou para mim e surpreendentemente perguntou: — "Todos comentam minha doença e me fazem perguntas, e você não sabe de nada?"

Não podia dizer a ele das nossas preocupações e providências de uma manifestação inicial, cujo epifenômeno poderá ter sido pior. Todos os seus amigos estavam preocupados. Quase todos tinham uma pergunta de carinho duramente escondida, pela aversão que ele tinha a perguntas pessoais.

Vimos, mais tarde que desde aquela data ele estaria se dedicando mais aos humildes da Santa Casa e do Hospital de Clínicas. Preocupado com os homens dos corredores, que se transfiguravam ao vê-lo, foi pensando neles que defendeu com intransigência a multiplicação de leitos a eles destinados.

Nos seus últimos tempos, costumava vê-lo sem aquela convivência que o trabalho diário trazia. Vez ou outra o levamos ao Hospital Cajuru, nas nossas indecisões e, porque não, para manter os laços de uma sólida amizade.

Tinha ele ainda a Santa Casa, a velha e sempre nova.

Viver onde a felicidade existiu é fazer voltar a juventude da alma.

Via o velho, com satisfação, aquele nosocômio, acolhendo os mesmos homens carentes, dos quais se tornara uma esperança.

Vinha a nossa revolta! Como pode o número de anos, com

um determinismo genérico, afastá-lo e a tantos outros desta Universidade? E são tantos os que tanto poderiam dar! E tantos, no vigor de sua experiência, de sensibilidade extrema e de extraordinária cultura que com certeza foram acelerados para a morte.

Dentro da excepcionalidade de sua sensibilidade, teriam a honestidade quase inata de dizer quando chegada a hora.

Não foi Deus quem guiou os homens nesta decisão nefasta.

Quando numa maca me dirigia para o cateterismo, vi o velho tenso, à espera do resultado. Teria o mesmo gesto para qualquer um de nós.

Na minha passagem segurou meu braço e disse uma única frase: — "como pode?"

Foi a mesma frase que pude distinguir no seu leito de doente. Como aquela que nos oferece o anjo da Embriedade.

São estas coisas que nós, médicos, não podemos perdoar a um Criador que sempre esteve ao nosso lado, no momento decisivo do indefinível da morte.

E é isto que dizemos sempre ante o inevitável, e em revolta: "Por que?"

Talvez no íntimo ainda ecoe em nós a mesma frase, a mesma coisa que sentia ante seus enfermos, todos iguais, senhores da vida e impotentes na morte.

Todos sentiram, Sentimos nós, doentes, professores, alunos, e tantos que o admiravam. Choraram seus filhos.

Como pôde, ante tantos inúteis, um desígnio escolhe-lo?

Que estranhos desígnios teve para ele o Criador.

Senhor, que força o mantém na coragem conservada e quem por nós decide?

Revoltados dissemos: "Ele, justo ele, Senhor... Como pode?"

"Aquele cujo rastro palmilhastes,
a cujos enfermos assististes
e de cujos filhos cuidastes,
vos terá legado como passaporte
a sua bênção..."

FELIX DO REGO ALMEIDA

"... diante da memória de Mário Braga de Abreu, tenho a impressão de estar na presença de uma ciência secular."

MEMENTO

Ainda acesa na minha lembrança a chama da tenacidade, quando jovem de 19 anos, acadêmico de medicina, estava sendo apresentado ao saudoso Professor MÁRIO BRAGA DE ABREU, pelo ilustre médico Agostinho Saldanha de Loyola, testemunha viva do que passo a recordar, tão sensivelmente.

De logo, percebi o lado humano do insigne Mestre, que se voltava, simultaneamente, para o doente que o procurava, fincado na certeza do êxito, pelo seu profundo conhecimento científico, assim também para o aluno que o acompanhava e a quem transmitia milagrosamente os ensinamentos. As suas aulas varavam as lindes da Escola e, com o tempo, ganharam as fronteiras, que se abriam para abeberarem-se todos daquilo a que eu chamaria de "dádiva de Deus".

Lições, as mais sobejas, do seu espírito desprendido, especialmente no trato com os mais carentes, ensinando-nos que a profissão muito haveria de exigir de sacrifícios, de renúncias, talvez até, de desenganos, mas que para o profissional, representava apenas a motivação para nova investida nos campos do saber e da solidariedade.

E quando empenhava o seu escalpelo, o fazia com toda a mestria e segurança, entregando-se, com fé, ao trabalho que desempenhava nos seus pacientes, burilando, às vezes, criativamente. Daí o ter-lhe sido conferido o título de "BISTURI DE OURO".

A sua energia, nunca pareceu arrogância, assim como a sua bondade, jamais se transformou em fraqueza.

No campo humanitário, foi excelente, na verdadeira acepção do termo. Praticava, amiúde, o sacerdócio, e no "SOLAR DA CARIDADE" — a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, que elegeu como sendo o seu 2.º lar, auscultando os corações, para dar-lhes alento; para recuperar a saúde física e espiritual de seus assistidos. Foi, assim, também um psicólogo.

E com tão salutar convívio, aprendi a amar o próximo e assim plasmei o meu caráter quando ainda jovem, guardando avaramente as lições recebidas daquele Mestre insigne, pela virtude misteriosa de haver cumprido, ao longo da sua carreira, o juramento que fizera alhures.

Hoje, não há quem possa esquecê-lo. E o modo único de perpetuar-lhe o nome, será o de trocá-lo pela nossa nota íntima equivalente. O silêncio da campa não conseguiu emurar-lhe o grande exemplo e o bem que espalhou, além das fronteiras, geográficas e sentimentais.

Memento como este, revigora-me o desejo de muito dar ainda de mim pela minha carreira profissional e por todos os que carecem de assistência, porque este passado foi tão alvissareiro e feliz que, diante da memória de MÁRIO BRAGA DE ABREU, tenho a impressão de "estar na presença de uma ciência secular". Um presente esclarecido nunca esquece as lições do passado, reconhecendo a evidência dos verdadeiros valores da Sociedade humana, que marcaram a sua presença, perenemente.

MANOEL S. CAVALCANTI

... o conselheiro a ser ouvido nos momentos difíceis da vida... o exemplo da legítima caridade cristã.

MÁRIO BRAGA DE ABREU

Conheci-o em 1938 como meu Professor de Clínica Cirúrgica, do 4.º ano da Faculdade de Medicina do Paraná, na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. Desde a primeira aula, impressionou-me e a toda nossa turma a maneira séria, austera, vibrante e a autoridade com que explanava os assuntos da prática cirúrgica diária. Marcante também era a eloqüência, erudição e clareza com que abordava os mais variados temas, tanto médicos, como sociológicos, políticos ou universitários, em suas memoráveis aulas expositivas, ricas de ensinamentos médico-científicos, éticos, cívicos e patrióticos que a todos encantava. Foi tal a influência favorável no espírito dos acadêmicos de 1938 que, ao término do Curso, embora houvesse uma candidatura praticamente vencedora para Paraninfo, coube a ele superá-la e se tornar o padrinho da turma que colou grau em 1940. Seu discurso de Paraninfo marcou época como um documento definidor das diretrizes educacionais que deveriam prevalecer no ensino superior de nosso país, sendo considerado como peça clássica em nossa Universidade.

Estudioso por gosto e vocação, incentiva seus Assistentes e Internos ao estudo e ao preparo científico, promovendo aulas e trabalhos. Fundou logo ao assumir a Catedra, um Serviço modelar de Clínica Cirúrgica, caracterizado pela disciplina, a uniformidade de procedimentos, a dedicação ao doente e principalmente a segurança e a eficiência com que fazia exercer a arte cirúrgica. Desse serviço saiu a quase totalidade dos Livres-Do-

centes e Professores Catedráticos das Cadeiras de Cirurgia do Paraná, cujas teses foram por ele sugeridas, orientadas e corrigidas.

Por seu Serviço, entre 1936 e 1976, durante quarenta anos, passaram e se formaram centenas de cirurgiões que se distribuíram pelos mais longínqüos rincões de nosso país e, que em sua grande maioria galgaram as mais elevadas posições na profissão médica e, especialmente na Cirurgia. Assim as Catedras da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica, foram conquistadas por ex-internos ou assistentes do Serviço, em concursos dos quais fez parte das Bancas Examinadoras, presidindo algumas delas. Tomou parte na Banca que examinou o meu Concurso à Docência Livre de Clínica Cirúrgica, conferindo a nota máxima (9) que a seu ver não comprometia o valor da prova, pelo excesso.

Essa norma de conduta foi invariável nos Concursos importantes em que tomou parte em diversos Estados, marcando sua presença pela atitude séria, honesta e imparcial com que sempre se houve, o que não o impedia, alguma vez, de salvar candidatos fadados ao insucesso.

No Curso normal da Cadeira eram temidas as memoráveis provas finais, prático-orais, das quais se póde fazer até um imenso anedotário, relembrado por todos os ex-alunos das duas Escolas, quase sempre com saudade e respeito pelo Mestre.

No Serviço era inflexível na disciplina; exigente e perfeccionista não transigia com o erro ou a displicência na prática da Medicina, mormente no ato cirúrgico e na sala de operações, exigindo de si mesmo muito mais do que de seus Assistentes pois, quando a intervenção cirúrgica não se desenvolvia satisfatóriamente ou quando ocorria a perda de um doente sentia-se profundamente abalado e irritadiço. Aliás, sua conduta era a do cirurgião bem formado que não admite imperfeição na terapêutica que dimana de suas mãos que devem agir com precisão, nas mais difíceis e intrincadas situações; deste ato tão complexo é que poderá resultar a cura ou a morte do paciente, portanto, nada deve ser deixado ao acaso ou à sorte. Assim era a conduta de Mário de Abreu, seguida por seus discípulos, até os nossos dias sempre com a compensação do bom êxito nas mais difíceis manobras cirúrgicas.

Nos inúmeros cargos de Direção que exerceu, sempre o fez com entusiasmo, dedicação e empenho, tratando a todos com a mesma delicadeza sóbria e austera, apanágio de sua personalidade de escol. Auxiliava a todos os que dele precisassem como Médico, Amigo, Conselheiro ou Professor, jamais se eximindo de suas prerrogativas e não raro ultrapassando os limites de sua competência, em benefício da pessoa necessitada.

Intransigente amigo de seus auxiliares e amigos, alegrava-se com seus triunfos, entristecendo-se mas apoiando-os em suas derrotas e adversidades, incentivando-os sempre. Médico excepcional, cuja presença era requerida a todo instante, por quantos o conheceram, não se cansava de atender clientes e amigos tanto no hospital, como no consultório ou em suas residências; nem mesmo suas refeições decorriam sem as constantes interrupções dos telefonemas dos que lhe davam notícias de doentes ou solicitavam um conselho que não podia esperar. Foi um dos últimos remanescentes do Médico de família: o Conselheiro a ser ouvido nos momentos difíceis da vida, tanto no que se refere à saúde como outras situações familiares. A todos auxiliava com seus conselhos sábios e muita vez decisivos; em outras oportunidades, com seu próprio dinheiro, minorava dificuldades financeiras de um pai de família desesperado. Tudo fazia sem alarde, com naturalidade e espontaneidade, exemplo da legítima caridade cristã.

Quando ferido pela ingratidão e a traição, lutava com todas as forças a fim de obter a reversão das condições adversas que lhe impunham os detratores, na maioria das vezes colegas de profissão e de magistério. Amargurava-o sobremaneira ter que tomar atitude drástica, definitiva e sem retorno, em relação a qualquer pessoa; não raro sacrificava-se em lugar de imolar os ouros. Assim aconteceu pelo menos em duas ocasiões: na Faculdade de Ciências Médicas quando Diretor e na Catedra da Faculdade de Medicina o Paraná, ao descobrir que estavam procurando solopar-lhe a autoridade, minimisando sua condição de Professor Catedrático e Chefe de Serviço. Após ingentes esforços junto aos responsáveis pela administração da Universidade no primeiro caso, tendo ido até o mais elevado escalão da Administração Pública, no segundo, ao não vislumbrar qualquer atitude de apoio ou intenção de compensar-lhe o prejuízo moral que lhe impingiram, deixou o cargo de Direção e abandonou a

Catedra que ilustrou por quarenta anos e a qual dedicou todo seu saber, poucos meses antes de sua jubilação. Foi tão duro e amargo o revez que, ele jamais se referiu a essa condição, em pronunciamentos posteriores, até o fim de seus dias. Isto ocorreu logo após haver sofrido dois violentos golpes: o primeiro privando-o da companhia de sua extremada esposa, atingida pela insidiosa doença que, como médico muita vez enfrentou e venceu; o segundo tirou-lhe a possibilidade de que seu filho viesse a ser o continuador da extraordinária obra que com tanto trabalho e esforço construiu durante sua vida. Sua tempera o fez suportar o sofrimento cruel, com estoicismo, sem recriminações, sempre com o animo de minorar os efeitos da adversidade.

Despojado de sua prerrogativa de Professor, na Faculdade onde iniciou seu mister, passou a trabalhar exclusivamente no Hospital de Caridade a que dedicou sua carreira desde que chegou a Curitiba e que nunca abandonou, continuando a ensinar diariamente aos alunos da outra Escola da qual foi um dos fundadores, preenchendo o objetivo de sua existência: Tratar dos doentes, ministrar ensinamentos médicos, dirigindo a Santa Casa e seu Serviço, até que a inexorável doença o prendeu no leito por quase dois anos. Com resignação, suportou a imobilidade de sua mão benfazeja que tantas vidas salvou; a impossibilidade de se locomover livremente, fez com que o médico que nunca deixou de se movimentar em benefício dos demais, se visse na contingência de ser auxiliado em seus mínimos gestos. Pode-se aquilatar a dor desse homem enérgico, vigoroso e independente ao se ver tolhido em sua atividade física e na sua capacidade de expressão, embora conservando ainda a lucidez e a inteligência. Em meio às agruras de uma doença arrasadora, findou em 1981, na terra, esta vida tão fecunda e útil, entreabrindo a eternidade feliz àquele que tanto bem espargiu ao seu redor.

Como alguns de seus assistentes, acompanhei-o durante quase quarenta anos, haurindo seus preciosos ensinamentos, absorvendo sua conduta e procurando transmití-la aos meus colaboradores e alunos. Para mim, foi um amigo, quase um segundo pai; ajudou-me em todas as difíceis situações profissionais e familiares por que passei. Devo-lhe minha formação profissional e a orientação geral que dele recebi. Com gratidão, continuarei sempre a cultuar-lhe a memória.

MÁRIO MONTANHA TEIXEIRA

"... padrão de nobreza moral, inteireza de alma que soube conciliar as certezas da ciência com as verdades da fé.

Pessoas há em quem reconhecemos, de par com incontida admiração, uma superioridade que não nos humilha nem empequenece, mas, ao contrário, nos exalta e orgulha, de nós alijando o menor sentimento de inveja, substituída pela atitude respeitosa que chega, às vezes, até a devoção.

Como que retratam, essas pessoas, toda a grandeza e a dignidade da espécie humana, transmitindo-nos seu contacto um pouco dessa grandeza e dessa dignidade, a valorizar, com isso, a nossa própria vida.

De pessoas assim queremos ser amigos, discípulos e seguidores. São raras, sem dúvida, pois bem poucos os que se destacam da mediana e se colocam nos altiplanos, onde pisam os seres de eleição.

Mário Abreu fazia parte desse rol selecionado, a essa estirpe pertencia. Seu destino foi o de despertar respeito, fazer amigos e criar discípulos. É tudo isto de um modo natural, com naturalidade, sem nada impor nem exigir, realizando-se, não de caso pensado, mas pela própria força de sua existência, pelo simples fato do viver, pelo exemplo de sua vida.

Sobre sua personalidade, sobre sua formação de cientista e mestre; sobre a ciência e perícia da sua arte, tida e proclamada como uma das mais altas expressões da medicina brasileira; sobre o médico simples ,humilde e competentíssimo, desprendido das coisas do mundo e desapegado dos bens de fortuna, a exercer a profissão que adotou como verdadeiro sacer-

dócio; sobre Mário Abreu, enfim, falem com mais desenvoltura os mais qualificados para isso, os que foram seus colegas e discípulos, os que mais com ele privaram no nobre ofício de curar as dores e salvar as vidas.

Quanto a mim, fale por mim e dê seu testemunho o "l'uomo qualunque", o homem comum, o homem da rua, o homem qualquer, que, do mesmo modo como pode ser um só, também pode ser tomado coletivamente e então são muitos, segundo a locução italiana, ou são todos. No caso, todos os que conheceram Mário Abreu, os que com ele conviveram ou sobre ele ouviram falar. A nossa Curitiba toda, quase todo o Paraná, sem dúvida.

E a nota dominante, absoluta e única, é o aplauso, o respeito e a irrestrita admiração a quem foi, em todas as suas projeções de vida, um exemplo de bem ser, excelente em tudo.

Professor emérito na cátedra universitária e cirurgião de escol, perito e mestre; médico abnegado na Santa Casa de Misericórdia, na sua clínica particular e nos lares, onde a sua presença era a presença do amigo, incansável no atender a incerteza e o sofrimento de seus clientes. Modelo de homem, um homem, realmente, que se realizou em todas as suas dimensões para o bem e para a verdade.

Esse o Mário Abreu, a quem todos conhecemos.

Simples, modesto, afável no trato comum, porém severo e exigente como professor e no exercício de sua arte, como cirurgião, a testemunhar o zelo e o senso de sua responsabilidade, quando se tratava de formar o médico ou de recompor o corpo para a salvação da vida.

Espírito lúcido, operoso e fecundo que iluminou um glorioso período da medicina paranaense, projetando o nome de nosso Estado para além fronteiras; padrão de nobreza moral, inteireza de alma que soube conciliar as certezas da ciência com as verdades da fé, foi um altíssimo modelo de homem.

Esse o Mário Abreu, que todos conhecemos!

NELSON LUIZ DE SOUZA PINTO

Ligado por laços familiares que as circunstâncias estreitaram de maneira particular convivi com Mário de Abreu em condições especiais de respeito, afeição e intimidade. No sobrinho moço, que aproveitou de seus conselhos e orientação e especialmente no adulto, que compartilhou estreitamente da fase final de sua vida ficaram impressões profundas do seu caráter, cultura e competência profissional.

O caráter de um homem a quem se podia a qualquer instante apresentar os problemas mais íntimos e as questões mais delicadas na certeza da ponderação equilibrada, do conselho prudente, da confidência confessional. Sob a aparência severa escondia-se o conselheiro humano e compreensivo realmente disposto a auxiliar o seu próximo com espírito cristão, sincero e desinteressado.

A cultura que distinguia nos mais diversos campos, fruto de leitura vasta e de preocupações e estudos filosóficos de toda uma vida lhe permitia encarar o mundo sempre sob um ponto de vista amplo e abrangente. Cultura que o tornava um ponto de referência obrigatório quando se disputava por essa ou aquela razão sobre o significado de uma expressão, a influência de uma escola de pensamento, a história do Paísl ou os acontecimentos mundiais de maior repercussão. Por outro lado não se furtava com humor às discussões pitorescas que mantínhamos ocasionalmente sobre questões de engenharia. Ignorando a essência do problema técnico, exercia toda a sua capacidade dialética em um exercício que lhe era agradável de argumentação lógica, em que se permitia recorrer sem pejo a sofismas os mais evidentes.

Naturalmente algumas de suas principais preocupações refletiam-se nos temas mais freqüentes das nossas conversas de

fim de semana — A Santa Casa de Misericórdia de Curitiba merecia uma atenção permanente. Em particular zelava pela manutenção de sua natureza básica caracterizada pela assistência ao indingente, idéia plenamente em acordo com a sua noção de que a Medicina mais do que uma profissão liberal era a preocupação permanente com o sofrimento do homem — A Universidade do Paraná, para cujo brilho contribuiu, deixou-lhe uma amargura de última hora. Por vocação e opção de vida foi sempre um professor, e como tal, permanentemente atento à evolução da Universidade. Afligia-o o domínio da burocracia sobre o saber, a deficiência crônica das bibliotecas, o menosprezo da competência na hierarquização da atividade universitária.

Demonstrou sempre uma aversão profunda aos egoístas e aos avaros. Homens que colocavam o seu próprio bem estar acima de tudo e de todos ou que atropelavam muitas vezes os amigos na ânsia de aumentar a própria fortuna, não raro já ponderável, o atormentavam e o irritavam particularmente — Perfeccionista na sua atividade profissional, nada o satisfazia mais do que ver os elementos jovens dedicando-se com seriedade ao estudo e ao trabalho. Uma carreira se contrói devagar, repetia, estruturando-se suas bases com muito trabalho e estudo. O sucesso profissional é uma decorrência lógica tão mais gratificante porque é justa e estável.

A sua competência profissional, independente da fama ou do conceito indiscutíveis em outros escalões, trazia para nossa família uma tranqüilidade toda especial — pergunte ao tio Mário... e a felicidade de quem via desaparecer os sintomas pela singeleza com que relegava as queixas menos procedentes a um segundo plano ou a confiança serena sobre uma decisão difícil, fundamentada no reconhecimento do problema real e na certeza da solução necessária executada com a maestria característica.

O respeito que a consideração para com o tio mais velho impôs naturalmente desde o início do nosso relacionamento familiar e a afeição desenvolvida na medida em que os acontecimentos da vida se encarregavam de realçar as suas qualidades humanas, evoluiram para um sentimento de amizade que nos uniu particularmente em seus últimos anos. Uma verdadeira amizade, sincera e desinteressada, dizia Mário de Abreu, é um

dos sentimentos mais nobres do homem, por isso tão raro. Nossa amizade, que ouso colocar nessa categoria, foi um dos aspectos marcantes da minha existência e a sua memória permanece como uma fonte de inspiração singular.

NEY REGATTIERI DO NASCIMENTO

Depoimento prestado à Casa da Memória — Casa Romário Martins — 9 de julho de 1981.

O doutor Mário nasceu em Curitiba em 1906. Formou-se no Rio de Janeiro, na Escola Nacional de Medicina, em 1929. Foi professor da Clínica Cirúrgica desde 1936-37. Foi fundador da Universidade Católica do Paraná, onde teve a primeira cátedra de Clínica Cirúrgica. Era exigente consigo mesmo. E extremamente exigente. Foi um líder, com senso de comando. Sempre atento ao melhor atendimento possível aos doentes. Independentemente da classe, da religião, da procedência. Se havia um desvio sobrevinha a briga. Talvez dos últimos "médicos de família" da nossa cidade. Sempre lutou pela manutenção do caráter de Hospital de Caridade da nossa Santa Casa. Na guerra, quando havia exigüidade de material cirúrgico, nunca deixou que faltasse nada aos seus doentes. Não admitia economias. Nosso hospital tem 400 leitos. 200 são para indigentes e se devem ao Dr. Mário. Ele chegou a tirar dinheiro do próprio bolso para ajudar o hospital. Sempre empenhado em evitar que a Santa Casa soçobrasse. Um dos seus tios, que era seu homônimo, se não me engano, foi o responsável por dar maiores doações que a Santa Casa já recebeu, que a Irmandade já teve em mãos.

Dr. Mário deve ter arranjado isso. Era completamente desapegado ao dinheiro. Não se empenhava em receber. Era natural que se aborrecesse quando muitos abusavam disto. Foi de uma dedicação integral ao hospital e aos doentes. Tudo sabia. Tudo determinava. Tudo punha em ordem. Se algo estava errado na Santa Casa sobrevinha a bronca, uma erupção. Depois, serenava, e jamais deixou rancores.

Foi fundador, com o Loureiro, o Bento, o Liguaru, o Arthur Martins Franco do Centro de Estudos Bandeirantes. Presidente da da Associação Médica. Fundador da Associação dos Médicos dos Hospitais da Santa Casa. Há três anos ainda fez promover um simpósio sobre "Parada Cardíaca", com padres, médicos, todos discutindo a ética, a hora da morte, se ocorria, como ocorria. Fiz, praticamente, a maior parte de suas anestesias. Estive com ele trinta e poucos anos na Santa Casa e vinte no Hospital de Clínicas. Do convívio social só lembro que era escasso, sempre relegado em relação ao trabalho. Foram reuniões anuais, a cada ano, pelo Natal, um almoço.

Dr. Mário representa, verdadeiramente, um modelo para os médicos da sua equipe, e para todos os médicos.

Exemplo para três filhas que agora deixa — Maria Cecília, Maria Isabel e Maria Cristina —, para seus inúmeros familiares, para toda a cidade.

Digno do seu nome, da sua fama. Penso que até maior do que imaginamos.

RENATO ARAUJO BONARDI

... exemplo de humildade e dignidade cristã...

Conheci Maria Cristina, filha mais moça de Dr. Mário, e atualmente minha esposa, ainda quando calouro, recém ingressado na então Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná em 1964. Já de muito ouvira falar do Doutor Mário, de sua fama e na escola de Medicina de suas tão temidas exigências para com os alunos. Mas ainda não tivera a oportunidade de conhecê-lo pessoalmente, e só no segundo ano do curso de medicina, quando Maria Cristina e eu começamos um longo namoro, isto aconteceu. No início sem nenhuma aprovação. Dr. Mário sempre sisudo mas não carrancudo. Nos cumprimentávamos à distância, não havendo lugar para um pequeno diálogo. O tempo foi passando e o sistema continuava o mesmo, fui seu aluno de Clínica Cirúrgica e freqüentei o seu Serviço até o final do curso. Dr. Mário não tinha para comigo, pelo menos aparentemente nenhum tratamento especial, o que me deixava muito a vontade. Com os alunos era enérgico e exigente transmitindo sempre nas suas lições além da experiência profissional, o respeito e a caridade para com os menos favorecidos. Em uma ocasião em uma das suas aulas teóricas, um doente foi chamado a apresentar a sua história aos estudantes. Seu relato foi como ele próprio, muito simples, num linguajar característico e para nós um tanto jocoso o que provocou risos em toda a platéia. Dr. Mário interveio de pronto; a lição daquele dia foi a de nunca fazer "troça" do que o doente diz ou da maneira como se expressa. Suas visitas nas enfermarias sempre foram muito concorridas, eram um espetáculo de segurança e conduta ética e profissional. Aos estudantes sempre foi permitida a palavra, porém havia medo infundado do Professor Mário. Quando um de nós lhe dirigia uma pergunta, a resposta era imediata, clara, às vezes um tanto sutil mas sem-

pre mostrando um desejo imenso de ensinar. Na sala de operações, onde podia exercer toda a sua maestria, era também muito exigente; pouca conversa e somente a respeito do ato cirúrgico em andamento, não tolerava comentários desnecessários.

Quando me formei, por orientação do Dr. Mário fui fazer a minha formação fora de Curitiba. Ele sempre achava que durante a formação de um cirurgião havia necessidade de conhecer outros serviços, outros nomes, outras condutas e principalmente saber discernir o que seria melhor para o doente, sua mais constante preocupação. Estive ausente de Curitiba durante seis anos, e quando voltei para a cidade ingressei no Serviço de Clínica da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, dirigido por Dr. Mário. Nosso convívio tanto familiar como profissional foi infelizmente muito curto devido ao seu falecimento em 1981, mas nem por isto repleto de ensinamentos. Sua presença no hospital (Santa Casa) inspirava confiança. Por diversas vezes quando qualquer um do serviço se encontrava metido em uma dificuldade cirúrgica, problema aparentemente sem solução, o recurso final era... "chamem o Dr. Mário!" E quando ele aparecia na sala de operações dava a sensação de que agora as coisas iriam tomar o rumo certo. A orientação e a crítica vinham de imediato algumas vezes até entrando em campo se fazia necessário. Sempre estimulou muito o estudo entre os seus assistentes. Promovia reuniões para debates, obrigando a cada um a proferir palestras sobre os mais diversos assuntos. Comparecia a todas elas e no final dizia da sua própria experiência, com isto desenvolveu muito o hábito de falar em público. Sempre foi um freqüentador assíduo de Congressos Médicos, regionais, nacionais e internacionais e da mesma forma estimulou em seus assistentes esta prática. Sua biblioteca médica era imensa e diversos periódicos bem como livros texto eram adquiridos para que pudessem servir aos estudantes e médicos. Depois da sua morte, conforme sua vontade, seu acêrvo literário veio a formar a Biblioteca da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e que recebeu o nome do Dr. José Loureiro Fernandes, seu amigo e companheiro de trabalho de tantos anos no hospital.

No âmbito familiar Dr. Mário era um homem de temperamento muito acessível. Em nada do que fazia ou expressava havia rancor, somente firmeza e convicção. Nos dias de reunião

familiar, sentava-se a cabeceira da mesa e com as filhas, genros e netos mantinha um convívio dos mais agradáveis e cativantes. Sempre deu muita atenção aos netos (nove ao todo) que tinham no avô o seu escudo protetor e que como ele afirmava... "na casa do avô não é lugar de educar filho", o que nós, os pais, ainda que não concordássemos, respeitávamos prontamente. Dr. Mário foi acometido por um acidente vascular cerebral que o deixou hemiplégico e afásico. Situação extremamente dolorosa. que lhe impedia talvez o que mais apreciava, falar, expremir seus pensamentos, ensinar e orientar. Mesmo assim doente demonstrava lucidez ímpar, com gestos e algumas palavras truncadas se fazia entender e ainda dava orientações. No sentido de poder manter mais vivo o nosso contato profissional ,trazia a ele os problemas profissionais que por ventura exigissem maior experiência ou vivência, aos quais ele acenava com a cabeça se considerava certo ou negava caso contrário. Permaneceu nesta situação durante dois anos. Guardo muito vivo em minha memória o exemplo de humildade e dignidade cristã que foi o Dr. Mário, tentando transmitir aos meus filhos, seus netos.

O OCASO DE UM GRANDE PROFESSOR

SUA ÚLTIMA AULA

"Palavras que se constituem em uma profissão de fé no trabalho, demonstrando a dedicação ao ensino e o sentido de responsabilidade do médico e do professor. Apesar de ter sido sua despedida amargurada, foi também, seu brado de revolta contra a omissão dos pusilânimes, a inveja dos incapazes e a inconsciência dos iconoclastas."

Pedro Emílio de Cerqueira Neto.

Pronunciamento do Prof. Mário Braga de Abreu em sua última aula, ministrada em 08 de março de 1976, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.*

Em virtude das circunstâncias, peço desculpas po ser obrigado a me pronunciar deste modo.

Eu sou o professor que está na Escola e na Universidade há mais de 40 anos, e que durante este período, sempre teve um contáto muito chegado aos problemas do ensino, aos estudantes, ao progresso da Universidade e à vontade de que ela representasse dentro do âmbito intelectual e científico do país, alguma coisa de concreto, de objetivo, de sério e, razoavelmente, bem executado.

Em virtude de se ter modificado a orientação e a formação do estudante, estabeleceu-se nestes últimos tempos uma refor-

* De uma gravação em fita.

ma de ensino e se retirou do chamado catedrático a possibilidade de uma interferência mais ou menos seria nos assuntos universitários. Esta constituição permitiu que se fizessem ou se concretizassem designações, ou posições, dentro da Universidade, que em nada se assemelham ao que era antigamente. Desse modo, nós, que éramos professor de Clínica Cirúrgica, não somos mais professor de Clínica Cirúrgica e sim de uma disciplina que nos foi designada em reunião do Departamento. Disciplina esta que nós consideramos exdrúxula, dentro do currículo de formação da cirurgia, e por isso, nos sentimos incapazes de nos animar a falar sobre alguma coisa que pudesse, por ventura, ser científica.

Durante este período, em que estabeleceram estas modificações, fizemos todo o possível para que entendessem que a Clínica Cirúrgica não tinha nada que se opuzesse ao progresso atual, e que podia persistir como tal, sem interferir na formação do estudante ou na do futuro cirurgião; mas assim não se entendeu e ela desapareceu do currículo. O Departamento de Cirurgia se subdividiu em várias disciplinas e seu Chefe designa "sponte sua" Chefes de Disciplinas para o exercício do ensino durante um determinado período. É evidente por si próprio que isto permite que se faça alguma coisa que não é proposital e que ao mesmo tempo pode prejudicar a todos e eventualmente o próprio estudante. É evidente que nós, pessoalmente, não poderíamos de forma alguma achar que isto era correto.

Porque se fez isto? Por que que se designou a mim como professor de Cirurgia Geral e Anestesiologia? Um casamento exdrúxulo, que não se pode de forma alguma compreender e que, no meu caso pessoal, considero como sendo algo que me diminuiu, porque não é possível que, após 40 anos como professor, me veja obrigado a ensinar na conceituação da Cirurgia Geral. E se diz então que esse Cirurgia Geral compreende alguns poucos assuntos da antiga Clínica Cirúrgica, aos quais nós devemos nos cingir. É evidente que isto não pode caber no conceito comum, e que eu não posso, de forma alguma, sentir uma humilhação desse tipo sem que diga, de viva voz, que isto está errado, independente de ter ou não a presunção de ter exercido um período como professor, de uma forma normal. Não é possível que eu possa aceitar, ao fim de tantos anos, ser colocado, perante o aluno, dessa forma. É evidente que eu deva rechaçar

esta posição, o que não posso sentir de outro modo a não ser que ela é para mim humilhante e, sendo assim, e até mesmo em função da responsabilidade que eu tive durante esses anos todos, devo dizer que não posso aceitá-la.

Eu quis que este testemunho se tornasse público a fim de que se perceba o que isso possa ter de ofensivo a alguém que se dedicou durante toda sua vida à Universidade, ao conceito da universidade, e, em boa parte , aos alunos.

Durante os primeiros 25 anos como professor, nós trabalhamos na Santa Casa, que é o hospital local de Curitiba, hoje um pouco mais adequado, pouco mais bem aparelhado, mas que nos primeiros 25 anos, era um hospital extremamente pobre, extremamente humilde, no qual não eram poucas as vezes que não se podia pagar a carne, outras, o pão, e às vezes não se pagava nem a carne, nem o pão porque não haviam recursos. Pelo mesmo motivo, o material cirúrgico era adquirido por nós mesmos, a fim de que não parássemos com o hospital e pudéssemos obedecer até certo ponto à evolução natural da própria cirurgia. Nós esperávamos que isto passasse com o tempo, a fim de que não esmorecesse, que não morresse, que não se finasse e que não se perdesse o prestígio da própria Universidade; foi um período de grande sacrifício, de ordem pessoal, de todos. Nós fazíamos dentro do hospital, o que, hoje, se diz tempo integral geográfico, sem nunca pedir nada à Escola, pagasse ou não pagasse. Mas fazíamos isto espontaneamente, turma após turma nós ensinávamos como dever, como gosto, como prazer, como prestígio a fim de que ninguém pudesse sentir que havia deficiência. O hospital era realmente muito pobre. Mas, apesar de tudo, nós trabalhávamos com boa vontade, com vontade de progredir, de ensinar, mostrando de toda forma e de toda maneira, aos que se formavam, uma futura responsabilidade social. Eles estão atualmente exercendo sua profissão e nos parece, de longe e de perto, que a lição foi eficiente.

Após este período de longo sacrifício, no qual nunca pedimos, mas sempre demos, aqui estamos nós há 15 anos e, durante este período, neste hospital continuamos, trabalhamos como pudemos, nos esforçando do melhor modo possível a fim de que, no exercício do ensino, quem passasse pelo nosso Serviço, sentisse a mesma cor, isto é que o principal é a dedicação, é a vontade de trabalhar, é a seriedade de propósito. Nós não sen-

timos que estamos num palácio, realmente, isto aqui é um palácio. Mas precisava de um conteúdo, conteúdo de homem como homem, não só profissional, para que todos pudéssemos sentir que estávamos nos formando em benefício de alguém, de alguma coisa: não é só ser o profissional, mas o profissional e o social. Penso que fizemos isto também. Nós não nos arrogamos ao palácio, nós fizemos do palácio a nossa casa e sentimos assim, acredito que em benefício dos outros e do doente, principalmente.

Isto tudo representa uma vida, uma dedicação ao cargo, a uma função. Se não sabem, fiquem sabendo: nós poderíamos ter sido outras coisas, porque oportunidades não faltaram durante nossa vida para mudarmos o sentido dela, para qualquer lugar, qualquer posto político ou social, ou de qualquer outra natureza, mas nós nos recusamos terminantemente, porque éramos cirurgião, médico, professor e não podemos deixar de sentir a humilhação, que não aceitamos, de pretender que se mude a nossa posição dentro da conceituação geral do ensino, da escola e da Universidade.

Não havia outra maneira de dizer isto, embora eu sinta que não é a forma adequada, inclusive porque este não é o foro ao qual eu devesse me dirigir. Devem existir outros foros, dentro da Universidade para me ouvir, mas não fui ouvido. Assim o último que me resta é este, no qual me sinto bem porque foi com os estudantes que sempre convivi. Ninguém foi mais prestigiado por eles do que eu. Mérito ou não mérito, não sei. E nem pretendo indagar porque estou no fim da vida e penso que o que tinha que ser feito já o foi.

Eu não posso nem fazer confiteor porque o meu confiteor já foi feito há anos atrás. Não seria portanto aqui que eu iria falar nisso, mas acontece que me senti incompreendido, embora tivesse falado com A, B, e C, autoridades dentro do conjunto universitário. Se fui ouvido, se fui sentido, não sei.

De qualquer modo, estou onde estou e quero que isto sirva de protesto formal por me terem colocado numa posição que não mereço e na qual não deveria estar.

Peço desculpas a todos por ter que falar deste modo. Eu não tenho muitos estudantes, não sei porque gostaria que eles fossem muitos, mas eu tenho uma dupla responsabilidade. Eu

sou chefe de serviço há muitos anos. Formou-se no meu serviço uma quantidade enorme de médicos e cirurgiões que trabalham pelo Brasil afora, e dentro do estado do Paraná. A eles, e aos médicos e cirurgiões que trabalham comigo, eu tinha que dar uma satisfação.

É claro que não podem aceitar que eu, que era professor da Clínica Cirúrgica passe a ser professor de não sei o que, porque ficou deliberado, dentro de algumas sessões, que eu deveria ser isto. Esta maneira de proceder não tem cabimento, não tem juízo formado, então eu me sinto na necessidade de declarar de público que não aceito esta condição porque não é justa para a minha função, nem para meu propósito de toda a vida e nem para a minha idade.

Não se brinca com essa idade, e não se brinca com alguém que trabalhou 40 anos fazendo o possível para que fosse visto como um exemplo e, agora, passe a ser visto como um outro exemplo.

Eu não pus o avental branco de propósito, porque faz alguns anos que eu vivo de luto e eu quis que vocês tivessem a minha imagem de luto, porque é enlutado que eu estou por ter que falar desse modo e por estar na frente de todos me justificando, ou pelo menos deblaterando contra uma coisa que nunca deveria ter sido pensada, quanto mais executada. E foi, propositadamente executada.

Eu entrava no hospital, sem querer, como um anjo e ao me dirigir ao ambulatório — ambulatório da 1.ª Clínica Cirúrgica — lá estava uma ordem para que os doentes fossem discriminados para chegar ao meu ambulatório, assim como quem quer tomar conta, também do meu serviço, precocemente, uma vez que serei obrigatoriamente aposentado no próximo mês de abril.

Então eu não tenho opção. Prestem atenção nisto, eu não tenho opção. Não ficarei na escola por querer ou não querer, mas sairei obrigatoriamente no mês de abril e, no entanto, apressadamente, se preocupam em me fazer sair do hospital, pois é evidente: primeiro, na reunião dos Chefes do Departamento, me retiram da Disciplina e depois, então, pretendem que eu me afaste do Serviço. Porque isso? Se vou ser aposentado no mês de abril e não tenho nem tempo de dar aulas, se quisesse, pois no mês que vem sairei da faculdade. No entanto,

insistentemente, como se eu fosse alguém que estivesse prejudicando apenas com a minha presença, querem fazer com que eu saia antes do tempo.

O insulto, eu devolvo!

Eu não posso suportar que se pretenda insultar alguém desse modo.

Agradeço profundamente a todos os que estão aqui presentes, e aproveito para agradecer aos que estão trabalhando comigo até esse momento, pela constância de propósito, de trabalho, de seriedade, de aplicação.

Peço desculpas pela necessidade que eu tenho de falar como estou falando, mas a responsabilidade é toda minha. Estou falando porque quis falar assim e ninguém sabia disso; apenas eu me senti obrigado a me expressar claramente pois não era mais possível pensar no que se pretendeu fazer, em humilhação à minha pessoa.

Mais uma vez agradeço a todos e peço um milhão de desculpas por terem tido a necessidade de ouvir o que ouviram.

Muito obrigado pela presença de todos.

DOIS PRONUNCIAMENTOS

Pronunciamento do Professor Eduardo Corrêa Lima, em Sessão Plenária do Conselho de Ensino e Pesquisa realizada a 20/01/76, na Universidade Federal do Paraná.

Senhor Presidente!

Senhores Conselheiros!

Talvez a alguns dos senhores pareça estranho, até sem propósito, o que passarei a expor.

Mas meu amor à verdade, à coerência e à lealdade para comigo mesmo e para com os homens que contribuiram para a grandeza da Universidade do Paraná, permitem-me que possa lançar este libelo, como um grito de protesto. Já afirmei, de uma certa feita, que acredito em renovação como correção de velhos erros, mas acredito muito mais no respeito aos bons exemplos, à cultura e ao culto das tradições autênticas.

Sei, Senhores Conselheiros, que os tempos mudaram, mas o presente não há de fazer com que esqueçamos o passado, remoto ou próximo, nem os homens que marcaram, e ainda marcam, a grandeza de uma época.

Seria injusto julgar uma época, e seu valores humanos, de acordo com as categorias atuais, sem fazer um honesto esforço de compreensão, porque onde termina o científico ou o técnico, não termina o homem. O homem continuará perguntando-se sobre a verdade, a justiça, o bem, o que realizou, o que deixou, o que deve merecer respeito e gratidão da comunidade que ele ajudou a crescer.

Senhores Conselheiros!

Fala-se tanto em crise da Universidade, crise do ensino, crise da cultura, crise da sociedade, mas pouco se diz da crise de respeito humano, da negação de valores, do achincalhamento das tradições, do desrespeito ao ocaso dos grandes mestres.

Cheio de razões estava MILTON CARNEIRO quando dizia, como num desabafo, que "não há quem não veja e sofra a imensa tragédia moral por que passa nosso povo, as grandes misérias do nosso cotidiano social. Não há quem não ouça um coaxar impertinente de sapos em todos os desvãos da substância humana".

Nada conhecemos, senhores, mais criminoso do que uma perversa inteligência a zombar por todos os modos da virtude, a rebaixar por todas as maneiras os valores morais, a menospresar tudo quanto é alto na alma humana. Inteligências perversas que esquecem facilmente o passado, pelo simples e fugaz prazer de sentir que estão subindo, — subindo agachados, desconhecendo "a geometria das perpendiculares", sem saber projetar suas vidas sobre a terra.

Será que humilhar, melindrar, denegrir valores humanos, é modo correto de subir? Acredito que não!

Senhores Conselheiros!

Walfrido Pilotto — grande historiador e literato paranaense — realça outra triste faceta do comportamento de nossa gente, quando de justíssima homenagem prestada ao ilustre Reitor Flávio Suplicy de Lacerda.

A Walfrido Pilotto peço que me permita aqui transcrever seu pensamento:

> "Sofre, ainda, nossa gente do vício do autodevoramento. Seus homens de pról, aqueles que por um ou vários modos, já tenham provado o seu valor, são zero, na boca de qualquer zero. É do Paraná? desmoronem, então sobre o infeliz que se salientou, todas as ogerizas e mesmo todas as infâmias. Mas quem exalte um filho das Araucárias não sofrerá menos. Buscam-se pretextos os mais fantasiosos, para denegrir o louvor".

Senhores Conselheiros!

Sabendo e sentindo tudo o que se passa e o tanto que sofre, quero declarar meu entusiasmo por um ilustre paranaense. Um homem que fez da medicina uma profissão de fé, um homem de rútilo valor moral, de comportamento ímpar, de cultura soberba — o professor MÁRIO BRAGA DE ABREU. Venho a este plenário, profundamente decepcionado, firmar uma posição, num ato de sinceridade, acentuando não serem minhas declarações as de uma fatura a ser compensada com mercez de qualquer espécie.

Louvar MÁRIO BRAGA DE ABREU é tarefa fácil, tantos e incontáveis são os seus méritos. Sentir orgulho de ter sido seu discípulo, e ser seu amigo, só me engrandece. Mas saber que paranaense de tantos méritos, tantas vezes laureado, que fez de sua vida uma só preocupação — a de praticar o bem, de elevar sua terra e sua gente — não vem merecendo, no ocaso de sua brilhante carreira universitária, o respeito que lhe é, sem favor algum, devido, entristece-me profundamente.

Atos administrativos que não condizem com os princípios de solidariedade e respeito humanos, obrigam-me a esta manifestação de repúdio a atitude do Departamento de Cirurgia do Setor de Ciências da Saúde.

Não posso entender o que lá se passou, nem encontro, por mais que busque, explicações para o afastamento do professor MÁRIO BRAGA DE ABREU de seu trabalho docente antes de atingir a idade limite para o final de sua fecunda carreira. Três meses faltam para sua jubilação professoral, e não conseguimos entender o porquê do afastamento da chefia da disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Não posso entender, nem aceitar, atitudes como estas que só desencantam, tão pequenas que são.

Lamentável atitude, nos leva a concluir, com Abbé Pierre, que o homem pode realizar, no mal, em ato infinito, uma vez que o mal, a gravidade de uma ofensa, medem-se não em relação ao ofensor, mas à grandeza do ofendido. E quando se trata de reparar, a reparação não será proporcional a quem a recebe, não atinge as proporções necessárias. Fica a irreparável desilusão.

É o triste fadário dos homens de ciência, dos grandes homens!

Senhores Conselheiros!

Se tradição e cultura são valores — morais, religiosos e estéticos — é diante destes valores que a Universidade deve estar calcada.

Mas ondes estás Universidade — grandeza?

Universidade — respeito humano?

Universidade — reconhecimento de valores?

Onde estás?

Confesso, tristemente, que não sei!

Pronunciamento do Prof. Pedro Emilio de Cerqueira Lima Neto, em reunião Plenária do Departamento de Cirurgia do Setor de Ciências da Universidade Federal do Paraná, em 28 de abril de 1976.

Esta é a primeira vez que uso da palavra em reunião plenária deste Departamento e faço movido por imperativo exclusivamente pessoal e para fixar minha posição em conseqüência de fatos extremamente desagradáveis e injustificáveis que aqui ocorreram.

Para muitos, estas poucas frases poderão parecer extemporâneas; contudo esta foi a oportunidade que me restou por ser, no corrente ano, a primeira reunião do Plenário do Departamento de Cirurgia, em que pesem os dispositivos regimentais.

Manifestando-me, agora, faço-o por escrito para que se evidencie a meditação da atitude e o desejo de afirmar a própria responsabilidade.

Aprendi no lar paterno, por palavras e exemplos, que o homem vale por sua inteligência, por sua capacidade, e principalmente, por sua integridade moral e não pelos bens materiais que possua ou por posições sociais, funcionais ou políticas que, eventualmente, possa conquistar.

Aprendi, também, que amizade e gratidão são atributos da pessoa humana, mas, que só os homens moralmente íntegros sabem prezá-los.

Presenciei, na infância e na adolescência, por mais de uma vez, gestos de lealdade para com os amigos que foram, não raramente, ao sacrifício pessoal.

Assim sendo, eu não poderia, sem trair minhas próprias origens, deixar de consignar, nesta ocasião, minha total diver-

gência e minha repulsa pelas ofensas e aleivosias que, consciente ou inconscientemente, foram perpetradas contra o eminente Professor Dr. Mário Braga de Abreu.

Desnecessárias as medidas tomadas, açodadamente, não importa a que pretexto, colocando-o em posição incompatível com sua dignidade pessoal, com sua capacidade técnica e com sua projeção profissional, dentro de nossa Universidade e de nosso Estado.

Como se isso ainda não fosse suficiente, houve tentativa de interferência, indébita e grosseira, no ambulatório e em outras atividades de seu Serviço que só não se efetivou pela intervenção da Diretoria do Hospital de Clínicas.

Esses fatos, certamente, são de todos conhecidos, mas vieram alcançar um homem no momento em que é jubilado por limite de idade e no exato ano em que completa quatro decênios como professor catedrático da Universidade do Paraná.

PROFESSOR que formou, em épocas sucessivas, inúmeros cirurgiões que, com capacidade, militam nos vários rincões do Brasil.

MESTRE que plasmou novos mestres que hoje integram e ilustram este Departamento e a Universidade.

CHEFE DE SERVIÇO que orientou trabalhos e teses que foram defendidas em nossa Faculdade.

INTELECTUAL que sempre colaborou em todas as iniciativas que visassem o aprimoramento do ensino e da cultura, em nosso meio ou fora dele.

CIRURGIÃO, altamente qualificado, que nunca deixou de dar provas de dedicação profissional, de respeito ao doente, de amor ao próximo, enfim, de verdadeira caridade cristã.

AMIGO sincero, leal e dedicado aos seus amigos.

MÉDICO que, não sendo professor de Deontologia, deu lições de Ética; que sempre foi e continuará sendo padrão de dignidade humana.

Por todos esses motivos, pela amizade que lhe dedico e pelo muito que lhe devo, a semelhança de vários que aqui se

encontram, é que faço esse pronunciamento, lamentando ainda que ,além do Departamento e da Universidade, outros que poderiam ter interferido, tivessem optado pelo comodismo pusilânime da omissão.

Finalizando, solicito que esta declaração — que é uma declaração de princípios — seja inserida na ata da presente reunião.

HOMENAGENS

"... o silêncio quedo e deslumbrado a curvar-se diante do gigante humanitário e fulcro exponencial da medicina, médico-símbolo da intangibilidade ética. Que o Criador o tenha em sua glória."

Oswaldo Arns

A Universidade Católica do Paraná, por ocasião da missa do 30.° dia de seu falecimento, celebrada em sete de agosto de 1981, inaugurou Placa Comemorativa que dava o nome de Mário Braga de Abreu no Centro de Ciências Biomédicas:

MARIO BRAGA DE ABREU

professor emérito

Médico Sacerdote

Reconhecimento da Universidade Católica do Paraná por seu trabalho e dedicação inexcedíveis.

Agosto/81

Em nome da Universidade, usou da palavra o Dr. Ary de Christan que proferiu a seguinte oração, salientando, ao início, que a Universidade estava homenageando um dos maiores sustentáculos da instituição, através do ato mais sublime da Igreja:

Senhoras e Senhores:

Celebramos hoje o 30.° dia em que o Prof. Mário Braga de Abreu partiu do nosso convívio.

A Universidade Católica do Paraná, num reconhecimento público ao trabalho do grande mestre, o qual, como fundador

da Faculdade de Ciências Médicas e da própria Universidade, constitui-se num dos maiores sustentáculos da Instituição, houve por bem homenageá-lo e o faz, como Entidade Católica, lançando mão do ato mais sublime da Igreja, que é a Santa Missa.

Para materializar esta homenagem a um dos mais brilhantes filhos desta Terra do Paraná, a Universidade decidiu gravá-la em bronze, para que perdure através das gerações futuras.

Doravante, este edifício, ainda inacabado, recebe o nome do Prof. Mário Braga de Abreu, para que professores e alunos tenham, no exemplo do ilustre Mestre, um roteiro de vida como cidadão, médico e professor. Homenagem justa a quem ensinou gerações de médicos, difundindo, a par da técnica profissional, da qual foi exímio executor, sadios princípios de ética, no sentido pleno.

Por delegação do Magnífico Reitor, Prof. Osvaldo Arns, coube-me a missão de falar nesta solenidade, na qualidade de Diretor do Centro de Ciências Biomédicas.

Procurarei, pois, interpretar, com a maior fidelidade, o consenso de opiniões sobre esta grande figura que foi Mário Braga de Abreu.

Retratar a personalidade do Doutor Mário de Abreu, por paradoxal que pareça, é tarefa ao mesmo tempo fácil e difícil.

Fácil, porque a personalidade do Professor e Médico Mário Braga de Abreu é riquíssima.

Difícil, porque, por mais que se diga da sua pessoa e da sua obra, nunca se conseguirá retratá-lo integralmente.

Falar do Professor Mário de Abreu equivale a ressaltar a figura perfeita do Mestre da Medicina.

De um Professor deve-se esperar conhecimentos, sabedoria, dedicação e honestidade. Estes atributos fundamentais do Mestre foram vividos plenamente por Mário Braga de Abreu.

Tive a ventura de ser seu aluno e de privar da sua amizade. Sou, pois, uma testemunha entre tantos outros colegas, do que foi a conduta de Mário Abreu como Professor.

Conhecia profundamente a sua especialidade e era dono de uma cultura médica e geral ponderáveis.

Exerceu o Magistério com sabedoria e senso prático.

Foi de uma dedicação extrema, sempre assíduo e pontual, apesar das múltiplas solicitações que o exercício da clínica lhe exigia.

A par da seriedade com que assumiu a tarefa de ensinar Medicina, o Prof. Mário Abreu foi sobretudo honesto. Nunca se serviu da sua Cátedra e da sua incontestável liderança para exercer influência de caráter político ou ideológico.

Em suas aulas teve sempre a medida certa na transmissão de conhecimentos técnicos, humanísticos e éticos.

A honestidade foi sempre uma das virtudes mais apreciadas pelos alunos em Mário de Abreu. Teve sob a sua orientação inúmeras gerações de médicos e soube adaptar-se à evolução dos tempos, sem, contudo, afastar-se das linhas básicas que fundamentam o exercício honesto da Medicina em todas as épocas.

É aspiração comum de todos os jovens o tratamento honesto e sincero.

Mário de Abreu sempre foi honesto e sincero: daí porque grangeou a admiração, o respeito e até mesmo a veneração de quantos receberam os seus ensinamentos.

MÁRIO DE ABREU COMO MÉDICO

Quem não ouviu falar no Doutor Mário de Abreu? Este era o seu nome popular.

A ele recorreram homens e mulheres de todas as categorias sociais. A todos atendeu sempre com a mesma solicitude. Não foi homem de muitos sorrisos, mas foi acolhedor, de expressão serena, inspirando confiança e oferecendo a sensação de segurança aos que o procuravam.

Do mesmo modo que atendia aos pacientes no consultório particular e nos apartamentos diferenciados do Hospital, atendia aos pobres quase anônimos, nos ambulatórios e nas enfermarias.

Percorreu, no exercício da profissão, palacetes e casebres de Curitiba, levando a todos esses locais o conforto da sua figura carismática.

O Dr. Mário de Abreu foi um privilegiado. Parecia ter o sentido da premonição, mas aliava à intuição o esforço de apro-

fundar sempre os seus conhecimentos, nos livros e no exercício profissional.

Como Médico, era constantemente solicitado a elucidar quadros clínicos. E o fazia com carinho, dedicação e especialmente com compreensão, orientando e amparando os médicos que recorriam ao seu saber profissional.

Como vêem, Senhoras e Senhores, é fácil e é difícil falar sobre a vida e obra do Prof. Mário de Abreu.

Analisando sua obra não sabemos quem mais se destacou: o Professor ou o Médico?

Não há como separar um do outro.

Mário de Abreu foi Médico e Professor de Medicina em toda a plenitude.

Como Profissional da Medicina foi um verdadeiro exemplo. Assumiu plenamente o espírito da caridade de que fala São Paulo Apóstolo em sua 1.ª carta aos Coríntios:

"Se eu falar as línguas dos homens e dos Anjos, e não tiver a caridade, sou como o bronze que soa, ou como címbalo que tine.

E se eu tiver o dom de profecia e conhecer todos os mistérios e toda a ciência; se eu tiver toda a Fé, a ponto de transportar montanhas, e não tiver a caridade, nada sou.

E se eu distribuir todos os meus bens para sustento dos pobres, e se entregar o meu corpo para ser queimado, e todavia não tiver caridade, nada disto me aproveita".

E porque soube viver o espírito do Evangelho de Cristo, por certo já ouviu do Mestre dos Mestres ambicionada sentença:

"Porque Eu estava doente e Me assististe, vem possuir o reino que preparei para os justos como tu".

Para concluir esta homenagem calham bem as palavras, em forma de epitáfio, do Reitor Osvaldo Arns:

"Ao Professor Doutor Mário Graga de Abreu, fundador e alma inarrefecível de sua escola de Ciências Médicas e da Santa Casa de Misericórdia, o silêncio quedo e deslumbrado a curvar-se diante do gigante humanitário e fulcro exponencial da medicina, médicos-símbolo da intangibilidade ética!

Que o Criador o tenha na sua glória!"

"Entre a data do nascimento e da morte de um homem ilustre há um vasto campo de flores e frutos, mais profícuos a quem os colhe do que a quem os cultiva; porque não há louvores que compensem os sacrifícios desses verdadeiros mártires da glória das nações."

Barão de Araguaia

Os médicos dos Serviços de Cirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, perpetuam no bronze um gesto de gratidão:

PROFESSOR DOUTOR MÁRIO BRAGA DE ABREU

Nesta enfermaria de São Roque, durante 51 anos, cotidianamente, exerceu e ensinou Cirurgia e Traumato-Ortopedia. Praticou caridade, deu exemplo de ética, dignidade e humanismo cristão.

Homenagens de seus Assistentes
15-7-1930 8-7-1981

Em 16 de outubro de 1981, quando do descerramento da placa em sua homenagem, o Prof. Pedro Emilio de Cerqueira Lima Neto, traduzindo o sentimento de todos, proferiu a seguinte oração:

Os médicos dos Serviços de Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia e Anestesiologia querendo render homenagem à memória do Professor Doutor MÁRIO BRAGA DE ABREU, deliberaram perpetuar no bronze, sumariando, sua atuação neste Hospital de Caridade e, especificamente, nesta Enfermaria de São Roque.

A preferência por este local se deve ao fato de ter sido aqui, entre estas quatro paredes, que ele iniciou sua atividade profissional, em 1930, no então Serviço de Cirurgia de Homens, dirigido pelo Professor SIMÃO KOSSOBUDZKI; com o desaparecimento desse eminente professor e grande cirurgião na sua época, ocorrido em 1934, coincidentemente, também, em um dia 8 de julho, o Dr. MÁRIO BRAGA DE ABREU assumiu a chefia do Serviço.

Posteriormente, acompanhando o crescimento do Hospital, o Serviço se ampliou e, em 1962, absorveu o de Cirurgia de Mulheres, após o falecimento do ilustre cirurgião e benemérito desta Santa Casa, Doutor EDUARDO VIRMOND LIMA.

Apesar do aumento do número de leitos cirúrgicos do Hospital, foi nesta Enfermaria que transcorreram, integralmente, os 51 anos de sua intensa e profícua atuação profissional.

.....

Personalidade marcante e multiforme, MÁRIO BRAGA DE ABREU pode ser lembrado pelos mais variados aspectos: profissional, científico, associativo, cultural e moral.

Procuraremos, embora palidamente, enfocar, apenas, sua presença profisional, nela englobando o médico e o professor.

Em seu depoimento ao Museu da Imagem e do Som do Paraná, em 5 de outubro de 1973, ele assim se expressou: "Sempre julgamos que nosso tempo deveria ser inteiramente dedicado a ensinar e a clinicar no Hospital. Duas atividades mais que suficientes para encher a vida. Não só porque o Hospital merece que se dê o máximo empenho, apoio, trabalho e solicitude. Pelo que ele preenche, pelo que ele auxilia a criatura humana doente, na condição mais difícil que possa existir durante toda sua vida. Como também a escola, a Universidade, merece empenho pela altíssima finalidade social e política, preservando o presente, o passado e mantendo as condições do futuro de um determinado país".

E, foi assim, precisamente, que ele procedeu em seus 51 anos de vida profissional, como cirurgião e como professor.

Mestre de várias gerações, instruiu médicos, orientou cirurgiões e formou professores universitários, criando a mais renomada escola cirúrgica do Paraná, acatada em todo o Brasil.

Deste Hospital de Caridade saíram teses de docência livre e de cátedra e nesta Enfermaria de São Roque nasceu a Traumato-Ortopedia, em nosso Estado.

Precursor da cirurgia gástrica, entre nós, estabeleceu padrão uniforme de técnica cirúrgica que propiciou ao seu Serviço apresentar uma das maiores casuísticas nacionais de gastrectomia sub-total, com índices de morbidade e mortalidade comparáveis às melhores estatísticas mundiais.

Foi, também, inovador em outros setores da cirurgia abdominal e iniciou a cirurgia toráxica, em nosso meio.

À sua inteligência privilegiada e progressista deve este Hospital a introdução dos modernos métodos de Anestesiologia, com a aquisição, às suas custas, do primeiro aparelho de anestesia de nosso Estado.

Esse aparelho e outro adquirido alguns anos mais tarde, além de dois aparelhos móveis de Raios-X, por ele custeados, prestaram valiosos benefícios ao Hospital.

Hoje, continuam servindo, graças à doação de suas filhas, dignas herdeiras de um coração generoso.

Dentro desta Casa de Caridade, MÁRIO DE ABREU agiu com dedicação integral, de corpo e alma, vivendo no dia-a-dia, os problemas da Instituição, desta Santa Casa de Misericórdia de Curitiba que auxiliou permanentemente, contribuindo para o seu desenvolvimento material, científico, cultural e social; incentivador constante de seu progresso e de suas obras, a última das quais, o pavilhão que recebeu seu nome e que, impedido pela doença, ele não chegou a ver funcionar.

Sua dedicação à Santa Casa e seu espírito altruísta levaram-no a influir ,também, na realização de melhoramentos e obras nos hospitais psiquátricos, coadjuvando os médicos daqueles frenocômios.

Seu interesse científico e sua vontade de que o Hospital acompanhasse, sempre, a evolução da Medicina, fizeram-no fundar a Sociedade Médica dos Hospitais da Santa Casa e a influir, decisivamente, na criação da Biblioteca, ora em fase de instalação.

Embora, também, tivesse exercido atividades médicas e de magistério fora da Santa Casa, sempre com a mesma dedicação, consciência profissional e amor ao próximo, foi este Hospital o grande motivo de sua existência como médico, cirurgião e professor.

E nada mais eloqüente para ilustrar essa assertiva que suas próprias palavras: "Durante os primeiros 25 anos de exercício de professor nós trabalhávamos na Santa Casa que é o Hospital local de Curitiba, que hoje é um hospital pouco mais adequado pouco mais bem aparelhado, mas que, nos primeiros 25 anos, era um hospital extremamente pobre, extremamente humilde, no qual não eram poucas as vezes que não se podia pagar a carne, outras o pão e, às vezes, a carne e o pão, ao mesmo tempo, porque não havia recursos.

O material cirúrgico, como não havia recursos era adquirido por nós mesmos, a fim de que não parássemos com o hospital, a fim de que nós pudéssemos obedecer, até certo ponto, à evolução da cirurgia.

Nós esperávamos que isso com o tempo passasse, a fim de que não esmorecesse, que não morresse, que não se finasse e que não se perdesse o prestígio da própria Universidade; e isto foi assim, durante esse período. Foi um período de grande sacrifício, de ordem pessoal, de todos nós.

Nós fazíamos dentro do hospital, o que hoje se diz de tempo integral geográfico, sem nunca pedir nada à Escola, pagasse ou não pagasse, mas faziamos isso espontaneamente, turma após turma. Nós ensinávamos como dever, como gosto, como prazer, como prestígio, a fim de que ninguém pudesse sentir que havia deficiência, que o hospital era realmente muito pobre, mas, apesar de tudo, nós trabalhávamos com boa vontade com vontade de progredir e ensinar, de mostrar aos que se formavam, de toda a maneira e de toda a forma, que sentissem, no futuro, uma responsabilidade social".

Essas palavras que se constituem em uma profissão de fé no trabalho, demonstram a dedicação ao ensino e o sentido de responsabilidade do médico e do professor no destino das futuras gerações e, ao mesmo tempo, representam um depoimento sobre uma época da vida desta Casa.

Elas foram proferidas, em 8 de março de 1976, quando de aula inaugural da Disciplina de Cirurgia Geral e Anestesiologia, da Universidade Federal do Paraná. Essa aula, que foi a primeira e, igualmente ,a última daquele ano letivo, apesar de ter sido sua despedida amargurada, foi também seu brado de revolta contra a omissão dos pusilânimes, a inveja dos incapazes e a inconsciência dos iconoclastas.

MÁRIO DE ABREU, professor por vocação, não perdia oportunidade de ensinar e incentivar médicos, residentes, estudantes e enfermeiros, granjeando o respeito, a admiração e a amizade de quase todos os que com ele conviveram.

As inúmeras vezes que os jovens formandos fizeram-no paraninfo, patrono ou homenageado atestam essa estima.

Como cirurgião e chefe de serviço dedicava-se inteiramente aos seus doentes , aos seus alunos e aos seus colaboradores. Exigente e rigoroso durante as atividades profissionais, em parte, diferia do homem social, lhamo e afável. Dentro do hospital, graças à sua inexcedível capacidade de comando, impunha disciplina rígida que redundava sempre em benefício dos próprios auxiliares e, precipuamente, dos doentes.

De uma feita, há longos anos, seus assistentes, daquela época, resolveram homenageá-lo e, um deles, ao discursar, referiu-se à exigência do mestre; respondendo, após, ele afirmou que todos podiam ter a certeza que se ele era exigente com seus auxiliares, o era muito mais consigo mesmo.

Esse episódio, bem revela a noção do dever e para corroborar, podemos acrescentar um fato ocorrido nesta Enfermaria de São Roque, também há vários anos: um pacientes ao receber alta. deixou com a Irmã Chefe da Seção uma carta dirigida ao PROFESSOR MÁRIO DE ABREU; nela, ele agradecia, em nome de todos os doentes da enfermaria, o desvelo do médico que passara toda uma manhã de domingo ao lado de um leito de indigente, cuja operação não evoluíra como o esperado.

Foi um cirurgião cônscio de suas obrigações, exigindo sempre de todos que o cercavam a mesma dedicação ao trabalho.

Embora perfeccionista nos diagnósticos e nos atos cirúrgicos, MÁRIO DE ABREU não foi, apenas, um cirurgião altamente

capacitado e de técnica primorosa, como tantos outros também o são.

Antes e acima de tudo, foi um médico na acepção cabal do termo, aliando às suas brilhantes qualidades intelectuais e culturais e aos seus excelentes recursos técnicos, grandes dotes morais e de coração.

Foram esses atributos que o fizeram conquistar a gratidão e a amizade dos seus assistentes e dos funcionários desta Casa, aos quais ele sempre atendeu, quando necessário, auxiliando por todos os meios, aconselhando e orientando.

Foi amigo sincero, leal e dedicado, vivendo intensamente os problemas de seus amigos e por eles capaz de qualquer sacrifício.

Prezava muito suas amizades e, mais de uma vez, ouvimo-lo dizer que dos amigos devemos esquecer os defeitos e ressaltar as qualidades.

MÁRIO DE ABREU, como homem e como médico, durante toda a sua vida profissional, permanentemente, praticou a caridade.

Não essa caridade tão comum em nossos dias, tonitruante e propagada por todos os meios de divulgação.

Caridade que nada tem a ver com a terceira virtude teologal, pois é uma falsa caridade que semeia ódios, diferencia categorias sociais e pretende convencer que ter compaixão dos desvalidos é apanágio de ideologias políticas e de sectarismos.

Não. Essa não foi a caridade que MÁRIO DE ABREU praticou.

Ele exerceu a caridade evangélica, única e verdadeira caridade cristã.

Caridade silenciosa, caridade discrição, aquela que "a mão esquerda não sabe o que a direita faz", que poucos, pouquíssimos, tiveram a oportunidade de ver e muitos, muitíssimos, tiveram a ventura de receber.

Caridade que não distingue ricos nem pobres porque não é, apenas, de auxílio material, é harmonia e é paz.

Caridade que é consolo, é carinho, é amor.

Caridade cujos prêmios são a consciência do dever cumprido e a satisfação íntima de ajudar ao próximo.

Essa, sim, foi a caridade que MÁRIO DE ABREU praticou dentro e fora deste hospital.

E, portanto, acreditamos que ele já mereceu a recompensa de que falou o Padre ANTONIO VIEIRA em seu sermão do primeiro domingo do Advento: "No nascimento somos filhos de nossos pais, na ressurreição seremos filhos de nossas obras".

"... UM APÓSTOLO DE AÇÃO SOCIAL EM FORMATO GRANDE"

Palestra realizada pelo Dr. Félix do Rego Almeida no Rotary Clube Curitiba — Leste em 18 de outubro de 1983.

Como me foi dado o direito de escolher um tema livre de preferência sobre medicina e médico, tomei a liberdade em falar de um homem que honra qualquer comunidade a que pertença. Nada mais oportuno do que este momento para homenageá-lo frente a esta sociedade Rotariana, tão representativa da nossa gente e da confraternização de seus ideais pelo mundo.

Este homem, senhores, é Mário Braga de Abreu. Alguém já disse que os homens crescem à medida de que nos afastamos deles e o julgamento de seus reais méritos, de sua contribuição para as gerações do porvir está reservada para os pósteros, para a história que sempre reconhecerá imparcialmente os autênticos valores. Deste homem fui seu paciente, seu aluno, seu cirurgião residente e seu assistente. Sempre mantive com ele plena independência pessoal. Não me deveu nada. Eu lhe devi tudo.

Contudo, para dizer dele o que merece e requer ser dito, e para lhe pagar um pouco do que lhe devo, procurarei conscientemente descrever o homem, o médico e o professor, tal como o vi.

Um elogio sem qualificações é muito pouco para a memória de tal homem. Mário de Abreu fez seus estudos preparatórios no antigo Colégio Militar do Rio de Janeiro, para depois ingressar no curso médico da antiga Faculdade Nacional de Medicina, na qual se formou brilhantemente em 1929. Nesta época

retornou a Curitiba, iniciando seu apostolado médico no casarão da Santa Casa de Misericórdia.

Médico adjunto no serviço de cirurgia, foi logo reconhecido pelos seus talentos invulgares, e que lhe deram o primeiro impulso no caminho da fama. Nos dez anos que se seguiram, após a sua nomeação para o hospital, o número de seus alunos foi tal, que propagou a sua fama por todos os recantos do Paraná e do Brasil.

Foi professor de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, durante quarenta anos. Fundador da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná, nesta prelecionou durante vinte anos. Seu lugar como professor universitário, muito dificilmente será preenchido. Um talento tão puramente pessoal, como o dele, não poderá ser substituído. Foi um grande cirurgião, cheio de conhecimentos práticos, riquíssimos de conhecimentos.

O trabalho que sentia convir à sua mão, que ele pressentia capaz de ser realizado e de ter utilidade imediata na prática era o que transmitia a seus assistentes e alunos.

Mário de Abreu defendeu sempre o princípio de que se mostrando, ensina-se melhor a medicina. Pregava que o ensino cirúrgico vive pela ação pelo exame imediato à beira do leito, pela demonstração e realização do ato operatório. Era uma figura imponente. Nas enfermarias estava ele, dirigindo assistentes e alunos nas suas visitas gerais, famosas pelo muito que aprendíamos do mestre. Durante as operações somente as mãos trabalham numa harmonia maravilhosa e, enquanto elas se ativavam ele falava, demonstrando e ensinando todo o tempo. A arte da cirurgia não era para ele uma expressão vazia, e nós, que aprendemos com ele, ficamos com a impressão de acompanhar um artista que atingira o perfeito domínio de sua arte. Como professor clínico era exímio. Possuia grande facilidade de expressão e era dono de uma eloqüência atraente que arrastava multidões para escutá-lo. A par de tantas virtudes médicas, posso assegurar com toda a verdade que a vida inteira de Mário Brag de Abreu esteve a serviço das virtudes sociais. Influenciava em benefícios e iniciativas sociais todas as categorias de gente, por seu o exemplo luminoso, por sua palavra, por seu auxílio material e espiritual.

Grande parte de seu êxito deveu-se ao fato de tratar a todos com estima e respeito, ao ajudar os desfavorecidos sem que ninguém o percebesse. Foi sem favor, um apóstolo da ação social em formato grande. Não padece a menor dúvida que a vida e as virtudes de meu mestre Mário Braga de Abreu são de um impressionante humanismo, na prática de um dos maiores mandamentos da prática de Deus: "Amar a Deus acima de tudo, e ao próximo como a ti mesmo";

A realização deste preceito ele conseguiu. É a vitória total numa existência humana. Vitória de proporções monumentais, por si só suficientes para notabilizar e imortalizar todo o herói em toda e qualquer nação do mundo.

Desta forma ficou a sua vida, como uma esteira luminosa, um potente farol a espargir jorros de luz para as gerações que o sucederam.

Na certeza de que a grandiosidade deste homem está na grandeza de todos os seus realizados.

Discurso proferido pelo Dr. Newton Carneiro quando da inauguração do busto de Mário Braga de Abreu, no saguão do Hospital de Caridade, em dezembro de 1982.

Honrou-me sobremaneira a incumbência, que recebi da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, de dirigir-vos a palavra em momente de tão destacada significação.

De todas as entidades assistenciais desta cidade é a mais antiga e — sem dúvida — a de maior acervo de serviços prestados à nossa gente. Sua fundação — nos moldes das organizações portuguesas semelhantes — foi dos legados mais profícuos que nos deixou a velha sociedade colonial.

Começou precariamente como exigência de um núcleo urbano que evoluiu de vila para cidade incipientes, mas só se converteu de ambulatório paupérrimo em hospital graças à perseverança e a dedicação do extraordinário médico que foi o Dr. Muricy.

Há um século, quando Curitiba tomava ares de Capital, esta casa era o maior e mais solene dos seus edifícios. O engenheiro Bigg Wilher no minucioso livro sobre a sua estada na então Província — publicado em 1878 — comparava-o aos prédios londrinos de novo estilo e (talvez confrontando-o com as modestas edificações de feição colonial) até lhe confere o objetivo de "gigantesco".

As literaturas médica e histórica da cidade contam com detalhe o que foi a luta do Dr. Muricy durante os longos anos que durou a construção deste hospital. Tão intensa e desgastante que faleceu antes de vê-lo terminado. Tinha apenas 52 anos.

Estava consagrada, definitivamente, a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

O meio século seguinte foi assinalado por grandezas e vicissitudes. Por euforias e depressões que cercearam o desenvolvimento do Paraná e desta Capital. Às esperanças da estrada de ferro que se inaugurava, seguiu-se a trágica turbulência da Revolução Federativa. Ao vigor estimulante das correntes imigratórias que se adensavam, sobrepuseram-se os catastróficos efeitos da primeira grande guerra. Tão drásticas e continuadas foram suas conseqüências, que o Paraná só iria sentí-las — com todo o seu alcance — depois da crise de 1929, portanto dez anos depois de assinada a paz de Versailhes.

Os anos seguintes foram de letargia e de desânimo, que só superaria a integração do norte do Estado à comunidade paranaense e à produção agrícola brasileira, após quase três lustros.

Esse longo período de desalento e humilhação se refletiu profundamente nesta casa, que passou por uma fase de morozidade e adormecimento. Chegou-se a ter carência de tudo, até de alimentos e remédios.

A simples dedicação e as noções de dever das direções médica e administrativa, não conseguiam mobilizar as energias entorpecidas por tantos anos de privações e desesperanças.

Foi nese quadro de incertezas e irresoluções que apontou providencialmente, a figura de um jovem curitibano decidido, sensato, inteligente e humano cuja determinação e autoridade teriam efeitos decisivos na estrutura da Santa Casa.

O mundo, o país, o Estado, Curitiba, a Medicina e nossas condições de vida passavam por modificações traumáticas. Era indispensável que esta instituição a elas se adaptasse para continuar prestando à comunidade a mesma messe de serviços que até então oferecera. Tal ajustamento deveria alicerçar-se no seu patrimônio moral, fonte incomparável de autoridade e de prestígio.

A esse desafio amedrontador fez frente a aptidão consciente e responsável de Mário Braga de Abreu, dedicando-lhe basicamente toda a sua vida.

Diz Carlyle, com total razão, que é tarefa sutil e difícil hierarquizar obras e valores humanos. Porém qualquer retrospecção na vida desta casa evidencia que ela teve, nos seus dois

momentos decisivos, dois paladinos que — como cariátides — lhe suportavam o arcabouço: Muricy e Mário de Abreu.

As gerações passadas se incumbiram de gravar na memória e no acervo moral da comunidade curitibana o vulto excelso do grande benemérito — no século passado — que nos veio da Bahia.

Cabe-nos, coevos, testemunhas e admiradores da ação do médico curitibano nesta casa, fixar no bronze a sua imagem inconfundível para indicá-la aos pósteros como exemplo de valor e de altruísmo.

É o que faz neste instante a Irmandade da Santa Casa, à qual agradeço o ensejo que me deu de falar sobre um querido amigo a cuja memória me prende perpétuo reconhecimento e indelevel afeto.

HONRARIAS

MEDALHA DO MÉRITO CIRÚRGICO SÃO LUCAS

Discursos dos Drs. Eurico Branco Ribeiro e José Saldanha Faria quando da Cerimônia de entrega da Medalha do Mérito Cirúrgico São Lucas ao Prof. Mário Braga de Abreu.

Discurso do Dr. Eurico Branco Ribeiro, ao saudar o Prof. Mário Braga de Abreu.

Neste ambiente acolhedor e amigo da Terrazza Martini, que tão generosamente nos proporciona local adequado para esta solenidade, está a Fundação para o Progresso da Cirurgia cumprindo mais uma etapa de uma das suas finalidades: pela terceira vez a outorga da Medalha do Mérito Cirúrgico São Lucas.

A venera foi instituída com o propósito de colocar em destaque, uma vez por ano, um cirurgião brasileiro que tenha concorrido para o progresso da Cirurgia em nosso país. O primeiro agraciado foi o emérito prof. Benedicto Montenegro, mestre de toda uma geração de operadores que fizeram em São Paulo o seu aprendizado, colhendo da conduta e das lições do incomparável cirurgião os melhores ensinamentos para o sucesso de sua carreira. O segundo a receber o galardão foi o devotado acadêmico Fernando Paulino, figura das mais empolgantes da cirurgia brasileira, chefe de escola na Guanabara, orientador de um cem número de cirurgiões que vivem pelo interior do nosso país.

Cabe agora a vez de premiar os esforços de um cirurgião que soube criar à volta de si a auréola de numerosas glórias, tantas que são as personalidades que passaram pelos bancos escolares recebendo dele as diretrizes cirúrgicas com que puderam

vencer as dificuldades da arte de operar. Trata-se do professor Mário Braga de Abreu, da Universidade do Paraná. Em nome da Fundação para o Progresso da Cirurgia, peço ao prof. Benedicto Montenegro que coloque a Medalha do Mérito Cirúrgico São Lucas no peito do nosso homenageado de hoje.

Para dizer das qualidades que exornam da figura conspícua do homenageado. vai ter a palavra o Dr. José Saldanha Faria, representante do Corpo Médico do Sanatório São Lucas no Conselho da Fundação para o Progresso da Cirurgia.

Usando da palavra, o Dr. José Saldanha Faria, ao saudar o prof. Mário Braga de Abreu, salientou que a Sociedade se engalana para agraciar esta distinção honorífica, destacando em sua oração: "Por sentimentos de cordial amizade que nos une, tocou-me a honra e satisfação de saudar, por ocasião da entrega desta Medalha de alto Mérito, a quem admiro como cirurgião e aprecio como mestre, exemplo de retitude e decência característica de sua personalidade.

Não é tarefa fácil por de relevo a personalidade do nosso homenageado. Sei que vou ferir a sua inata modéstia, ao resumir brilhante trajetória de sua carreira profissional e grandeza do seu labor universitário.

Além de inúmeros trabalhos publicados, soube instruir e educar os estudantes e jovens médicos, no início de sua carreira e no desempenho integral exigidos aos aspirantes que franqueiam as portas do templo de Esculápio. Quantos alunos passaram pela sua escola, adquirindo exemplos de sua personalidade, de seu amor ao trabalho, de sua honradez científica e de ensinamento de técnica cirúrgica.

Quantos discípulos seus são hoje capacidades formadas pelo privilégio que tiveram, acumulando conhecimentos ao lado do mestre. Esta capacidade técnica constitui um dos pilares essenciais na formação do cirurgião. Os conhecimentos científicos dos cirurgiões jovens devem sujeitar-se a certos cânones disciplinares, de sobriedade e de ordem bem dirigidas. Isto exige a convivência com os mestres que possuem um caudal científico elevado e com méritos de familiarizar-se com os métodos de investigação científica e conhecimentos profundos da anatomia, fisiopatologia e cirurgia geral.

A conduta moral do mestre é um exemplo para as gerações futuras. A transmissão dos seus conhecimentos infunde aos seus discípulos amor ao trabalho e algo de sua personalidade e de seu modo de ser.

Professor Mário Braga de Abreu! Ao receber esta Medalha do Mérito Cirúrgico São Lucas, faço votos pela sua felicidade pessoal e que esta homenagem seja o testemunho eloqüente que o Sanatório São Lucas confere o mais alto título de que dispõe, chamando-o de cirurgião mestre, no mais amplo sentido do vocábulo.

Discurso do Professor Mário Braga de Abreu agradecendo a outorga da medalha de mérito cirúrgico São Lucas em abril de 1964.

Snrs. presidentes de Associações Médicas
Senhor professor
Minhas Senhoras
Meus Senhores
Amigos meus.

Agradecemos, profundamente sensibilizados, a honra que nos foi conferida, com a outorga da Medalha do Mérito Cirúrgico São Lucas.

A honraria ultrapassa em valor e dignificação de muito, o simples cirurgião, que a recebe.

O teto, que nos agasalha, vimos crescer materialmente e se engrandecer cientificamente no conceito geral. Criado e dirigido pelo dr. Eurico Branco Ribeiro foi adaptado na evolução do tempo, às suas finalidades de progresso da Cirurgia.

Sentimo-nos entre amigos, entrelaçados por ideais idênticos, na vivência dos mesmos problemas, ressaltados nas palavras do dr. José Saldanha Faria, que, com seu belo discurso e muita generosidade definiu, razões, que o coração conhece, e descreveu motivações, que a razão desconhece.

Mas, mesmo em sendo assim, é para nós muito grato e honroso receber esta homenagem dos membros da Fundação para o Progresso da Cirurgia.

Durante estes anos todos de trabalho, que serão 35 neste fim de ano, modesta e intensamente vividos, neste formoso recanto do Brasil, que é o Paraná, grande parte dos nossos

esforços se desenvolveu, a fim de se constituir as bases e os elementos capazes, de bem formar o cirurgião. Ao lado das qualidades pessoais necessárias, sempre nos pareceu indispensável aprimorar a auto crítica dos atos e da realização, do pensamento e das conclusões. Analisar-se a si próprio, corrigir os seus próprios erros, não se permitir a repetição das mesmas falhas, na interpretação acertada das suas consequências, é conseguir pela auto observação sistemática, um constante aperfeiçoamento técnico-profissional e moral.

Sempre aconselhamos e sempre apuramos conosco mesmos, o censo de auto-crítica e nesta ocasião e solenidade, ela nos deixa acanhado e modesto, a recordar, o que a justifique e a procurar, o que não se vê.

O professor Montenegro, em seu magnifico discurso, em idêntica solenidade, sendo recipendiário o professor Fernando Paulino afirmou "Promover o progresso da Cirurgia é elevar a ciência e arte de curar e beneficiar a humanidade sofredora" Esta definição marca os reais propósitos do cirurgião. Sua atividade distribuida na enfermaria e na escola, em sentido mais amplo no hospital e na Universidade, oferece o máximo de oportunidade, de bem cumprir êste ideal.

O desenvolvimento material do Século XX interferiu diretamente na evolução da cirurgia, e ao tempo, que possibilitou sua verdadeira transformação técnica, introduziu uma organização, que se afasta paulatinamente da contingência humana, dominada pelo número e quantidade.

Os cirurgiões da nossa geração assistiram e viveram uma verdadeira revolução da Cirurgia, sob o ponto de vista técnico.

As condições atuais do trabalho diuturno, em nada se assemelham às do tempo, de nossa primeira fase de formação profissional.

Não mais se vê, as grandes infecções locais e gerais, são muitos menos freqüentes as graves complicações post operatórias. O ato cirúrgico apressado pelas más condições do doente e pela anestesia, que precisava mas de habilidade, que técnica, e que condicionava, como qualidades do cirurgião um certo arrojo, rapidez de manobras, sangue frio, decisão pronta e precisa, não mais existe.

A anestesia, com seus métodos atuais e sua aparelhagem estabelecendo a respiração controlada com extrema facilidade e segurança, a reanimação do doente, de forma simples e acessível, no decurso da intervenção, a todos os hospitais, e a descoberta do antibiótico, a medicação, que impede o crescimento dos germens, mas respeita a vida dos tecidos, transformaram a realização do ato cirúrgico.

O cirurgião atual, comedido nos seus gestos pode e deve ser minucioso nos detalhes, o fator tempo, menos importante, permite manobras mais suaves e reconstituição mais meticulosa, com o mínimo de desgastes das células e tecidos. Aquele cirurgião, que, também, nos obrigamos a ser, no início da nossa carreira, a quem se impunha, durante a intervenção a decisão e a execução de todos os pormenores do ato cirúrgico, foi substituído pelo cirurgião, chefe de equipe, que distribui funções responsáveis e dirige, pela sua função maior, porém, atribui a cada um o seu próprio atributo e guarda para si a responsabilidade. É sensível esta mudança de posição e por isso mesmo, as qualidades devem ser outras. Ao lado do seu preparo técnico é necessário possuir o tato de direção e não perder a autoridade.

O desenvolvimento muito rápido exige adaptação conectada, e por tôda parte, a organização dos serviços cirúrgicos sofre o impacto da evolução da cirurgia. As múltiplas possibilidades técnicas e a necessidade dos especialistas, tornaram mais complexa a organização dos hospitais e a formação do cirurgião. Esta deve ser dirigida na sua parte fundamental, em sentido amplo, a fim de que possa tomar contacto com os vários ramos de cirurgia, mas, esta formação contraria a distribuição e organização dos serviços cirúrgicos hospitalares.

Esta divisão e subdivisão de trabalho, desdobrando por etapas a atividades cirúrgica põe em risco a concepção de unidade da cirurgia.

Lecène (1923) vislumbrando a necessidade do trabalho dividido, em virtude da complexidade dos conhecimentos, e como condição do progresso, afirmava: "Esta divisão do trabalho deve ser secundaria e relativamente tardia: é preciso, que o cirurgião receba a mesma instrução geral que o médico, antes de se especializar; não seria demais insistir sôbre êste fato capital".

Não é menos insistente, Cushing, quando aconselhava, que antes da especialidade cirúrgica, se complete uma sólida cultura cirúrgica geral.

Como, porém, realizar esta formação, se cada vez mais na prática e na organização se limitam os campos de ação?

Esta contingência tem conduzido os cirurgiões mais em contacto com os clínicos e se esboça mais acentuadamente, uma preocupação médico-cirúrgica de formação profissional. O campo da especialidade comum ao médico e ao cirurgião tornou necessário conhecimentos médicos mais aprofundados do cirurgião, e uma percepção mais realistica da cirúrgia, da parte dos médicos.

Porém, diante desta fragmentação da medicina, torna-se extremamente difícil o ensino ao médico prático, que procura conhecimentos gerais, capazes de norteá-lo numa diretriz profissional adequada e faculte sua ação com eficiência, de acôrdo, com a nossa realidade social.

Enquanto se promove esta evolução influenciada, também, pela necessidade de produção de trabalho e por fatores sociais, até certo ponto estranhos ao progresso da Cirurgia, adapta-se uma nova forma de concepção do hospital, o verdadeiro centro de convergência da ação cirúrgica.

A cirúrgia sempre almejou segurança nos seus resultados e tôda a sua evolução teve esta meta por designio principal. Todo seu progresso se fez nessa direção e nehuma dúvida, que ela conseguiu nestes últimos 20 anos, muito mais, do que em qualquer outra época.

Êste aperfeiçoamento, no entanto, tornou o organismo hospitalar muito exigente em seus requisitos essenciais e economicamente muito dispendioso, de modo que o hospital não mais pode ser, senão estatal ou institucional pela soma de recursos, que a sua manutenção exige. As instalações materiais mais completas e a aparelhagem, com destinos especiais de finalidades, diagnóstica e terapêutica, passam a ser de uso corrente, de acôrdo com a coletividade, a que serve.

A coletividade, sem percepção muito nítida, mas, de fato, em consequência de uma atitude filosofica de organização so-

cial e técnica, vê a competência no hospital, através do seu aspecto monumental e material, e no manuseio, por especialistas, de suas máquinas e aparelhos. Embora, saíbamos, ser a inteligência, que dirige, em última analise é o homem que julga, o prestigio se transferiu à máquina e aquele, se prestigia, como seu criador. A sociedade, por sua vez, adquiriu, seja por sua iniciativa ou pelo estado, um direito de assistência conforme as possibilidades hodiernas.

Esta conjunção coloca o hospital, como um bem comunitário, cuja instalação, conservação e aprimoramento devem resultar de esforços conjugados. O interêsse pelo hospital e sua obra deveria ser o mesmo, que pelas realizações da cidade e do país, porque eles são realmente um reflexo da condição social da população.

O atendimento aos doentes está diretamente ligado às organizações paralelas de assistência social, de modo a servir ao maior número. As nossas condições atuais extremamente precarias refletem a necessidade de socorrer àqueles, que dependem de uma economia de subsistência e não lhes permitem outros recursos.

Além deste dever de assistência, que consideramos essencial, diante das nossas condições sócio-econômicas, o hospital deve preencher as finalidades de ensino e de pesquisa.

O hospital organizado é um órgão natural de ensino da medicina. A realização do ato cirúrgico é um exemplo a seguir, uma observação a mais a acrescentar e uma experiência a estudar.

O ambiente se torna por si mesmo uma escola para o cirúrgião, que aprende sempre e seus auxiliares, diretos e complementares que se instruem e se aperfeiçoam.

A lição execusa-se de um modelo formal e será certamente mais insinuante e persuasiva, sendo repetida e informal, objetiva e verdadeira.

A chefia de serviço no hospital é cargo de responsabilidade técnica e moral e faz de quem o exerce um professor natural, cuja influência pode ser imensa.

A pesquisa é um corolário da organização de ensino. É

perceptível, que o avanço dos conhecimentos físico-químicos e biológicos contrói lentamente uma patologia, de princípios diferentes, com possibilidades dificilmente previsiveis.

O aperfeiçoamento técnico-científico é inexaurível e os elementos fundamentais das ciências básicas têm permitido uma visão mais nítida dos fatos clínicos.

A averiguação dos fatos, a observação sistemática e a meditação ordenada fazem o espírito da pesquisa, mas é necessário uma formação de pesquisador, porque a pesquisa exige ao lado de condições materiais apropriadas, uma percepção de objetivos, que ultrapassa, muitas vezes, o imediatismo prático.

O trabalho hospitalar conjugado em suas finalidades é um fator ponderável do progresso, mas não pode esquecer, que "O homem como pessoa humana é a medida da Cirurgia, como também é a sua finalidade".

Atualmente a afluência enorme de doentes, a complexidade da documentação científica, a necessidade da execução prática, a preocupação de problemas materiais, afasta o cirurgião dos contactos pessoais e "A doença se torna uma abstração, que nos faz esquecer o doente". (Leriche).

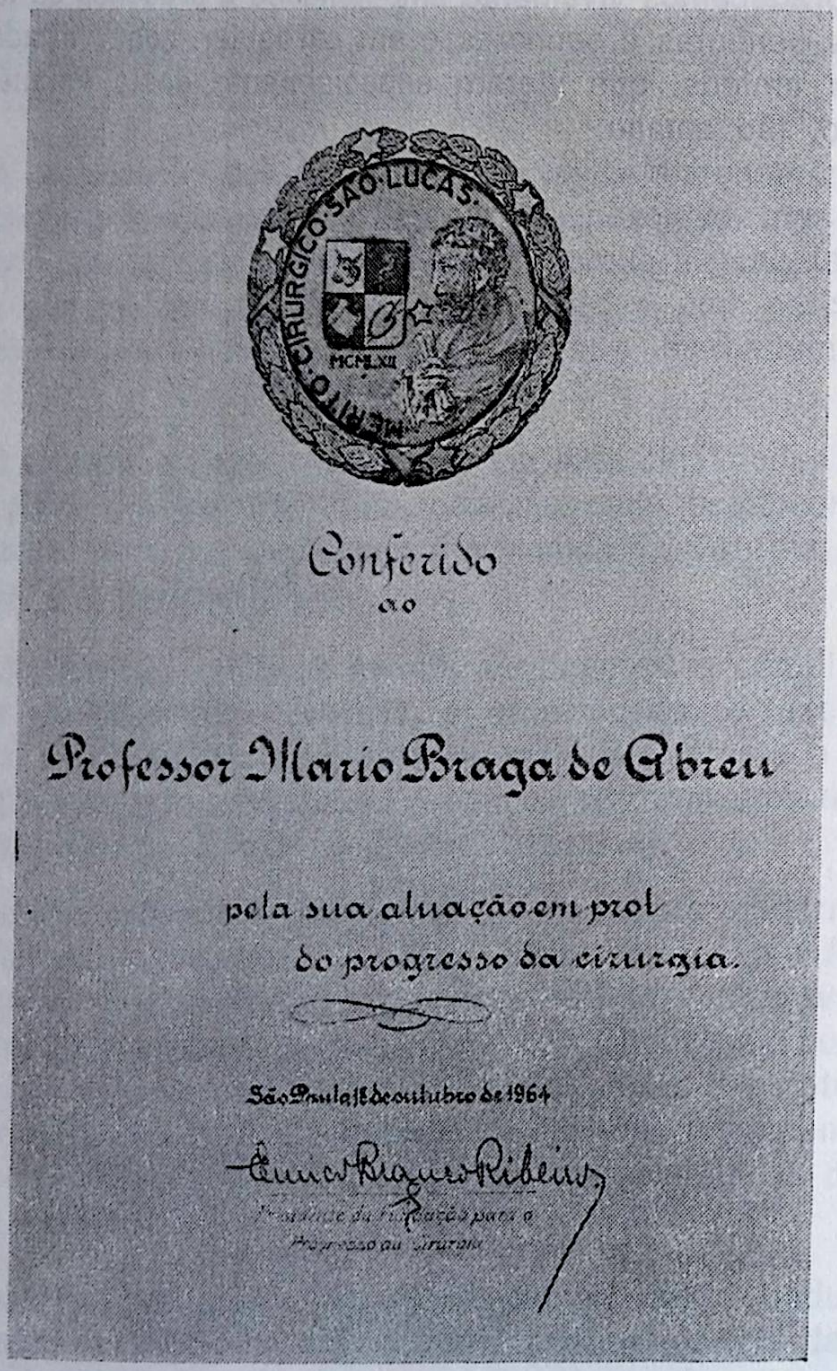
Se pretendessemos caracterizar o pensamento moderno em palavras, observa Jacques Chevalier, diriamos, que ele se define, pela crença no Progresso universal, infinito e durável, na Ciência, como conquista da matéria pelo espírito, sendo ao mesmo tempo, instrumento, origem e fim, dos quais o objeto é a Humanidade onde, segundo Teilhaud de Chardin, o homem procura conciliar a sua morte inevitável com as esperanças de um futuro ilimitado.

Insensivelmente esta filosofia do século XVIII, conduziu à civilização da quantidade e do coletivo, onde a conduta da vida e da salvação do homem estão na dependência das ciências e da técnica e onde, como afirma Tocqueville "A justiça está em retardo sobre a ciência".

Pensar em progresso da cirurgia é pensar no homem, seu próprio objetivo, como personalidade humana, ser físico e ser psiquico, razão e sentimento, com aspirações, que o ultrapas-

sam. Muito acima do orgulho e da vaidade do cirurgião está o homem, que ele respeita, prestigia e ama, e sabe, que não é número, mas sim qualidade, é alma e é vida.

Agradecemos vivamente emocionados a presença de todos, minhas senhoras e senhores e em particular, com amizade, os nossos amigos, que vieram especialmente deste Paraná tão querido, tão amado.


MÉRITO CIRÚRGICO SÃO LUCAS
MCMLXII
Conferido
ao
Professor Mario Braga de Abreu
pela sua aluação em prol
do progresso da cirurgia.
São Paulo 18 de outubro de 1964



FOTOGRAFIA DA ÉPOCA EM QUE LHE FOI CONFERIDA
A MEDALHA DE MÉRITO CIRÚRGICO
SÃO LUCAS

CIDADÃO BENEMÉRITO DO PARANÁ

Projeto de Lei 486/64 e justificação apresentada pelo Deputado Anibal Khury.

PROJETO DE LEI N.º 486/64

A Assembléia Legislativa do Estado do Paraná

Artigo Único — É concedido, ao Professor MÁRIO DE ABREU, o título de "Cidadão Benemérito do Paraná".

Sala das Sessões, 2 de novembro de 1964.

ANIBAL KHURY

JUSTIFICAÇÃO

I — O HOMEM

O que chama a atenção, desde logo, na vigorosa personalidade do Professor Mário de Abreu é a varonilidade. Atitudes e gestos varonís, não obstante, não conseguem esconder o humanista que nele vive.

Sem ser uma contradição, a aparência, às vezes, trai o real. No fundo, o Professor Mário de Abreu é bem o tipo do Homem Brasileiro: forte e sentimental, a um tempo, muito embora forte sem rigidez e sentimental sem pieguismo.

Traz bem viva a complexa e inconfundível expressão telúrica do novo tipo humano, que se plasma em terras americanas, no seio desta autêntica e pioneira democracia racial. Por isso mesmo que os caracteres constitutivos do perfil psicológico e

moral desse novo homem não podem ser avaliados em função da escala tradicional de classificação dos tipos humanos.

Daí a coexistência, sem choques, de pendores dispares que, em nosso homem, se entrosam e se completam em um modo-de-ser próprio, diferenciado. Donde, o ser virtude nativa — ou por outras palavras — o ser autêntico, patentear essas qualidades só na aparência antitéticas.

O Professor Mário de Abreu é assim, De uma nobreza paradoxal, é homem das nobres ações, sem os disfarces próprios das segundas-intenções. E porque é ele todo expontaneidade, não causa surpresa a firme retidão dos seus atos. Pois, além dos pormenores, acima das acidentalidades está o objetivo central da operação humana, e uma personalidade excepcional, como a do Professor Mário de Abreu, só dele se ocupa, só a ele se dirige. Não joga com exterioridades. Vai cerce à essência.

A coroar tão singulares atributos, observa modelar teor de vida cristã. Concebendo a existência terrena à luz das finalidades superiores da criatura humana, é um crente humilde e um trabalhador anônimo, discreto, da Boa Nova Evangélica. Chefe de família extremoso, dedicado, é um exemplo vivo, um elo na cadeia histórica, das mais caras tradições familiares, que formaram a nacionalidade e a conduziram até nós, através das vicissitudes e dos episódios gloriosos, das lutas e dos sacrifícios, dos sucessos e das vitórias.

I — ...E O MÉDICO E MESTRE

É irrelevante, para os paranaenses em particular, a honrosa distinção conferida, pelo Ministério da Saúde, ao Professor Mário de Abreu, de "O Melhor Médico do Brasil". Esse galardão já lhe estava destinado, implícita e unanimemente, por toda a comunidade, desde há muito.

Pelo motivo de que o médico, o profissional, o homem de ciência que nele coexistem, operam segundo a vocação do sacerdote da cura do corpo. Se — repetindo o gasto lugar-comum — a medicina é um sacerdócio, isso será verídico na vida profissional do Professor Mário de Abreu. Acima das vantagens pecuniárias (o que é terrível hoje, parece), da gratidão, do su-

cesso ou do renome: o alívio da dor, a vitória contra a moléstia, a restauração funcional da eurritmia orgânica.

Sem jamais capitular perante as douradas solicitações da arte pela arte ou da arte pelo ouro, manipula os recursos da medicina como instrumentos, como meios, como armas contra o mal físico.

Sua consagradora vitória no campo profissional, explica-se parte pelas virtudes inatas e grande parte pelo esforço pessoal, de trabalho, de estudo, de dedicação e de meditação. Principalmente, de meditação, do repensamento indagativo.

A trajetória luminosa desse exponte, foi desenhada, não apenas com as soluções felizes de casos desesperadores, mas nas madrugadas silenciosas em companhia dos tratados, convivas permanentes das inteligências de escol.

Ao contrário da mediocridade dos êxitos à Cronin, o do Professor Mário de Abreu é fruto de uma vontade consciente, servida por uma inteligência vigorosa.

Sempre foi professor, porisso que cedo entregou-se-lhe o encargo de formar os novos. Profissionalmente, exercia o magistério, através do exemplo, que ainda é a melhor lição. Nunca foi vendedor de aulas, não somente porque não conseguiu entender jamais os segredos do deve-haver, mas especialmente porque a cátedra, longe de ser um balcão, está mais próxima do púlpito.

Sua vida é uma constante preleção. Alia aos conhecimentos a chama luminosa do idealismo. Inimigo mortal das unilateralidades, visualiza as questões científicas dentro do contexto geral, humano, social e nacional, imprimindo nos discursos um sentido totalizador verdadeiramente pedagógico.

Essa a razão porque o Professor Mário de Abreu é um líder inconteste. Sua palavra final é buscada, ainda quando tudo são unanimidades. E com que modéstia e com que naturalidade ele a profere, e com que diligência é acatada!

O seu nome — por esses motivos — já se integrou no patrimônio comum, paranaense e nacional, para ombrear-se, na velha Europa, com os mestres consagrados do mundo científico. De quanto orgulho somos tomados diante da presença de seu

nome, entre os grandes da hora que passa. Que força extraordinária a incitar a juventude à imitação, a despertar energias adormecidas, a suscitar vocações. Símbolo, portanto, do ideal a atingir, eis a que foi alçada a figura singular do Professor Mário de Abreu.

As sociedades humanas carecem dos guias, das crenças e dos paradígmas, sem o que não passariam de aglomerados amorfos, de duração transitória e fugaz.

Tanto maior será a coesão do grupo, se os vínculos se encadeiam em função desses elementos, e mais fortes os vínculos se os ideais coletivos são superiores.

Tratamos, no caso, de um paradígma.

Apenas, visamos dar forma legal ou legislativa a essa realidade, ou por outras palavras, queremos consagrar em norma objetiva, oficial, aquilo que está na consciência coletiva: o Professor Mário de Abreu é, no Paraná e no Brasil, um paradígma.

Em conseqüência, um

"CIDADÃO BENEMÉRITO".



REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL
ESTADO DO PARANÁ

TÍTULO DE CIDADANIA BENEMERITA

Os Poderes Públicos do Estado do Paraná,
consoante suas atribuições legais, e tendo em vista
a Lei nº 4.997 de 31 de dezembro de 1.964,
concedem ao Excelentissimo Senhor
Professor **Mário Braga de Abreu,**
o Título de Cidadão Benemérito do Paraná,
para o que mandaram expedir o presente Diploma.

Curitiba, 2 de junho de 1966

PAULO PIMENTEL

ATA DA SESSÃO SOLENE DESTINADA À OUTORGA DE TÍTULO DE CIDADÃO BENEMÉRITO DO PARANÁ DO PROFESSOR DR. MÁRIO DE ABREU

REALIZADA EM 2 DE JUNHO DE 1966

Presidência do sr. deputado Joaquim Néia, secretariada pelos srs. deputados Anibal Khury e Sinval Martins.

Às 15:00 horas, é registrada a presença dos seguintes srs. deputados: Antônio Ferreira Rüppel; Egon Pudell; Joaquim Néia; Anibal Khury; Sinval Martins; Olívio Belich; Agostinho Rodrigues; Amadeu Puppi; Armando Queiroz de Moraes; Arnaldo Busato; Arthur de Souza; Braga Côrtes; Dino Veiga; Edgar Távora; Emílio Carazzai; Francisco Escorsin; Haroldo Leon Peres; Horácio Vargas; João Mansur, Leovegildo Salles; Marino Pereira; Mattos Leão; Miguel Dinizo; Miran Pirih; Moacyr Silvestre; Olavo Ferreira; Paulo Poli; Piratan Araújo; Renato Bueno e Silvino Lopes.

O SR. PRESIDENTE — Havendo número legal, e sob a proteção de Deus, declaro aberta a sessão solene destinada à entrega de título de CIDADÃO BENEMÉRITO DO PARANÁ ao Dr. MÁRIO DE ABREU.

A Presidência tem a honra de convidar, para comporem a Mesa: Sua excelência o Senhor Governador do Estado, Dr. Paulo Pimentel; S. Exa. o Sr. Presidente do Tribunal do Estado, Desembargador, Ernani Guarita Cartaxo; S. Exa. o Sr. Brigadeiro Arthur Candal Fonseca, Cmt. da 5.ª Região Militar; S. Exa. o Sr. Brigadeiro Arthur Carlos Peralta, Cmt. da Escola de Oficiais Especialistas e de Infantaria de Guarda; S. Exa. Rvda. Dom Manoel da Silveira D'Elboux, Arcebispo Metropolitano de Curitiba, além da presença do homenageado, Dr. Mário de Abreu e S. Exa. Esposa.

Suspendendo a sessão por 10 minutos, para aguardarmos a chegada do ilustre homenageado.

(É suspensa a sessão).

O SR. PRESIDENTE — Está reaberta a sessão.

Convido os presentes a ouvirem o Hino Nacional Brasileiro.

(É executado o Hino Nacional pela Banda da Polícia Militar).

O Sr. PRESIDENTE: — Não poucas vezes esta Casa tem se reunido, sempre com adequado caráter solene, para agraciar personalidades que se fizeram credoras das homenagens do povo paranaense.

Homens nascidos noutras unidades federativas, mercê de destacados, serviços prestados à causa da nacionalidade, neste recinto foram recebidos como nossos concidadãos.

Homens oriundos de outras plagas, mas aqui radicados e com um lastro ponderável de atuação em pról da causa paranista, neste mesmo local foram objeto da outorga da cidadania paranaense.

Ao nosso ilustre homenageado de hoje, figura humana merecedora de tanta admiração: médico e professor credor de tanta gratidão, não cabe atribuir cidadania, privilégio que já é seu por nascimento, como privilégio é do Paraná o fato de haver-lhe sido berço.

Quem tanto fez pelo Paraná e por sua gente; quem tanto projetou o nosso Estado, no País e fora dele; quem trouxe para o nosso meio títulos que engrandeceriam qualquer coletividade; quem tem a sua inteireza de caráter, a sua capacidade intelectual; a sua competência e devoção profissionais; quem tem, em suma, a estatura do Dr. Mário de Abreu, de porte que nada deve a erecta majestade de nosso pinheiro-símbolo, quem assim é não pode ser alvo, apenas, das homenagens de rotina, das singelezas oratórias ou dos ardores tribunícios.

Assim entendeu o Poder Público Paranaense. E por assim entender, decidiu homenagear o dr. Mário de Abreu da forma que melhor expresse a admiração geral pela sua obra meritória, que mais patenteie o seu elevadíssimo conceito e mais nitidamente configure toda a imensa gratidão do povo paranaense

pelo muito que fez, faz e certamente ainda fará nos dias que virão.

Para dizer, com mais brilho e com a dimensão indispensável, do signiifcado desta solenidade, a Presidência tem a satisfação de conceder a palavra ao sr. deputado Arnaldo Busato.

O Sr. ARNALDO BUSATO — Excelentíssimo sr. presidente da Assembléia Legislativa do Estado do Paraná, sr. deputado Antônio Ferreira Ruppel; dr. Paulo Cruz Pimentel, nosso preclaro governador; excelentíssimo sr. desembargador Ernani Guarita Cartaxo, digníssimo presidente do Egrégio Tribunal de Justiça do nosso Estado; excelentíssimo sr. coronel Paulo Braga que, neste instante, representa o sr. comandante da 5.ª Região Militar; excelentíssimo sr. general José Anchieta Paz, digníssimo comandante da A.D.; excelentíssimo sr. comandante Arthur Peralta, comandante da Escola de Oficiais Especialistas da Aeronáutica; Excelentíssima sra. Denize Braga Abreu, esposa do nosso digno homenageado; demais autoridades civis, eclesiásticas e militares que nos honraram com as suas presenças; nobres Deputados; meus Senhores, minhas Senhoras.

(Lendo): "Não foram poucas as vezes em que esta Casa esteve reunida para homenagear figuras exponenciais da vida pública brasileira, todas elas dignas do preito que os representantes do povo paranaense decidiram prestar-lhes.

Hoje, porém, esta Sessão Solene que se realiza, tem para nós um significado especial. A homenagem que se presta não é a um brasileiro que se fez merecedor do título de concidadão nosso. É, sim, a um paranaense que se fez merecedor do respeito e da gratidão do Brasil inteiro.

Não exageramos ao fazer esta afirmação. O professor Mário Braga de Abreu é hoje, sem favor, um homem e um nome nacional.

O Paraná, com justas razões, orgulha-se desse filho seu. E esta Casa não poderia deixar de sintonizar-se uma vez mais com o povo que representa. É o que fazemos, neste momento, ao conferirmos ao professor Mário de Abreu o título de Cidadão Benemérito de nosso querido Estado.

Segundo a praxe, caberia ao autor do Projeto concessivo da

honraria, o privilégio de saudar o homenageado. No entanto, quis o nobre deputado Anibal Khury, no exercício uma vez mais de sua indesmentida generosidade, dar-me a satisfação — possivelmente a maior dentre as tantas de minha vida pública — de, na condição de ex-discípulo do grande mestre, fazer a saudação ao prof. Mário de Abreu.

Poucos como ele fizeram tanto por sua gente.

Não há, na verdade, um lar paranaense em que seu nome não tenha sido pensado nas horas difíceis e amargas, da doença em entes queridos.

Mário de Abreu é quase uma legenda. Ele se identifica com seu sacerdócio. Ele e a medicina se completam. Na sua modéstia, nos seus modos por vezes rudes — tanto mais rudes quanto mais caras lhe forem as pessoas com que trata — se esconde um homem bom. E quando dizemos **um homem bom,** queremos fazê-lo em toda a sua plenitude, naqueles moldes em que nossos ancestrais procuravam basear-se ao escolher os cidadãos exemplares das pequenas vilas que então surgiam.

Os escolhidos eram os mais prestativos, os mais capazes, os mais úteis, os mais puros, os mais desprendidos, os que sabiam estender a mão aos humildes, os que não procuravam apenas as casas abastadas, os que tinham por todos os seus semelhantes o amor de irmão.

Esse é Mário Braga de Abreu.

Esse é o professor Mário de Abreu, mestre e amigo dos seus discípulos que se espalham pelo Brasil inteiro.

Esse é o médico Mário de Abreu, humanitário e consciente; esse é o cidadão Mário de Abreu, probo, chefe de família exemplar, prestante, de posições definidas e conduta reta.

Esta Assembléia Legislativa, onde tem assento tantos médicos, em número maior do que qualquer das antigas bancadas partidárias, se não tivesse outras razões para homenagear o eminente paranaense que hoje recebemos, teria uma: os médicos, especialmente os médicos, que a compõem sabem a quem estão homenageando. Trata-se de um luminar das ciências médicas. Muitas e muitas foram e estão sendo as gerações de jovens brasileiros que, cursando a nossa Universidade do Para-

ná, passaram e estão passando por suas salas de aula. Conhecemos bem aquele Professor, enérgico, mas profundamente humano, frio mas vigorosamente justo; erudito, capaz, experiente.

Ao Professor, nossa homenagem.

Mas não somente ao Professor. Talvez com ênfase ainda maior ao cirurgião emérito, por cujas mãos firmes tantas e tantas vidas foram salvas.

Ao médico, que é hoje o médico do Paraná. E quando assim dizemos queremos lembrar aquele fato que deve ser bem comum ao dr. Mário de Abreu.

Cada família paranaense deve ter, e seguramente tem, o seu médico, o parente, o vizinho, o amigo; mas nenhuma delas em qualquer emergência, deixará de lembrar-se daquele nome que está no subconsciente de todos:... "não será melhor chamarmos o dr. Mário de Abreu?"...

E este pensamento não virá apenas quando uma cirurgia grave se anuncia necessária. O dr. Mário de Abreu, para a simplicidade de nossa boa gente, não é aquele cirurgião de notoriedade que foi honrado pelo Brasil como o primeiro de sua especialidade; o dr. Mário de Abreu é lembrado para tudo, do simples resfriado, das banais dores infantis, até as mais graves moléstias.

É o médico completo, que não deixa de atender a ninguém, que tem sempre presente, e leva ainda mais além o seu juramento de Hipócrates.

A ele, ao médico, nossa homenagem, nossa gratidão, a homenagem e a gratidão do Paraná.

Talvez não fosse necessário, aqui, nesta sessão solene, mencionar o "curriculum vitae" que fundamentou a concessão do título que hoje entregamos ao dr. Mário de Abreu.

Basta citarmos, apenas para não me alongar, a Medalha de Mérito de São Lucas, de melhor cirurgião do Brasil, em 1964, conferida pela Fundação para o Progresso da Cirurgia.

Por tudo isso, e por muitas outras razões, esta Casa foi feliz em conceder ao dr. Mário de Abreu o título que hoje ele recebe, com sua habitual modéstia. Se dependesse dele, garanto que não estaríamos aqui e nem esta sessão se realizaria.

Mas uma coisa e outra se fazem necessárias. A Assembléia Legislativa do Paraná, representa legitimamente o seu povo, também está orgulhosa do paranaense Mário de Abreu. Não é de hoje que esta Casa assim se sente, mas esta foi a oportunidade que surgiu.

Receba, professor Mário de Abreu, as manifestações seguras do nosso respeito. E se um pedido podemos fazer-lhe é o seguinte, que fazemos com toda a sinceridade: não agradeça, Professor, o título que recebe, por que, ele, sim, é um agradecimento o agradecimento profundo que o Paraná e os paranaenses lhe devem.

Muito obrigado a Vossas Excelências, professor Mário de Abreu, e se não temessemos um lugar comum, diríamos também, em nome do povo que representamos.

Obrigado. Doutor. Deus o abençoe. **(Palmas. Muito bem).**

O Sr. PRESIDENTE — Esta Presidência tem a honra de convidar S. Exa. o Sr. Governador do Estado, dr. Paulo Pimentel, a fazer a entrega ao dr. Mário de Abreu do diploma que lhe é conferido de CIDADÃO BENEMÉRITO DO PARANÁ.

(O Sr. Governador Faz a Entrega do Diploma). (Palmas).

O Sr. PRESIDENTE — Esta Presidência tem a honra de convidar S. Exa. o sr. Presidente do Tribunal de Justiça, desembargador Ernani Guarita Cartaxo, a fazer a entrega ao dr. Mário de Abreu da medalha de CIDADÃO BENEMÉRITO DO PARANÁ.

(O sr. Presidente do Tribunal faz a entrega da medalha). (Palmas).

O Sr. PRESIDENTE — Esta Presidência, com muita satisfação e grande honra, concede a palavra ao dr. Mário de Abreu.

O Sr. PROFESSOR MÁRIO DE ABREU — Exmo. Sr. Governador do Estado, Exmo. Sr. presidente da Asembléia Legislativa; Exmo. Sr. presidente do Tribunal de Justiça; Exmos. Srs. generais comandantes das Regiões Militares; srs. Deputados, minhas Senhoras e meus Senhores.

Lendo: "Exmo. Sr. Governador Paulo Pimentel e Exmo. Sr. Presidente do Tribunal de Justiça, é honra demasiada nos ser entregue, por vossas mãos esta insigne distinção.

Ela muito nos desvanece e bem se ajusta a vossas personalidades de homens de Estado.

Vemos em vossos gestos e vossas presenças um particular apreço e uma peculiar magnanimidade, que enobrece e enaltece a de auxiliar e prestigiar o amigo desvalido para que não se sinta desamparado.

Sr. deputado Arnaldo Busato, agradecemos sensibilizados as vossas palavras generosas. Quando ouvíamos constrangidos sentimos, desde logo, que eram ditadas pela nossa afinidade comum como médicos. A vossa dedicação e seriedade no exercício da profissão é a mesma no alto cargo que atualmente exerceis. A afinidade do médico com a política é de todos os tempos. É explicável. Sois um exemplo com o vosso entusiasmo e vibração, conservai-os para o bem do Paraná.

É com profunda humildade, que recebemos este título, que nos foi outorgado pela Assembléia Legislativa do Estado do Paraná.

Não é fácil a outrem avaliar o que se nos afigura, na intimidade da consciência, de responsabilidade e compromisso, o de ter sido distingüido por este modo, por um dos Poderes mais altos do Governo estadual, justamente aquele em que cada um dos seus membros representa, por si próprio a vontade e a aspiração da opinião pública.

Dignifica sobremaneira, quem o recebe, personaliza e caracteriza tão marcantemente a sua atividade, que, mesmo, não fosse nosso hábito, exige a distinção introspecção e meditação.

Ciente desta honraria, consideramos a benevolência prestigiosa, que representa e o momento de recebê-la, que nos ofusca, dando-nos a impressão irreal de viver o presente, como se fosse uma resultante estranha, esquisita e imprevisível do passado.

Poucos a vontade, em centralizar atenções e motivar tão magna solenidade, é natural que todos sintam nosso acanhamento e confusão e nos perdoem de não dizer bem e como deverá ser tudo que deveria ser dito.

Sempre fomos médicos e professor universitário. Nada mais alcançamos. Nada nos impede, entretanto, que nos afirme

que ser médico é uma nobre profissão, e embora, de função individualística e de valor individual, ela se exerce contagiosa e impregnada dos problemas da coletividade e com influência social. Afeitos tão somente a ela e a sua convivência simples e sem ruídos, sabemos reconhecer a sociedade como um todo e compreender que as múltiplas atividades sociais são um conjunto equiparado e imprescindível ao bem estar comum.

A vigência humana faz o médico tomar contacto com os mais intrincados e multiformes aspectos da vida e sua presença pode se fazer no mais amplo sentido.

A sua colaboração é indispensável na sociedade independente do seu nível e desenvolvimento material. De participação ativa nos inúmeros problemas coletivos e individuais, acresce a sua significação, porque a sua preocupação máxima é o homem. A sua atividade muito depende do estágio sócio-econômico e, de todas as profissões úteis, nenhuma recebe tão vivamente o impacto do norteamento político, da concepção filosófica e da organização estatal. O exercício prático se ressente, na sua amplitude, de diretrizes que são diferentes na sua aplicação, embora procurem atingir, como finalidade, o bem comum.

Profissional liberal, na acepção original, a evolução social hodierna cada vez mais complexa, colocou o médico diante do número e da quantidade, criando condições que o obrigam a socialização.

Tanto mais se somam os encargos e estatiza a profissão, tanto mais difícil se torna a personificação do médico e a preservação da dignidade humana.

O mundo moderno se ajusta mal a esta verdade, o que gera este imenso conflito de tendência. Acreditar no absoluto predomínio do econômico é descaracterizar o homem, é imaginá-lo como um ser produtivo ao qual se atende em função da produção, abstraindo-se de uma finalidade consubstantiva.

A preservação do ideal humano e a técnica como instrumento da melhoria das condições de vida são a essência do progresso social. Impulsionar o progresso pela técnica é criar melhores e mais amplas condições de expressão da personalidade humana. São objetivos que não se contrapõem, mas que se completam e mesmo nas formas mais evoluídas, constituirá

"um novo gênero de equilíbrio entre o pensamento e a ação, a atividades e a meditação". "Psique et Philosophie". W. Heisenberg. A causa profunda é a educação do homem e sua adaptação ao ideal de solidariedade humana. "Um homem pode ser dotado de uma inteligência excepcional, ter conhecimentos os mais extensos, ser um grande sábio, ser um grande filósofo e ao mesmo tempo ser um homem mau. O que faz com que um homem seja pura e simplesmente bom é a bondade de seus atos, conforme eles exprimam sua vontade; e o ato do seu próprio ser e emana dele, como homem, isto é, como pessoa, mestre de si mesmo e capaz de cumprir o seu próprio destino". "La responsabilité de l'Artiste". J. Maritain.

Não se é bom sem luta e sem destino, sem vontade e sem liberdade. É necessário ser livre, de plena consciência para querer livremente e possuir a escolha do bem e não confundí-lo com o bem aparente. É uma qualidade positiva e seu julgamento não é impulso natural, mas sim conseqüência refletida da razão.

A função conceitual do médico preceitua, por essência, esta conduta e o contagia desta concepção, a necessidade da interdependência político social e da realização praticaria no médico uma angústia peculiar de quem sofre o sofrimento alheio e só soluciona em parte, o muito, que não se soluciona. A lida diuturna com a vida e a morte o impregna e o marca indelevelmente.

O seu teto é o hospital, este bem comunitário, que tanto necessita de compreensão de todos, onde a vida é uma conquista, que faz a todos humildes e onde as tragédias se desenrolam no silêncio heróico da existência humana. É um trabalho constante e perseverante, que só surge no curso dos anos e só se avoluma por unidades. Repleta de percalços, a sua função é muitas vezes incompreendida.

É simples, ele é homem e é imperfeito e sua consecução plena exige tanto, que não é fácil atingir. A vida é uma repetição, se afirma muitas vezes, ela não é nunca para o médico; ela é individual e pessoal, é uma indivisível, é existência e essência.

Não é a quantidade que dirige o médico, mas a qualidade; o número é enumeração e não significação.

Apreciar os anos que se sucedem, analisar e sintetizar, não é empresa de todos, porque a idéia do conjunto na lógica natural dos termos, de raciocínio e de consenso, só é permissível em longa experiência vivida e sentida em seus múltiplos pormenores. Restringir a sua ambição, ao seu próprio ambiente, merece entendimento e compreensão.

É uma tendência muito nossa confundir o sucesso de âmbito particular, com a aplicação da idéia geral, quando ambas, na realidade, necessitam duma preparação peculiar. O entrelaçamento de contactos cada vez mais estreitos de qualquer exercício prático profissional com os múltiplos aspectos sociais, da sociedade atual, de tal modo se acentua e se conjuga, que se percebe, sempre mais nitidamente a necessidade duma integração ideal.

A formação individual tem tendência natural à plenitude e os seus laços comunitários insensívelmente conduzem para uma apreensão universal.

Esta aproximação conseqüente expande a presunção de ser útil à coletividade e "a obra comum representaria, não uma obra divina a se realizar sobre a terra, pelo homem, mas uma obra humana a se realizar sobre a terra, pela passagem de algo de Divino, que é o amor nos recursos humanos e no próprio trabalho humano". "Humanismo Integral" — J. Maritain.

Imbuídos deste espírito, sentimos nesta homenagem de alta distinção um dever e uma consciência de mais servir com ampla solidariedade humana, mais devotar-se ao bem comum, mais sofrer; com ânimo e resistência, o impedimento de fazer e mais se dedicar ao Paraná e a sua gente, num impulso de formação integradora humanitária.

Dizer simplesmente que vos agradecemos, a todos aqui presentes, é muito pouco e expressar o nosso reconhecimento é muito simples, por isso, tolhidos pelo desvalor nosso, imploramos não digam o bem que fizemos, que não o fizemos, e nos permitam sobrelevar à Assembléia Legislativa do Paraná a dignidade desta honraria que nos foi tão benevolamente outorgada.

(Palmas prolongadas).

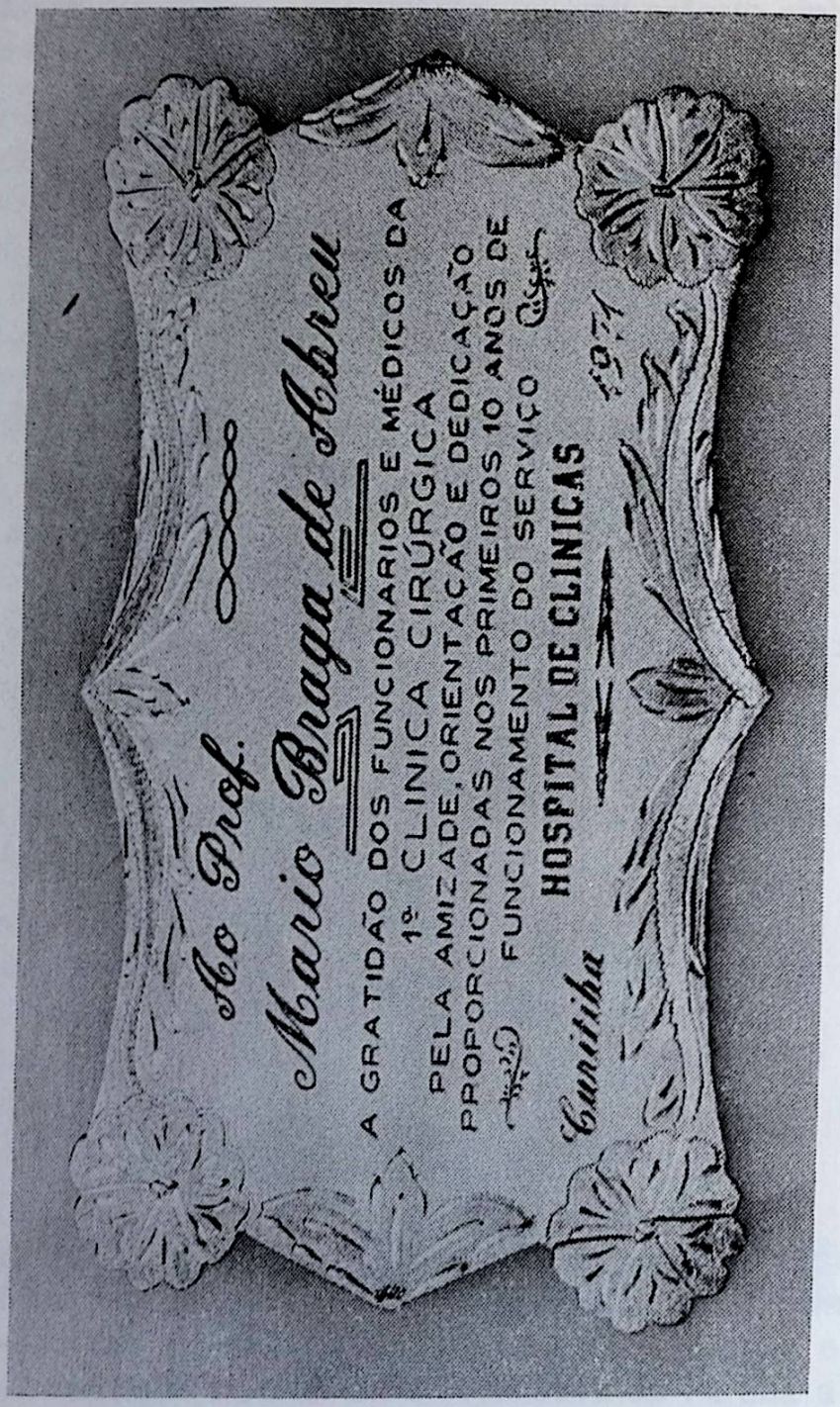

República dos Estados Unidos do Brasil

UNIVERSIDADE DO PARANÁ

Medalha de Mérito Universitário

a medalha de

Mérito Universitário


Ao Prof.
Mario Braga de Abreu
A GRATIDÃO DOS FUNCIONARIOS E MÉDICOS DA
1ª CLINICA CIRÚRGICA
PELA AMIZADE, ORIENTAÇÃO E DEDICAÇÃO
PROPORCIONADAS NOS PRIMEIROS 10 ANOS DE
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO
HOSPITAL DE CLINICAS
Curitiba


Ao Grande Mestre
Mário Braga de Abreu
Homenagem da Classe Médica Pontagrossense,
no seu primeiro Congresso Médico.
Ponta Grossa PR, 15 de março de 1975.

AO EMINENTE PROF.

MÁRIO BRAGA DE ABREU,

QUANDO SE COMEMORA O

CENTENÁRIO DO HOSPITAL DE CARIDADE

A HOMENAGEM DA IRMANDADE DA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURITIBA,

PELO TRANSCURSO DOS CINQUENTA ANOS DE SUA

PROFÍCUA E HUMANITÁRIA ATIVIDADE MÉDICA.

22-05-1880 - 22-05-1980

República Federativa do Brasil
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Diploma de Doutor Honoris Causa
Doutor Honoris Causa

BIBLIOGRAFIA

1 — 1930. ABREU, Mário Braga de. **Ruptura expontânea da vesícula biliar em peritoneo livre.** s.L., Of. Gráf. do Mundo Médico, 1930. 122p. Tese, Cadeira de Clínica Cirúrgica, Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro.

2 — 1931. ————. Fractura do olecraneo. **R. Méd. Paraná, 1**(1):10-12, dez. 1931.

3 — ————. Phalangisação do primeiro metacarpiano. **R. Méd. Paraná, 1**(1):42-45, dez. 1931.

4 — 1932. ————. Em torno de um caso de parotidite aguda post-operatoria. **R. Méd. Paraná, 1**(2):73-76, jan. 1932.

5 — ————. Um caso de ruptura de prenhez tubaria. **R. Méd. Paraná, 1**(2):83-84, jan. 1932.

6 — LIMA, Virmond & ABREU, Mário Braga de. Ileus mecânico por appendicite. **R. Méd. Paraná, 1**(6):237-241, maio, 1932.

7 — 1933. ABREU, Mário Braga de. Flebites e embolias post-operatorias. **R. Méd. Paraná, 2**(8/9):251-261, ago./set., 1933.

8 — 1935. ————. Hernia diafragmática. **R. Méd. Paraná, 4**(4):171-82, abr. 1935.

9 — ABREU, Mário Braga de. & BARRETO, Jm. Mattos. Oclusão Intestinal de causa apendicular. **R. Méd. Paraná,** 4(4):183-188, abr. 1935.

10 — ABREU, Mário Braga de. & CÔRTES, Atlantido Borba. Talalgia e exostose sub-calcaneana. **R. Méd. Paraná, 4**(8):291-299, ago. 1935.

11 — ABREU, Mário Braga de. Perfurações das úlceras gástricas e duodenais em peritone livre. **R. Méd. Paraná,** 4(9):341-54, set. 1935.

12 — 1938. ————. Oração de paraninfo. **R. Méd. Paraná, 7**(1):33-44, jan. 1938.

13 — 1939. ABREU, Mário Braga de. & ARTIGAS, Giocondo V. Aneurisma arteriovenoso da humeral com paralisia do mediano. **R. Méd. Paraná, 8**(1/2):25-32, jan./fev. 1939.

14 — ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Curitiba. **Ata da sessão de pose da nova diretoria da Associação Médica do Paraná para o ano de 1939. R. Méd. Paraná, 8**(1/2):33-34, jan./fev. 1939.

15 — 1939. ABREU, Mário Braga de. A formação do médico. Separata de **R. Méd. Paraná, 8**(5/6):3-10, maio/jun. 1939.

16 — 1940. ———. Conceito de Universidade. **R. Méd. Paraná, 9**(11/12): 293-294, nov./dez. 1940.

17 — ———. O estudo da clínica cirúrgica no curso médico. Separata de **R. Méd. Paraná, 9**(7/8):1-11, jul./ago., 1940.

18 — 1941. ———. Oração de paraninfo; discurso de paraninfo aos doutorandos de 1940. **R. Méd. Paraná, 10**(1):5-14, jan. 1941.

19 — 1942. ———. Fratura da epitroclea com inclusão na interlinha articular do cotovelo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA, 4. São Paulo, jul. 1940. **Anais.** São Paulo, Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 1942. 436 p.p. 332-342.

20 — 1944. ———. Conceito atual da traumatologia. Progresso da cirurgia nos últimos 25 anos; parecer dos mais famosos cirurgiões brasileiros. **O Estado de São Paulo,** São Paulo, **70**(22913):3,26 maio, 1944.

21 — ———. A doença do metatarso de Kohler. **Anais Paul. Med. Cir., 47**(5):367-**367-374,** maio, 1944.

22 — 1945. ———. Tratamento da osteomielite aguda hematogênica. **Anais Paul. Med. Cir., 50**(4):309-342, out. 1945.

23 — ———. ———. **Anais Paul. Mel. Cir., 50** (5):409-447, nov. 1945.

24 — ———. Da úlcera gastro-duodenal — Sua evolução anatomo-clínica. Algumas reflexões a serem mais amplamente explanadas. **R. Méd. Paraná, 14**(1):3-5, jan./fev. 1945.

25 — 1946. ———. Penicilina e osteomielite aguda hematógena. **Anais Paul. Med. Cir., 52**(5):307-318, nov. 1946.

26 — ———. Traumatismos do pé e acidentes de trabalho. **R. Méd. Paraná, 15**(4):145-152, jul./ago. 1946.

27 — 1948. ———. Discurso de instalação do VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Salvador, 1948.

28 — 1948. ABREU, Mário Braga de. Oração de paraninfo proferida por ocasião da solenidade de colação de grau dos doutorandos de 1947 da Faculdade de Medicina do Paraná, em 17 de dezembro de 1947. Separata de **R. Méd. Paraná, 17**(1):1-6, jan./fev. 1948.

29 — 1950. ————. Syposium de tratamento cirúrgico das úlceras gástrica e duodenal. **R. Méd. Paraná, 19**(1):1-10, jan./fev. 1950.

30 — 1952. ————. Estado atual das amputações. **R. Paniatr. 12**(2):7-18, ago./dez. 1954.

31 — ————. Aspectos do ensino médico no Brasil. **R. Paniatr., 9**(2):5-8, abr./out. 1952.

32 — ————. Dos tumores ósseos. Tratamento e seus resultados. Separata de **R. Paniatr.,** 9(2):3-24, abr./out. 1952.

33 — 1956. ————. Ensino universitário e progresso técnico. Discurso de paraninfo. **R. Méd. Paraná, 25**(1):66-74, jan./fev. 1956.

34 — ————. Estado atual da osteosíntese no tratamento das fraturas. Separata de **R. Méd. Paraná, 25**(2):109-138, abr./jun. 1956.

35 — 1966. ————. Resultados imediatos e tardios da gastrectomia parcial e total. In: MELLO, Joamel Bruno de. **Simpósios de cirurgia.** São Paulo, Gráf. S. Paccagnella, 1966. 397 p.p. 58-61.

36 — 1973. ————. Oração de paraninfo — Universidade Católica do Paraná.

TRABALHOS, CONFERÊNCIAS E COMUNICADOS (NÃO PUBLICADOS)

1 — 1938 — ABREU, Mário Braga de. **Tratamento do câncer e suas localizações.** Curitiba, 1938. Série de conferências realizadas na Universidade Federal do Paraná. Faculdade de Medicina. Departamento de Anatomia Patológica.

2 — 1939 — ————. Megaesofago; comunicado. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Curitiba. **Ata da sexta sessão ordinária** de 24 de abril de 1939. Livro 2, p. 55.

3 — 1941-43 ————. **A tuberculose ósteo-articular.** Curitiba, 1941-1943. Conferências realizadas nos cursos oficiais de tuberculose, promovidos pelo Departamento de Saúde Pública.

4 — 1942 — ————. **Conseqüências imediatas dos traumatismos do torax.** Curitiba, 1942. Conferência realizada no Departamento Científioc e Cultural dos Estudantes de Medicina.

5 — ————. Fractura, supra-condyliana do cotovelo. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ. **Ata da terceira sessão ordinária** de 22 de março de 1942. Livro 2, p. 89.

6 — ————. **Etiopatogenia da tuberculose ósteo-articular.** Curitiba, 1942. Conferência realizada na Sociedade Paranaense de Tisiologia.

7 — 1943 — ———. **Traumatísmos do tórax.** Curitiba, 1943. Conferência realizada na Associação Médica do Paraná em 26 de maio de 1943.

8 — ———. Tratamento cirúrgico da úlcera gastro-duodenal. In: **ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ,** Curitiba. **Ata da terceira sessão ordinária** de 26 de maio de 1943.

9 — 1944 — ———. **Do diagnóstico dos tumores ósseos.** Campinas. 1944. Conferência realizada na Sociedade de Medicina

10 — ———. Paralisias obstétricas do membro superior: In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Curitiba. **Ata da segunda sessão ordinária** de 31 de março de 1944.

11 — ———. Considerações em torno das úlceras gastro-duodenais. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Curitiba. **Ata da décima segunda sessão ordinária** de 6 de dezembro de 1944. Livro 2, p. 142.

12 — 1945 — ———. Epifisiólise. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Curitiba. **Ata da primeira sessão ordinária** de 16 de abril de 1945. Livro 2, p. 162.

13 — 1947 — ABREU, Mário Braga de. **Fraturas de Colles.** Londrina, 1947. Conferência realizada em Londrina por ocasião da Reunião dos Médicos do Norte do Paraná em julho de 1947.

14 — 1951 — ———. **Princípios fundamentais do método de Küntscher.** Santos, 195. Conferência realizada na Associação Médica de Santos.

15 — 1951 — ———. **O método de Küntscher nas fraturas do femur.** Belo Horizonte, 1951. Conferência realizada na Associação Médica de Minas Gerais em 1951.

16 — 1954 — ———. Litíase do colédoco. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ, Curitiba. **Ata da terceira reunião científica** de 30 de abril de 1954. Livro 2 — Sessões científicas, p. 3.

17 — 1959 — ———. **Cirurgia dos colons.** Maringá, 1959. Conferência realizada na Sociedade Médica de Maringá em 1959.

18 — 1963 — ———. **Tratamento cirúrgico do câncer do estômago.** Paranavaí, 1963. Conferência realizada na Sociedade Médica de Paranavaí em 1963.

19 — 1964 — ———. **Tratamento cirúrgico da litíase biliar.** Apucarana, 1964. Conferência realizada por ocasião da Jornada Médica de Apucarana em 1964.

OBS.: Os trabalhos acima referenciados apresentados e discutidos nas reuniões da Associação Médica do Paraná, foram mencionados nas atas, porém não se fazem acompanhar de resumos.

TRABALHOS NÃO LOCALIZADOS POR FALTA DE ELEMENTOS ESSENCIAIS — REFERÊNCIAS INCOMPLETAS.

1 — 1939 — ABREU, Mário Braga de. Pleurizes supurados não tuberculosos. Associação Médica do Paraná. 1939.

2 — 1944 — ————. Considerações sobre megaesofago. **Anais Soc. Méd. S. Lucas,** 1944.

3 — ————. Tratamento dos tumores ósseos. **R. Bras. Ortop. Traumatol.,** 1944.

4 — 1945 — ————. Da classificação dos tumores ósseos. **R. Bras. Circ. Ortop.,** Recife, 1945.

5 — 1946 — ————. Luxação do semi-lunar. In: CONGRESSO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 7. Rio de Janeiro, 1946.

6 — 1948 — ————. Tratamento da luxação completa acromio-clavicular. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 8. Salvador, 1948.

7 — ————. Tratamento fratura de Colles mal consolidada e suas sequelas. n: CONGRESSO BRASLEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 8. Salvador, 1948.

8 — ————. O método de Küntscher no tratamento das fraturas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, 8. Salvador, 1948.

9 — 1959 — ————. Fraturas obliquas dos ossos da perna; tratamento. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA. **Relatório.** 1950.

10 — 1962 — ————. Lesões cirúrgicas das vias biliares. In: CONFERÊNCIA CONGRESSO DE GASTROENTEROLOGIA, 1962.

11 — 1963 — ————. Tratamento cirúrgico de úlcera gástrica e duodenal. In: CONGRESSO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Relatório,** São Paulo, 1963.

Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro

THESE

Apresentada á

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

em 25 de Fevereiro de 1930

para ser defendida por

Mario Braga de Abreu

(Natural do Estado do Paraná)

Filho legitimo de MANOEL MARTINS DE ABREU e D. MARIA JOANA BRAGA DE ABREU

Dissertação:

Ruptura expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre

(Cadeira de Clinica Cirurgica)

Officina Graphica
— — — do — — —
MUNDO MEDICO
277, Rua do Senado, 277
Telephone 2-5054

Dr. Mario Braga de Abreu

Ex-interno da 23.º Enfermaria da Santa Casa. — Ex-interno da 20.ª Enfermaria da Santa Casa. — Ex-interno da Assistencia Publica e do Hospital Prompto Soccorro. — Ex-interno da Pr4-Matre. — Ex-interno, por concurso, do Serviço de Prompto Socorro de Nictherov.

Ruptura expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre

THESE APROVADA
COM DISTINÇÃO

Officina Graphica
— — — do — — —
MUNDO MEDICO
277, Rua do Senado, 277
Telephone 2-5054

Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro

DIRECTOR ..... Dr. José Antonio de Abreu Fialho
VICE-DIRECTOR ..... Dr. Antonio Pacheco Leão.
SECRETARIO ..... Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

PROFESSORES CATHEDRATICOS, DRS.:

Francisco Lafayette Rodrigues Pereira	Physica.
Adelino da Silva Pinto	Chimica organica e biologia.
José Carvalho Del Vecchio	Chimica geral e mineral.
Antonio Pacheco Leão	Biologia geral e parasitologia.
Alvaro Fróes da Fonseca	Anatomia humana (1.ª cadeira).
Alfredo Alberto Pereira Monteiro	Anatomia humana (2.ª cadeira).
Ernani Carlos de Menezes Pinto	Histologia.
Oscar Frederico de Souza	Physiologia (1.ª cadeira).
Alvaro Ozorio de Almeida	Physiologia (2.ª cadeira).
Bruno Alvares da Silva Lobo	Microbiologia.
Pedro Augusto Pinto	Pharmacologia e arte de formular.
Agenor Guimarães Porto	Therapeutica.
Mauricio Campos de Medeiros	Pathologia Medica.
Francisco Pinheiro Guimarães	Pathologia geral.
Hugo de Castro Pinheiro Guimarães	Pathologia cirurgica.
Raul Leitão da Cunha	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.
Augusto de Souza Brandão	Clinica gynecologica.
José Antonio de Abreu Fialho	Clinica ophtalmologica.
João Marinho de Azevedo	Clinica oto-rino-laryngologica.
Luiz Pedro Barbosa	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil.
Antonio Benevides Barbosa Vianna	Clinica pediatrica cirurgia e orthopedica.
Eduardo Rabello	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Antonio Austregesilo Rodrigues Lima	Clinica neurologica.
Henrique de Brito Belfort Roxo	Clinica psychiatrica.
.....	Clinica analytica.
Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas ...	Medicina tropical.

PROFESSORES SUBSTITUTOS, DRS.:

8.ª " — José de Moura Muniz.
9.ª " — Renato Guimarães de Souza Lopes.
14.ª " — José Thomaz Nabuco de Gouvêa.
17.ª " — Octavio do Rego Lopes.
18.ª " — Francisco Eiras.
19.ª " — Faustino Esposel.

PROFESSORES CATHEDRATICOS EM DISPONIBILIDADE, DRS.:

Fernando Terra.
Antonio Sattamini.
Francisco Simões Corrêa.
Luiz Antonio da Silva Santos.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral.
.....

PROFESSORES CATHEDRATICOS JUBILADOS, DRS.:

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.

A MEMORIA DE MEU PAE QUE ME GUIA.

Á MINHA MÃE QUE ME CONDUZ

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I

DADOS HISTORICOS

O historico das perfurações expontaneas da vesicula biliar é relativamente recente, só se encontrando um estudo de conjuncto em fins do seculo XIX. Neste mesmo trabalho, o assumpto é encarado de fórma bem diversa por que é hoje comprehendido. É classico attribuir-se a Andral em 1824, a publicação do primeiro trabalho nos Archives de Medicine, no qual relata duas observações completas de ruptura expontanea da vesicula biliar com peritonite, tendo confirmação necropsica. No entanto, anterior a estes casos foi escripto por Nunter em 1763, um caso de um doente de Fordya, que teve uma ruptura de vesicula biliar no decurso de uma "febre" e mais tarde em 1805 no Journal General de Medicine et Chirurgie, Douve escreve um artigo sobre "Indication des principaux faits connus de rupture ou de dechirure de la vesicule du fiel", em addição a uma observação de Desjardins.

Seguem-se então algumas observações escriptas, esparsas e úm tanto incompletas como as de Amussat em 1827. Faucanneau-Dufresne em 1829, de Duplay em 1883. No Bulletin de La Societé Anatomique de 1835 encontra-se uma observação de Husson de cholecystite no decurso de febre typhoide, com perfuração e derrame biliar, e em 1840, na mesma revista, um caso de perfuração em vesícula calculosa publicado por Fardel. Em 1850 Hebrard faz as primeiras referencias sobre a perfuração em vesicula cancerosa.

Continuam esta serie mais algumas observações de Bercioun, Colin, Guibout, Rilliet e Barthez, até 1890, quando foi publicado o trabalho de Courvoisier. Este trabalho de monta, muitas vezes citado pelos autores que têm cuidado desse assumpto, consiste na reunião de 119 casos de perfuração expon-

tanea da vesicula biliar sobre os quaes só n'um apenas, foi feita uma intervenção cirúrgica. Em 1899, sahe a these de Bickra intitulada (Des perforations spontanées de la vesicule biliaire — These de Lyon 1899) com 40 observações que conseguiu reunir, sendo apenas 5 com intervenção cirurgica. Referente ao assumpto é publicado neste mesmo anno, uma these de Paris, escripta por Fleys com o titulo "Contribution à l'étude des ruptures des voies biliaires dans le peritoine".

Começam nos fins do seculo passado os estudos sobre o microbismo da bile, com novas interpretações e ideias, sendo digno de realce os trabalhos de Dominici, nos quaes, faz referencias à ruptura da vesicula biliar, em virtude de processo infeccioso, acarretando ulceração da parede, podendo chegar à perfuração. Os estudos experimentaes de Ehrhardt, de Noetzel, neste seculo, embora contradictorios, vieram pôr em fóco estas quesões de acção da bile sobre o peritoneo, microbismo biliar. O trabalho de Noetzel "Experimental Untersuchung y Gallenblazen perforations peritonis nos Archiv. für Klin· Chir. t — XCIII", é de uma importancia capital, e, mesmo nas publicações recentes, tem servido de base a vivas discussões. Até fins de 1900 eram os casos de perfuração expontanea de vesicula biliar mais do dominio anatomico, das constatações necroscopicas, que propriamente do dominio cirurgico. São deste seculo propriamente, as intervenções cirurgicas, por perfuração da vesicula, a analyse scientífica dos casos, sendo as publicações mais frequentes.

Assim é que, em 1904, Neck relata 11 observações com 9 curas, estatistica das melhores, dando uma nova orientação ao assumpto, mostrando que com a cirurgia, melhora-se o prognostico, até então fatal pelo abandono do doente, por falta de recursos technicos. Dahi para cá, casos semelhantes têm sido publicados com esse novo cunho scientifico, tal o artigo de Hallet de Liége, com considerações theoricas, escripto no mesmo anno que o de Neck. Ahi reuniu 15 observações de perfuração da vesicula biliar em peritoneo livre, todas tratadas cirurgicamente pela laparatomia com 11 curas, sendo 2 destes casos pessoaes. Em 1906 Mac Laren nos Annals of Surgery, pag. 161, num trabalho intitulado Perforaction of Gall-Bladder relata 10 casos, um de origem traumatica.

Marie de Vichy, em 1907 apresenta ao Congresso de Cirur-

gia 2 observações. Quenu, já tendo communicado anteriormente um caso pessoal, relata em 1911, na Sociedade de Cirurgia, uma observação de Guibal, tendo origem na occasião pequena discussão em torno do assumpto.

É de 1911 o artigo de Cotte e Arnaud "Traitement des perforations en plein peritoine au cours de la lithiase" Revue de Chirurgie pag. 338, onde, com minucia, é bem esplanada a questão do tratamento cirurgico a dar em semelhantes casos, baseado nas observações publicadas até áquela época. É um estudo de conjuncto notavel e basico. Em 1912 apparece em Paris a these de Thebault "Contribution á l'étude des ruptures spontanées de voies biliaire dans le peritoine".

Neste mesmo anno Mac Williams nos Annals of Surgery faz um estudo longo sobre a questão, analysando sob seus diversos aspectos pathogenicos, clinico e therapeutico. Baseado em dois casos pessoaes e do Presbyterian Hospital, aos quaes juntou mais 198 observações de diversos cirurgiões, tirou algumas conclusões, ainda hoje novas.

Desta época para cá começaram referencias nos tratados de pathologia cirurgica. Actualmente o numero de observações publicadas em todas as revistas de cada nação, vem sempre em crescendo, tornando-se difficil descriminal-as todas.

Em 1913 Braithwaite faz um estudo em torno de 10 casos occorridos na Leeds Infirmary, numa estatistica de 1.000 observações de affecções da vias biliares publicadas no British Medical Journal. No mesmo anno Guibé communica um caso na Societé Anatomique de Paris.

Em 1914, Patel communica um caso, á Societé de Chirurgie de Lyon, de perfuração expontanea em peritoneo livre, com cholecystectomia precoce.

Em 1925 um artigo de Gosset, Desplas e Bonnet no Journal de Chirurgie, chama novamente a attenção sobre o assumpto. Colleciona as observações já publicadas por Mac Williams, ás quaes accrescentou mais 3 observações, tendo então, sobre esta base, feito um estudo geral, estatistico e conclusivo, pondo em fóco novamente esta interessante complicação das affecções das vias biliares. Depois, então, têm se succedido, mais numerosos, sendo notavel o artigo de Fifield no British Medical Journal em 1926, baseado em 28 casos occorridos no London Hos-

pital durante estes ultimos 25 annos, num total de 1.066 intervenções sobre a vesicula biliar. Mais recentemente Pozzi escreve 2 casos na Revista de Chirurgia, Março de 1929. Costa numa observação completa na La Prensa Medica Argentina, Maio de 1929. Lamare e Larget sob o titulo "Perforation de la vesicule biliaire em peritoine libre. Intervention Guerison", publicam no Bull. et Mém. Coc. Chir. Paris — Janeiro de 1929, uma observação completa e bem estudada.

Nota-se, revendo estes dados historicos, que bem diversas tem sido as concepções sobre as perfurações expontaneas da vesicula biliar. Num primeiro periodo, até fins do seculo passado, que podemos chamar anatomico, eram os casos apenas verificados post-mortem.

Depois num periodo que se denomina cirurgico, os cirurgiões se arrojaram a fazer as suas intervenções beneficas, que melhoraram consideravelmente o prognostico. Nestes últimos dez annos, que denominamos periodo scientifico, preocupa-se o cirurgião em fazer, não só a intervenção cirurgica, mas tambem completar as suas observações com apuro do diagnostico, o exame anatomo pathologico da vesicula biliar para pesquisar a etiopathogenia da perfuração, e o exame bactereologico do conteúdo vesicular, para conclusões ulteriores, debaixo do rigorismo scientifico da documentação do laboratorio.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II

ETIOPATHOGENIA

Frequencia — Somos levadas a crer que a perfuração expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre é uma complicação rara, dado o pequeno numero de casos publicados, e o grande numero de intervenções praticadas sobre as vias biliares. Mac Williams (perfuração aguda e expontanea do systema biliar na cavidade peritoneal livre, Annals of Surgery 1912 pagina 235), trabalho a que somos obrigados a recorrer muitas vezes, por ser um dos mais extensos publicados sobre o assumpto, reuniu um total de 3.180 observações, de intervenções feitas sobre as vias biliares, por diversos cirurgiões, só tendo encontrado 29 casos de perfuração expontanea em peritoneo livre, ou sejam apenas 2,9%.

	N.° de operados	Casos de perfuração
Adam	112	3
Robson	539	3
Oschner	48	1
Mac Laren	80	4
Kehr	1528	1
Korte	254	7
Jenchel	210	3
Fergurson	46	1
Prsbyterian Htal.	365	6

Rovsing em sua estatistica, com 532 operações de cirurgia biliar não assignala caso algum; da mesma forma M. Biebl em seu trabalho denominado "Estudo estatistico sobre as operações praticadas em Kiel, no decurso de 10 annos, sobre a vesicula biliar", assim Molina do Chile com 219 intervenções as mais variadas sobre systema biliar, não apresenta caso algum; Pozzi do serviço do professor Marino de Buenos-Aryes num total de 432

observações encontrou 13 perfurações de vesicula biliar, sendo apenas 2 em peritoneo livre, publicadas na Revista de Cirurgia, Março 1929; Fifield apresenta uma estatistica de 1.066 observações de affecções da vesicula, ocorridas no London Hospital durante 25 annos, assim descriminadas: ofram feitas 520 intervenções por cholecystites com calculos (80 agudas, 87 chronicas e 374 inclassificadas) e sem calculos (73 agudas, 87 chronicas e 38 inclassificadas) tendo sómente 28 casos de perfuração ou ruptura da vesicula biliar; uma das quaes traumatica, com apenas 19 em peritoneo livre ou 1,78%; Bracthwaite em 1.000 casos operados no Leeds Infirmary de Londres, relata 9 casos de perfuração aguda ou 0,9%. No nosso meio, apenas 5 observações foram até hoje publicadas; 3 que fazem parte de nossas observações colhidas no Hospital de Prompto Socorro, onde o numero de intervenções por lesões agudas do abdomen sobe a um numero bastante elevado e as outras do Serviço do Dr. Castro Araujo no Hospital Evangelico.

São estas estatisticas sufficientes para nos provar a raridade de semelhante lesão, sendo no entanto, não tão raras, para nellas não se pensar, nos casos de lesão aguda do abdomen. Hartig, em seu artigo, "Contribuição ao estudo da perfuração e necrose da vesicula biliar" escreve: As rupturas da vesicula biliar são raras. Hoje o numero de casos de perfuração na cavidade abdominal livre é relativamente restricto. Fallei de 30 casos que, juntos aos 119 de Courvoisier, fazem o número de perfuração da vesicula, ainda fraco em relação á cifra de portadores de calculos, que segundo Riefel, attingem 2 milhões. Poder-se-ia tirar destas cifras esta licção, que o perigo incorrido por um attingido de calculos biliares e que não se faz operar, é quasi nullo quanto á perfuração. Ora, este artigo publicado em 1911, não nos póde servir para conclusões actuaes, em que o numero de casos publicados é muito maior e crescente, com o apuro dos diagnosticos e a precocidade das intervenções em "abdomen agudo". Assim mais, deve-se acrescentar os casos irreconhecidos por circumstancias varias e cujo diagnostico, ás vezes, só vae ser apprehendido na mesa de necropse.

São as perfurações da vesicula biliar muito mais frequentes que em qualquer outra parte do systema biliar. Mac Williams em 90 observações reunidas, nas quaes havia referencias do logar certo da perfuração, encontrou 32 vezes ou 91% na vesi-

cula, 3 vezes ou 3,3% no cystico, 4 ou 4,4% no choledoco e 1 ou 1,1% no hepatico. Bracthwaite em seus 10 casos de perfuração das vias biliares, um apenas era do canal hepatico, os outros mais se localisavam na vesicula.

Sexo — Sendo mais commum nas mulheres as affecções da vesícula, é natural que o seu tributo seja maior num accidente de complicação como o da perfuração. No entanto, não se notou preferencia de sexo, nem predisposição de um ou de outro. Mac Williams da-nos 60% para as mulheres e 40% para os homens; Fifield em seus casos teve 16 mulheres e 11 homens; Gosset encontrou 55% para as mulheres e 45% para os homens; assim, em todas as mais estatisticas que compulsámos sempre encontrámos vantagem para o sexo feminino, embora nada indique por condições anatomicas ou physiologicas, maior exposição das mulheres.

Idade — E' mais frequente na idade avançada, depois dos 40 annos e maximé entre 50 e 60, sendo no entanto, muito variavel em sua apparição, havendo observações de doentes desde os 21 annos até 83 annos. Mac Williams e Gosset estabeleceram uma média de 50,2 annos entre as observações que conseguiram reunir:

Causas — E' logico que se indague a causa ou as causas que pódem acarretar a perfuração expontanea do cholecysto. Ora, perguntemos antes do mais, uma vesicula biliar normal, de paredes sãs póde se perfurar expontaneamente? Não se tem nota de caso algum semelhante, a não ser por traumatismos violentos, que bem se diferenciam pela sua origem, symptomas e consequencias[a] dos casos que ora estudamos. Existem algumas observações na literatura que fazem resaltar na historia do paciente, no inicio dos symptomas de perfuração, um esforço, um movimento brusco, tosse, muita evacuação, que por sua natureza determina um augmento brusco da tensão intra abdominal. Tal o caso de Hochenegg de uma mulher de 60 annos que após um movimento rapido sentiu dores intensas no abdomem seguido de peritonite aguda; diagnosticado "volvulo" provavel, é feita a laparotonia, sendo encontrada uma perfuração do cholecysto com um grande calculo; na cavidade abdominal 6 litros de liquido biliar. Extrahido o calculo, retirado o liquido da cavidade peritoneal, foi suturada a perfuração seguida de drenagem; e Lane relata outro caso interessante e uma mulher de 50 annos

soffrendo de ictericia chronica que durante uma defecção difficil teve uma dôr abdominal violenta, meteorismo e emissão de fezes sanguinolentas. A laparotomia foi feita cinco dias após, em estado grave, encontrando-se uma vesicula muito distendida, contendo sangue coagulado, canaes hepatico e choledoco dilatados; á autopsia foi encontrada uma ruptura da parede adherente da vesicula e da margem do hepatico correspondente. Também n'uma observação de Routier, na qual a perfuração se deu na occasião em que ao receber um socco do lado esquerdo do abdomen, fez um movimento brusco instinctivo de defesa muscular. Embora Huguenin tenha classificado estas perfurações de etiologia intermedia entre as traumaticas provenientes de um traumatismo violento e as expontaneas, parece-nos mais logico tel-os, apenas, como causas predisponentes ou melhor occasionaes. Porque durante as intervenções sempre se verifica a causa verdadeira, a modificação das paredes da vesicula dando a este augmento brusco de tensão intra-abdominal, por esforços physiologicos um papel secundario e que, talvez, o accidente se produzisse sem o auxilio deste facto occasional.

Figuram entre as principaes causas de perfuração da vesicula biliar, as cholecystite lithiasicas, ou não, sendo quasi constante encontrar-se, lesões inflamatorias ao praticar-se a operação. A cholecystite lithiasica, causa principal, por ser a mais commumente encontrada, 74% dos casos da estatistica de Mac Williams e em todas as nossas observações, é de facto por sua fórma e complicações que podem advir a mais susceptivel de produzir a perfuração do cholecysto. Sabemos como as cholecystites com calculos podem suppurar, aggravando sobremaneira o estado do doente, tornando as paredes da vesicula friaveis, facilmente se perfurando. Muitas vezes este surto inflammatorio agudo com supuração em contacto com o peritoneo traz phenomeno de peritonite generalizada, ou localisada, quando as adherencias tiveram tempo de se estabelecer. Apresentam algumas vezes um quadro clinico diverso correspondente ás cholecystite gangrenosas perfurantes extremamente graves, as quaes entram com um contingente apreciavel nas observações publicadas de perfuração vesicular.

O estudo anatomo-pathologico destas fórmas de cholecystites complicadas, mostra-nos pequenos abcessos inclusos nas paredes, o que nos faz comprehender facilmente a perfuração que será a evolução ulterior destes abcessos.

Noutras vezes, pelo córte da parede vêm-se ulcerações irregulares, mais ou menos profundas, indo até a serosa peritoneal.

Tomando um caracter gangrenoso, os tecidos necrosados se desprendem bruscamente dando em resultado a peritonite diffusa. A estas complicações estão expostos os doentes de lithiase biliar, pela facilidade com que estas infecções secundarias se fazem, tendo por ponto de partida o intestino ou então na obstrução do cystico, por via lymphatica ou sanguinea.

Outra complicação que póde resultar em perfuração é a cholecystite hydropica ou hydropsia da vesicula proveniente habitualmente do encravamento de calculo na região do cóllo. Deste facto sobrevem uma super-distenção da vesicula, adelgaçamento de suas paredes e consequente ruptura em certos casos, embora a tolerancia do cholecysto seja grande. A tendencia actual é acreditar que a simples obstrucção mecanica pelo calculo, não traz um augmento permanente da vesicula e sim temporario. Accresce sempre nesses casos um edema do canal cystico, comprehendendo-se então, desta fórma, o typo da hydropsia intermitente. A atrophia dos elementos da parede da vesicula é enorme, sendo suas modificações de tal ordem, que um esforço physiologico qualquer faz perfural-a.

As outras complicações como angiocholite suppurada, encravamento de calculos no choledoco, trazendo grande dilatação desta via, podem tambem se perfurar. Embora as cholecystites calculosas com suas complicações entrem com maior contingente na perfuração expontanea da vesicula, as cholecystites não calculosas agudas ou chronicas tambem representam papel importante — 13% estatistica já citada. As cholecystites, agudas são frequentemente assignaladas no decurso das doenças infecciosas como febre typhoide, a mais commum, a pneumonia, a variola, erysipela, infecção puerperal, infecções paratyphicas.

A infecção que mais frequentemente se complica de cholecystite, sendo a bile meio de cultura optimo para o microbio productor, é a febre typhoide. As cholecystites typhicas catarrhaes, purulentas ou ulcero-perfurantes têm sido estudadas, sendo seus traços hoje mais ou menos fixados. A cholecystite no inicio da infecção é do typo catarrhal descamativa e muitas vezes ahi permanece. Porém póde não ficar só nisso, o processo inflam-

matorio progredir e observar-se então uma cholecystite suppurada. Outras vezes desenvolvem-se ulcerações nas paredes do cholecysto, do typo perfurante, conservando o bacillo de Eberth na vesicula suas propriedades necrosantes como no intestino. Podem-se dar estas perfurações no decorrer da febre typhoide ou então tardiamente, annos após a cura, como os casos de Le Grand, cinco annos após, Faitoud e Banard 6 annos, tendo sido encontrado o bacillo typhico em estado de pureza, provando a sua sobrevida em microbismo latente na vesicula.

Já nos referimos ás cholecystites gangrenosas por associação de microbios anaerobios, tal o caso de Hallé e Marquzy que já relatámos, no qual foi encontrado o bacillo perfringens.

As cholecystites chronicas não calculosas mais difficilmente chegam a se complicar de perfuração, maximé em peritoneo livre. Sendo a fórma habitual de seu evolver, a formação de adherencias fibrosas em seu derredor ou sua atrophia esclerosa, quando por um dos processos já expostos nas outras complicações, dá-se a perfuração, a peritonite resultante se encysta, dando em formação uma suppuração localisada. Além dessas causas enumeradas, as mais importantes, por bem mais frequentes, que quaesquer outras, devemos mencionar o cancer, a tuberculose e as doenças parasitarias da vesicula biliar, embora molestias por si já raras. O cancer de cholecysto, actualmente mais conhecido devido ao crescente numero de intervenções praticadas sobre a vesicula. é em geral primitivo, e figura de accôrdo com Kaufmann numa percentagem de 5% sobre o total dos cancers visceraes. Dada a frequencia grande; 70% para Fulterer e Haberfeld, 91% para Courvoisier, na concomitancia dos calculos e do cancer, é natural que seu numero seja maior no sexo feminino onde a lithiase biliar é mais frequente. Chegam mesmo as estatisticas de Mayo, Moyniham e de Riedel a nos mostrar que 5% a 7% dos lithiasicos têm cancer da vesicula biliar (Chiray e Pavel). Póde o cancer da vesicula apresentar-se sob diversos aspectos, ora atrophiada, com paredes espessadas com cavidade muito reduzida, ora de aspecto pouco modificado, parecendo uma lesão inflammatoria banal, só o exame microscopico dizendo das modificações cancerosas.

A' abertura nota-se um tumor vegetante, com excrescencias alongadas, já muitas vezes se prolongando para o canal cystico. A ulceração da parede em tecido néoplasico se faz frequente-

mente destruindo gradativamente as camadas da parede vesicular que póde vir a se perfurar como facilmente se comprehende. Sendo uma molestia rara, poucas observações existindo, encontramos apenas um caso publicado, de perfuração em peritoneo livre em vesicula cancerosa de Bonnet.

TUBERCULOSE DA VESICULA BILIAR

As cholecystites tuberculosas são excessivamente raras, existindo publicadas apenas umas dez observações, entre as quaes a de Czerny (1875), de Riedel (1888), de Braquehaye (1901), 3 casos de Tedenat e um de Latronche, (Chiray e Pavel). Sendo uma molestia tão pouco frequente, quasi sahe das cogitações praticas, mas não podemos deixar de nos referir, mesmo porque é passível de complicações, dando em formação collecções suppuradas, tal um caso de Czerny, que após a formação de um phlegmão biliar, com abertura na parede dando em consequencia uma fistula. A perfuração, imagina-se bem, que se póde dar pela corrosão das paredes da vesicula dando em resultado uma peritonite muito grave, pela associação facil dos germes de origem intestinal.

PARASITOS NA VESICULA BILIAR.

Entre os parasitos na vesicula biliar citam-se Lamblia intestinalis, recentemente descobertas no seu habitat natural pelo processo da tubagem duodenal. Onde sua pullulação se faz mais intensamente é no duodeno, acarretadas pela bile, que estudos recentes provam ser, seu meio de cultura, dahi sua grande resistencia ao tratamento. Não existe até agora observação alguma de perfuração do cholecysto devido a tal parasitose.

Tambem a amebiase vesicular, molestia rara conhecida de data recente. Não ha observação alguma publicada. São de maior importancia para nós os ascaris lumbricoides, pela frequencia com que são encontrados, maximé nas vias biliares. Como são em grande quantidade emigram do intestino pelas vias biliares, onde são encontrados, ás vezes em grande numero seguindo muitas vezes até a vesicula. Ora, no seu transporte trazem consigo do intestino, germens infecciosos, que vão provocar surtos inflamatorios mais ou menos agudos, chegando mesmo á ulceração e perfuração.

MECANISMO DA PERFURAÇÃO EXPONTANEA DA VESICULA

Poucos autores em seus artigos trataram do mecanismo intimo da perfuração expontanea da vesicula biliar. Sendo um assumpto relativamente pouco conhecido e que só nestes ultimos annos tem sido estudado, é facil de prever as difficuldades com que se deparam para seu esclarecimento perfeito e completo. Raciocinando-se sobre o mecanismo, tendo diante de si as causas principaes, já por nós enumeradas, podemos concluir e prever como a vesicula se perfura. Mas isto só não basta, maximé, com a evolução da sciencia actual, pois hoje não podemos nos contentar com o raciocinio clinico exclusivamente, mas devemos corroborar as nossas conclusões pelos exames de laboratorios. Infelizmente, mesmo entre as ultimas observações publicadas. existem algumas sem os exames complementares, exame anatomo-pathologico da vesicula biliar e exame bacteriologico do conteúdo biliar, o que não permite uma conclusão decisiva sobre as differentes maneiras de se dar uma perfuração.

Entre as nossas observações, duas estão completadas pelos exames anatomo-pathologicos, mostrando-nos o mecanismo intimo da perfuração. Passamos uma revista nos trabalhos escriptos que se referem a esta particularidade de perfuração expontanea e procuraremos expor o que conseguimos.

Thebault, resumindo a opinião dos autores, subdividiu em duas grandes chaves, as causas intimas da perfuração do cholecysto:

Ruptura por superdistensão.

Perfuração por ulceração.

No entanto, pouco tempo após Mac Williams em seu artigo já citado, baseado em maior numero de observações e num estudo mais exhaustivo, grupou as causas de maneiras mais completa.

Divisão de Mac Williams:

1.° — Ruptura por distensão com ou sem calculo.

2.° — Perfuração por compressão de um calculo de encontro á parede, causando ulceração.

3.° — Perfuração por gangrena devida: a) trombose de vasos com ou sem calculo; b) impedimento da circulação por compressão de um calculo; c) ulceração infecciosa da parede com ou sem calculo.

Do exame desta classificação verificamos ser ella completa e apezar de feita ha alguns annos atraz (1912), os trabalhos mais modernos aceitam-n'a in totum ou então, fazem pequenas modificações para mudar o seu caracter de minuciosidade, nem accrescentam facto algum novo. Approveitemo-nos da classificação de Gosset, Desplas e Bonnet (em seu artigo "Les perforations de la vesicule biliare lithiasique en peritoine libre. Journal de Chirurgie, 1925, pag. 257) para fazermos um estudo comparativo. Gosset, Desplas e Bonnet de accôrdo com o schema de Mac Williams dividiram em 3 grandes causas: Causas mecanicas, trophicas e infecciosas.

As causas mecanicas são:

1.° — Ruptura por distensão.

2.° — Perfuração por compressão de um calculo sobre um ponto da parede.

As causas trophicas:

1.° — thrombose vascular.

2.° — pressão de um calculo sobre os vasos correspondentes.

Causas infecciosas: — Ulceração infecciosa da parede com ou sem calculos.

A ruptura por distenção embora seja um mecanismo raro, é fácil de comprehender. Suppondo-se um paciente portador de calculos latentes ou na vesicula e que um destes calculos vá obstruir o cystico, ahi ficando encravado ou então um estrictura do canal devido a uma intumescencia da mucosa ou ainda por uma prega do canal cystico, vemos a vesicula tomar proporções enormes. Nestas condições dois são os factores que devemos ter em consideração; a resistencia da parede e o augmento da pressão.

Consideremos a parede sã e que um obstaculo deixe a bile penetrar na vesicula, não podendo, no entanto, se escuar livremente vae a vesicula se distendendo e a pressão augmentando

dentro do cholecysto. As paredes vão-se afinando soffrendo mesmo modificações pathologicas, podendo então dar-se a ruptura expontanea sem razão apparente ou subsequente a um esforço physiologico, que augmenta a pressão intra-abdominal. Outras vezes o accidente da ruptura succede no decurso de uma colica hepatica, na qual a vesicula contractil faz um esforço para expulsar um calculo encravado no conducto cystico.

A perfuração por um calculo em contacto com um determinado ponto da parede, é um mecanismo comprehensivel, apezar de muito poucas vezes observado. Em algumas observações foi notado o facto de, no acto operatorio, um calculo obturar pelo menos em parte o orificio da perfuração. Mas falta nesses casos o exame anatomo pathologico da vesicula, que é indispensavel para esclarecer si é de facto a causa unica da perfuração e si não existia um processo inflammatorio concomitante. Na nossa observação n.° 1 este facto foi observado, mas tambem existia um processo inflammatorio chronico da vesicula bastante adeantado.

O mecanismo intimo da causa trophica já não nos parece tão claro e de facil comprehensão como o das causas anteriores.

A thrombose dos vasos do cholecysto com ou sem calculos póde de facto ser observada, assim como impedimento da circulação por pressão de um calculo, mas ainda não foi encontrado nenhum facto pratico comprobatorio (Gosset). A impressão que nos dá é de uma explicação um tanto theorica e que só os exames anatomo-pathologicos da vesicula, em todos os casos de perfuração, poder-nos-hão permittir mais tarde uma affirmação categorica.

São as ulcerações infecciosas com ou sem calculos que cooperam mais facilmente para as complicações de perfuração da vesicula biliar. A infecção da vesicula modificando a estructura de suas paredes, diminuindo a sua resistencia, e sendo muitas vezes irritada pela acção do contacto de um calculo, encerra em si todos os predicados para produzir tal accidente. Seja pela formação de abcessos intra-parietaes, que corroendo a parede, venham a perfural-a para dentro da cavidade peritoneal, seja a associação de germens anaerobios determinando planos de gangrena que se desprendem deixando a solução de continuidade por onde vae extravasar seu conteúdo. E' o mecanismo

mais commum. Fifield em sua serie de 27 casos encontrou sempre esta causa, isto é, cholecystite ulcerativa, sendo que em 26 casos, a vesicula continha calculos. O mecanismo da perfuração em nossos doentes é também em todos os casos deste typo, donde vemos que são as causas infecciosas que entram com maior contingente na determinação de tal accidente. A presença de calculos facilita a eclosão da perfuração, figurando em todas as estatisticas com grande vantagem a cholecystite calculosa. Nos 108 casos de Mac Williams, em 47% foi constatada a presença de calculos. Em nossas observações elles foram sempre encontrados.

CAPITULO III

CAPITULO III

DADOS ANATOMO-CLINICOS

Têm as perfurações expontaneas da vesicula biliar como evolução logica e natural, uma peritonite diffusa, quando não existem adherencias na região sub hepatica, que assegurem a sua localização. Na mór parte das vezes a difusão ao peritoneo é sustida por adherencias, peculiares a processos inflamatorios e irritativos antigos, dando em resultado a formação de peritonites localisadas, abcessos mais ou menos volumosos, na região infra-hepatica, tendo por fonte de infecção a vesicula biliar. Estes typos de peritonites enkystadas, que fogem do nosso trabalho, são os mais frequentemente encontrados ,dando-se, muitas vezes, sem perfuração e sim, por simples diffusão da infecção vesicular, em contacto do peritoneo.

São mais benignos e commumente curaveis. Pozzi (Rev. de Cirurgia — Março de 1929) encontrou-a 13 vezes em 432 observações de affecções das vias biliarias, emquanto que perfuração em peritoneo livre só teve 2 casos, publicados no artigo já citado. Mas os casos que nos interessam mais particularmente, aquelles em que se faz de subito a inundação peritoneal por uma bile mais ou menos septica, são de natureza bem diversa e gravidade muito maior. Esta noção de gravidade destes accidentes que hoje nos parece clara e manifesta, dada a noção quasi classica de maior ou menos septicidade da bile, é um facto de acquisição mais ou menos recente.

Era a bile dotada de propriedades antisepticas e anti-toxicas notaveis, capaz mesmo de neutralizar as toxinas e impossibilitar a vida de microorganismos em seu interior. Baseando nestas noções fez Ehrhard algumas experiências que pareceram dar maior razão ainda. Gatos nos quaes injectava culturas microbianas e deixava a vesicula aberta dentro do ventre, para que ahi

se derramassem o seu conteúdo ,se mostravam muito mais resistentes á infecção que os animaes sem chole-peritoneo provocado.

Porém estas ideias já anteriormente haviam sido combatidas. Assim, Letinne em 1891 "La bile, l'état pathologique" assim se exprime: "L'action de la bile sur les germes est beaucoup moindre qu'on ne le pense généralement et cette humeur constitue un milieu de culture auquel les espéces microbiennes communes peuvent aisément s'adapter. Elles y vivent, s'y developpent et prosperent." Mais tarde vêm os estudos de Doyen e Hugounenq, Krause e Fraenkel mostrando ser a bile,, além de meio de cultura favoravel para a maior parte dos germens, colibacillo, estaphylococo, estreptococo, bacillo typhyco, etc., serviu para exaltação de sua virulencia. Tambem Noetzel em seu artigo "Experiência sobre peritonite por perfuração da vesicula biliar" escreve: a bile perdeu completamente sua velha reputação de antiseptico e é ao contrario um bom meio de cultura para certas bacterias e se comporta differentemente vis a vis de diversos agentes de infecção. Neste mesmo trabalho Noetzel retomando as experiências de Ehrhardt chega a conclusões absolutamente oppostas, tendo visto succumbir todos os animaes nos quaes injectava cultura microbianas no peritoneo ao mesmo tempo que abria a vesicula biliar produzindo derrame de bile na cavidade peritoneal. No emtanto nos que só injectava culturas de estaphylococos aureos em uns, em outros bacillos coii. e em outros bacillos typhicos, viu resistirem muito mais tempo á inoculação. Conradi provou que a bile para o bacillo de Eberth é um bom meio de cultura fazendo a seguinte experiência: um sôro normal de leitão ,seja 3 cents. cubicos de sôro diluido a 1/80 mata 20.000 bacterias em 2 horas; se fôr addcionado 1,1cc. de bile a esta diluição de sôro normal, vemos as propriedades bactericidas desapparecerem e ao contrario augmentar consideravelmente o numero de bacterias, principalmente o bacillo typhico.

Neufeld e Hardel provaram ser dependente dos saes biliares o effeito paralysador do poder bactericida do sôro.

Não são porém, estes factos ,sem contradita e têm sido elles, assumpto de algumas discussões com o incremente novo que tomou a cirurgia das vias biliares no fim do seculo XIX e nos nossos dias, e com os novos estudos sobre a bile que dahi

advieram. Em 1889 Kaltschmidt sustentou e demonstrou que nem sempre o derrame de bile no peritoneo segue-se de peritonite diffusa. De Lesser citado por Fiersch injectou-a no cão, observando que a bile não provocava peritonite, sendo lentamente absorvida. E' a bile normalmente um meio esteril? Parece que na grande maioria dos individuos não se encontram microbios. Assim citemos algumas estatisticas experimentaes importantes: Nirokawa em 76 exames de bile em individuos mortos de varias doenças, só em 9 encontrou o bacillo coli; Mieczhowski em 15 vesiculas examinadas durante intervenção abdominal, encontrou-as sempre estereis; Preman em 100 casos da clinica dos irmãos Mayo só achou 19% infectadas.

Além disto, a bile aseptica não parece ser completamente inocua, pois tem uma ação nefasta sobre o peritoneo, que em contacto prolongado com esta trazendo uma alteração da serosa com intensa descamação, favorecendo desta forma a multiplicação dos micro-organismos. Mais ainda. tem uma acção negativa sobre a phagocytose, o que perturba sobremodo o peritoneo em suas defezas naturaes.

Schwartz fez a seguinte experiência: tirou a bile de um cão e de um carneiro, fez cultura e viu que eram estereis; então injectou no peritoneo de um e de outro, nada tendo observado de anormal, assim como os animaes não tiveram perturbação alguma. Lane na Sociedade clinica de Londres disse que a acção irritante da bile sobre o peritoneo não é acceitavel, baseado no caso de um jovem com derrame biliar que teve occasião de soccorrer, não tendo advindo dahi nenhuma irritação peritoneal. Como já tivemos occasião de ver, controversias têm surgido, tendo Janes affirmado, ao contrario, baseado em algumas observações pessoaes, que a bile e o sangue de per si não determinam complicação de qualquer natureza, porém devido a substancias extranhas nelles contidas, estas complicações apparecem. Dahi casos, como os de Drysdale, Hutchison, Spencer dando reacção peritoneal fibrinosa e Lepontre, Landau e Florcher sem reacção peritoneal, pelo contacto da bile com o peritoneo, mesmo pouco intensa, embora haja esterilidade completa da bile.

Muitos autores são desta opinião (Cohnheim, Edler Biagi, Pawlowski) que a longa permanencia de bile na cavidade peritoneal venha a produzir um processo irritativo da serosa.

Ehrhardt, que se preoccupou muito com este problema e que o estudou experimentalmente, chegou ás seguintes conclusões, aliás confirmadas por Schwarz, Bulligner:

1. No derrame biliar intra-abdominal esteril, não há peritonite; a bile se absorve e si é em quantidade notavel, determina cholemia;

2. A infecção attenuada da bile derrama produz reacção peritonial fibrino-plastica;

3. Si a bile é muito infectada desenvolve-se uma peritonite purulenta.

Os autores que pensam de accordo com Ehrhardt, em contraposição com as experiências de Noetzel, já citadas, apresentam alguns casos interessantes.

Fertig teve um caso, que punccionado no 17.° dia após o derrame biliar, por ruptura traumatica de vesicula, obteve bile esteril e, no entanto, feita a laparotomia encontrou reacção peritoneal fibrinosa.

São observações semelhantes ás de Meissner e de Hildebrandt. Do opposto de conclusões entre os factos experimentaes em animaes observados por Ehrhardt e taes casos clinicos, procurou-se achar explicação. E então atribuiu-se ao traumatismo da serosa peritoneal, trazendo solução de continuidade desta, embora minima, sendo por si só sufficiente para produzir synechias indicativas de reação peritoneal. Ora, isto que acontece na pratica, casos clinicos, como meio unico de haver derrame de bile aseptica na cavidade peritonial, deixa de existir em experiencias onde se tem todo o cuidade e não ha traumatismo. Para corroborar tal asserção, narremos um caso assás elucidativo e interessante de Abon Cacarzi. (Marinelli): Um menino de 7 annos colhido por um carro, recebe forte contusão no hypochondrio esquerdo. Ficou em repouso cinco ou seis dias, findo os quaes ficou bom, tendo escarrado sangue. Um mez e meio após, teve novos escarros hemoptoicos, razão pela qual foi feito novo exame. Foi encontrado, nessa occasião uma colleção liquida no hypochondrio esquerdo. Feita a punção, deu liquido citrino e então procedeu-se á laparotomia, tendo-se deparado com uma grande cavidade limitada por uma membrana espessa, que unia a parede anterior do estomago e colon ao peritoneo parietal anterior.

Onde vemos phenomenos de irritação peritoneal, por simples traumatismo sem lesão de qualquer orgão. Como conclusão, podemos ver que esta parte do problema, de tolerancia maior ou menor do peritoneo **vis a vis** da bile aseptica, ainda não está bem elucidada, talvez devido ao relativo pequeno numero de observações até então colhidas. Ainda sobre esta questão Guibé diz que a bile se comporta no abdomen como no sangue, privando o peritoneo de seus meios de defesa natural, de accordo com as experiencias de Noetzel que viu desenvolver-se peritonite com muito mais rapidez e gravidade quando associava a injeção de cultura microbiana com o derrame biliar.

Como veremos no capitulo referente ao prognostico, divergem ou autores sobre a gravidade das perfurações expontaneas, baseado cada um em casos pessoaes ou de estatisticas, mas considerando todos como fatal o desenvolvimento de uma peritonite após a perfuração expontanea, sempre de origem infectuosa. Os factores que influem no desenvolver desta peritonite são varios, como a maior ou menor septicidade da bile, a virulencia dos germens ahi contidos, a quantidade da bile derramada no peritoneo e a lesão da vesicula biliar que lhe deu origem.

Sendo assim, é claro que a evolução da peritonite não póde ser a mesma em todos os casos, variando a sua gravidade. Imaginemos um doente portador de uma cholecystite lithiasica, ha muito tempo sem surto infeccioso, cuja bile não é seguramente esteril, mas os microbios são bem tolerados e pouco virulentos.

Si esta visicula vier a perfurar-se por um dos mecanismos já de nós conhecidos, distensão da vesicula por um calculo encravado ao nivel do collo vesicular, ou então, por compressão do calculo de encontro á parede, vamos ter uma peritonite de evolução mais lenta, mais benigna, muito proxima das habitualmente succedidas nas rupturas traumaticas. Com certeza, os casos operados dias após o accidente são semelhantes embora, por falta de exames bacteriologicos do liquido derramado no peritoneo, não se possa afirmar categoricamente.

Si a perfuração coincidir com um surto de cholecystite super aguda ou gangrenosa, ou de cholecystite thyphica, a gravidade será muito maior e de evolução rapida. O prognostico se torna mais sombrio, dada a invasão brusca de microbios de virulencia exaltada. Deste raciocinio podemos deduzir, como as estatisticas só nos servem como orientação e não nos abalisamos

dellas exclusivamente, para nosso proceder, sendo muito diversos um caso de outro, embora se trate da mesma lesão originaria ,a perfuração do cholecysto.

Aqui, como em todas as intervenções cirurgicas abdominaes em que se encontre secreção, deve-se por em pratica o exame bacteriologico do material extrahido, para maior efficiencia do tratamento e prognostico. Infelizmente, entre as numerosas observações que lemos, em muito poucos casos encontramos o exame da secreção e isto mesmo nas mais recentemente publicadas. A falta de dados neste particular é quasi completa, sendo no entanto de real valor para o estudo scientifico da questão, podendo esclarecer pontos um tanto confusos. Na observação II foi encontrado colibacillo, tambem no caso de Lamare et Lacyet, sendo o germen mais habitualmente encontrado por poucos casos em que o exame foi feito. Na communicação de Hallé e Marquezi foi o bacillo perfrigens a origem da gangrena do cholecysto dando em resultado a perfuração.

CONDIÇÕES DA VESICULA

Não deixa de ter sua importancia as condições em que se poderá encontrar a vesicula biliar, a situação da perfuração, maximé no que diz respeito ao tratamento. Sob 2 formas graves póde estar a vesicula no acto cirurgico: distendida ou atrophiada.

Em distenção quando a perfuração foi mais ou menos obturada por um calculo ou por adherencias não dando sahida a toda a bile nella contida.

Ao contrario póde encontrar-se atrophiada e esta forma é a mais commum, sobretudo nos velhos lithiasicos, porque a atrophia da vesicula é uma evolução frequente da cholecystite esclerosa dos calculosos.

As paredes da vesicula são ora finas, friaveis na distenção, ora duras, espessas, ás vezes calcificadas nas atrophicas.

Nas cholecystites suppuradas e gangrenosas as tunicas são infiltradas, amollecidas, e muitas vezes reduzidas a uma massa informe nos casos de gangrena total. Desta fórma é facil de se imaginar as difficuldades do acto operatorio, a gravidade maior para os doentes.

A exploração dos canaes biliares, deve ser sempre feita, devido aos calculos que se encravam não raras vezes no choledoco, sendo a causa de distensão de vesicula.

As perfurações pódem se dar em todo systema biliar, mas a vesicula é o logar de eleição. Bickra sobre 30 observações encontrou 25 vezes na vesicula e Mac-Williams em 90 casos, em que a situação da perfuração é mencionada, 82 vezes ou 91%, estava na vesicula, 3 ou 3,3% no cystico, 4 ou 4,4% no choledoco e 1 ou 1,1% no hepatico.

As perfurações typhicas, se localisam quasi que exclusivamente na vesicula. Na mór parte dos casos é sobre o fundo de vesicula que se dá a solução de continuidade. Courvoisier achou 28 vezes sobre o fundo, 4 sobre o corpo e 3 sobre o collo. Gosset em seu trabalho estatistico encontrou 22 vezes no fundo da vesicula, 16 sobre o corpo e 13 no collo.

Geralmente a perfuração é unica sendo muito raro existir mais de uma. No entanto, Riedel teve um caso com uma perfuração da vesicula, outra no ponto de juncção do cystico e do choledoco, e uma sobre o choledoco. A observação de Lavinder que fez uma cholecystostomia e á autopsia notou mais duas perfurações sobre o collo. Gosset só assignala 4 casos de mais uma perfuração. Apezar de rara a exploração methodica e completa da vesicula biliar e dos canaes biliares, é de bôa technica, rapida e póde evitar desastres.

Nem sempre a perfuração é evidente, sendo necessario uma pesquiza detalhada e minuciosa. Pódem ser bem apparentes e de dimensões grandes, caso de Hartig, cuja perfuração media 6 cent. de diametro, donde corria sangue em abundancia, ou mais frequentemente de 1 cm. a 1,5 cm. de diametro, donde sahe francamente o conteúdo da vesicula. No entanto, algumas vezes ellas são minusculas, do tamanho da cabeça de um alfinete e mesmo microscopicas. Assim sendo póde um calculo obturar a perfuração totalmente, impedindo a sahida de bile o que difficulta a sua pesquiza, podendo até fazer o cirurgião desconhecer a origem da peritonite.

Não podendo deixar de nos referir, embora saia do alcance do nosso trabalho, ás peritonites biliares sem perfuração das vias biliares. São actualmente, observações conhecidas e estudadas por Guibé, Leriche, Machefer, Le Grand, etc.

E' recente o artigo de Le Grand (Bulletin de le Societé de Cirurgie de Paris, 1925, pag. 105) no qual expõe a questão, discutindo-a sob o aspecto pathogenico, si por simples transudação, si existe sempre perfuração senão macroscopica, ao menos microscopica. O autor que opina por esta theoria, apresenta um caso de summo interesse que transcrevemos nos seus topicos essenciaes:

Um indivíduo de 28 annos teve typho ha cinco annos. Abdomen agudo, diagnostico peritonite appendicular. Incisão Jalaguier, depois prolongada. Vesicula tensa, puncção aseptica. Cholecystectomia. Cura. Exames de laboratório: Bile — Bacillo de Eberth em estado de pureza e em abundancia.

Anathomo pathologico — Macroscopico: nada de anormal. Microscopico — Cholecystite aguda gangrenosa. A vesicula é microscopicamente perfurada como uma peneira.

E' uma observação instructiva mostrando a permanencia duradoura do bacillo de Eberth na bile e que nos demonstra mais uma vez a utilidade da systematização dos exames do material colhido durante a intervenção. Aliás grande parte dos cirurgiões que estudaram esse assumpto e o detalharam, Sick, Nauwerck, Lubke, são de opinião que deve existir sempre perfurações minimas que passam desapercebidas ao operador por sua situação e tamanho.

Não quero deixar de me referir a um artigo interessante de Bandschuk (analysando Journal de Chirurgie, 1928 pag. 603). no qual faz considerações a respeito da acção do succo pancreatico sobre as paredes da vesicula biliar. De accordo com as experiencias de Schonbauer no cão, em que observou pela permanencia do succo pancreatico na vesicula a digestão gradativa de suas paredes, Bandschuk imaginou que pudesse haver um refluxo do succo pancreatico para a vesicula, observação publicada pelo autor dando peritonite biliar por transudação, devido ás modificações necroticas das paredes da vesicula. O mesmo acontece no pancreas quando a bile reflue casos de peritonite biliares sem perfuração apparente, pódem pôr o cirurgião na duvida, por isso devem ser bem conhecidos.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV

SYMPTOMATOLOGIA E DIAGNOSTICO

Symptomas — Das considerações que fizemos, deduz-se facilmente que symptomas affirmativos de perfuração expontanea da vesicula biliar não existem, tendo elles muita semelhança com os signaes consequentes a outras perfurações. A affirmação categorica de genero da lesão, em casos semelhantes, é muito difficil.

O prazo decorrido após o accidente, isto é, o momento do exame do doente, faz variar a symptomatologia, augmentando as difficuldades de diagnostico. Sabemos que o final das perfurações expontaneas da vesicula biliar em peritoneo livre é a peritonite septica, mas que não se estabelece, logo após o derrame biliar no peritoneo. Bem, este periodo de inicio, de choque peritoneal, pela invação do conteúdo septico na cavidade peritoneal, terá signaes bem diversos, de mais facil apuro e conclusão diagnostica do que no segundo periodo, o de peritonite já installada, no qual a distincção de causa lesional é mais difficil de lobrigar.

A anamnese é de real valor, sendo mesmo de importância capital, pois muitas vezes ella vem revelar crises de colicas hepaticas anteriores, o que já nos induz no caminho do diagnostico. Nem sempre encontramos um passado morbido rico em symptomas vesiculares, pois a evolução latente da lithiase biliar não é rara. Mesmo em caso de perfuração da vesicula biliar, o interrogatorio do doente foi completamente negativo. Aproveito para chamar a attenção para a fórma gastralgica das affecções das vias biliares, com a nossa observação n. 1, dando-nos a impressão duma gastropathia e portanto de ulcera gastro duodenal perfurada, um dos erros mais frequentes de diagnostico. A dôr é o primeiro symptoma de que se queixa o doente, localisada, no início, no hypochondrio direito com irradiações para a espadua direita ou para a região lombar ou no epigastro como

no do nosso doente (Obs. I); de caracteres variados é quasi sempre brusca, pungitiva, angustiante mesmo, comparavel pelos doentes a punhalada ou a um corte profundo, podendo ser, no entanto, algumas vezes, uma dôr mais ou menos supportavel que vae augmentando gradativamente perdendo sua localisação. Observou-se em alguns casos, que não sentiu o doente a dôr mais aguda e brusca, mas só o augmento e duração maior da crise de colica hepatica habitual, tornando-se após certo tempo a dôr mais diffusa.

Noutros casos, era perceptivel um tumor sob a reborda costal direita, vesicula biliar distendida, que bruscamente desapparece, dando inicio a dôres diffusas por todo o abdomen. Outras vezes, no decurso de colica hepatica, o doente sente uma dôr aguda, mais forte, terebrante, que logo se diffunde pelo abdomen, seguida de collapso. São os caracteres da dôr de grande valia diagnostica, principalmente a sua intensidade e situação topographica inicial, hypochondrio direito.

A ictericia é um symptoma que póde ser notado, embora o tenha sido poucas vezes, em 11 casos das 108 observações reunidas por Mac Williams. E' de maior importancia na anamnese, porque, então, póde nos fazer pensar nas affecções das vias biliares. Nas observações deste trabalho não foi notada nenhuma vez. A ictericia quando apparece tem caracteres especiaes, sendo de grande intensidade, generalisando-se rapidamente e e de côr bem escura.

Routier, na Sociedade de Cirurgia referindo-se ao valor da ictericia disse: "Si au cours dune crise hepatique survient une douleur em ceinture, angoissante, au même temps que apparait un ictere foncé de tous les teguments et que les douleurs hepatiques speciales au malade s'attenuent progressivement, pensez à une rupture possible des voies biliares".

Mac Williams sobre a ictericia assim se expressa: "In 11 cases it is distinctly stated that jaundice was present at the time of the operation. Of these 6 recovered and 5 died. Its presence indicates and advenced case because, if not present at the time of the perforation, it comes on later from absorption of biliary pigment by the, peritoneum".

Ainda no periodo inicial, o exame do doente nos denuncia um facies abatido, de soffrimento intenso, olhos encovados, co-

berto de suores frios, pulso pequeno e frequente, temperatura muitas vezes acima do normal. A respiração é superficial, tachypnéa com dyspnéa. E' frequente a presença de vomitos alimentares ou biliosos, fecaloides no periodo terminal.

No exame do abdomen nota-se, á inspecção, diminuição nitida, ás vezes abolição, dos movimentos respiratorios ao nivel do hypochondrio direito, devido á intensidade da dôr. A apalpação nos demonstra a existencia de uma contractura bem dura, rigida, dolorosa, comparavel a "um disco metallico sob a parede", localisada sob a reborda costal direita, estendendo-se a 10ª costella até a linha mediana. A pressão no centro desta zona determina uma dôr mais profunda, correspondente ao ponto vesicular, ficando os movimentos respiratorios impossibilitados.

Gosset resume o quadro symptomatico, deste periodo inicial, pre-peritonitico, em 3 signaes de maior importancia: dôr violenta, contractura rigida da zona dolorosa e immobilidade respiratoria da mesma.

Após poucas horas, á perfuração, póde se dar uma reanimação ficticia do estado geral do paciente, facto, aliás, commum a todas as perfurações de orgãos abdominaes. Passada esta phase em que o diagnostico da causa lesional póde ser feito com mais verosimelhança, o doente entra na phase da evolução, de peritonite.

Então o facies já pallido, de soffrimento, toma o aspecto de facies abdominal, o doente fica completamente prostado, o pulso torna-se mais frequente e pequeno, ás vezes filiforme e a temperatura permanece no geral elevada em redor de 39°, indo abaixo do normal nos casos extremos, como o doente da observação I. O corpo coberto de suores frios, e é mais ou menos constante a dyspnéa com tachypnéa, sendo a respiração superficial do typo costal superior. A dôr diffundida por todo o abdomen, é difficilmente definida em relação ao seu ponto inicial; é uma dôr violenta, não permittindo ao doente o menor movimento, até mesmo os respiratorios. Não emitte gazes, nem fezes, sendo a urina carregada e em pequena quantidade. O ventre abahulado, sem movimentos respiratorios visiveis, fica tympanico á percussão, ou, então, com zonas variaveis de tympanismo e massicez. A massicez da fossa iliaca direita muito frequentemente se encontra, por ser o declive natural do liquido extra-

vasado na cavidade peritoneal. A apalpação superficial já é muito dolorosa, indicando a apalpação profunda, quando possivel, maior dôr no quadrante superior direito ou com frequencia na fossa iliaca direita, onde se percebe um empastamento notavel, collecção de liquido septico que desce pelo mesocolon ascendente. Muitas vezes, ao toque vaginal, nas mulheres, ou rectal, tem se encontrado o fundo de sacco de Douglas doloroso e tenso- por uma collecção liquida. Este signal é variavel e depende da quantidade do conteúdo biliar derramado na cavidade peritoneal. Como vemos, o quadro symptomatico deste segundo periodo, é commum a todas as peritonites agudas, só sendo possivel um apuro de diagnostico causal, por uma anamnese, bem feita e esmiuçada quanto ao inicio e localisação da dôr e ás doenças anteriores.

No decurso da febre typhoide póde a perfuração da vesicula biliar passar desapercebida, devida á profunda prostação em que se encontra o doente, proprio da molestia e mesmo ás dores abdominaes que sempre acompanham o estado typhico. Mas, o apparecimento de uma dôr mais intensa localisada na região da parede abdominal, nos induzem ao diagnostico. Embora, seja uma complicação rara, muito mais que as perfurações intestinaes, deve nos indicar uma exploração methodica e systematica do hypochondrio direito durante a febre typhoide.

Diagnostico — De todos os symptomas apontados, como denunciadores de uma perfuração expontanea da vesicula biliar, nenhum é decisivo para o diagnostico causal. Só mesmo uma historia morbida completa do paciente e um exame feito com cuidado no periodo do accidente nos poderão induzir no diagnostico preciso de semelhante lesão. Aliás, procurando em todas as observações publicadas, mesmo as meis recentes, verificamos a dificuldade de tal diagnostico, dado o numero excessivamente pequeno, de diagosticos pre-operatorios exactos. Gosset nos 111 casos que conseguiu reunir, notou apenas em 9 o diagnostico preciso antes da operação e 2 vezes de cholecystite aguda. Mesmo o diagnostico de região não tem sido feito muito vezes, pois, só 10 vezes o notou em suas observações.

No trabalho de Fifield, nos casos em que havia o diagnostico pre-operatorio especificado, encontrou 4 vezes o de obstrução intestinal; 3 vezes o de perfuração de ulcera gastro duodenal; 2 vezes de abcesso appendicular alto; 3 vezes de chole-

cystite aguda; 1 vez de peritonite aguda de origem desconhecida, doente moribundo.

A variabilidade dos symptomas, a septicidade maior ou menor da bile, a irrupção brusca ou lenta do liquido septico no peritoneo, a occasião em que se dá a perfuração, as reacções varias apresentadas pelos doentes, são factores que difficultam e fazem confundir o diagnostico lesional. Desta indecisão, vem a espectativa, na espera da evolução, que será forçosamente a peritonite diffusa aguda, quando então se intervem cirurgicamente, com riscos muito maiores para o doente e maior difficuldade operatoria pelo estado precario do paciente. Apezar de todas as difficuldades deve-se sempre esmiuçar os symptomas, para que se possa fazer um diagnostico exacto, não se perdendo assim um tempo precioso, nem fazendo incisões inaproveitaveis e manobras intra-abdominaes extemporaneas, que vão aggravar mais o prognostico. Como já dissemos, é minima a proporção de diagnosticos pre-operatorios precisos na litteratura das perfurações expontaneas da vesicula biliar em peritoneo livre, sendo que as confusões têm se feito mais commumente com cholecystite aguda, ulcera gastro-duodenal perfurada, appendicite perfurada e occlusão intestinal alta.

A perfuração da vesicula biliar no decurso de uma febre typhica é também de diagnostico difficil e o mais das vezes confundido com a perfuração intestinal, accidente mais frequente. Quando no evolver da dothienenteria, a nossa attenção estiver voltada para uma cholecystite em evolução franca, poderemos pensar numa perfuração de vesicula, desde que appareçam symptomas peritonaes. Se a syndrome peritoneal apparecer no 3.° septenario da doença, bruscamente, sem evolução de cholecystite notavel, far-se-ha o diagnostico de perfuração intestinal, complicação mais frequente. Em resumo, o diagnostico poderá ser facilitado pela observação de uma cholecystite anterior, pela dôr subita com origem no hypochondrio direito e apparição de uma ictericia intensa ou augmento notavel de uma já existente. A differenciação entre a perfuração e a cholecystite aguda é de extrema delicadeza, tal a confusão de symptomas de um e de outro, podendo todos elles apparecerem em ambos os accidentes das affecções das vias biliares.

A cholecystite aguda se diagnostica pela dôr violenta no hypochondrio direito, com defesa muscular accentuada, irradia-

ção para a espadua direita ou região lombar e epigastro; temperatura é elevada, em redor de 39°, o pulso - rapido e tambem a reacção peritoneal é notavel, no inicio localisada, podendo no entanto se diffundir por todo abdomem. Como vemos, os symptomas são quasi todos communs, podendo nos servir para differenciar, a intensidade maior da reacção peritoneal e da dôr na perfuração expontanea, o apparecimento subito e violento da dôr, a sensibilidade dolorosa do fundo do sacco de Douglas e a ictericia escura e intensa, quando existem. Apezar disso, o diagnostico differencial é extremamente dificil e subtil, só podendo se confirmar com a observação ulterior do doente.

As ulceras gastro duodenal perfuradas tambem têm sido com frequencia motivo de confusão diagnostica com a perfuração da vesicula biliar. De facto, mesmo a um exame detalhado os symptomas podem ser mal interpretados, tanto se assemelham. Accresce ainda a frequencia muito maior das perfurações de ulceras gastro-duodenaes em relação á da vesicula biliar. São por demais conhecidos os casos de perfuração de uma ulcera gastro-duodenal em doentes sem passado gastrico, não tendo accusado até então perturbação alguma digna de nota. Outras vezes, as gastralgias, flactulencias, más digestões, são attribuidas ao estomago quando têm por responsavel affecções da vesicula biliar. Mesmo, as hematemeses, ou melhor, hemorrhagias gastro-duodenaes, tidas em geral como iniciativas de ulcera gastroduodenal, quer como symptoma, quer como complicação da ulcera, podem servir para maior confusão porque tambem apparecem na lithiase biliar, embora menos frequente (Les hemorrhagies gastro-duodenales dans la lithiase bilaire — Aubijoux). A analyse minuciosa da dôr quanto a sua localisação e caracteres, nos poderá, em certos casos, facilitar a differenciação. A dôr na perfuração da ulcera gastro duodenal é tambem subitanea, violenta, comparavel a uma punhalada, mas, em geral, é de localisação mais mediana, com irradiação para a columna vertebral, emquanto que na perfuração da vesicula ella é sob a reborda costal, irradiando para cima, ou então para a região lombar, mais raramente para o epigastro. E' commum se dar a perfuração gastro duodenal logo após a ingestão de alimento, podendo na da vesicula, como succedeu ao nosso doente da obs. I. Neste doente, todos os symptomas anteriores attribuimos ao estomago, quando corriam por conta da vesicula biliar: assim é que diante do accidente apresentado, pensamos tratar-

se de uma perfuração de ulcera gastro duodenal, complicação mais frequente.

O diagnostico differencial com appendicite perfurada é mais facil quando podemos examinar o doente no perido inicial da perfuração. A localisação da dôr no andar inferior do abdomen, fossa iliaca direita, defesa muscular localisada nesta região, dôr maior despertada pela pressão nos pontos classicos da apendicite são todos signaes que nos induzem a este diagnostico. No entanto, quando os doentes só nos vêm ás mãos no periodo de peritonite, como acontece frequentemente, é que crescem as difficuldades e se tornam os symptomas communs, razão pela qual a confusão tem se feito muitas vezes. Após a perfuração da vesicula biliar na cavidade peritoneal, o conteúdo biliar tem tendencia a descer para as partes de mais declive, pelo mesocolon ascendente, indo se collecionar na fossa iliaca direita e fundo de sacco de Douglas. Ahi então, quando se examina o doente notam-se os signaes proprios a toda peritonite, defesa muscular generalizada. parada de fézes e de gazes, vomitos biliosos e ás vezes fecaloides, hyperthermia, ou nos periodos mais adeantados, hypothermia, pulso pequeno, frequente, ás vezes, filiforme. E pela palpação cuidadosa percebe-se o empastamento doloroso formado pela colleção do conteúdo biliar na fossa iliaca direita e pelo toque rectal, ou vaginal nas mulheres a dôr localisada neste ponto, nos induzem a fazer o diagnostico de peritonite de origem appendicular, maximé, pela frequencia de tal accidente.

Ainda mais, nos casos em que se consegue verificar a localisação no quadrante superior direito, de dôr e empastamento primitivos, a hypothese de um appendice altamente situado, subhepatico, póde nos trazer duvidas no diagnostico causal.

Só uma anamnese bem esmiuçada e cuidadosa, assignalando-nos crises de colicas hepaticas anteriores, com as perturbações decorrentes deste estado, e local de inicio da dôr, é que nos farão pensar numa perfuração de vesicula biliar.

As occlusões intestinaes por brida ou torsão, de situação alta , jejunal, merecem logar na distincção diagnostica com as perfurações do cholecysto, por terem sido algumas vezes confundidas entre si. Os signaes das occlusões intestinaes altas, em inicio, permittem perfeitamente uma differenciação com outras doenças. Embora a dôr seja de sitio mediano, intensa e

cruciante, é notavel a persistencia das fézes e dos gazes expellidos, em regra geral a temperatura ; abaixo do normal, o pulso pequeno e frequente e os vomitos muito abundantes. O ventre achatado, permittindo uma palpação raziovel. Como vemos, são symptomas bem diversos da perfuração. No entanto, quando a evolução da doença está mais adeantada, isto é, quando o ventre se torna abahulado com a installação de peritonite, as dôres se diffundiram por todo o abdomem, os symptomas de uma e outra affecção se imbricam e se confundem, tornando-se o diagnostico da lesão muito difficil, ás vezes mesmo impossivel. Aqui, ainda, a historia do começo da doença, como foi a dôr, a sua localisação inicial e irradiações, os antecedentes morbidos do paciente, é que poderão esclarecer o diagnostico.

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V

PROGNOSTICO

Dentro do dominio da cirurgia, o prognostico das perfurações expontaneas da vesicula biliar em peritoneo livre, apezar de ainda ser grave, conseguiu maiores possibilidades de cura. Do que vimos, podemos concluir, que sem intervenção cirurgica, o prognostico é sempre mortal. Assim Bricka em 1899, escreve: "Les perforations spontanées sont presque toujours mortels. Nos observations portent sur 39 cas; 35 fois les malades ont eté emportés en quelques jours. C'est donc la, sans aucune doute, l'accident plus terrible que puisse venir compliquer les affections des voies biliares".

São todos os cirurgiões, que trataram do assumpto, concordes em affirmar a gravidade do prognostico (Gosset, Mac Williams, Fiield, Hirschel, etc).

As estatisticas que folheamos, dão todas ellas uma elevada percentagem de mortalidade. Hirschel em 7 casos, teve 7 obitos. Noetzel tendo operado 6 casos, obteve 2 curas. A. P. Cooper Askhurst numa collcetanea de 21 observações de perfuração de vesicula no decurso de dothienenteria, com intervenção cirurgica, encontrou 8 curas e 13 mortes, seja uma mortalidade de 61,9%. Mac Williams em seu trabalho fundamental, em torno de 108 observações com operação notou 56 curas ou 51% e 52 mortes ou 48% (The British Medical Journal 1926). Fifield em 15 casos de peritonite diffusa, só se salvaram 5. Gosset em seu artigo (Journal de Chirurgie), no qual reune aos 108 casos de Mac Williams, mais 3 observações, dá-nos uma percentagem de 52,2% de mortalidade, isto é, apenas 53 curas.

Da fallibilidade de todas estas estatisticas, é facil de se comprehender, sendo ellas retiradas de collectaneaes de casos

os mais diversos e nos quaes a direcção therapeutica nem sempre foi a mesma. No entanto ellas nos fazem deduzir da gravidade de semelhante complicação das affecções das vias biliares, mesmo quando as intervenções salvadoras são feitas por mãos de cirurgião habil e experimentado. Nos casos nacionaes publicados, 2 foram operados pelo Dr. Castro Araujo (Communicação ao Congresso de Cirurgia do Rio de Janeiro em 1929) com successo e os tres restantes que constam do nosso trabalho não foram obtidos os mesmos resultados. Isto nos faz pensar que factores outros influem preponderantemente na evolução. Chamou-nos a attenção o contraste com as rupturas traumaticas, que têm em geral um evolver mais benigno. Rickets apresentou 28 casos com 22 curas ou seja 78%, dos quaes alguns doentes diversos dias após o accidente. Dahi concluimos que, existe um factor de summa importancia e que faz a gravidade excepcional da perfuração expontanea em peritoneo livre, que é a maior ou menor septicidade da bile espalhada no peritoneo pelo facto da perfuração. Infelizmente a pratica dos exames bactereologicos das secreções encontradas no acto cirurgico, de bem pouco tempo para cá é que se tem tornado mais ou menos habitual. Dahi só em algumas observações mais modernas foi que encontramos os resultados de taes exames, impossibilitando desta fórma uma conclusão definitiva e scientifica. Só numa das nossas observações foi feita tal pesquiza, tendo sido encontrado, "colibacillo", germem este hospede habitual do homem, porém, passivel de uma resistencia e virulencia notaveis. Como explicar senão por esse caminho a differença flagrante da evolução de casos de apparencia semelhantes, uns operados após horas apenas da perfuração, vindo os doentes a fallecer, e outros com dias de doença terminarem pela cura?

Segundo alguns autores, outro factor de importancia é a quantidade de bile derramada no peritoneo, porque, como vimos, a bile tem uma influencia nefasta sobre as defesas peritoneaes, descamando suas cíellulas endotheliaes e dificultando a phagocytose.

No que diz respeito á idade, Mac Williams em suas numerosas observações estudadas, concluiu serem graves quando ocorrem em individuos de mais de 50 annos. No estudo feito por

A. P. Cooper Askhurst, sobre as perfurações de vesicula biliar no decurso da febre typhoide, o tributo mais pesado cabe aos moços, como assignada o seguinte quadro:

Idade	Curas	Mortes	Total	Mortalid.
Menos de 10 annos	1	0	1	0%
de 10 a 19 annos	1	4	5	80%
de 20 a 29 "	2	3	5	60%
de 29 a 39 "	2	4	6	60%
de 40 a 46 "	2	2	4	50%

A idade avançada é um elemento que deve ser levado em consideração como aggravante aliás e em todos os estados morbidos, devido á menor resistencia que offerecem estes doentes ás diversas infecções, maximé na de que ora tratamos, de gravidade excepcional. A perfuração expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre é, podemos dizer, mortal. Seja visto, a estatistica de Courvoisier feita no periodo denominado anatomico, pois que dos 119 casos reunidos, apenas um foi operado, tendo todos os outros fallecido. A intervenção cirurgica melhorou sobre-maneira o prognostico, porque com ella ha esperanças de cura. Quanto mais urgente fôr a intervenção, maiores probabilidades de salvar o doente, porque vamos intervir quando ainda não está installada a peritonite, portanto melhor estado geral, maior resistencia ao choque operatorio, mais facilidade do peritoneo em resistir á infecção, auxiliado pela drenagem. Ainda mais, o genero da intervenção levado a effeito, vae influir poderosamente, sobre o resultado final, porque, como concluimos, a directriz cirurgica não póde e não deve ser unica e exclusiva e sim, norteada de accôrdo com as lesões locaes e o estado geral do paciente. Quanto maior brevidade na intervenção, maiores probabilidades de cura, isto é, tem-se o direito de fazer melhor prognostico. Para confirmar transcrevemos o quadro de Rickets publicado por Mac Williams no Annals of Surgery:

Tempo da perf. Até operação	Curas	Mortes	Curas	Mortes
Antes 12 horas	6	1	85,7%	14,3%
1 dia	10	5	66,6%	33,3%
2 dias	7	7	50,0%	50,0%
3 "	8	8	50,0%	50,0%
4 "	2	8	20,0%	80,0%
5 "	3	4	42,8%	57,2%
6 "	2	2	50,0%	50,0%
7 "	1	1	50,0%	50,0%
10 "	2	1	66,6%	33,3%
11 "	0	1		
14 "	2	0		
	43	38	53,3%	47,0%

Comparativamente, Gosset fal-a mais grave que as perfurações das ulceras gastro-duodenaes, e colloca-a no mesmo pé de igualdade das perfurações appendiculares. Tal asserção está de accôrdo com o que temos visto e com a estatistica do Hospital de Prompto Soccorro, ultimamente publicada na these do Dr. Motta Maia (ulceras gastro-duodenaes perfuradas), em que se vê a grande percentagem de curas, sendo no entanto, fataes, todos os casos de perfuração da vesicula biliar. Porém, nem todos os autores são da mesma opinião; Kehr, o grande cirurgião das vias biliares, admittindo a gravidade excepcionaes de tal accidente, acha-as menos graves que as perfurações gastricas ou duodenaes; Riese (tratamento peritonite difusas, 1910) grupa-se na mesma categoria e mais temiveis que as appendiculares.

CAPITULO VI

CAPITULO VI

TRATAMENTO

Diante do que já dissemos a respeito da perfuração expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre, facil é de se concluir, que só póde existir um tratamento, a intervenção cirurgica, e a mais precoce possivel. O tratamento medico não é logico e por ninguem foi até hoje tentado. A brevidade maxima para se intervir, se deprehende, logicamente, pois sendo regra restabelecida em clinica para todas as perfurações do tracto digestivo, tanto mais para o nosso caso que pela permanencia da fonte de origem da peritonite, esta irá sempre se tornando mais grave pelo derramamento constante da bile no peritoneo, diminuindo suas defesas naturaes, e de microbios especialmente virulentos, para infectal-o cada vez mais. Para confirmação destas asserções, embora nos pareça excusado, tal a logica dos factos, citemos as estatisticas de Erdmann (Primary tiphoidal perfuration of the gall-bladder — Annals of Surgery, Junho 1903) que num total de 34 observações obteve 27 casos não operados e 27 mortos, tendo dos 7 operados obtido 4 curas. Rickets reunindo 203 observações, chegou a conclusões identicas, mostrando-nos que no total dos doentes operados observou 58% de curas, emquanto que os não operados, só 3,7% curaram.

Mesmo sobre estes 3,7% de curas, podemos pôr duvidas, acerca da precisão diagnostica, sabendo bem quanto é difficil e passivel de confusão. Já tivemos occasião de dizer que o prognostico das perfurações expontaneas da vesicula biliar em peritoneo livre, tende a se aggravar com a antiguidade da perfuração e com o maior derrame de bile, eminentemente septico no peritoneo, por isso a intervenção cirurgica deve ser de extrema urgencia. Podemos hoje esperar diante de uma appendicite perfurada, de uma perfuração de úlcera gastro-duodenal ou intestinal? Embora, o estado, muitas vezes gravissimo do

paciente, a intervenção é peremptoria, immediata e assim muitos têm se salvo de situações apparentemente desesperadoras.

Qual a maneira de estancar esta bile, que além de septica, tem a qualidade de difficultar as defezas peritoneaes, impedindo a phagocytose? A intervenção no fóco septico, deve ser rapida apezar de sabermos que existem na litteratura casos operados tardiamente, até dias após, conforme quadro de Rickets (na parte referente ao prognostico), mas que tambem nos prova como a percentagem de curas diminue.

Sendo a prevenção a chave da medicina moderna, Kôrte adiantava-se mais, dizendo: "Para prevenir a perfuração, deve-se operar immediatamente, desde que se encontre uma vesicula distendida e sensivel com irritação peritoneal". Actualmente é grande o numero de autores que aconselham os processos cirurgicos, desde que o diagnostico de cholecystite calculosa seja seguramente feito, com os recursos modernos da tubagem duodenal e cholecystographia, não esperando, como era habito, que crises successivas modifiquem a pathologia vesicular, tornando a operação subsequente mais seria para o paciente, e de mais difficil realização para o cirurgião.

Estas complicações podem finalmente chegar á perfuração, accidente grave, embora seja raro, dando uma peritonite localisada ou diffusa, com uma operação immediata, imperativa e de resultados duvidosos.

E' passivel de espectativa um caso de ruptura traumatica de vesicula biliar, espalhando-se pelo peritoneo uma bile aseptica, tolerada por algum tempo, sendo por demais conhecidos casos semelhantes como o de Garré que operou um individuo 2 mezes após o traumatismo com grande quantidade de bile na cavidade peritoneal; o de Hildebrandt, 21 após; o de Florcken 35 dias depois; porém, sabendo nós que as perfurações expontaneas presuppõem sempre uma ideia de alteração das paredes vesiculares, na maior parte de origem infecciosa e que não podemos, pelo exame externo avaliar a sua maior ou menor virulencia, não temos em absoluto o direito de adiar o acto cirurgico. Hartig em seu trabalho já citado diz "Toda vesicula perfurada deve, logo que possível, ser tratada por uma operação". Escusa-nos fazer mais citações, parecendo-nos bastante claro pelo raciocínio logico e evidencia dos factos, que a intervenção cirurgica deve ser de extrema urgencia.

Decidida a intervenção operatoria, se nos anteparam os problemas inherentes ao acto cirurgico em si, os quaes procuraremos resolver de accordo com as observações publicadas e as nossas. Qual a anesthesia que se deve fazer? A que menor prejuizo trará ao doente, é a anesthesia local; foi ella feita na doente da II observação com bons resultados. E', no entanto, difficilmente realisavel, devido a sensibilidade do paciente e a extensão do acto operatorio. Não a encontramos em nenhum dos casos relatados por outros cirurgiões, embora seja de conselho geral.

Na mór parte das vezes, é necessario recorrer-se á anesthesia geral. A preferencia de quasi todos os cirurgiões recahe sobre o ether, o que traz menores maleficios a cellula hepatica, muitas vezes lesada nas affecções da vesicula biliar ,e ainda mais, na intoxicação profunda das peritonites.

Hartmann usa habitualmente o chloroformio em suas intervenções sobre vias biliares e nunca notou em seus doentes a menor desvantagem em relação ao ether, pelo contrario, com o uso deste, viu desenvolver-se em muitos delles, accidentes pulmonares, algumas vezes sérios. Kehr, um dos cirurgiões de maior pratica em cirurgia de vias biliares, tambem prefere o chloroformio de mistura com o oxygenio.

A rachi-anesthesia tem sido algumas vezes usada em cirurgia biliar, porém nos casos em que os doentes se apresentam deprimidos, hypotensos, em estado de choque mais ou menos intenso, é completamente contra-indicada (Leriche).

São tão variadas as fórmas pelas quaes se apresentam os casos de perfuração expontanea de vesicula biliar que, de antemão, é difficil predizer a conducta que se vae seguir. Se o diagnostico da lesão foi feito préviamente, póde a incisão da parede abdominal ser uma das propostas para a via de accesso ao systema biliar, de accôrdo com as preferencias particulares de cada cirurgião. Ha alguns inconvenientes, secções de ramos nervosos musculares, facilitando as eventrações futuras, outras pouca visão do campo operatorio. Varias são as incisões conhecidas, como a incisão sobre o bordo externo do grande recto direito do abdomen, fazendo-se uma laparotomia lateral supra-umbelical; esta incisão frequentemente empregada por cirurgiões americanos, tambem Marino de Buenos-Ayres, tem a van-

tagem de permittir uma exploração mais facil do duodeno, vesicula biliar e appendice, para os casos de diagnostico impreciso, porém secciona a innervação do grande recto numa extensão consideravel. Outra desvantagem é não se coadunar com a posição do tronco em hyperextensão, a qual facilita immenso o accesso sobre as vias biliares, pois o doente nesta posição, approxima os bordos da ferida operatoria. Mayo Robson modificou esta incisão juntando-lhe uma outra em continuação desta, na parte superior, porém em sentido transversal, parallelo e a 1 cm. do rebordo costal, seccionando o grande recto do abdomem, e fazendo assim uma incisão em angulo obtuso, dirigido para dentro. A incisão de Mayo Robson é muito usada, entre nós, o Prof. Brandão Filho fal-a habitualmente, dá bom campo operatorio, mas tem o inconveniente da anterior, pela secção dos ramos nervosos do grande recto, trazendo a sua atrophia e facilitando as eventrações. Deste genero é a incisão em bayoneta de Kehr, que parte do appendice xyphoide pela linha mediana, até ao meio da distancia xypho-umbelical, segue para baixo e para fóra e volta a ser vertical no bordo externo do grande recto, parando na altura d'uma horizontal conduzida pelo umbigo. Muito usada em tempos atráz, hoje muito poucos cirurgiões fazem-na. Alguns autores preferem as incisões obliquas, isto é, parallelas á reborda costal direita; de Kocher, de Hartmann, modificação do anterior, recurvando as pontas para a linha mediana e para baixo, e dando maior extensão ao campo operatorio. O inconveniente destas incisões é seccionar todos os musculos abdominaes e suas respectivas innervações.

Finalmente, temos as incisões transversaes de Sprengel, feita no sentido horizontal a 3 dedos acima da cicatriz umbelical, cortando o musculo grande recto, podendo ser prolongada nos seus extremos, para o lado esquerdo e obliquamente, seguindo a direcção das fibras do grande obliquo, para fóra. Preferida por Gosset, (1), tem as vantagens de não seccionar as terminações nervosas, não expondo ás eventrações e se adaptar bem á posição em hyperextensão dada ao tronco; a unica desvantagem é não permitir uma bôa exteriorisação do figado. A incisão anatomica de Rio Branco que respeita completamente os filetes nervosos, dando uma bôa extensão e visão larga do campo operatorio, faz-se partindo da linha mediana por uma incisão supra

(1) Ultimamente Gosset passou a preconizar a simples incisão mediana.

umbelical e completando-se por outra transversal, em angulo agudo com a primeira, de abertura para fóra. Damos preferencia a esta incisão, nos casos de cirurgia biliar, que ora nos occupa, a perfuração da vesicula, provado sobejamente pelas nossas observações. Dada a imprecisão diagnostica de casos semelhantes, serve a incisão mediana, vertical, de exploradora e confirmada a perfuração, nada mais facil, que completar a incisão, obtendo-se assim uma visão larga do campo operatorio, o respeito ás innervações musculares e um bom declive para a drenagem infra-hepatica.

Vimos na parte diagnostica ser um erro commum na phase de peritonite, pensar-se em appendicite suppurada, fazendo-se então uma das incisões de Roux, Mac Burney ou, de Jalaguier, apropriadas ao appendice. Nestes casos é de maior facilidade technica (Mac Williams, Cotte) o fechamento momentaneo da incisão com uma pinça e fazer uma outra. No entanto, em algumas observações, os cirurgiões prolongaram para cima as primitivas incisões, embora este modo de proceder nos pareça não dar a mesma facilidade operatoria.

Aberto o peritoneo, ter-se-ha desde logo a confirmação ou infirmação do diagnostico, notando-se o derrame biliar ou biliopurulento, algumas vezes calculos livres na cavidade (III observação), com uma tonalidade amarellada em casos mais adeantados. Dirige-se para a perfuração que deve ser obturada por uma pinça, para proceder-se a um exame rapido e decisivo da região. Da maneira de agir então os autores divergem muito, sendo factor não só do estado local, embora este tenha papel de destaque na decisão, mas tambem do estado geral do doente, conforme a gravidade do caso e a resistencia do paciente. A maneira da fazer tem sido variada, desde a drenagem simples do espaço sub-hepatico até a cholecystectomia, passando pela sutura da perfuração e cholecystostomia.

A incisão simples do peritoneo com drenagem do espaço sub-hepatico, embora tenha dado 47% de curas na estatistica de Mac Williams (11 doentes operados, curaram 5) não é um methodo aconselhavel, nem de accôrdo com os nossos conhecimentos actuaes. Nas publicações mais recentes só a encontramos praticada no caso de Hallé e Marquezy (Bulletins et Mémoires de la Societé Medicale des Hopitaux), no qual os autores lastimam que o cirurgião não houvesse feito a operação radical.

E' natural que alguns cirurgiões tenham pensado fazer a sutura da perfuração, a semelhança das perfurações gastricas ou intestinaes. Ora, são lesões que não se podem comparar, sendo além disto uma reconstituição trabalhosa, difficil e ás vezes impossivel. Dahi o conselho proposto (Enderlen e Justi, Baldassari e Gardini) de em taes casos fazer a reconstituição por epiploonplastia. Semelhante intervenção foi feita 5 vezes com 4 mortes ou 80% e 1 cura ou 20% (Mac Williams), não merecendo discussão, não só pelos resultados pouco brilhantes apresentados (Czerny, Newbolt), pois os phenomenos infecciosos continuam, trazendo a morte, como por estar em completo desaccôrdo com a orientação nova que se tem das afecções do systema biliar e sua cirurgia. Esta operação tem algumas vezes sido praticada, nos casos de ruptura traumatica da vesicula biliar (Gjestland, Wicwiorowski, Falcone e outros) com brilhantes resultados, porém, a diferença das perfurações expontaneas, já por nós accentuadas, de causa e effeito, não permittem nem tornar acceitavel, tal methodo cirurgico nestes casos. Ficam, assim, duas intervenções, a cholecystectomia e a cholecystostomia, com que se devem resolver os casos, tendo cada uma das suas indicações e preferencias de cirurgiões. Ha causas dependentes do estado local como cholecystites gangrenosas, hypersepticas, que não podem ser, embora seja muito grave, resolvidas d'outra fórma que por cholecystectomia. Muitas vezes, o estado geral do doente, é duma gravidade extrema, porém, a permanencia do fóco gangrenoso, iria tornal-o mais ainda si não se procedesse a sua exerese. A observação de Hallé e Marquezy a que já nos referimos ,tratava-se de uma perfuração em vesicula gangrenosa, tendo estes autores chegado a conclusão, de necessidade em se fazer a cholecystectomia em casos semelhantes, como unica intervenção plausivel. Hoje, nas appendicites gangrenosas, não é uma regra (Lecéne, Crile, De Queirvain) a retirada systematica do appendice?

Assim, uma noção adquirida, estando a mór parte dos cirurgiões que tratam do assumpto de pleno accôrdo (Cotte e Arnaud, Mac Williams, Gosset) que em se tratando de perfuração por cholecystite gangrenosa, só uma intervenção deve ser praticada, a cholecystectomia. No entanto, Summers (Annals of Surgery, julho 1911) escreve: "Todas as infecções da vesicula, empyema, gangrena, devem ser tratadas por simples incisão e drenagem, após tamponamento protector de gaze para o pe-

ritoneo. Conheço desastre que se seguiram a cholecystectomia em taes casos — a ligadura do cystico e suas arterias, mais especialmente a infecção dos canaes lymphaticos; o trauma do peritoneo passando pela vesicula proximo ao omentum gastro-hepatico póde em alguns casos fazer thrombo phlebites infecciosas fataes. Com uma incisão da vesicula, a gangrena provavelmente não se extende, e a tensão póde melhorar".

Outras podem ser, como vimos, as condições pathologicas da vesicula biliar no momento da intervenção. Nestes casos, são as opiniões divergentes no modo de proceder do cirurgião, não se tendo feito até então, a concordancia de ideias, talvez, devido á raridade de complicações semelhantes. Defensores da cholecystostomia (Cotte e Arnaud, Mac Williams, Marino) começam apresentando suas estatisticas, nas quaes os resultados lhe são favoraveis, dando uma percentagem de 61% de curas contra 48% apenas, em favor da cholecystectomia. De facto é a cholecystostomia mais rapida e facilmente praticada, mais accessivel a todos os cirurgiões, mesmo sem grande pratica de cirurgia biliar. E' semelhante intervenção indicada por estes autores nos casos, em que se encontrar lesões inflammatorias pouco notaveis e bom estado geral, sendo, dizem elles, o meio mais seguro de curar os seus doentes.

Não nos parece de resolução tão facil, porque avaliar macroscopicamente do gráo da infecção das paredes vesiculares, si ellas não irão se perfurar novamente, é quasi impossivel. São conhecidos os casos de Hartig, uma doente cholecystostomisada uma primeira vez, teve, algum tempo depois, uma nova perfuração com peritonite, da qual morreu; de Whitacre com duas perfurações em tempos differentes, embora a doente tivesse curado em ambas as intervenções. Mesmo nestes casos de infecção vesicular, não muito graves, em que indicam a cholecystostomia, vimos que não é uma intervenção que deixe o cirurgião tranquillo, quanto aos seus resultados, podendo sobrevir accidentes muito sérios. Nas cholecystites graves com processo ulcerativo ou gangrenoso deve, si fôr possivel, fazer-se a cholecystectomia. Mesmo os autores que só aconselham esta intervenção, pela demora e gravidade, em casos muito particulares, são concordes, que, em casos taes, seja esta a operação a proceder. Numa observação de Hirschel foi feita cholecystostomia, havendo cholecystite aguda e gangrenosa do cóllo da

vesicula, e numa de Narath caso identico, tendo sido os resultados deploraveis, pois os doentes falleceram, o primeiro no 12.° dia e o segundo no 10.°, de gangrena pulmonar, attribuida a persistencia do fóco da infecção gangrenosa da vesicula. Com as observações actualmente conhecidas e devido a complexidade do problema, não se tratando apenas do estado local das lesões e muito mais do estado geral do paciente, não é possivel o estabelecimento de regras definitivas, tendo o cirurgião que decidir por si mesmo em cada caso.

A nós parece que deve dictar o procedimento do cirurgião, principalmente, o estado geral do doente, si elle resistirá a uma intervenção chocante como a cholecystectomia, sempre difficil em taes casos, a vesicula envolvida por adherencias que não se desazem com facilidade.

Desde que as condições geraes do paciente, permittam uma intervenção radical, a cholecystectomia, deve ser praticada. Mas, si não fôr possivel, "melhor curar seu doente deixando a vesicula, que matal-o, tirando-a" (Meriwether).

Mac Williams reuniu 20 casos operados antes de 24 horas da perfuração, nos quaes se praticou 16 vezes a cholescystostomia com 68% de curas e 5 vezes a cholecystectomia com 75% de curas.

Aproveitamos para transcrever o conselho de Mayo Robson (Gal Stones, pag. 161 — 1904): "Should marked cholecystitis be found, the question of cholecystectomy may be worth considering, but when the patient is in a critical condition, it is a mistake to attempt too much, and as a rule, cleansing and free drainage will be all that are necessary or advisable at the time, the removal of the cause being left until the patient is better able to bear a more prolonged operation". São no entanto, Moyniham e os irmãos Mayo, muito mais concisos e peremptorios, referindo-se ao tratamento da perfuração expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre.

Moyniham (Gall Stones and Their Surgical Treatment) escreve: "In all probability. cholecystectony followed by free drainage, will prove to be the safest method of the treatmen".

Os irmãos Mayo na parte referente ao Figado e vias biliares do tratado Keen's Surgery assim se expressam: "The treat-

ment should be immediate abdominal seciton for the gall-blader and free drainage".

Bem menos radical é Pauchet (La pratique chirurgicale illustré — Fascicule XIV pg. 190), resumindo o tratamento a dar ás perfurações agudas da vesicula biliar: "Pas de cholecystectomie, maneuvres minimes. Drainage sous-hepatique (caoutchouc et gaze) pour empécher les adhérences, tout en drainant. Si il persiste une fistule, la vesicule será enlevée secondairement". Noutro trecho: "Pas de cholecystostomie proprement dite. La vesicule est incisée et évacuée. Si possible, un drain est placé dans la cavité vesiculaire. Pas indipensable. Le tamponnement "Mécao" (méches et caout-chouc) va être placé. Drainage sous hepatique: Cholecystostomie. Les méches, seront retirées la huitiéme jour. Les lames de caoutchouc seront retirées le quinzieme jour". Como vemos este tratamento inteiramente condemnado por todos os autores, é, hodiernamente, aconselhado (1929) por Pauchet, cirurgião de grande merito, pratica e responsabilidade.

A um cirurgião que se proponha a fazer uma cholecystostomia, póde não ser possivel o abocamento á parede abdominal da perfuração vesicular, devido ás adherencias fibrosas pericysticas, ou á cholecystite atrophica. Nesses casos, pelo orificio da perfuração passar-se-ha um dreno de borracha, após a retirada dos calculos, si houver, sendo imprescindivel o tamponamento do espaço infra hepatico.

Referimo-nos no decorrer deste trabalho ás perfurações em vesicula cancerosa. Sabemos da extrema gravidade dos cancers da vesicula biliar e como são frequentes as recidivas, após uma intervenção, á primeira vista, radical. Dada a intima connexão, vascular e lymphatica, existente entre o collo do cholecysto e o figado, assim se explica a extrema frequencia da recidiva neste ponto. Desta observação, Cotte imaginou uma operação mais completa, extirpando de conjuncto com a vesicula, a parte do figado que lhe fica adherente, fazendo desta fórma a exerese total do cancer e das partes que possam vir a ser causa de recidivas. Theoricamente, a intervenção deve ser levada avante, com a retirada dos glanglios do canal cystico e do hilo, e, mais dos situados na face posterior do duodeno, para pôr o doente ao abrigo de futuras metastases. Apezar de tudo, as connexões lymphaticas são de tal ordem, que as recidivas se fazem com

frequencia, sendo mesmo a mortalidade operatoria immediata, approximadamente de 20%. Têm sido tão raros os casos de perfuração expontanea com vesicula cancerosa que não existe uma orientação cirurgica determinada. Pergunto, devemos nós sujeitar os nossos doentes, em risco de vida, a tal intervenção difficil e forçosamente demorada? Somos de opinião que não. Tratando-se de uma intervenção de urgencia, na qual o prolongamento do acto operatorio póde acarretar a morte, devemos livrar o doente do perigo immediato, a peritonite, para mais tarde, então, si possivel, fazermos a operação curadora. Assim sendo, após a incisão da parede, drenaremos largamente a vesicula e o espaço sub-hepatico, drenagem da grande cavidade peritoneal, conseguindo-se por uma operação rapida libertar o doente da peritonite.

Passado em revista os casos que se podem encontrar e a maneira de proceder, a nossa intervenção ainda não está completa. O problema do tratamento cirurgico das peritonites se nos antepara então com todas as suas difficuldades e minucias. Atacando a lesão de origem da peritonite ou pelo isolamento da grande cavidade, cholecystostomia, ou pela retirada, cholecystectomia, attingindo nosso fim maximo, fizemos uma parte do tratamento, talvez, a mais importante. Mas não devemos nos contentar só com isso e sim fazermos, além da drenagem do espaço sub-hepatico, a da grande cavidade peritoneal, facilitando as defezas peritoneaes com a eliminação do liquido bilio-purulento, eminentemente septico, ahi contido. E' um complemento rapido, que não traz delongas á intervenção, fazer uma incisão pequena, supra-publica e por ahi introduzir um grosso tubo de borracha, na direcção do fundo de sacco de Douglas, fixando-o á pelle e realisando desta fórma a chamada drenagem supra-publica de Rehn de reaes vantagens (Cadenat e Patel). São taes os factos e tão concludentes, que a drenagem após as intervenções sobre as vias biliares, tem sido a menos combatida. Nos casos, que ora estudamos, ella nos parece imprescindivel e tem sido praticada por todos os cirurgiões, cujas communicações tivemos occasião de lêr. Lecéne na sua maneira incisiva e brilhante de dizer as coisas escreve: "Le drainage sous-hepatique est une precaution indispensable lorsque la bile est purulente, prudente lorsque le malade est febril, et lorsqu'il persiste un suintmente sanguin notable".

O modo de fazer a drenagem do espaço sub-hepatico tem variado a partir o vasto tamponamento em redor do dreno-intra-hepatico de Kehr. Actualmente a grande maioria dos cirurgiões faz como foi feito nos doentes de nossas observações: um dreno de borracha junto á ligadura do cystico e mechas de gaze, abaixo do dreno, fazendo o isolamento, facilitando as adherencias e o escoamento do liquido biliopurulento e sanguineo.

Procedendo-se assim, tem-se feito o tratamento completo das peritonites, como bem resumiu Hartmann (Chirurgie des voies biliaires) no Congresso de Cirurgia de 1911:

1.° — Supprimir precocemente o fóco inicial, com menos desordens possiveis;

2.° — Quando a drenagem indicada, além de drenagem da lesão local, collocar um tubo no fundo de sacco de Douglas.

Como cuidados post-operatorios, o doente deve ficar bem recostado com as pernas semi-flectiddas, posição dos irmãos Fowler. Esta posição no leito offerece reaes vantagens, facilitando pela inclinação, a descida dos liquidos septicos para o ponto de maior declive, o fundo de sacco de Douglas, donde serão drenados para fóra, assim como, por afastar os liquidos septicos do peritoneo disphragmatico onde a reabsorpção é muito maior. O reaquecimento artificial por meio de lampadas, também tem indicação plena, devido ao resfriamento facil, a que estão sujeitos estes doentes.

As injecções cardiotonicas e as do sôro physiologico e glycosado devem ser feitas, para levantar a tensão arterial, em geral baixa nestes casos, podendo ser utilisada, por suas vantagens, a via intra-rectal á moda de Murphy.

CAPITULO VII

CAPITULO VII

OBSERVAÇÕES

Observação I — Em 25 de Junho do presente anno deu entrada, ás 16 horas, para o Serviço Daniel de Almeida, cargo do Dr. Sylvio Brauner um homem de côr parda, 37 annos de idade, solteiro, operario, morador á Ladeira do Senado 27. Referiu-nos o paciente que seus soffrimentos principiaram ha um anno e meio mais ou menos, com dores de estomago, (sic), sem propagação, sobrevindo a mór parte das vezes após a ingestão de alimentos, seguindo-se de vomitos, algumas vezes escuros e sentindo-se febril durante as crises, que eram mais ou menos duradouras. Nunca se submetou a tratamento e informa não ter tido ictericia, mesmo durante as crises dolorosas. Na noite anterior á crise, por que o examinamos, passou-a indisposto, sentindo algumas dores para os lados do epigastro e hypochondrio direito. Pela manhã tomando uma chicara de café, as suas dores augmentaram bastante, tendo vomitado, o que obrigou a ficar acamado. Como melhorasse um pouco ,ingeriu ás 11 horas, mais ou menos, uma chicara de chá quente, tendo sido, após a ingestão, tomado de uma dôr cruciante no epigastro e no hypochondrio direito, seguida de vomitos biliosos, generalisação das dores por todo o abdomen, estado lipothymico. Como não melhorasse procurou a Assistencia Municipal e foi internado no Hospital de Prompto Soccorro. Da sua historia morbida anterior conseguimos apurar, ser um constipado habitual e dyspectico, sendo as suas digestões demoradas, com uma sensação de peso no epigastro.

Exame do doente: Ao exame o paciente se apresentava com facies abdominal, extremidades frias, suores profusos, grande abatimento, somnolento, dyspneico.

Pulso batendo 120 vezes por minuto, rythmico, pequeno e hypotenso. Temperatura axilar: 39,5. A' inspecção do abdomen

notava-se ausencia de movimentos respiratorios, ventre abahulado. A apalpação demonstrava dôr á menor pressão em todo ventre, maximé no epigastro e hypochondrio direito, em que a defesa muscular era muito accentuada. A percussão era dolorosa, havendo zonas de macissez e outras tympanicas. O toque rectal nada revelou de anormal. Com o diagnostico de peritonite por perfuração de ulcera gastro-duodenal, foi resolvida a intervenção immediata.

Operação: — Sob anesthesia geral pelo chloroformio foi feita laparotomia mediana supra-umbelical. A abertura do peritoneo deu sahida a um liquido amarrellado, espesso, não arejado. Após rapida exploração de estomago e duodeno, nada se encontrando de anormal, notou-se que o liquido amarellado vinha da face inferior do figado. Isolando-se com compressas, foi a incisão da parede augmentada lateralmente a Rio Branco. Pela exposição do espaço sub-hepatico, vimos uma vesicula biliar pouco augmentada de volume, fortemente adherente ao figado, recoberta de exsudatos fibrinosos, apresentando uma perfuração na sua face inferior de 0,5 cms. de diametro, de bordos irregulares, dando sahida a um liquido bilio-purulento. Com uma pinça de coração foi obturada a perfuração e fixado o fundo da vesicula, para manobras posteriores de descolamento. Neste instante pareceu-nos que fugia deante a pressão da pinça qualquer cousa de consistencia dura, calculo provavelmente, obliterava parcialmente o orificio da perfuração. Foi, então, procedida a cholecystectomia com difficuldade, devido ás adherencias, pela combinação das vias anteriores e retrograda, peritonisação do côto cystico, tamponamento da superfície hepatica, com tamponamento do espaço sub-hepatico e fechamento da parede em dois planos.

A vesicula biliar, de paredes espessas, cobertas de exsudatos fibrinosos canal cystico, largo e espesso, continha um calculo de côr esverdinhada, superficie rugosa, de forma e tamanho regulares.

Periodo post-operatorio — Foi collocado o paciente n'um leito de Fowler. Tomou injecções cardiotonicas, sôro bicarbonatado em gôta-gôta rectal e injecções de sôro glycosado e physiologico sub-cutaneas. Reaquecimento artificial, com lampadas. Faleceu 12 horas após a intervenção.

Exame anatomo-pathologico da vesicula biliar — (Magalhães Pecego).

A vesicula, apresentada ao exame, media as seguintes dimensões:

Comprimento maior — 10 cms.; largura — 3,5 cms.; espessura maxima da parede (ao nivel do meio) — 8 mm.; espessura minima (ao nivel do collo) — 2 mm. Estava fixada já ha algum tempo em fórmol a 10%, alterando-se, por isso, a sua superficie, aspecto e coloração. No entanto percebe-se que a superficie apresenta numerosas pregas, que lhe dão um aspecto encunilhado, tornando-se muito irregular; a zona que estava em contacto com o figado traz adherente um pedaço desse orgão, que a ella está ligado por adherencias firmes: ainda se notam aqui e ali numerosas traves conjunctivas, das quaes apenas se consegue levantar pequenos retalhos. A coloração não é uniforme, pois se notam esparsas, manchas arroxeadas de tamanho variavel; a rêde capillar em certos pontos apparece bem nitida. A 2 cms. acima do fundo nota-se uma pequena perfuração que fazia communicar o interior da vesicula com a cavidade abdominal. Ahi no fundo jazia um calculo ovoide de 20 mms. de comprimento por 16 mms. de largura. Do exame desse calculo falaremos abaixo.

Um corte da vesicula feito longitudinalmente mostra com clareza a reacção em torno do calculo; a espessura da parede ahi toma a sua espessura maxima. Abrindo-a nota-se á primeira vista a face interna da vesicula dividida grosseiramente em duas partes: uma do collo ao meio, em que a coloração é amarellada, a superficie cheia de villosidades; outra, que vae do meio ao fundo, toma a coloração pardacenta, a superficie é friavel; ao contacto se desfaz com facilidade. Nota-se o orificio interno da perfuração, e em volta della uma zona onde maior differença se nota das partes sãs e das proprias zonas em que se achava o calculo.

Calculo — Unico, de brilho graxo e côr amarellada. Superficie muriforme. Ao corte apresenta um nucleo escurecido e uma zona cortical mais clara, de brilho nacarado; dessa zona se destacam pequenas laminas. O peso especifico do calculo é um pouco maior do que o da agua; não fluctua nesta. Foram feitas as reações de cholesterina, dos pigmentos biliares, e de materia mineral, sendo todas positivas. E' pois, um calculo mixto.

Exame microscopico — Em todos os cortes nota-se consideravel espessamento da vesicula, mostrando intensa reacção inflammatoria, attingindo todas as camadas do orgão. Nos cortes correspondentes aos pontos mais proximos daquelle em que se achava o calculo, encontram-se lesões mais pronunciadas, chegando mesmo á necrose. A mucosa, conservada em todos os pontos, falta nos logares em contacto com o calculo. Epithelio de revestimento apresenta-se em alguns pontos descamado; o derma mostra intensa hyperemia e com grande infiltração leucocytaria em toda a sua extensão. A camada média acha-se espessada e egualmente tomada por grande infiltração leucocytaria; aqui é possivel notar a grande predominancia dos polynucleares neutrophilos que em varios pontos se reunem, formando pequenos abcessos. Ha ainda a notar uma grande hyperplasia conjunctiva. Para o lado da tunica externa os mesmos phenomenos de inflammação intensa, notando-se em varios pontos vestigios nitidos de adherencias com os orgãos visinhos. Encontram-se ainda mais, em varios pontos, fragmentos de figado intimamente adherentes á vesicula e mostrando signaes de intenso processo inflammatorio.

Em resumo: peri-cholecystite chronica, calculosa, adhesiva.

Observação n.° 2 — Do serviço "Alvaro Ramos", a cargo do Dr. Motta Maia.

Em 23 de Março do corrente anno, deu entrada no serviço "Alvaro Ramos", a cargo do Dr. Motta Maia, uma mulher de côr parda, 30 annos de idade, solteira, domestica e moradora á rua Visconde Silva. Ha 6 dias teve repetição de sua habitual colica hepatica, ficando acamada, com febre, vomitos constipação e dôr persistente no hypochondrio direito, submettendo-se, então, ao tratamento clinico. No dia em que entrou no nosso serviço foi acomettida de dôr violenta, syncopal, localisada na região infra-hepatica, com propagação para a região lombar. Nesta occasião foram-lhe administrados 0,02 ctgrs. de chlorydrato de morphina, sem que obtivesse melhoras, recorrendo, então, 4 horas após este accidente aos soccorros da Assistencia Municipal.

Ao exame apresenta-se com facies peritoneal, sudorése abundante, extremidades frias, pulso pequeno e frequente, batendo 106 vezes por minuto; temperatura axilar 38°,7, dyspneica,

com 34 excursõe respiratorias por minuto, vomitos biliosos de quando em vez, coloração amarellada das escleróticas e ligeiramente chocada. Pressão arterial no apparelho de Vaquez-Laubry: Mx. 14; Mn. 9.

A' inspecção denunciava abahulamento do hypochondrio direito e á apalpação revelava hyperesthesia cutanea e defeza muscular pronunciada na região infra-hepatica. A reacção muscular da parede se propagou mais tarde á fossa iliaca direita e posteriormente a todo o abdomen — Toque rectal e vaginal nada revelaram.

Nos antecedentes da doente encontramos: constipação habitual, seguida ás vezes por descargas intestinaes, melenas, periodicidade das crises dolorosas, acompanhadas de febre, ictericia, inappetencia, e emmagrecimento, symptomas esses bastantes para caracterizarem um passado hepatico.

O conjuncto symptomatico apresentado pela historia pregressa e o estado peritoneal do momento, nos levaram a intervir com o **diagnostico de peritonite por cholecystite calculosa.**

Sob anesthesia local pela novocaina a 1%, foi feita a incisão de Rio Branco; aberto o peritoneo, deu sahida a grande quantidade de bile, de côr amarellada; a vesicula era de coloração pardacenta, do tamanho de um ovo.

A um exame mais attento do campo operatorio fomos surprehendidos pela existencia de uma perfuração, de forma arredondada, medindo mais ou menos 0,01 cm. de diametro, situada na face inferior da vesicula a 0,02 cms. de seu collo, por onde havia escoamento de bile e pequenas concreções calcareas livres na cavidade. Deante de tal lesão procedemos á cholecystectomia pelo processo retrogrado. Peritonização do leito vesicular, drenagem tubular supra-pubica e fechamento da parede em dois planos.

A vesicula continha 32 calculos, sendo um do tamanho de uva, e outros menores, porém, todos de aspecto uniforme.

O exame anatomo-pathologico da vesicula mostrou haver um processo de cholecystite chronica, com incrustações calcareas na parede. A perfuração estava localizada no fundo de uma depressão, onde já havia destruição de mucosa e chorion.

Os calculos eram de cholesterina e na bile foram encontrados numerosos colibacillos e grande quantidade de coccus.

A doente veio a fallecer 23 dias após a intervenção, de cachexia.

Observação n.° 3.

Em 25 de Novembro de 1928 deu entrada para o Serviço "Chapeau-Prevost", do Dr. Alberto Borgerth, uma mulher preta, com 23 annos de idade, casada, domestica e moradora á Rua Uruguay, 1.

Conta que no dia 23 pela manhã sentiu uma dôr localisada no hypochondrio direito, pouco abaixo do rebordo costal, com irradiação para espadua direita. No dia immediato, a intensidade da dôr augmentou e da localização do rebordo costal generalizou-se a todo o abdomen. Apresentava ainda vomitos, parada de fezes e gazes, hypertermia e ligeiramente chocada. Recorrendo á Assistência Municipal foi internada no ospiHtal do Prompto Socorro.

Ao exame apresenta-se abatida, com faceis peritoneal, suores profusos, dyspneia, pulso fino, batendo 144 vezes por minuto. Temperatura, 37°8. Pressão arterial ao Vaquez-Laubry: Mx. 17, Mn. 10. O ventre ligeiramente abahulado, doloroso á minima pressão, maximé nos pontos de Lantz-Paes Leme e na região peri-umbelical; tympanismo generalisado, accentuando-se na fossa iliaca direita, onde estava massiço. Deante de tal quadro, resolveu-se a intervenção de urgencia, com o **diagnostico de peritonite diffusa de origem appendicular.**

Acto operatorio — Incisão de Jalaguier, abertura do peritoneo, dando sahida a grande quantidade de sangue, resolvendo-se, por isso, praticar a laparotomia mediana infra-umbelical, afim de procurar o local que sangrava.

O peritoneo parietal de côr esverdeada, deu, á abertura, sahida a bile. Quando se protegiam as alças intestinaes com uma compressa, surgiu no campo operatorio um corpo resistente e pequeno, completamente livre na fossa iliaca. Era um calculo facetado, do tamanho de uma azeitona. Por uma contra-incisão lateral direita, facilmente chegou-se á vesicula que se apresentava augmentada de volume, de côr marron, muito adherente ao leito hepatico, notando-se nos orgãos circunvisinhos

placas de fibrina, falsas membranas, inicio provavel de uma periviscerite. Foi praticada, então, uma cholecystectomia retrogada sem difficuldade, peritonisação do leito vesicular, drenagem e sutura da parede em 2 planos.

Durante a intervenção foram recolhidos 17 calculos todos facetados e muriformes. A vesicula de paredes espessadas e volume aproximado de banana prata, apresentava uma ruptura no corpo, proximo ao fundo, medindo mais ou menos 1,5 cms. de diametro.

A doente veio a fallecer 36 horas após a intervenção de peritonite diffusa.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

I — A perfuração expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre é uma complicação das affecções das vias biliares relativamente rara.

II — As cholecystites lithiasicas são as causas mais frequentes da perfuração expontanea da vesicula biliar.

III — O diagnostico das perfurações expontaneas da vesicula biliar em peritoneo livre é extremamente difficil e algumas vezes impossivel.

IV — O prognostico de tal complicação é muito grave.

V — A melhora do prognostico é funcção da precocidade da intervenção cirurgica.

VI — A escolha da intervenção cirurgica a praticar é funcção do estado geral do paciente e do estado local da lesão. A cholecystostomia tem o apoio da mór parte dos cirurgiões.

Visto

Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 1930.

Ribeiro de Almeida
Pelo Secretario.

BIBLIOGRAPHIA

LIVROS

Précis de Pathologie Chirurgicale — II Volume — por A. Gosset 1924.

Chirurgie des voies bilaires — por Henri Hartmann.

Thérapeutique Chirurgicale — por P. Lecéne e R. àeriche — III volume 1926.

Abdominal operations — por Sir Berkeley Moynilham — Fourth edition — 1928.

Traité de Chirurgie clinique e operatoire — por Le Dentu et Delbet — Vol. III.

Vesicule fraise — por A. Gosset — Clinique de la Salpetriére.

Pathogenie des calculs biliaires et indications opératoires por Thorhild Rovsing — 1925.

La Vesicule biliaire por M. Chiray et I. Pavel — 1927.

Lesioni traumatiche e chirurgiche delle vie biliari extraepatiche — por Marinelli.

La pratique chirurgicale par Victor Pauchet — Fasc. XIV.

ARTIGOS E REVISTAS

1) Les choleperitoines avec integrité apparente des voies biliaires par M. Guibé — Revue de Chirurgie — Março de 1914, pág. 233.

2) Quelques cas de perforation de la vesicule biliaire par N. Krstitch — Journal de Chirurgie — 1912 — pág. 89.

3) De la cholecéle par E. Levin — Journal de Chirurgie 1913, pág. 752.

4) Peritonite biliaire sans perforations des voies biliaires par R. Machefer. These de Paris — 1913.

5) Perfuração aguda e expontanea do systema biliar na cavidade peritoneal livre por Clarence A. Mac. Williams — Annals of Surgery em Fevereiro de 1912 — pág. 235.

6) Peritonites biliaires sans perforation des voies biliaires por Madlener — Juornal de Chirurgie — Abril de 1913 pág. 731.

7) Existe-t-il une peritonite biliaire sans perforation des voies biliaires? — par Nauwereck e Lubcke — Journal de Chirurgie 1913 — pág. 754.

8) Les peritonietes biliaires par Sick — Zentralblatt fur Chir. — 1914 — pagina 17-18. Analysado no Journal de Chirurgie 1914 pág. 632.

9) Les lésions microscopiques de la vesicule biliaire lithiasique par Lecéne — Presse Medicale 6 de Dezembro de 1912.
10) Gangrene de la vesicule biliaire par Lobingier — Annals of Surgery 1908 pág. 72.
11) Contribuition à l'étude des perforations biliaires dans le peritoine libre au cours de la lithiase — por Marconnet — These de Lyon 1910 — 1911.
12) Dois casos de perfuração da vesicula biliar por Torrance — Boston Medical and Surgical Journal — 30 de Julho de 1908, pág. 144.
13) Rupture spontanée des voies biliaires par A. Routier — Bulletins et Mémories de la Soc. de Chirurgie de Paris. — 1909, pág. 1.311 - 1.315 — Discussion, Quenu — Reynier.
14) Traitement des perforations biliaires en pleine peritoine au cours de lithiase — Revue de Chirurgie T.
XLIII — 1911, pág. 338 por Cotte et Arnaud.
15) Cholescystite — Pericholecystite avec migration de calcul dans la cavité peritoneale — Cholecystectomie par Debrez — Annals Soc. Med. et Chir. de Liege T. XLVIII, pág. 39.
16) Les perforations spontanées de la vesicule biliaire — These Lyon — 1899 — por Bickra.
17) Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires dans le peritoine por Thebault — These de Paris 1912.
18) Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires dans le peritoine — por Fleys — These de Paris — 1899.
19) Contribution à l'étude des ruptures spontanées des canaux biliaires au cours de la lithiase por Delahaye These de Lille 1912.
20) Acute perforation of Gall Bladder por Brarthwaite — British Medical Journal — 24 Maio 1913 — pág. 1.095.
21) Un cas de cholecystite aigu et gangreneuse avec peritonite generalisée survenant dans l'epidemie d'ictére de Gallipoli por Morley et Bathusor Smith — British Medical Journal 1916 — Analysado Journal de Chirurgie T. XIV — pág. 96.
22) Peritonite biliaire sans perforations des voies biliaires por Scievelbein Analysado no Journal de Chirurgie 1911 — pág. 219.
23) Cholecystite lithiasique; perforations de la vesicule en peritoine libre par Guibé — Soc. Anatomique de Paris — 13 de Outubro de 1913.
24) Perforation d'une vesicule en peritoine libre; cholecystectomie precoce por Patel — Soc. de Chir. de Lyon 5 de Fevereiro 1914.
25) Une observation a propos des peritonites biliaires por Salager e Roques — Revue de Chirurgie, pág. 274 — 1913.
26) Discussion de la communication de Santy por P. Bonnet no Lyon Chirurcale — T. XX, pág. 531 em 22 de Fevereiro 1923.
27) Perforation and Rupture of Gall Bladder por Meriwether — New York Medical Journal em 12 de Fevereiro 1910.

28) Experimentelle Untersuchung z Gallenblagen perforations peritonitis por Noetzel — Archiv. für Klin. Chir. F. XCIII.
29) Beitragel zür Perforation und Necrose der Gallenblase por Hartig — Beitrage zür Klin. Chir. 1910 — Tom. LVXIII.
30) Du traitment operatoire des angiocholecystites typhiques au cours de la maladie ou pendant la convalescence par Quenu — Revue de Chirurgie — 1991.
31) Des perforations spontanées de la vesicule biliaire calculeuse dans la cavité peritoneale libre por Hallet. — Revue de Gynecologie et Chirurgie Abdominale — 1904 — pág. 821.
32) Perforation of Gall Bladder por Mac Laren. — Annals of Surgery — 1906 — T. VI — pág. 161.
33) Thyphoid perforations and perforations of the gall bladder por Armstrong — British Medical Journal numero 2.760, pág. 1.298.
34) 1.500 operações sobre vesicula e vias biliares. Estudo da mortalidade por Mayo — Anals of Surgery — 1906 — pág. 209.
35) Perfuração expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre por Drs. Motta Maia e G. Vianna — Congresso de Cirurgia do Rio de Janeiro em 1929.
36) Communication de Cholecystite perfurante et gangreneuse de B. perfringens por Hallé e Marquezy — Bulletins et Mémoires de la Societé Med. des Hopitaux — 1922.
37) E'tude statistique sur les operations pratiquées en Kiel au cours de 10 annés sur la vesicule biliaire por M. Biebl — Deutche Zertschrift für Chirurgie — F. CCXXXIX Janeiro de 1925 — pág. 283.
38) Las perforaciones de la vesicula biliar en peritoneo libre por Ernesto Pozzi — Revista de Cirurgia — Março — 1929.
39) Notas sobre um caso de ruptura expontanea da la vesicula biliar — por C. Bertone — La Riforma Medica — Janeiro de 1926.
40) A propos des peritonites biliaires par P. Bonnet — Societé de Chirurgie de Lyon — Fevereiro de 1923 — Lyon Chirurgical — T. XX — pág. 527 e 531.
41) Perforaciones de la vesicula biliar en peritoneo libre en el curso de la litiasis biliar por J. Fazio — La Semana Medica — Janeiro de 1929.
42) Perfuração e ruptura da vesicula biliar por L. R. Fifield — The British Medical Journal 9 de Outubro de 1926 — pág. 635.
43) Les perforations de la vesicule biliaire lithiasique en peritoine libre por A. Gosset, B. Despals, Bonnet — Journal de Chirurgie — 1925 — pág. 257.
44) Perforacion de vesicula biliar en peritoneo libre por Attilio J. Costa — La Prensa Medica Argentina — Maio de 1929 — pág. 153.
45) Peritonites biliaires por Jacques Meyr — May — Presse Medical — 8 de Novembro de 1924.

46) Perufuração da vesicula biliar em peritoneo livre pela ruptura de um calculo por W. Graef — Zentralblatt für Chirurgie — Maio de 1925.
47) De la transudation biliaire à travers la vesicule perfuree por R. Leriche com. Societé de Chirurgie de Lyon — Fevereiro de 1923.
48) Peritonites por perforacion de la vesicula biliar en peritoneo libre por M. Lopez Rubido — Revista de Cirurgia 1927 — pág. 333.
49) Peritonite biliaire pour perfuration "microscopique" de la vesicule por M. J. Le Grand — Bulletin et Mem. Soc. Chir. de Paris — 1925 — pág. 105.
50) Communicação sobre ruptura expontanea da vesicula biliar em peritoneo livre — pelo Dr. Castro Araujo — Congresso de Cirurgia — Rio — 1929.
51) Les hemorrhagies gastro-duodenales dans la lithiase biliaire por Aubijoux — These de Paris 1923.
52) Les difficultés de diagnostique de la cholecystite lithiasique chronique et de l'ulcus gastro duodenal por Cade e Barbier — Lyon Medicale — Maio de 1924.
53) Spontaneous ruptures of the gall bladder por Harris — British Medical Journal n. 2.502 — pág. 1.746.
54) Cholecystite perfurante et gangreneuse avec microbes anaerobies dans le pus por Lereboullet — Soc. Med. des Hopitaux de Paris — 1922, pág. 257.
55) The lymphatics of the extra hepatic biliary passages surgery por Kodama — Surgery Gynecology and Obstetrics — Agosto — 1926. Mesmo assmupto por Lecéne — Bull. et Mém. Soc. Chir. 1919 — pág. 1.636.
56) Sobre a estructura e formação dos calculos biliares por Torinnoni — Mitteihunger ans den Grenzgebieten da Medizin und Chirurgie 1924.
57) Sur les 219 operations personelles sur les voies biliaires por Moline (Chile) Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris — 1924 — pág. 70.
58) Peritonite pancreatico-biliaire; étude pathogenique sur les peritonites biliaires sans perforation por E. Bundschuk, Analysado no Journal Chirurgie — 1928 — pág. 603.
59) Perforation de la vesicule biliaire en peritoine libre. Intervention. Guérison, por J. B. de Lamare e M. Larget. — Bull. et. Mém. Soc. de Paris, 30 de Janeiro de 1929 — pág. 150.

Visto. Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 18 de Fevereiro de 1930.

Dr. Eugenio do E. S. de Menezes
Secretario

FRACTURA DO OLECRANEO

Paulo Zigmonte, branco, casado, com 28 annos de edade, operario Polonez. Entrou para a enfermaria S. Jorge a 28 de 12 de 1930 sahiu a 16 de 1 de 1931.

Diagnostico: — fractura do olecraneo esquerdo.

Antecendentes pessoaes e hereditarios: — Carecem de importancia.

Historia da doença actual: — No dia 26 do corrente à noite, escorregou, cahindo sobre uma pedra e bateu com o cotovello e sentiu fortes dores que o impossibilitaram nos movimentos do membro superior esquerdo. Como o braço "inchasse" e as dores continuassem, procurou o medico da companhia, que o enviou ao nosso serviço.

Inspecção Geral — Doente de compleição robusta de musculatura e paniculo adiposo bem desenvolvidos. Chamou-nos logo a atenção o augmento de volume do membro superior esquerdo, maximé na região do cotovello, mantido pelo outro braço em posição semi-fletida. A apalpação desperta dores com maior intensidade na parte posterior do cotovello esquerdo, sobre o olecraneo. Derrame de articulação (hemathose), com forte infiltração dos tecidos circumvizinhos. Os movimentos activos impossibilitados e os passivos muito dolorosos. Ao exame dos apparelhos nada encontramos de anormal. O doente enviado ao Gabinete Radiologico, confirmou-se o diagnostico de fractura do olecraneo esquerdo. Está registrado sob o n.° 509.

Tratamento: — Foi feita a operação de Hemi-cerclage do olecraneo esquerdo pelo Dr. Virmond de Lima, tendo como assistente o Dr. Mário Braga de Abreu. Anesthesia mixta, durando 20 minutos. Incisão vertical, posterior, descoberta do foco de fractura no corpo do olecraneo. Os fragmentos osseos mantinham-se afastados. Os tecidos ainda infiltrados de sangue. Per-

furamos a base do olecraneo por onde passamos um fio de bronze e atravessamos o tendão do triceps proximo ao bico do olecraneo com uma das extremidades do fio e unimos as pontas, coaptando perfeita e facilmente os fragmentos da fractura. Chuleio com Catgut nas partes molles. Agrafes na pelle. Apparelho de immobilisação provisoria com talas anterior e posterior, e ante braço semi-flectido sobre o braço em angulo obtuso.

Occurrencias post-operatorias: — 5.° dia levantamos o apparelho e movimentação passiva cuidadosa. 8.° dia retirada dos agrafes. Movimentação passiva. Curativo simples, braço ainda edemaciado. O edema desapparecendo rapidamente, procurando-se fazer movimentação passiva e activa diariamente. Alta dia 16-1-931 com a flexão um pouco diminuida e a extensão quasi completa. No dia 30 vimos o doente com os movimentos perfeitos.

As fracturas do olecraneo são relatvamente pouco frequentes no serviço de cirurgia da Santa Casa de Misericordia de Curityba.

No nosso caso o mechanismo da fratura foi por choque directo, aliás o mais commum. A indicação da intervenção sangrenta nas fraturas do olecreaneo com afastamento dos fragmentos é hoje acceita por todos os cirurgiões, embora há alguns annos ainda se discutissem sobre as vantagens de outros methodos, mobilisação precoce e massagens e de immobilisação do cotovello em extensão, Lucras Championnére. Nas fraturas do bico do olecraneo o primeiro destes methodos tem sua indicação plena; talvez com muita prudencia nas do corpo ou base do olecraneo sem afastamento algum, isto é os fragmentos bem coaptados, o que é raro acontecer. O methodo da immobilisação do cotovello em extensão se nos afigura o peior e mais perigoso porque: 1.° a immobilisação não poderia durar mais de dez ou quinze dias, o que é insufficiente para consolidação, sem serios riscos de uma ancyclose do cotovello em extensão, que seria um desastre; 2. começando a mobilisação após dez dias apenas da immobilisação, poderemos afastar os fragmentos e prejudicarmos a formação do callo. Sem contar com os "delabrements" fibro-aponevrotcios ligamentosos e das inserções do triceps, muito commum nestes casos, que o exame clínico não nos poderá informar, dando a impotência pronunciada do membro ,nem o exame radiologico.

Nenhuma destas desvantagens será imputável; intervenção sangrenta, na qual poder-se-ha fazer verificação de visu e a reconstituição com coaptação perfeita dos fragmentos, indispensáveis para a formação do callo osseo, sem o que dar-se-ha a formação de um callo fibroso ou mais propriamente como diz Léríche, pseudathrose fatal sem este requisito. Outra vantagem é poder-se mobilizar precocemente a articulação, evitando-se assim a sua ancylose espantalho das fracturas de articulação, maximé do cotovello.

Fizemos a incisão vertical, não muito aconselhável por alguns autores, por nos parecer dar melhor accesso ao foco da fractura. No nosso caso não adveio inconveniente algum, tendo se conseguido uma recuperação funcional perfeita. Preferimos a sutura a fio metalico, Lecene aconselha a crina de Florença, o outra da-nos impressão de maior resistência, e talvez tolerancia.

Usamos a "cerclage" ou melhor a hemi-cerclage" do olecraneo porque evita a perfuração do fragmento superior da pequena extensão e as vezes difficil, e ficamos satisfeitos porque a aproximação dos fragmentos é perfeita com este processo, podendo ser bem regulada quando se une as extremidades do fio metalico. A intervenção sangrenta é o methodo de escolha do tratamento das fracturas do olecraneo por ser o que dá melhores resultados anatomicos e funcionaes.

Commentaram os Professores Drs. Simão Kossobuski e Erasto Gaertner, tendo em seguida respondido o autor aos commentarios feitos.

PHALANGISAÇÃO DO PRIMEIRO METACARPIANO

DR. M. BRAGA DE ABREU

Antonio Caetano 26 annos, casado, residente em Curityba, manobreiro da Estarda de Ferro. **Antecedentes hereditários** — Carecem de importancia. **9ntecedentes pessoaes** — Não teve doenças habituaes da infancia. (Teve blenorragia e cancros venereos. Historia da doença actual — No dia 3-11-929 no segurar um freio do vagão, devido a um solavanco do trem ficou com a mão esquerda presa, esmagando o polegar esquerdo, tendo por isso procurado o medico de serviço. Exame geral — Paciente de compleição robusta, estatura baixa, musculatura bem desenvolvida. Ganglios impalpáveis. Não tem tibialgia nem esternalgia. Desfeito um penso provisório da mão esquerda, notamos que o 1.°. quirodatilo esquerdo estava seguro por sua base, apenas por uma parte da pelle, estando o dedo muito contundido frio e de coloração violacea. A quantidade de sangue extravasando era minima. Diagnostico — Esmagamento total do pollegar esquerdo. Operação: — Sendo de todo impossível qualquer intervenção conservadora procedeu-se a desarticulação ao nível da articulação metacarpo phalageana. Como não houvesse retalho de pelle sã, nem para recobrir em parte, a cabeça do 1.°, meta-arpiano foi-se obrigado a reseccal-a. Feita a ligadura a Catgut de uma arteriola que sangrava foram dados três pontos de aproximação na pelle com crina. Evolução: — Feitos os curativos convenientes, foram retirados os pontos 8 dias apóz, tendo-se continuado os curativos por mais dez dias devido a uma pequena supuração na extremidade da incisão operatoria.

No dia 27-1-930 vimos o doente, com a ferida operatoria bem cicatrizada e adherente aos planos profundos, completamente indolor. Não estava satisfeito, como era natural, com a perda do pollegar que o imppossibilitava para alguns serviços

que estava habituado a fazer anteriormente e difficultando-o em alguns outros.

Com o Dr. Virmond Lima, decidimos fazer uma operação plástica de reconstituição do pollegar e opinamos pela technica de Bosh-Arana — falangisação do 1.º metacarpiano. Dois dias apóz sob anesthesia geral chloroformica procedemos a intervenção que constitiu no seguinte:

Fizemos o retalho triangular dorsal, tendo por base uma linha, ao longo do 2.º metacarpiano e por apice o extremo do coto. Incisamos da extremidade distal do 2.º metacarpiano até o coto operatorio e da extremidade proximal do 2.º metacarpiano, seguindo o bordo externo do longo addutor do pollegar, até encontrar a primeira incisão. Dissecada a pelle em parte, passamos para a face palmar da mão, onde fizemos uma incisão, partindo do bordo externo da 2.ª articulação metacarpo phalangiana indo até ao nível da prega comissural do pollegar na mesma direcção do 2.º metacarpiano. Dissecados os retalhos cutaneos depara-se-nos com os musculos da região thenar; seccionamos o 1.º inter osseo dorsal adutor do polegar. Rebatemos então o retalho palmar para o dorso da mão, vindo a recobrir o primeiro metacarpiano, o novo pollegar e o retalho dorsal rebatido para a face palmar recobriu o 2.º metacarpiano. Demos então diversos pontos de aproximação na pelle com crina. Detalhe da technica: A incisão do retalho palmar deve ser rigorosamente a direcção do 2.º metacarpiano, porque senão, torna-se insufficiente para recobrir o neo-pollegar, assim como a incisão dorsal do corpo extremo do longo adutor do pollegar. A nós foi necessário uma leve tracção do retalho palmar por um pequeno desvio da incisão palmar.

Sequencias operatorias: — Nada de anormal. No oitavo dia foram retirados os pontos, dando pequena secreção no angulo da incisão dorsal justamente ponto de tracção, que cedeu com alguns poucos curativos. O resultado final da intervenção foi excellente. Os movimentos de aducção do neo-pollegar ou do metacarpiano phalangisado, se me permittem a expressão perfeitamente permitindo ao doente pegar certos objetos pequenos como caixa de phosphoros, lapis com que se utilizava bem. Neste nosso caso dois factores eram desfavoráveis: os dedos da mão muito curtos e o facto de não existir já parte da cabeça do 1.º metacarpiano. Com um unico caso não podemos genera-

lizar conclusões, mas apenas chamar a attenção sobre uma intervenção muito accessivel e que traz vantagens ao doente. Foi no livro "Plaies et maladies infectuses des mains" de Marcus Iselin, que lemos este processo de reconstituição do pollegar e como pudestes ver, seguimol-o litteralmente.

Agindo a mão principalmente como orgão prehensor em pinça, sendo o polegar um dos ramos desta pinça, facil é de prever e mesmo verificar com o caso concreto, o grande deficit funcional da mão com a ausencia deste dedo. Na tabella de incapacidades por accidente no trabalho figura com a porcentagem de 25% a 40%. Assim sendo é bem licito que se tente processos de reconstituição, quanto mais que elles podem minorar a incapacidade destes pacientes. Quando estudamos esse assumpto no livro de selin, afigurou-se-nos que o processo operatorio de Bosh si não era o que nos dava um dedo mais longo e talvez mais esthetico, era o que nos permitia maior segurança operatoria caso a intervenção não fosse bem succedida e um ramo de pinça mais firme e com a mobilidade sufficiente para alcançar o nosso desideratum. O comprimento do novo dedo pode ainda ser alongado por um pequeno apparelho de prothese como no de Arana, permitindo ainda uma melhor utilisação.

Quando já haviamos praticado esta intervenção appareceu no numero de Julho de 1930 do Journal de Chirurgie um magnifico trabalho de synthese sobre a "Restauration du pouce" escripto por Gaenllete. Dahi tirei o seguinte quadro resumo de todos os methodos empregados:

1.° — Methodos que utilisam as partes restantes da mão mutilada; a) Phalangisação do 1.° metecarpiano; b) Polliusação do index.

2.° — Methodos de transplantação digital: a) utilisando um sodoductylo; b) — utilisando um dedo da mão sã.

3.° — methodos de reconstrucção: a) processos de enxertos cutaneos e osseos simultaneos Nenhauser-Albee; c) processos de enxertos cutaneos e osseos simultaneos apóz transplantação previa do enxerto osseo (Schpelmann-Cotte).

Não tenho intenção de repetir o que já está tão bem escripto neste artigo já referido, porém elle nos veio confirmar a nossa primeira impressão.

No entanto o methodo de Moch Arana offerece sobre os outros as vantagens de sua simplicidade de não prejudicar o doente, caso falhe, o que é frequente em cirurgia plastica, dando-nos um dedo movel e firme. O inconveniente de ser curto pode ser minorado por um apparelho de prothese.

Os processos de restauração do pollegar são em geral complexos e delicados, com grandes inconvenientes quando não bem succedidos.

EM TORNO DE UM CASO DE PAROTIDITE AGUDA POST-OPERATORIA

Franz Kruger, com 19 anos, solteiro, branco, brasileiro, operario residente na Vila Guaira, Entrada às 15 horas do dia 18 de Fevereiro de 1931.

Antecendentes hereditarios e pessoaes — Nada aponta o paciente digno de nota.

Historico da doença actual — Ha 8 dias, mais ou menos vem sentindo dores localisadas no hemi-abdomen direito, com nauséas e prisão de ventre. Fez uso de dois purgativos por não ter o primeiro surtido effeito, tendo ficado depois com evacuações diarrheicas tres a quatro vezes por dia. Diz desde o inicio, ter tido febre. Ha 3 dias as dôres aumentaram, com maior acentuação no quadrante inferior direito, irradiando-se para a região lombo-iliaca, tendo tido alguns vomitos de cor amarello-esverdeados precedidos de nauséas. Como não melhorasse apezar de alguns remedios caseiros que tomou, procurou a Santa Casa, internando-se na enfermaria S. Jorge.

Exame Geral — Doente de compleição mediana, emagrecido. Facies abatido, de dor, com olhos encovados "Facies abdominal". Lingua saburrosa um pouco seca.

Ao exame do abdomen notamos: — Á inspeção: ventre retrahido, movimentos respiratórios um pouco diminuidos; á palpação: — dor na fossa iliaca e no flanco direito, com intensa defeza muscular; o resto do abdomen era palpavel, embora despertasse pequena dor.

Ponto de Mac Burney doloroso. Ponto de Sanz — Paes Leme muito pouco doloroso. Signal de Blumberg positivo.

A palpação da massa muscular lombar proximo ao ponto costo-lombar um pouco abaixo, despertava dor intensa.

Exame dos apparelhos — nada de anormal.

O aspecto da urina emitida expontaneamente era limpido e em regular quantidade.

Tem temperatura 38°,6 — Pulso: rythmico, frequente, pequeno com 98 pulsações por minuto.

Foi resolvida a intervenção cirurgica de urgencia com o diagnostico de appendicite aguda, talvez suppurada.

Sob anesthesia geral mixta, habitualmente usada no serviço (ether chloroformio e alcool absoluto), precedida de uma injecção de oleo camphorado e Sedol, foi praticada a intervenção;

Incisão de Mac Burney. Planos reparados com pinças de Kocher. Após a abertura do peritoneo, desde o inicio notamos um bloco grande de adherencia englobando o ceco e a porção terminal do ileon, fixando-os no peritoneo parietal posterior. A incisão prolongada para cima, com secção dos musculos abdominaes (grande obliquo, pequeno obliquo e transverso) descobriu um pouco melhor o ceco que estava alto situado, correspondendo na parede, a uma linha horizontal passando pela cicatriz umbelical, sendo a fossa iliaca direita occupada pelo ileon muito dilatado, fazendo como com a parede e encurvando-se em cima, para se juntar ao ceco. Sem maior insistencia drenamos a bolsa purulenta, com trez mechas de gaze iodoformada, procurando fazer o isolamento do resto da cavidade.

Sutura da parede em dois planos. **Agrafes na pelle. Curativo oclusivo.**

Occurrencias post-operatorias — Os curativos feitos diariamente deram sahida a pouca quantidade de puz. A temperatura baixou, á tarde 37,2.

Dia 11-2 — Tosse com expectoração.

Foi receitado Poção de Jaccoud e Tint. de digitais. Soro phisiologico.

Dia 15-2 — Já se nota flutuação profunda na região parotidiana. Esta a dôr. Trismus accentuado. Sem fluctuação perceptivel. Diag. Parotidite aguda. Applicações quentes. Omnadina diariamente. Temperatura á tarde 39°. Estado geral — máo.

Dia 15-2 — Já se nota flutuação profunda na região parotidiana. Estado geral, máo. Incisão da parotidite, obedecendo á technica: — incisão baixa e horizontal da pelle, debridando profundamente os focos com pinças; deu sahida a grande quantidade de puz. Temperatura, 39°,8. Antes da intervenção.

Dia 16-2 — Retirada dos pontos da agrafe da incisão abdominal, pelle cicatrizada em redor vermelha, e calor anormal. O orificio da drenagem bem aberto sahindo puz. Temperatura 38°,5. Da parotidite sahia puz em grande quantidade.

Dia 17-2 — Formação dum fleimão da parede obrigando a debridar a ferida operatoria. Muito puz. Temperatura, 39°.

Dia 22-2 — Abcesso da região grutea. Incisão. Estado geral um pouco melhor. A parotidite dava muito pouco puz, tendo desaparecido quasi por completo o trismus. A incisão operatoria, assim como o orifcio da drenagem suppuravam em regular quantidade.

Dahi para diante, sem maiores factos a notar, a evolução se fez bem, tendo a ferida operatoria da parotidite deixado de suppurar completamente no dia 8-2. A incisão abdominal cicatrizou em fins de Março, tendo tido o doente uns 15 dias após, a sua alta, com uma eventração como era facil de prever desde o inicio; com bom estado geral.

Como sóe acontecer quasi sempre em casos clinicos, em cada um, mesmo entre os mais correntemente encontrados, existem particularidades curiosas e interessantes que bem merecem registros. Analisando o nosso caso, que a primeira vista parece ser um caso commum de appendicite suppurada, nelle deparamos com factos dignos de nota.

De inicio o diagnostico. A dor na região lombar com o maximo num ponto abaixo do costo lombar e mais alguns sintomas já descritos, nos fizeram verificar a urina para incluirmos o diagnostico de uma afecção dolorosa do apparelho urinario. Não são poucos os casos de erros de diagnostico com taes afefeções, devendo-se ter sempre na mente tal possibilidade de confusão. Como foi narrado no ato operatorio, deparamos com uma disposição anatomica do ceco e porção terminal do ileon muito pouco frequente.

Sabemos que a situação ordinária do ceco é na fossa iliaca

interna, movel, sendo de fato a mais frequentemente encontrada quando se intervem sobre appendice e fazendo-se mesmo habitualmente as incisões baixas, mais juntas á arcada crural, quando se suppõe tratar-se de casos difficeis por adherencia ou suppuração. Porem dada a sua mobilidade tem o ceco posição variavel, chamando-se posição alta quando está de 6 a 8 centímetros acima da arcada crural (Testut); ora, na nossa observação como já referimos a parte inferior correspondia a uma horizontal passando pela cicatriz umbelical. Deu-nos a impressão d'uma anomalia congenita, porque sabemos que o ceco desce á medida do desenvolvimento, sendo no feto a sua situação bem mais alta que no adulto. O interessante é que isto veio nos explicar a localisação da dôr, sendo o apendice talvez, retro cecal, porque nós não o vimos, aliás como indicação geral em casos taes, drenar e não insistir na procura do appendice, para não destruir as barreiras que a natureza tão bem soube fazer.

No periodo post-operatorio appareceu uma complicação, felizmente, muito rara, parotidite suppurada.

Todos os autores são conformes em consideral-a muito rara, tendo tido Lenormant um só caso após uma enterostomia, porém Hadda calcula-a numa frequencia de 2 a 3% nas laparotomias. A etiologia, num processo infeccioso geral ou numa infecção ascenndente do canal de Stenon, encontrou as duas causas que podem explicar a parotidite aguda no decurso post — uma intervenção abdominal. A segunda destas causas associa maior numero de adeptos, facilitada a infecção da glandula pelas manobras de tração da lingua, parada reflexa da secreção salivar, tracção do maxilar pelo seu angulo junto á região parotidiana. No nosso caso não nos parece descabido associarmos o apparecimento da parotidite a uma septico-pyohemia pela multiplicidade dos focos suppurados que teve o doente. Mesmo, se a primeira destas causas fosse de facto tão favorecedora da parotidite aguda post-operatoria, esta complicação deveria ser mais commum, o que não se observa.

UM CASO DE RUPTURA DE PRENHEZ TUBARIA

O caso da presente observação é destes que, pela dramaticidade das suas formas e pelas complicações possíveis, impressionaram desde logo, vivamente os estudiosos. Antigamente diagnosticados previamente, fazendo parte das doenças raras, é actualmente com certa freqüência encontrado e contam-se por muitos os trabalhos publicados e algumas grandes estastíticas, colocando a prenhez ectopica e suas complicações em capítulos das obras classicas de ginecologia e obstetricia.

Como no nosso meio, embóra a mór parte dos cirurgiões contem com seus casos em suas estatísticas, ela ainda é muito pouco freqüente, e não me pareceu descabido o relato de mais este caso.

N. P. 26 annos, casada, branca, residência Curitiba.

Antecedentes hereditários — Nada de importante.

Antecedentes pessoaes — doenças proprias da infancia. Catamenio aos 13 annos, regular em duraão, tempo e quantidade, mais ou menos doloroso. Casada aos 16 annos nunca teve filhos nem abortos.

Historia da doença actual: — No dia 5 de Agosto 1931, logo após o almoço sentiu uma dôr aguda no baixo ventre em forma de pontada com sensação vertiginosa que a obrigou a acamar-se. A dôr melhorou neste dia, embora não passasse completamente. No dia seguinte, estado nauseoso, dôres em todo o ventre, sensação de sêde constante e de vertigem ao menor movimento brusco. Tomou o clássico purgativo (infelizmente de uso tão generalisado, que não faz efeito.

No dia 7 fui vê-la: — doente de compleição mediana. Extremamente palida, mucosas visiveis muito descoradas. Sensação de vertigem, tomando agua aos goles constantemente. Temperatura normal. — Pulso 120 ritmico pequeno.

Indagamos das regras: — Ausencia de menstruação no mez de Julho, não estando na epoca de aperecerem em Agosto. Pouco corrimento vaginal amarellado, não tendo tipo corrimento sanguineo.

Exame do abdomen: — Abaullado, tenso, doloroso á palpação em mais intensidade no hipogastro e fossa iliaca esquerda. Exame Ginecologico: — Entreaberta a vulva, nota-se a mucosa vaginal muito descorada. Ao toque, fundo de saco posterior empastado e doloroso. Toque combinado impossivel.

Com o diagnostico de rutura de prenhez tubaria, provavelmente esquerda, mandei que removessem immediatamente para uma intervenção de urgência. Duas horas depois no Hospital examinando a doente notei estado geral peior, pulso: — pequeno, 136 pulsações por minuto, o que ainda mais confirmava o diagnóstico. Com o Dr. Virmond Lima fizemos a intervenção: Incisão mediana infra umbelical. Parede exangue. Peritoneo de coloração violacea, que aberto deu sahida a sangue líquido e alguns coagulos sanguíneos ainda moles, localisados principalmente em redor dos anexos esquerdos e fundo de saco posterior. Extirpação dos anexos esquerdos, retirada dos coagulos e fechamento da parede abdominal em 3 planos, deixando-se o sangue liquido restante na cavidade.

Cuidados post-operatorios: — Sôro glicosado endo-venoso 250 cc. e 750 ccc. de sôro fisiologico sub-cutaneo, oleo canforado de 3 em 3 horas. Pantopon á noite.

Dia 8 — 128 pulsações por minuto á tarde. Sôro fisiologico um litro — oleo canforado de 3 em 3 horas.

Dia 9 — Pulsações 116 por minuto. Sôro fisiologico 1 litro — oleo canforado de 4 em 4 horas. Ventre pouco doloroso, soltou gazes, não vomitou.

Dia 10 — 8 — Como, o estado geral fosse bom, pulsações sempre acima de 110 por minuto, tonteiras, sêde intensa, resolvemos fazer uma pequena transfusão de sangue citratado de 100 cc. A doente suportou muito bem. A noite, pela primeira vez, pulsações 88 por minuto, facies melhor. Nos outros dias nada mais houve digno de nota.

Evacuação expontanea no 6.° dia. Retirada dos agrafes no 7.° e das crinas no 8.° dia. Alta no 10.° dia. Foi mostrada na sessão a peça operatoria retirada.

ILEUS MECANICO POR APPENDICITE

Hesitamos de início, em dar um título a esta observação. Pensamos intitulal-a "Ileus mecanico pelo apendice", mais de acordo com a sintomatologia apresentada pela doente, pois os fenomenos de oclusão intestinal mecanica dominavam totalmente o quadro clinico, sendo mesmo a historia pregressa, vaga e confusa, podendo se prestar a diversas interpretações. E também, porque com este título, parece-nos que mostrariamos melhor como de facto o apendice foi a causa do ileus mecanico. Porém meditando melhor como poderia ter se processado a oclusão e mesmo mais concorde com o achado operatorio e as lesões anatomo-patologicas apresentadas pelo apendice, cremos acertado, embora a primeira vista não fique tão aparente, rotulal-a de ileus mecanico por apendicite".

Não só o interesse como também a raridade do caso, foi que nos incitaram a dar publicidade á presente observação. Sem maiores rodeios passamos a expô-la.

A. F. 44 anos, casada, doméstica, residente no município de Colombo.

Antecedentes morbidos hereditarios — carecem de importancia.

Antecedentes morbidos pessoais. Menstruada aos 14 anos, sempre regular em duração, tempo e quantidade. Casou-se aos 28 anos, teve 16 filhos, o ultimo dos quais ha 3 meses, sendo 12 vivos.

Historia da doença atual. No dia 15 de Maio de 1932 pela manhã começou a sentir fortes dores em todo hemi-abdomen direito, com mais intensidade na fossa iliaca direita, com máo estar geral, nauseas, sensação de falta de ar, o que a obrigou acamar-se. No dia seguinte as dôres continuavam porém já generalisadas por todo abdomen e com caractéres diversos, pois

embora fossem continuas, exacerbavam-se intermitentemente como colicas intestinais violentas e com vomitos incessantes, mesmo sem ingestão de alimentos, e dispnéa. Desde o inicio não soltou gazes nem evacuou apesar de lavagens intestinais. Como peiorasse, procurou os nossos serviços profissionais no 3.º dia da doença. Com relação a esta história clinica, após a intervenção, quando a doente soltou mais a lingua, — todos conhecem bem a dificuldade de se fazer a anemnése de certos doentes — contou-nos que durante a sua ultima gravidez sentia muitas vezes dôres na fossa iliaca direita que a obrigavam ao repouso e que 15 dias antes teve dôres muitos fortes que só aliviaram depois de algumas horas.

Exame geral — Doente de compleição mediana, muito emagrecida, aspécto envelhecido. Olhos encovados, facies de sofrimento "Facies Abdominal". Grande aumento de volume da tireoide, bocio, com notavel circulação colateral, alcançando o lobo direito o angulo do maxilar inferior. Por seu volume não permite á paciente estar deitada na horizontal, produzindo-lhe sufocação. Nos membros inferiores notam-se alguns pelotões venosos com edema.

Pulso — 136 pulsações por minuto, pequeno ritmo. Temp. 37°2.

Exame do abdomen — Ventre abaulado, paniculo adiposo muito diminuido, pele formando pregas, com numerosas estrias gravidicas. A palpação facil, tanto superficial como profunda, devido á flacidez abdominal, só mostrou dor suportavel no quadrante inferior direito; onde se percebia um empastamento profundo e difuso. Porém, quando se interrompia a palpação ou mesmo algumas vezes expontaneamente notava-se com muita nitidez e era quando a doente tinha a sua dor aumentada, os movimentos peristalticos muito acentuados, desenhando-se as alças intestinais muito dilatadas na parede abdominal, principalmente em derredor da cicatriz umbelical, dando a impressão de que procuravam forçar um obstaculo ao transito natural do conteudo intestinal. Estes fenomenos se repetiam sempre á excitação externa do abdomen.

O toque ginecologico nada nos revelou de anormal, a não ser as paredes da vagina de coloração arroxeada e colpoceles anterior e posterior mais ou menos acentuados.

O toque retal só nos indicou, o mais profundamente que se podia alcançar com o dedo uma zona empastada, não se podendo precisar melhor, por ser impossivel um palpar combinado, devido ás colicas que despertava.

Mandamos fazer uma lavagem intestinal com 3 litros d' agua fervida e percebemos perfeitamente que o colon se encheu até o acendente, sendo a agua expelida apenas suja por uma secreção catarral.

Com estes elementos fizemos o diagnostico de ileus mecanico, provavelmente da porção terminal do ileon ou cecum.

Resolvemos intervir, após as injeções cardio-tonicas e soro-fisiologico habituais em taes casos.

Sob anestesia local por uma solução a 1% de Novocaina, fizemos incisão mediana infra umbelical. Por ocasião da abertura do peritoneo, tomou a doente algumas baforadas de éter, de fins mais persuasivos que anestésicos. Aberta a cavidade abdominal deu saída a regular quantidade de liquido soro sanglinolento e notamos as alças intestinais congestas e grandemente dilatadas. Obrigados a exteriorisa-las vimos então na fossa iliaca direita o ceco achatado e uma alça intestinal de coloração vinhosa, paredes espessadas, que estava completamente enlaçada, formando um angulo acentuado com a continuidade do ileon, pelo apendice e seu meso, que repuxando o ceco por sua implantação normal ia por sua extremidade aderir ou se inserir, para significar melhor a fixidez da sua aderencia, ao lado oposto da alça intestinal, na porção juxta intestinal do mesenterio. O desenho esquematico junto mostra com claresa a disposição em que se encontrava o apendice fazendo o estrangulamento da alça.

Então entre duas pinças de Kocher seccionamos a base do apendice bem como seu méso e levantando a alça delgada, desligamos as aderencias da ponta, tendo ficado um leito cruento, que peritonisamos com chuleio de categut-fino. O interesse maximo da operação foi até ahi, porque a coloração da alça intestinal tendo voltado ao natural, seguimos a tecnica habitual de extirpação do apendice; ligadura do méso e do coto apendicular com afundamento deste na bolsa serosa previamente feita. Sutura da parede abdominal em 3 planos, deixando se

uma mécha de gaze no Douglas saindo pela parte inferior da incisão, devido á grande quantidade de liquido sero-sanguinolento contido na cavidade abdominal.

Assistiram a esta intervenção os professores Kossobudski e Raul Carneiro, que se achavam no momento no Hospital. O apendice longo de 12 centimetros, mais ou menos e grosso, principalmente na ponte onde estava aderente, tem todos os caractéres macroscopicos de inflamação. Na fotografia do apendice vê-se bem a ponta mais espessa que aderia ao mesenterio.

* * *

Como vimos trata-se de um caso puro de ileus mecanico pelo apendice de extrema raridade e sobre o qual os livros em geral falam perfuntoriamente apenas por citação. Porém, Mondor "Diagnostics Urgents" faz explanações mais amplas sobre Apendicites e Oclusão Intestinal e destaca, dando resumos, 5 observações as quais diz serem "ceux ou l'appendice lui même este l'agent d'etranglement."

Nas observações de Von Mayer e Mac Lean a sindrome apendicular dominava o quadro clinico, parecendo que os casos de Routier, Caravan e Sauvé pela descrição resumida, a sindrome de oclusão mecanica era dominante. Recentemente na Revista Brasileira de Cirurgia num artigo do Prof. Augusto Paulino intitulado "Ileus mecanico de origem apendicular" no qual cita duas observações suas, vê se que em ambas o agente de estrangulamento era constituido por bridas, numa delas estando o apendice no meio das aderencias epiploicas.

Procurando raciocinar como o apendice no nosso caso se fez causa da oclusão intestinal mecanica, por que diverso da observação do Prof. Paulino onde as bridas é que estrangulavam a alça, era ele proprio que agia como estrangulador, nada podemos afirmar com certeza, apenas emitir hipoteses. Teriam sido as crises dolorosas narradas pela doente durante a ultima gravidês, crises apendiculares? Se assim fosse uma explicação teria o nosso caso clinico que então poderia ter se passado da seguinte forma: — crise inflamatoria do apendice, aderencia da ponta ao mesenterio, desaparecimento das dores. Mais tarde, tendo uma alça se insinuado por baixo desta ponte apendicular e novo surto inflamatorio, dando o ileu mecanico. Ter-se-ia dado a oclusão no mesmo momento em que se inflamava o apendice

com a aderencia da ponta ao mesenterio da alça intestinal impedindo o curso do conteudo intestinal? Também é possível, embora a fixidês da aderência da extremidade distal faça pensar num processo inflamatorio mais antigo.

Do que pudémos colher verificamos que o apendice como agente de estrangulamento no ileus mecanico além de muito curioso, tem sido muito raramente encontrado.

* * *

A doente suportou muito bem a intervenção, apezar do estado geral precario em que se encontrava. Logo após, foram feitas alem das injecções de sempre, uma ampola de 20cc. de soro hipertonico de cloreto de sodio a 10%. Não mais vomitou, tendo no dia seguinte 116 e 120 pulsações por minuto, mas no 3.° dia baixava a 90 e começava a emitir gazes. Retirada a drenagem nos 4.° e 5.° dias, os pontos no 7.° com cicatrização per primam. O orificio da mecha de gaze cicatrizou rapidamente tendo tido a paciente alta no 12.° dia.

FLEBITES E EMBOLIAS POST-OPERATORIAS

Não pretendemos fazer um estudo completo sobre as flebites e embolias post-operatorias, assunto bastante debatido e esmiuçado sobre o qual "Acrescentar alguma cousa de novo á questão das tromboses e embolias, nos parece bastante dificil" (Scheidegger — em Ducuing Flebites, tromboses e embolias post-operatorias) mas apenas relatar alguns casos clinicos de nossa estatistica e em torno deles fazer alguns comentários.

Moveu-nos principalmente a esta publicação, o termo perdido, de maneira tragica, brutal e totalmente inesperada, duas doentes, quando mais nos parecia terminado qualquer risco proprio do ato operatorio.

Bem o diz J. L. Faure "... la plus traitresse, la plus tragique, la plus émouvante de toutes les complications operatoires: cette terrible embolie fondroyante dont il n'est pas un de nous, qui n'ait douloureusement souffert". Acabrunha sobremaneira o cirurgião porque ele sente fugir a vida de suas mãos quando lhe parecia mais presa, num inevitável brutal, com poucos recursos para prever e nenhum para socorrer.

Forgue em "Causes et mecanismes de l'embolie post-operatoire", relatorio apresentado ao VIII.° Congresso Internacional de Cirurgia, 1929, escreve:

"L'embolie: cela reste le point noir de la chirurgie abdominale. Dans la securité de la laparatomie moderne, portée á son actuelle perfection d'asepsie, de technique et d'hemostase, c'est l'imprevu tragique et "le risque persistant". E após narrar alguns casos, semelhantes aos nossos assim se expressa: — "Tout concourt donc á donner á cette complication son aspect dramatique: sa soudaineté, son imprevu; sa haute gravité d'emblée, dans les formes massives; notre impuissances therapeutique; le poids de responsabilité apparente, qui peut injustement

nous charger, surtout quand il s'agit d'interventions simples de tout repos, comme une cure radicale d'hernie ou une appendicite a froid, dont le chirurgien a le pouvoir garantir l'inoffensivité".

São duas observações, de embolia fulminante de forma sincopal, em intervenções cirurgicas bem diversas e que nos mostram a variabilidade e inevitabilidade de tão temível complicação.

Obs. 1.ª — C. S. Alemã 49 anos, casada, branca, Curitiba.

Procurou-nos por metrorragias persistentes há já alguns meses que não cediam e estavam esfraquecendo-a muito. Afóra isto de nada mais se queixava. Teve 6 gestações levadas a termo, tendo aparecido varices dos membros inferiores na 2.ª gestação. Eram um pouco dolorosas quando estava gravida.

Aspecto robusto e mucosas visiveis um pouco descoradas. Caracteres do pulso normais e temperatura normal. Coração á escuta hiperfonese do 2.° tom aortico. Tensão arterial: Mx 14, Mm. 9-1/2. EXAME GINECOLÓGICO: — Utero aumentado de volume, duro, nodulos fibromatosos, anexos palpaveis dando sensação de tumor liquido sendo o esquerdo pouco movel. EXAME ESPECULAR. Colo uterino sem ulceração.

Internada no Hospital operamo-la sob raquianestesia Novocaina no dia 27-7-33 (Drs. Virmond Lima e Braga de Abreu).

Pan histerectomia sub total e salpingo o oforectomia bilateral. Apendicectomia. Fibromioma uterino com alguns nodulos na superficie, do tamanho duma laranja grande, ovarios cisticos e grandes, o esquerdo aderente necessitando para sua extirpação certo descolamento do parametrio. Intervenção sem maiores incidentes, peritonisação perfeita da bacia. Apendicectomia. SEQUENCIAS POST-OPERATORIAS: — Pequena elevação termica nos 3 primeiros dias e abaúlamento do ventre. Pequena lavagem intestinal ,tudo se normalisou. No 6.° dia quando a doente já se movia no leito, sendo perguntada disse sentir dôres nas veias da pantorilha esquerda "como quando tinha creança" (sic). Ao exame a dôr era minima e não havia edema nem outros sinais inflamatorios. Não permitimos movimentos eobservavamos sempre. Até ao 10.° dia não houve elevação termica, nem edema e a sensação dolorosa era minima e por

vezes nula. Alta no dia 6-8-33. — Cicatrização da ferida operatoria por primeira intenção.

Por pessôa da familia, afeita a tratar de doentes, sabiamos que a doente passava muito bem, andava e a dor da perna quasi não sentia e mesmo não a encomodava. No 15°, dia a contar da operação somos chamados com urgencia, porque a doente havia morrido. Quando chegamos verificamos o obito, estava extremamente palida. Contaram-nos que havia passado o dia muito bem, á noite deitou-se; querendo descer da cama o marido foi ajudá-la, nisto teve a sensação de que o coração batia muito e caiu sobre a cama já morta.

Obs. 2.ª — J.A. — 62 anos, casada, branca, domestica. — Campo Largo.

Chegou ao Hospital á noite de 4-8-33, porque sabendo-se portadora duma hernia umbelical há anos, esta tinha feito saliencia, ha 36 horas, e não mais recolhera apezar de massagens etc.

Doente de aspecto envelhecido, pulso pequeno e muito frequente 130 pulsações por minuto — temperatura 36.° Vomitos abundantes, fecaloides. Addomen abaulado pouco doloroso à apalpação, apresentando ao nível da cicatriz umbelical um tumor grande, de coloração vinhosa, renitente, sub macisso e doloroso á pressão. Não emitia gazes nem evacuava. Varices extensas em ambas as pernas com grandes pelotões venosos.

DIAGNOSTICO — Hernia umbelical estrangulada.

INTERVENÇÃO CIRURGICA — Sob anestesia geral (Drs. Virmond de Lima e Braga de Abreu). Balsoformio, incisão longitudinal em elipse em torno do tumor. Abordamos o saco herniario lateralmente, verificando no seu interior uma alça de intestino delgado no meio duma grande porção de epiploon. A alça de coloração arroxeada após debridamente do anel de estrangulamento, voltou a sua côr natural (com certeza e epiploon protegeu-a da gangrena, dado o numero de horas de estrangulamento 36 hrs), por isso, reintegramo-la á cavidade abdominal, ressecamos o epiploon na mór parte aparente, conjuntamente com o saco. Sutura do peritoneo a catgut, 3 pontos de fio de bronze num só plano e agrafes na pele.

PERIODO POST-OPERATORIO — Sem a menor anormalidade. A doente suportou perfeitamente a intervenção contra nossa expectativa, e também as sequencias post-operatorias. Assim que se acordou bem da anestesia, foi feita lavagem do estomago e intestinal que fez efeito abundante. Uma empola de sôro hipertonico de 20 cc. a 10% endovenosa. Não mais vomitou, emissão franca de gazes no dia seguinte e no 4.° dia evacuação expontanea. Nunca teve elevação térmica, pulsação nunca acima de 84 por minuto. No 5.° dia movia-se francamente no leito. Retirada dos agrafes no 7.° dia. No 9.° dia assentou-se no leito e algumas horas numa cadeira proxima á cama. Retirada dos fios de bronze no 10.° dia, cicatrização per-primam. Neste dia a doente andou pelo quarto. No 11.° dia pela manhã de nada se queixou e já a encontramos vestida. Às 13 horas desceram-na de maca pela escada, entrou para o automovel, apoiada no filho. Assim que sentou, levou a mão ao coração deu um grito, ficou muito palida. Chamaram a enfermeira, porém ela estava morta. Minutos após, vi-a já cadaver, extremamente palida.

Cremos não haver duvida quanto ao diagnostico de embolia mortal post-operatoria de forma sincopal em ambos os casos. Mas procuremos analisar as observações e notaremos, que as duas doentes eram portadoras de varices e que si na primeira o abaúlamento do ventre nos primeiros dias post-operação e a sensação dolorosa das veias do membro inferior esquerdo podia fazer-nos pensar numa flebite pelvica, na 2.ª observação sintoma clinico absolutamente nenhum nos podia fazer pensar numa flebite, causa habitual das embolias. Ensina-nos mais ainda quão imprevisivel é tal complicação e como, 1.ª obs., flebites localmente frustas, podem se tornar graves e ser causa de embolias mortais. O estudo das embolias post-operatorias é, por mais que se o examine em suas causas intimas, completamente desnorteante. Não procuremos exemplos que os ha muitos infelizmente para nós cirurgiões. Limitemo-nos aos nossos dois casos clinicos e veremos quão dificil se torna uma conclusão satisfatoria. Na 1.ª, foi feito Raquianestesia, na 2.ª anestesia geral. Numa foi uma grande intervenção cirurgica com manobras intra-abdominais, secção de varios pediculos vasculares, nas proximidades de grossos vasos, zonas de deslocamento, circunstancias estas que a primeira vista, devem facilitar as infecções leves, podendo-se compreender as complicações de-

correntes. Porém, noutra, embora o seu estado geral fosse máo, a idade mais avançada, a intervenção fosse feita portanto, num organismo debilitado, o ato operatorio foi muito mais benigno, com manobras cavitarias minimas ou quasi nulas, com grande brevidade, sutura da parede num só plano e no entanto, tivemos, ab initio, sem previsão possivel, uma embolia mortal sem sinais premonitorios. Esta no 10.° dia a outra no 15.°, não aos primeiros movimentos, mas a 2.ª já ha dois dias que se levantava e a primeira ha 5 dias que andava em sua casa. Em conclusão, nossas duas observações, apenas nos mostram que nada, absolutamente nada, nos pode dizer, si um doente que se submete a uma intervenção cirurgica irá ou não acabar de forma tão rapida e tão chocante.

Nem o genero da intervenção, nem a anestesia, nem a idade, nem o estado geral anterior poderão isentar o doente desta gravissima complicação. Felizmente elas são raras, as primeiras de nossa estatistica. Na estatistica de Ducuing 3.000 intervenções 19 casos, 10 de forma sincopal e 9 de forma asfixiante Chiasserini (Cause e meccanismi delle embolie posto-operatorie — VIII Congresso Internacional de Cirurgia 1929) expõe varias grandes estatisticas, que apezar do seu relativo valor, dá-nos a impressão da frequencia; Petrén 0,45%; De Quervain 0,27%; Lindsay 0,30%; Wilson (Mayo Clinic 0,063%; Heard (Mayo Clinic) 0008%; Hendersen (Mayo Clinic 1927) 6% do total das mortes nos ultimos 10 anos; Sauerbruch 0,14%; Forgue — 0,14%; Kubler 0,64%. São numeros percentuados sobre o total das intervenções nas estatisticas, só sobre operações abdominais os numeros são mais elevados. Não nos estendemos mais, porque como dissemos acima, apenas tencionamos expôr as nossas observações e a elas nos referirmos.

* * *

As flebites — esta grave complicação operatoria, nós já vimos, que toda flebite é grave, por mais leve e frusta que sejam, os seus sinais clinicos ou locais, é ainda um grande antolho para a cirurgia, pois não é complicação rara e mais frequente se tornaria si os casos fossem publicados ou então seus sináis clinicos com mais cuidados pesquizados. As porcentagens são as mais variaveis, conforme a maneira de encarar dos cirurgiões quanto ao diagnostico. Tivemos nestes 2

anos ultimos, 5 casos de flebites dos membros inferiores, excluidas as observações já mencionadas, todos decorrentes de intervenções abdominais, dando-nos uma percentagem de 1%. Maior poderia ser talvez, se nela incluissemos as flebites pelvi-abdominais de sintomatologia frusta, como o fez Ducuing, o que não fizemos por falta de dados, sendo que a percentagem desde autor é de 10-1/2% nas intervenções abdominais. Nós nunca observamos flebites dos membros superiores, bem como, nem dos membros inferiores, como consequencia de qualquer ato cirurgico que não tenha sido sobre o abdomen; por isso, nossa estatistica é apenas sobre as intervenções abdominais.

Resumamos brevemente os nossos casos:

Obs. 1.ª — Hernia inguino scrotal direita — Apendicite.

A. S. 40 anos, branco, brasileiro. Curitiba.

Teve duas crises de apendicite aguda e foi-nos enviado após a ultima crise pelo seu médico assistente afim de ser operado. Doente de aspecto robusto. Varices em ambos os membros inferiores, extensos, com varios novelos venosos. Além dos padecimentos devido a sua inflamação apendicular, era portador duma hernia inguino scrotal direita. INTERVENÇÃO: — (Drs. Virmond de Lima e Braga Abreu), em 31/3/32. Cura cirurgica de hernia e pelo orificio da hernia, apendicectomia sob anestesia geral. SEQUENCIA POST-OPERATORIA: — 5.° dia — pequena elevação termica 37°6, pulsações 96 por minuto. Sensação dolorosa membro inferior esquerdo; 6.° dia — edema membro inferior esquerdo, dôr — sináis evidentes de flebite. Imobilisação do membro doente em goteira. 8.° dia retirada dos agrafes. — Pequena supuração parte inferior da incisão. No 30.° dia saída do Hospital ainda com edema do membro doente, o outro nada apresentou de anormal.

Obs. 2.ª — Rutura do grande réto esquerdo numa doente portadora duma hernia umbelical, gravida de 9 mêses (caso apresentado á S. Medica dos Hospitais do Paraná).

M. P. 43 anos, branca, casada, brasileira.

Gripada ha 5 dias, num esforço de tosse, sentiu forte dôr na região umbelical, tendo ficado esta região muito sensivel. Vomitos, não soltava gazes nem evacuava, ha 24 horas.

Paciente de estatura elevada paniculo adiposo muito desenvolvido, peso 108 kls. (sic). Varices dos membros inferiores. Ventre abaúlado, doloroso á palpação, maximé na região umbelica onde se notava um tumor de dificil palpação, pela dor que despertava; pele em redor de coloração violacea.

DIAGNOSTICO — Hernia umbelical estrangulada.

INTERVENÇÃO — (Drs. Braga de Abreu e Virmond Lima) — Incisão em redor do tumor, abertura lateral do saco herniario. Com surpreza deparamos apenas com epiploon no seu interior, mas da bainha do grande reto esquerdo saía grande quantidade de coagulos sanguineos e fazia uma grande cavidade, onde se notou após secar com compressas, as fibras musculares do grande reto distendidas e rotas. Drenada esta cavidade com gaze, sutura da parede num só plano com fios de bronze, agrafes na pele. Curativo oclusivo.

PERIODO POST-OPERATORIO — 2.° dia — início trabalho de parto pela manhã. — Parto expontaneo. Feto a termo, morto e macerado. Secundamento — Após esperar 2 hrs. e meia, extração manual da placenta. — Doente bem. — 3.° dia — Retirada da mecha. — Liquido sero sanguinolento — Nova mecha. Temperatura 37°2 á tarde, pulsações 92 por minuto. 7.° dia — Retirada agrafes. Supuração pelo orificio de drenagem. 12.° dia — Retirada fios de bronze. Temperatura desde o dia anterior 37°5 á tarde. Sentou-se na cadeira. Puerperio. — Normal. 13.° dia — Queixou-se de pernas inchadas e dôr. — Edema dos membros inferiores mais acentuado no esquerdo, dôr á palpação no trajeto da safena interna com um cordão endurecido. — **Flebite de ambos os membros inferiores.** — Imobilisação, Propidon 3/3 dias. — Incisão cirurgica cicatrizou no 18.° dia. A doente permaneceu no Hospital 45 dias. Alta ainda com edema dos membros inferiores que ficou como sequela da flebite, embora pouco acentuado.

3.ª Obs. — CANCER DO COLO UTERINO.

O. R. 38 anos casada, branca, brasileira. Curitiba.

Veio à consulta no dia 20/3/32, por notar que de 3 meses para cá vem tendo um corrimento vaginal sanguineo purulento com muito máo cheiro.

EXAME: — doente de compleição mediana, um pouco emagrecida. Varices dos membros inferiores. Nada de anormal para os aparelhos.

EXAME GINECOLOGICO — Entreaberta a vulva nota-se um corrimento sanguineo purulento com máo cheiro. Ao toque colo de superficie irregular e grande, fundos de sacos indolores; ao toque combinado utero um pouco aumentado de volume, mole, indolor, mobilidade diminuida por fixação no fundo de saco Douglas; anexos palpaveis e indolores. Exame especular — grande cavidade ulcerada do colo de superficie irregular, tomentosa, sangrando ao menor contato, aumentado de volume. Paredes vaginais normais.

DIAGNOSTICO — Cancer do colo uterino (ainda no limite de operabilidade).

INTERVENÇÃO: — (Drs. Braba de Abreu e Virmond de Lima). Raquianestesia Novocaína 0,12 centgs. 4.° espaço lombar. Operação de Wertheim, Incisão mediana infra umbelical, colocação valvula supra publica de Desmaret, Extirpação dos anexos. Histerectomia alargada com dissecção dos uretéres, ligadura das uterinas e secção vaginal afastada do colo uterino, Deslocamento dificil por já haver uma certa infiltração dos parametrios. Ligadura dos pediculos e peritonisação da bacia. Sutura da parede. Drenagem a Mikulicz e vaginal.

SEQUENCIA POST- OPERATORIA — Urinou expontaneamente embora com dores; emitiu gazes no 3.° ou 4.° dia retirada da mecha vaginal. Bem. 8.° dia retirada do saco de Mikulicz. Lavagem intestinal. 10.° dia — Á tarde do 9.° dia sensação de frio, temperatura 38.°, 100 pulsações por minuto, dôr na perna direita edema notavel do membro inferior direito, cordões venosos aparentes e dolorosos. **Flebite do membro inferior direito.** Imobilisação, vacina anti-piogena, solução de citrato de sodio. Permaneceu no Hospital 40 dias. Tanto pelo orificio da drenagem, Mikulicz, como pela vagina houve supuração, tendo cicatrizado no 23.° dia.

Esta doente 5 meses após veiu á consulta por ter aparecido um pouco de corrimento vaginal. Notamos uma pequena superficie lenticular como um broto carnoso na parte direita da cicatriz vaginal. Aconselhamos aplicações de Radio que fo-

ram feitas em S. Paulo. Apesar disso veio a falecer 1 ano após a operação, em caquexia cancerosa com recidiva local.

4.ª Obs. — A. M. 22 anos, branca, casada. Curitiba.

Gravidez a termo, entrou em trabalho de parto às 22 horas de 19/6/33.

EXAME: — Moça, de aspecto robusto. Tara neuropatica familial acentuada.

EXAME OBSTETRICO: — Feto de grandes proporções. Estreitamento de bacia, promontorio palpavel, bacia afunilada. Era a 2.ª gestação, no primeiro parto foi necessário baseotripsia. Ás 7 horas da manhã: cabeça fetal movel no estreito superior, sem sinais de insinuação. Colo completamente dilatado. Bolsas d'aguas integras.

INTERVENÇÃO CIRURGICA — (Drs. Virmond de Lima e Braga de Abreu — Anestesia geral balsoforme. Cezariana baixa de Kronig — Incisão infra umbelical, colocação valvula supra publica de Doyen. Isolamento cavidade peritoneal com compressas. Descolamento do fundo de saco vesico-uterino, nesta ocasião hemorragia proveniente dos plexos venosos que se romperam, e incisão longitudinal na porção segmentar do útero. Extração do feto com alguma dificuldade e da placenta. Injeção endovenosa de pituitrina, logo após, contração uterina energica. Sutura total da secção segmentar por pontos separados a catgut, mais novo plano de sutura muscular. Rebatimento da bexiga, que estava isolada sob a válvula de Doyen e sutura serosa refazendo o fundo de saco vesico uterino. Sutura da parede abdominal em 3 planos. Feto vivo, sexo feminino 4 kgs. 200 grs.

SEQUENCIAS POST-OPERATORIAS: — Nos dois primeiros dias extração da urina por sonda. 3.° dia — abaulamento do abdomen por gazes, Lavagem intestinal evacuação abundante. Micção expontanea. Nos demais dias, nada de anormal. 8.° dia — retirada dos agrafes e 9.° dos fios de crina. 11.° dia levantou-se para sentar na cadeira ao lado da cama. No 13.° dia elevação termica á tarde, 38.° com dôr na pantorilha esquerda. 14.° dia — Edema doloroso da perna. Imobilisação. Nos dias subsequentes aumento do edema que se estendeu até a raiz da coxa, dôr difusa temperatura 37°2 e 38°5 à tarde. No trajeto da

safena interna sentia-se um cordão endurecido e doloroso á apalpação. FLEBITE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO — Esta doente tomou desde o 2.° dia após a operação solução de citrato de sódio a 10%. Tratamento: — Imobilização em goteira, vacinas e continuou a tomar citrato de sodio. Alta do Hospital no 35.° dia, permanecendo ainda hoje um leve edema do membro inferior esquerdo indolor.

Obs. 5.ª — APENDICITE GRANGRENOSA — PERITONITE.

O. F. — 12 anos. Curitiba.

Foi-nos enviado no 5.° dia duma crise apendicular aguda, 22-1-32.

EXAME: — Menino de compleição franzina. Coloração palida. Facies abdominal, lingua seca, aspecto profundamente intoxicado. Pulsações 128 por minuto; pulso pequeno. Temperatura 38.°. Abdomen doloroso á apalpação, defeza muscular intensa maxime na fosa iliaca direita onde se sentia um plastrão profundo, duro, extremamente doloroso.

INTERVENÇÃO DE URGÊNCIA sob anestesia geral Balsoformio (Drs. Virmond de Lima e Braga de Abreu) — Incisão de Roux. Descoberta do ceco e do apendice. Este completamente gangrenado com placas em via de esfacelo. Apendicetomia com bolsa serosa de sepultamento do coto apendicular. Drenagem ampla com gaze isolando o foco do restante da cavidade abdominal. Sutura parcial da parede abdominal num só plano. Curativo oclusivo.

SEQUENCIAS POST-OPERATÓRIAS — O período post-operatorio deste doente foi muito acidentado. Nos 5 primeiros dias temperatura sempre entre 37 e 38°5, pulsações nunca inferiores a 100 por minuto. Vomitos continuos e não emitia gazes nem evacuava. Estado geral máo. Fenomenos toxicos pronunciados. Com o tratamento habitual em casos tais, lavagens de estomago e intestinais, injeções de sôro fisiológico e glicosado, uso endovenoso de sôro hipertonico e injeções cardiotonicas, venceu o nosso doentinho o periodo agudo. No 6.° dia evacuava expontaneamente e não mais vomitou. Iniciamos a retirada das méchas de drenagem. A' tarde deste dia temperatura 36°5 e 84 pulsações por minuto. 7.° — Nada de anormal. Estado geral pouco melhor. 8.° dia — A' tarde 39°5 de temperatura. Nada para

o lado do abdomen, nem aparelho respiratorio. Dôr nas regiões parotidianas, certa constrição dos maxilares. Retirada completa das méchas de drenagens. 9.° dia — Aumento de volume das parotidas dôr intensa. Temperatura normal pela manhã e á tarde 39°. Parotidite aguda bilateral. Retirada dos pontos de sutura da parede abdominal. Permaneceu neste estado até o 14.° dia. Já se abrandavam os fenomenos inflamatorios agudos das parotidites, quando começou a sentir dores no membro inferior direito que logo aumentou de volume, com edema difuso de todo o membro. FLEBITE — Imobilisamos incontinenti o membro doente; já vinha fazendo vacinação anti-piogenica, tendo nos primeiros dias feito sôro anti-grangrenoso.

A flebite não repercutiu sobre o estado geral, depois deste dia não teve maiores complicações. As parotidites cederam sem ir á supuração. A ferida cirurgica cicatrizou-se lentamente até o 25.° dia. O doentinho teve alta no 36.° dia com muito melhor estado geral. Vimos este menino ultimamente. Bem disposto, a flebite não deixou reliquat.

* * *

Nas nossas cinco observações notamos quão variaveis são em sua aparição as flebites post-operatorias. A idade nenhuma influencia exerce, até mesmo nos jovens, que no conceito classico eram tidos como refratarios, ela existe como prova a nossa 5.ª observação. Quanto á anestesia, 4 foram anestesias gerais e uma raquianestesia. Um fato chama a atenção nos nossos casos, que já chamamos a atenção nas duas observações de embolia mortal, 3 dos nossos 5 doentes eram portadores de varices. Embora não sejam frequentes nas grandes estatísticas as flebites nos doentes varicosos, os casos de varizes sobre 340 flebites (Schumacher), 6 sobre 225 (Ducuing), quer nos parecer que elas agem como fator predisponente de importância, não só pelas perturbações circulatorias e troficas dos membros que acarretam e como tambem por serem em grande numero de casos combinadas com varices das veias profundas.

Não tivemos tipo de flebite emboligenica, talvez algumas das nossas complicações pulmonares em período post-operatorio tivessem corrido por conta de flebites frustas pelvi-abdominais sem sintomatologia clinica notavel. Nenhuma destes casos, clinicamente evidentes de flebite, teve qualquer complicação pulmonar. Já o dissemos, só intervenções abdominais em nosso

serviço deram como consequencia flebites. Porem quão variaveis em aspecto, em gravidade, em manobras intra-abdominais, duração de intervenção e em fator infecção foram ellas. A 1.ª operação asetica, que exige poucas manobras. Cura cirurgica de hernia inguino-escrotal-apendicectomia; e o processo flebitico localisou-se do lado oposto á intervenção; a 2.ª também, porém nesta talvez haja influido o **parto,** que só por si, traz algumas vezes em consequência as flebites; a 3.ª é das intervenções mais expostas a tal complicação; não só a lesão cancer, como o orgão lesado, que exige para a consecução do ato operatorio manobras junto aos vasos pelvicos, ajuntando varios fatores a debilidade do estado geral, o cancer e a infecção, pois todo cancer externo é sempre infectado; a 4.ª embora deva ser uma intervenção asética, as manobras intra-uterinas que ela exige e a zona fartamente irrigada com consequente abertura destes vasos, são predisposições que expõem mais este genero de intervenções a uma infecção mais ou menos graves das veias; na 5.ª observação, o estado de septico-pioemia de ponto de partida peritoneal dando fócos de infecção á distancia, explica-nos a flebite que o doente teve.

A gripe é para Faure um fator predisponente da maior importancia, notando ele mais frequente o aparecimento da embolia e flebite post-operatoria durante os surtos epidemicos gripais. Qualquer conclusão nossa neste particular seria precoce, porque sendo a gripe entre nós afecção de carater quase endemico, foram os nossos casos, na sua mór parte, isolados em data e não podemos estabelecer qualquer relação.

Os cuidados profilaticos nos periodos pre e post-operatorios são para nós sempre motivo de preocupação. Assim é que fasemos os doentes moverem-se precócemente no leito ou mesmo levantarem-se e os obrigamos a ginastica respiratória. O citrato de sódio per os segundo Jeannin em nada adianta, sendo um anti-coagulante apenas in vitro, mas no entanto, Chalier aconselha-o. A doente da nossa 4.ª observação tomou-o em solução a 10% desde o segundo dia. Konig num artigo intitulado "Um processo para evitar a trombose e a embolia post-operatoria" em janeiro de 1933, em Deutsch Medizinische Wochenscrift, analisado pelo Journal de Chirurgie de agosto de 1933, lembra como tratamento profilatico da trombose post-operatoria, o uso do Sympatol em ingestão ou em injeções, inalações diarias por

espaço de uma hora de C O2 e massagem com os rolos de Payr dos membros inferiores. É um metodo a experimentar, identico em seus principios ao que está hoje quasi que classicamente estabelecido. Este artigo recente demonstra-nos a preocupação permanente dos cirurgiões em evitar as flebites e embolias post-operatorias e como os nossos metodos atuais, talvez por empiricos, ainda são falhos. Leriche, Preparation des malades aux operations, Congresso Francês de Cirurgia de 1930, escreve: — "J'ai perdu 7 opérés par embolie. Je crois que l'embolie releve de modifications humorales que relevent directemente de l'acte operatoire que nous ne savons no prévenis ni refrénes. C'est la plus grande lacune de la chirurgie actuelle. J'ai essayé tout ce que l'on a conseillé comme préventif. Ne ne connais rien que soit d'une sure efficacité. C'est, je crois, le problème le plus pressant de la chirurgie".

Num relance de conjunto, nós, aliás como todos os autores que trataram deste assunto, só notamos quão desnorteante e variaveis são em suas aparições e gravidade as flebites post-operatorias. Elas não são complicações muito raras e cremos mesmo que maior seria o seu numero si fossem sempre motivo de publicação. Não o sabemos porque, si o prazer dos sucessos ou talvez para não obscurecer o brilho da cirurgia moderna, silenciam os cirurgiões em seus trabalhos e estatísticas, estas complicações que são inevitaveis, empanam ao olhar do leigo o brilhante resultado cirurgico e nos deixam, a nós cirurgiões, ao léo dum desastre imprevisivel. Di-lo bem, Ducuing quando escreve sobre a dificuldade em se obter dados exatos sobre este assunto: — "Pourquoi? Sommes-nous donc responsables de ces accidents? Et, si ces phlebites post-operatoires n'existent pour ainsi dire pas, que signifient ces flots d'encre versés depuis trente ans sur des complications "exceptionelles"?

HERNIA DIAFRAGMATICA

Um destes acasos da clinica hospitalar fez-nos observar um caso de Hernia diafragmatica traumatica, que embora não sejam atualmente raridades clínicas, são ainda, no entanto, pouco frequentes e fonte de publicações esparsas, não encarando estas no geral, o assunto em seu conjunto.

A hernia diafragmatica denominação muitas vezes impropria, por não ser realmente hernia, mas um verdadeiro prolapso das viceras abdominaes para dentro do torax, atravez duma perfuração do diafragma (Lecéne), pode ser dividida em tres tipos: congenita, adquirida e traumatica.

Variavel em frequência, eram as estatísticas antigas de pre-guerra, concordes em afirmar a maior frequencia das hernias congenitas 252 por 181 traumaticas (Grosser), estando no entanto atualmente esta proporção invertida, devido ao numero crescente de traumatismos do diafragma, não só da guerra mundial como dos grandes acidentes de trabalho. Não são perfeitamente acordes neste particular os autores que têm tratado deste assunto, talvez por serem os trabalhos esparsos, limitando-se na sua mór parte a communicações resumidas e cuidando os livros classicos apenas de modo perfunctorio.

Tremolières, Tardieu et Caquot (Le diagnostic de la hernie diaphramatique de l'estomac — Presse Medicale n.° 15 de 1934) escreve: — "La modalité la plus frequente de la hernie diafragmatique de l'estomac est sa forme medicale, hernie acquise, non traumatique, formée á travers l'hiatus oesophagien, en general gauche, d'evolution chronique". De fato, a crêr nos trabalhos mais recentes, curioso, obra de medicos e radiologistas, esta variedade de hernias diafragmaticas tem sido mais frequentemente encontrada. Estes mesmos autores em trabalho mais chegado — La hernie diaphragmatique de l'estomac — Archives des maladies de l'appareil digestif et des Maladies de

la Nutrition tome 24, n.° V, 1934 — analisado Journal de Chirurgie n.° 2 T. pg. 281, — no qual encaram o problema sob seus varios aspectos, corroboram nesta mesma afirmação, bem como Chiray, Benda e Lomon, Presse Medicale 26-11-930 mostram a frequência cada vez mais aparente deste tipo.

Sob qualquer das suas formas era a hernia diafragmatica considerada afecção muito rara e só encontrada por acaso na mesa de operação ou de necropsia. Porem 'El advenimiento de los rayos X y la generalisacion de los examenes radioscopicos del torax, han dado la mayoria de los diagnosticos, luego confirmados con la observacion, despues de administracion de mezelas opacas, tanto por boca como enema — Dr. Ramon Lorenzo — La hernia diafragmatica — Revista Medica Latino Americana, 1.° Semestre 1932, pag. 1092.

Vemos portanto que o estudo das hernias diafragmaticas em seus varios aspectos clínico diagnostico e terapeutico com orientação moderna, data de poucos anos a esta parte, mostrando conclusões diversas e dando maior importância ao assunto, que deixou de ser raridade clinica e de impossivel diagnostico, para se tornar afecção bem mais frequente.

Escreve Vaccareza y Ivanissevich (La hernia diafragmatica — Revista Medica Latino Americana 1932 pag. 766). "En efecto el analisis de la literatura muestra que hasta 1888 en que Naumann communica la intervencion de un caso diagnosticado clinicamente, la historia de la hernia diafragmatica desde Ambroise Paré (1610) hasta Bowditch 1864 cuya recopilacion comprende 88 casos communicados, asi como los de Bandenheur 1879 e Riolfi 1886 se refierem a hallazgos operatorios e autopticos".

Embora a bibliografia estranjeira seja hoje muito extensa, entre nós as publicações desta natureza são poucas (algumas outras existem com certeza que não podemos encontrar), conhecemos como estudo de conjunto a tese de doutoramento do Dr Salim Felix, — Hernias diafragmaticas, 1928, que traz como contingente original uma observação do Dr. Maurity Santos de hernia diafragmatica com oclusão intestinal e entre nós por comunicação oral um caso de hernia diafragmatica estrangulada operada pelo Prof. Isaacson.

Este fato mais nos incitou á publicação da nossa observa-

ção, para sobre ela calcar alguns comentários, principalmente sob seu aspecto clinico terapeutico.

O nosso caso foi assim observado:

J. M. F. com 46 anos de idade, cor branca, brasileiro, solteiro, residente na Ribeira.

Procurou a Santa Casa de Curitiba, no dia 16-11-34 tendo sido internado num servido de Clinica Medica e removido para o nosso serviço cirurgico no dia 22-11-34.

Antecedentes morbidos hereditários — Pae morto aos 80 anos de afecção pulmonar e mãe aos 68 anos de febre intermitente. Teve 6 irmãos todos mortos, 2 de acidentes, os outros de causa ignorada.

Antecedentes morbidos pessoaes — Doenças proprias da infancia. Aos 12 anos tratou-se por ancilostomose e implaudismo. Em 1918 gripe hespanhola. Neste mesmo ano foi atingido no olho direito por um estilhaço de pedra, em virtude do que, fizeram-lhe a enucleação do globo ocular.

Ha 6 anos infecção venerea, cancros venereos e adenites inguinaes supuradas. Dai para cá de quando em quando tem crises de reumatismo (sic) e cefaléas com exacerbação vesperal.

Em 1919 durante uma briga foi vitima de uma facada, percebendo-se a cicatriz a 18 cms. da linha mediana ao nivel da linha axilar anterior, a 1 cm. acima do rebordo costal esquerdo. Conta-nos que a faca penetrou uns 12 cms. em direção para baixo, havendo lhe dito o medico que o atendeu na ocasião que pelo orificio da facada chegara a sair o "véu das tripas" (sic), tendo sido necessario repol-o no logar. Este ferimento obrigou-o a ficar acamado durante uns 15 dias, sendo que nos primeiros dias vomitava continuamente, côr de borra de café, porem nunca notou sangue no vomito e ãno teve escarros sanguineos. Após isto, sempre gozou de relativa saude, trabalhando em serviços ruraes, salvo de tempos em tempos dôres supor-táveis na região da facada, tornando-se a respiração dificultosa.

Etilista exagerado e tabagista moderado.

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL

Ha cerca de três anos está sofrendo do estomago, onde sente dôres fortes, ás vezes em forma de crises que o obrigam a deitar, permanecendo no intervalo uma sensação dolorosa no epigastro. As dôres se propagam para a coluna vertebral como uma cinta que aperta a base do torax tornando-se a respiração dificil. Toleradas no inicio, têm se tornando ultimamente insuportavel, maximé logo após a ingestão de alimentos, quando então, exacerbam-se, extraordinariamente, durando 3 a 4 horas até, muitas vezes vomitar o alimento tal qual como foi ingerido, sentindo-se então mais aliviado. Por vezes quando os esforços para vomitar são muito grandes, o vomito no fim vem de mistura com sangue, nunca em grande quantidade, vermelho rutilante. Durante as crises notou que tomando a posição do decubito lateral direito elas se aliviam mais rapidamente. Não tem disfagia e de 6 mezes para cá tem tido crises alternadas de diarréa e constipação, com evacuação sempre bem escura. Emagrecimento sensivel, certa sensação de opressão precordial, principalmente quando deitado.

Exame objetivo — Doente de compleição mediana paniculo adiposo e musculatura regularmente desenvolvidos, porém bastante emagrecido. Côr palida, pele seca. Ausencia do globo ocular direito (enucleado). Ganglios superficiaes impalpaveis.

Ausencia de tibialgia e sternalgia.

Torax nitidamente abaulado nas bases, mais acentuado á esquerda. Cicatriz de 5 cms. ao nivel da linha axilar anterior a 1 cm. acima do rebordo costal esquerdo e a 12 cms. mais ou menos do mamelão esquerdo, dando em seu nivel á palpação, a sensação de afastamento dos planos profundos.

Aparelho circulatorio — Pulso: arterias radiaes endurecidas, com desigualdade sensivel de caracteres. A' direita, cheio, amplo, celere. A' esquerda: pequeno, dificilmente perceptivel.

Area cardiaca desviada para a direita. Ictus cordis batendo ao nivel do bordo direito do sterno no 6.° espaço inter-costal. Bulhas cardiacas abafadas na ponta. No foco aortico também desviado para a direita, clangôr do 2.° tom e abafamento do 1.° tom.

Aparelho respiratorio — A' percussão macissez da base pulmonar esquerda, elevando-se até o nivel da ponta da amoplata.

A escuta abolição do murmurio vesicular na zona da macissez e expiração prolongada na parte superior do mesmo lado.

Toracentese praticada nesta zona retirou pequena quantidade de liquido citrino, dando a impressão de derrame pequeno, pois após sua retirada poude-se ouvir o murmurio vesicular, embora diminuido.

Abdomen — A inspeção em decubito dorsal, escavado, retraído, notavel no andar supra mesocolico. Paniculo adiposo pouco desenvolvido, fazendo pregas. Movimentos respiratorios amplos, com menor amplitude no quadrante superior esquerdo. A palpação possivel e indolor, só dando sensação dolorosa a palpação profunda do epigastro. A' percussão o timpanismo da zona de Labbé estende-se superiormente para o torax até a altura da 3.ª costela esquerda.

Com os elementos retirados da anamnese e exame clinico, inclinados para o diagnostico de afecção gastrica de natureza ulcerosa, pedimos exame radiologico.

A primeira chapa que vae adiante reproduzida, após ingestão de substancia opaca com o doente em pé, posição vertical, deu-nos elementos muito interessantes que nos fez desviar totalmente a impressão diagnostica, o que com a comprovação das chapas radiograficas em posição deitado e de Trendelenburg, confirmou o diagnostico de hernia diafragmatica traumatica.

Assim sendo resolvemos operar o nosso doente sem maiores delongas.

Intervenção cirurgica — Anestesia loco-regional completada com anestesia geral balsoformio.

Incisão mediana xifo-umbelical, longa, o mais alto possivel. Incisado o peritoneo, colocamos o afastador medio de Gosset para melhor exploração intra-cavitaria. Verificamos então bem levantado o rebordo costal esquerdo, que por um orificio do diafragma na sua parte media, um pouco á esquerda, sumia-se para dentro da cavidade toracica a mór parte do estomago, que tracionava o duodeno 1.ª e 2.ª porções e piloro, situando-os á esquerda da coluna vertebral, e quasi a totalidade do grande epiploon e parte do colon transverso na sua zona média. O bordo anterior do orificio diafragmatico aderia fortemente á parte an-

terior do estomago, junto á linha divisoria do antro, o que explicava o fato do estomago conservar-se permanentemente dentro do torax. Desfeita á tezoura as aderencias fibrosas ao bordo anterior da perfuração diafragmatica, libertamos facilmente as viceras e pudemos assim reintegrar, estomago, colon parte herniada e grande epiploon, á cavidade abdominal, tendo previamente reparado com pinças o bordo da perfuração, que vimos então claramente. Em sentido obliquo para baixo e para fora ou melhor em parte de situação anterior e em parte posterior, media 6 cms. mais ou menos, pois deixava passar amplamente 3 dedos transversos. Diafragma em deredor fino, adelgaçado, dando a impressão de atrofia. Tracionando as pinças, suturamos com relativa facilidade a parte anterior e com maior dificuldade a parte posterior da perfuração, com catgut cromado n.° 2 em pontos separados, reforçados por sutura em chuleio. Deu-nos a impressão de sutura sem grande resistencia, embora não mais se ouvisse aquele silvo das perfurações diafragmaticas, principalmente na parte posterior, não só pela dificuldade, como pelo adelgaçamento notavel nesta zona do diafragma. Além disto, por parecer-nos de bom alvitre no momento, fizemos uma gastropexia á Rovsing. Sutura da parede abdominal em 3 planos. Curativo oclusivo.

PERIODO POST OPERATORIO

Choque operatorio intenso. Logo após a terminação da operação estado sincopal, facies arroxeado, impressão de deficit respiratorio acentuado. Ginastica respiratoria demorada, injeções cardio-tonicas, aquecimento artificial, fizeram o doente voltar lentamente, para dar logar a uma grande agitação e assim permanecendo por 24 horas. No dia seguinte pulsações 100 por minuto amplas, agitação menor não necessitando de verdadeira contenção. Ingestão de poção alcoolica com digitalis.

No 3.° dia tudo se normalisava. O doente atendia bem aos chamamentos. Abdomen abaulado por gazes, atonia intestinal, resolvida por um clister hipertonico.

O esforço exagerado expendido pelo doente após a intervenção, facilitou a dehicencia do plano cutaneo da sutura abdominal, no comprimento de 4 cms. na parte superior da incisão após a retirada dos agrafes no 8.° dia trecho este que cicatrizou lentamente por segunda intenção até o 20.° dia.

Conservamos este doente no nosso serviço por espaço de dois mezes e meio a contar da operação, tendo poucos dias antes de sua alta, pedido radiografias de controle.

O espaço de tempo é curto para observação de cura, porém as chapas radiograficas mostram a retomada da posição correta do coração e as viceras abdominaes em sua séde normal e também um pouco de atenção mais afincada, um certo enrugamento da parede abdominal. O exame clinico corrobora exatamente os dados radiograficos e mais, durante o tempo da permanencia do doente no serviço e até um mez após ultima vez que o vimos, portanto 3 mezes e meio da intervenção, passava muito bem, sem dôres, bom apetite, não mais vomitou, evacuações diarias de coloração normal e aumento de peso.

———0———

A nossa observação curiosa em seus varios aspectos, tem muito de semelhante a outras também publicadas da mesma afecção. Encarada em seus detalhes clinicos e estudada nos seus pormenores e sintomatologicos, percebe-se que elementos de valia, existiam que se por si não dariam um diagnostico exato, eram, no entanto, de grande suspeição. De fato os sintomas clinicos apresentados por estes doentes são os mais variados possiveis e lembram sempre em seu conjunto, quer nas suas formas mais singelas, quer mais complexas, afecções outras bem mais comuns e encontradas em clinica.

Os sinaes clinicos são de presunção diagnostica e todos os autores concordam neste particular, mas mesmo assim são passiveis dum agrupamento logico, exigindo um exame radiologico cuidadoso e muitas vezes confirmador.

De início uma divisão se impõe em formas latente e patente (Chiray), da qual a nossa observação é um magnifico exemplo. O nosso doente ferido em 1919 conservou-se por 12 annos, com sua hernia traumatica com certeza constituida, uma evolução latente, que seria naturalmente uma surpreza de exame radiologico caso o tivesse feito neste intervalo. Aliás alguns exemplos existem deste fato, com maior frequencia nas hernias conjenitas e adquiridas. São muitas vezes surprezas de casos operados de oclusão intestinal aguda nos quaes, nada fazia pensar na existência de uma hernia diafragmatica. O agrupa-

mento sintomatologico foi motivo de cogitações por parte de alguns autores. Ivanissevich e Vacareza em artigo já citado á pagina 783, aborda este assunto assim se expressando: "Por estas razones hemos abordado el intento, auxiliados con el concurso de las observaciones publicadas, de elaborar para la hernia frenica un quadro sindromico que adelantamos bajo la denominacion patogenica a: Sindrome de colapso pulmonar a exacerbacion critica por hernia diafrgmatica; o bien la de Sindrome de insufficiencia respiratoria permanente con crisis de hipertencion endopleural derecha por hernia transdiaphragmatica, que nos informa acerca del origem funcional de seus componentes elementales" e dá a seguir um esquema de sintomas. Incompleto por não abranger todas as formas, não preenche as necessidades clinicas.

Bem mais logica e de facil apreensão, enquadrando perfeitamente os casos clinicos é a divisão de Chiray, Benda e Lomon Presse Medicale n.° 95-1930 adotada por Tremoliéres, Tardieu e Caquot no seu ultimo trabalho já citado — que as enfeixou sob 3 formas: abdominal, toracica e toraco-abdominal ou mixta.

Na forma abdominal há predominancia de sintomas gastro-intestinaes lembrando nos caracteres da dôr, de séde e typo, vomitos, hematemeses e melenas, como nocaso, um processo ulceroso e gastrico, ou então nas suas dôres irradiadas a espadua esquerda na mor parte das vezes, um processo cronico vesicular.

Na forma toracica é o conjunto de sintomas inerentes a doenças do aparelho circulatorio, algumas vezes realmente existentes, como no caso que observamos, ectasia da aorta, fazem escapar o diagnostico real, assim como os sinaes objetivos reaes e ao mesmo tempo mistificadores da lesão, proprios a afecções do aparelho respiratorio.

A forma mixta ou toraco abdominal para os doentes de sintomatologia peculiares ás duas formas anteriores e o nosso observado é um caso tipico. Nela se associam perturbações digestivas e respiratorias (e circulatorias acrescentamos) em sindromes insolitas e contraditorias (Chiray).

Há algumas observações interessantes deste tipo que se esclarecerão, desde que o clinico não se conforme apenas com

o diagnostico da afecção toracica e procure a causa real das perturbações abdominaes, o que, aliás muitas vezes se impõe, pela predominancia sintomatica, como no caso que descrevemos.

Notamos bem facilmente uma certa concatenisação nos agrupamentos dos sintomas, que a primeira vista pareciam tão dispares e que inegavelmente bem observados, maximé nas hernias traumaticas pelos antecendentes, são sinaes, senão afirmativos ao menos de grande presunção. Mas também, que o elemento realmente decisivo para o diagnostico e nós vimos um exemplo frisante, é o exame radiografico atento, após a ingestão de substancia opaca e mesmo, somente os raios X permitiram o estudo sistematico dos varios tipos de hernia diafragmatica.

A prova radiologica de diagnostico requer o conhecimento de alguns detalhes tecnicos que em muito facilitarão a descoberta da lesão.

Quando fizemos a nossa primeira chapa o doente em pé, posição vertical, intrigou-nos sobremaneira a dextrocardia, aliás verificada clinicamente, e também a biloculação do estomago, condizentes com os sintomas clinicos, mas e principalmente a elevação anormal do hemidiafragama esquerdo, lembrando o aspecto da eventração diafragmatica ou mega diafragma (Tremoliéres). Porém olhando a chapa detidamente, notamos que o traço frisante do diafragma, era descontinuo na parte justa mediana, que nos incitou a outra exploração, aí então o doente deitado e mais ainda em posição de Trendelenburg (vide chapas radiograficas), esclarecendo-nos sem deixar duvida o diagnostico. Pelas chapas, vê-se bem, o estomago cheio de solução de citobario, o doente na posição deitado, o estomago na altura da 3.ª costela e em Trendelenburg, atingindo a clavicula.

Para nós nada mais se fazia mistér tal a clareza dos dados radiológicos que acabamos de expôr. Porém nem sempre assim sucede, porquanto por vezes é dificil observar estas particularidades e não devemos esquecer algumas afecções que se podem confundir em seus sinaes radiologicos e cuja diferenciação deve ser feita. Tremoliéres, Tardieu e Caquot que vêm ultimamente estudando este assunto com muito interesse e minuciomente, chamam a atenção "as afecções que podem simular-se: o diverticulo esofagiano, epifrenico, a dilatação do antro car-

diaco, o diverticulo gastrico paracardiaco, a eventração diafragmatica ou melhor denominada megadiafragma e inibição frenica".

Apenas lembro de passagem porquanto seria sair do nosso plano de trabalho, maiores minucias de carater radiologico na diferenciação diagnostica com estas afecções tão similares de aspecto. Esses autores (Presse Medicale n.° 15, 1934, pag. 297) escrevem: "L'examen clinique permet sinon d'affirmer, son existence, du moins, de la soupçonner et d'orienter l'examen radiologique, qui apporte la certitude. Cet examen radiologique conduit hativement laisse, souvent le diagnostique imprécis. Pratiqué avec soin, en decubitus horizontal comme en position verticale (nós acrescentamos em posição de Trendelenburg), comportant la recherche de certains signes particuliars, il dlissipe au contraire toute hesitation".

O problema terapeutico das hernias diafragmaticas ainda debatido é variavel não são só de indicação como da melhor via de acesso. Si Lecéne (Therapeutique chirurgicale T III pg. 74) nos diz "L'indication operatoire est formelle dans les hernies diaphragmatiques acquises" assim Schwartz, Quenu, Leriche, não opinam da mesma maneira Tremoliére, Tardieu e Caquot julgando a forma traumatica inteiramente justificavel do tratamento cirurgico, mas não a hernia adquirida, a hernia medica, como eles a chamam, quase nunca passivel da mesma terapeutica por dar frequentemente resultado nulo.

Julgamos não ser absolutamente razão suficiente, mas sim, de aperfeiçoamento tecnico cirurgico, abandonar estes casos, porque é deixar os doentes expostos a complicações gravíssimas de volvulo e estrangulamentos, quase sempre mortaes.

Leriche lembra para os casos dificeis, nos quaes o fechamento do orificio da perfuração é impossível, aliás tempo essencial da intervenção, a sutura do labio internos ás partes móles do torax, fazendo uma autoplastia cutanea sobre a perfuração diafragmatica e ao mesmo tempo, frenicectomia para paralisar o hemidiafragma do mesmo lado. São tecnicas que devem estar presentes nos casos graves, para poder fazer o tempo mais importante da intervenção, o fechamento hermetico da brecha diafragmatica, sem o que nada conseguiremos.

Grande numero de cirurgiões aconselham a sutura com

fios inabsorviveis crina de Florença ou seda, nós usamos catgut cromado. Mas onde as discussões são acirradas, é no decantar as vantagens e as devantagens das vias de acesso abdominal, toracica e toraco abdominal.

Foi-nos dificil a escolha da via de acesso, devido a diversidade de opiniões. Após estudo meticuloso, opinamos pela via abdominal pensando que ela nos daria visão ampla do campo operatorio, maior facilidade na redução das viceras prolabadas e si o orificio da perfuração fosse de dificil sutura, facil seria prolongar a incisão para o rebordo costal, fazendo uma toraco-freno-laparatonia (Schwartz, Auvray). Assim conseguimos bom resultado, parecendo a nós a via toracica (Sauerbruch, Ivanissevich, Viannay, Santi, julgam-na benigna, dando muito maior facilidade cirurgica, porém Etienne et Sicard, 1927, Presse Medicale, não conseguiram reduzir o estomago por toracotomia, sendo obrigados a fazer laparatomia para mediana. Panchet (La pratique illustre chirurgicale T XV C. IV) preferiu a via abdominal mediana num caso por ele operado, porém não opinando taxativamente. Cirurgiões outros ainda aconselham de inicio toraco-freno-laparatomia Quenu (1920) Schwartz, Berard e Tixier (julgando estes util frenicectomia associada). Nesta rapida citação bem se pode ver como diferem as opiniões, talvez por ter sido na mór parte, um numero muito reduzido de casos operado pelo mesmo cirurgião.

A impressão pessoal foi de que embora o orificio da perfuração diafragmatica na sua parte posterior não tivesse sido de tão facil acesso, pela via abodminal escolhida, a toracotomia não nos teria facilitado muito mais e mesmo Pauchet, Lecene, a laparatomia é um primeiro tempo abdominal, apto a se tornar mais larga a via de acesso caso se torne necessário.

Utilisamo-nos dum artificio que nos lembramos na ocasião, a gastropexia á Rovsing, sobre o qual não vimos referencia nas observações lidas. Embora sem a importância dos outros tempos operatorios, parece-nos um meio auxiliar logico, de facil execução em nada prejudicial ao doente.

Podemos portanto concluir que as hernias diafragmaticas muito mais explicaveis atualmente, em seus meandros complexos clinico diagnosticos, são também, sob o ponto de vista terapeutico, de pratica realisavel, constituindo um capitulo de patologia cirurgica bem evidenciado.

— OCLUSÃO INTESTINAL DE CAUSA APENDICULAR —

No n.° 6 da Revista Medica do Paraná de 1932, teve um de nós a oportunidade de publicar uma observação de Ileus mecanico por estrangulamento da ultima alça do ileon, sendo o agente estrangulador o proprio apendice, num aspecto tão tipico, que neste artigo puzemos duvida na denominação, si haviamos de nomeal-a de Ileus mecanico por apendicite ou si por apendice, pendendo por raciocinio patogenico por aquela, mais esclarecedora e que nos pareceu mais exata.

Passado este tempo, poucas referencias escritas lemos sobre casos semelhantes e como observamos mais um caso, que embora não totalmente identico ao anterior, aliás como soem ser os casos clinicos que sempre têm peculiaridades proprias, lembramo-nos de publical-a.

OBSERVAÇÃO — J. S. cincoenta anos, côr preta, casado, operario, residente em Campo Largo.

Antecedentes morbidos hereditarios e pessoaes — nada digno de nota, tendo sempre gozado saúde.

Historia da doença atual — à 16 de Novembro de 1934, vimos o nosso doente que nos narrou o seguinte: há três dias passados, estando no seu trabalho, remoção de terra, sentiu repentinamente forte dôr no ventre, que o impossibilitou continuar no serviço e com dificuldades poude voltar para casa. Aí então a dôr se difundiu por todo o abdomen, com exacerbações mais violentas, em pequenos intervalos de minutos, para mais tarde espaçar-se, como si fossem cólicas intestinaes, perdurando sempre no entanto, a sensação dolorosa. Nos momentos de exacerbação tinha sensação de vertigem, profundo máo estar, vomitando abundantemente e não suportando o menor alimento mesmo líquido, pois era expulsado quasi incontinenti. Desde o início não emitiu gazes nem evacuou tendo a impres-

são de que "a barriga crescia". Ingeriu um purgativo salino e fez algumas grandes lavagens intestinaes, que mais provocaram colicas mas sem efeito evacuador. Para o fim do 2.° dia as colicas (sic) abrandaram-se com espaçamento muito maior, já não eram tão intensas, mesmo os vomitos expontaneos, rarearam e tambem as dôres abdominaes eram menos violentas, porém, o abdomen mais e mais aumentava de volume e apezar de novas lavagens intestinaes e purgativas renovados, não houve resposta intestinal. Á tarde do 3.° dia quando então visitamos o doente nada havia se modificado, apenas sentia este mais fraqueza, queixando-se duma dôr mais forte num ponto abdominal situado a tres dedos transversos para baixo da cicatriz umbelical e dois da linha mediana para o lado esquerdo do ventre. Inquirindo-se melhor sobre sua historia pregressa, contou-nos já ter tido duas ou tres crises identicas, porém nenhuma com intensidade e persistencia como esta, pois as outras sempre passavam com a ingestão de um purgativo ou lavagem intestinal, não deixando resquicio algum. Além disto é um constipado habitual, passa dois, três dias sem evacuar, mas não faz uso de laxativos. Nunca teve febre durante as crises e no momento a temperatura era normal 36° — Providenciada a remoção do doente no mesmo dia, para a Santa Casa, lá o examinamos detidamente.

EXAME OBJETIVO — Paciente de compleição mediana, aspecto envelhecido, paniculo adiposo e musculatura regularmente desenvolvidos. Coloração do tegumetno externo preta, com face plumbea, olhos encovados, extremidades frias, suores perlando a fronte. Facies abdominal. Língua seca coberta de saburra esbranquiçada. Pulso: Pulsações 120 por minuto pequeno rítmico.

Nada de anormal do exame clínico dos aparelhos circulatório e respiratório.

Abdomen — Irregularmente abaúlado, com saliência notavel no andar supremosocolico e nas excursões respiratorias forçadas ,havia diminuição sensível, sendo dolorosas. Apalpação superficial sem hiperestesia era possível, mas a profunda combinada dava a impressão de tensão abdominal por gazes pronunciada, dificultando sobremaneira o exame em profundeza, além de despertar dôres, maximé no quadrante inferior esquerdo e intensamente á pressão no ponto já descrito, dois

dedos transversos da linha mediana e três abaixo da cicatriz umbelical do lado esquerdo.

Todas as manobras de excitação para despertar hiperperistalismo foram improficuas não se percebendo qualquer movimento exterior intestinal.

Nada mais nos assinalou o exame clínico. Orificios herniarios externos infranqueaveis ao dedo explorador. O toque retal nada de anormal nos indicou. Urinas raras concentradas sem elementos anormaes.

Clinicamente o diagnostico de oclusão mecanica no período de atonia intestinal não fazia dúvida, porém com o fito de esclarecer a causa oclusiva e adiante voltaremos sobre este detalhe, pedimos ao nosso conhecido radiologista Prof. Milton Munhoz uma exploração radiologica do grosso intestino auxiliado de um clister opaco. Submetido o doente a esta prova, deu o seguinte resultado: Penetração livre da substancia opaca atravez do colon sigmoide e decendente grandemente dilatados. Passagem mais lenta e difícil pelo colon tranverso, parte mediana e percepção, sem repleção do colon acendente e ceco, todos hiperdistendidos por gazes. Porção terminal do ileon invisível mesmo com maior pressão.

Grande parte da massa opaca foi expulsa pela sonda e o doente tolerou bem o exame.

Logo após praticamos a Intervenção cirurgica que consistiu:

Sob anestesia geral por Balsoformio, Laparotomia mediana infra e supra umbelical, pouco extensa. Aberto o peritoneo erupção das alças intestinaes dilatadas. Acobertando-as com uma compressa iniciamos a nossa exploração intracavitaria pelo colon transverso, que nos pareceu ao exame radiologico ter qualquer anormalidade. Porem, nada encontrando, continuamos a exploração em direção ao ceco, quando com surpresa deparamos com ele, repuxado para a linha mediana por um cordão espesso, que se "inseria" alem para o lado esquerdo, em direção transversa o que verificamos ser o apendice. Este em situação mesoceliaca aderia por sua extremidade ao mesenterio do lado oposto, ai cavando um verdadeiro leito de inserção, envolvendo uma das alças delgadas em seu trajeto. Longo

de 14 centimetros mais ou menos, grosso, coberto por placas purulentas febrinosas, necessitou para sua extirpação uma verdadeira clivagem do seu leito. A ligadura do meso infiltrado e secção do apendice na base foram dificeis pela fixidez profunda. Uma bolsa serosa de sepultamento que não poude ser perfeita, completou sua extração. Deixamos uma mecha de gaze na zona cruenta da aderencia, encostada ao coto apendicular, saindo pela parte inferior da incisão abdominal. Reposição do intestino, um tanto dificultada pela dilatação e sutura da parede abdominal em 3 planos reforçada com pontos totaes separados de crina de Florença.

A evolução post operatoria nos quatro primeiros dias foi muito acidentada. Vomitos continuados, côr de borra de café, ventre distendido, ileus paralitico. Pulso conservou-se cheio, pouco frequente, pulsações entre 90 e 100 por minuto.

Medicação usual cardiotonica, lavagens intestinais hipertonicas desde o 2.° dia, sôro fisiologico subcutaneo 1 litro a 1 litro e meio diarios, injeções de sôro hipertonico de cloreto de sodio a 10% em ampolas de 20 cc endovenosas e lavagens do estomago.

Só no 5.° dia serenava a tempestade abdominal.

O doente evacuou abundantemente, não mais vomitou e o estado geral começou melhorar sensivelmente. Retirada da mecha de drenagem no 6.° e 7.° dias e dos agrafes no 8.°.

No 9.° dia retiramos as crinas. Neste dia processo congestivo pulmonar tipo Woillez que evoluiu sem maior repercussão sobre o estado geral. No 25.° dia davamos alta, permanecendo o paciente até esta data, sem o menor incidente.

Merece a presente observação alguns reparos clinicos de interesse. De outra feita em trabalho anterior já referido, fizemos ressaltar a pouca frequencia de taes casos. Após vimos em analise do Journal de Chirurgie T. XLII pag. 280 o trabalho de Sola Surris e Lluch Caralps, oclusão intestinal de causa apendicular, no qual os autores relatam 2 observações e fazem notar não só o pequeno numero de casos publicados até então, como sua gravidade.

Quando foi do apuro do diagnostico de causa, mandamos fazer exploração radiologica prévia que embora não nos hou-

vesse esclarecido completamente, em muito nos facilitou o ato cirurgico, porquanto sabiamos de antemão, que não havia obstaculo na parte inferior do colon e excusava demorar-se em explorar esta zona. Partidarios que somos da exploração radiologica nos casos de oclusão intestinal aguda antes do ato operatorio, porém sem perda de tempo, enquanto se prepara o material, feita com metodo e sem brutalidade mas com prudencia, ciente dos magnificos resultados diagnosticos a que se pode advir, bem como á maior facilidade cirurgica terapeutica, quizemos aproveitar a ocasião para lembrar tão momentoso assunto. Controverso quanto a sua utilidade e principalmente sobre a sua inocuidade, é de estudo muito recente iniciando Mondor (Diagnostics Urgents — o capitulo sobre exploração radiologica na oclusão intestinal por invaginação nestes termos: — "Il nous faut aborder un chapitre, jusqu'ici inexistant et encore incertain".

O interesse de tal meio diagnostico causal e a possibilidade de uma precisão de séde da lesão, é para nós cirurgiões uma enorme vantagem de ordem tecnica, salvadora muitas vezes da vida do doente. Mondor na 2.ª edição do livro já citado, escreve: "La precision du diagnostic, avant l'act operatoire est ici, d'une importance particulière, puisqu'elle permet souvent la legitime entreprise d'un traitement radicial plutôt que la pratique trop frequente d'un traitement palliatif, par fistulisation intestinale". O essencial é que esta exploração não possa ser prejudicial ao doente, provocando ruturas intestinaes, ou agravando as lesões ou trazendo delongas na decisão operatoria e concomitante maior gravidade do caso (Miller, Wortmann).

Já fizemos por 6 vezes a exploração radiologica com clister opaco em doentes com oclusão intestinal aguda, em nenhum notamos qualquer acidente proprio da exploração e todas as vezes foi-nos um magnifico meio auxiliar, incurtando sobremaneira a nossa pesquiza cirurgica. Se não nos deu um diagnostico causal exato na metade dos casos, indicou-nos 5 vezes a séde da lesão, e apenas no caso que descrevemos devido a distensão gazosa enorme dos colons, deu-nos a impressão de qualquer anormalidade no colon transverso (parte média) que não existia.

Porém fazemos notar, é um meio diagnostico que não deve atrazar a intervenção, portanto deve ser feito com a presença

do cirurgião no intervalo da preparação do material para a operação. Por isto, cremos dever-se sempre preferir o clister opaco de execução rapida, á ingestão de substancia opaca que além de todos os doentes tolerarem, exige grande perda de tempo. As opiniões se dividem e nem todos os cirurgiões a aceitam, julgando a exploração radiologica contraindicada, (Burgess, Peterson — Journal de Cirurgie, T XLI pág. 952, Analyse) — exprimindo-se este: Mieun vaut le seeing eye du clinicien, que le scientific eye de l'appareil". Assunto em litigio por recente, merece ampla divulgação, taes as vantagens que do seu estudo podem advir.

Veja-se os resultados de Pouliquen, grande estudioso das invaginações intestinaes agudas nas creanças que sobre 18 lavagens opacas verificou 13 vezes as lesões por incisão iliaca direita e encontrou 9 invaginações não reduzidas e 4 reduzidas e não interveio em 5 outros doentes (Bulletins et Memoires de la Societé Nationale de Chirurgie T LVIII — 18/6/32), num outro aspecto da questão, já não só de meio diagnostico como terapeutico. Aliás percorrendo-se o livro de Mondor vê-se magnificas radiografias tipicas de oclusões intestinaes por invaginação.

Smenson e Libbard (resumo, pág. 949 Journal de Chirurgie T XLII) num artigo intitulado Sintomas radiologicos da oclusão intestinal procuram catalogar as imagens radiologicas dando até um cunho experimental. Mais não nos estendemos por que foi nosso proposito apenas salientar a importancia e a necessidade do estudo continuado e metodico da exploração radiologica nas oclusões intestinaes agudas taes as vantagens praticas que oferecem aos cirurgiões. A nossa experiencia de 6 casos embora pequena nos incitam a continuar nesta via e nos permitem, com reserva natural, as conclusões que expusemos. Guardaremos para mais tarde num estudo conjunto outras considerações. O problema clinico das oclusões intestinaes com as aquisições mais hodiernas, diagnosticas, exploração radiologica e terapeuticas, injeções hipertonicas de cloreto de sodio, pelo seu interesse e valor prático requerem contribuição geral e amplo conhecimento.

TALALGIA E EXOSTOSE SUB-CALCANEANA

De uma feita numa de nossas sessões prendemos a vossa attenção abordando a questão da talalgia em suas relações com a exostose sub-calcaneana, dando-vos conhecimento de um caso por nós observado. Com a attenção voltada sempre para o assumpto, de interpretação clinica ainda não bem esclarecida e de util conhecimento pratico e como annotamos mais dois casos que corroboram algumas das nossas conclusões anteriores, permittimo-nos relatal-o nas suas peculiaridades proprias, para depois, de algum modo commental-os.

OBSERVAÇÕES. — N.° 1) — J.R. 18 annos, branco, operario, solteiro, brasileiro, residente nesta cidade. Internou-se na Santa Casa de Misericordia, em 31-10-64, queixando-se de dores na região plantar ao nivel dos calcaneos.

Historico da doença actual: — Está doente approximadamente um anno. Por esta occasião, certa noite, foi acommettido por fortes dôres ao nivel da articulação coxo-femural esquerda, que desappareceram com a applicação de remedios caseiros. Dois mezes mais tarde era o seu joelho esquerdo attingido por dôres, que cederam logo, e que, como as anteriores, não foram acompanhadas de edemas ou de elevação de temperatura. Era então o nosso doente jornaleiro e andava exclusivamente descalço. Alguns dias mais tarde notou que seus pés estavam "inchados", principalmente ao nivel das regiões dos calcanhares de ambos os lados. O concavo dos pés tornou-se menor.

Dahi em diante começou a sentir dores continuadas, muito vivas ao iniciar a marcha, obrigando-o a andar apoiado sobre as pontas dos pés pois a pressão das regiões calcaneanas era-lhe intolerável devido as dôres que despertavam, dando-lhe sensação de presença de "pedaços de vidro" Sudorese abundante das plantas dos pés. Sem tendencia a melhorar, sendo a

marcha cada vez mais difficil e dolorosa, procurou o nosso serviço.

Antecendentes morbidos hereditarios: — Pae fallecido aos 54 annos em consequencia de affecção cardiaca. Mãe com 60 annos viva e sadia. Ausencia de antecendentes siphyliticos, tuberculosos ou cancerosos em sua familia. Tem 4 irmãos: todos sadios:

Antecendentes morbidos pessoaes: — Quando criança só teve coqueluche. Ausencia de blenorrhagia em seu passado morbido. Fuma pouco. Usa bebidas alcoolicas muito raramente.

EXAME OBJECTIVO

É um individuo de constituição debil, pesando 48 kilos, com tecidos muscular e adiposo reduzidos. Mucosas visiveis coradas. Articulações livres e com todos movimentos normaes. Boa compleição. Hypertrophia dos ganglios sub-maxilares e do epitrocleano esquerdo. Reflexos: normaes. Temperatura 36°5'C.° Marcha: o doente marcha na ponta dos pés, difficil, cansa logo. Estação de pé: dolorosa quando apoia firme sobre os calcaneos.

Apparelhos circulatorio, respiratorio e digestivo. Nada de anormal encontramos pelo exame clinico.

EXAME LOCAL DOS PÉS

Inspecção: diminuição dos concavos plantares, mais accentuada no pé direito — pés chatos. Espessamento das regiões das articulações tibiotarsicas com desapparição das gotteiras retro maleolares. Movimentos normaes e indolores. Palpação: completamente indolor, salvo ao nivel das tuberosidades internas dos calcaneos que pela pressão provocavam dor intensa, com sensação de agulhada; obrigando o doente a recuar os pés. Superficie plantar humida, devido a sudorese abundante. A pressão ao nivel da inserção do tendão de Achilles do lado esquerdo era um pouco dolorosa.

Exames complementares — Exame de sangue — R. Wassermann — Negativo. R. de Hecht-Mutermilch — positivo ++.

Sedimento urinario para pesquiza de gonococcos de Neisser — Negativo. Exame de escarro para pesquiza de bacillos

alcool-acido resistentes: — Negativo. Exame da urina de 24 horas: nada digno de nota.

Radiografias: — Pulmão: campos pulmonares normaes. Pequena hypertrophia dos ganglios hilares.

Dos pés: Exostose sub-calcaneana em ambos os calcaneos.

Diagnostico: Talalgia e exostose sub-calcaneana.

Tratamento. Intervenção cirurgica em 13-11-34. Rachianestesia com Novocaina — 0,08. Emp. L.B.C. Em ambos os pés procedemos a intervenção do mesmo modo. Incisão em semiferradura, ramo mais longo no bordo externo da região calcaneana, chegando de um só golpe até o osso. Descollamento das partes molles até se tornar perceptível a exostose ao nivel da tuberosidade interna. Com escopo e martello fizemos saltar a exostose e curetamos a superficie ossea restante. Excisão a tezoura do tecido fibroso circumvizinho. Notamos que o tecido osseo era friavel, de caracter espongoso, nos dois pés.

Ausencia da bolsa de Lenoir. Reposição das partes molles e sutura com fios de crina em pontos separados num só plano. A região sangra em superficie abundantemente mas com tamponamento compressivo por algum tempo diminue a hemorragia. Curativo sobre a região calcaneana.

Devido a achillodynia do lado esquerdo fizemos uma incizão exploradora externa sobre a inserção do tendão de Achilles e encontramos uma pequena bolsa serosa com liquido viscoso, porem claro.

Periodo post operatorio. Apiretico. Dores lombares supportaveis nos 3 primeiros dias. Retirada dos pontos no 9.° dia. Cicatrização per priman. Cultura do material retirado na operação em meios proprios para o desenvolvimento do gonococco e coccos: absolutamente esteril.

Obteve alta no dia 21-11-34. Começou a andar no 15.° dia. Por occasião da alta anda muito melhor, quase sem dôres.

Este doente veio nos consultar novamente em 30-6-935 contando-nos que após haver andado bem, sem dôres, por alguns mezes, de um mez para cá voltaram as dôres mas de caracteristicos diversos. Dóem ambos os pés, porém mais o direito, dôres erraticas, sem localização precisa num ponto determi-

nado, sentindo mais na planta dos pés, após marchas prolongadas. A dor localizada sob os calcaneos, ao nível das tuberosidades internas que sentia anteriormente apparecem as vezes mas só expontaneamente porque á apalpação não se percebem. Tivemos a impressão de que a conformação dos pés, diminuição dos concavos plantares mais se accentuou, maximé o direito pequena irregularidade na face inferior do calcaneo, sem neo-formação ossea exostosica. Pé esquerdo: normal, superficies osseas lisas sem a menor irregularidade.

OBSERVAÇÃO N.° 2 — E. S. J., com 21 annos de idade, solteiro, de cor branca, lavrador, natural deste Estado e residente em Castro. Deu entrada para a Santa Casa no dia 3-10-934.

Queixas: — Dor nos calcanhares difficultando a marcha.

Antecendentes hereditarios: — Seu pae é fraco tendo tido na sua mocidade blenorrhagia e cancro, que pelos informes nos parece ter sido siphylitico. Algum tempo depois teve uma erupção pelo corpo que não era pruriginosa e classificada pelo vulgo de "Bouba". Sua mãe é sadia. Tem 6 irmãos todos fortes. Ausencia de antecedentes tuberculosos e cancerosos.

Antecedentes morbidos pessoaes: — Sarampo, varicella e coqueluche na infancia. Ulceras post traumaticas em ambas as pernas com cicatrização lenta. Aos 18 annos teve blenorrhagia, tratando-se com medico, persistindo até hoje a gotta matinal. Fuma regularmente e não bebe.

Historico da doença actual: — Internou-se no nosso serviço, após longa permanencia em Hospital de outra cidade, por não ter tido alivio dos seus soffrimentos com os tratamentos alli instituidos. Sente ha 6 mezes mais ou menos dores nos pés, principalmente na parte posterior das regiões plantares accentuadamente quando em pé ou andando, sem tendencia a melhorar mesmo com o longo repouso já feito, antes pelo contrário com tendencia a se aggravar impossibilitando-o a marchas mais longas e em certos dias mesmo, pequenos passos. Alem disso, soffre de blenorrhagia chronica com gotta matinal, infecção adquirida ha 3 annos. Ha um anno atraz teve crise aguda de arthralgias que o fizeram acamar por espaço de um mez.

EXAME OBJECTIVO

Constituição mediana. Marcha claudicante, dolorosa e na ponta dos pés. Estação de pé dolorosa quando apoia sobre os calcaneos. Manchas hyperchronicas em ambas as pernas, cicatrizes de antigas ulceras.

Apparelhos respiratorio, digestivo e cardio vascular normaes ao exame clinico.

Apparelho genito urinario: presença de gotta matinal.

Exame local dos pés: Pés edemaciados, com facil sudação e cianozados. Pequena diminuição da escavação plantar. Artilações tibio tarsicas e dos ossos dos pés: normaes. Pela apalpação dor localizada ao nivel da tuberosidade interna de ambos os calcaneos, correspondendo a zona dolorosa accusada pelo doente. Qualquer outro ponto dos pés mesmo á pressão era indolor.

EXAMES COMPLEMENTARES

Exame de sangue: R. Wassermann = pos -|-. R. de Hecht Mutermilch — pos. -|- -|-. Exame de urina das 24 horas: nada digno de nota. Exame da secreção uretral para pesquiza de gonococcos: positivo para diplococcos Gram negativos intracellulares. Enviamos o doente para exame radiographico dos pés. Resultado: exostoses sub-calcaneas em ambos os pés. Após tratamento da blenorrhagia chronica pelo especialista Dr. Loureiro Fernandes, com desapparecimento da gotta matinal e provas confirmadoras de cura procedemos a intervenção cirurgica.

Operação. Rachianesthesia. Novocaina — 0,08. A technica seguida foi identica a do caso anterior. Estirpação das exostoses de ambos os pés na mesma sessão cirurgica. Notamos infiltrações dos tecidos circumvizinhos ás exostoses, com resistencia notavel a secção pela tezoura e a espinha exostosica de formação ossea, dura, dando a impressão de osso eburneo. Ausencia de bolsa de Lenoir. Periodo Post-operatorio. Apyretico. Dores in loco, supportaveis nos 2 primeiros dias. Retirada dos pontos no 10.° dia. Cicatrização per priman. Cultura do material retirado na operação em meios proprios para o desenvolvimento de coccos e gonococcos: — não desenvolveu germen algum.

O doente começou a tentar andar no 13.° dia e teve alta no dia 6 de Dezembro de 1934, vigesimo dia após a intervenção, andando bem. Vimos este doente nestes ultimos dias. Trabalha activamente sem dores, anda muito, sem se queixar. Está satisfeito com o resultado obtido.

Procuraremos ser breves em nossas considerações. Os aspectos etiopathogenico e therapeutico da talalgia em suas relações com as exostoses sub-calcaneas são as faces do problema que encararemos, aliás os mais interessantes sob o ponto de vista clinico. Já frizamos em trabalho anterior publicado por um de nós e Loureiro Fernandes (Revista Medica do Paraná, n.° 6-1934) que a exostose sub-calcanea "per se" não nos parece a causa essencial das dores que os doentes se queixam, mas sim o processo inflamatorio cronico dos tecidos em de redor que Mondor — "Arthrites Gonococciques" 1928 — julga tratar-se de um processo de osteo periostite. A observação publicada no trabalho citado parecia confirmar esta asserção pois o doente portador das exostoses sub-calcaneanas em ambos os pés só sentia dor no pé esquerdo, que operado curou o doente radicalmente. (Temos noticias recentes deste doente: elle continua bem, sem dores, andando normalmente). Estes novos casos observados confirmam esta conclusão, pois na 2.ª observação notamos a intensa reacção fibrosa dos tecidos que extirpados conjuntamente com as exostoses deu optimos resultados therapeuticos. O mesmo não succedeu na 1.ª descrição do acto cirurgico comprovado pelo resultado therapeutico não tão completo pois o doente permanece ainda com dores. Este mostra que a interpretação não pode ser unica e lembra a importancia dos "pés chatos" na ethiopathogenia da talalgia.

No doente da 1.ª obervação verificamos que a infiltração dos tecidos circumvizinhos á exostose era nula e que esta mesmo era friavel mas que o concavo plantar era sensivelmente diminuido, muito mais evidentemente que nos outros dois casos, parecendo predominar como factor etiopathogenico. Alem disso era um adolescente sem infecção alguma em seu passado morbido.

Ferrari e Morand — Journal de Chirurgie, pag. 193. Tomo XXXCI 1930 — classificam as exostoses sub-calcaneanas sob o ponto de vista do mecanismo de formação em **Infecciosas,** prin-

cipalmente gonococcicas, reliquat de uma osteo periostite "dont elles sont des cicatrices" e nas que se formam devido aos "pés chatos", por tracções exageradas dos musculos plantares internos em consequencia da conformação adquirida dos pés resultando o que chamam "verdadeiros osteomas musculares".

Quer nos parecer não haver dúvida que estas modalidades de exostoses sub-calcaneas existem e são exemplos as nossas observações. Mas a elucidação da sindrome talalgia é mais complexa existindo casos com exostoses, observações por um de nós publicada, sem dôr.

Julgamos que a dôr é proveniente do processo de osteo-periostite quando a exostose é infecciosa e quando é de origem não infecciosa, por "pés chatos", a tracção exercida pelos musculos plantares é que provoca a talalgia, consecutiva esta não a exostose propriamente, mas a distensão dos elementos que mantem a conformação normal do concavo plantar "considerando a aboboda plantar como um arco de circulo sub-tenso por uma corda representada pelos muculos plantares" (Ferrari e Morandi).

A therapeutica cirurgica deve visar portanto não só a exostose como os tecidos em redor que devem ser completamente excisados dando magnificos resultados ulteriores, muito melhores nas exostoses de origem infecciosa. Nas exostoses de etiopathogenia exclusivamente por "pés chatos", sem passado infeccioso, os resultados da intervenção cirurgica não são tão completos, porque se desapparecem as mais das vezes os phenomenos talalgicos perduram os de tarsalgia. Nestes casos observou-se que as dôres, si estão localizadas na região calcaneana, ellas tiveram na historia pregressa localização mais intensa a toda a abobada plantar (obs. I e III de Ferrari e Morand) ou então localização inicial na região calcaneana — (nossa 1.ª observação) e manifestações posteriores extensivas a todo o concavo plantar dando a impressão de continuação do processo de distenção da abobada plantar. Sabemos que o periodo de formação do pé chato, nosso caso talvez, em geral na adolescencia, é mais doloroso que após a sua fixação permanente de forma, quando então muitas vezes não encommoda. Nestas formas fixadas a extirpação de **exostoses dolorosas** pode dar resultados de cura completos embora não tão constantes como nas exostoses infecciosas. De qualquer ma-

neira a presença de exostoses sub-calcaneas conjunctamente com symptomas de talalgia devem ser extirpadas porquanto os resultados therapeuticos são realmente notaveis emquanto que qualquer outro tratamento é inefficaz.

PERFURAÇÕES DAS ULCERAS GASTRICAS E DUODENAIS EM PERITONEO LIVRE

É nosso proposito tecer alguns comentarios sobre o sempre-palpitante cappitulo de cirurgia abdominal de urgência, a perfuração em peritoneo livre das ulceras gastricas ou duodenaes.

A expressão — ulcera gastro-duodenal, — muito usada por autores francezes, mesmo em artigos mais recentes Chabrut (1) Leriche e outros e frequentemente entre nós Motta Maia (2), Doria (3), Bernardes de Oliveira (3A), etc. perde em precisão o que ganha em facilidade de enunciação, pois creada para significar as ulceras cujo sitio exato era dificilmente determinado, pode se prestar á confusão. De fato as ulceras são duodenaes ou gastricas, embora haja divergencia de apreciação dos diferentes cirurgiões, trazendo disparidade estatistica na frequencia de uma ou outra localisação, daí "que os cirurgiões americanos julgam as ulceras do duodeno duas vezes mais frequente que as ulceras gastricas, os cirurgiões francezes dão a prioridade a ulcera gastrica, persistindo a mesma divergencia quando se trata das perfurações" (Mondor) (4) enquanto que Judine (5) e (6) assinala 90% para as duodenaes, assim como tambem Moynihan (7). Esta dificuldade vem nestes ultimos tempos se aplainando, havendo maior concordancia na localisação, por isso melhor será denominar-se o processo ulceroso pela sua verdadeira séde, evitando a ambiguidade do termo.

A importancia desta temivel complicação das ulceras gastricas ou duodenaes, a perfuração, embora de conhecimento relativamente recente, vem sempre em crecendo, sendo hoje numerosos os trabalhos em todos os paizes sobre o assunto, constituindo mesmo capítulo a parte nos livros clássicos. Impulsionado novamente, por outras diretrizes terapêuticas tornou-se mais discutido e ampliado, a par do desenvolvimento enorme que tem tido o estudo das ulceras em sua grande com-

plexidade. O conhecimento pelo menos, em seu conjunto clinico, diagnostico e terapeutico, deve ser perfeitamente firmado, sendo como nos diz Moynihan (7) "The perforation of a gastric or duodenal ulcer is one of the most serious and most overwhelming catastrophes that can befall a human seing. The onset of the symptoms is sudden, the course rapid and, unless surgical measures are adopted early, the disease hastens to a fatal ending in almost every instance". As publicações nacionaes são varias, tendo sido encarado sob varios aspectos, mas ainda é difícil dizer da frequencia real, pela dificuldade dum estudo conjunto, dizendo Motta Maia (2) em 1929 "Em nosso meio até ser fundado o Hospital Pronto Socorro tais casos apareciam raramente, entretanto depois da sua creação, são relativamente frequentes (em 3 anos e meio 48 casos) e Doria em 1935 "pois o Hospital de Pronto Socorro desde a sua fundação ha de ter arquivados uns 250. Entre nós é mais raro ainda, a julgar, não só em comparação com a relativa frequencia dos casos de ulceras gastricas e duodenaes aparentes na clinica, como mesmo nos de afecções agudas abdominais, que exigem intervenção cirurgica. Tres casos observamos num periodo de seis annos, dois já publicados por Virmond Lima (8), na nossa Revista, um dos quaes transcreveremos em resumo para dar detalhes sobre a evolução posterior e outro que relatamos neste trabalho. Não conhecemos outras observações, salvo as que o Prof. Kossubudzki se referiu sem detalhes, como se póde ler no numero da Revista já indicado.

Observação 1.ª — Kamada, 43 anos, casado, lavrador, côr amarela, japonez.

Antecedentes hereditarios — Pae morto com 69 anos de cancer do laringe e mãe faleceu aos 84 anos de causa ignorada. Teve 9 irmãos, dos quaes 5 são mortos, de causa ignorada, sendo os outros sadios.

Antecedentes pessoaes — Não teve doenças proprias da infancia. Aos 23 anos trabalhou no Peru", onde teve febre amarela. Em 1918 teve impaludismo, quando morava no Alto Amazonas. Em 1920 passou a viver em São Paulo, em 1924 voltou para o Japão por doença do coração (sic). Mais tarde retornou a São Paulo, e em 1929 sentiu um tumor na região mamaria direita que evolveu sem grande dor, mas sempre augmentava de volume, por isto foi operado (o medico não informou de que se

tratava). Casado com mulher forte e sadia, tem 5 filhos. Começou a sentir dores no estomago desde este tempo, sendo no inicio leves e pouco o incomodavam, continuando a trabalhar na lavoura, então em Antonina. Em 1933 as dores passaram a ser mais intensas, com crises de exacerbação, por qualquer excesso alimentar ou físico, sendo o maximo da dor tres a quatro horas após as refeições, com irradiação para a coluna vertebral e espaduas, tendo por vezes vomitado o alimento ingerido. Emagrecimento e fraqueza; sem resistencia para o trabalho. Fazia uso de bicarbonato de sodio diariamente. Nunca vomitou escuro e mesmo as crises dolorosas eram poucas vezes acompanhadas de vomitos e nunca teve melena, sendo um constipado habitual.

Historia da doença atual — Ha trez dias, em 11-1-35, sentiu como quasi diariamente, dores na região epigastrica com irradiações para a coluna vertebral, porém, bem mais intensas que as de habito, quasi continuas, cada vez mais intoleraveis. Ingeriu como costumava bicarbonato de sodio, que desta vez em nada o aliviou. Assim permaneceu até o dia seguinte, sem alimentar-se, com medo da exacerbação dolorosa, sentindo-se enfraquecido cada vez mais. Tentou novamente a medicação usual, e começou logo após a vomitar liquido abundante, de côr escura, acompanhado de nauseas, permanecendo na boca gosto de sangue (sic). Continuou sem melhora, para ter, no terceiro dia pela manhã, grandes vomitos de côr de chocolate (sic) e visgos sanguineos de coloração viva, que o prostraram completamente, dando-lhes sensação de vertigem. A mando de um facultativo que o viu então, procurou á tarde internação no nosso serviço hospitalar, onde o examinamos no mesmo dia. Estava mais calmo, com menor sensação dolorosa, não vomitava há 4 horas. Duas horas após o nosso exame, fomos avisados de que o doente havia peorado. Contou-nos ele haver sentido uma dor brutal, como si estivesse "rasgando-o" e apontava o meio da região epigastrica, com irradiação para as espaduas, com sensação de peso e de caracteres bem diversos das anteriores, pois esta era insuportavel e doia-lhe tambem todo o ventre. Não vomitou, não havia ingerido cousa alguma, não tinha nauseas, mas tinha sensação de que o ar lhe faltava.

Exame somatico — Quando o examinámos pela primeira vez, notamos um doente de estatura baixa, compleição forte, bastante emagrecido, facies cançado, porém algo repousado, de côr ama-

rela, propria á raça (japonez), mas visivelmente palido e de mucosas visiveis muito descoradas. Ganglios superficiais impalpaveis. Torax de boa conformação exterior, amplos movimentos respiratorios e presença na região mamaria direita, de uma extensa cicatriz irregular, atingindo a axila direita; não se percebia o mamelão e á palpação dava a impressão de haver sido extirpado tambem o plano muscular, pois a pele deslisava diretamente sobre as costelas.

Aparelho circulatorio — Coração: bulhas bem audiveis, taquicardia. Pulso: 100 pulsações por minuto, ritmico, pequeno. Aparelho respiratorio: nada de anormal. **Abdomen:** ventre escavado, movimentos respiratorios ligeiramente diminuidos. Paniculo adiposo quasi nulo; palpação superficial suportavel e indolor, e a profunda, sobre a qual não insistimos, despertava dor na região epigastrica com defeza muscular de contratura. As outras regiões abdominais eram flacidas e indolores. Baço impalpavel.

Quadro bem diverso apresentou-nos o doente após ter sentido a dor excruciante, quando o examinamos pela segunda vez.

Facies de visivel sofrimento intenso, gemia surdamente, evitando o menor movimento, respiração superficial e entrecortada. Pulsações 86 por minuto, cheio e amplo.

Abdomen com os musculos grandes retos tensos e visiveis as divisões dos septos aponeuroticos. Movimentos respiratorios abolidos, sendo só possivel ao doente com esforço e dor maior, uma pequena movimentação da parede abdominal. A' palpação era intoleravel, hiperestesia cutanea, e a contratura muscular, principalmente dos grandes retos, dura, rija, não permitia qualquer ensaio de palpar profundo.

A historia e o exame do doente nos indicavam o diagnostico de ulcera do estomago ou duodeno, com hemorragias (hematemeses) e os sucessos posteriores, a perfuração em peritoneo livre.

Emquanto preparavamos a intervenção, mandamos fazer uma empola de escopolamina e morfina (sedol), para diminuir a dor e como preparo para a anestesia. Então vimos clara e nitidamente a diferença de sintomas, talvez mais flagrante ainda em casos como o nosso, doente excessivamente enfraquecido,

fazer a injeção desaparecer quasi por completo a objetividade da lesão. Alguns minutos após o doente dormitava com estremeções espaçados e a rigidez da contratura abdominal localizada ao epigastro como dantes ao primeiro exame, quasi em nada se assemelhava ao que parecera. Que dificuldades não oporia ao diagnostico causal si houvesse sido feita antes da conclusão diagnostica. Não é demais a recomendação, não fazer o "opiaceo" emquanto não se completou o diagnostico, e o que observei neste caso foi tão patente, que não podemos evitar de repisar o que de muitos é tão conhecido e pelos livros e autores sempre assinalado.

Praticamos a intervenção cirurgica duas horas após o acidente da perfuração, sob anestesia loco-regional com solução de novocaína a 0,5% e uma gota de sol. mil. de adrenalina para cada 15 cc. de sol. anestesica. Tecnica classica de bloqueio dos nervos intercostais para laparatomia mediana supra-umbelical. Utilisamos 120 cc. de solução anestesica, havendo o doente suportado bem todos os tempos operatorios. Incisão mediana xifoumbelical, infiltração direta do liquido anestesico no peritoneo parietal devido a reação dolorosa. Exposição da cavidade abdominal por afastamento dos labios da incisão com o afastador de Balfour, e verificamos então pequena quantidade de liquido arejado, mucoso, escuro, que saía por um pequeno orificio 6 mm. mais ou menos, assestado sobre a pequena curvatura do estomago, na parte alta e cercado dum tecido fibroso esbranquiçado do tamanho duma moeda de $400. Tentamos o fechamento nos bordos do orificio, sem exteriorização do estomago, para evitar trações dolorosas, mas não nos foi possivel, porque o fio cortava o tecido fibroso. Fizemos então o sepultamento da ulcera por pontos cruzados em zona sã, em dois planos com catgut 0, e provocamos propositadamente um enrugamento do pequeno epiplon sobre a sutura, cobrindo-a em parte; não foi muito acessivel, mas deu-nos no final impressão de sutura bem estanque. Retirada do afastador, enxugamento brando do pouco liquido transvasado e sutura da parede abdominal em trez planos, á maneira aconselhada por Alipio Correia Neto (9), modo por que vinhamos fazendo já ha tempo e muito recomendavel. Pontos de reforço totaes de crina de Florença.

Período post-operatorio — Sem incidentes. Não vomitou e

soltou gazes desde o dia seguinte. As dores desapareceram quasi que por completo, persistindo apenas leve sensação dolorosa, bastante suportavel. Alimentação hidrica assucarada e após hidro-latea nos primeiros dias e em seguida foi se fazendo mais variavel. Retirada dos pontos no 8.° e 10.° dias, cicatrização per primam. No 15.° dia fez um processo gripal com basite, e febre, que durou 8 dias. Por este tempo, dores na região epigastrica, á noite, porém suportaveis, e vomitou uma vez. Teve alta no 40.° dia, tendo feito medicação tonica, ferrica e calcica. Não trabalhou por 4 mezes, mas atualmente leva vida quasi igual á anterior, procurando fazer menor esforço fisico (apesar disso já caiu de um cavalo) e cuidado relativo na alimentação. Engordou 8 ks.

Observação 2.ª — Nome: V. B. — Q.: 6. Residente: Prado. Profissão: Foguista. Côr: branca. Est. civil: solteiro. Nacionalidade: brasileira. Entrado: em 25-2-931.

Historia pregressa — Doenças proprias da infancia. Dôres no estomago muito ligeiras de algum tempo para cá.

iHstoria da doença atual — Em viagem para esta cidade ás seis horas da tarde mais ou menos, quando se abaixou para apanhar carvão e joga-lo á fornalha, sentiu uma dor subita, aguda, semelhante a uma rasgadura na região epigastrica, que o obrigou a deitar no chão, impossibilitando-o para o trabalho.

A dôr continuou sempre cada vez mais forte, generalizando-se a todo o abdomen, com grande intensidade na fossa iliaca direita.

Sentia um peso grande sobre os hombros, muita sêde, vomitou pouco branco e não soltou gazes. O fato da dôr não minorar, fê-lo procurar os nossos serviços profissionais, 3 horas após o acidente inicial.

Exame geral: — Doente de compleição robusta. Facies de sofrimento, de dôr, olhos encovados, respiração superficial. Inspeção do abdomen: Chato, ausencia dos movimentos respiratorios. Notava-se bem as saliencias dos grandes retos e suas divisões aponevroticas. A' palpação, rigidez, dureza mesmo, dos musculos da parede abdominal, "ventre en bois", despertando dôr intensa á uma tentativa de palpação profunda, principalmente nas regiões epigastricas e fossa iliaca direita. O exame per-

functorio dos aparelhos nada apresentou de anormal. Pulsação 84 por minuto, ritmico. Temperatura 37°,3. Com o diagnostico de ulcera perfurada do estomago foi resolvida a intervenção imediata.

Operação: Laparotomia mediana supra-umbelical. Sutura da perfuração em 2 planos.

Cirurgião: — Dr. Braga de Abreu, assistente Dr. Virmond Lima, tempo de anestesia 20 minutos.

Feita a incisão mediana supra umbelical, aberto o peritoneo, saíu liquido arejado, de côr branca com um ruido caracteristico á maneira de um sopro. À inspeção rapida do estomago deparou-se sobre a pequena curvatura, na porção proxima ao piloro, uma superficie esbranquiçada calosa, de 2 cms. e meio, mais ou menos, tendo no centro o orificio de perfuração de 3 a 4 mm. por onde saía um liquido com os caracteres do encontrado na cavidade abdominal. Sutura da perfuração em bolsa com catgut 0 e chuleio sero-seroso com fio de linho. O transito do piloro se fazia perfeitamente. Ao enxugar o liquido na cavidade abdominal, a ponta de uma pinça feriu a borda do figado e, como sangrasse o ponto ferido, foi deixada uma mecha de gaze em contato. Sutura da parede em 3 planos. Curativo oclusivo.

Sequencias post-operatoriais: — Não houve incidente digno de nota. Cuidados habituais em tais casos. Soro fisiologico e glicosado, oleo canforado de 4 em 4 horas, aquecimento, posição de Fowler. Deslocamento do dreno de gase 2 dias após, com retirada no 3.° dia. Drenou bastante serosidade. Retirada dos pontos no 7.° dia cicatrização per primam, só ficando o orificio de drenagem.

Alimentação: nas primeiras 12 horas, dieta absoluta, começando-se em seguida a dos liquidos, aumentando-se gradativamente a quantidade.

No dia 6 de março, 9 dias após a operação, o doente foi enviado ao serviço de radiologia, tendo o Dr. Milton Munhoz verificado o transito gastro-intestinal que se fazia bem.

Durante este tempo procurou-nos uma vez, um ano após a intervenção por querer passar para serviço mais leve. Nada mais sentia no estomago, apezar de não ter regimen algum e pessima alimentação nas viagens como foguista. Embora tenha

algum cuidado comsigo, continua até esta data a sentir-se bem, sem perturbação gastrica, salvo, por vezes, sensação de peso após alimentação mais abundante.

——o——

A importancia do assumpto é desnecessario encarecer, visto sob qualquer dos seus angulos, mostra-se sumamente interessante e deve ser de conhecimento real. Cogitações de ordem etio-patogenicas fogem do nosso desideratum, e iriam se confundir parcial ou quasi totalmente com a complexissima e ainda não elucidada etio-patogenia da ulcera do estomago e duodeno. "N'envisageons que l'ulcère chronique. Nous en savons bien peu de choses, malgré des morceaux de theories, d'hypothèses et des accumulations d'experiences, enorme fatras, ou' presque tout est contradictoire" (Leriche). (10). Embora reconheçamos que "La pathogenie n'st qu'une conclusion de la physiologie pathologique, c'est á dire, de l'étude des mecanismes par lesquels les maladies se constituent. Et il est permis de penser que dans l'état actuel des choses, c'est uniquement par l'étude des mecanismes que la therapeutique pourra desormais progresser" (Leriche) (10), cingir-nos-emos, neste breve relancear, apenas ao diagnostico therapeutico e os resultados posteriores, analisando principalmente o que vimos.

Trez sintomas sobrelevam aos demais em importancia por seus caracteres especiaes, um subjetivo, a dôr e os dois outros, de especie objetiva, a imobilidade do diafragma e a contratura dos musculos do abdomen, maximé dos grandes retos, com rigidez mais acentuada no epigastro. São estes, indiscutivelmente, os elementos de maior valia na grande maioria dos casos e que nos permitiu no raciocinio diagnostico, firmarmos conceito acertado. No estudo apurado de nossas observações, vimos o que outros cirurgiões com grandes estatisticas verificaram, enfeixando os sintomas cardiais que permitem o diagnostico exato. Dando maior importancia a um do que a outro, pela maior frequencia apresentada, com seus caracteres proprios, combinam quasi todos na descrição do quadro clinico. O doente da nossa 1.ª Obs. apresentou todos os sinais essenciais: passado gastrico presente não padecendo duvida quanto à natureza ulcerosa; a dôr subita, brutal, angustiante, de séde-epigastrica; imobilidade quasi absoluta do diafragma com desaparecimento dos movimentos respiratorios abdominais; contra-

tura rija, dura dos musculos da parede abdominal, com maior intensidade dos grandes retos do abdomen, no epigastro. Já a nossa 2.ª Obs. os elementos eram mais variaveis: ausencia de passado gastrico, ligeiras dôres apenas, atribuidas pelo doente à sua pessima alimentação, e que mesmo não o encomodavam; dôr subita de séde epigastrica. com os caracteres de violencia e aparecimento brusco das perfurações gastricas ou duodenais, mas logo associado a dores tambem intensas na fossa iliaca direita, onde a palpação provocava reação dolorosa notavel; contratura generalizada do abdomen, ventre "en bois", mas nos grandes retos a contratura era muito mais aparente; a imobilidade do diafragma era absoluta, impossivel quaquer movimento respiratorio abdominal.

No 1.° caso estava evidente o tripé sintomatico descrito por Mondor (4), os sintomas essenciais: dôr subita e atroz, contratura parietal generalizada e antecedentes gastricos precisos; e além destes apresentava outros, a dôr irradiada para as espaduas, frequente segundo Judine (6), e por elle interpretada como irritação do frenico por transmissão aos 4.°. e 5.° cervicais; a hiperestesia cutanea, que completa melhor ainda os sinais cardinais, pois é tido por autores inglezes, como diz Mondor (4), como dos principais, afastado os antecedentes gastricos para segundo plano. Motta Maia (2), no entanto, coloca aos quatro como essenciais. No 2.° caso não havia hiperestesia cutanea e o passado gastrico era quasi nulo, pois um interrogatorio posterior minucioso, esclareceu melhor ainda a existencia apenas de ardores no estomago, sem outra qualquer perturbação, elementos cremos, absolutamente insuficientes para falarmos de passado gastrico ulceroso. Mas este doente, como tambem o outro, tinha bem patente, a dôr inicial no epigastro, a contratura abdominal e a imobilidade diafragmatica, sinal este que Doria (3) com sobeja razão colocou entre os cardinais. A séde inicial da dôr parece-nos de maior valor que sua intensidade, pois o seu esclarecimento é que poderá evitar a confusão com o diagnostico de perfuração apendicular "d'emblée". Por isto vale a pena insistir com o doente, dificil algumas vezes devido ao seu desasocego, para evitar esta confusão diagnostica, aliás o mais frequente dos erros "Moynihan) (7). Acresce o fato desta irradiação dolorosa ser facilitada pela decida do liquido derramado na cavidade, pelo bordo externo do colon ascendente (Hartmann) (11), e provocar então defeza e dôr

intensas na fossa iliaca direita, tal como no doente da nossa 2.ª observação. Propositadamente deixamos de falar sobre os vomitos e caracteres do pulso e temperatura, porque são elementos de nenhuma valia para o diagnostico. Vomitos em geral não existem; raramente assinala-se um vomito unico no inicio, salvo os vomitos tardios, então sinais de franca peritonite. Sobre eles escreve Judine (6), o cirurgião de maior autoridade no assunto, pelo elevado numero de casos por ele proprio observado: "Leur absence est un signe precieux pour le diagnostic de l'ulcère perforé en presence du tableau d'une peritonite aigue par perforation, car il y a peu de cas de catastrophes abdominales oú les vomissements ne soient pas la regle", tendo apresentado a sua ultima serie 17% de leves vomitos.

O pulso e a temperatura conservam-se, na mór parte dos casos, normais, e mesmo mais frequentemente com o numero de pulsações abaixo do normal; na nossa primeira observação, após a perfuração, os caracteres do pulso melhoraram. Inibição simpatica? Aliás este fato temos observado em varios casos de crises abdominais diversas, no geral em individuos de temperamento simpaticotonico.

Um elemento diagnostico de real valor e que ultimamente vem sendo posto em pratica nos casos de dificil diagnostico ou então para maior certeza, é a pesquiza da bolha gazosa subdiafragmatica pela radioscopia. Para os casos de perfuração coberta ou adiantados em horas, de distinção por vezes impossivel, é a exploração radiologica um auxilio notavel, frequentemente indicador da perfuração. Kudlek (6), fez, em 32 casos, radioscopias laterais, estando os doentes deitados sobre o dorso e percebeu então nitidamente o gaz, ao que chamou Pneumoperitoneaumantehepaticum e tambem Judine (6), praticou esta exploração, radioscopia transversal, e verificou algumas vezes a presença do gaz ao ecran, emquanto que o exame clinico era negativo. Koehl (22), que examinou 51 doentes radiologicamente, concluiu que a presença do pneumoperitoneo tem valor absoluto, mais que a ausencia da bolha gazosa nas primeiras horas não permite afirmar, a não existencia de uma perfuração.

O desaparecimento da macissez hepatica como sinal de

perfuração, clinicamente, póde auxiliar um diagnostico indeciso, mas é tido como sinal falho.

Casos outros existem de evolução mais ou menos torpida, sem sinais clinicos tão berrantes, e que por força de sua propria evolução tornam-se de diagnostico menos acessivel, mas tambem de resolução menos urgente, pois no geral a infecção se localiza. O mesmo não sucede nos casos que procuramos analisar, vê-se bem que de maneira resumida, porque então a solução terapeutica deve ser cirurgica e imediata, não protelar para mais tarde sob pretexto de verificação, sendo a urgencia de horas e não do dia seguinte. A' medida que passam as horas, diminuem as possibilidades do exito operatorio, a evolução da peritonite é rapidamente mortal. Não ha contradita e todos os cirurgiões afirmam e insistem que as perfurações tratadas até a sexta hora dão grande percentagem de cura, 11 casos, 11 curas Wilmoth (12), até 12.ª hora as probabilidades diminuem, em 17 operações só 9 curaram e passadas a 12.ª hora, já se torna mais sombrio o prognostico, mais dubio o exito cirurgico. Este mesmo fato notou Guilleminet et Latreille (13) "nous avons noté, comme tout le monde, le parallelisme classique entre l'heure de l'intervention et la mortalité". Doria (3), Mota Maia (2).

A anestesia mais frequentemente usada, e nos mostrou um grande numero de observações lidas, foi a anestesia geral e poucas vezes relativamente a loco-regional. No doente da 2.ª observação fizemos anestesia geral, Balsoformio, nenhuma contra-indicação capital existia, bom estado geral, paciente robusto; no da 1.ª observação, mais recente, após previa injeção de sedol, praticamos a loco-regional da parede, com pequena quantidade mais que de habito da solução anestesica e infiltração local do peritoneo paretal, hipersensivel nestes casos, e dispensavel quando se intervem para afecções cronicas. Guardamos boa impressão e julgamos ser a anestesia indicada, porque em nada prejudicial ao doente, sem inconveniente algum, exigindo apenas doçura e leveza nas manobras cirurgicas e como compensação maior socego, melhor sequencia post-operatoria. Alem disto o nosso doente contra-indicava, por máo estado geral, de magreza e abatimento e perdas sanguineas das hematemeses, a anestesia geral. Hudine (6) apologista da resecção gastro-duodenal, por ele praticada na grande maioria dos casos, utiliza a anestesia loco-regional de uma maneira toda particular,

chamando a atenção sobre a necessidade em se evitar tanto quanto possivel a adjunção de uma intoxicação suplementar, que fatalmente acarreta a anestesia geral. Ele assim procede: injeção de 0,015 de morfina, logo após o diagnostico; emquanto prepara a intervenção, 20 a 25 minutos após, outra empola de 0,01 cc. de morfina, e anestesia geral pelo eter; infiltração loco-regional imediata sem perda de tempo com solução a 0,5% de novocaína 80 a 100 cc. Abertura do ventre, doente sob narcose profunda, colocação dos afastadores, isolamento do campo com compressas e suspensão da mascara anestesica; praticava em seguida a esplancnico-anestesia á Braun, atualmente faz infiltração dos ligamentos do estomago na zona de penetração dos grandes vasos, coronarios e gastro-epiloica direita, sendo que a difusão da substancia anestesica permite manipulações sobre o mesocolon transverso; enfim, a hoje classica anestesia a Finsterer para gastro-duodenectomias parciais, reconhecida por todos os cirurgiões como de real vantagem e que permitiu maior sucesso na cirurgia gastro-duodenal.

Agimos em nossos casos da maneira cirurgica mais simples, com a preocupação do menor traumatismo operatorio, visando exclusivamente aparar a causa da peritonite, a perfuração, impedindo a sua evolução, sem nos preocuparmos propriamente com a natureza do processo ulceroso. Verificada a séde da perfuração na 1.ª observação em situação alta na pequena curvatura, como vem descrito no ato operatorio, fechamo-la embora com alguma dificuldade, e na 2.ª obs. o mesmo metodo, aqui mais facil de acesso, parte baixa da pequena curvatura do estomago e sem fibrose dos tecidos circumvizinhos. A este ato em aparencia simples cingiu-se a nossa terapeutica, de accordo com a ideia dominante em todos os autores que cuidaram deste assunto. (Doria (3), insiste na necessidade de simplificar o socorro cirurgico, fazendo sutura da perfuração e associar a gastro-enteroanastomose, só si houver duvida, sobre a facil passagem pelo piloro e drenagem a Rehn nas perfurações já antigas em horas. Assim procedem Wilmoth (12), Guilleminet e Latreille (13), Moynihan (7), Sartmann (11), este julgando de melhor alvitre a associação sempre da gastro-entero-anastomose. Lecène (14) aconselha também esta diretriz, "l'operation doit viser avant tout á remplir une indication capitale: la suture de la perforation; c'est une operation d'urgence faite dans des conditions toujours un peu precaires; il importe d'aller

vite et de s'en tenir à l'essentiel". Mas nem sempre esta tecnica simples é possivel, por más condições locais unidas outras vezes a estado geral precario, em casos reconhecidos tardiamente, o que exige naturalmente outra decisão. Braun (15) numa publicação recente apresentou grande estatistica, 216 casos, nos quaes utilizou o processo de Neumann, muito aconselhavel segundo esse cirurgião e indicado em qualquer oportunidade, parecendo-nos util o seu conhecimento, principalmente para quando se faz impossivel a sutura. Sua tecnica consiste na creação dum tubo epiploico da perfuração á parede abdominal. Um dreno é introduzido bem ajustado aos bordos da perfuração e segue na direção duodenal numa distancia de 3 dedos transversos e é fixado por catgut em redor da perfuração. O epiploon enrolado como um cilindro hermetico em redor do dreno é fixado ao estomago e peritoneo parietal. Drenagem supra-pubica nos casos adiantados. Do 6.° dia em diante coloca-se o dreno trez vezes ao dia durante 1/2 hora, e é retirado completamente entre o 10.° e 12.° dias." (Braun (15). Este processo de Neumann que deu a Braun tão bons resultados e de facil execução é bem melhor e de maior segurança nos casos precarios do que o lembrado por Deton (16), que consiste na introdução simples de uma sonda de Pezzer ou Malecot no orificio da perfuração, fazendo-se portanto uma gastrostomia temporaria. Em seu trabalho, 7 casos de peritonite difusa obteve 4 curas, tendo associado por trez vezes uma gastro-entero-anastomose, incompreensivel nestas condições e com esta tecnica. Recursos talvez de emergencia, mas uteis, pois pódem salvar os doentes e são passiveis mesmo de bons resultados posteriores remotos, como assinala Braun 60 a 75%.

Fato curioso, mas de observação frequente, é o desaparecimento das perturbações gastricas, após o acidente da perfuração nos doentes tratados por estes processos já expostos, mesmo os mais simples. Nos nossos dois doentes é notavel a diferença; na primeira obs. é curto tempo passado, 8 mezes, e a ulcera era calosa, de evolução antiga, apesar disto, melhora espantosa, engordou e sofre muito pouco, e o da 2.ª obs., mais antiga, ha 4 anos e meio, passa muito bem e nada sente. Estes resultados possiveis, embora não sejam constantes, devem pesar na resolução do processo terapeutico a empregar. Nos casos em que se associou a gastro-entero-anastomose Guilleminent et Latreille, encontraram 82% de curas duraveis e tambem

Tondeur (19) apresenta 54% de curas completas e 30% com estado clinico satisfatorio, sendo no entanto as estatisticas contraditorias, cirurgiões outros Sostegni, Duval, apresentam maus resultados posteriores para os metodos diferentes dos da resecção (aliás esta divergencia se observa no emaranhado de trabalhos sobre a terapeutica geral das ulceras gastricas ou duodenaes).

Hartmann (11) nos explica: "les malades atteints d'ulcères perforé et ne presentant aucun passé gastrique, sont ce qui guerissent completement et definitivement; au contraire, ce qui ont une longue histoire d'ulcus sont ceux qui continuent á souffrir aprés l'operation", e pensa que nos primeiros a ulcera evolva de fórma aguda, e da simples sutura póde resultar a cura, nossa 2.ª observação, emquanto que nos do segundo tipo, desaparecem os fenomenos agudos que desencadearam a perfuração, persistindo o cortejo sintomatico da ulcera cronica.

Pensando em obter resultados definitivos de cura completa, hodiernamente, orientaram-se alguns cirurgiões para as intervenções de resecção de acordo com o norteamento atual, mais em voga da terapeutica das ulceras gastricas ou duodenaes. Judine (6), Finsterer, Henle, (17) Duval Neuber (21) Montenegro, fazem resecções primitivas largas como si fossem ulceras sem outra complicação, procurando, num só tempo completar o ato operatorio. E' facil imaginar e cremos que deve ser a conclusão mais logica, que a gastro dudenectomia parcial operação complexa e ás vezes de dificil execução, sempre demorada, como terapeutica da perfuração gastrica ou duodenal por ulcera, só muito excepcionalmente, nos casos de bom estado geral e local, em mãos de cirurgião habituado a esta cirurgia, pode ser aceitavel. Assim mesmo é passivel de critica apesar de algumas boas estatisticas e principalmente, porque os processos mais simples podem tambem, dar bons resultados remotos e si necessário, se tornar uma nova intervenção, esta será feita em melhores condições. Pauchet (18) escreve que "il faut ne faire la gastro entorostomie immediate qui c'est indispensable; mieux vaut l'ajourner, car faite deux mois plus tard, le risque est nul", portanto, mesmo a gastro-enterostomia, que dizer das resecções, deve ser protelada, quando absolutamente necessaria.

Haberer (20) indica a simples sutura, aconselhando o tratamento "radical" para um tempo ulterior.

Reconhecendo-se, embora, a superioridade nos resultados definitivos para os metodos de resecções largas, é exagero, senão presunção falar de cura radical e cabe bem aqui mais uma vez a judiciosidade de Lecene (14) quando escreve "Le traitement chirurgical des ulcéres gastriques ou duodenaux, sil est souvent excellent quand il s'adresse à des complications graves qui mettent en danger la vie des malades, ne peut avoir aucune pretention á être **radical,** comme certans chirurgiens l'ont a tort pensé et proclameé".

BIBLIOGRAFIA

1) — R. Chabrut — Sur 25 perforations d'ulcéres gastro-doudenaux, en peritoine libre — Journal Chirurgie T. XXXVIII — 1931, pág. 658.
2) — Motta Maia — Ulceras gastro duedenaes perfuradas em peritoneo livre. Tése docente 1929|
3) — J. Doria — Ligeiras considerações sobre a sintomatologia e terapeutica das perfurações agudas das ulceras gastro duodenaes em peritoneo livre — Medicina Cirurgia Phamarcia. oVl. II. Fevereiro n. 4 — 1935.
3-A — Bernardes de Oliveira — Resultados imediatos e tardios na cirurgia gastrica. Anaes Paulistas de Medicina e Cirurgia. Vol. XXIX, nrs. 2, 4, 5 e 6 pág. 561. Vol. XXX n. 1. Pái. 21.
4) — Mondor — Diagnostics urgents — 2.ª edição.
5) — Judine — Nouvelle série d'ulceres perforés du duodenum. Journal Chirurgie T. XLII — 1933, pag. 923.
6) — S. S. Judine — Nouvelle série d'ulcéres perofrés de l'estomad et du duodenum. — Journal Chirurgie T. XXXVIII, p. 159, 1931.
7) — Moynihan — Abdominal Operations — Fourth editions.
8) — Virmond Lima — Dois casos de ulceras gastro duodenal perfuradas em peritoneo livre. — Revista Medica Paraná N.° 1 — Dezembro 1931.
9) — Alipio Correia Netto — Laparotomia supra umbelical mediana e um meio de prevenir a laparocelle. Revista Cirurgia de S. Paulo, vol. I, fasciculo VI — 1935.
10) — R. Leriche et Gosset — Pathogenie de l'ulcére peptique post operatoire. Congrés Français de Chirurgie. 1931.
11) — Hartmann — Chirurgie de l'estomac.
12) — Wilmoth — Statistique de quarente deux cas d'ulcères perforés de l'estomac e du duodenum. Journal Chirurgie T. XXXVI — 1930 — pág. 712.
13) — Guilleminet et Latrelle. — Resultats de traitement des ulcères perforés de l'estomac e du duodenum. Journal Chirurgie T. XXXIII — pág. 289 — 1929.

14) — Leriche e Lecène — Therapeutique chirurgicale. T. III.
15) — Neumann — Les traitement des ulcères gastro duodenaux perforés par le procedé de Neumann (Der Chirurg 1. Maio 1931 — analisado). Journal Chirurgie T. XXXVIII pág. 415 — 1931.
16) — Deton — Procedé pour les mauvais cas d'ulcères perforés de l' estomac. Congrés Français de Chirurgie 1931, pág. 441.
17) — Henle — Apropos d'une serie d'ulcères perforés et de leur tratement par la resection pratique primitive. — Der Chirurg — Novembro 1930. Analisado. Journal Chirurgie. T. XXXVII — 1931. pág 594.
18) — V. Pauchet — La pratique chirurgicale illustrée — Fasciculo VII, parag. IX.
19) — Tondeur — Dans quelle proportion les ulcereux operés pour perforation restent ils gueris? — Revue de Chirurgie n. 5. 1931.
20) — H. von Haberer — Traitement chirurgicale des ulcéres gastroduodenaux. — Analisado — Journal Chirurgie T. XLII — 1933, pág. 755.
21) — Neuber — Le choix de la methode operatoire dans l'ulcère perforé gastro duodenal — Zentralblatt fur chirurgie 30 Junho 1933. Analisado — Journal Chirurgie T. XLIII, pág. 113 — 1934.
22) — Koechl — La valeur de l'examen radiologique dans la perforation de l'ulcére de l'estomac. — Zentralblatt fur Chirurgie — 6-1933. Analisado — J. Chirurgie T. XLIII — pág. 113 — 1934.

ORAÇÃO DE PARANINFO (*)

Dever, em momento solenissimo como este, pronunciar palavras de patrono, por vontade vossa, surpreendeu-me de tal modo que não me pude esquivar de pesquizar as razões.

Cônscio da autoridade moral do encargo, impuz-me raciocionio de explicação, que estou certo nenhum de vós vos abalastes em prosseguir, se acaso o tentasteis, tão dificil vos pareceu qualquer dedução. Foi-me possivel concluir, com melhor conhecimento de fato, o que a vós outros pareceu inexplicavel, que razão alguma existiu, porque foi gesto de sentimento e coração, no dizer de Spinoza, resultado de "idéias inadequadas, cujos efeitos não podem ser compreendidos, mas, acrescendo, podem ser sentidos e correspondidos". Vosso gesto quiz distinguir, de modo sensivel e mais palpavel, o nosso convívio de algum tempo de estudos e trabalhos, associados no mesmo pensamento, que outro não foi senão o de querer aprender e instruir-se, com entusiasmo e vontade, dominados pela mesma idéia comum. Este laço temporario que nos uniu, quizestes reafirmá-lo e atá-lo mais firme e sólido na mesma profissão de fé.

Afastados de qualquer outra preocupação, sem atavios e aparatos, imbuidos da verdade relativa da ciência, procurando o método exato e coordenador de base na experiência e na observação, julgando os fatos de modo objetivo sem influência subjetiva, creou-se este ambiente de simpatia intelectual propício à mutua compreensão e á persecução deste mesmo ideal que vos tocou e apreendestes e que de seguro e convicto vos afirmo, é o menos imperfeito dos ideais e a mais perfeita das diretrizes. Seria vos decepcionar se mais uma vez ainda

---

(*) Discurso proferido pelo Prof. Mário Braga de Abreu ao paraninfar a turma de médicos, que colou grau no dia 16 de Dezembro de 1937, em Curitiba.

não me referisse, nesta última em que conversamos, à cirurgia, o nosso encantamento espiritual e intelectual comum de varios meses, e que permitiu no trato diário, esmiuçar conhecimentos novos e vislumbrar na amplidão da ciência, os mesmos objetivos.

Esta cirurgia, ciência e arte maravilhosas, que apaixona tanto como enobrece, soberba em suas conquistas, representa uma das maiores aquisições feitas pelo homem. Fruto de longa evolução, creada por degráos sucessivos e lentamente adquiridos, cheia de óbices, obstaculos e tropeços, argamassada por principios que só penosa sedimentação foi permitindo sua aplicação, não constitue sua história linha reta, de progresso continuado e facil, mas ao contrário, sinuosa, com retornos ou paradas prolongadas. Acompanhar o desenvolvimento das idéias científicas de um modo geral e sua evolução histórica, mostra como o progresso se faz de pequenos nadas que se acumulam, mas e principalmente, das grandes idéias e descobertas, creadoras de novas visões e aplicações, dificil e raramente realizadas, por isso, mais dignos da admiração nossa, os homens que o realizaram. Tenhai o culto dos grandes homens e das grandes cousas, dizia Pasteur aos estudantes de Edimburgo, concitando-os a dar todo seu entusiasmo, este deus interior, propondo-se a si proprios este elevado fim, qualquer que fosse a carreira abraçada.

Homens existem verdadeiros tipos característicos duma época, individualidades privilegiadas como as denomina Bergson, que de tal modo dominam no campo das idéias e dos fatos que seguir-se-lhe a trilha, estudando-se-lhes a vida, é como seguir e estudar a história da propria história na sua evolução para o progresso. Não há melhor incentivo, nem mais util conhecimento do que o de estudar, lendo e comparando a vida dos fatos e das idéias, ora num prosseguimento gradual, ora, por vezes, acelerada bruscamente em seu ritmo pelo genial, élan vital, como Bergson caracterizou em sua Evolução Creadora, "onde o passado, sempre em marcha, se acresce sem cessar dum presente absolutamente novo". A cirurgia não evolveu doutro modo, não teve outra sequência que não esta, lenta no seu desenvolvimento, dirigida por idéas variadas, nem sempre justas, porém algumas até hoje verdadeiras, impulsionada, de quando em quando, por idéas geniais, até chegar ás

aplicações dos estudos de Pasteur e a antisepsia de Lister e mais a descoberta da anestesia, permitindo-lhe nos 60 anos ultimos, atingir a um grau de progresso maior que em todos os séculos precedentes. Este evolver rápido e celere e ao mesmo tempo maravilhoso exigiu da simples arte de aplicação terapeutica de outros tempos, uma profunda e seria base científica, para maior precisão na execução e eficiência nos resultados.

Como arte, se interpenetra, e ressente-se do fator pessoal do executante, podendo este dar um cunho original à obra executada. De tal maneira se pode evidenciar que Schoemacker a compara ao "músico que não deixa de executar os compositores modernos, mas que fica fiel ao mesmo tempo aos grandes mestres clássicos de sua arte; a operação é executada como uma peça de música, isto é, nem ligeiro, nem lentamente, mas a tempo". Si ela depende na realização desta arte intangível, que se revela no modo de pôr em prática do cirurgião, produto de longos anos de estudo, peculiar às qualidades pessoais do que exerce, é a cirurgia bem mais ciência e mesmo difícil e complexa, cujos fundamentos tanto mais se alargam e ampliam, à medida que os elementos das ciências biológicas melhor se afirmam. Não basta fazer rapidamente e bem, como antigamente se aconselhava, mas sim fazer simplesmente bem, sem pressa, com prudência, sem contundir, manipulando docemente. Não, porque seja outra a música, ou a arte não deva ser a mesma, mas sim porque a ciência que domina e regula o gesto e ordena a ação, deu-lhe outros recursos, que permitiram novos avanços sobre bases mais firmes e observações mais seguras, concretizadas por resultados posteriores melhores e duradoiros. Não importa tão sómente o resultado anatomico imediato perfeito, mas são as perturbações funcionais remotas persistentes que fazem rejeitar o método, embora fosse êle brilhante e anatomicamente exequível. A idéia dominante da função creou outras bases ao ato cirurgico, modificou a sua arte, deu-lhe outro espírito. É afirmar que as questões de técnica mais ou menos se estabilizaram e a variação se faz de métodos, sempre influenciada pela ciência cirurgica, esta servindo-se da observação concreta dos fatos. "É preciso saber", escreve Faure, "para ter o direito de praticar uma operação, para ter o direito de executar sobre seu semelhante este ato sem apêlo que traz consigo a vida ou a morte! Sim, para poder trabalhar como cirurgião com uma mão que não deve conhecer

o desfalecimento nem a hesitação, é preciso ter a consciência profunda do direito de empreendê-la, é preciso ter no fundo dalma esta certeza ou antes esta convicção que só uma severa educação anterior e uma longa preparação pódem dar. E é precisamente o que constitue esta ciência da cirurgia que devem adquirir todos os que querem ter um dia o direito de se dizer cirurgiões".

Não tem outro significado, nem outro sentido, a expressão habitual de Pasteur: "Il faut travailler", quando se lhe antepunha algo difícil a resolver ou dificuldades surgiam no decurso de suas experiências à pesquiza da verdade científica ou então, como conselho, apenas, aos seus colaboradores.

Enfrentando a resolução de problemas da ciência, comuns em essência à medicina e à cirurgia, diferentes unicamente no modo de agir terapêutico, obrigando os que as praticam fazerem-se especialisados, é que se vae processando sobre novos fundamentos, novas orientações. De sentido quasi exclusivamente anatomico lesional, dirigia-se o ato terapêutico nesta direção, importando precipuamente a reconstituição anatomica; mas, com a observação continuada, outras facetas se evidenciaram, colocando a função em lugar preponderante e demonstrando a necessidade de sua conservação integral ou pelo menos de tal modo compensada, que aparentasse a normalidade orgânica.

Si a integridade anatomica é principal, a conservação fisiologica é dominante. Não é mais o estrito pensamento do anatomopatologista a se impôr como um absoluto, mas a apreciação conjunto dos fenomenos vitais sob outros aspectos que escapam à anatomia patologica, com cujos métodos não se pódem abranger. As perturbações funcionais muitas vezes precedem as perturbações anatomicas, podendo mesmo condicioná-las (Leriche).

É a infância da fisiologia dando novos rumos ao raciocínio clinico, introduzindo a noção da importância da perturbação funcional na análise dos estados morbidos, de largos horizontes e de consequências incalculaveis. É a intromissão dos fatos biologicos e seus mecanismos intimos, o balanceamento de estados normais e suas perturbações evidenciadas ou latentes, acarretando por si serios disturbios e podendo constituir-se em sindromes caracterizadas. É o intrincamento das sindromes

humorais, que a todos interessam, suspeitadas na observação clinica, exploradas, referendadas e pesquizadas no laboratório, para serem novamente comparadas e depois então claramente confirmadas pela terapeutica. Não é mais portanto a cirurgia que consistia no só ato operatorio, dependente da arte cirurgica exclusivamente, mas outra concepção, apoiada na experiência e pesquiza, compassando seu gesto não pelo brilho do resultado imediato, porém, pelo valor do resultado funcional remoto.

A proposição de Tixier de que, cada vez mais a instrução do cirurgião deve ser médica, isto é, pensar medicamente, raciocinar com os preceitos científicos, não esquecer que as mais graves complicações de ordem medica podem seguir a atos operatorios tecnicamente perfeitos e que estes acidentes dependentes de leis biologicas, só podem ser resolvidos na colaboração íntima medico-cirurgica, subentende, também, este novo norteamento. Bem como se afigura de importância capital, não que o médico medite e pense cirurgicamente, porque não existe ou não deve existir este modo de pensar, porém, que tenha uma noção exata do que esta terapeutica representa em possibilidade e valor reais, embora não sendo inócua é no entanto muitas vezes eficiente, havendo riscos, é fonte de magnificos sucessos, sendo indispensável da parte do medico a exatidão de conhecimentos nas possibilidades do ato cirurgico e saber avaliar os resultados que dele podem advir.

Sente-se que a medicina e a cirurgia distanciam-se apenas na execução, mas dependem da mesma ciência, contam com os mesmos fatores, exigem a mesma formação, pedem a mesma diciplina mental e prendem-se ambas aos resultados que a pesquiza pura vae substraindo à obscuridade. Esta, fruto não do acaso, mas o resultado ordenado duma meditação intelectual sobre um problema geral sem visada prática imediata (Leriche), tem permitido em sua aplicação posterior resultados inesperados e modificando a face das cousas, mostrar por novos caminhos outros fins.

Sem dúvida não tem sido outro o modo de progresso nas ciências da vida senão pelo esforço obstinado e perseverante á procura do objetivo, parecendo elocubração de ciência pura sem outro alcance, mas na realidade o verdadeiro apoio que contribuirá indiretamente a outras aplicações. São de Einstein es-

tas palavras: "A ciência, sob pena de se estiolar, não deve visar fins praticos; os conhecimentos e os métodos que ela crêa não servem pela maior parte senão indiretamente a fins desta natureza e muitas vezes somente para as gerações futuras".

Hodiernamente a complexidade dos assuntos, a não ser raramente, foge a uma só personalidade, exigindo a pesquiza, esforço de conjunto e conjugado, quer dizer, organizado, para ser produtivo. A parte da inteligência e da observação da pesquiza devem ser discriminadas, para poderem ser coordenadas, cabendo à primeira o estabelecer a hierarquia dos fatos, o realizar a ordem dos conhecimentos, a síntese final. Sendo o instrumento supremo da pesquiza, ela é que dá olhos compreensivos à observação, faz associar o fenomeno à sua causa, permite ver, pensando e raciocinando, o que é realmente observar. Diante do fato surge, despertada pela inteligência, a reflexão crítica, colocada diante das convicções naturais do senso comum e libertada de preconceitos já existentes. Esta crítica ciência, não de destruição mas de construção, que aflora naturalmente ao pesquizador, procura a verdade, separando o que é verdadeiro do que é falso, impondo-se regras na análize do fato e na sua interpretação. "É a crítica dos fatos que dá às ciências seu verdadeiro carater. Toda crítica deve conduzir os fatos ao racionalismo. Se, ao contrário, a ciência é dirigida por um sentimento pessoal, a ciência desaparece, porque repousa sobre um critério que não se pode nem provar nem transmitir, como deve ser para as verdades cientíifcas" (Claude Bernard.

Sob o crivo desta crítica cerrada, esmiuçando por partes e detalhes todas as fases do fenomeno, concatenando-as após análize detida, virá a conclusão, a ser aceita com prudência e prudentemente interpretada. A hipotese cientificamente estabelecida, nascida como resultado da observação, submetida deve ser à verificação experimental necessaria, para se poder generalizar, servindo como diretriz, apenas, e nunca persistindo, se o controle não a demonstrar verdadeira. "A observação do estado patologico realiza sem cessar problemas experimentais. Comparar sem doutrina e sem sistema as evoluções da doença abandonada a si propria ou às mudanças que a tera-

peutica acarreta nos ritmos da vida, julgar dos resultados e coordenar conclusões, é fazer obra de experimentador".

Senda árdua e dificil, espiritualmente compensadora algumas vezes, é a preocupação da pesquiza científica, pela pesquiza em si, como objeto de ciência pura, base de todo adiantamento no domínio das ciências biologicas, creadora e realizadora por suas consequências do progresso, em seu exato sentido e não no que se o toma comumente, confundindo-o com evolução. Esta será o desenrolar natural de idéias e de fatos, um movimento sequente de transformação, si por vezes de adiantamento, outras de retardamento, em linha reta de projeção ou em linha sinuosa de desenvolvimento; emquanto que aquele implicará sempre, para sua justa concepção, na idéia de subir, de marcha para a perfeição individual e social, num sentido hierarquico e qualitativo de aperfeiçoamento intelectual da pessoa e de realização produtiva para a sociedade.

Outro conceito errôneo e frequente será confundir o moderno e o novo com o aperfeiçoado, o atual doutro teor que o antigo, o recente sem laços com o passado, que tudo é creação nova, não distinguindo o evolver, o desdobrar, do progredir, do aperfeiçoar. Pascal, em linda imagem e sugestivo pensamento, disse: "Toda a série de homens, no decurso de tantos séculos, deve ser considerada como um mesmo homem que subsiste sempre e que aprende continuamente". Porém, como faz ver Lecène, se atentar-se para o conceito, reconhece-se como verdade, mas parcial apenas, no que concerne às tecnicas; a comparação parece subentender uma continuidade no progresso que a história das ciências não verifica. Durante séculos a humanidade póde não aprender, sob este ponto de vista, sinão cousas insignificantes e mesmo esquecer o que havia, até então, adquirido, de verdadeiramente util; depois, repentinamente, surge uma descoberta capital que de tal modo vai influir sobre os conhecimentos cientificos e permitir progressos tão rápidos e ao mesmo tempo tão inesperados que a espíritos desprevenidos, por demais orgulhosos do presente ou insuficientemente instruidos do passado, parecerá que nada existiu de valor e de significação. (Lecène).

A observação justa e concreta da ciência de ontem e de hoje e do seu desenvolvimento, além de constituir um incentivo necessario, é uma lição de modestia, do quanto se poude

fazer e do mais por se fazer, da utilidade precípua e essencial do seu cultivo e da repercussão das idéas na marcha do progresso, do valor dos homens cultores da ciência pura nos destinos da civilização e da preponderante influência de suas obras.

O estudo das ciências amplia de tal modo a visão das cousas, descortina tão largos horizontes, mostra quão complexo são os problemas da vida e suas relações, que aflue, aos que melhor a exploraram e pesquizaram seus intrincados meandros, pensamentos como este de Descartes: "Encontrava-me embaraçado de tantas dúvidas e erros que me parecia não ter tido outro proveito, procurando instruir-me, senão que havia descoberto cada vez mais minha ignorância". Lição de modestia diante da grandeza dos aspectos da natureza; de moral, porque não peja ao homem culto confessar o desconhecimento, ao contrário se faz humilde diante do que resta saber. Não é o arrojo da ignorância, mas a prudência de quem sabe, o que não sabe e deve aprender.

A função que desempenha na formação moral do individuo e concomitante repercussão de seus atos dentro do seu ambito de ação, a verdadeira instrução científica e o incremento das vocações de pesquizador e experimentador, não tem escapado aos homens educados nesta disciplina rija e por isto mesmo têem eles podido penetrar mais fundamente as causas, que fazem o levantamento duma Nação, bem como seus maiores desastres.

Por ocasião dos acontecimentos de 1870 na França, Pasteur, raciocinando, observando, pesquizando, com o mesmo método objetivo que o fez um sábio, não poude encontrar outra cousa mais verdadeira e mais real. "Mas como vós dizei", escreve ele, "si nos levantarmos desses desastres veremos ainda nossos homens de Estado perder-se em discussões sem fim sobre formas de govêrno, sobre questões abstratas de politica, em vez de ir ao fundo das cousas. Suportamos o sofrimento de cincoenta anos de esquecimento profundo das ciências, das condições do seu desenvolvimento, da sua imensa influência sobre os destinos dum grande povo e de tudo que poderia auxiliar à difusão das luzes..." e das inteligências.

Não há aspiração mais nobre e ideal mais elevado, não há

maior prestígio e autoridade para a Nação, porque espiritual e perene, não há melhor nem mais segura base para a nacionalidade, do que para formação duma verdadeira elite intelectual, entreter, propagar e desenvolver o progresso das ciências. Fazer da instrução um incitamento para formar homens de ciência pura, pesquizadores da verdade científica, sem a preocupação do resultado material imediato, é crear o que não mais se pode destruir e que os séculos eternizarão, o ponderável e o sensivel do genio e do descobridor. Assim definiu Biot aos que a alta ambição é de se consagrar à ciência pura: "Talvez a multidão ignorará vosso nome e não saberá que existís. Mas sereis conhecidos, estimados, procurados dum pequeno número de homens eminentes, repartidos sobre toda a superfície do globo, vossos êmulos, vossos pares no senado universal das inteligencias, eles sós tendo o direito de vos apreciar e de vos assinalar um lugar, um lugar merecido, do qual nem a influência dum ministro, nem a vontade dum principe, nem o capricho popular poderão vos fazer descer, como eles não poderiam vos elevar, e que vos ficará, emquanto fordes à ciência, que vô-lo deu".

A influência faz-se sentir fatalmente, como corolario duma formação intelectual moldada em tais principios, e modificará por completo, à medida de sua aplicação, o modo de agir, a interpretação dos fatos, e constituindo uma real cultura, alicerçará uma forte civilização. Não compreendemos cultura e civilização no mesmo sentido, e antes a diferenciamos em seus significados iniciais e basicos, ao contrário de empregá-las ambas como sinonimos, que constitue um germanismo. Adveiu da palavra Kultur esta confusão, que traduzida muitas vezes por civilização embaraçou a sua verdadeira compreensão. Para Hegel, a sociedade, a coletividade, teem uma vida propria, orgânica, sendo o ser humano apenas uma celula. A sociedade, portanto, é uma substância com suas propriedades particulares, e o conjunto destas propriedades particulares é a Kultur; Kultur duma sociedade é sua maneira de viver em varios aspectos. (Reinhold).

Sem comentar a veracidade integral do conceito fundamental, indique-se no emtanto o complemento de Bergson, "uma cousa é um organismo submetido a leis necessárias, outra, uma sociedade constituida por vontades livres".

Distanciados em muito daquela concepção, estabelecemos uma relação de cultura para a civilização, dizendo desta, que é a passagem do estado natural primitivo a um estado mais avançado pela cultura moral, intelectual, científica (Hatzfield).

É necessario, para existir uma civilização, reunir por um laço social e politico, no quadro histórico e natural duma nação, todas as culturas especiais e pessoais nos diferentes dominios da atividade humana. A cultura é portanto para o homem o que a civilização para a sociedade, ou melhor, o homem produz a cultura e a sociedade produz a civilização (Reinhold). São duas ordens de fatos que se justapõem ou que se pode representar como dois círculos concentricos, cujo centro comum é o homem, a cultura se ordenando diretamente à pessoa humana e a civilização irradiação ou produto de expansão do homem, individuo e pessoa, ser de inteligencia e compreensão. A creação destas civilizações particulares são antes fontes multiplas do que parcelas duma civilização geral. Esta se integra pela seleção e sublimação das obras de valor universal constituidas por aquelas. Contribuir para a cultura particular é colaborar na civilização geral.

Mas o homem, como ser de inteligência, que abrange as ciências e permite suas aplicações, que possue a filosofia e domina a idéia, é também um ser de sentimento e à medida que aquela progride e depura o conhecimento, este educa-se e aspira a um ideal. Não é total e completa a formação cultural, aprimoramento da inteligência, no domínio das ciências, no aperfeiçoamento do método, se não lhe for acrescentado o cultivo deste ser sentimento, na esperança e na fé dum ideal que a vontade impulsione, conduzida pela moral. Escreveu o grande Vieira estas palavras, que teem tanto de sabedoria e verdade, como de beleza no vernáculo: " Assim nô-lo ensinou a mesma natureza, mestra de nossas ações, quando nos proveu dos instrumentos, medindo-os com elas. Porque dispôz a natureza que a mão fosse maior que o coração, e o coração um e as mãos duas? Porque o coração é o instrumento do querer e as mãos do poder; no coração está a deliberação da vontade e nas mãos a execução das obras; e ordenou que a mão fosse maior que o coração um e as mãos duas, para que sempre pudessemos mais do que quizessemos e nunca queiramos tudo quanto podemos".

Vêde — e dirijo-me a vós, amigos meus — quanto mal trouxe a incompreensão e a intolerância do que é da ciência e do que é da consciência, do domínio da inteligência e do domínio do sentimento. Formaram-se tipos de moços de tal modo impregnados de errôneos principios e falsas conclusões que eles proprios atribuem o desenvolvimento da ciência que tudo explica, nada ignora ou poderá facilmente explicar em futuro proximo, a quem, que desconhecimento! que ilusão! tudo mais pouco importa a não ser a ciência e sua filosofia que nada desconhece.

Permiti-me esboçar os seus retratos, como o fez Bourget.

Este, talvez culto e instruido, adatou seus estudos e conclusões a fins determinados da vida, que se resumem, principalmente, em gozar e vencer. Qualquer que seja sua profissão, onde quer que se ocupe, não tem sinão a si proprio como deus, para princípio e para fim. À filosofia natural do século XIX emprestou a grande lei da concorrência vital e a aplica na consecução de sua carreira com um ardor material e positivo que o faz um barbaro civilizado da mais perigosa das especies. "Ele proprio se define um strugle for life". Não pensa sinão no sucesso e no sucesso, sinão no dinheiro. Convicto de si proprio, está convencido que todos pensam como ele. É tão profundamente nihilista a seu modo, que o ideal lhe parece uma comedia nos outros como seria, como é para ele quando se propõe a executar algum ato público ou mostrar uma qualidade ou virtude que não crê".

E este outro, notai a diferença, bem mais aparente que real, à primeira vista o oposto, mas de fato frutos de identicas filosofias e épocas, tem a delicadeza de maneiras e do trato e todas as sutilezas de espírito e encanto pessoal. Cético e agnostico de tudo e de todos, curioso dos fatos, das idéias e de todas as manifestações do pensamento e atividade humanos, todas encara como motivos de curiosidade e distração espirituais, mais de nenhuma tem convicção. Habitou-se a explorar intelectualmente o vasto campo da filosofia e da ciência, simplesmente à procura de distrações para o seu eu. São-lhe os problemas mais apaixonantes de arte e de ciência, de etica e de sociologia, pontos de reparo, apenas, à perquirição espiritual, sem lhes atribuir veracidade ou falsidade, porque para ele o moral e o imoral, o bem e o mal, o vício e a virtude, são mo-

dos de ver de épocas ou de pessoas, mas no fundo iguais. Em seu íntimo permanece profundamente indiferente, procura só o que lhe agrada no momento ou por estesia, porque, preocupado comsigo proprio num requintado egoismo, vê e observa o que de natural e de humano existem, para objeto de estudo, sem crer e sem convencer. Convicto sem convicção, a vida social e a vida sentimental, a vida intelectual e a vida espiritual são-lhe objetos de raciocinio e de elocubrações no jogo sutíl de idéias contraditorias, sem pesquizar um fim, displicente de qualquer afirmativa. A propria vida, identica manifestação, não pensa em lhe atribuir finalidade, é ainda uma incognita sem solução, por isso mesmo interessante como divertimento intelectual.

E vêde ainda este outro, a quem nada mais importa, nem mesmo o conhecimento da ciência ou de qualquer filosofia, porque só a aplicação daquela no movimento e na ação quer conhecer, e esta, já a tem firmada, é a da vida, que pensa conhecer e pretende vencê-la. Não conesta conhecimento porque é arcaico, é fora de moda; não crê na necessidade de aprofundar estudos, porque basta saber fazer praticamente; o que passou, passou, é preciso ir para frente, é uma das faces de sua filosofia. O que as gerações antigas creram, amaram, veneraram, cultivaram e pesquizaram, tolices!, teorias!, O passado não interessa, só importa o futuro, e esse mesmo só o de si proprio, nos outros não pensa, não quer saber. Da ciência interessa-lhe a técnica, o motor, como funciona e se põe em movimento. As idéas sem imediatos resultados praticos não merecem estudo, devem ser abandonadas. Da teoria, a prática e desta o mais prático.

Si aqueles são intelectuais corrompidos e corruptores, cada qual a seu modo, julgando-se mal compreendidos, mas na verdade compreendendo erroneamente as consequências da ciência e da filosofia, este, produto do século, é o mediocre e o dominador, o indistinto homem-massa.

Divide Ortega y Gasset a humanidade em duas classes de creaturas: "os que se exigem muito e acumulam sobre si proprios dificuldades e deveres, e os que não se exigem nada de especial, sinão que para viver, é ser em cada momento o que já são, sem esfôrço sobre si mesmos, como bóias que navegam ao léo das ondas".

Meditai sobre o egoismo brutal e os prejuízos morais que definem estas psicologias, em suas influências sobre os indivíduos e as sociedades, evitais este deslizamento e colocai-vos decididamente noutra posição.

Refleti, séria e profundamente, sobre a significação destas causas, aparentemente escondidas, mas na verdade das mais reais e preponderantes e sêde creaturas dos precalços e dificuldades, dos deveres e das obrigações, da esperança e da fé no aperfeiçoamento cultural e moral de vós próprios e na ciência e consciência da profissão que hoje encetais. Assim o espero!

Assim o desejo de todo o coração!

DA FRATURA SUPRA-CONDILIANA COMPLETA DO HUMERO (*)

Digamos de início, a título de justificativa por vos ter trazido assunto, a primeira vista tão banal e pouco importante, que encaramos as fraturas sob o prisma do traumatologista e não do cirurgião geral e damos a este gênero de lesões um caráter de primazia e importância excepcionais. Julgamos que se deva aplicar em sua compreensão e tratamento, raciocínios e métodos técnico-especializados, que pretendem o possível da perfeição, com o menor risco e prejuízo para o doente, almejando o máximo com relutância e paciência persistente, renovando reduções e aparelhos, procurando confirmações radiográficas, e fazendo novas operações si necessário, até conseguir o máximo e o melhor. O pensamento no futuro dos doentes, nas dificuldades e impossibilidades profissionais e individuais que lhes acarretarão as sequelas funcionais e os defeitos orgânicos, deve nos guiar para nunca relegar para segundo plano de cogitações o problema dos fraturados, como se fazia, nos serviços de cirurgia geral, até bem pouco tempo e em toda parte e como se o faz até hoje, em muita parte. A ação rápida, por vezes, e o brilho da cirurgia abdominal e atualmente da toracica, empolgantes na verdade, prendem toda a atenção e fazem com que nos contentemos, no tratamento dos traumatizados, afóra a execução de intervenções mais ou menos brilhantes, com a regra do mais ou menos, podia talvez ser melhor, mas assim está bem, porque são doentes geralmente sem riscos de vida imediatos e só muito tempo depois, sentirão o fardo do seu deficit funcional. Este nosso modo de pensar e de julgar, colocando-o em primeira plana, será a nossa excusa em vos falar das fraturas supra-condilianas do humero.

Tipo de fraturas mais freqüentes nas crianças do que nos adultos, àquelas nos referiremos em nossos conceitos gerais, pois realmente criam problemas que lhes são próprios. Nossa

---

* Conferência realizada na Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1938.

estatística, confirmativa da observação geral, compreende 25 casos entre 6 e 15 anos e um só em adulto.

O V.° Congresso Argentino de Cirurgia — 1933 — fez das fraturas do cotovelo um dos seus temas oficiais e relatou a parte mais interessante Rezende Puech. Nele se cuidou, com detalhes, do assunto, em relatórios e contribuições, e a sua leitura mostrará o modo diverso de compreendermos certos aspectos da questão, e como trabalhos posteriores a este Congresso, deram-lhe mais atualidade e modificaram-lhe a interpretação; a nenhuma preocupação nossa de fazermos relato extenso e completo, mas sim, de indicar certos detalhes que nos parecem primaciais e até então, insuficientemente divulgados e imperfeitamente realçados em sua importância. Não minuciaremos dados conhecidos e comprovados, mas apenas emitiremos algumas observações sobre nosso modo de ver e proceder, bases anatomicas e funcionais de produção da fratura e tratamento.

O interesse principal do seu estudo está no fato de, poucas, no conjunto geral das fraturas, serem passíveis de se associar a complicações imediatas tão graves para o futuro, quando permanecem desconhecidas e também, de se acompanhar de reliquats funcionais e anatômicos remotos, irremovíveis ou de soluções precárias e que poderiam talvez ser evitadas, com melhor conhecimento técnico ou então, com o pensar na gravidade ad valetudinem. Expende Böhler, (Zentr. für Chirurgie, pág. 2739, 1937), em resposta a considerações emitidas num artigo por Mandl, um conceito, que é muitas vezes esquecido, quando se trata de traumatismos: "Devo notar que nós devemos absolutamente diferenciar doenças e traumatismos, igualmente si se trata de ossos, articulações, músculos ou outros tecidos. As doenças destes órgãos são freqüentemente a expressão de uma doença geral ou perturbação da secreção interna. Traumatismos ao contrário são em regra perturbações locais que são produzidas sob a influência de forças exteriores, e não são consequências de perturbações internas". Repetí-lo, não nos parece demasiado, porque temos a impressão que a diretriz íntima do raciocínio clínico não raro se afasta para longe do foco, em procura de explicações complexas, quando a causa não poucas vezes, é local, está no modo de tratar, reduzir e imobilizar. Ver não basta, saber ver e interpretar é indispensável,

assinala Destot (Traumatismes du pied, Introduction, p. 9) cujos estudos sobre as fraturas do cotovelo e arquitetura do pé e do carpo se tornaram clássicos: "Há uma grande tendência, escreve ele, em explicar as deformações secundárias, por doenças do calo que ninguém viu, por uma osteo-malacia localizada, enquanto que o mais das vezes, trata-se duma fratura mal reduzida, que aparece, quando o doente começa a movimentar o membro". Estas reflexões feitas por Destot há bem 30 anos, seguida dest'outra: "O público crê, que o tratamento das fraturas é a infância da arte, quando em realidade é uma arte em infância", só de pouco tempo têm influído praticamente, para modificar a aplicação técnica e reajustar o problema nos moldes que deve ser encarado.

O nosso desideratum, em difundindo certos conhecimentos, é fazer por aperfeiçoar e melhorar os resultados neste genero de fraturas e escapar por novas regras e metodos ao que escrevia Broca em seu tratado de Cirurgia Infantil e que parece não haver perdido atualidade, pois Jeanbreau — (Path. Chirurgicale, pag. 119) — ainda hodiernamente, transcreve-o literalmente: "Não assumi o compromisso de restituir perfeitamente ao cotovelo sua fórma e função, mesmo quando tiverdes cuidado do menino desde o princípio e o tiverdes aparelhado do melhor modo". Também Finochieto — (Congresso Argentino de Cirurgia, p. 502 — 1933), poude escrever à guisa de conclusão, tendo revisto todos os casos tratados em seu serviço hospitalar, e que, muito resalta o desconhecimento dêste tipo de fraturas: "Estes numeros são realmente alarmantes, de 40 fraturas mal consolidadas ao lado de 29 recebidas em estado recente. Numeros parecidos não se vêm nem nas fraturas mais graves do adulto, as intracapsulares do femur e as do calcaneo". A atual ação terapeutica, baseada em estudos mais recentes, melhor orientada e melhor compreendida, e a execução das manobras de redução melhor percebidas em seu mecanismo funcional. permite-nos muitas vezes outros resultados e si, não é sempre passivel de resultados otimos, dá-nos recursos mais eficientes e seguros.

A possibilidade de lesões vasculares e nervosas imediatas, contemporâneas do traumatismo, exige um exame clinico atento, antes mesmo da exploração radiologica, podendo-se assim evitar complicações posteriores graves. Sua frequencia não é grande, mas longe está de ser "absolutamente excepicional"

como o afirma Ombredanne e pensamos antes, que o previo controle clinico, facil e rapido, deve ser de rigor e sistematico. Lesão de nervos, cubital, mediano e radial ,os possiveis de serem atingidos, não observamos em nossos casos, mas pudemos de uma feita notar, posteriormente, num menino já tratado, com redução incompleta, uma paralisia radial que regrediu expontaneamente após 6 meses, sem deixar reliquat para este lado. A sua existencia tem podido ser comprovada e publicações recentes de Leveuf, atribuem-lhes papel de relevo na patogenia da sindrome de Volkamnn. Lesão da arteria humeral por duas vezes pudemos perceber, sendo que uma requereu intervenção sengrenta e outra, após redução, voltou a se notar os batimentos radiais nitidamente, o que antes era quasi imperceptivel. O esquecimento da pesquiza do pulso radial em tais casos, poderá ser de nefasta consequência remota, por constituir a lesão da arteria humeral, possivelmente em alguns casos, a causa essencial da sindrome de Volkmann, como o comprovam, de maneira indiscutivel, alguns fatos e observações publicados.

O trabalho inicial de Leriche na Societé National de Chirurgie de Paris em 1927, despertou a atenção de todos para a concomitancia da lesão arterial na fratura supra-con- em 1907 por Bardenheuer e Hofmann.

Opinião pessoal de experiencia, não a pudemos ter, pois, a nenhum dos nossos casos se seguiu uma sindrome de Volkmann, e mesmo só observamos desta sindrome, um caso clinicamente, perfeitamente estampado, que não se quiz submeter a qualquer exploração cirurgica. As lesões poderão ser de contusão arterial com espasmo, obliteração completa e até rutura circular. Fontaine, assistente de Leriche na mesma ordem de idéias, (em trabalho de 1936 Agosto no Journal de Chirurgie, pag. 136) pode tirar algumas conclusões, que muito interessam o assunto que estudamos: "Em summa, diz ele, o que todo medico deveria saber e nunca esquecer é: 1.° que nas fraturas supra-condilianas, as lesões arteriais são frequentes e 2.° que uma das suas consequencias é a aparição duma sindrome isquemica de Volkmann, que não é devida então a um gesso muito serrado, mas ao desconhecimento duma lesão arterial, contusão ou rutura; enfim 3.° que nas fraturas do cotovelo, como em qualquer outra região, o diagnostico da lesão arterial deve acarretar a intervenção imediata, sistematica".

Si é talvez exagerado o conceito de frequência, para nós 8%, não permanece menos, como de absoluta necessidade, a regra imprecindivel da verificação dos batimentos arteriaes no foco da fratura, si possivel, e no punho. A ocilometria no Pachon, outro recurso de precisão, na creança não é de facil prática e apreciação, e a arteriografia, meio mais delicado, de execução, e excepcional pelas possiveis graves consequencias, hoje fartamente documentadas, podem tambem ser utilizados. Mas, para indicações cliicas, basta, geralmente, a facil percepção do pulso radial, ficando os outros recursos para exploração de maior minucia.

O primeiro caso que tivemos não se percebia de modo algum os batimentos radiais nem os cubitais e o volumoso edema focal não nos deixava sentir os humerais. À intervenção, vimos a arteria humeral estirada e sem batimentos, a cavalete sobre a saliencial do fragmento diafisario, a qual, com as manobras de redução, se poz a bater levemente e aos poucos se normalisar e perceptivel se tornar, o pulso radial. Baseado nesta observação, pensamos em não haver indicação imediata de intervenção sangrenta, mas sim, só após a tentativa de redução, que si puder ser executada, desprenderá o vaso da compressão. Permanece, no emtanto, a necessidade cirurgica sangrenta, formal e imediata, caso perdure a apercepção do pulso, o que mostrará por certo a ruptura ou esgarçamento arterial. Assim procedemos no nosso segundo caso, antes de intervir fizemos a redução, obedecendo a determinadas regras, que ainda detalharemos e pudemos sentir, então, os batimentos arteriais, tendo sido a evolução posterior anatomica e funcional normais. A importância prática em não deixar passar desapercebida esta complicação imediata é facil de concluir, sendo a lesão humeral elemento preponderante na sindrome de Volkmann e por vezes exclusivo. Portanto, agir deste modo é evitar, muitas vezes, o aparecimento da sindrome, embora sobre a sua discutidissima patogenia não se haja ainda feito unanimidade de opinião. Não opina Böhler de modo muito diverso e em linhas gerais é a sua interpretação dos fatos. isto é, dá papel relevante ao fator circulatorio na constituição da sindrome e pratica sempre a redução, suficiente, segundo ele, para o restabelecimento circulatorio e eleva o membro superior, quando a compressão tenha se prolongado, por "draht extensiva" olecraneana, Böhler assinala o fato curioso, de nunca ter sido observada em adulto, emquanto na creança aparece,

mas felizmente é afecção rara. Constitue complicação muito grave, de dificil resolução terapeutica e deficit funcional notavel.

Sem entrar em detalhes sobre a sindrome de Volkmann, que foge ao nosso fim, queremos, indical-a apenas como reliquat possivel e gravissimo duma fratura supra-condiliana e frizar este aspecto momentoso da questão, a sua patogenia vascular e a realidade de se poder evitá-la em determinados casos. Leriche — (Memoires de l'Academie de Cirurgie, p. 299, 1935) — descreveu-a constituindo-se em três tempos: 1.° traumatismo arterial e espasmo em consequencia dum choque direto ou indireto ou do estiramento da arteria pelo fragmento superior do osso fraturado ou rutura seca da arteria; 2.° isquemia localizada, produzindo em certos pontos do corpo dos flexores e às vezes de outros musculos, uma necrose localizada; 3.° ao redor desta lesão, no limite, como habitualmente após as obliterações bruscas arteriais, reação vaso-dilatadora intensa, "éclatement" dos capilares ou transudação e infiltração hemorragica, mesmo si o infarto for branco, como se encontra no limite de todos os focos de infarto". Questão em estudos e debates, opinou Leveuf em interessante artigo publicado este ano no Journal de Chirurgie — (fevereiro pag. 178) — que o quadro clinico depende da contusão da arteria humeral é impropriamente chamado sindrome de Volkmann, e tendo por causa, perturbações da circulação capilar, constitue uma sindrome nosologica bem caracterisada e isolada, com sua patogenia propria e original aspecto clinico.

Presentes estes dados, levando-se sempre em conta, estas possibilidades conexas, para que se possa afastá-las convenientemente, considerando-se como regra clinica indispensavel a sua pesquiza, e erro de graves consequencias o seu esquecimento, pensa-se, então, na redução e contenção da fratura. Aqui, mais do que alhures, a necessidade é imprecindivel do controle radiografico previo, unico capaz de mostrar com exatidão os desvios dos fragmentos, que acompanham sempre estes casos e os tornam, por vezes, de dificil tratamento. As radiografias de perfil, no eixo perpendicular ao cotovelo e outra no sentido antero-posterior, são obrigatorias, porque só assim, a noção exata da posição e situação dos fragmentos se evidenciará. Com uma frequencia absoluta o fragmento diafisario colo-

ca-se na parte anterior, podendo a sua face posterior estar em contacto com a porção epifisaria ou afastada em projeção anterior; o oposto, o segmento superior lançado para traz, constitue raridade, nenhum dos nossos casos, mas eventualidade possivel e que deve ser anotada. Sobremaneira importantes são os afastamentos laterais, acompanhantes certos e causas dos desvios na diretriz do membro superior, variaveis para fóra ou para dentro, isto é, laterial externo ou interno, este mais frequente do que aquele. É a radiografia no sentido antero-posterior que evidencía este desvio, cujo desconhecimento e falta de redução afetará notavelmente o resultado posterior, sendo causa de cubito varus ou valgus definitivos, que pódem se acentuar mais ainda, com o crescimento. Si a falta de correção completa e perfeita do acavalgamento anterior, embora dando um calo osseo às vezes um pouco exuberante, prejudica os movimentos de flexão e extensão nos primeiros meses, mas é passivel de melhoria acentuada, com o correr do tempo, o mesmo não sucederá com os desvios em valgus e varus, que si não se acentuarem com o crescimento, permanecerão fixados, em desvios axiais, desgraciosos, inesteticos e deficit funcional, por vezes, sensivel. (Nós projetaremos um exemplo seguido por longo tempo). Outra modificação de posição, de observação quasi constante, é a "decalage", uma verdadeira rotação circunferencial (Boppe) do fragmento epifisario, apreciavel nitidamente na chapa de perfil, oferecendo-se-nos à vista, a superficie cartilaginosa, em situação externa.

Atentos ao aspecto do foco da fratura e analizado por pormenores, sem esquecer os elementos anatomicos e dinamicos da articulação do cotovelo, obedecerão as manobras de redução, a uma base logica de compreensão racional. A anestesia geral, sem pressa e bem feita, é absolutamente indispensavel; não é possivel e não se deve fazer qualquer ensaio de redução sem este requisito previo, porque só será prejudicial. Por esquecer esta particularidade ou querer simplificar, por vontade de agir mais rapidamente, obtem-se resultados detestaveis, má ou nenhuma redução se faz e acrescenta-se maior contusão de partes moles e dos elementos anatomicos vizinhos, auxiliado pelo traumatismo, com seus movimentos intempestivos. A anestesia peri e intra-focal de Böhler na creança, caso mais frequente, é impossivel, essa não se sujeitando absolutamente, pelo menos comnosco assim tem sucedido; Böhler, na

ultima edição do seu livro, indica este genero de anestesia, em adultos e creanças, nestas sempre possivel. Segundo sua pratica infelizmente e, durante nossa permanencia no serviço, nenhum caso em creanças tivemos oportunidades de ver e os, em adultos que observamos, foi possivel resultado satisfatorio, usando sua tecnica de redução e imobilização. Assim preparados, procedemos à redução, obedientes a certas normas e regras, que regulam o encaixe das extremidades fraturadas. Deitado o doente em decubito dorsal, bem anestesiado, um auxiliar apoia sobre o braço e coloca-se o membro superior em abducção de 90.°, tracionando-se lenta e vagarosamente, com paciencia. em extensão, com apôio na mão e punho. Nenhuma tração brusca, nem de força, desnecessaria e traumatizante deve ser feita, sendo preferivel levar-se alguns minutos. Esta tem por fim fazer desaparecer o acavalgamento. Conservamos o ante-braço durante esta tração em supinação ou pronação, conforme o deslocamento seja lateral externo ou interno, porque estas modificações de posição do ante-braço têm uma influencia direta sobre os desvios laterais e assim possibilitam o ajustamento neste sentido. Pudemos comprovar pessoalmente este fato, várias vezes e corroborar as idéias expendidas por Boppe e Chomet — (Journal de Chirurgie, agosto de 1934). e Beck, (Zentralblatt für Chirurgie, 1933), por quem nos orientamos quasi integralmente. Este modo de proceder nos parece ser duma importancia capital. A tração neste sentido, extensão ,ante-braço em supinação ou pronação, conforme o tipo do desvio lateral, têm igual significação primacial, em ser conservada na contenção, identica posição para o ante-braço.

Quem primeiro chamou a atenção sobre a influencia direta da posição de pronação do ante-braço na redução do desvio lateralizado na fratura supra-condiliana e como maneira unica de poder reduzir o deslocamento, foi Böhler. Ele notava que após o tratamento adequado nestes tipos de fratura, obedecendo aos moldes classicos, permanecia sempre uma deformação em varus e escreve textualmente: "Eu coloquei durante a guerra todas as fraturas do braço sobre a tala de abdução, ante-braço em supinação e vi sempre se associar um varus, que eu não podia esclarecer. Este encurvamento sucedeu principalmente, às fraturas da extremidade inferior do humero". Após estudos, poude concluir que este fato advinha da tensão sofrida pe-

los musculos pronadores, maximé do redondo pronador, que impediam a juxtaposição dos fragmentos, o ante-braço colocado em supinação ou semi-pronação; e desde que, se o colocasse em pronação, não só desaparecia o varus, mas tambem a angulação e a flexão do fragmento epifisario, frequente nestas fraturas. Para isso comprovar construiu plancha esquematica que se póde ver na 6.ª ed. Technic Knochenbruchbehandlung, pág. 470 e 471. Apesar de sua publicação ser de 1919 — Zentralblatt für Chirurgie —, os livros classicos continuam a aconselhar a supinação como posição de contenção e redução, como ele proprio assinala: "Si o ante-braço estiver em supinação, como a mór parte dos livros de ensino aconselha, distenderá os pronadores que em consequência dos hematomas e outras irritações locais fraturarias, ficou em contração e o fragmento periferico em relação ao central encurvado, formando-se entre ambos um angulo aberto para dentro, o que constitue a posição em varus". Mas sua averiguação e interpretação do mecanismo íntimo não são completas, e como o fazem notar Beck e Boppe em publicações simultaneas, a explicação só pelo relaxamento dos pronadores, faz dificil a compreensão do repuxamento do fragmento superior para dentro e do inferior para fóra, o que permite o seu ajuste. Porém, si acrescentarmos a ação dos musculos supinadores, longo supinador principalmente, com sua inserção alta no humero e distendido pela pronação, melhor será a apreensão do mecanismo, evidenciavel e comprovavel pelas radiografias e que pudemos verificar de visu e no cadaver. Ora, os deslocamentos laterais si, são mais comuns dentro, pódem tambem ser e não raro para fóra, e por isso, não deverá sempre a pronação ser a posição indicada. Nos deslocamentos em valgo, a supinação fará o relaxamento muscular supinador, sem impedir nem prejudicar a ação do redondo pronador que, sem estar distendido, permanece em posição de função. Esta compreensão mecânica mais consentanea e completa, explica-nos em parte, a indicação classica de conservar sempre o antebraço em supinação, como posição otima e mais favoravel para a redução. Afigura-se-nos este aspecto da questão duma importância consideravel, pois permite-nos melhores resultados posteriores e mais segurança na redução dos deslocamentos lateraes, os mais dificeis de se adaptarem e gênese de defeitos dificilmente removiveis, e da "decalage" do fragmento epifisario.

Dêste modo compreendido e dando-se ao ante-braço a atitude requerida, esta manobra de tração em extensão, será substituida em seguida, para modificar a situação no sentido antero-posterior dos fragmentos, em flexão de 90.° do ante-braço e assim mantido se impulsionar com os polegares, apoiando na parte posterior do cotovelo e os quatro dedos sobre a diafise humeral, o fragmento superior para baixo (ou para traz) devendo-se sentir o contacto ou encaixe dos fragmentos. Si o fragmento diafisario estiver desviado para traz, situação muito rara, nenhum dos nossos casos, dever-se-a neste tempo fazer a manobra inversa, recalcá-lo então para diante (ou para cima).

Para a atitude de mantença em imobilização é de se notar, como os conselhos divergem; em hiperflexão, angulo agudo, a mór parte dos autores que cuidam do assunto; em angulação de 90° Beck, Boppe, julgando este a posição mais favoravel para posterior controle radiografico do deslocamento lateral; Böhler utiliza tecnica e aparelhagem proprias, pois coloca o ante-braço em flexão de 90° e pronação no ('Schrauberuzugapparat" para tração lenta e após redução, gesso circular e braço em abdução sobre tala de abdução, "Abduktionschiene". Dificilmente aplicavel nas crianças, tem suas indicações nos adultos, necessitando-se naturalmente dos aparelhos especializados. Nós deixamos em hiperflexão, por termos a impressão que, nesta posição, melhor se contêm os fragmentos e mais rapidamente se desenvolve a movimentação posterior do cotovelo; a sua possibilidade nos dá uma sensação exata da redução antero-posterior (importante quando não se dispõe para redução do écran radioscopico), e embora seja mais dificil o controle radiografico, póde-se fazê-lo e não vimos prejuizo circulatorio, como alega Boppe, para impugnar a atitude, o que julgamos só possa suceder si já existia, logo insuficiência do exame ou por má redução.

O aparelho de tala dorsal ou circular curto até o terço inferior do ante-braço, como se vê em muitas gravuras, é absolutamente desaconselhavel, porque dificulta a circulação de retorno, causa geralmente edema muito pronunciado e compressões exageradas. Convem não esquecer para contra-indicá-lo ainda, que frequentemente as observações de sindrome de Volkmann assinalam sua presença no tratamento inicial. Não será talvez causa eficiente, mas certamente adjuvante. A tala dorsal

gessada, em fórma de goteira, deve ir alto no braço e até as extremidades dos dedos, de modo que, a mão fique bem apoiada e não pensa, sem exercer constrição, nem apôio forçado, desnecessarios. Usamos algumas vezes, nos casos de edema muito volumoso, tala de papelão da mesma fórma e assim submetemos ao controle radiografico, podendo-se facilmente proceder a nova redução, si não estiver satisfatoria, ou aparelhar no dia seguinte, sem dificuldade, mantendo-se a redução perfeitamente.

Nunca prolongamos a imobilização além de 12 a 15 dias, sem observarmos o menor inconveniente; porém, aqui tambem as opiniões divergem. Boppe 18 a 20 dias, Böhler 3 a 5 semanas, uma quinzena, diz Ombredanne, 20 a 30 dias Puech, um mês Leveuf.

Não fazer massagens nem movimentação passiva, após consolidação, mas apenas movimentos ativos insistentes, deve, constituir regra absoluta. Os primeiros são provocadores de rigidez articular duradoira, anciloses, formações osteofiticas, arrancamentos ligamentares, calos exuberantes.

A volta dos movimentos é por vezes um pouco lenta, mas com boa redução, faz-se sempre com maxima amplitude. Os nossos resultados com este modo de proceder têm sido muito satisfatorios, em poucos casos persistiu uma leve limitação da hiperflexão, que não se faz bem igual à do lado oposto, mas sem nenhuma deformação visivel, salvo um leve espessamento ao palpar, na região superior do cotovelo.

Por impossibilidade de redução ortopedica, nenhuma vez foi necessario praticarmos redução sangrenta, nem transfixação olecraneana por fio metalico. Esta ultima tem suas indicações precisas de redução e é passivel de resultados muito bons, mas só deverá ser usada após tentativa ortopedica, como escreve Leveuf: "A regra absoluta é tentar em todos os casos a redução por manobras ortopedicas, salvo quando existem complicações tais como lesões vasculares ou lesões nervosas". Barros Lima, (Arquivos de Cirurgia e Ortopedia, pág. 488-1935), escreve sobre este modo de tratamento e tece alguns comentarios. Depreende-se da leitura das suas observações que os resultados não foram sempre bons, com persistencia dos desvios laterais em alguns casos e, exige muito cuidado, na direção da tração exercida pelo fio, para se obter redução perfeita.

Os resultados da redução por intervenção cruenta sem ou com osteosintese, metalica ou por enxerto osseo, parece não serem bons, na opinião quasi geral dos autores, principalmente dos ortopedistas. Nós até então não precisámos usá-la. Porém, de quando em quando surgem alguns trabalhos, dando indicações mais extensas à intervenção sangrenta. Recentemente Verbrugge Scalpel '937, (res. J. Chir. p. 590 T. L. '937), em 17 fraturas recentes operou 13 casos com bons resultados, sendo a incisão utilizada obliquamente para a base externa, longa, no intersticio entre o longo supinador e o vasto externo, prolongada do oleocraneo, tipo incisão de Ollier. Este autor e Lambotte, seu mestre, são intervencionistas, com fixação dos fragmentos por parafuso e, no Congresso Argentino de Cirurgia ,1933, p. 396, opinaram, sem maiores detalhes, pela excelência do metodo. Em 1935, Leveuf, (Journal Chirurgie, março) descreveu uma tecnica de encravilhamento por enxerto osseo e fez ver as vantagens da incisão externa e não antero-externa como, por tendencia natural, se pratica. Bons resultados nas primeiras operações, mas outras publicações ainda não se seguiram, para melhor apreciação.

Rocher (referido no mesmo artigo), indica, diante de reduções ortopedicas pouco satisfatorias, a redução sangrenta, sem sintese, julgando-a passivel de bons resultados, e inutil qualquer sintese metalica ou doutra natureza. Este o modo de proceder que nos parece mais logico e consentaneo, e que recorreremos si necessario.

Ombredanne praticou-a algumas vezes, mas desaconselha-a por julgar máus os seus resultados; segue a via transolecraneana por incisão vertical. Escreve em 1932 "são intervenções de facil execução tecnica, mas não darão satisfação alguma nem ao cirurgião nem à família; aliás, não existe fratura do cotovelo dêste tipo, curando sem deixar traços, sem limitação mais ou menos notavel dos movimentos". Foi nosso fim principal mostrar a possibilidade de restringir a indicação de intervenção sangrenta e que, obedecendo a certas regras e manobras de redução e contenção, podemos ser menos pessimistas, e obter com mais constancia, resultados anatomicos e funcionais perfeitos.

ANEURISMA ARTERIO-VENOSO DA HUMERAL COM PARAISIA DO MEDIANO (*)

A observação que se segue, curiosa e interessante como caso clínico sob vários aspectos, merece ser registrada. Um dos seus aspectos principalmente, a lesão do nervo mediano, será referendado com mais detalhes e sevir-nos-á para a indicação e exposição das provas clínico-funcionais indispensáveis para o diagnóstico de perturbações, mesmo mínimas, do nervo, bem como o modo de efetuá-las.

E. M., entrada n.° 113, Observação n.° 15 — 1939, Enfermaria São Sebastião, Residência — Curitiba, Idade 23 anos, Profissão — Operário, Cor — branca, Estado Civil — Solteiro, Nacionalidade — Brasileira, Entrada em 14-1-1939, Saída em 25-1-1939.

Antecendentes mórbidos pessoais e hereditários: sem interesse.

História da doença atual — Em 8 de dezembro passado, quando se entregava o doente aos seus afazeres de malhador, um estilhaço de ferro atingiu-o no braço direito, sobre a goteira bicipital interna, a dois centímetros acima da prega de flexão do cotovelo. Houve hemorragia intensa e formação de enorme hematoma de toda a região. Doze dias depois, com a reabsorpção do hematoma, evidenciou-se sob a cicatriz determinada pelo traumatismo, a formação de um pequeno tumor do tamanho de uma avelã. Esse tumor com o tempo foi aumentando de volume até alcançar as proporções de uma nóz, tornando-se doloroso e impedindo, por isso mesmo, a extensão completa da articulação.

(*) — Comunicação feita à sessão de 15 de fevereiro de 1939, da Associação Médica do Paraná, com apresentação da peça anatômica e do doente.

Nestas condições o doente deu entrada no serviço em 14 de janeiro do corrente.

Exame físico — Compleição — mediana; musculatura bem desenvolvida; paniculo adiposo — escasso; facies — atipica; tegumento externo — liso, sêco, movel sôbre os planos subjacentes; ganglios inguinais palpaveis e indolores; esternalgia e tibialgia — ausentes; temperatura 36,5; pulso 90 — do lado são, os batimentos eram medianamente tensos e medianamente amplos, enquanto que do lado doente eram tensos e amplos.

Aparelhos respiratório, circulatório e digestivo: nada de anormal.

Lesão local — Membro superior direito.

Inspeção — A dois cms. acima da prega do cotovelo, sobre a goteira bicipital interna, uma pequena cicatriz transversal medindo 1 cm. de extensão. Na mesma região um tumor pulsatil, ovoide, com seu eixo maior medindo 5 cms., e dirigido obliquamente de dentro para fora e de baixo para cima, desde a prega do cotovelo até 3 cms. acima da cicatriz assinalada.

Á palpação verificamos tratar-se de um tumor compressivel, pulsatil, doloroso na sua porção interna, com estremecimento vibratório e um sopro contínuo entrecortado (thrill).

Verificamos ainda que o doente se apresenta com o antebraço fletido sôbre o braço em angulo de 90°, aquêle em semipronação e suspenso ao pescoço por um lenço. Extensão completa prejudicada; ao se ordenar ao doente que a fórce, êle não consegue alcançar sinão num angulo de 160°, isto mesmo com esforço exagerado e provocando dôres intensas, espelhadas na face por um esgar característico dos músculos da mímica. Os músculos epitrocleanos apresentam-se nitidamente atrofiados. O tendão de inserção inferior do biceps, hiperdistendido, faz relevo sob a pele.

Na mão, nota-se que os três últimos dedos estão semi-fletidos; o index em extensão, afilado e imovel; como que apoiado sôbre ele, em adução, encontra-se o polegar também extendido. Ao se tentar a flexão mesmo passiva destes dois útlimos, o doente reage prontamente, queixando-se de dôr ao nivel da polpa de ambos. A eminencia tenar flacida, não apresenta tonus à

palpação e é incapaz de contração muscular ativa. Sensação dolorosa permanente e continua na mão e nos dedos.

Resalta desde logo que, já pela séde do traumatismo inicial e lesão local, já pela localização das perturbações encontradas à inspeção da mão, estamos em face de um aneurisma arterio-venoso da humeral e paralisia post-traumatica do nervo mediano. Além disto, os movimentos do territorio inervado pelo mediano se encontram, sinão abolidos, ao menos bastan te diminuídos, indicando a existencia ou de um lesão parcial ou total do nervo, ou então, — como de fato sucedia — uma paralisia consequente a um processo de compressão pelo aneurisma.

Tratamento — Aneurismectomia e libertação do mediano.

Operação — data 17-1-939. Anestesia geral balsoformica; anestesia de base pelo Scophedal Merck, Garrote hemostático.

Incisão longitudinal na goteira bicipital interna sôbre o maior eixo do tumor, com 10 cms. de longo; reconhecimento dos elementos constitutivos do tumor, que se poude ver estar identificado com o feixe vasculo-nervoso do braço, incluindo, no tecido fibroso plastico que o envolvia, o nervo mediano. Foi então feita a sua libertação cuidadosa e minuciosa, evitando-se tanto quanto possivel trações exageradas. Poude esta ser executada com detalhes técnicos perfeitos e por fim verificada a integridade absoluta na continuidade do feixe nervoso. Afastamento do biceps para fóra e do nervo mediano para dentro. Secção da arteria e da veia humerais na sua parte superior entre duas ligaduras. Reconhecimento e dissecção do tumor, que era realmente um saco aneurismatico arterio-venoso constituido pelos vasos humerais. Ligadura dupla e secção dos vasos por baixo. Retirada do saco.

Solto o garrote, procedeu-se a hemostase, e sutura dos planos superficiais com catgut e agrafes, sob drenagem mínima.

Período post-operatório — Logo após a intervenção desa pareceu o pulso radial e a extremidade inferior do membro permaneceu fria e palida até seis horas depois, quando então o pulso fez-se notar muito levemente ao mesmo tempo que se notava calor e o doente acusava sensação de bem estar, um e

outra mais acentuados que no membro oposto. É curioso assinalarmos que desde então tornaram-se quasi normais os movimentos do polegar e do indicador, conservando-se assim até o dia seguinte, quando se reduziram os mesmos, até retornarem à situação anterior, para deste então, até o doente ter alta curado em 25-1-1939, haver progressiva melhora.

A melhora rápida nas primeiras horas e a sensação subjetiva de bem estar, calor e maior liberdade nos movimentos, para após 24 horas, no nosso caso, voltar ao estado anterior, é fato hoje bem explicado e conhecido pelos estudos iniciados por Leriche. Atualmente, dois mezes e meio após a intervenção, podeis verificar a melhora sensivel dos movimentos e perturbações troficas, com quasi volta à normalidade. Em comparando as fotografias, tiradas na execução das várias provas funcionais, com o estado atual do doente, podeis apreciar me lhor a diferença nítida.

A relativa raridade de casos semelhantes, a oportunidade terapeutica resultante de um exame clínico bem feito e principalmente a facilidade com que escapam ao exame os sinais para seu diagnóstico, si não são metodicamente pesquizados, e a pouca insistencia nas publicações em torno do assunto, levaram-nos a ocupar a vossa atenção e insistir particularmente sobre a semiologia das paralisias traumáticas do mediano. Ainda recentemente SORREL poude chamar a atenção, tratando das paralisias cubitais post-traumáticas, como facilmente passam desapercebidos os sinais indicativos de lesões desta natureza, se não fôr metodicamente executado o exame clínico. (Memoires de L'Academie de Chirurgie — N.° 33 — 1938).

Antes, porém, façamos uma ligeira recordação anatômica do nervo.

Suas fibras proveem dos 6.°, 7.°, e 8.° nervos cervicais e do 1.° dorsal, para constituirem um cordão achatado que atravessa a parte inferior da cavidade axilar, depois desce do lado interno do braço e alcança, ao nível da prega de flexão do cotovelo, o eixo do ante-braço. Prossegue verticalmente sobre a linha mediana, passa por sob o ligamento anular anterior do carpo e chega à palma da mão onde se abre em seis ramos terminais.

No seu trajeto braquial o mediano não fornece nenhum colateral. Ao nível da arculação do cotovelo dá um ramo articular e daí para diante, até a palma da mão emite diversos outros distribuidos entre os musculos anteriores do antebraço (redondo pronador, grande palmar, pequeno palmar, flexor comum superficial, longo flexor do polegar e flexor comum profundo), com exceção do cubital anterior e dos dois feixes internos do flexor comum profundo, inervados pelo cubital; um ramo interosseo, que dá alguns outros para o quadrado pronador e se perde nas partes moles da articulação radio-carpiana e finalmente o nervo cutaneo palmar, ramo sensitivo, para a pele da região palmar mediana e a eminencia tenar.

Os ramos terminais, em número de seis, são : o primeiro, mais importante, o ramo tenariano que se subdivide em três outros destinados ao curto abdutor, ao opositor e ao feixe externo do curto flexor do polegar. Os outros cinco distribuem-se pela face palmar dos dedos: o segundo nos bordos interno e externo do polegar; o terceiro no bordo externo do index, dando um ramo para o segundo lombrical e finalmente o sexto nos bordos interno do medio e externo do anular.

Em resumo pois, os ramos musculares motores do mediano são: 1.° para os musculos da região anterior do antebraço com exceção do cubital anterior e dos feixes internos do flexor comum profundo; 2.° para os dois primeiros lombricais; 3.° para os musculos tenarianos afora o adutor e o feixe interno do curto flexor do polegar, inervados pelo cubital.

Os ramos cutaneos, dão sensibilidade às regiões tenariana e palmar mediana; face palmar do polegar, esta e grande parte da face dorsal do indicador, medio e metade externa do anular.

Em relação com esta distribuição anatômica e tiradas daí as conclusões para o estudo da fisiopatologia das lesões do mediano, dir-se-ia que todos os movimentos subordinados ao seu territorio muscular, estariam seriamente comprometidos, principalmente em se tratando de lesões altas, isto é, daquelas que se produzissem acima do ponto de distribuição de colaterais do nervo. Entretanto tal não se verifica, por uma questão de suplencia funcional por parte dos musculos contiguos, cuja inervação é tributaria do radial e do cubital. Assim é que os

movimentos de pronação do antebraço e de flexão da mão sobre o antebraço, aqueles, são levados a efeito de modo apreciável pelo biceps e longo supinador na falta de ação dos redondo e quadrado pronadores, e estes pela contração simultanea do cubital anterior e longo abdutor do polegar, — inervados respectivamente pelo cubital e radial, — quando há deficit funcional do grande e pequeno palmares. A flexão do index e do médio está conservada na 1.ª falange, porque é a resultante da contração dos interosseos, comandados pelo cubital, ao passo que a das duas últimas submetidas aos feixes externos dos flexores comum e superficial dos dedos, está seriamente prejudicada. Por outro lado os movimentos do polegar também se apresentam apenas parcialmente abolidos, pois o adutor e o feixe interno do curto flexor do polegar, inervados pelo cubital, suprem até certo ponto a inatividade do abdutor, do opositor e do feixe externo do curto flexor.

Encarando pois esta face do problema sob um ponto de vista de conjunto, verificamos que a sintomatologia das paralisias postraumaticas do mediano, salvo em fase adiantada de atrofia muscular, não é berrante, não é de fácil percepção, pois está quasi que unicamente circunscrita a certos disturbios da motilidade do polegar, do indice e do médio, os quais, na falta de sistematização do exame podem passar desapercebidos. É o que nos propômos lembrar, orientando-nos principalmente nas lições de Testut e Pitres — "Les Nerfs en Schémas".

As perturbações se referem:

"1.°) — aos disturbios dos movimentos do polegar; 2.°) — às perturbações dos movimentos do index e do médio; 3.°) — às anomalias dos movimentos complexos de apreensão e de oposição que implicam na participação conjugada do polegar e de um ou de muitos dedos".

1.°) — **Anomalias dos movimentos do polegar.**

a) — Prova do sarilho: — manda-se o doente cruzar suas duas mãos, e faz-se com que êle imprima um movimento sincronico de circundução dos dois polegares. Verifica-se que o polegar do lado são dá a volta completa com facilidade em torno do oposto que, doente ,permanece imovel. Significação: — impotencia funcional do abdutor, opositor e curto flexor do polegar.

b) — Prova do esquadro: — consiste em se mandar o doente afastar o mais possível o polegar do indicador, nas duas mãos. Verifica-se que do lado doente êle não alcança um angulo superior a 30 a 35 graós enquanto que do lado são vai a 90 gráos. Significa isto a limitação anormal da abdução por paralisia do nervo do curto abdutor.

c) — Prova do arco de círculo: — Insiste-se com o doente para que leve a extremidade ungueal de seu polegar sobre as cabeças dos 2.°, 3.°, 4.° e 5.° metacarpianos, tangenciando as pregas de flexão das articulações metacarpo falangianas. Êle não consegue chegar sinão ao 3.° espaço interdigital, o que indica: até aí a ação do adutor do polegar, territorio do cubital e daí para diante a impotencia dos musculos tenarianos inervados pelo mediano, e do longo flexor próprio do polegar.

2.°) — **Disturbios da motilidade do index e do médio:** — Os movimentos de flexão do index e do médio estão subordinados à contração dos dois feixes internos dos flexores comuns superficial e profundo, enquanto que os de extensão são da competencia do extensor comum dos dedos e extensor próprio do index inervados pelo radial, e dos interosseos inervados pelo cubital. Segue-se que as paralisias do mediano, o index e o médio mantem-se em extensão, pela ação unilateral dos musculos extensores, e impossibilitados, aquele em maior e este em menor grau, de promover qualquer gesto em que entre em jogo a flexão, como sejam o de "chamar pelo dedo" e a "grattage".

Para apreciarmos estas perturbações, dispomos de algumas provas:

a) — **Prova** do punho fechado: — Quando o doente fecha o punho, o indice não se flete nas três articulações de modo a manter a extremidade unguel acolada à palma da mão, da maneira como o fazem os dedos da mão sã.

b) — Prova dos ganchos conjugados: — Flexiona-se os quatro últimos dedos em forma de gancho e manda-se ao doente que nêles engrene os de sua mão, ao mesmo tempo que se faz um movimento de tração ao qual êle deverá resistir. Constata-se que a resistencia não é eficaz sinão nos 4.° e 5.° dedos, pois a flexão do medio é imperfeita e a do index nula.

2.°) — **Anomalias dos movimentos complexos que implicam na participação do polegar e de outros dedos.**

Si levarmos em consideração a função precipua do polegar, que é a de representar um dos ramos da pinça formado pelo conjunto dos dedos, concluiremos que esses disturbios a que nos vamos referir, dizem respeito ao seu poder de oposição. Por outro lado, a manifestação mais frequente deste seu atributo é feita harmonicamente com o indicador e, assim sendo, uma vez que já demonstramos a disfunção deste último por si só, é natural que as anomalias resultantes desse duplo deficit sejam em particular assinaladas.

A impossibiildade do pinçamento entre o polegar o indicador, provem de dois fatores: — 1.° da perda da capacidade de flexão do index nas suas últimas falanges; e 2.° a falta de ação do opositor, do curto e do longo flexor do polegar. Aprecia-se esta impossibilidade ordenando ao doente que determine a aproximação desses dois dedos em pinça. O que se nota é a coaptação unica entre a polpa do polegar e a 2.ª falange do indicador na sua face palmar, o que impede aos paralizados do mediano suster com este movimento qualquer objeto. Ao mesmo tempo a tibieza do pinçamento e o prejuizo da flexão, não lhes permite modelar entre os dedos qualquer objeto mole, constituindo para Testut e Pitres um bom sinal da afecção, a incapacidade de enrolar um fragmento de miolo de pão.

De outra prova dispõe-se ainda para a apreciação destes disturbios: é a da argola formada com o polegar e o indicador, à qual o doente não consegue dar uma forma circular, mas sim alongada e triangular.

Finalmente, os movimentos conjugados de todos os dedos patenteiam mais ainda a não contribuição do polegar e o index, principalmente na apreensão dos objetos, o que se comprova com facilidade mandando-se o doente que apanhe uma garrafa, uma faca, etc.... Verifica-se que o indicador e o polegar não se enrolam em torno de qualquer instrumetno o qual é retido apenas pelo anular, o mínimo e em parte pelo médio.

Em traços breves e gerais é o que se deve pesquizar e como se deve proceder, para o correto diagnóstico das paralisias traumaticas do nervo mediano, maximé na ocasião do traumatismo e antes que se acentuem demasiado as perturbações lesionais de modo a não mais permitir terapeutica eficiente.

DISCURSO DE POSSE COMO PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA DO PARANÁ

Ata da sessão de posse da Diretoria para o ano de 1939.

Aos seis (6) dias do mês de janeiro de mil novecentos e trinta e nove, na séde da Associação Médica do Paraná, realizou-se com a presença de grande número de socios, a Assembléia Geral Ordinaria para a posse da Diretoria eleita para o ano social de 1939. Aberta a sessão pelo Prof. Dr. Vitor do Amaral, é dada a palavra ao Dr. Armando Petreli, que lê a ata da sessão em que foi eleita a nova Diretoria, ata que, submetida a discussão e votada, é unanimemente aprovada. Em seguida, o Dr. Pio Taborda Veiga lê o balancete do movimento financeiro da Associação Médica do Paraná, durante o ano social de 1938 e o Dr. Armando Petreli lê o relatorio das atividades sociais durante o mesmo periodo. O Dr. Vitor do Amaral, a seguir, agradece a cooperação dos associados à sua gestão, saúda os novos diretores e convida-os a tomar posse e assento à mesa, o que se realizou debaixo de uma salva de palmas. Empossada a nova Diretoria e os Conselhos eleitos, o Dr. Mário Braga de Abreu, presidente, lê as seguintes palavras: "Sempre o contraste! Deve chocar-vos, como também a mim, logo a primeira observação, dever eu, por vontade vossa, substituir em contraste flagrante ao nosso mui caro presidente, pois ele ainda o é e deve se-lo sempre. Direis a vós mesmos, estou certo, de um lado o mérito, doutro lado o demérito, dum, tudo feito e fazendo, doutro, nada feito e tudo por fazer, de um o exemplo concreto, doutro, talvez, a concretização à realidade. Quizestes fugir à regra, pela exceção, mas na regra geral da natureza ficastes e, nela permanecestes e, por ela, vos posso compreender e o vosso gesto aprender. Versejou Bilac: "Sempre o contraste!... Anda a tristeza ao lado da alegria — E êsse seu

seio de onde a noite nasce — É o mesmo seio de onde nasce o dia." Na contiguidade de vosso presidente e continuidade de sua administração sentimo-nos mais próximos do exemplo, mais fortes na realização e mais responsáveis na conservação dos feitos e fatos da tradição. Assim, a mim e a vós compete, como do pai herda o filho, o conservar e o impulsionar, o que nos foi legado, e nesse proposito vos quero agradecer a subida honra que nos proporcionastes e, com a mesma confiança que depositastes em nós, membros da atual Diretoria, vos dizer da necessidade de vosso auxilio e de vossa cooperação imediata, para a conservação comum da obra vossa. O que queremos e sempre temos querido, é o alevantamento cultural nosso, é o erguimento de nossa educação e instrução científica, é a fineza sem vaidade sem orgulho, dos nossos cometimentos, é o altruistico das instituições nossas, como base e principio, como meio de sustentaculo, como fim e objetivo máximo.

Serão recursos para realizar e executar a conjugação da vontade e da inteligência em esforço comum, a união intima, continua e perseverante, à ação, do pensamento e à visão nitida e clara, bem compreendida e bem ajuizada, do ambiente nosso, argamassado no presente e no futuro delineado. Aplaudir os que se despedem, é a praxe e obrigação, mas desta feita, é a devoção, e se eles não querem por modestia, nós o queremos por orgulho, pelo muito que fizeram, pelo muito que farão e pela estima que nos inspiram. A eles portanto, o agradecimento nosso e a vós, a nossa confiança plena."

A FORMAÇÃO DO MÉDICO (*)

Não vos diremos novidades, nem vos falaremos sobre originalidades, nesta preleção inicial, não só por se fazer dificil algo de novo, mas tambem e, principalmente, porque somos dos que acham, firme e convictamente, precisarmos nós muito mais, de esmiuçarmos conhecimentos velhos e detalharmos estudos já concatenados. Na presunção de que, as publicações existentes já exgotaram os assuntos didaticos ou de outras naturezas, os estudos criticos de conjunto ou parcelados são em grande número, as revistas multiplices e multiformes preenchem satisfatoriamente seus fins, as impressões de todo gênero se apresentam esplendidas e magnificas, como nós não podemos fazer, e essencialmente, devido ao pensamento amesquinhador de outros, e de uns preocupados com o original, continuamos até então, emprestados em materia de cultura, o que pouco significa, e sem organização produtiva futura, o que é mais humilhante e decepcionante.

A nós cabe no momento presente, fazer desaparecer estes preconceitos, julgarmos realmente, o quanto podemos e devemos, e não nos pejarmos de fazer o nosso didatismo, de repetir e divulgar o alheio e o proprio, de crear a nossa produtividade intelectual científica e possibilitar a formação técnica em nossa propria lingua.

Não importa que não sejamos o primeiro a emitir o conceito, idéia e pensamento, que a feitura do trabalho, tenha alhures sido praticada e confeccionada em moldes semelhantes. Demos o nosso cunho pessoal, cogitemos dos nossos aspectos e das nossas coisas, aprendamos com os nossos mestres, creadores ou divulgadores, porém, imprimindo o espirito nosso e inspirando confiança em nós outros.

(*) Aula Inaugural dos cursos medicos, no inicio do anno lectivo de 1939.

A nossa organização livresca recentissima e em esbôço, até bem pouco tempo virtualmente inexistente, fez-nos viver culturalmente do alheio e com o alheio exclusivamente, filiando-nos geralmente a esta ou àquela escola estranha, por simpatia, sem argumentos determinadores ou bases fundamentadas. A influência direta e predominante da cultura francesa, com sua feição propria, sobre as gerações preteritas, como guia direta da idéia e pensamento e propugnadora da ação, e organização de nossas instituições afins, si não nos isolou, porque indiscutivelmente ela guarda também, uma feição de universidade, deixou-nos nesta dependência absoluta e pelo nosso descaso, permitiu-nos melhor conhecimento das suas coisas do que das nossas. A quem viaja resaltará por certo este fato, de como estamos nós imbuidos da história da França e da historia dos seus homens, como nos parecem familiares os seus detalhes historicos, e no nosso próprio campo de estudos medicos, como seus autores parecem nossos, pelo manuseio diario de seus livros, e mais frisante ainda, como a organização interna dos nossos hospitais, com seus muitos defeitos e algumas qualidades, se identifica com os de lá, numa transmutação sem crítica e sem aperfeiçoamento.

O influxo de outros homens e de outras culturas geralmente, não nos vem de modo direto, e acaba por nos dar a impressão que de lá se irradia tudo o mais. Formação de enormes inconvenientes, tem mais este de unilateral. Mostrar este aspecto cultural nosso e frizar na importância de suas consequências, não é novo e a muitos outros tem chocado, mas não se diz, não se escreve e a rotina continúa e a subordinação persiste. No estado atual da divulgação científica entre nós, na formação existente das nossas bases culturais, precisamos e devemos ser mais ecleticos na escolha das nossas fontes originais, para colher melhores frutos, ampliar as nossas divagações, realizar, talvez, com mais eficiência prática, amalgamar as correntes filosófico-científicas originariamente, para poder, a nós mesmos, dar organização consentânea, e crear o nosso próprio meio, e realisar com nosso proprio espírito. É nesta corrente de opinião que nos colocamos, e por isso não nos negamos a vos falar sobre cousa muito falada e escrita, a repetir a lição de outros, mas, que a nós parece de tanta monta, que não poucas vezes nos tem surpreendido como tão pouco é meditado e pensado, e tão pouca impressão causa no íntimo de cada um, quando

lembrado. Que a meditação vos chegue e vos pareça razoavel e justa, será valía demais, para quem por justiça, pouco requer.

Questões existem que devem impressionar a tempo e em momento oportunos, para que resulte interesse e bom proveito. Aos moços não por serem, ânimo, entusiasmo e vontade, é favorável a impregnação de justas idéias, mas, por ser a época da vida da curiosidade amalgamadora, da formação da personalidade, a constituição voluntária consciente, e sublimação involuntaria subconsciente. Época, na qual a exterioridade inflúe poderosamente na interioridade, o exemplo faz lei e dita o credo, a formação se amolda ao contacto direto, a influência das idéias e seus autores é predominante, a concretização de um tal ideal é uma abstração. São os anos verdadeiros da educação, de consolidação espiritual e moral, de direção apropriada para a vida.

Todos vós quereis ser medicos, e por isso ouvireis hoje, alguns conceitos gerais sobre a formação do medico, o que por certo não tendes ouvido muitas vezes em nosso curso. Si com mais detalhes nos referirmos, por efeito de ofício, ao cirurgião, vereis e concluireis, de logo, que eles, em muito pouco se distinguem e em quasi tudo se confundem, porque, si os meios parecem diferentes, muito se entrelaçam, e têm sempre o mesmo fim.

A formação cirúrgica e médica, como explana brilhantemente Tixier, comporta uma formação científica, uma formação técnica e uma formação moral. Divisão aparente, bem, mais que real. constitue de fato uma só formação, tão indispensável se faz a consecução ideal e aperfeiçoada de cada uma, tão necessário seu contínuo aperfeiçoamento, tão essencial a consolidação de suas bases elementares. Entre nós, o criterio e diretriz obedecidos, em muito se assemelham em seus traços essenciais, e talvez, no espirito de sua execução, ao que se faz na França, e em alguns aspectos secundarios, de sub-divisões e especializações, e no livre norteamento do ensino, ao que se pratica nos Estados-Unidos.

A formação científica ou clínica deveria ser feita no leito do doente, na frequência hospitalar, na obrigação do estagio nos serviços clinicos, no contacto direto do doente sob a tutela do professor. O deficiente número de leitos hospitalares existentes de modo geral por todo o Brasil, e a nossa nula organização hos-

pitalar, cujo critério administrativo não obedece a qualquer diretriz de eficiência científica, e que, no geral supre, apenas, as necessidades primaciais e elementares do cuidado e resguardo do doente, dificultam enormemente este aprendizado essencial e primordial. A realização de um lado, livre do ensino superior, e do outro, a despreocupação do problema hospitalar, que quando executado, sempre no minimo, é-o, ou de iniciativa particular, ou de origem governamental, ambos afastados da formação medica, e não poucas vezes creando-lhe dificuldades, impossibilitam qualquer exigencia séria, nesta parte da nossa formação. Nas circunstâncias atuais de nossa organização, não podemos falar do estagio de prática hospitalar após a terminação do curso, como se faz na Alemanha e varios outros paizes, que obedecem à mesma formação, por ser impossível a sua execução. Obedientes nisto mais uma vez à orientação francesa, o nosso treinamento paulatino no decorrer dos anos do curso, sem obrigatoriedade si tem a vantagem de dar desde cedo, a impressão concreta do doente e da doença, não permite uma aplicação consentânea e compreensiva de conhecimentos basicos, ainda por haurir. A perfeita concordância na resolução deste problema fundamental forneceria, sem as imensas dificuldades, que nós outros sentimos, a verdadeira escola no hospital, onde o convívio diário dos mais velhos e dos novos, a aplicação prática dos conhecimentos científicos adquiridos, o lado supremamente humano das ações, dos gestos e dos sentimentos do médico e do doente, seriam o incentivo e a alegria no aperfeiçoamento. Outro passo que ainda não demos, e que seria resolvido ao mesmo tempo, é a carreira hospitalar, de modo a serem os postos atingidos gradativamente, por provas de competência e no tempo necessário de adquirir experiência e consolidar culturas pessoais. A mór parte dos paizes, segue esta orientação com maior ou menor perfeição na escolha profissional, mas em todos havendo o pensamento precípuo, da seleção dos valores, para a possível formação de escolas científicas e de personalidades representativas do nivel científico-cultural, em tôrno das quais, e por elas dirigidas e diretamente norteadas, formar-se-ão os principiantes, influenciados pelo mesmo espírito. Ou fosse como nos paizes de influência germânica, onde o trabalho do hospital absorve todo o tempo, e de acordo com as especializações, após o curso de onze semestres, exige-se permanência mais ou menos prolongada, de dois a quatro anos, ou

fosse como nos de influência francesa, onde existe, ao lado da prática hospitalar livre, a de carreira, comum com a ascenção gradual do curriculum professoral, nós teriamos a sensação de caminhar por uma rota e de querermos atingir um fim. Porém, no Brasil ainda não se cogitou dessa organização; não se julgou necessário sua ordenação, de modo que tudo é livre e arbitrario, os serviços hospitalares não têm mínimo de exigência, a escolha dos chefes de serviços e de especialidades não obedece a critério algum, o ensino superior livre não tem apoio nem compensação, governamental nem popular, em flagrante prejuizo da formação e atividade futuras profissionais, e também, em sua repercussão natural na coletividade social.

A formação técnica baseada no estudo das materias fundamentais, terá que ser geral, para a perfeita compreensão dos seus fins, e se confunde em seus objetivos com a formação clínico-científica. A amplidão do todo exige a divisão em ramos, cada qual com seu objeto, mas, todos com sua importância precípua, de modo a não permitir o seu desconhecimento pelo menos geral, e a forçar o estudo minucioso, de acordo com a especialidade futura. O curso como é feito atualmente, não ressalta importâncias de materias, e procura dar a visão conjunta geral, tendo havido mesmo uns laivos de sub-dividí-lo em parte fundamental e parte clínica. Tem esta forma suas vantagens, mas oferece pelo vício primordial de sua organização, o inconveniente grave de abandonar o técnico futuro aos seus próprios elementos, sem lhe indicar as bases necessárias, nem lhe permitir continuação de estudos indispensáveis. Permiti-me que vos refira em particular, para não nos afastarmos do terreno próprio, a formação técnica do cirurgião. Sem escolas diretrizes hospitalares, sem obrigações de qualquer natureza de parte a parte, sem a minima exigência de estudos pre-formadores, inicia-se a prática clínica sob seu selfcontrol, pautando-a pelo seu proprio senso. Todos nós que assim nos formamos, sentimos esta falha, e notamos este alicerce balouçante. Passados os anos, a experiência nos mostrou as nossas proprias dificuldades e deficiências, e nos outros, a repetição, quiçá mais clamorosa, dos mesmos defeitos. Ainda, o embricamento dos dados do problema requer para a sua resolução a visão do conjunto. É inegavel a importância maxima do estudo da Anatomia, pois é para nós, como a geografia para o navegante, os astros para o astronomo, os números para o matemático. Seu estudo é elementar

e ao mesmo tempo essencial. A compreensão deste fato é tão singela, tão simples e tão clara, que a nossa insistência e repetição, se parece com uma daquelas verdades "acacianas", que têm tanto de verdade como de simploria a sua repetição. E, no entanto, reduzido foi o seu tempo de estudo, perdeu o seu desdobramento natural em Anatomia Topografica e não se cogitou de possibilitar melhor aperfeiçoamento. Permanece no curso de Medicina Operatoria, com a intenção evidente de servir de treinamento manual, de habituar ao uso do instrumental cirúrgico e de realizar as operações, obedientes aos tempos técnicos, e a visão das regiões anatomo-cirúrgicas. Constroe-se a abóbada e retira-se os alicerces, dá-se a visão panorâmica e não se mostra os detalhes. Seriam estas as disciplinas mais diretamente ligadas à execução do ato operatorio e à formação técnica do aspirante a cirurgião, em sequência da orientação francesa. O elogio desta formação e de seus resultados práticos é quasi unânime em França, onde é continuado nos moldes da Escola de prosectores e de auxiliares de anatomia creada por Sappey em 1879 e em vigor até hoje na mór parte das suas Faculdades (Tixier). Em discurso inaugural ao Congresso Francez de Cirurgia, 1929, Tixier afirmou: "Estes exercicios de Medicina Operatoria são considerados na França como o complemento natural e indispensavel, dos trabalhos praticos de anatomia" e desempenham na formação técnica dos cirurgiões franceses papel consideravel.

Os anos de aprendizagem, diz Forgue, têm para princípio e para base a instrução anatômica. Acompanha estes estudos basicos a freqência hospitalar e concomitantemente se faz o aperfeiçoamento manual do técnico. É por alguns contrariado este modo de proceder, julgando exagerada esta frequência prolongada nos anfiteatros de anatomia, em prejuízo até da permanência clínica e da, também, indispensável prática das materias de laboratório, principalmente fisiologia e anatomia patológica, que colocam o cirurgião em contacto mais direto com os problemas vitais. É a concepção mais ampla do cirurgião, que não é o técnico manual, apenas, mas o clínico que deve estar instruido dos assuntos concernentes às ciencias biologicas, em colaboração íntima com o laboratorio. É a extensão do dominio cirúrgico, exigindo outras bases de estudo, e da parte do técnico, mais vastos conhecimentos e talvez, outra concepção do ato cirurgico e da resolução terapêutica. Nesta ordem de idéias,

Cunéo (1934) poude escrever: "Um dos pontos essenciais consiste em alargar os conhecimentos biologicos do futuro cirurgião. O ensino da fisiologia deve tornar uma das bases de sua educação; não falo somente da fisiologia dos órgãos, mas ainda a fisiologia geral, isto é, a fisiologia dos tecidos, da célula, numa palavra, a histo-fisiologia". É o campo aberto a novas investigações, é o rumo novo da cirurgia atual, que impõe, por certo, uma formação mais complexa e dificil. A parte da técnica operatoria pura, quasi esgotada em suas máximas possibilidades e devido à sua propria perfeição, permitiu o avanço dos problemas para outras diretrizes que exigem outras qualidades e preparo cirurgicos.

A afinidade cada vez maior dos problemas clinicos com as ciências biologicas e a necessidade de novos metodos de estudo impõem uma convivência mais direta com as ciências de observação e experimentais, e talvez dêm razão, ao que se nota em paizes de influência germânica, onde a formação técnica se desenvolve exclusivamente no trato diario do hospital e no convívio do mestre, auxiliando-o diretamente.

Porém, sobreleva a tudo mais, a formação moral. Nenhuma profissão tem campo tão vasto de observação humana, ninguem tem contacto tão direto e se sente mais próximo dos sentimentos humanos, do trágico humano; a ninguém mais que o médico é necessário uma rígida educação moral. A concepção inteira de nossas capacidade e dignidade profissionais, e o sentimento da responsabilidade de nossos atos, quer sob o ponto de vista técnico, quer sob o ponto de vista científico, assumem para nós uma importância excepcional e primordial. Alguém já o disse, a primeira qualidade não é nem inteligência nem o sangue-frio, nem a habilidade, mas sim a moralidade e sem ela, todas as outras se apagam (Michel). Póde-se afirmar, vale muito mais a educação do homem, a afirmação da personalidade que o fará útil honestamente e o tornará incapaz de atos prejudiciais. Ao estudante encaminha, naturalmente, ao médico dá o senso da medida e a consciência profissional, do professor exige a honestidade nos conselhos e a verdade nas publicações. Esta educação é a noção da consciência e da responsabilidade em sua plena compreensão, e o acordo íntimo entre o pensamento, juizo e raciocínio, sentimento e amor, e a ação, um aclarando a outra, e esta realizando aquele. Após os debates in-

timos do diagnóstico, segue-se a decisão, diretamente influida pela formação do profissional, e nos apresentará, nas intervenções cirurgicas diariamente realizadas, um destes exemplos, que analisados em sua essência, é uma demonstração viva e completa da mão que age e do pensamento que guia. O primeiro gráo deste trabalho é fruto da inteligência, dos estudos das leis da natureza, nesta concepção de Bacon: "Não se recomenda a natureza senão lhe obedecendo"; e o segundo gráo, é a vontade de conformar, seu ato a esta verdade, a decisão em sequência da reflexão, em acôrdo unisono com a imagem do objeto, a vida humana. A grandiosidade da obra, o quadro em que se desenvolve, de aparencia mecanizada, mas realmente altamente humana, contrasta em sua simplicidade com o profundo significado. Tenhamos nós estes pensamentos quando enfrentamos a decisão necessária, e sentiremos a vida mais justa e intensamente, e dela teremos a imagem, que só a nós, se nos depara com tal realidade, porque ela nos aparece atravez da dor e no silêncio da morte. São estes dois reflexos da vida, o sofrimento e o repouso, que lhe dão mais vibrante e intensa aparência e ao mesmo tempo são capazes de despertar as maiores e melhores qualidades humanas, e constituem o nosso viatico diario, com quem lutamos para afastar ou amenisar.

Quem tem sempre presente diante de si a dor e a morte, e sobre elas medita e com elas luta, terá por certo maior respeito à vida e terá muitas vezes pensado qual é o fim da vida. Escreveu Miguel Angelo: "eu não tenho um pensamento em que não esteja gravada a morte". Meditar sobre seu sentido é trágico e glacial, mas ela é, como diz Majocchi, para nós medicos, um inimigo pessoal. Em "Les Sens de La Mort", Paul Bourget nos coloca, em traços cintilantes e vividos, diante de duas visões da morte, que têm o rigor da verdade observavel. É Ortègue de um lado, homem superior, professor genial, cirurgião creador, cientista, e em filosofia materialista, na vida cumulado de todos os favores do destino, que encara a morte como um fenomeno catastrofico e absurdo e como a anulação completa de seu psiquismo intelectual e sentimental, e que revolta as profundas energias de sua vida afetiva. Doutro lado, Le Gallic, o homem de ação, mas de ação modesta, ser religioso e crente, que não construiu doutrina, mas recebeu-a, cujo psiquismo intelectual e sentimental se adaptam perfeitamente a sua personalidade e o fazem aceitar a morte como uma consumação

e um complemento, uma resignação que é entusiasmo, alegria e amor. "A linguagem tem riquezas escondidas e como esta palavra sentido é profunda com seu duplo valor de significação e de direção" (Bourget). "A vida é a morte", escreveu Bichat, e Maeterlinck expressou: "Sem a morte, que seria a vida? É ela que lhe dá seu pêso, sua importância, sua dignidade, sua significação e suas perspectivas infinitas". E a dor? Escrevem Sauerbruch e Wencke em "Wesen und Bedeutung des Schmerzes" — "Ela faz parte de nosso fato como a morte. É uma parte de nossa união na vida. Saúde e doença, alegria e dor, vida e morte, são os eternos contrários. Mas somente nesta bipolaridade se preenche todo o sentido terreno da vida". Si variavel é a sua interpretação fisiologica, psicologica, biologica, racional, ética e religiosa, a sua existência é real, nós a encontramos todos os dias como sintoma e como doença, a desafiar o conhecimento de seus mecanismos íntimos. Em inúmeras definições da dor fisica, as expressões de que é uma reação de defesa, um feliz sinal que nos previne da doença, são, por Leriche em sua esplendida publicação, "A Cirurgia da Dor", contraditadas, pois ele nos assinala e é de observação corrente, as graves doenças que evolvem silenciosamente, e, como ele o diz "são dramas em dois atos". No primeiro, sorrateiro, a destruição se faz no morno silencio dos tecidos, e quando a dor surge, quasi sempre no segundo ato, é muito tarde e só vem agravar e tornar mais triste e menos suportavel o desenlace. Não é só este tipo de dor que o medico vê e sente como si coisa palpavel fosse, mas também a dor moral, que avassala e enobrece, vulgariza e tranquiliza, humilha e envaidece. Atinge Nietzsche em sua filosofia a uma verdadeira concupicencia da dor, e a julga a parte inexplicavel e insoluvel da vida, lúcida e vigilante por isso que faz meditar e combater. "O valor da vida está em sua complexidade, seu absurdo e sua incerteza, isto é, no que nos faz sofrer, a dor", escreve ele, e na elevação e no amor da dor, cria o seu heróe tragico, o homem acima da fraqueza e do medo, o super-homem, que suporta a dor e deseja a dor.

A seriedade do objeto destes pensamentos, si vos lembramos, é porque constituem uma grande parte da nossa vida, e são as grandes razões da nossa existência, e as imensas afirmações do nosso nada. Ainda é Leriche que, no início duma das conferências, escreve: "Eu refletia estes últimos dias, que não há, ao meu conhecimento, um só livro de cirurgia no mundo que

nos diga o que é a morte, como e porque se morre, enquanto que sobre este assunto certamente, como sobre a dor, as ocasiões de estudo cirurgico não faltam e é certamente possível, eu tenho a certeza, estudando a morte, conseguir fazê-la recuar em numerosos casos".

Tivemos a intenção de vos apresentar alguns pontos a refletir sobre a formação do medico, sem nos extendermos demasiado, e de vos aguçar a curiosidade e de vos sentir quão complexa ela é, mas ao mesmo tempo como é possível vencer, desde que se tenha vontade.

Visam os Americanos do Norte, no ensino, uma fórmula simples e singela, porém de muita profundeza no sentido e de necessidade absoluta de compreensão, a educação dos três H- "hand, head and heart", "mão, cabeça e coração". Ela quer bem dizer que juntos e associados, devem estar sempre no ensino a arte manual, por si só representada por uma perfeição humana, a mão, porém, nunca agindo sem o pensamento e a razão, diretores do gesto, como a indicar o caracteristico humano e sobrepairando e em combinação íntima, as qualidades da alma e do coração. É em sintese, a questão do nosso problema, e sua resolução está, em última análise, na educação.

CONCEITO DE UNIVERSIDADE

O organismo complexo da Universidade exige, pelas suas múltiplas funções, uma organização bem ordenada e baseada em diretrizes de princípios pré-estabelecidos. O conceito de Universidade, de próprio nome lembrando o universal e o geral, tem podido ser interpretado de modos vários, confundindo-se, temos a impressão, o formal e material com a idéia fundamental da conceituação.

Presupõe sua existência, um arcabouço técnico de estudo superior, onde se deve e seja possível, por todos os meios e recursos, ministrar o ensino para todas as atividades humanas, que exigem necessário preparo especializado, em caráter de generalidades e de minúcias, na intenção do crear os dirigentes e formar as elites culturais.

Este o "leit-motiv" dominador de todas as creações de estudos superiores, e si outros não fossem de convencer a utilidade e necessidade, este só bastaria para se pensar precipuamente no problema e julgá-lo pelo prisma de importância que merece e dedicar na sua resolução prática todos os esforços, medidos e descomedidos, para se chegar ao máximo de aproveitamento.

A frequência aos cursos se faz no período da vida, que se procura apoio nos conhecimentos, que se esboçam os caminhos futuros e que se determinam as verdadeiras inclinações e pendores naturais; tudo acrescido, para relevar mais ainda a sua importância, de serem os técnicos aí formados os futuros homens das administrações públicas e privadas, os construtores portanto, da sociedade e seus mentores diretos ou indiretos.

Tal a compreensão dos problemas a este tempo adquirida, qual a resolução ativa na vida prática.

Mas não só este conceito de adoção geral completa a fina-

lidade do curso superior e é quando, então, se modificando o aspecto exterior apenas, na execução da idéia, aparecem, aqui ou alí, como si obedecesse a formação da Universidade a critérios diferentes, tipos de Universidade americana, inglesa ou alemã. Realmente, a interpretação deverá ser outra, desde que se atente ao princípio preponderante, quiçá da mesma relevância, da formação moral do caráter, do temperamento racial e do feitio nacional.

A Universidade deve preencher também este fim primacial de educação, de sentido espiritual, na conservação e aprimoramento da nacionalidade, nesta se compreendendo hábitos, costumes, tradições, respeito religioso, moral, língua, raça e instituições. Deste modo, e sob este aspecto, tomam as organizações universitárias de países vários, variadas feições exteriores, porque reflexas do ambiente nacional no respeito e aperfeiçoamento do que lhe é próprio e caraterístico, ao mesmo tempo que se tornam fócos irradiadores da cultura nacional, aprimorada e consciente, associação inteligente do meio, difundidora compreensiva das qualidades e corretora dos defeitos.

Reflexa dos característicos da nação, só pode e deve ter a sua organização adaptada ao âmbito físico e geográfico, individual, coletivo e social, obediente a normas necessárias e eficientes, e assume o seu arcabouço exterior, grandiosidade e beleza, sempre em relação com a civilização que pretende servir.

Doutro lado, a missão de formadora da cultura, no cultivo do elemento humano, representativo da cultura nacional e universal, dá à Universidade uma base de unidade espiritual e intelectual, idêntica nos fins, embora os meios se adaptem ao próprio meio na sua realização.

Depreende-se pois que a Universidade é idéia e ato, que se associam para concretização, não se medindo por diferença de importância e só se a devendo compreender realizada e executada na idéia do seu princípio fundamental, refletida na educação nacional.

Copiar modelos alheios sem adaptação, além de aplicação ineficiente, é esquecer uma das finalidades principais da Universidade, bem como não cogitar das condições sociais e geográficas na sua formação, é não apreender por inteiro o conceito de Universidade.

Um é aplicação, ato portanto, dependente do país e seu povo, seu grau de civilização e recursos materiais, privados e públicos; outro é idéia, geral e universal no conceito, dirigente da realização.

A creação racional do estudo superior técnico no Brasil se nos afigura a obra máxima da organização nacional, pelos seus efeitos imediatos de produção e duradoiro de alevantamento do nosso nível intelectual.

O ESTUDO DA CLINICA CIRURGICA NO CURSO MEDICO(*)

Não foi facil encontrar um assunto. A escassez tem a dificuldade do numero, mas a facilidade do objetivo. Não foi o nosso caso. A ampla finalidade e a abundancia de temas originaram dificuldade de determinação, tanto que acabou por ser minha a escolha. Conversaremos sobre o estudo da Clinica Cirurgica no Curso Medico. Talvez o metodo de exposição e a maneira de dizer não realcem o valor do assunto; aí então, cabe a culpa à Comissão, que assim o quiz.

A clinica cirurgica e a clinica medica são estudos de fim de curso, de cupola, pois são ciencia e arte de aplicação de conhecimentos já auferidos. Nenhuma separação existe de fundamento e de base entre a clinica medica e a clinica cirurgica, a não ser pela sua terapeutica, que naquela é de indicações e contra-indicações e de indicações de outra especie, e nesta, é de ação, ação às vezes agressiva, e que exige por isso uma formação tecnica um pouco diversa, do que se deve ter, quando se exerce exclusivamente clinica medica. É esta terapeutica que faz a diferença entre uma e outra. Mas nada as separa. Todos os seus estudos são congeneres e conexos, dependendo diretamente destes estudos a sua aplicação racional.

O cultivo da clinica geral, o que na clinica medica se diz e se aprende, é uma das mais nobres funções que o medico póde exercer. É na cultura geral que se obtem a firmeza, o conselheiro ideal para a atuação delicada da indicação e contra-indicação terapeuticas. Ser um bom clinico geral é ter a cultura geral da medicina, é ter enfrentado, embora no seu conjunto, todos os problemas inerentes à medicina, é ter dela uma idéia certa, segura e exata, embora seja o clinico algumas vezes incapaz de exercer a ação terapeutica por exigir esta uma deter-

(*) Conferencia taquigrafada, pronunciada a convite da Comissão Cientifico-cultural do Centro Academico "Nilo Cairo", em 17 de maio de 1940.

minada especialização. Mas nem só por isto, que é muito, deve existir o clínico geral, pois ele desempenha além de tudo, a sua nobre missão de conselheiro familiar, de medico de familia, dando as convenientes indicações consentaneas, logicas e racionais, aos que precisam dele por não terem outro que não seja este conselheiro que, para eles, é nobre e é excelente. É nesta feição que se deverá estudar a clinica medica. Será tambem a mesma feição, o mesmo aspecto que para nós deverá ter a clinica cirurgica no curso de medicina; não haverá e não poderá ter feição especializada, porque esta está ao encargo de outras clinicas cirurgicas especializadas, mas com elas e nelas é que se deve aprender e compreender os problemas complexos e dificeis que preenchem a clinica cirurgica. Nos seus dois aspectos essenciais de clinica, isto é, tendo por finalidade o tratamento do doente, e cirurgica, fazendo uma formação especializada como o proprio nome indica por metodos, meios e processos diferentes, conforme as exigenciais necessarias a uma intervenção terapeutica especial. Assim sendo e devendo esta ação ser dominada pelo pensamento, na acepção de exigencias basicas e fundamentais de principios e de processos diversos, há necessidade de que possamos, em outros departamentos, aprender esses elementos basicos para aplicá-los convenientemente. As exigenciais da clínica fazem com que se deva buscar recursos em outras materias, para que nelas se aufiram os conhecimentos indispensaveis. A cirurgia exige para o seu raciocinio que se trate do doente e, antes, que se tenha conhecimento da doença, portanto que se proceda ao diagnóstico. Para que esse diagnóstico se possa fazer, há necessidade de se procurar meios e recursos de exame do doente, para que se possa fixar o diagnóstico no seu meio nosografico proprio. Por conseguinte, devemos ainda tomar conhecimento com a propedeutica ou semiologia, que é onde se consegue saber destes recursos indispensaveis. Deste modo, a clinica compreende a propedeutica para a consecução do diagnóstico, e a terapeutica.

Mas todas estas partes, todos estes estudos necessarios se fazem no ser humano, que é individuo — ser fisico — e pessoa — ser psíquico. Por outro lado, não se poderá ter uma noção exata dos elementos componentes do diagnóstico, si não tivermos bem fixada a composição fisica do organismo humano, portanto fazendo-se necessario o estudo dos elementos caracteristicos deste organismo em suas partes, que fazem o corpo

humano. Mas, ao mesmo tempo que são separadas, estas partes, por departamentos, elas não podem ser esquecidas como um todo unico, reagindo sempre na sua comunidade. Daí, então, a necessidade primacial e indispensavel do curso fundamental chamado, bem feito, bem concatenado e nunca, em nenhuma ocasião para o cirurgião, esquecido. Não que seja diariamente necessario todo o conhecimento de minucias que se obtem no estudo detalhado de cada uma destas cadeiras, mas sim no seu conjunto geral, no seu aspecto de orientação, na sua conformação total e integral, da biologia geral, conhecido e compreendido o fenomeno biologico nesta accepção, de reação contra o meio, sempre por uma determinada fórma e não esquecendo, que o ser humano está colocado na ultima escala de uma serie animal, e que o estudo comparativo que se faz sucessivamente em toda essa serie e na qual os fenomenos cada vez mais complexos se tornam, fazem com que nós pensemos sempre nessa orientação, para que dela possamos depreender, e nos habituarmos às suas conclusões.

Parece, à primeira vista, que ao cirurgião de um modo geral, todos esses conhecimentos são desnecessarios e que eles de nada servem sob o ponto de vista prático. É um engano, porque só com eles e deles, é que se póde fazer raciocinio logico e compreensivo, que se poderá ter uma orientação científica, pois são essas ciencias fundamentais, que dão à nossa arte de aplicação o seu aspecto cientifico que existe, que não póde ser negado, pois não é por que exerçamos os nossos mistéres com a mão e por intermedio de objetos mecanisados, que possa parecer serem eles exercidos sem noção precisa de logica. Não é verdade, porque de fato, cada um dos nossos gestos é uma aplicação imediata de um conhecimento, que está profundamente arraigado em nosso espirito, que póde parecer mecanizado, mas que está integralizado dentro de um todo de conhecimentos gerais, com uma base tanto mais compreensivel quanto possa ser melhor conhecida e que as nossas deduções teoricas nos fornecem.

Este deverá ser o programa de ensino, e tambem de conhecimento e de estudo principalmente, para que se possa ter a compreensão de todos os assuntos inerentes aos fatos clinicos, das tecnicas, que como afirmámos são agressivas muitas vezes, e que devem estar limitadas na compreensão, e não exerçam

nada que possa ser prejudicial, quando não possa ser favoravel ou curativa. Poristo parece à primeira vista, por um conceito falso e falho, que alguem que lida com fatos e cousas de clinica cirurgica, seja unica e exclusivamente um especialista, que para ele não seja necessario o conhecimento profundo, minucioso e o mais integral possivel de todos os fatos referentes às cadeiras basicas do curso medico. Pelo contrário. À medida que avançamos, que sedimentamos a cultura médica, há mais necessidade deles, de conseguirmos dêsses conhecimentos todo o material possivel, e esta é a razão, pela qual nos sentimos balouçantes, sempre que não dispomos de recursos dentro dessas ciencias, e de elementos que nos forneçam uma conveniente compreensão. Si nós todos pudermos compreender este fato, que é basico e fundamental, teremos a certeza de que podemos sempre e cada vez mais, embora uns lentamente e outros rapidamente, adquirir o aperfeiçoamento e melhoramento pessoal e profissional.

A orientação do curso, nas materias fundamentais, poderá ser, como tudo, criticada, e elas não obedecem à orientação que seria de desejar, nem nas nossas faculdades, nem em algumas extrangeiras. Essa orientação poderia, a nós assim parece, obedecer principalmente a dois criterios: de explorar a possivel vocação do pesquizador, por entre os que estudam essas ciencias fundamentais, formando o tecnico de laboratorio, da pesquiza pura, ou então, em segundo, dar aos estudantes os elementos necessarios, para compreender e cultivar os problemas clinicos e cirurgicos. Mas ficamos no meio termo, e não fornecemos, por falha de organização, nem a uma, nem a outra diretriz, os elementos suficientes para a sua consecução. Para ficarmos em nosso campo de ação, não sentimos que haja uma orientação, uma escola na acepção ampla do termo, para dar ao futuro cirurgião o caminho certo, para o seu estudo, sua formação tecnica e prática diária. Será dificil criticar, e a nossa exposição não é de crítica, pela sua finalidade. Diremos apenas o que julgarmos necessario para o estudo e mesmo para podermos compreender os problemas, emfim, clinicos, do cirurgião.

Ficará de primeira mão, e como elemento absolutamente indispensavel, a Anatomia. Sem ela o cirurgião será como o matematico que não lida com numeros, ou não sabe ler os numeros; nem um raciocinio seu, sem o conhecimento da anato-

mia, será possivel, todos eles serão falhos, e como consequencia todos os diagnósticos serão dificeis de serem feitos, embora o possam ser todos, à moda de um enfermeiro ou prático de hospital, que cuida longos anos de doentes, lida e conhece as doenças e o seu tratamento, mas nunca com uma base fundamental e precisa.

A anatomia deve ser dividida em descritiva e topografica, aquela estudada em primeiro lugar e esta em segundo, uma como complemento da outra. Mas, poder-se-ia dizer porque estudarmos descritivamente ossos, articulações, musculos e tudo o mais, si, sob o ponto de vista exclusivo da descrição anatomica, não encontramos a sua aplicação prática? É o mesmo que dizer: porque estudarmos geografia, por meio de golfos, rios e canais, primeiro descrevendo-os e situando-os, e não diretamente por viagens? Porque há necessidade que tenhamos conhecimento dêsses golfos, rios e canais, para devidamente reconhecê-los.

A razão está pois na necessidade de a estudarmos descritivamente, para conhecer a denominação e situação das partes componentes do todo humano e depois, podermos estudar topograficamente ou cirurgicamente, como tambem se diz, e assim termos uma idéia da situação e da localização dessas partes, idéia que, cremos, seja de fato a mais necessaria para a clinica.

A nós é desagradavel afirmar e verificar que este estudo da anatomia esteja manifestamente relegado para um plano inferior, como está, e não seja ele fundamental de varios anos, de tal modo que nos habituemos com ele em nossa prática diaria. como nos habituamos às nossas cousas e habitos, os mais corriqueiros. Como poderá existir quem exerça praticamente a cirurgia, sem conhecer o terreno em que pisa e com que lida, com que elementos conta na sua frente até atingir o seu fim, sem percalços e danos! Poderá existir; cremos mesmo que exista. Mas este, não póde ser o que, segundo a nossa concepção, pensamos que deva ser um verdadeiro cirurgião.

Após a anatomia, devemos naturalmente conhecer a fisiologia, e, como complemento dela, a quimica biologica. Não devemos esquecer, nem desprezar o porque do órgão existir, porque está situado do modo e da maneira por que está, pois é pela existencia de uma função e pelo distúrbio que ela porven-

tura apresente, que se fazem as entidades morbidas e daí, então, se fará sua volta ao estado natural anterior. De modo que devemos, sem negligência, obter conhecimentos auferidos nesses pontos, da maneira como nos são transmitidos, lentamente, na certeza da sua aplicação futura. Eles são tão necessarios como a anatomia, porque são órgão e função, duas exigencias sempre atuais, um sem o outro não subsiste, um é complemento do outro, mesmo sem sabermos qual se origina primeiro. E tão importante é esta orientação para nós em cirurgia, que após nossa formação tecnica, poude se formar conceito de cirurgião-anatomista, dos quais o tipo é Farabeuf, o grande propugnador da tecnica cirurgica sob criterio puramente anatomico e que, mais hodiernamente, como que se transformou, para dar à cirurgia um carater fisiologico, tal como o sugére Leriche, com a exigencia de ter o cirurgião conhecimentos muito mais amplos da fisiologia do que anteriormente se fazia.

Sob um ponto de vista mais geral, ambas são formações principais para o cirurgião, pois dão a todos os problemas conexos à nossa profissão, a compreensão exata do raciocinio clinico, quer dizer, fornecem maior proficiencia na conclusão de todos os diagnósticos, e permitem a compreensão de todos os processos e técnicas cirurgicas.

Estas são as duas ciencias fundamentais e serão as duas materias que deverão ser consultadas quasi que diariamente, por todos nós, no exercicio prático da medicina, porque só elas nos dão a verdadeira orientação. Ao lado delas se anexam, com natural sequencia, a bacteriologia e a parasitologia, porque são ciencias biologicas por excelencia, como que diremos microscopicas, mas que nos deram, na fase aurea da cirurgia, elementos essenciais para o progresso. São por demais conhecidos todos os estudos bacteriologicos que permitiram a afirmação da origem do germen, e que nos deram a arma princeps, e antisepsia.

Tudo era feito, durante varios seculos quasi que sem variação alguma, quando os estudos de bacteriologia esclareceram o problema da infecção, tendo como sua primeira consequencia a esterilização e o impulso formidavel da arte cirurgica, resultando o que Lecène chama verdadeira revolução. Por isto, devemos conhecer os elementos que a bacteriologia fornece, devemos ter dessas vidas ciroscopicas a necessaria ilustração,

para a luta, ou melhor, para não enfrentarmos os microbios, que são os nossos grandes inimigos, sem estarmos ao par, pelo menos, dos seus aspectos mais comuns. É preciso pois, conhecermos esse mundo microscopico, e termos vida comum com ele, pois só assim encontramos os elementos necessários para sua compreensão.

Ficará ainda por último, uma das materias do curso, que para nós e para o cirurgião, ou melhor, em nosso conceito, permitam que o digamos, é de uma importancia capital: é a anatomia-patologica.

A anatomia patologica, apesar de estudar, aparentemente, o que é morto, o que é cadaverico, tem fornecido à cirurgia os maiores impulsos de progresso. É nela que lidamos com toda a sorte de formações celulares benignas e segundo a sua orientação, é que temos conhecido varios esclarecimentos, que têm permitido a ação real, pronta e eficiente na cura de várias lesões. Mas não é o aspecto morfologico da anatomia patologica a que nos referimos, nem como ela é compreendida em nosso curso. Ela deverá ser estudada na sua função geral de Patologia e de Anatomia Patologica, procurando ser vivificada tanto quanto possivel nos fatos clinicos, do ser vivo, procurando encontrar no cadaver, por assim dizer, um pouco de vida, emfim, alguma cousa que, pelo seu estudo, possa sugerir algo de novo e eficiente para a prática. Esta deve ser a diretriz e estes os conceitos dominantes para o estudo desta Anatomia Patologica, — aliás que se percebem nas Universidades de influencia germanica e, entre nós ainda, na Faculdade de Medicina de São Paulo — porque só eles são logicos, consentaneos com os fins do seu ensino e permitem seja util para nós, servindo mesmo de documentação de formação tecnica cirurgica. Cirurgiões desta escola, tais como Lécene, Mickulicz, Trendelembourg, com formação primeira de anatomo-patologista, para posterior entrada no terreno clinico, com um cabedal científico que lhes deu orientação diferente, ampla no seu campo de ação, nas suas várias modalidades, e com ação de verdadeiros cirurgiões inovadores. E sem que se disponha deste campo fundamental de estudo, poder-se-á ser exclusivamente um corriqueiro aplicador de metodos cirurgicos vistos, de artes executadas, mas nunca um cirurgião racional, nem tão pouco inovador.

A clinica cirurgica é uma composição complexa de clinica e de cirurgia. Como clinica, dando naturalmente a impressão dos três degráus proprios: a propedeutica, o diagnostico e o tratamento, este ultimo com o seu carater proprio de cirurgia, pois é por ele que a Clínica Cirurgica se separa naturalmente da Clínica Médica, e que só vai nos dar uma feição especializada, que exija não só os conhecimentos fundamentais que expuzemos, mas ainda, como que um treinamento manual para o exercicio da prática cirurgica.

Ainda existe o que se denomina de Tecnica Cirurgica, a qual é a utilização de varios meios mecanizados e ainda das proprias mãos, para, com artificios ou com o praticar continuado, podermos fazer o exercicio manual da nossa terapeutica. E é este o conceito que deve fazer perdurar no estudo geral a Tecnica Cirurgica, mas não como se a compreende ou como ela é entendida no curso atual. Como dar a uma determinada materia, que é de exercicio manual, portanto, que deve ter o fim de fazer com que seja determinadora e ao mesmo tempo difundidora de todos os metodos cirurgicos imaginaveis e complicados, um carater geral de aprendizagem? Porque não se poderia dispô-la de outro modo, ajustando-a para que fizesse uma escolha, dos que acaso inclinação tivessem durante o curso para, do exercicio manual cadaverico, passarem consequentemente, ao exercicio no vivo. Esta, parece-nos, deveria ser a compreensão da diretriz orientadora desta materia dentro do curso. E nós mesmo temos propugnado — e já afirmámos de outra feita — e temos dito que só com um curso de aperfeiçoamento cirurgico se póde obter cirurgiões, como eles verdadeiramente devem ser, e neste curso, é que deveria estar este aprendizado, com o seu caracteristico de exercicio manual cadaverico de Tecnica Cirurgica, sendo atualmente, como há anos atraz, substituido pelo de Anatomia Topografica, para que ficasse repizado o estudo da Anatomia ,até dar e fornecer ao estudante os necessarios elementos para compreensão exata da tecnica cirurgica. Assim é que pensamos se deva entendê-la, isto é, a aplicação dos conhecimentos da tecnica para a clinica.

Naturalmente, cada uma destas nossas afirmações é quasi que um tema para considerações especiais. Elas necessitariam talvez de longos recursos de retorica, para podermos compreender as nossas afirmativas. Dissemos apenas o indispensavel

e tambem as nossas conclusões do que temos podido ver e do que temos podido ler sobre o assunto.

Aparentemente poderão parecer afirmativas no ar. Mas elas não o são. Partem de quem tem querido observar o mais que possivel seja, no intuito de produzir alguma cousa de novo e de util. Vêm portanto da soma de alguns anos de observação neste sentido, e tambem da aplicação de erros proprios, para poder-se evitar erros futuros, de outra natureza, e talvez mais graves. Mas infelizmente, por esses anos todos, de passagem, temos notado que continúa tudo do mesmo modo; como tivemos dificuldades na escolha de nossa orientação, os que vêm tambem as terão, sem que, até agora, nenhum criterio novo se tenha observado para a destruição dessas dificuldades.

Fica ainda uma outra parte do problema, para nós muito interessante e do qual não poderiamos, em palestra como esta, esquecer: a parte humana do cirurgião. Depois de todo o estudo que a instrução fornece para a formação do cirurgião, vem e deverá estar sempre presente, conjuntamente, o cabedal humano que é a vida substancial da arte. Esta feição, que poderá parecer sem importância, pelo contrário, é de importância capital, ao mesmo tempo que dá os elementos individuais para o exercicio da profissão de cirurgião, impõe o seu criterio social dentro da sociedade. São dois fatores que deverão sempre ser levados em consideração. E para que eles possam ser bem conhecidos e ao mesmo tempo bem argumentados, alguns principios de ordem geral devem ser aventados.

Nota-se que, conforme a orientação de ensino e de estudo, formam-se cirurgiões de modo diferente ,e mesmo o conceito individual é lançado por este ou por outrem de maneira diferente, a permitir quasi que sempre uma opinião pessoal. A titulo de curiosidode, citaremos uma apreciação de Piccard sobre o modo de estudo na Alemanha: "A organização alemã transforma os homens em "maquinas de saber", emquanto que o verdadeiro sabio é o que ultrapassa os velhos metodos e as teorias atuais para descobrir novos, isto é, que ultrapassa a organização". Emquanto que Huxley assim se expressa: "As instituições não fazem os homens, assim como a organização não faz a vida".

Vê-se que existem orientações diferentes e julga-se que

uma boa organização não é tudo, e há como que um criterio individualista de formação e de conceituação vária, conforme os paises e conforme os homens de estudo. No emtanto, parece podermos afirmar que, si o criterio individualista de estudo e de formação dos que estudam poderia ter sido o ideal até o seculo passado, a dificuldade de meios, a complexidade e extensão dos problemas da ciencia nas suas aplicações, com a existencia da civilização atual, de qualidade e de quantidade, há necessidade de se fornecer esses elementos em quantidade, mas mais ainda em qualidade, e cremos que o criterio ainda a subsistir é o da organização coletiva, de modo que a cabeça pensante individual, acrescida do seu fator pessoal, seja uma representação do coletivo, da escola em que ela foi criada. E é este o criterio que se observa na Alemanha e tambem nos Estados Unidos. O individuo que está à frente da coletividade em agremiação científico- cultural, de qualquer especie, representa o que o coletivo significa naturalmente, como que desaparece o individuo que está à frente para permanecer a idéia em execução e sua organização, e não o que se nota nos de orientação francesa em geral, onde prepondera a feição individualista de trabalho e ordenação.

O que se observa é que a civilização atual exige que a elite distribuidora de cultura seja tambem organizada, e só esta orientação poderá persistir. E para nós, no Brasil, é uma necessidade que se convenha neste objetivo de estudo, nesta orientação, e se faça dela uma orientação coletiva de estudo, sem o que é absolutamente impossivel formarmos cientistas e alguma cousa util em ciencias.

Embora nestes moldes de formação, em cirurgia não podemos prescindir da individualidade, porque se é uma profissão de enorme repercussão social e coletiva, deverá ser sempre individual, porque o exercer tecnico do cirurgião é sempre um exercicio individual, de ação e de gestos, embora obedeça o mesmo criterio de escola e a mesma aplicação de metodos. Assim deverá o cirurgião cuidar da sua individualidade, e principalmente da sua personalidade, associando qualidades para possibilitar pleno exercicio de sua função. Afirma-se, e afirmava-se antigamente com muito mais frequencia, possuirem alguns o tino medico, com tambem se o diz, para outros, instinto cirurgico. Não acreditamos em tal asserção. Cremos que exista

uma inclinação natural para determinadas especializações, mas não que este tino ou que este instinto seja tudo para permitir qualquer exercicio, e dê a estas pessoas um cunho pessoal e diferente do que outros poderão obter por aplicação ou por estudo. Neste sentido, compreendemos que exista de fato uma inclinação ou propensão natural, mas que ela seja tudo, sem ser devidamente cultivada, ou que possa ser mais brilhante que o estudo eficiente e aplicado, não cremos, porque temos visto o que essa força de estudar, essa aplicação constante pódem fazer, mesmo quando aparentemente não exista este instinto. Cathelin, que acreditava nessa inclinação, nos fornece uma definição que muito bem dá uma idéia do que verdadeiramente significa: "Um ato instintivo é o resultado dum impulso, não raciocinado, mas concorrendo diretamente ao fim, emquanto que ato de inteligencia faz intervir o livre arbitrio, logo raciocinio e juizo". É a diferença primacial entre os dois atos: o do instinto e o da inteligencia. Mas acreditamos sinceramente que o ato do instinto, sendo aplicado sem a direção da inteligencia, erra muito mais vezes do que uma inteligencia sempre presente, apesar de, em ambas as eventualidades, haver a possibilidade do êrro. E assim nos parece que a parte manual da nossa profissão é a que se poderá adquirir com maior facilidade, desde que ela tenha obedecido ao criterio de estudo fundamental, pois este criterio é que dá a segurança do gesto, e este, repetido, cria o habito, e o habito acaba por tornar o ato facil e talvez elegante.

Este mesmo autor como que classifica as qualidades que são exigidas para um tecnico cirurgião: a habilidade manual, o sangue-frio e a engenhosidade. Portanto, ele mostra um cirurgião que exerce a sua profissão sem outros conhecimentos que consideramos fundamentais, com apenas o que a natureza ou a educação lhe deu, considera-o um aplicador de metodos vistos e mecanicamente executados, relegando para segundo plano o que o estudo, a aplicação da inteligencia no exercicio da profissão pódem produzir.

Cremos mais na preponderancia da inteligencia, porque ela está como que definida no individuo, e é de fato a principal, e dá os elementos necessarios para se ter uma plena ação cirurgica.

Dever-se-á ainda exigir do cirurgião um sentimento indis-

pensavel: é o do dever. Sempre, e logicamente, se faz necessaria esta compreensão, pois o cirurgião, mais do que qualquer outro profissional, age diretamente com a vida do seu proximo, e deve compreender todos os riscos decorrentes de sua ação. É o criterio da honestidade profissional que deve ser por nós observado: a necessidade da compreensão do cumprimento do dever para com outrem, da oportunidade da nossa intervenção e a sua conveniencia com o seu bem-estar exclusivo. É o que faz o dever do cirurgião. Muito frequentemente não é facil estabelecer os seus limites exatos, porque os novos metodos e os nossos meios de diagnóstico são às vezes, tão passiveis de tropeços para chegarmos a uma conclusão, que temos em certas ocasiões dificuldade em darmos nossa indicação, e também em aplicá-la.

Além disto, há a responsabilidade. O sentimento da responsabilidade faz do cirurgião um ser excepcional, e seu pensamento e meditação em seu tirocinio diario, em todas as eventualidades, em relação ao doente, à operação e às intervenções a praticar, devem constituir elementos preponderantes na decisão.

Esse sentimento de responsabilidade dos nossos atos precisa estar sempre presente, para que possamos dar uma indicação consetanea com o que requer o momento.

Há ainda a bondade. Ultimamente, tem nos impressionado o conceito da bondade do cirurgião, para com o doente que vai se submeter à sua cirurgia. As suas reações, devemos compreender não como fraqueza pessoal, mas como consequencia dos ditames de um temperamento proprio, que é seu, que não se deve querer modificar, mas emparar, respeitar, e dar a ele o tratamento conveniente, de acôrdo com a sua psicologia. E nisto consiste a bondade do cirurgião: fazer com que o doente sofra o menos possivel, e respeitá-lo na sua integridade psiquica.

Há mais a habilidade manual. Já nos referimos que há o pendor proprio do individuo para as cousas de cirurgia, uma inclinação natural. Este, desde o primeiro contacto com a tecnica cadaverica, como que sente ser o seu caminho. Dedica-se, e com isto adquire uma habilidade manual extraordinaria, emquanto que a outro só muita força de vontade possibilita o

exercicio eficiente da profissão. Apesar disto, cremos que quasi todos os individuos podem obter, com treinamento, a habilidade. Naturalmente, a habilidade para o tecnico no decorrer de uma determinada intervenção, é fator de maior importancia, porque uma intervenção bem conduzida, Leriche o diz, é metade do caminho ganho.

Há, tambem, o sentimento da beleza. Todos devemos sempre pensar na beleza, não na beleza comum, que se julga e se invoca diariamente, mas sim segundo o nosso senso estetico, que existe, e ao cirurgião cabe sempre e tanto quanto possivel respeitar nas suas correções plasticas ou nas suas intervenções, de modo a não ter como resultado defeitos organicos de tal modo deprimentes, que possam retardar o desenvolvimento do doente na sua vida social, ou mesmo transformá-lo em verdadeiro doente moral.

Vimos então que o assunto é dêsses, extensos e complexos, que se presta, sem exagêro, a um sem numero de considerações, e porissso teve de ser, sob certos aspectos, de carater conclusivo. Foi nossa intenção, nesta palestra, apenas dar as indicações gerais, a ao mesmo tempo uma certa fórma, em que pudessemos fundamentar uma conclusão final. Existe uma tendencia natural do estudante, que é o julgamento precipitado e o pensamento da infalibilidade do gesto e da ação, aliás, muito proprio do moço, atribuindo sempre o êrro e a falta ao fator propriamente individual. Esquece ou compreende mal a incerteza das nossas tecnicas, ou melhor, a relativa verdade de nossas afirmativas, o nenhum absolutismo de nossas conclusões, a inconstancia dos resultados e as imperfeições dos nossos metodos, que, estando presentes ao nosso espirito, aconselham prudência, benevolência e ponderação.
Snrs.

Não me poderia ter esquivado ao convite da Diretoria do Centro "Nilo Cairo", por intermedio da Comissão Científico-Cultural, para realizar esta palestra sobre assunto de interêsse geral, técnico, científico, profissional.

O prazer pessoal de expôr idéias que nos são caras, de difundir principios que nos parecem verdadeiros e reais, de tomar contacto, pela palavra e pelo convivio intelectual, com os que

se iniciam no estudo dos fenomenos biologicos em especial referentes à medicina, são fatores que nos alentam neste designio.

Não nos fez aceitar o convite tão somente este proposito, mas ainda, porque julgamos necessidade primacial, essencial e, digamos, urgente, o crear uma atmosfera espiritual, moral e científica favoravel por todos os aspectos, aos refinamentos da cultura, à eclosão de idéias, ao gôsto do convívio intelectual, ao manejo da palavra escrita e falada, ao prazer do estudo na observação e na experiência, à vontade de elevação intelectual no primado da inteligencia.

Não sabemos si, em vos tendo falado, desta feita, foi-nos possivel conseguir o nosso objetivo, de incentivar e apoiar tal empreendimento, por nos ser falho o contingente da experiencia; mas importa pouco no momento, porque, de todo modo, vos asseguramos nosso entusiasmo e nossa vontade fortificados pelos embates suportados e antes de, esmorecimentos, pelo contrário, mais vontade e energia, têm despertado.

Só mentalidade de tal teôr será capaz de formar destes ambientes espirituais, onde nos sentiremos bem e à vontade e onde haverá orgulho altruistico e não egoista, porque será um orgulho coletivo, do trabalho de todos, na vigencia dos anos, pela repercussão exterior do nosso ambito e da Faculdade.

Nestes moldes, e para uma perenidade mais concretizada, vos confiamos a idéia da formação de uma Associação de Antigos Estudantes da Faculdade, que, estou certo, será um núcleo de efetivação dêste ideal.

A FORMAÇÃO INTELECTUAL

Quisesteis, como já o sucedeu de outra feita, nos coubesse ser o acompanhante ritual até vosso contacto último de estudantes, e nossas fossem as últimas palavras nesta solenidade tão significativa e de tanta importância.

Não vos aconselhou por certo a experiência, nem vos deu conselhos a razão, porque se assim o tivesse sido, a outrem estarieis ouvindo e também, usufruindo com mais encantamentos, melhores ensinamentos. Porque vos deixasteis assim dirigir, não o sabemos e se nos torna forçoso não raciocinar para pretender a compreensão.

Ponderamos quanto pudemos no querer esquivar-nos a tal honra e falámos muito então na experiência e na observação e as ajustamos com o tempo, para vos dissuadir de continuar a querer. De nada valeu. Instasteis. Querieis, como quem pensa saber o que quer. Esperemos do entusiasmo, da amizade e simpatia comuns, justeza, satisfação e a inspiração que o momento requer.

Nada nos tolhe para vos falar. A convivência nossa intelectual e espiritual, senão longa, pelo menos prolongada pelos minutos de sobra, que quizeramos sempre bem aproveitados, nos habituou à troca de idéias, ampla e clara, compreensiva e animadora, sintetica de conclusões e analizadora de fatos, prescrutadora do futuro e pesquizadora do passado, franca nas maneiras, sem hostilidade, e entusiasta na forma das idéas idealisantes. Ajustados aos principios, faziamos nossos os caminhos, faceis ou dificeis e por eles enveredavamos e sempre os supunhamos mais aplainados, mesmo indeterminados os fins.

Discurso do Prof. Mário Braga de Abreu ao paraninfar a turma de Médicos da Fac. de Medicina do Paraná, em dezembro de 1940.

Sabiamos, ficaria como permaneceu, este prazer da luta em comum, íntimo e escondido, e por isso mesmo mais satisfaciente, só conhecido aos que pretendem conquistas espirituais, renovamento intelectual e progresso científico. Fazer a crítica, no pensamento de construir, julgar de si proprio, na intenção de aperfeiçoar, imaginar os fatos, na presunção de melhorar, não se satisfazer, para progredir, predeterminar um ideal, para concretizar, sonhar, para realizar, tais foram os moldes, iguais são agora os designios. Utopicos pódem parecer estes pensamentos, mas profundos de sentido e significação, si se lhes der maior atenção, procurando-lhes sondar a veracidade, a utilidade de aplicação e a necessidade de suas diretrizes.

Nada poderá nos demover de propositos, si afincados e arraigados por determinação de principios preestabelecidos, adataveis à prática, mas de antemão conhecidos, como norteadores da ação. É regra individual, de quem dirige a si proprio e dos outros é dirigente, e deverá ser institucional para eficiência na materialização. Nenhuma dúvida nos resultados, com normas de tal jaez, comentadas e discutidas nas minucias para completo esclarecimento e seguro resultado. De pouco vale a realização, quando não obedece seu criterio construtivo a um plano de idéas guiado e dirigido para o fim determinado, previamente instruido. Nenhum exemplo melhor, do que a organização dos estudos de cultura superior na intenção do preparo tecnico especializado.

A seriação gradativa dos conhecimentos, de início no curso secundario, regular e metodica, dando dos problemas essenciais, visão geral e concatenada, apoiada na cultura humanistica classica, a mais propria a despertar o raciocinio acertado, encaminha-se depois, para o ramo superior de instrução, onde a tendencia futura se faz mais clara e a epoca da vida permite melhor esclarecimento. A influencia dos primeiros estudos é, sinão essencial, pelo menos de uma importancia primacial na designação individual e profissional e na discriminação da personalidade. É principalmente à formação do espirito que se torna util a metodização classica neste periodo de instrução, desenvolvendo o espirito crítico e o senso do relativo em contrabalanço ao espirito de sistema e o senso do absoluto. "Permite-lhe ainda mais, maior descortínio e torna-o

mais apto à discussão das idéas, mais habil em sua apresentação, em sua classificação por seu valor moral ou prático, em tudo que eleva a exalta o espirito humano, quando se ocupa de outras especulações diversas das de ciencia e sua aplicação imediata aos interesses materiais" (Michel). É de maior valor ainda na preparação futura, porque faz facil o manejo de idéas abstratas e concretas e alía a um dicernimento facil, rapido e elegante, bom senso e julgamento ponderado. Impregna o espirito de tal modo, que nenhum embaraço causa a generalidade dos assuntos, pois eles se situam sem esforço na escala dos valores e sua discriminação e seleção com os demais ramos do conhecimento humano, práticos ou teóricos, se mostra expontanea na apreensão e lógica na resolução compreensiva. Além disso, sendo a fase da vida em que se insinua a predileção profissional, excusado é fazer ver, dada a influencia preponderante na formação espiritual, a importancia de fornecer, ampla auto-determinação e firme criterio de julgamento. A organização de um sistema secundario adatado a tais necessidades é indispensavel e só póde ser feita na percepção de sua importancia para aproveitamento das tendencias e educação intelectual.

A inteligência a este tempo recebe o seu grande incentivo, para um aprimoramento futuro, no contacto inicial com as grandes incognitas da existencia. É o momento da vida, da aprendizagem da linguagem comum científica, que permitirá com o surgimento da curiosidade natural, a apreensão, o entendimento geral e fornece paulatinamente o conhecimento. Este torna possivel a intercomunicação e estabelece um laço comum entre os homens e permite sua compreensão mutua. "Pelo conhecimento, o ser que seria confinado em si proprio, evade-se de si mesmo. O mundo é dissociado pelo espaço e pelo tempo, mas o conhecimento ultrapassa essa rutura" (Berdiaeff). Seu carater de universalidade une espiritualmente povos e raças diferentes e objetiva ideais humanos, fazendo-os depender duma logica comum, desunidos que sejam nos designios imediatos. E Berdiaeff acrescenta: "A objetivação não se encontra no mesmo gráo no mundo fisico, no mundo organico e no mundo social. É importante notar que embora a objetivação seja por essencia uma socialização, o conhecimento propriamente social goza duma menor universalidade que o conhecimento científico definido sem restrição". O conhecimento

se adquire subjetivado e objetivado, pela linguagem, cooperante principal na formação do espirito, ao mesmo que se instrue a inteligencia e se educa a consciencia, uma sem abandono da outra, como distintivas caracteristicas humanas. Já se sente, nesta epoca, a generalização dos sentimentos e pensamentos, ampliando os horizontes, aos problemas de toda a natureza, e insensivelmente se procura o apôio duma filosofia de principios fundamentados e norteadores, personalista a principio e em seguida social. Os metodos se infundem gradativamente e as suas aplicações se fazem proveitosas, si coordenados com o temperamento individual e orientados num sentido definido, integral de pessoa.

"A filosofia da cultura", deve na opinião de Maritain, "evitar dois erros opostos: o que submete todas as coisas à univocidade, o que dispersa todas as coisas na equivocidade. Uma filosofia da equivocidade, pensará que com o tempo as condições historicas tornam-se de tal modo diferentes que dependem de principos supremos, eles proprios heterogeneos; como si a verdade, o direito e as regras supremas do agir humano fossem mutaveis. Uma filosofia da univocidade levaria a crer que estas regras e estes principios supremos se aplicam sempre da mesma maneira... e não devem mais variar". Encadeia-se então, especificação e determinação dificeis de se obter e adquirir, porque dependentes de fatores multiplos, ambiente educador, professor, constituição, temperamento e carater, moldaveis pelo exemplo e estudo, mas muitas vezes de possibilidades restritas de modificação.

A reflexão tornando-se lentamente livre e pessoal, recebe da inteligencia as bases aos atos elementares sensiveis da concepção. O cultivo da inteligência, bem como a educação do instinto, se formulam necessarios como complementos naturais e os distingue Bergson na afirmativa "Há coisas que só a inteligencia é capaz de pesquizar, mas que por si mesma não encontrará. Estas coisas só o instinto as acharia; mas não as procurará".

A educação do instinto pressupõe a formação da consciencia e sua primeira função "reter o que já não é mais, antecipar sobre o que não é ainda", portanto ato de raciocinio, e desvenda em conjunção simultanea, o acesso intimo às idéas abs-

tratas. A inteligencia, em germen, depende de sua aplicação e critério do seu manejo, para pleno desenvolvimento.

Visto desde modo por exato e aceito o tempo da vida, que o é, nada tolhe para se afirmar a utilidade e a necessidade de se disporem os estudos de forma a não se perderem as disposições individuais, e também permitirem melhor escolha e aproveitamento, de acordo com a natural inclinação. Na formação do espírito, a linguagem, a inteligencia e a consciencia, primitivas em essencia por espécie, concatenam-se e se adaptam, libertadas no evoluir, mas depedentes no esforço comum. Delas dependem todas as qualidades e de sua formação, a futura sedimentação e concomitante exterioridade. Conforme se impregne o espirito, será a realização prática.

Da linguagem, suas expressões e forma, representações e idéas por ela emitidas, diz Richet: "Dir-se-á talvez que certos homens duma bela e inventiva inteligencia falam muito mal e escrevem tão mal quanto falam. Mas si neles a linguagem exterior é defeituosa, têm seguramente uma linguagem interior muito eloquente, porque não saberiam ter alguma precisão em suas ideações, si a idéa não se concretisasse por justas palavras". Realmente, ainda explica Richet, as concepções fundamentais são identicas para todos, em raças e povos diferentes, em pessoas de idades diversas e mesmo em epocas por seculos afastadas, porém mais que a idéa, a linguagem diferencia os homens. "Abstraí as imagens e degradai o estilo. Toda a profundidade do pensamento desaparece". Na linguagem não só a forma é de valia, embora possa ser representativa da cultura e inegavelmente seja na mór parte das vezes a originalidade unica na exposição, pois o frequente é a repetição das idéas e conceitos. Também se preocupou Descartes, na parte primeira do Discurso do Metodo, com o mesmo assunto, e assim expoz seu pensamento: "Os que têm o raciocinio mais forte e põem em ordem melhor seus pensamentos a fim de torná-los claros e inteligiveis, podem melhor persuadir o que propõem, ainda que só falassem a linguagem vulgar e que não tivessem aprendido retorica. E os que têm as invenções mais agradaveis e que as sabem exprimir com mais ornamento e doçura, não deixariam de ser os melhores poetas, ainda que a arte poetica lhes fosse desconhecida". Para Descartes, a ins-

piração na arte e o metodo na ordem das ciencias situam-se em primeiro plano.

Linguagem é forma, inteligencia é pensamento, e consciência é ação. Crear e formar, aperfeiçoar e melhorar estes humanos caracteristicos, constitue um ideal de instrução e educação.

A vida se sucede por etapas, cercada de fatos e cousas comuns que se acumulam, acrescendo-se insensivel e paulatinamente de algo diferente, a distinguir a personalidade. Os mesmos problemas persistem sempre, e mais se acentuam ao tempo da frequencia aos cursos superiores, quando se amolda as qualidades, corrige-se os defeitos, indica-se as diretrizes e ao contacto do mundo exterior, determina-se crença, idéa e trabalho. Não só individual, mas coletivo são os efeitos deste periodo de adaptação repercurtindo direta e indiretamente em todas as manifestações sociais. Bosquejou Carrel os resultados hodiernos da conduta atual diante destes complexos problemas, e nos diz: "Na civilização moderna, o individuo se caracteriza, sobretudo, por uma atividade bastante grande dedicada inteiramente ao lado prático da vida, por muita ignorância, por uma certa habilidade, e por estado de fraqueza mental, que lhe faz receber de maneira profunda a influência do meio, onde se encontra. Parece que na ausencia de armadura moral, a propria inteligencia se obscurece e diminue". E pode ainda acrescentar: "Dir-se-ia que a civilização moderna é incapaz de produzir uma elite dotada ao mesmo tempo de imaginação, inteligência e coragem. Em quase todos os paizes, há diminuição do calibre intelectual e moral nos homens que têm a responsabilidade da direção dos negocios politicos, economicos e sociais". Não escapa ao observador que, para a nação, nenhum elemento cooperador do seu progresso, civilização e cultura, tem a primacial importancia de sua elite intelectual e a ninguém poderá e deverá passar desapercebido que as tradições e costumes, as realizações práticas e concretas são reflexos da cultura e por seu intermedio conservados e dirigidos. O repositorio moral e espiritual, em todas as suas formas e aspectos exteriores, depende do gráo de cultura do povo, e mais essencialmente, de manifestações pessoais e nominais de intelectualidade.

A civilização, no sentido que a entendemos, de reflexo da cultura, desta adquire os principios, as bases e os fundamen-

tos, e deles se serve para realizar materialmente o progresso. Mas, o fator homem, instrumento de cultura e de civilização, idealizador e construtor, faz duma e doutra seu equivalente moral, espiritual e material.

São as normas adquiridas no curso universitario, que influenciarão preponderantemente na direção futura e em muito dependem da organização da instituição. Não se pode compreender civilização com progresso, sem base espiritual, no sentido mais generico e amplo, de disseminação da cultura, de formação técnica profissional perfeita e eficiente, de modo a se constituir um agrupamento intelectual representativo de todas as atividades humanas, de completo aperfeiçoamento. Será o grupo dirigente e conscientemente dirigido, celula isolada e integrante da sociedade e realizadora formal, essencial e acidental nas suas atribuições sociais e tendo por função conservar a elevação do pensamento e a materialização da idéia. Daí o excepcional valor da organização universitaria. O organismo complexo da Universidade exige, pelas suas multiplas funções, uma organização bem ordenada, baseada em diretrizes de principios preestabelecidos. O conceito de Universidade, de proprio nome lembrando o universal e o geral, tem podido ser interpretado de modos varios, confundindo-se, temos a impressão, o formal e material com a idéa fundamental da conceituação.

Pressupõe a existencia, um arcabouço técnico de estudo superior, onde se deve e seja possivel, por todos os meios e recursos, ministrar o ensino para todas as atividades humanas que exigem o necessario preparo especializado, em carater de generalidades e de minucias, na intenção de crear os dirigentes e formar as elites culturais. Este o "leit motiv" dominador de todas as creações de estudos superiores e si outros não fossem de convencer a utilidade e necessidade, este só bastaria, para se pensar precipuamente no problema e julgá-lo pelo prisma de importância que merece, e dedicar na sua resolução prática todos os esforços, medidos e descomedidos, para se chegar ao maximo de aproveitamento. A frequencia aos cursos se faz no periodo da vida, que se procura apoio nos conhecimentos, que se esboça os caminhos futuros e que se determina as verdadeiras inclinações e pendores naturais; tudo acrescido, para relevar mais ainda sua consideração e presti-

mo, de serem os técnicos aí formados, os futuros homens das administrações públicas e privadas, os constituintes portanto, da sociedade e seus mentores diretos ou indiretos.

Tal a compreensão dos problemas a este tempo adquirida, qual a resolução ativa na vida prática.

Mas não só este conceito de adopção geral completa a finalidade do curso superior e é quando, modificando-se o aspecto exterior apenas, na execução da idéa surge, aqui ou ali, como si obedecesse a formação da Universidade a criterios diferentes, universidades de tipos diversos. Realmente, a interpretação deverá ser outra, desde que se atente ao princípio preponderante e da mesma relevancia, da formação moral do carater, do temperamento racial e do feitio nacional. A Universidade deve preencher tambem, o fim primacial da educação, de sentido espiritual, na conservação e aprimoramento da nacionalidade, nesta se compreendendo habitos, costumes, tradições, respeito religioso, moral, lingua, raça e instituições. Deste modo e sob este aspecto tomam as organizações universitarias de paizes varios, variadas feições exteriores, porque reflexos do ambiente nacional no respeito e aperfeiçoamento do que lhe é proprio e caracteristico, ao mesmo tempo que se tornam focos irradiadores da cultura nacional, aprimorada e consciente, e por associação inteligente do meio, difundidora compreensiva das qualidades. Reflexo dos caracteristicos da nação só póde e deve ter a sua organização adaptada ao ambito fisico e geografico, individual e coletivo, obediente a normas necessarias e eficientes, e assume o seu arcabouço exterior, grandiosidade e beleza, sempre em relação com a civilização que pretende servir. Doutro lado ,a missão de formadora da cultura, no cultivo do elemento humano, representativo da cultura nacional e universal, dá à Universidade uma base de unidade espiritual e intelectual identica nos fins, embora os meios se adaptem ao proprio meio na sua realização. Depreende-se pois, que a Universidade é idéia e ato, que se associam para concretização, não se medindo por diferença de importancia, e só se a devendo compreender realizada e executada na idéia do seu princípio fundamental e refletida na educação nacional.

Copiar modelos alheios sem adaptação, além de aplicação ineficiente, é esquecer uma das suas finalidades principais,

bem como cogitar das condições sociais e geograficas na sua formação, é não apreender por inteiro o conceito de Universidade. Um é aplicação, ato portanto, dependente do paiz e do seu gráo de civilização e recursos materiais, privados e públicos, outro é idéa. geral e universal no conceito, dirigente da realização. A creação racional e ampliação do estudo superior técnico no Brasil se nos afigura a obra maxima de organização nacional pelos efeitos imediatos de produção e duradoiro de alevantamento do nosso nivel cultural.

Deliberadamente não vos falamos de medicina, nem de medicos que sereis, e talvez nos tenhamos dirigido aos responsaveis pela nossa direção bem mais que a nós proprios.

Nós, medicos, nos situamos dentro da cultura geral, e as nossas atividades pertencem à sociedade, dela fazemos parte, a ela somos essenciais e a nós, deve tambem caber, a responsabilidade dos seus destinos e por isso, exige o nosso preparo técnico, todos os recursos e meios para util aplicação.

Não somos economistas, nem financistas, fontes de rendas imediatas, nem construtores de monumentos aparatosos, que extasiam os olhares e fazem a vaidade de alguns. Somos, sim, constituintes de um grupo social, que tem uma missão nobre de ajuda ao proximo constante, e salvaguarda uma parte desta base moral e espiritual da cultura, fundamental numa civilização que pretende ser, não só duradoira, mas perene.

O contacto nosso mais direto com o homem, individuo e pessoa, nos permite muito grande utilidade social e a nossa maior aproximação com os problemas e incognitas da vida e da morte nos determina estudos arduos e difíceis a executar.

As personalidades creadas e formadas neste ambiente de elocubração subjetiva e de observação objetiva puderam ser exemplos dignificantes de um povo e de uma nação, quiçá representativos duma epoca. Pertencemos a um ramo social útil e necessário, cujo trabalho, basta que se o atente para ele, para julgar de sua responsabilidade e altruismo.

Vós por certo, tereis pensado e meditado dos seus multiplos aspectos.

Não foi a parte profissional, mas humana que procuramos ressaltar, o critério de sua formação, importância do periodo

'da vida que passou para vós, e como se deveriam ajustar os 'principios aos fins, para que todos possam ser uteis a todos. Dentro do quadro geral da sociedade humana, os fins individuais têm finalidades sociais, em maiores e menores ambitos de ação. As nossas são nobres, si de nobreza forem os nossos gestos, serão dissipadora de costumes e arruinadoras da moral, si de baixeza forem as nossas ações, poderão se tornar individual e coletivamente prejudiciais, si mal conduzidos os nossos raciocinios e atos.

Porém ferteis de resultados uteis para si e para o proximo, capaz de maravilhas, como e quanto possa ser o gesto humano, si revestido de beleza moral. Guiando a inteligência, exteriorizada na forma da linguagem, de fonte original na educação da consciencia, é a beleza moral a base verdadeira da civilização.

FRATURA DA EPITROCLEA COM INCLUSÃO NA INTERLINHA ARTICULAR DO COTOVELO

Não nos caberia e nem é intenção nossa, fazer estudo de revisão geral sobre as inclusões da epitroclea fraturada na interlinha articular do cotovelo. Só tivemos, até então, oportunidade de observar um caso, mas, este nos pareceu sobremodo tão nitido e preciso. na feição terapêutica, corroborar as publicações de Fèvre (1) sobre o assunto, que julgamos util sua, divulgação, embora unico, tanto mais não seja, por fim documentário.

Além disto, as publicações de casos semelhantes são pouco frequentes, pois Sorrel (2) na sessão de 19/1/38 — Academie de Chirurgie de Paris — após, citar alguns trabalhos, nos informa: 'Tout ceci ne fait quand même qu'un nombre fort restreint de cas et bien que n'ayant pas fait de recherches bibliographiques très poussés, il ne nous semble pas que le nombre de luxations irreductibles par interposition signalées jusqu'ici, ait été important". Afora o artigo muito conhecido de Fèvre e Roudaitis (1) (1933), que se tornou classico para a questão, e suas citações, por todos repetido, cuidou Mouchet (3), mais uma vez ao assunto em 1937; Sorrel (já citado), Bret e Debouvry, tendo, na discussão, opinado Mouchet, Basset e Fèvre; novamente (1939), em relatório sobre um caso de Cabuzac e Courty (4), retornou Fèvre (4) ao tema, sem modificar suas conclusões já anteriormente aventadas; insistiu este autor ainda na Academie de Chirurgie de Paris (5) — 1938 — sobre o assunto, onde se refere aos cinco casos publicados em 1931 e 1933, e mais três casos cuidados até a data das suas publicações, por nós referidas, num total portanto de 8 casos. Na sessão de 21/12/38, Sorrel ainda, faz relatorio sobre a observação de Querneau (6). Entre nós, Domingos Defini (7) — 1939 — faz um trabalho com referencia ao tema e apresenta uma observação, e Abdias Ferreira (8) publica um caso

pessoal. Depreende-se bem dêsse relato rapido não ser lesão, de fato, muito pouco frequente, embora seja de referencia escrita esparsa e antes rara. O primeiro relatorio de Sorrel referido, provocando o ressurgimento da questão, faz aparecer novos trabalhos e conhecer maior numero de casos, e com isso, acentuou o interesse pratico do conhecimento exato deste tipo de lesão traumatica.

As inclusões do fragmento epitrocleano na interlinha articular com ou sem sub-luxação completa do cotovelo oferece três aspectos de estudo merecedores de mais atenção e quiçá de melhor conhecimento. Aspecto clinico e diagnostico. — Mecanismo de produção. — Terapeutica a adotar.

Uma confusão se nota atravez de certas publicações e que deve ser esclarecida. A inclusão do fragmento fraturario na interlinha articular é uma complicação da fratura de epitroclea, acarretada pelo deslocamento do fragmento para dentro, que pode, no momento do exame, estar ou não associada a determinado grau de sub-luxação ou luxação do cotovelo. A coexistencia da interposição do fragmento epitrocleano com sub-luxação do cotovelo constitue uma complicação destas, e torna-as irredutiveis ou incompletamente reduzidas pela permanencia do fragmento osseo na interlinha. Porém, este tipo de deslocamento na fratura da epitroclea póde existir, ao menos, em certas condições encontradas ao exame clínico e radiografico, sem associação de sub-luxação ou luxação, constituindo então uma verdadeira complicação da fratura da epitroclea. Gioia (11), assim considera e refere-se a este aspecto da questão, mostrando, que será facil compreender-se a interposição, desde que se recorde o mecanismo do arrancamento da epitroclea, sem a luxação do cotovelo, e independente de manobras de redução, caso tenham sido praticadas. Böhler (12) espende considerações muito ligeiras e coloca o problema associado às luxações do cotovelo, podendo afirmar "nas luxações a epitroclea se introduz às vezes na articulação" (Bei Verrenkungen ist der Epicond med. mitunter in das Gelenk verlagert), e mostra em tratando das luxações, radiografias de um caso tipico de inclusão da epitroclea na articulação.

A deformação do cotovelo, seguida logo de mais ou menos intensa tumefação, quando séde de lesões traumaticas deste tipo, dificulta frequentemente um dicernimento exato do diag-

nostico. A percepção romba, dificil e deficiente, dada pela palpação, si é capaz de fazer um diagnóstico de luxação vera, mais dificilmente de sub-luxação, e de suspeitar duma fratura da epitroclea, não nos informará absolutamente, das possiveis complicações concomitantes.

Deve portanto constituir regra absoluta de criterio clínico, a exploração radiografica previa, unica capaz de nos dar elementos certos para o diagnostico, já que o aspecto clinico em quasi nada nos esclarece. A leitura das varias observações dos autores citados, corrobora esta asserção e também o nosso caso, menina de 9 anos, que sofreu uma queda, passou 4 dias sem cuidados especiais, para no quinto dia suportar manobras habituais de redução de luxação do cotovelo, sem resultado, e só ser novamente atendida por nós no nono dia, tendo o cotovelo e ante-braço muito edemaciados, com grande deformação, impossível qualquer movimentação ativa e movimentos passivos mínimos do cotovelo, portanto com as mesmas lesões, sinão agravadas.

No entanto, uma lembrança que não ocorre seguidamente e o exame clínico póde esclarecer, sem duvidas, é o estado do nervo cubital, possivel de ser atingido e parece com relativa frequencia, segundo Sorret (2), constituindo uma complicação que modifica completamente a orientação terapeutica e séria sob o ponto de vista funcional, quando esquecida, tal o caso relatado por Querneau (6). Aliás, em outro trabalho, pudemos chamar a atenção para a necessidade de, em todo traumatismo do cotovelo com ou sem lesões graves aparentes, proceder-se à exploração clinica metodica dos nervos próximos (mediano, radial e cubital), afim de se evitar consequencias graves remotas, quando tenham eles sido atingidos pelo traumatismo e não reconhecidas, de inicia, as suas lesões.

Depreende-se, representar a radiografia o meio indispensável para o diagnostico exato da interposição do fragmento epitrocleano, além de corrigir frequentemente em traumatismo do cotovelo impressões diagnostico-clinicas erroneas. É caso frequente, assim o foi com os dois observados de Basset, que por isso o fizeram afirmar ser suficiente a possivel existencia desta complicação para tornar obrigatoria a radiografia previa, ou pelo menos muito frequente, do cotovelo, antes de tentativas de redução por luxação.

Insiste Fèvre ainda, sobre a necessidade de se fazer os clichés sob os duas incidencias indispensaveis, de face, antero-posterior, e de perfil, 90.°, meio unico de se poder determinar com exatidão a posição do fragmento epitrocleano em relação à interlinha articular cubito-trocleana. A não exigencia das duas posições póde acarretar confusão na interpretação, e impossibilidade na descriminação, podendo-se ler alguns exemplos, nos quais se supôs interposição epitrocleana e realmente não existia, ou então passar esta desapercebida por defeito ou deficiência de incidencias. Bem como, tambem a falta de conhecimento deste genero de complicação faz cometer falhas de interpretação, deixando desconhecida a causa real, como sucedeu no nosso caso e no já citado de Querneau, só reconhecido sete meses após por este cirurgião, e nos proprios clichés tirados no momento do acidente.

A leitura das radiografias merece particular atenção. A radiografia poderá mostrar um cotovelo luxado ou sub-luxado ou com suas extremides osseas em situação o normal, o que facilmente se reconhecerá. Porém, principalmente nesta ultima eventualidade, exige exame mais detido a posição do fragmento epitrocleano, que, si incluido ou interposto na interlinha articular, se apresenta e o afirma Févre insistente e categoricamente, sempre, no cliché de face "justaposto à vertente interna da grande cavidade sigmoide do cubito, com a superficie fraturada voltada para o cubito e a livre para o umero, e no cliché de perfil sua projeção na interlinha articular confunde-se na opacidade da grande cavidade sigmoide. É frequente, na fratura simples da epitroclea, a projeção na articulação, na altura da interlinha, mas a posição de face irá mostrá-lo para fora da articulação. Quando associada a inclusão, à sub-luxação ou luxação, é ainda a posição de face que assenta o diagnostico, pois o perfil não pode demonstrar a exata situação.

O aspecto radiografico sempre igual, se esclarece perfeitamente, si recordarmos o mecanismo da interposição do fragmento epitrocleano. Sorrel (2) nos diz "ser este mecanismo bastante discutido: Broca admitia por exemplo que a inclusão do fragmento é primitiva e a causa inicial da irredutibilidade (da luxação); ao contrario, Matti julga ser a interposição secundaria e provocada pelas manobras de redução". Ambos nos parecem muito possíveis, atendendo às condições va-

riaveis de ação traumatica e às trações intempestivas e sem metodo algum, às vezes procedidas; p. ex. o caso que observamos assim o foi nas tentativas de redução. Porém, o proprio agente provocador do arrancamento da epitroclea, conduzindo o antebraço em abdução pronunciada, poderá incluir o fragmento epitrocleano na articulação, pelo mesmo mecanismo, sem acarretar sub-luxação ou luxação do cotovelo. Mas, de qualquer modo, um fato tem-se mostrado às intervenções muito geral e constante, é o aspecto anatomico das lesões, sempre identico em relação com os elementos osseos articulares e ligamento-musculares epitrocleanos. Os relatorios das reduções sangrentas executadas por Mouchet (3), Sorrel, (2), Fèvre (2), (5), Querneau (6), Cahuzac e Courty (9), Define (7), descrevem as lesões de caracteres quase identicos, sendo mesmo por logica anatomica facilmente apreendida. Poude Fèvre (5) assim determinar três fatos anatomo-patologicos; a) a situação da epitroclea em relação ao cubito é sempre a mesma, isto é, colocada sobre a vertente interna da grande cavidade sigmoide, basculada sobre si mesma, face fraturada para o cubito e superficie lisa olhando para a troclea umeral; b) o fragmento da epitroclea está sempre preso aos ligamentos e musculos epitrocleanos, que se introduzem conjuntamente na interlinha articular. (Cabe acrescentar a possibilidade deste mecanismo fazer coexistir do mesmo modo, o pinçamento ou deslocamento do cubital, acarretando lesão mais ou menos intensa deste nervo), c) a articulação é sempre largamente aberta para dentro, o que se explica pelo arrancamento da porção ligamento-muscular interna.

QUADROS ESQUEMATICOS

Verificada a constancia do mecanismo da inclusão do fragmento epitrocleano fraturado e situação e condições de relação com o todo articular, torna-se compreensivel a ação terapeutica, por manobras externas, indicada por Févre e Roudaitis, (5) si não bastassem os exemplos por estes autores relatados, o de Abdias Ferreira (8), Cahuzac e Courty (4), Tilier (10), Böhler (12) e o nosso, dentre os que pudemos ter referencias. Seguimos, para obter a redução da interposição do fragmento epitrocleano na nossa doentinha, exatamente as manobras aconselhadas por Fèvre em publicações varias, e pude-

mos sentir concreta e claramente as mesmas modificações aventadas. Num primeiro tempo, como ele o indica, colocamos o antebraço em abdução forçada, antebraço em extensão e mão em supinação, e exercemos deste modo uma tração longitudinal lenta e enérgica, sem força, no sentido do eixo do membro: procura-se, assim procedendo, mobilizar o fragmento deslocado, agindo-se sobre a massa ligamento-muscular epitrocleana, à qual está aderente o fragmento e que pela tração exercida se põe sob tensão. Num segundo tempo, far-se-á um movimento de reencaixe e nós o praticamos por flexão progressiva do antebraço sobre o braço, acompanhado de um movimento de translação do antebraço para dentro. Como Cahuzac e Courty, tivemos a sensação nítida de um ressalto brusco produzido pela expulsão do fragmento epitrocleano da interlinha articular, tendo nós podido reproduzí-lo, estávamos atentos ao fato, por três vezes, e observado então que é propriamente o movimento de translação associado à flexão do antebraço que provoca a propulsão para fora do fragmento interposto, sendo as manobras executadas no primeiro tempo, preparatórias. A mantença do antebraço em hiperflexão parece ser uma posição mais favoravel, para se juxtaporem os fragmentos da fratura da epitrocléia, embora esta se consolide quase sempre um pouco mais abaixo do normal, sem que, porisso, haja qualquer prejuizo funcional. A nossa observada permaneceu imobilizada em hiperflexão durante 15 dias e gradativamente foi adquirindo, por movimentação ativa, cada vez maior amplitude nos movimentos do cotovelo, tendo, após seis meses, uma muito leve limitação na extensão, 10.°, e nenhuma deformação exterior.

Böhler (12) documenta um caso de redução manual e escreve de um modo geral: "Quando a epitrocléia na redução não puder ser retirada da articulação, deve-se intervir" (Wenn der Epicond. med. bei der Einrichtung nicht aus dem Gelenk herausgebracht werden kann, muss es eröffnet werden). Porem, são vários os cirurgiões, Mouchet, Basset, Sorrel, que não crêm possivel reduzir os deslocamento do fragmento epitrocleano por outro meio de que não seja o cirúrgico e o indicam habitualmente. Consiste este, escrevem eles, numa intervenção simples, benigna e rápida, na qual por uma incisão pequena, interna ou ântero-interna no cotovelo, faz-se tração ou alavanca sobre o estojo músculo-tendino-epitrocleano encravado na in-

terlinha articular e apenso ao qual está o fragmento ósseo; depois fixa-se este, à sua posição normal por parafuso ou fios de seda ou crina, ou ainda somente juxtapor, fixando-o apenas às partes ligamentares. Böhler tem notado, peores resultados funcionais posteriores, quando o fragmento é fixado por prótese.

Existe na verdade uma vantagem neste proceder, é a de se poder **de visu,** verificar o nervo cubital e arredá-lo de possivel inclusão. Mas, e já referimos, o exame clínico prévio bem conduzido pode indicar a lesão do nervo, quando existe, e dar assim a indicação cirurgica formal, não havendo observação de lesões do cubital que se hajam feitas após manobras de redução **metodicamente** executadas.

Podemos concluir, portanto, que é possivel se conseguir explêndido resultado por manobras externas de redução, da interposição epitrocleana na interlinha articular do cotovelo, e deve constituir o primeiro gesto do cirurgião. Fica a intervenção sangrenta, reservada aos casos de coexistência de lesão do nervo cubital ou de completa irredutibilidade às manobras externas com método executadas.

BIBLIOGRAFIA

1) — FÈVRE Marcel) e ROUDAITIS — **La reduction non sanglante des fractures de d'epitrochlée, avec interposition de ce fragment dans interligne articulaire du coude,** Revue d'Orthopedie, 1933, pág. 300-314.

2) — SORREL (E.), BREST (J.) et DEBOUVRY (J.) — **Quarte cas de luxations du coude irreductibles par inclusion de l'epitrochlée et du tendon des muscles epitrochléens,** Memoires de l'Academie de Chirurgie de Paris, 1938, pág. 87-94.

3) — MOUCHET (A.) — **Traité de Chirurgie Orthopedique** — III, pág. 2270, 1937.

4) — CEHUZAC (M.) et COURTY (Ed.) — Relatório Fèvre — **Sub-luxation postero-externe de l'articulation du coude avec fracture de l'epitrochlée et interposition de ce fragment dans l'interligne articulaire. Reduction par manoeuvres externes** — Memoires de l'Academie de Chirurgie de Paris, 1939, pág. 146-151 (Discussão SORREL).

5) — FÈVRE (M.) — **La reduction par manoeuvres externes de interpositions de l'epitrochlée dan l'interligne articulaire du conde. Deux nouveaux cas reduits sans intervention sanglante** — Memoires de l' Academie de Chirurgie de Paris, 1938, pág. 692-699 (Discussão SORREL).

6) — QUERNEAU (Jean) — **Luxation du coude. Inclusion de l'epitrochlée. Paralysie cubitale. Intervention tardive. Guerison** — Memoires de l'Academie de Chirurgie de Paris, 1938, pág. 1421-1423 (Relatorio SORREL).

7) — DEFINE (Domingos) — **Fratura da epitrocléia com luxação do cotovelo** — Revista de Cirurgia de São Paulo, vol. IV, Fasc. IV, fevereiro 1939, pág. 305-310.

8) — FERREIRA (Abdias) — **Fratura da epitrocléia com desvio intra-articular. Redução manual** — Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia, março 1939, T. VII, Fac. I, pág. 57-63.

10) — TILLEIR (Henry) — **Revue d'Orthopedie** — Janeiro 1939 Cit. FÈVRE.

11) — GIOIA (Terencio) — **Fracturas e Luxaciones,** III, pág. 1463.

12) — BOHLER (Lorenz) — **Technik der Knochenbruchbehandlung 6.Auflage** pág. 483 e pág. 503, 1938.

13) — BASSET — (Disc. SORREL) **Memories de l'Academie de Chirurgie de Paris,** 1938, pág. 94-95.

PROGRESSO DA CIRURGIA NOS ULTIMOS 25 ANOS

Parecer dos mais famosos cirurgiões brasileiros

CONCEITO ATUAL DA TRAUMATOLOGIA

O PROF. MÁRIO DE ABREU é catedratico de clínica, cirurgica da Univesridade do Paraná, Doutourou-se em 1929 pela Faculdade do Rio, com a defesa de tése sobre "Ruptura espontanea da vesicula biliar em peritonio livre", aprovada com distinção. Em Curitiba, sua terra natal, ingressou logo depois na Sta. Casa, como assistente de cirurgia, passando, em 1935, a cirurgião chefe. Após brilhantes concursos conquistou, em 1935, a livre docencia na Faculdade de Medicina e, em 1936, a catedra de Clinica Cirurgica. Como se vê, o prof. Mario de Abreu fez carreira rapida e magnifica. Correspondeu aliás á espectativa dos que o conheceram como estudante, e á de seus colegas de turma que, desde o inicio e durante todo o curso médico, nele admiraram a inteligencia, o carater reto e a atividade no estudo e trabalhos hospitalares. Da turma de 1929 foi o primeiro a ocupar a catedra numa faculdade. Espirito culto, sempre á procura de novos conhecimentos, irriquieto na observação e pesquisas cientificas, tendo em alto grau o senso da responsabilidade é, sem duvida, uma das mais marcantes figuras da nova geração de cirurgiões e professores que se vêm batendo, com firmeza e denodo, pela honestidade cientifica, ética profissional e escrupulosidade no ensino médico. Assíduo e esforçado na catedra que perlustra, é rigoroso, com justiça, no julgamento das provas de seus discipulos. Fez viagens de carater cientifico a varios centros médicos de renome mundial. Na Europa, estudou a vida universitaria e estagiou nos mais afamados serviços cirurgicos de Paris, Berlim e Viena, aí acom-

panhando a tecnica e os ensinamentos de Kirschner, Böhler, Mathieu, Mondor e Gosset. Membro do Congresso Alemão de Cirurgia, realizado em 1937, acompanhou todos os debates desse memoravel certame.

Visitou, também, os grandes centros cirurgicos do Brasil, neles proferindo conferencias, comparecendo em congressos cientificos e integrando bancas julgadoras de concursos. Publicou varios trabalhos, sendo os mais notaveis os referentes ao diagnostico e tratamento dos tumores osseos, ulceras gastro-duodenaes, tuberculose osteo-articular, localização e tratamento do cancer. É membro da Associação Medica do Paraná, da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, da Academia Medica Germano-Ibero-Americana e, correspondente, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

DR. AL. CICCARINI

Dr. Ciccarini: Enviamos nossa colaboração pedida, e os cumprimentos pela feliz e oportuna idéia desta "enquête". Realmente, a cirurgia em sua evolução é assunto de interesse geral e merece conhecimento difundido.

Esta maneira de fazer é simpática e viva, apresenta através de um grande jornal. "O Estado de São Paulo, variados assuntos cirurgicos, retratados por cirurgiões brasileiros. É trabalho de aproximação cultural. Meus parabens.

A Traumatologia como denominação e como conceito de especialidade tem historia muito recente, ainda deste século, embora as lesões traumaticas e seus tratamentos se confundam, em seu historico, com as primeiras narrativas de coisas medicas.

Estudada num dos grandes capitulos da patologia cirurgica, ela guarda, como seu nome o indica, a noção necessaria de traumatismo de pequena ou grande intensidade, isto é de ação exterior vulnerante, capaz de produzir a lesão, e conserva ainda mais este aspecto clinico, de ser uma afecção local, em sua forma e evolução.

Abrange, em seu sentido mais amplo, todas as lesões provocadas por traumatismos em todas as regiões do corpo, baseado no criterio causal! Sendo assim, ela se constitui como um ramo da cirurgia geral, diferenciada pela natureza da afecção e pelo seu aspecto evolutivo clinico, podendo-se ainda inclui-la mais propriamente na cirurgia de urgencia, porque a maioria absoluta das suas lesões, senão todas tem necessidade de um tratamento rapido.

Porém, não só este criterio etiologico fundamenta a especialidade de Traumatologia, como também e talvez o mais aparente, os recursos da terapeutica cirurgica, que fazem o tec-

nico lidar com instrumental apropriado e especial, além de ser obrigado a premunir a sua ação curativa com raciocínio personalizado.

A noção de traumatismo é essencial, mas os fatores que o cercam, de ordem local, as perturbações aparentes de forma e as consequentes incorreções de função, são tantos outros aspectos semelhantes e típicos. Por isso, sem se ter confundido, ela se foi unindo, na pratica, com a ortopedia pela semelhança na aplicação dos objetivos desta, intrincando-se em seus sentidos, a ponto de virem atualmente conjugadas, para significar uma mesma parte especial da cirurgia.

Não permaneceu aí, no entanto, o evolver do conceito. Baseados em que a grande maioria das lesões traumaticas incide em órgãos do aparelho da locomoção e prejudica diretamente as suas funções, (a ortopedia intenta a correção dos defeitos, originados por qualquer causa, aos orgãos da locomoção) pretende-se — e este é o conceito orientado por Codivilla, e que vai cada vez mais se generalizando — considerar o cirurgião, que estuda as questões atinentes à ortopedia e traumatologia, um especialista do aparelho locomotor, não só da cirurgia, mas também da medicina (Codivilla).

Realmente, assim melhor se define o campo de ação pratico e melhor se abrange sua compreensão basica, no estudo global, fundamental e clinico, dos orgãos e funções da locomoção.

Muito interessante sob este aspecto é a leitura da discussão à Sociedade de Cirurgia de Moscou, sucitada pelo relatorio de Zeno, quando lá esteve e instalou o Instituto de Traumatologia em 1931 (Rev. de Ortop. e Traum. — Buenos Aires 1932). Havia os que pretendiam a nenhuma razão de ser da especialização, considerando-a um ramo sem distinção da cirurgia geral; outros julgavam-na instrução comum para a cirurgia de urgencia, emquanto que alguns ortopedistas pretendiam ser de sua alçada.

Como sucedeu a todas as outras especialidades, a traumatologia tem passado pelos mesmos percalços. As diferenciações acarretadas pelo aperfeiçoamento tecnico nos tratamentos, com maiores possibilidades de melhores sucessos, em afecções até então de relativo exito ou de resultados ilusorios, têm

obrigado à sub-divisão, dentro do campo geral da cirurgia, a varias especializações.

Mesmo em nossos dias não está completamente uniformizado o estudo da traumatologia, embora como especialidade seja amplamente reconhecida e com razões muito solidas.

Na França estudava-se com a clinica cirurgica, estando a ortopedia junto à clínica cirurgica infantil, havendo sido criada, há alguns poucos anos, a cadeira de ortopedia de adultos, que se impôs por influencia da evolução nos outros países. Nestes ultimos dez anos, no entanto, tomou foros de autonomia e os dois professores, Ombredanne e Mathieu. 1937, reuniram os assuntos da especialidade num conhecido e grande tratado.

Na Italia esta diretriz vem de mais tempo, pela influência de Codivilla e Putti, grandes criadores e difundidores da conceituação atual da especialidade, tendo tido este ultimo professor grande influencia na formação tecnica de numerosos especialistas.

Na Alemanha, a traumatologia é ensinada nos cursos universitarios, geralmente, por um professor extraordinário, com programação á parte, na seção geral de cirurgia, que tem um professor titular, tendo a ortopédia outra seção, porém lá os serviços cirurgicos são mistos homens, mulheres e crianças, de onde outro cunho orientador. Kirschner, de Heidelberg, embora cirurgião geral, é no entanto um grande inovador da traumatologia moderna.

Em Viena, apesar do estudo universitario se fazer nos moldes da Alemanha, constituiu-se com Böhler a maior escola de traumatologia do mundo, pela enorme influencia e difusão que tiveram seus estudos e sua orientação. A constituição de hospital especializado de traumatologia, sob sua direção, possibilitou-lhe, ao lado de magnificos trabalhos, melhores resultados de tratamento, a ponto de se impôr por toda a parte. As suas publicações, e principalmente o seu conhecido livro, com varias edições e traduções, tornaram-no um dos traumatologistas de maior renome universal.

Nos Estados Unidos, a traumatologia tem conceito firmado de especialização, associada á ortopedia, não só no estudo como na aplicação pratica, dispondo de clínicas especializadas,

e nos grandes hospitais, de departamentos anexos especiais, com aparelhagem propria e direção técnica. As revistas norte-americanas da especialidade e suas associações representam um enorme contingente de estudo e de influencia cultural.

A America do Sul acompanhou em sua evolução estas diretrizes, havendo atualmente grandes nucleos e centros bastante avançados, que cultivam a especialidade, atentos ao progresso de seus metodos de tratamento e formando escolas na preocupação do aperfeiçoamento.

Entre nós, no Brasil, os estudos universitários são feitos na clinica cirurgica geral, porem os professores de ortopedia, não mais aceitando o anacronismo de sua junção à clinica cirurgica infantil, encaram a traumatologia como complemento de sua especialidade, e nesta forma se têm feito sentir as mais recentes modificações do ensino. Esta tendencia é geral nos ortopedistas e a opinião é unanime de se executar o seu estudo universitario neste conjunto, constituindo-se uma só cadeira, aliás como já existe em algumas Faculdades (S. Paulo, Ciencias Medicas).

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia tem como uma das suas mais importantes finalidades a da disseminação deste conceito, ao lado de comprovar a sua aplicação pratica. Tem realizado varios congressos em diferentes capitais do Brasil, aonde concorrem especialistas brasileiros, incentivando-se assim o maior apreço à especialidade.

Há razões multiplas sensiveis e reais, para deste modo se compreender a questão, não se cogitando naturalmente de independencia absoluta, esta nenhuma especialidade deve ter, mas de autonomia, pela diferença nos tipos de tratamento e pela necessidade de instalações especiais. Obedece a raciocinios proprios de principios mui diversos dos outros e utiliza-se geralmente de aparelhagem mecanica auxiliar que exige habito no manuseio, para ser capaz de resultados efetivos. Alem disto, é preciso inegavelmente haver, da parte do tecnico, o que poderiamos chamar o senso ortopedico, para que diante das minimas feridas da mão, p. ex., possa ele não as desprezar, mas sim pensar na sua importancia para o doente, na incapacidade temporaria e definitiva que possa resultar no afastamento por maior tempo do trabalho, e então, cuida-las com o criterio e

minucia que exigem, para obter cura mais rapida e menos imperfeita.

A preocupação da melhoria dos resultados terapeuticos, quer se trate de uma fratura ou luxação, leve ou grave ou ainda seja uma ferida simples ou complicada de secção de nervo ou tendão, só terá o cirurgião de cultura especializada, contrabalançando todos os fatores anatomicos, funcionais e esteticos, de modo muito melhor, se convenientemente instalado.

O feitio do tratamento também é muito diverso e graças á preocupação em observar os resultados em relação com os variados metodos, foi possível um muito sensível aperfeiçoamento. A primeira guerra mundial deu oportunidade para observação de grande numero de feridos e enorme variedade de lesões, como também á aplicação de metodos cada vez mais aperfeiçoados, tendo-se, em vista, fatores novos, por aquela ocasião, a recuperação mais rapida dos feridos e a maior perfeição funcional.

Surgiram, então, processos mais racionais, que constituiram princípios básicos de grande impulso no aperfeiçoamento nos anos que se seguiram, que foram de aplicação na pratica civil de técnicas aclaradas e determinadas durante a guerra.

O desenvolvimento muito maior do trabalho, em suas variadas formas, nestes 25 anos, trouxe uma modificação radical na sua apreciação legal e moral, e estes aspecto a traumatologia moderna acompanhou, para atender á sua finalidade, á recuperação integral do acidentado, como valor humano e como valor economico social coletivo.

Estes foram os anos de maior desenvolvimento técnico, de maior progresso e de mais difundida aplicação da especialidade. Metodos mais concludentes, de resultados seriados muito melhores, visão mais segura do aspecto e forma da lesão traumatica, mais possibilidade de dedução a priori da evolução clinica, aparelhagem manual mais perfeita, perfazem a realidade das conquistas da traumatologia atual.

O primeiro grande campo de sua aplicação, de maneira perceptivel a todos, pelos magnificos resultados obtidos, foi a guerra civil espanhola. Foram os diversos traumatologistas, de ambos os lados, que organizaram os serviços hospitalares de feri-

dos, imprimindo-lhes as mesmas diretrizes aprendidas nas suas atividades profissionais civis e com princípios de tratamento identicos aos de sua experiência especializada.

Böhler, em 1938, após ter visitado as organizações hospitalares, pode verificar a utilização de varios de seus metodos, a eficiencia dos processos, a possibilidade de entrosamento fácil dos serviços cirurgicos e a muito melhor realização pratica, por efeito dos conhecimentos já adquiridos na especialidade.

Esta exeperiencia veio mais ainda confirmar que a traumatologia, em seus principios atuais de organização e tratamento, tem uma enorme utilidade coletiva. Adotada em suas bases essenciais e reconhecida de valor pratico, foram os centros de cirurgia geral se enfronhando de seus metodos, criados e reformados pelos especialistas, trazendo a preocupação de ensinar, a maior numero de profissionais, a sua orientação e normas.

A sua execução é atualmente muito mais geral, porque todos os cirurgiões reconhecem a grande modificação que se fez no modo de tratar o traumatizado, como se reparam lesões chamadas, ha alguns anos, irreparaveis e como, com mais constancia, se evitam as graves complicações, que eram frequentemente mortais.

Este periodo de anos de estudo e de observação, com seus magnificos resultados, se fez essencialmente nestes centros especializados, pelo maior cuidado dispensado a este setor da cirurgia.

A influência destes centros é notoria e criteriosamente não se pode mais ignorar. Fazer referencias objetivas das afecções traumaticas, cujo tratamento em tudo se modificou pelo melhor reconhecimento de seus mecanismo de ação e de suas eventuais consequencias, seria fugir ao significado deste artigo.

Imaginemos, apenas para concretizar o notavel progresso realizado, o que era ha alguns poucos anos atrás, um serviço cirurgico com acidentados, de mutilações necessarias, frequentes, grandes e extensos curativos diarios, com lavagens antisseticas e pomadas em grandes potes, que se gastavam rapidamente, dando trabalho insano aos enfermeiros e estudantes, e compare-se com o que, hoje, se vê: o doente chega, é tratado

de urgencia, as suas lesões cirurgicamente reparadas, mecanicamente limpas, de imediato convenientemente aparelhado, mínima porcentagem de infecção, tudo se fazendo com conhecimento de causa.

Esta transformação radical modificou os serviços de traumatizados, onde a agitação era constante, os curativos incontaveis, os casos graves comuns, num trabalho calmo e sossegado, executado em seu tempo e com medida, de doentes repousados e cujo caso grave é este ou aquele.

É muito grande a messe destes doentes, maximé nos grandes centros urbanos, onde os acidentes de toda ordem são muito frequentes e diarios, e nas organizações industriais, como seus acidentes de trabalho, estando ao encargo da traumatologia o seu cuidado.

Basta olhar a estatística de acidentados nos grandes países industriais, com suas enormes cifras para se aquilatar o interesse do assunto.

Só nos Estados Unidos atinge a media de milhão anual, sendo uma das elevadas causas de mortalidade.

Se lembrarmos que a traumatologia é também problema de organização, cuidando de doentes que dependem, na grande maioria das vezes para tratamento, duma cirurgia de urgencia, muito temos ainda por fazer e executar.

É fato de observação assentada e que não padece duvida, o tratamento dos traumatizados de toda a especie, que quando executados em organizações hospitalares especializadas, obtem uma media geral de resultados muito mais satisfatórios e representa portanto, não encarando os outros aspectos, uma verdadeira economia social.

Jimenez Vidal, da escola de Böhler, quis isto significar escrevendo: "Pode-se afirmar que só nos fraturados dos ossos longos, o tratamento nos hospitais especializados representa uma economia de 66,39% em rendas de invalidez".

Aliemos a este aspecto outro, que nos parece não menos importante, o do invalido ou inapto ao trabalho, podendo constituir o seu defeito um fator provocante de inferior compleição psiquica, e vemos que o tratametno de um traumatizado deve cercar-se de todas as probabilidades de exito.

Alem desta finalidade da traumatologia, de procurar no aperfeiçoamento de seus recursos tecnicos a profilaxia dos defeitos eventuais acarretados pelos traumatismos, ela atinge nos seus metodos a correção das deformidades, para melhor aptidão dos individuos às suas funções.

O campo de ação da traumatologia é muito amplo, principalmente no mundo mecanizado atual.

A divulgação de suas possibilidades é uma necessidade e o reconhecimento da eficacia das organizações traumatologicas representará um real valor economico e um enorme benefício aos doentes.

A DOENÇA DO METATARSO DE KOEHLER

A doença de Koehler II, assim mais geralmente denominada, é uma curiosa afecção que se assenta, segundo nos informa o proprio Koehler[1], na superficie articular da base da falange proximal do 2.° dedo (raramente do 3.°, dos dois ou de outros dedos), na articulação metatarsofalangiana correspondente e sua periferia imediata, na superficie articular da cabeça do 2.° (ou do 3.°) metatarsiano e na propria cabeça e toda a metade distal do metatarsiano. O aspecto radiografico é o seguinte: o contorno da superficie articular da base da falange proximal está mais aplainado e irregularmente extendido formando à vezes como um S; em quasi todos os casos o espaço articular é mais amplo do que normalmente; este aumento é irregular, com frequencia, o lado externo é duplo do interno; o contorno articular da cabeça do metatarsiano, em casos recentes está mais ou menos achatada e nos antigos apresenta protuberancias interrompidas por perdas de substancia; nos casos cronicos avançados há sombras de corpos extranhos de densidades variaveis, de forma esferica; a cabeça do metatarsiano está encurtada em seu terço distal como si a superficie articular estivesse deprimida e o metatarsiano se encurta em seu conjunto, sendo que em alguns casos aparece a zona articular como si estivesse deprimida e logo levantada, o que tem sido confundido com fratura simples; em todos os casos, salvo poucas exceções, está mais ou menos alterada a metade distal do metatarsiano no sentido de aumentar o diametro para a cabeça de modo que aí não existe nenhum indicio de colo" (adatado de Koehler[1]).

Lewin[2] descreve-o do seguinte modo: 1) achatamento da cabeça metatarsiana; 2) alargamento do colo e da porção distal da diafise; 3) irregularidade da linha da epifise; 4) alargamento do espaço articular metatarsofalangeano; 5) abaulamento di-

minuido da superficie articular da falange proximal e ocasionalmente 6) uma linha de fratura incompleta sem deslocamento.

Freiberg[3] descreveu sem taes minucias e mais ou menos na mesma epoca de Koehler (veja-se Koehler[1]) um quadro radiografico identico, em doentes portadores da mesma afecção, por isso os autores norte-americanos indicam-na por doença de Freiberg.

Embora de etiopatogenia muito discutida, representa uma entidade clinica perfeitamente caracterisada e indicada pela dor ao nivel da 2.ª articulação metatarsofalangiana, mais raramente ao nivel da 3.ª, provocada de modo mais intenso pela marcha, variavel de intensidade, sem sinais inflamatorios agudos, espessamento palpavel com a evolução da doença, com movimentos articulares ativos e passivos prejudicados e por um aspecto radiografico sempre o mesmo, facilmente identificavel e muito tipico.

Não recebeu ainda uma definição uniforme.

Koehler descobriu a tipicidade e uniformidade radiografica da doença e tambem divulgou o seu conhecimento, por sua publicação inicial em 1914, depois ao Congresso de Roentgenlogia em 1920, e posteriormente em seu tratado, mas não procurou dar uma definição.

Freiberg[3] considerou-a uma infração ou fratura incompleta, donde a denominação de infração da cabeça do 2.° metatarsiano.

Lewin[2] chama de osteocondrite juvenil deformante metatarsofalangiana ou epifisite metatarsiana, considerando-a portanto semelhante a escafoidite tarsiana de Koehler e outras afecções de semelhante aparencia, de outros ossos.

Campbell[4] ora denomina de epifisite do metatarso, ora infração da cabeça do metatarso, acrescendo os nomes de doença de Freiberg e doença de Koehler.

Massart[5] considera-a como uma epifisite de crescimento. Fergusson[6] coloca-a entre as osteocondrosis, associando o nome de Freiberg.

Diz Koehler[1] "na realidade é muito dificil decidir si as deformidades, depressões e proeminencias da cabeça articular são primitivas ou secundarias a traumatismo e si são devidas

a inflamação, necrose, embolias ou alterações raquiticas", tanto que a mór parte dos autores fogem de classifical-a. Ligeiramente referida nos tratados de ortopedia, é atualmente uma afecção classica e dela fazem menção quasi todos os livros de radiologia, apesar de havermos notado, em varios que compulsamos, que os clichés são imprecisos e muito pouco claros, com frequencia esquematicos.

As radiografias da doente que vimos não tão tipicas em toda a evolução da doença que constituem, além da divulgação da doença, o principal motivo desta publicação.

Depois de Koehler haver chamado a atenção de todos, considerando-a talvez mais frequente que a do escafoide, muitos trabalhos surgiram, maximé em relação à etiopatogenia.

Freiberg[3], Kappis[7] julgam que todas as perturbações anatomicas são decorrentes de um traumatismo com fratura, este acrescendo a possibilidade da preexistencia de modificações estruturais dos ossos por perturbações internas.

Não coincide esta opinião com a mór parte das observações, pois não referem traumatismos anteriores. É bem verdade, que é muito dificil discernir, porque sabemos quão facil é passar desapercebido fraturas minimas epifisarias metatarsianas ou metacarpianas, por poderem elas se produzir com traumatismos, que pouco chamam a atenção dos doentes. Porém, um fato é notavel, o aspecto radiografico posterior a estas fraturas nada tem de uniforme, emquanto que na doença de Koehler II é muito tipico e caracteristico, parecendo-nos que não deva ser a causa determinante.

A deformação, facilitando pequenos traumatismos constantes, poderá causar então a artrite deformante, estadio mais evoluido da afecção, com dores concominantes mas sem ser a causa inicial da lesão.

Infecção, outra causa invocada, não póde ser satisfatoria. Não há evidencia clinica inflamatoria e mesmo nos periodos mais dolorosos, não se percebe o minimo sinal de infecção, além da uniformidade do inicio da lesão, que se conduz com as perturbações lesionais da artrite.

Axhausen[8], um dos autores que melhor estudou esta afecção, procurou demonstrar que a lesão primitiva é a necrose

ossea circumscrita da epifise, por processo embolico, o que constitue o ponto de partida de todas as outras deformações, de regeneração e destruitivas, em virtude da irritação permanente do apoio do pé em seus movimentos. Machacek, de Viena, apoia-se nesta doutrina para referir a sua experiencia desta tão curiosa afecção, evidenciando como póde determinar graves artroses deformantes do pé.

Há uma certa tendencia atual em julgar a doença de Koehler II como uma fórma de osteocondrite ou melhor osteocondrosis, semelhante em sua formação e causas, às afecções mais conhecidas e frequentes deste genero, como doença de Perthes, tarsiana de Koehler, de Kienböck, etc.

Burckardt[9] procurou dentro da teoria traumatica introduzir novo conceito diretor, não o do traumatismo unico, que posteriormente desencadeia as modificações estruturais da articulação, mas o dos minimos traumatismos sucessivos e repetidos, por muito tempo seguido, a ponto de determinar alterações nas estruturas osteo-articulares. Considera a causa das diversas osteocondrosis, em particular da dissecante de König, tendo-a denominado "segunda nova teoria traumatica".

Nagura[11] julga a doença metatarsiana de Koehler de patogenia identica à doença de Perthes, por ele já estudada e tem tendencia em acreditar ser da mesma causa, as outras localisações osteocondromatosas. Em estudos experimentaes e observações clinicas sobre a doença de Perthes, demonstrou que a afecção surge em razão de pequenos traumatismos que provocam uma lesão nodular sub-condral localisada, da esponjosa epifisaria, que por sua vez pode curar totalmente, ou si os traumatismos se repetirem, ser o agente irritativo das modificações osseas. Nestas circunstancias, isto é continuação das ações traumaticas, vae se constituir em torno desde nodulo, novos e mais extensos processos destrutivos, com modificações regressivas e focos necroticos constituindo-se então o elo da cadeia chamado por Nagura 1 destruição 1 reconstituição 2 destruição 2 reconstituição, que correspondem a momentos etiologicos diferentes. Nas suas observações experimentaes poude verificar a semelhança encontrada com os achados histopatologicos de Axhausen, embora dando-lhe interpretação diversa. Num contingente de 21133 doentes ortopedicos vistos em 10 anos, com inumeros casos de afecções osteo-condriticas,

nenhum poude observar de Koehler e Nagura atribue o fato, ao uso dum tipo especial de sandalia no Japão, que impede os traumatismos continuados do pé.

Define[14] em sua tese expõe muito interessantes dados experimentaes para comprovar a teoria traumatica na coxa plana.

Numa interpretação geral poderiamos talvez associar as afirmações de Nagura, aos estudos histo-patologicos de Axhausen. Poderiamos supor como causa da lesão anatomica ossea, não trombo-embolias dos vasos nutridores, que realmente como afirmam Kappis e Large nenhuma vez poude ser observado, mas acreditar em lesões traumaticas das arterias epifisarias, ficando então uma noção mais clara, quiçá mais de acordo com os varios pesquizadores e mais exata. Condizente com estas experimentações mais hodiernas é a opinião emitida por Aschoff[1] "A enfermidade de Perthes, a da 2.ª articulação metatarsofalangiana e a do osso semilunar, são devidas ao mesmo processo, a uma necrose ossea sub-condral; os transtornos vasculares pódem não ser causados por embolias, mas por lesões traumaticas".

A historia clinica destes doentes ou melhor destas doentes, é muito mais frequente nas mulheres, é mais ou menos invariavel, sendo parecer excepcionaes as graves artrosis metatarsofalangianas relatadas por Machacek[12]. O diagnostico, só não se faz por ocorrer na fase inicial, mandar fazer radiografia ou então ,feita esta, a leitura desnortear-se por desconhecimento da lesão. Não se acha o que não se conhece. A nossa observada tem historia tipica a todas estas doentes; surgiram os primeiros sinaes na idade de 10 anos, como é mais comum entre 8 e 12 anos; o sintoma dominante foi a dor localisada ao nivel da 2.ª articulação metatarsofalangiana, como sempre nestes casos. A principio incomodativa, foi se agravando com o correr dos anos, sem nada se perceber localmente nesta fase, com conservação livre dos movimentos, indolor em repouso, de pé ou caminhar ou correr doloroso, a ponto de obrigar a descanço. Aos 15 anos notava-se ao palpar leve espessamento local, sem dor, porém a dificuldade da marcha era muito maior. Primeira radiografia nesta ocasião, não se fez diagnostico, mas foi praticada uma intervenção cirurgica que foi superficial, embora tenha havido alguns meses de melhora para a doente.

Novos clichés aos 16 anos em outra cidade, tambem não tiveram diagnostico, suposta sifilis, apezar de exames complementares negativos, foi executado tratamento metódico e intenso.

Na evolução posterior, quando examinámaos, aumento de volume articular, persiste a dor em caminhadas longas e de modo descontinuo e ha certa rijeza nos movimentos, embora conservados. Moça bem disposta e desenvolvida, sem nenhuma outra queixa. A evolução se fez no espaço de 10 anos desde os primordios e demonstra ser de tendencia a agravação local.

A terapeutica por nós utilisada foi conservadora, aliás como é geralmente aconselhado: bota corretiva de apoio e hidroterapia, porém, apezar de melhora, persiste a possibilidade de intervenção cirurgica.

Esta poderá ser:

1) resecção da cabeça do metatarsiano. É a intervenção à primeira vista mais logica, desde que é onde predominam as lesões. É aconselhada por Campbell[4] quando o prejuizo funcional tende a se agravar. No emtanto, seus resultados tardios podem não ser bons, pois é frequente a persistencia da dor, com indicação, então, de amputação.

2) perfurações a Beck

3) amoldar com escopro as porções lateraes da cabeça do metatarsiano e base da 1.ª falange e extirpar os fragmentos livres.

Estes dois processos podem ser combinados, mas são inconstantes os resultados, conforme Hauser[13], embora suficientes algumas vezes.

4) resecção da epifise proximal da 1.ª falange. Foi o metodo executado na clinica de Spitzy por Machacek. A apresentação dos seus casos é convincente; tendo tratado doentes já operados e obtido bons resultados. A intervenção é simples, devendo-se gessar em seguida para repouso. Acarreta um encurtamento do dedo sem implicar em prejuizo funcional, o que póde suceder com a resecção da cabeça do metatarsiano pela perda de conexão do pé anterior.

Parece-nos a intervenção a executar.

BIBLIOGRAFIA

1) — KOEHLER (A.) — "Roentgenlogia — Los limites de la imagem normal etc." vol. trad. Labor, 1933, pág. 96-114.
2) — LEWIN (Ph.) — "The Foot and Ankle", vol. Lea e Febiger, 1941, pág. 222, 2.ª ed.
3) — FREIBERG (A.H.) — "The so-called Infraction of the second metatarsal Bone" — Journ. of Bone and Joint Surg., 8.2, pág. 257, 1926.
4) — CAMPBELL (W.C.) — "Operative Orthopedics" — vol. Mosby 1939, págs. 240 e 1037.
5) — MASSART — VIDAL — NAQUET — "Pratique Orthopedique", vol. Amedée Legrand, 1938, pág. 695.
6) — FERFUSSON — "Roentgen diagnosis of the extremities and Spine", vol. 1940, pág. 234.
7) — KAPPIS — cit. Koehler e Nagura.
8) — AXHAUSEN — cit. Koehler e Nagura.
9) — BURCKARDT — Archiv Klin. Chir. 185, pág. 428, 1936.
10) — NAGURA (S.) — "Die pathologie der Perthes'schen und der Köhlerschen krankheit am Metatarsalköpfchen" Zentr. für Chir., n.° 8, 19/2/1938, pág. 417.
11) — NAGURA (S.) — "Das Wesen und die entstehung der osteochondritis dissecans Königs etc. etc." — Zentr. für Chir., n.° 35, 28/8/1937, pág. 2049.
II" — Zentr. für Chir., n.° 39, 28/9/1940, pág. 1825.
13) — HAUSER (E.P.W.) — "Diseases of the Foot", vol. Saunders, 1941, pág. 297.
14) — DEFINE (D.) — "Etio-patogenia da coxa plana", these de concurso, 1938.
15) — ASSMANN — "Diagnostico roentgenlogico etc." — vol. 1940, pág. 1212.

TRATAMENTO DA OSTEOMIELITE AGUDA HEMATOGÊNICA *

Agradecemos sobremaneira honrados a distinção que nos foi conferida pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, para relator de um dos temas do 6.° Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia — o tratamento das osteomielites.

Como melhor recurso de exposição do assunto e melhor meio de evitar repetições frequentes, o nosso companheiro Dr. Abdias Ferreira cuidará do tratamento da osteomielite crônica, enquanto que explanaremos o tratamento da osteomielite aguda.

A numerosa contribuição bibliográfica, a presunção geral do seu amplo conhecimento e a sua divulgação clássica criam as principais dificuldades do nosso relato. Procurámos então fazer uma exposição sucinta e atualizada, sem pretender o aspecto de revisão completa.

Três são os fatores a considerar no tratamento da osteomielite aguda: a) a fórma clínica; b) o período evolutivo; c) a localização no esqueleto.

a) As fórmas clinicas variaveis dependem do tipo e virulência do germem, da via de introdução do germen no organismo e mecanismo da infecção ossea.

Diversas são as classificações descritas conforme o germen causador do processo osteomielítico, considerando-se os tipos clinicos em sua relação, donde as osteomielites estafilocócicas, estreptocócicas, pneumocócicas, tíficas e outras, que

* Relatório ao VI Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia — 1944.
NOTA. — Trabalho apresentado em julho de 1944. Até essa data não havia referências bibliográficas científicas sôbre o emprêgo da *penicilina* na *osteomielite aguda,* e a nossa própria observação não permitia qualquer exposição suasória, porisso nenhuma indicação dessa terapêutica fizemos no texto.

se fazem no decurso de grandes infecções gerais, mas sempre tendo em vista o tipo de bactéria agente da infecção.

Este aspecto do problema das osteomielites, tido principalmente pelos autores que se seguiram à época das pesquizas bacteriológicas, como essencial, não tem atualmente mais a mesma importância, por ser fato perfeitamente assentado e concorde em todas as grandes estatísticas ser o estafilocóco o mais frequente causador da osteomielite aguda, com maior predominância do aureus, seguindo o estreptocóco e, em frequência, numa percentagem mínima, as outras espécies, quasi constituindo afecções excepcionais.

Os estudos de Lannelongue e Achard (1890) já indicavam esta relação e assim, sôbre 73 exames na osteomielite, encontraram 44 vezes estafilocócos aureus, 9 estáfilo albus, 1 estáfilo aureus e albus, 1 estáfilo citrino, 1 estáfilo aureus e colibacilo, 7 esreptocócos, 1 estrepto e estáfilo albus, 3 pneumococos-4 bacilo de Eberth, 2 microcócos indeterminados, talvez pneumocócos.

A estatística de Butler, dos casos havidos no London Hospital de 1919-1937, em número de 500, confirma este fato, pois foram encontrados: o estáfilo aureus 342 vezes — 82°, e o albus 22 vezes — 5%, o estrepto 45 — 11%, os anaeróbios 2, o colibacilo 1, o pneumocóco 1 e não se conhecendo o germen em 87 doentes. Assevera esses mesmos resultados outra fonte estatística: Lanche, em trabalho conjunto, cita, de Naegeli, as seguintes percentagens dos casos observados na clínica cirurgica de Bonn: estáfilo aureus 78,9% e o albus 5,2%, estrepto 5,2% estáfilo e estrepto 3,5%; grupo coli 1,7%; pneumocócos 1,7%; bacilo tífico 1,7%.

Wilensky, do Mount Sinai Hospital, dá a indicação seguinte: estáfilo aureus 67, albus 11, aureus hemolítico 2, aureus e albus 3, aureus e estrepto hemolítico 2, aureus e estrepto I 1, aureus e difteroide 3, estreptocócos anaeróbios 2, estreptocóco hemolítico 24, estrepto não hemolítico 6, estrepto hemolítico B 6, estrepto viridans e difteroide 1, pneumocócos 2, difteroides 1, B. tífico 3, B. coli 1, B. Friedlander 1, B. proteus 1. Os dados de Frazer, em 360 casos, são: 312 estáfilo aureus, 8 albus, 16 estrepto, 6 estrepto e estáfilo, 14 pneumocócos, 3 bacilo tífico, 1 bacilo da influenza. Os exames praticados com 187 casos de

Huebler resultaram: estáfilo aureus 176 casos; estreptocócos 9; pneumocócos 1; bacilo tífico 1 caso.

Da clínica de Koenigsber, Läwen (1939) reuniu, nos ultimos 11 anos, 416 casos; em 350, isto é, 84,1%, foi encontrado no puz, estafilocócos aureus.

Servem estes trabalhos, confeccionados em épocas e regiões diferentes e por longos períodos de tempo, para confirmar a opinião hoje generalizada, de que na maioria absoluta dos casos, é o estafilocóco o germen que produz a infecção. No entanto, um aspecto curioso a ser anotado, e também geralmente confirmado, Fèvre, Wilensky, Green e Shannon (95 casos — 63% estreptocócos), Dillehunt, é o de, na primeira infância até 2 anos, ser mais encontradiço na osteomielite aguda o estreptocócos, com uma frequência quasi absoluta.

A via sanguínea é a via habitual de penetração do germen no osso, donde a denominação de osteomielite aguda hematógena para os casos clínicos mais comuns e frequentes, designando o tipo clássico. Deste modo existe sempre uma infecção geral anterior à localização óssea, a qual póde assumir o papel predominante do quadro clínico, é a fórma septicêmica, ou então é passageira ou transitória, constituindo a fórma bacteriêmica.

A fórma septicêmica é dominada pelos fenómenos clínicos gerais da septicemia e, como afirma Leveuf, se afasta na discussão do tratamento da osteomielite aguda. A localização óssea da infecção mal se esboça, sob mínimos sinais, diante da intensidade da disseminação, mais propriamente hipertóxica, que conduz à morte em poucos dias. Doutras feitas, constitúe-se o fóco osteomielítico único ou múltiplo, mas como verdadeiros epifenómenos, dentro do quadro septicêmico, com seu cortejo sintomático dominante, sem tendência à remissão. Estes casos de excepcional gravidade, parece-nos que fogem do capítulo da osteomielite, para serem reais septicemias, como demonstra a evolução clínica.

NOTA. — Tratámos 15 doentes na fase aguda da osteomielite com esta orientação terapêutica, tendo sido os nossos resultados equivalentes às observações que estão documentadas, das quais retirámos exemplos de evoluções variáveis. A medicação por sulfamidas (sulfatiazol e sulfadiazine) foi para nós adjuvante e em algumas observações deixámos de usá-la deliberadamente, por não termos notado diferença de evolução do fóco ósseo.

A fórma bacteriêmica é a mais frequente da osteomielite aguda, sendo importantes os sinais gerais e muitas vezes de intensa repercussão para o organismo, mas a evolução local da infecção assestada no osso domina o quadro clínico.

Wilensky divide a osteomielite aguda em três grandes grupos:

1) infecção primária do osso — Produzida pela introdução direta no osso dos germens, atravez duma solução de continuidade da pele. São exemplos as osteomielites por infecção cirúrgica, produzidas numa intervenção sôbre o osso, e as consecutivas às fraturas expostas. Têm naturalmente os mais variados aspectos, não só bacteriológicos, como evolutivos clínicos e pódem ser de mui graves consequências. Fogem ao sentido geral do nosso tema, pela série de problemas conexos que apresentam, e poristo são compreendidas em capítulo à parte.

2) fórma extensiva ou por contiguidade — Faz-se do contágio do osso pela proximidade dum foco de infecção. São deste tipo as osteomielites dos ossos proximos às sinusites e otites, por extensão progressiva; as dos ossos do dedos, causadas por infecção das partes moles, e também as bursites supuradas provocando supurações ósseas de vizinhança. De mecanismo mais acessivel, não compreenderemos em nosso relato, por despertar problema terapêutico mui diverso.

3) osteomielite aguda hematógena. Esta será a fórma de objetivo essencial do nosso estudo. Muito mais frequente na adolescência do que em qualquer outra época da vida, é também chamada impròpriamente de osteomielite da adolescência. Póde se constituir, embora menos frequentemente, na primeira infância e idade adulta, conservando, no entanto, determinadas peculiaridades, inerentes ao tipo de infecção e constituição óssea.

A patogenia da osteomielite aguda ficou esclarecida em fins do século passado pelos estudos e observações de Rosenbach (1878), Kocher (1878), Lannelongue (1879), Pasteur (1880), Rodet (1884), Kraske (1890) e Lexer (1894).

Os estudos experimentais de Lexer, afirmando a origem embólica da infecção atravez da artéria nutridora do osso, ainda

servem de base a todas as discussões sobre a patogenia da osteomielite aguda (Läwen). Wilensky adota este ponto de vista e faz chegar a Kaufmann (1855) a publicação primeira. Afirma ser o principal elemento a trombose vascular ,notando-se os primeiros fenómenos nos primeiros dias da doença, e acresce que os caarcteristicos dominantes do quadro patológico são. 1) a trombo-flebite ou trombo-arterite; 2) tromboses extensas dos canais vasculares; 3) necrose ossea consequente aos distúrbios circulatórios.

Walter Müller (1931) poude experimentalmente mostrar que as substâncias corantes e também estafilocócos eram transportados e reunidos na metáfise dos ossos longos atravez dos linfáticos (cit. Läwen, Arch. Klin. Chir. 164-722-1931).

As experiências renovadas, ao tempo que ampliadas em suas conclusões, têm podido modificar certos aspectos de interpretação do problema intimo da lesão óssea, embora suas aplicações práticas no homem devam forçosamente sofrer restrições.

Mac Neal (1937) reproduz as esperiências de Lexer. Refere a experimentação de Hobo com injeção de tinta da índia, que verifica no fígado, baço e toda a medula óssea totalmente escuros e mais tarde com partículas largamente fagocitadas. Encontra-os sempre nos capilares venosos e nunca nas arteríolas, sendo que a medula diafisária é mais impregnada do que a medula metafisária. Mac Neal julga, com os trabalhos de Koch, Dumont e Kusama, que a predileção da metáfise do osso em crescimento pela infecção está em relação com fatores biológicos, a resistência dos tecidos e não por influência mecânica, o que explica a inexistência, no decurso da osteomielite aguda, de abcessos do pulmão, bem como a raridade de outras supurações vicerais, enquanto que as metáfises e a gordura peri-renal são sédes habituais.

Werver e Tyler (1943), utilizando-se de 205 coelhos, conseguem a instalação de osteomielite em 39%. Procuram tirar conclusões sôbre o efeito da sulfamidoterapia, sem no entanto poder apreciar de modo definitivo. A experimentação indica os elementos essenciais da infecção, mas não demonstra suficientemente o mecanismo de sua realização.

b) Período evolutivo.

E' classica a divisão das osteomielites em agudas e crônicas, não só em autores de livros mais antigos, como nos mais modernos, acrescendo alguns uma fase sub-aguda, Campbell, Ombradanne. Porém não se nota uma definição nítida da diferença das duas fases, isto é, quando termina uma e se inicia a outra, bem como existe uma certa diferença de definição.

E' de aceitação tácita e compreensão mais geral, em comparação com outras infecções, indicar as manifestações evolutivas que surgem bruscamente e se instalam no osso, em tempo variavel de duração em dias, mas com lesões progressivas, de consequência imediata da infecção óssea como período agudo e crônico, o periodo afastado no tempo, dos acidentes iniciais, diminuindo ou desaparecido o cortejo dos sintomas clínicos de infecção aguda, com lesão óssea persistente, alguns acrescendo numa manifesta confusão as expressões de fórma prolongadas ou recidivantes. Outras, embora sem se definir claramente, Allende, Fichte, Tixier, começam a falar em período crônico, desde terminada a fase dos intensos sintomas gerais e formação, pela necrose óssea, dos sequestros.

Läwen (1929) classifica os 416 casos de osteomielite, em 11 anos da clínica de Koenigsberg, de superagudo 26 — 6,3%; agudo 100 — 24% ainda não operados; sub-agudos 90 casos, cuja duração da doença era até 3 meses e já operados; 200 — 48% crônicos, que há alguns anos eram tratados.

Este critério não nos parece lógico, bem como também, o tempo não póde servir de base para diferenciar as fases aguda e crônica.

Iniciado o processo da osteomielite, há uma série de consequências em relação direta e continuada com a infecção, numa marcha evolutiva variavel de semanas, com característicos ósseos diferentes, porém diretamente ligados ao início do processo. O conhecimento evolutivo natural da osteomielite aguda mostra, seja a formação de sequestros pequenos ou grandes, na fase da destruição, ou seja a reconstituição integral do osso, com o esvasiamento do abcesso sub-periósticо, expontâneo ou incisado, demonstrando cabalmente, no nosso entender, a continuação sem arrefecimento, apesar da inexis-

tência dos sintomas clínicos gerais, da fase aguda do processo infeccioso ósseo.

No entanto, si terminada esta fase primeira de destruição, seguida de reconstituição óssea que sempre e normalmente se segue em todas as eventualidades, com esta ou aquela ou ainda sem orientação terapêutica, persistem os fenómenos alternados ou continuados de infecção óssea, tendo por substrato anatômico aspectos variaveis, abcessos centrais ou geôdos residuais, sequestros desprendidos ou encastoados, fistulizados ou não, períodos longos ou curtos de cura aparente, conservando o osso a lesão não refeita, então deve se denominar fase crônica. Portanto, julgamos deva ser o estadío ósseo da infecção o critério que determina a osteomielite-aguda, e não o tempo e evolução clínica.

Ombredane descreve a fórma aguda e inclúe a formação dos sequestros com sua eliminação consecutiva; contesta com razão a existência da fórma inicialmente crônica, de outros autores franceses, e afirma que é crônica, não a infecção osteomielítica, mas a evolução clínica dos sintomas que se arrastam no tempo para eliminar expontaneamente os sequestros, acreditando mais na existência das fórmas prolongadas ou recidivantes, isto é, "osteomielite que se póde considerar como não curando nunca". Indica as fórmas sub-agudas, como sendo osteomielites de sinais clinicos abrandados de intensidade, sucetiveis de resolução expontânea, talvez o substrato anatômico da osteomielite aguda do adulto.

Wilensky, mais de acôrdo com a realidade dos fatos, afirma que o termo de osteomielite crônica, o mais das vezes não é uma expressão feliz, porque a maioria dos casos de osteomielite começa como processo agudo e o prolongamento da afecção no tempo, principalmente si comparado a outras doenças agudas, é função dos caracteristicos do tecido ósseo, onde se processa a infecção. Reserva a expressão de osteomielite crônica para os casos que, apesar de orientação adequada, não têm tendência à cura ou então, às recidivas em relação ao foco primitivo. A importância em distinguir as fases evolutivas nesta desinência, é muito menos de palavras do que de fatos concretos, porque nesta noção se inclúe realmente uma noção essencial do problema terapêutico, isto é, como evolve a oste-

processo agudo, não só na fórma clínica bacteriêmica de focos múltiplos, mas como única parte do esqueleto atingida, evoluindo com efeito característico, em relação à situação e estrutura anatômica do osso.

Afecção, em geral, da adolescência, encontra explicação a dominante predisposição da porção juxta-epifisária ou metáfise ou bulbo de Lanelongue, em localizar a infecção, na mais intensa irrigação vascular desta zona dos ossos e por isso mesmo as demais localizações nos outros ossos são relativamente raras e no conjunto geral, incidem em percentagens mínimas.

Wilensky, em 346 casos do Mount Sinaï Hospital, encontrou 15% tíbia, 23% femur, 9% úmero, 3% perôneo, 3% rádio, 5% mandíbula, 0,5% ílion, 2% calcâneo, 2% vértebra, 8% cabeça, incluindo o outro tipo de osteomielite aguda por contiguidade.

Lanche insere as estatísticas alemãs apenas na fórma osteomielite aguda hematógena de Trendel (Tubingen), Reischauer (Breslau), Naegeli e Menicker (Bonn):

TABELA

femur	58,8%	40,6%	34,5%
tíbia	34,8%	37,7%	42,5%
úmero	9,3%	10,3%	12,5%
perôneo	3,2%	3,5%	5,5%
rádio	7,2% (3,9%)	4,2%	5,5% (4,0%)
cúbito	7,2% (3,2%)	4,2%	5,5% (1,0%)

Na estatística de Mennicker vem especificada a zona do osso afetada:

úmero	extremidade superior	8,4%	10,5%
	extremidade inferior	2,1%	
ante-braço			4,2%
mão			0,7%
ilíaco			0,7%

femur	extremidade superior	13,7%	
	extremidade inferior	23,6%	..... 40,7%
	diáfise	3,5%	
tíbia	extremidade superior	20,7%	
	extremidade inferior	17 %	..... 37,7%
perôneo			3,5%
pé			2,1%

Viñas, Aguirre e Rivara publicam uma estatística de 518 casos, observados em 38 anos no Hospital de Niños de Buenos Aires, com as localizações seguintes: tíbia 240, femur 142, úmero 36, perôneo 20, maxilar inferior 17, calcâneo 9, rádio 10, costelas 5, acrômio 6, rótula 1, cúbito 3, frontal 6, maxilar superior 3, metatarsianos 4, coxal 11, astrágalo 2, ísquion 1, clavícula 1, coluna 1.

Estas estatísticas, tomadas de trabalhos fundamentados e principalmente resultado de observações hospitalares de vários anos, dão uma nítida e véra impressão deste aspecto, em realidade noção clássica, plenamente confirmada.

Neste particular ainda varia a incidência no adulto, e na fórma habitual da osteomielite aguda hematógena do adolescente. No adulto, a fórma de evolução aguda por localização da infecção secundária é excepcional, sendo mais frequente a exacerbação aguda, por recidiva, com intervalo longo de tempo, na mesma região ou à distância da infecção antiga.

Nota-se de maneira geral que a localização no osso é diafisária e assume no seu desenvolvimento por peculiaridade histológica, feitio diverso. Com o conhecimento das fórmas de cura expontânea (Wilensky) ou de evolução sub-aguda (Ombredanne) ha tendência em se acreditar, o que parece mais real, que as manifestações agudas da osteomielite no adulto são de fato exacerbações agudas de focos osteomielíticos anteriores, de cuja evolução primitiva não houve diagnóstico ou evidência clínica perceptivel. Sabemos quão extranhas são as supurações ósseas estafilocócicas pela latência prolongada assintomática, e como se incrementam por vezes repentinamente com um quadro agudo infeccioso, sem uma causa palpavel. O aspecto radiográfico nos confirma nesta opinião. Muito variavel, apresenta lesões destrutivas que muito lembram as da osteomielite, geô-

dos, abcessos centrais ao lado de lesões reconstrutivas, de longa evolução, eburneização do osso e espessamentos periósticos extensos.

Jaureguy, Butler, Leclerc, Mitchel, mostram o aspecto variavel da evolução clínica geral e do foco osteomielítico, que impõem problema terapêutico mui diverso.

Esses elementos farão necessáriamente variar a orientação terapêutica. A instalação do processo infeccioso num osso chato de pequeno volume, tal o calcâneo, de constituição esponjosa, de acesso direto pouco traumatisante, é naturalmente de evolução clínica local mui diversa do mesmo processo no maxilar inferior, de contextura compacta, servindo de arcabouço estético da face, com outro mecanismo de reconstituição e tendência à formação de sequestros septados, em comunicação com a boca, via de acésso natural.

Comparemos mais a incidência sôbre a extremidade superior do femur, juxta-epifisária, abrangendo porção extensa do osso, localizado na profundidade duma grande massa muscular, acrescendo o problema mecânico da estática e movimentação da coxo-femural, com a de processo evolutivo idêntico mas de situação na metáfise superior da tíbia, com exposição ampla ao exame clínico, afloramento rápido para o exterior da supuração, intervenção cirúrgica simples e facil observação das sequências imediatas. Ainda notemos no que possa caracterizar clinicamente a osteomielite aguda da coluna vertebral, com a complexidade anatômica das vértebras, suas funções de mobilidade e de sustentação complicadas, e de proteção do órgão nervoso, por isso de característicos clínicos peculiares, e a impossibilidade da aplicação de certos métodos cirúrgicos, e também ainda na localização craneana impondo outra série de raciocínios pela especial estrutura anatômica dos ossos do crâneo, proximidade do encéfalo, natureza particular do revestimento cutâneo. Com isto se vê que cada uma das localizações ósseas desperta problemas que afetam diretamente o procedimento terapêutico, além de modificar ipso facto o tipo e a intensidade da destruição óssea provocada pela infecção.

Sendo no entanto muito mais frequente a localização nos ossos longos dos membros do que em todos os outros ossos, serão as nossas referências gerais em relação a estas localiza-

ções; as demais localizações deverão ser objeto de estudo particularizado.

Podemos portanto admitir que certos fatos na osteomielite aguda hematógena têm recebido a confirmação do tempo, coincidindo as observações dos que se têm dedicado ao assunto.

E' uma localização óssea de infecção geral, produzida em 90% dos casos por estafilocócos; de fórmas clínicas diferentes, uma de carater septicêmico, em que a osteomielite aguda é epifenómeno, acima dos recursos terapêuticos atuais, mas de incidência rara e de definição diagnóstica clínica difícil em seus limites, e outra bacteriêmica, que determina a localização esquelética. Esta localização se processa 95% das vezes nos ossos longos dos membros, com absoluta predominância do membro inferior, 80% das localizações osteomielíticas agudas hematógenas.

A infecção do osso é sempre da medula e canais de Havers, donde o abandono da expressão osteíte pelo de osteomielite. A via de introdução do germen é sanguínea.

Estes são os elementos positivos adquiridos pela observação.

As opiniões não são concordes quanto ao mecanismo íntimo das reações do osso à infecção, que apresentam aspectos diversos, combinando-se vários fatores de discernimento discutível, a biologia do germen causador e a sua evolução no tecido ósseo. Esta disparidade de apreciação dos fatos na estrutura íntima do osso, orientou a terapêutica por feições diferentes em relação ao tratamento geral e ao da lesão local.

Recordar o histórico sucessivo das várias maneiras de proceder diante duma osteomielite aguda teria menos interêsse por estar repetido em todos os livros clássicos de patologia, do que analizar as orientações mais modernas de tratamento, influidas que são por conhecimentos técnicos mais concatenados.

Imobilização. — A imobilização da região afetada constitui um real progresso no tratamento da osteomielite aguda.

Feita com rigor técnico, imobilizando o membro lesado num aparelho gessado, ao tempo que dá o repouso conveniente á lesão, permite a sua evolução natural e previne as graves deformações posteriores, tão frequentes antigamente.

E' relativamente recente a utilização do aparelho gessado na presunção de imobilizar rigorosamente o membro séde da infecção. Parece-nos que influiram muito, na sua maior divulgação, a doutrina moderna de se estabelecer o maximo de repouso às porções esqueléticas doentes, como também a difusão que teve o método de Orr, no qual a imobilização não é complemento apenas, mas parte essencial do tratamento. O próprio Orr insiste no modo de fazê-la, tal como nas fraturas, abrangendo pelo menos as duas articulares vizinhas para absoluto repouso regional.

Wilensky dá enorme interêsse à imobilização, escrevendo textualmente: "No mais precoce estágio do desenvolvimento de um foco de osteomielite, a mais importante fórma adjuvante de terapêutica é o repouso da região por apropriada imobilização. Estou certo que um certo número de casos em que a operação se mostrou desnecessária, a não indicação foi determinada pela imobilização da parte afetada. O repouso deve ser feito por gesso ou tala, por aparelhos de contenção ou por outros meios apropriados, recomendados pela melhor prática ortopédica".

Ora, é de todos reconhecido que o melhor meio de imobilização, pela maleabilidade e mais perfeita adaptação às configurações exteriores, variaveis de indivíduo, é o aparelho gessado. Insistimos em ressaltar a importância da imobilização porque a sabemos pouco difundida, dominado o problema terapêutico pela orientação clássica, onde não se faz referências à imobilização e mais por notarmos em leituras de trabalros recentes que se a expõe sumáriamente, sem lhe dar a devida valia e ás vezes de modo esporádico.

Os relatórios de Ingelrans (1932), Allende e Jaureguy (1935) fazem referências, como complemento aos vários processos cirúrgicos, sem no entanto referir seus efeitos próprios que o fazem se constituir em método de tratamento.

Tão diferente, em suas repercussões gerais, é a evolução da osteomielite aguda quando se processa sob o aparelho gessado imobilizador conveniente, em comparação com os outros métodos, que não associam este recurso desde a fase inicial do processo infeccioso, que permitiu uma atitude terapêutica de expectativa (Leveuf) ou conservadora (Wilensky). Sua indicação muito ampla oferece como vantagens principais o arrefe-

cimento dos fenómenos clínicos locais, com benéfica repercussão geral, mantença do membro em posição correta e favoravel e porisso deve ser sempre complemento a qualquer outro procedimento terapêutico.

E' por demais conhecida a evolução focal osteomielítica quando abandonada e as suas graves complicações, que constituem problemas terapêuticos de dificílima solução. Naturalmente, objetar, como o fez Lombard, casos deste gênero ao tratamento conservador, é compreender mal a ação real do gesso imobilizador, que é um agente profilático das atitudes viciosas e deformações e permite com o repouso do membro uma natural reparação dos tecidos.

Leveuf (1937), cujos trabalhos sôbre a osteomielite aguda tiveram tão grande repercussão há alguns anos, em suas últimas publicações tem tendência a adotar uma orientação nítidamente conservadora. Descrevendo uma observação clínica, de prognóstico grave, de focos múltiplos de osteomielite com persistência prolongada de sinais septicêmicos, assim se refere: "Durante os três primeiros anos de estadía no Hospital Bretonneau, oito meninos morreram nestas condições; desde que prescrevi a expectativa rigorosa e a imobilização gessada, isto é, desde os outros três anos, tive a agradavel surpresa de não perder nenhum doente, mesmo nas fórmas as mais graves, análogas às que vos apresento hoje". E resume mais adiante as suas conclusões: "Mais esta observação e as radiografias que vos projetei provam que, sob o ponto de vista local, isto é, no que respeita a evolução dos focos ósseos e das artrites supuradas de vizinhança, a abstenção e a imobilização gessada dão resultados notaveis. Ossos que parecem inteiramente destruidos pela supuração (simples ilusão radiográfica), que eu teria outróra ressecado sem hesitar, curam ou bem de maneira completa ou bem com sequelas relativamente pouco importantes".

Afirmativa idêntica fez Boppe, seguindo seus doentes desde o início da imobilização.

Esta maneira de compreender a evolução da osteomielite aguda e daí deduzir o conveniente tratamento, há mais tempo foi explanada por Wilensky, autor norte-americano dedicado ao seu estudo, há alguns anos, em publicações sucessivas, desde 1926 até muito recentemente. Este cirurgião, que teve o mérito,

por suas pesquizas, de aclarar uma série de problemas conexos à evolução aguda osteomielítica, adota também um semelhante modo de tratar, do qual deduz os seguintes benefícios e vantagens:

1) minima chance de extensão da lesão trombo-flebítica ou trombo-arterial, com todas as consequências préviamente delineadas;
2) conservação de tecido ósseo, importante como componente articular;
3) ação de evitar sequestrostomia secundária, tornando-se necessária mais raramente;
4) o método conservador pareceu em minha experiência evitar frequentemente complicações locais, com especial referência aos distúrbios de crescimento e outras deformidades.

Goldenberg (1942) num estudo da osteomielite aguda do perôneo, evidencia e documenta esta mesma evolução.

Adotado este critério, reconhecida a possibilidade da regressão expontânea de certas osteomielites agudas, assim como conhecida a evolução natural do foco, mais racionalmente se aplicam estudos sôbre a osteomielite.

Intervenção cirúrgica retardada. — Nesta base instituiu-se como método de conduta, a intervenção cirúrgica retardada, mantendo-se o doente sob estrita observação, com o aparelho gessado de imobilização. O osso não apresenta lesões aparentes à radiografia, mas o abcesso sub- perióstico constitúe-se muito rapidamente, em poucos dias. Nesta fase é que mais frequentemente tomamos contacto com estes doentes. Wilensky, desde que esteja bem formado o abcesso, recomenda a incisão para drenar o puz e continúa a imobilização. Porém Leveuf (1936) mostra as vantagens em retardar a abertura do abcesso, até a defervescência dos fenómenos gerais, não sendo raro observar-se com esta temporização a absorção quasi total do puz: "Quando se incisa o abcesso sub-perióstico, após a defervescência da febre, escôa-se uma quantidade mais ou menos abundante de líquido purulento, às vezes hemorrágico, no qual flutuam grandes flocos. Eu não saberia dizer si estes flocos às vezes muito abundantes, são constituídos por fibrina ou por tecidos mortificados. O abcesso uma vez evacuado não é neces-

sário drenar. A coleção parece ter perdido toda a virulência e toxidês. Certos abcessos volumosos são mesmo capazes de se reabsorver expontaneamente" (Leveuf).

Grégoire (1936) julga muito razoavel esta temporização, tendo podido observar, a coberto da vacinação, os seus excelentes resultados. Philipowicz (1937) julga importante a ação da vacina e insiste no seu uso. Orienta da mesma fórma o tratamento e se mostra contrário à trepanação. Durante dez anos tratou 47 casos com uma morte, sendo muito raras as complicações imediatas, e quando surgem são também tratadas pelo método conservador, tendo observado idêntica evolução.

Uma das objeções mais sérias à intervenção de drenagem retardada do abcesso é a possibilidade da contaminação articular por invasão do puz. Mathieu considera este grave risco para contra-indicar esta conduta, embora não veja o mesmo inconveniente nas sinoviais que reagem conjuntamente com o processo osteomielítico, tal como a coxo-femural, que se adapta desde o início, melhor se defendendo da infecção.

O mecanismo da artrite concominante à osteomielite aguda não é por invasão brusca purulenta, mas por contaminação paulatina, tanto que é muito frequente ser o derrame articular simplesmente de reação da serosa.

Na observação continuada do desenvolvimento da infecção focal, já então com o auxílio da radiografia ,verificamos as várias modificações ósseas, com suas consequências, a formação ou não de sequestros, tamanho e situação destes. Caso não haja sequestros, póde-se dar a cicatrização expontânea do orifício de drenagem do abcesso sub-perióstico e cura definitiva. Porém, si os sequestros se tiverem formado, faz-se mistér a sua extração cirúrgica, isto é, sequestrotomia. Oferece o método neste tempo a sua maior vantagem, a de intervenção calculada préviamente, com indicação precisa e de finalidade estudada.

A ocasião de intervir para a retirada dos sequestros parece-nos da maior importância. Wilensky julga "o momento mais oportuno de remoção do sequestro, após ter desaparecido e acalmado completamente os sintomas locais e gerais da infecção, quando as condições gerais do paciente sejam as melhores possiveis, outras coisas sendo iguais, e quando o problema tornou-se de remoção de um corpo completamente extranho".

Assim também cremos que este momento deva ser bastante retardado, até que o sequestro esteja totalmente desprendido dentro do osso. Além de ser verificavel a sua grande redução de volume à medida que se permite a sua franca libertação, sem podermos afirmar, é questão muito debatida, temos a impressão que o sequestro, neste período de evolução, resultado local de intensa destruição sofrida pelo osso, tem uma função local útil na sua reconstituição.

Ollier, com sua aguda oservação, assinalou este fato, que tem suportado contradição de outros autores. Em algumas outras circunstâncias o sequestro volumoso é verdadeiro tutor na fase reconstrutiva, como a encaminhar a direção da formação óssea, claro que sempre auxiliado pela imobilização, porque não existe paralélo comparativo na observação desta fase quando se conserva o membro afetado livre, pois deste modo a atitude viciosa, deformações ou pseudartrose sobrevêm certamente, acarretando maior extensão na destruição óssea e na sequestração, com tendência a isolar os sequestros da continuidade do osso.

Outra vantagem em retardar a sequestrotomia é a maior facilidade na extirpação ,portanto com um mínimo de traumatismo ósseo, preocupação que deve ter o cirurgião afim de evitar pequenas necroses post-cirúrgicas.

Philipowicz (1937), atribuindo à ação da vacinação, observou esta mesma evolução das lesões ósseas e opina pelo maior retardo da extirpação do sequestro, que funciona por vezes como um enxerto ósseo.

A máxima asepsia neste tempo cirúrgico é de rigor, para não se superajuntar novas infecções, capazes de fazer redundar em fracasso o método terapêutico. Insiste Wilensky: "O maior cuidado em todas as manipulações operatórias para não causar indevidas mutilações e também prevenir maior extensão da trombo-flebite, que se tornará a causa principal de sobsequentes exacerbações ou recrudescências no mesmo foco ou na produção de outros focos".

Extirpados os sequestros, a cavidade deve permanecer amplamente aberta, variando o método de drenagem com gaze simples, vaselinada (Orr), gaze com antisepticos, iodofórmio, bismuto (Wilensky) e continuando a mais estrita imobilização.

Quando o foco de infecção se esteriliza totalmente, deve-se seguir a cicatrização completa.

Intervenção precoce. — Antepõe-se a esta orientação conservadora de expectativa, sob estrita imobilização gessada, a diretriz terapêutica da intervenção focal precoce.

Deve ser compreendido por intervenção precoce a que é executada assim que os fenómenos clínicos de localização se esboçam, permitindo o diagnóstico clínico.

A intenção deste procedimento é impedir a difusão da supuração, dando saída ao puz à medida que se fórma, ao tempo que pretende diminuir ou fazer desaparecer mais rápidamente os fenómenos tóxicos de infecção geral.

É excepcional esta oportunidade, porque o diagnóstico de certeza na grande maioria dos casos se faz quando o abcesso sub-perióstico está formado, de modo que a intervenção é praticada geralmente neste período.

Tem sido esta a orientação clássica no tratamento da osteomielite aguda, influenciada direta e indiretamente pelos trabalhos de Lexer, Lannelongue e outros, nos últimos anos do século XIX. A indicação da intervenção e o tipo variaram no entanto conforme os cirurgiões, mas conservando o princípio essencial de intervir cirurgicamente de urgência.

Consiste o ato cirúrgico na drenagem do abcesso sub-perióstico em exclusivo, ou nesta mais trepanação do osso, variando de modalidade a sua execução. Perduram sem maior diferença estes diferentes modos de proceder, e curioso é notar-se, nos trabalhos mais antigos e mais modernos, identicas discussões e apreciações dos mesmos fatos, sem ter havido conclusões satisfatórias, continuando as mesmas dificuldades e deficientes resultados.

Instituida como base a necessidade da intervenção cirúrgica, surgiu desde logo um primeiro fato que dividiu as opiniões si a infecção podia ser puramente sub-perióstica e aí ficar confinada, ou si provinha sempre da medula óssea como infecção primária, e seria então secundária à supuração sub-perióstica. Devido a esta última concepção, exaustivamente difundida por Lannelongue, surgiu a trepanação sistemática do osso, porque

só assim seria possivel a drenagem suficiente da supuração. Porém observou-se que, em algumas circunstâncias, bastava a drenagem do abcesso sub-perióstico para arrefecer a infecção óssea, com resultados clínicos idênticos aos da trepanação.

Em razão naturalmente dos resultados inconstantes na execução simples destes tratamentos, modificações técnicas de execução foram sendo adotadas. Por indicações diferentes determinava-se apenas puncionar o abcesso, ou esvasiá-lo por incisão mínima ou por incisão ampla, com permanência de drenos ou sem estes.

Na trepanação do osso também variou a maneira de executar a abertura do canal medular, desde as perfurações única ou múltiplas sobre a metáfise em direção para cima ou para baixo, até a larga abertura e exposição do canal por resecção ampla duma das paredes ósseas.

Diversificou-se também, nos métodos, o modo de estabelecer a drenagem, tendo sido utilizados os feitios mais diferentes e os antiséticos os mais diversos, a cada um se atribuindo por vezes os melhores resultados obtidos.

Se havia sido protelado, por qualquer causa extranha, o momento da intervenção, e era atingido o foco osteomielítico no intenso período da destruição óssea, as extensas resecções se tornavam obrigatórias.

A falta de conhecimentos exatos da evolução da osteomielite aguda não dava apoio aos insucessos verificados e a causas de ordem local se atribuiu o prolongamento da infecção.

Notamos assim uma gradação de intervenções, todas praticadas em épocas mais anteriores e extensivamente comentadas, que continuam a ser em trabalhos mais recentes vivamente discutidas, geralmente com os mesmos fundamentos, não diferindo os conselhos de tratamento em uns e outros.

Ollier, que em sua época representou um espírito cirúrgico de grande progresso, em seu "Traité des Resections", assim se expressou: "Em presença duma osteite aguda que os antiflogísticos usuais não puderam dominar, a primeira indicação cirúrgica a cumprir é debridar largamente o periósteo para fazer cessar a dor e o estrangulamento antes da formação do puz e

para evacuar o puz si a supuração já está estabelecida. Si a lesão parece unicamente perióstica, si o puz não contém nenhuma gotícula oleosa, deve-se geralmente limitar-se a esta incisão e esperar. Mas si os acidentes são graves, si o deslocamento do periósteo é extenso e si se nota a região juxta-epifisária a nú, si sobretudo se vê o puz surgir sobre o limite da cartilagem conjugal que começa a se descolar, é preciso então aplicar neste nível uma ou diversas corôas do trépano, a fim de penetrar nos espaços medulares". E arremata em seguida: "Estas trepanações feitas antiséticamente, não acarretam necrose, elas são ao contrário o melhor meio de prevení-la".

Estas indicações, anteriores aos estudos fundamentais sobre a infecção osteomielítica, fruto da observação perfeita, expõem uma orientação em tudo semelhante à de autores atuais. Sob a influência dos estudos de Lannelongue, Mauclaire (1896), assim expõe a orientação dominante da época: "Desde que o período inicial do aumento de volume indica a existência da supuração da medula, é preciso intervir. Já J. L. Pétit fazia a trepanação do osso na osteomielite; Morven Smith, Brodie, Stanley, Nélaton, Gosselin, Ollier e sobretudo Lannelongue recomendaram este método terapêutico, mas não foi sem encontrar muita resistência da parte dos autores que pensam nos casos em que a supuração é unicamente sub-perióstica, a incisão do abcesso subperióstico é suficiente. Entretanto a medulite sendo constante, é preciso trepanar o osso para dar saída ao puz medular".

Com o decorrer dos anos firmou-se, como regra geral, de conduta terapêutica, marcada tendência para a larga trepanação. Lériche (1926) expõe a técnica duma muito ampla exposição do osso e acrescenta com insistência, a necessidade e as vantagens de se seguir a esta intervenção a imobilização gessada rigorosa e os curativos raros, a fim de não perturbar a evolução focal por reinfecções e dores provocadas pelos curativos.

Ingelrans e Le Fort (1932) orientam o seu procedimento de maneira idêntica, isto é, intervenção precoce e trepanação larga. Mathieu reconhece também todas as vantagens na intervenção precoce, mas se insurge por ser excessiva, contra a

larga trepanação, pois é suficiente a incisão do abcesso e drenagem do puz intra-ósseo atravez duma pequena abertura da cortical óssea. Executa o esvasiamento ósseo ou eventualmente a resecção diafisária só após, em média, um mês.

Estes trabalhos, colhidos de autores diversos em épocas diferentes, representam a orientação e procedimentos mais generalizados, constituindo-se como diretriz clássica de tratamento. No entanto, não se tornou uma orientação de todos este modo de proceder, havendo um grande número de cirurgiões, mesmo em outros tempos, que não aceitam a trepanação e que se limitam apenas a inicisar o abcesso sub-perióstico sem nunca incidir sobre o osso. É lógico esse procedimento, por ser pouco traumatizante, não provocar mais intensa disseminação da infecção e não prejudicar os doentes, já muito intoxicados.

Embora seja atualmente de todos reconhecido que a osteomielite aguda hematógena inicia sua evolução na intimidade da metáfise, a sua drenagem pode se fazer atravez dos canais de Havers, da profundidade à superfície, o que aliás já havia sido visto por Lannelongue, que justificava a trepanação afirmando: "Nisto (trepanação) não se faz sinão imitar a natureza, que prepara a saída do puz pelo aumento dos canais de Havers".

Segundo Ingelrans (1932), Allende (1935), o maior número de cirurgiões alemães tem esta orientação. Realmente Läwen (1939) faz notar que, no Congresso Alemão de Cirurgia (1894) a maior parte dos cirurgiões restringia-se a indicar a incisão superióstica, porém Küster e Karewski, Nasse, Heidenham, Körte, opinavam pela necessidade da trepanação. Esta divergência de conduta persistiu nos anos subsequentes, sendo Vorschütz, Oehlecker, Früd, Körte, Nordmann, Fiedermann, Magnus, favoráveis à trepanação. Läwen nos casos agudos incisou só o abcesso 150 vezes, uma vez praticou perfuração e 17 vezes trepanação larga. Procedeu a uma revisão nas publicações de 97 autores que nos ultimos 25 anos escreveram sobre o tratamento da osteomielite aguda hematógena dos ossos longos, e verificou que 34 praticam por princípio trepanação larga, 9 trepanam só em casos graves, 8 praticam perfurações no osso e 38 incisam só o abcesso, e escreve: "Esta revisão, que não pretende ser completa, dá uma impressão da posição atual internacional da técnica na operação precose da osteomielite aguda dos ossos longos".

Sauerbruch (1938), no entanto, opina que nem sempre a osteomielite aguda é indicação para operação imediata, e se resume à incisão do abcesso após um período de observação, porque existem casos que se curam sem intervenção.

Agora, como antes, um problema de dificil solução é saber qual o meio terapêutico que evite com mais constância o prosseguimento da destruição óssea. Entre os autores que fizeram os primeiros estudos mais concatenados da questão, muito se discutiu sobre a existência da forma isolada anátomo-clínica do abcesso sub-perióstico, porque era fato observável, a drenagem única do abcesso ser suficiente como tratamento. Aqueles que indicavam a trepanação sistemática mostravam as modificações ósseas posteriores à simples incisão e argumentavam que esta intervenção não impedia essa destruição. Mas, também, a trepanação não é capaz de sustentar ou impedir e sim apenas perturbar a fase destrutiva, pois na fase inicial é difícil, sinão impossivel, determinar a extensão do processo e realizar cirúrgicamente a separação do tecido ósseo desvitalizado, tornando-se porisso uma intervenção às cegas, ou melhor, sem limites definidos em sua execução.

Atualmente um melhor conhecimento da evolução do foco osteomielítico só deixa válido na argumentação da intervenção precoce, a possibilidade de que a exteriorização mais ou menos rápida do puz diminúa os fenómenos tóxicos gerais e eventualmente a sua difusão local atravez dos espaços sub-periósti-co e medular.

Um estudo crítico e comparativo destes dois procedimentos implica em lembrar os conhecimentos básicos da infecção osteomielítica, que não têm sido considerados, assim como se torna falho discutir os seus resultados com fundamento extrito na aplicação dum ou de outro método.

Para comparar realmente tais efeitos, seria necessário atender a fatores muito difíceis de serem apreciados, que não são geralmente referidos, tais como o impedimento da extensão das lesões ósseas, a duração da doença e os seus resultados definitivos.

Ora, diz muito acertadamente Leveuf, "o dogma da intervenção de urgência entrou desde tanto tempo nos hábitos, que os doentes são de imediato incizados, trepanados, às vezes

mesmo ressecados. Depois os cirurgiões discutem sôbre o valor destes diferentes métodos, mas sòmente comparando-os entre si. Ninguem dá, como ponto de reparo válido, como base sólida de discussão, a marcha natural da doença, que se propõe corrigir por uma terapêutica médica ou cirúrgica".

Estabeleceu Rost (1920), sob este ponto de vista, um trabalho comparativo dos mais úteis e interessantes. Reuniu os casos de osteomielite aguda operados na clínica de Heidelberg em vinte anos. Anteriormente a conduta de sempre, de Wilms, era a incisão simples do abcesso sub-perióstico, e em 156 casos assim tratados, a mortalidade foi de 7%; com Enderlen passou-se à rotina de trepanar o osso sistemáticamente, e em 70 casos houve uma mortalidade de 14%. Além deste aspecto global da mortalidade, verificou que as complicações evolutivas precoces, tais como focos secundários de osteomielite e complicações articulares, foram duas vezes mais frequentes, quando se fez trepanação, do que na incisão do abcesso. Quanto à formação de sequestros e à duração do tratamento, observou que não mostravam diferença.

Este estudo é dos mais notaveis pelo transcurso do ano e pelo número de doentes observados, e pódem servir suas conclusões como regra de conduta.

Axhausen (1928) lembra a comparação estabelecida por Helferich, da Greifeswalder Klinik, que durante 3 anos incidiu simplesmente o abcesso sub-perióstico e em igual tempo praticou em todos os casos a trepanação, tendo chegado ao mesmo resultado de Rost, isto é, o dôbro de mortalidade imediata para a trepanação precoce (Philipowicz).

Lichtenauer (1939), da clínica de Rostock, indica como critério habitual a incisão sub-perióstica, como o fazia Wilhelm Müller. Em 88 casos, 10 foram trepanados, não notou mortalidade imediata mais elevada, porém foi a formação de sequestros em geral tão frequente como nos casos tratados pela simples drenagem do abcesso.

O fato da trepanação precoce ser causa de maior agravamento geral por disseminação séptica, provocada pela intervenção, é corroborado por grande número de cirurgiões e constitue o fundamento principal da sua contra-indicação.

Boppe faz-se mais explícito quando afirma que não só este

risco se faz correr ao doente, mas se deve pensar na própria intervenção, que não raro agrava de imediato o estado geral, já sériamente atingido e profundamente intoxicado.

Ressecções diafisárias. — Na sequência das intervenções cirúrgicas, têm sido praticadas no tratamento local ressecções diafisárias. Uma publicação de Leveuf (1926) sôbre as ressecções diafisárias como método de tratamento em certas fórmas de osteomielite aguda, despertou novamente a atenção sôbre esta antiga operação e nos anos que se seguiram muitos foram os trabalhos e observações publicados, encarando-a sob seus vários aspectos, indicação, técnica e principalmente resultados posteriores.

Discutido o assunto na Academia de Cirurgia de Paris, a sua divulgação foi muito ampla, maximé nos paizes de origem latina, onde este tipo de intervenção foi mais utilizado nos anos subsequentes. Sob a influência desta diretriz, confeccionaram Ingelrans (1932), na Sociedade Francesa de Ortopedia, e Allende (1935), na Associação Argentina de Cirúrgia, os seus relatórios, ressaltando sobremaneira a sua técnica e suas indicações. Também, por se tratar de assunto em fóco, a Sociedade de Cirurgia de Marselha (1927) e a Sociedade de Cirurgia de Buenos Aires (1931) discutiram amplamente o tema, com farta colaboração. Como sempre sucede, os debates sôbre o histórico desta operação foram muito vivos, principalmente entre os autores franceses.

Segundo Lecène, a primeira ressecção foi praticada por Holmes, em 1866 (Lancet, vol. I, n.° 13, 1866), que ressecou 21 cents., tendo como resultado uma ancilose do joelho e encurtamento de 5 cms.; Cheever, de Boston, em 1869 (Boston Medical and Surgical Journal, 25/31, 1869, pág. 132), Duplay em 1875 (Journal Thérapeutique, n.° 20, 1875, pág. 777), seguindo-se outros posteriormente. No entanto, Leveuf (1937) refere anterioridade a Vigarous (1812), em obras de cirurgia prática de Montpellier, dizendo que nos anos seguintes sempre um certo número de casos foram publicados sem se ter impôsto como operação de confiança dos cirurgiões, tanto que Broca poude escrever em 1914: "Todos os especialistas habituados à cirurgia óssea no menino em particular, condenaram sôbre seus resultados — que eles o tenham obtido ou não por si mesmos — a ressecção ime-

diata, em teoria tão sedutora" (Traite de Chirurgie Intantile, pág. 307).

Fontaine, Wilensky destacam os trabalhos de Ollier (1858-1867), que realmente, em seu "Traité des Resections", faz extensas e mui judiciosas considerações, donde extraímos este trecho: "E' por causa da estrutura e das relações do tecido medular que a ablação total do osso ou da diáfise dum osso longo é ainda mais seguramente antissética que as outras operações indicadas. Mas não se deve precipitar, mesmo nas crianças, a extirpação dum osso no princípio duma inflamação aguda, por grave que seja a inflamação é fatal que apareça a mortificação consecutiva do osso inflamado. Operando muito cedo, expõe-se a não se obter regeneração óssea ou ao menos não ter uma regeração completa".

Wilensky refere, no entanto, que "Nichols, of Boston, was the first to make a careful study of its clinical application and bring it before the profession in America, where it has since been perhaps more extensively used than in any other country".

Por ressecção é preciso compreender a ablação de toda a espessura do osso, sôbre um comprimento mais ou menos considerável (Leveuf).

A ressecção póde ser precoce quando é executada antes da formação dos sequestros, havendo interesse, para sua compreensão exata, em denominá-la de secundária quando feita após já terem sido praticadas outras intervenções, mesmo sub-periósticas, trepanação ou esvasiamento ósseo, e de primitiva si a primeira intervenção praticada.

Segundo Leveuf ainda na apreciação dos resultados é indispensavel referir si a ressecção é diafisária ou si simultânea da diáfise e da epífise, pois nem sempre vêm estes elementos detalhados nas observações, e a evolução posterior de cada uma destas é absolutamente diversa.

Nenhuma intervenção executada na osteomielite aguda recebe opiniões mais contraditórias do que a ressecção. No decurso destes anos, observações foram referidas de resultados inegavelmente muito satisfatórios como terapêutica imediata e de bons resultados posteriores, com explêndida reconstrução óssea anatômica e funcional. Porém, por outro lado, não fal-

taram os casos de graves perturbações funcionais, provenientes de grandes encurtamentos, deformações acentuadas e pseudartroses por defeito ou falta de reconstituição óssea. Estas possibilidade deu motivo a exaustivas pesquizas em tôrno do mecanismo de formação do osso, e Leveuf assim resumiu: "Na osteomielite o periósteo inflamado reconstitúe o osso, não porque contém osteoblastos, não porque é forrado de lâminas ósseas aderentes, não porque é transformado em meio colagêno ossificavel, mas simplesmente porque é o unico capaz de restabelecer a circulação, que trará os materiais necessários à ossificação do osso novo".

Estes fatos nada têm de novo, desde que se conheça a evolução natural de certas formas de osteomielite aguda, porque aí se vê refecção óssea como regra comum. Após intensa destruição óssea da porção meta-diafisária infectada e por vezes estendida a quasi toda a diáfise, observa-se a reconstrução expontânea mais ou menos rápida, auxiliada pela imobilização-deixando como réliquat dessa verdadeira fusão óssea um sequestro às vezes relativamente de mínimas proporções.

Uma peculiaridade notavel em quasi todos os autores é a mui prudente indicação do método e sua restrita aplicação, de indicações mais amplas nos ossos de função secundária ou de fácil adaptação funcional. Ela tem sido executada com mais frequência nos ossos de acesso cirúrgico menos traumatizante como a tíbia, restringindo-se mais ainda a sua aplicação nos segmentos de membros de um só osso.

Quasi todos os que executaram a intervenção têm os seus resultados felizes, mas são excepcionais as séries globais de bons exitos, sem estarem intercaladas de graves complicações que no futuro constitúem problemas de solução precária, difícil e que prolongam mais ainda o periodo da doença. Daí a moderação no aconselhar a intervenção, mesmo entre os que a praticaram.

Ingelrans, da ressecção precoce primitiva diz ser um processo cego e reservado sòmente para certos ossos — perôneo, clavícula — ossos curtos da mão e do pé, e mostra prudência para os outros ossos, embora sem grande receio de deficiência da neoformação óssea, assim se expressando: "A ressecção precoce secundária não é constantemente útil, o método é novo,

tem tudo a ganhar, em ficando nas mãos dos cirurgiões especializados, que tudo farão em precisar seus melhores modos de aplicação".

No entanto Sorrel(1937) mostra-se entusiasta da ressecção e a executa com indicações mais amplas, considerando que a ressecção imediata póde salvar a existência dum doente ou evitar a amputação dum membro, e julga a reconstituição óssea a regra. Praticou 38 ressecções diafisárias precoces; 7 casos recentes, 4 mortes, 6 não foram mais vistas e os restantes 21 casos deram os seguintes resultados: 16 vezes a reconstituição se fez regular e simplesmente, mas "às vezes muito mínimas intervenções foram úteis para extrair um sequestro ou auxiliar a sua eliminação"; 4 vezes (3 tíbia, 1 rádio) tiveram inicialmente pseudoartrose, "mas intervenções por enxerto ósteo-periósticc permitiram obter uma boa reconstituição"; 1 pseudartrose do perôneo não operada por desnecessária. Os resultados posteriores nestes doentes indicados por Sorrel são excelentes sob o ponto de vista anatômico de reconstituição do osso, funcional, e de focos osteomielíticos crônicos, que não foram observados.

Também Vorschütz (1939) praticou em 431 casos operados de osteomielite aguda, 65 ressecções diafisárias, mas ou menos 15%, e em nenhum caso deixou de haver regeneração óssea. Segundo este autor, as sequências deste tratamento são as seguintes: 1) a causa da doença é extirpada duma só vez e evita a intoxicação do organismo; 2) segue-se uma cura muito rapida, após a intervenção, em 5 a 8 semanas está formado um osso novo; 3) exclúe o perigo da recidiva, geralmente conhecido, e que faz os doentes se submeterem a várias operações para retirada do sequestro. As perturbações de regeneração atribúe a defeitos de técnica.

Clairmont (1939) julga a regeneração extraordináriamente frequente e as eventuais perturbações de prognóstico favoravel. Contra-indica nos primeiros dias, e o melhor tempo é a 3.ª até 5.ª semana. Os resultados funcionais no membro inferior, segundo sua experiência, são bons; no membro superior há tendência para angulação ou encurvamento, o que constitúe uma séria dificuldade no post-operatório.

Nunca sentimos necessidade de utilizar a ressecção, e os conhecimentos posteriores mais nos confirmaram nesta impres-

são inicial de que os riscos são maiores do que os eventuais benefícios, e quasi sempre, sinão sempre, é desnecessária.

Campbell (1942) escreve textualmente: "Esta medida foi primeiro aconselhada por Nichols (? — muito anterior — Nichols 1904) e foi empregada para a osteomielite de todos os ossos longos. Si indubitavelmente algumas brilhantes e rápidas curas foram efetuadas por ressecção dos ossos longos, grandes deformidades margeando desastres, são produzidas muito mais vezes, particularmente si o membro é dependente de um só osso para suporte, como a coxa e o braço; porisso deve então o processo ser limitado, exclusivamente, aos metatarsianos e ossos do tarso, perôneo, íleo e costelas", e acrescenta que as pseudoartroses apresentam muita dificuldade em serem reparadas porque a qualidade do osso não é satisfatória para plástica e ser comum, provocada pela intervenção, a reativação duma infecção latente. Esta é a opinião dominante entre os autores.

Métodos. — Assim, nesta revisão geral, vimos variarem os modos de proceder no tratamento local da osteomielite aguda, constituindo os princípios diretores essenciais da terapêutica aplicada ao foco osteomielítico.

Porém as suas aplicações práticas, por diferenças técnicas de procedimento, erigiram-se em metodizações sistemáticas muito variaveis, algumas das quais merecem ser discutidas pela larga difusão da sua utilização.

Método de Orr. — O método de Orr, usado inicialmente na osteomielite crônica, foi posteriormente executado pelo próprio autor como tratamento da osteomielite aguda, razão pela qual o descreveremos.

É atualmente um dos métodos mais difundidos, tendo por base a drenagem ampla do foco e repouso absoluto do membro afetado. Utilizou Wimmett Orr, Nebraska, o seu método de primeira feita no transporte dos feridos de fratura exposta da Europa para os Estados Unidos na guerra de 1914-1918; ampliou a sua indicação em casos de osteomielite crônica e deu a conhecer, por comunicação oral a Steindler, em 1923, que o executou.

A sua execução técnica consiste em, colocado o doente em mesa ortopédica e fixado em posição apropriada, fazer am-

pla abertura do foco osteomielítico e esvaziamento ósseo largo, afim de evitar qualquer recesso que possa constituir foco de supuração posterior. Depois de bem aplainada a superfície óssea e partes moles, "sancerisation", drenagem com tamponamento leve de gazes vaselinada, procedendo-se em seguida a uma rigorosa imobilização com aparelho gessado inteiriço e fechado, abrangendo pelo menos as duas articulações vizinhas.

A técnica original de Orr acresce a introdução dum cravo de Steinmann à distância do foco osteomielítico, no início da intervenção, com a finalidade de melhor manter a imobilização, e que é conservado, sendo abrangido pelo aparelho gessado. Este detalhe não é geralmente executado e ainda recentemente Key (1944) esclarece que não coloca este "pin fixation" porque a supuração póde se fazer em redor do cravo e ser algumas vezes causa de difusão da infecção óssea.

Não se faz curativos e deixa-se o gesso impregnar-se de secreção, um inconveniente do método, pelo máu cheiro que desprende, permanecendo pelo menos 4 a 6 semanas, quando então se renova o aparelho. O inconveniente da fetidês do gesso, Orr (1944) diz ser o mesmo que os curativos sujos, e evita-o, segundo sua observação, acolchoando o aparelho com volumoso curativo estéril afim de evitar a embebicação do gesso, na dependência que está a imobilização, em princípio, apoiada sôbre o cravo. Julga ainda que o gesso húmido de secreção franquêia de fóra para dentro caminho para contaminação da ferida.

Neste período a observação do doente e seu estado geral, temperatura, pulso, disposição geral e apetite, guiarão o cirurgião e dão indicações sôbre a renovação mais ou menos breve do aparelho.

Temos notado, nas osteomielites crônicas, que geralmente a embebição mais rápida do gesso com secreção purulenta, tornando mais intenso o máu cheiro, significa quasi sempre intervenção focal incompleta, portanto maior possibilidade de insucesso.

A imobilidade gessada deve persistir até cura completa da ferida externa, que, ao se renovar o primeiro aparelho, se mostra rósea, exuberante, de brotos carnosos vivos sangrando muito fácilmente. Na continuação vão sendo dominados pela

cicatrização da pele, que avança lentamente em prazo nunca inferior de 4 a 6 meses.

Aplicado à osteomielite aguda, consiste o método de Orr de dois tempos essenciais: o primeiro, a intervenção cirúrgica, e o segundo a imobilização gessada. A intervenção cirúrgica é procedida de acôrdo com a diretriz clássica da intervenção focal precoce, por larga trepanação, ampla drenagem, conforme muitos autores, desde Lannelongue; a imobilização gessada é o recurso técnico ortopédico para permitir o repouso o mais completo à região doente, sem janelas para não expôr a ferida operatória a reinfecções não permitindo curativos ou tornando-os raros, apenas por ocasião da mudança do aparelho, observada a máxima assepsia.

Jorge assim enuncia os postulados que regem o método de Orr: 1) drenagem ampla com ressecção do osso enfermo de maneira a assegurar a saída de toda a secreção, para que não infecte as regiões vizinhas; 2) curativo asseptico de consideravel extensão com "Vaselin Pack" (em realidade é o método de Lister modificado); 3) imobilização no gesso para evitar os espasmos, durante as primeiras três a seis semanas.

Segundo Campbell, três são os princípios de tratamento de Orr:

1) adequada drenagem. Orr julga que incisões atravez da pele ou sob o periósteo não são suficientes. Orifícios de trépano na diáfise no ponto de mais severa infecção pódem ser inadequados em muitos casos. Largas aberturas são recomendadas;

2) mantença da drenagem por uma ação curativa assética; um "pack vaselin" é colocado dentro e fóra da ferida e não é modificado por um período de semanas ou sòmente por meio de curativos estabelecidos. Nenhuma drenagem de tubos ou suturas são feitas.

3) imobilização do osso afetado em um bem preparado aparelho de gesso. O gesso passa intacto sôbre a área da ferida e não é aberto por três a seis semanas, a não ser por definidos ou urgentes sinais de exacerbação aguda. Imobilização é constituída até a cura completa.

O inconveniente na fase clínica pre-radiográfica dos primei-

ros dias está na dificuldade de avaliar apenas pelos meios clínicos de inspeção do osso a extensão do processo necrótico, daí então as intervenções incompletas, com persistência da mortificação óssea local, causa de insucessos futuros. Além disto, este tipo de intervenção representa um indiscutível agravamento no precário estado geral destes doentes e a sua infecção geral e local, acentuada pelo traumatismo cirúrgico local, tende a se agravar apesar do enorme benefício da imobilização gessada.

O mesmo não sucede na fase terminal do processo, quando então não existem mais fenômenos clínicos da infecção geral e osso, em plena refecção, espera a retirada do sequestro para reconstituição completa. A aplicação dos princípios diretores do método Orr neste tempo oferece todas as vantagens pelo autor perfeitamente esclarecidas, nenhuma sutura da pele após exposição ampla na retirada dos sequestros, tamponamento leve com gaze mais vaselina — não usamos vaselina e sim gaze simples, parece-nos não ter função — e imobilização gessada fechada e o curativo raro, o que Orr chamou "no dressing treatment".

Aliás, como tratamento da osteomielite aguda, o método de Orr não tem muitos seguidores, não só pelas causas aventadas, como por ter sido frequente a necessidade de, por exacerbação aguda da infecção, afastar o gesso e usar tratamento outro. Este inconveniente é aventado por Valls e Ottolenghi na aplicação do método, porém ele o é mais própriamente da trepanação precoce. É de observação corrente, Kressin e outros, a maior elevação da temperatura e alterações do estado geral acompanharem o comum das vezes a sequência dos primeiros dez dias da trepanação.

Ao analizar o método, podemos notar que o primeiro tempo, isto é, a trepanação larga, é intervenção tida como clássica e ainda bastante utilizada, mas o segundo tempo, o do gesso imobilizador fechado, representou em sua época algo de novo que, pelos seus excelentes resultados, continúa tendo geral aplicação. Porém póde-se ler em Léríche (1926) (Thérapeutique Chirurgicale, Lecène et Léríche, T. I, pag. 414) uma norma de tratamento da osteomielite aguda perfeitamente idêntica à de Orr, em todos os detalhes operatórios, embora não se refira a este último, e faça chegar este modo de proceder a Ollier, descre-

vendo exaustivamente a ação favoravel da imobilização gessada completa e a conveniência dos curativos raros. O gesso fechado. no entender de Orr e amplamente explanado por Léríche, traz como vantagem principal a impossibilidade dos curativos frequentes, causa de reinfecções e com o inconveniente de acarretar dôr e prejuizos para o estado geral, além de corrigir e evitar as atitudes viciosas do membro.

Ao lado dessas vantagens, que são reais, a imobilização oferece às partes moles e ao osso o repouso indispensável à sua reparação, considerado atualmente como elemento insubstituível nas feridas e fraturas expostas, donde os germes foram afastados pelos meios técnicos operatórios.

Mas na osteomielite acresce o problema da infecção já existente. Este aspecto foi estudado por Albee, que reconhece o valor do método de Orr, porém afirma seus bons resultados porque permite no interior do gesso fechado e em contacto com a ferida infectada uma franca formação de bacteriófagos ativos, capazes de eliminar a infecção in loco.

São conhecidos os trabalhos de Albee sôbre a ação favoravel dos bacteriófagos no tratamento das osteomielites, embora não tenham tido aceitação e aplicação gerais. Instituiu uma modificação técnica de procedimento, que consiste em, após a exposição aplainada do osso, recheiar a cavidade com uma pasta composta de parafina 75% e vaselina 25%, colocando drenos perfurados de borracha por debaixo, junto ao fundo da ferida, por onde instila o bacteriófago.

Não compreendemos a necessidade desta modificação, pois si a formação do bacteriófago se faz ativa e expontânea com o método de Orr, excusa injeta-lo.

Stewart mostrou possivel formação de antifagos que neutralizam a ação bacteriófaga com a sua contínua introdução. Este poder antifágico foi amplamente estudado e comprovado por Raiga (1937) nas suas experimentações.

Löhr (1933) utilizou o óleo de fígado de bacalhau em pasta com vaselina para curativos espaçados, tendo como fundamento a ação inibidora local sôbre os germes, do óleo de fígado de bacalhau crú estéril, e mais o seu alto teôr vitamínio, que ativa a proliferação celular. Barros Lima, Muro, Horsch, mostram-se favoráveis ao seu uso. Sob a fórma de "Lebertran" nós o usá-

mos, sem nenhum resultado sensível em 5 casos de fórmas crônicas.

Löhr (1936), sem ser por princípio contra a trepanação, o mais das vezes incisa o abcesso e evacúa o puz, em seguida enche a ferida com a pasta e sutura a pele por pontos separados, não muito afrontados, e coloca novamente a pomada como tempo complementar e ao mesmo tempo indispensavel, o aparelho gessado fechado. Em 30 casos teve 20% de mortalidade, e considera os resultados posteriores excelentes, cura mais rápida e em alguns sem formação de sequestros. Entre os autores alemães teve o método larga difusão; Kressin indica em relação ao método de Orr, a vantagem de não introduzir drenagem.

Tratamento geral. — As medicações de ordem geral têm plena indicação e devem se associar ao tratamento local, tanto mais que a osteomielite aguda se inicia por uma infecção geral e atinge gravemente o organismo.

Afóra as medidas comuns clínicas de terapêutica, merecendo destaque as transfusões sanguíneas por sua grande eficiência nas fórmas graves (Wilensky), algumas outras têm sido tentadas com carater específico, afim de dominar ou abrandar, seja o processo septicêmico ou bacteriêmico inicial, seja a própria evolução focal óssea.

Dentre essas medicações destacam-se a vacinoterapia, a anatoxinoterapia e, nos últimos anos, as sulfanilamidas.

Vacinoterapia. — Não é intenção nossa revisar por detalhes o modo de ação, tipo e oportunidade das vacinas, mas apenas assinalar os resultados no tratamento da osteomielite aguda.

O uso das vacinas nestes últimos anos perdeu muito de seu interesse prático. De um modo geral, reconhecida como de pouca eficácia nas infecções, a sua aplicação se faz de modo rotineiro, como medicação auxiliar.

Os ensaios de vacinoterapia na osteomielite aguda também foram realizados, tendo sido utilizada larga manu, na presunção de uma ação geral e local.

Os trabalhos de Grégoire e Delrez (1921), de conclusões favoraveis, deram maior divulgação à sua aplicação. A facilidade

no emprêgo e praticamente a nenhuma contra-indicação tornaram-na medicação adjuvante comum. O seu uso é muito difundido, sem no entanto se observar razoavelmente e notóriamente nenhuma modificação real e favoravel do fóco osteomielítico, sendo opinião quasi unânime a sua nenhuma eficácia sôbre a evolução da osteomielite. No entanto Philipowicz (1937) atribue ao seu uso, influência muito favoravel à evolução geral e local da osteomielite aguda, atribuindo à confecção da vacina a ineficácia observada muito geralmente nos últimos 20 anos.

As apreciações de Grégoire sôbre a ação das vacinas, observada com mais objetividade, representam em realidade ocorrência da natural evolução do foco osteomielítico agudo, idênticas às que se passam sem a vacinação.

Por via endo-arterial foi a vacinoterapia utilizada por Borelli, tendo o seu longo trabalho larga divulgação entre nós. Os seus resultados não são convincentes, e acreditamos que cada um tenha por sua vez se utilizado deste recurso fácil e acessivel; nós nunca obtivemos qualquer resultado realmente satisfatório, e parece-nos metodo geralmente abandonado.

Anatoxinoterapia. — A anatoxina estafilocócica é outro elemento terapêutico nas estafilococcias, de descoberta recente. Assim descreve Sauvé: "As publicações sensacionais de Ramond e de seus alunos Bocage Richon e Mercier dum lado, e Nelis (Bruxelas), no mesmo número da "Presse Médicale" de 17 de junho de 1935 fizeram nascer uma imensa esperança. A preparação duma anatoxina estafilacócica após as anatoxinas diftérica e tetânica permitiria uma vacinação não mais empírica, mas regular, por meio da anatoxina rigorosamente titulada, e permitira em consequência a preparação dum sôro anti-estafilocócico igualmente rigorosamente titulado em anticorpos. Esta descoberta decorria do isolamento das toxinas estafilocócicas por Burnet, de Melbourne (1931), cultivando o estafilocóco sôbre gelose semifluida numa atmosfera de ar e gaz carbônico".

Do seu uso e efeitos nas septicemias estafilocócicas, o relatório de Patel e Moiroud (1938) dá uma visão ampla, ao lado de todos os outros agentes medicamentosos subsidiários, e termina por esta conclusão: "O método está ainda em início; além de sua tendência especificamente antitóxica, visa exaltar ou aumentar as defesas do organismo. Novos e precisos documentos são indispensáveis".

Leveuf fez aplicação sistematizada de anatoxina estafilocócica na osteomielite aguda, em colaboração com Debré, e poude verificar que num indivíduo normal a taxa das unidades antitóxicas no sangue oscila entre 0,5 e 1 e em meninos portadores de osteomielite aguda permanece mais ou menos idêntica, demonstrando que o aumento expontâneo do poder antitóxico do sôro é práticamente nulo. No entanto, com o uso da anatoxina, esta taxa se eleva bastante, mas apesar de seus estudos serem em pequeno número de casos, guardou a impressão de que, no conjunto, a evolução da osteomielite aguda não parece modificada por este tratamento.

Não faz outra apreciação Ombredanne, em asseverando, após 15 observações: "Ora, não tivemos a impressão que a evolução clínica da osteomielite dos adolescentes tenha sido influenciada de qualquer modo pela nova terapêutica".

Utilizámos habitualmente, por rotina, dada a verificada ineficácia das vacinas, sem notar no entanto clinicamente nenhuma alteração mais favoravel do processo de infecção.

Sulfamidoterapia. — O uso das sulfamidas nas infecções em geral representa um incontestavel e enorme progresso terapêutico.

Estudaremos a sua utilização exclusivamente na osteomielite aguda hematógena, sem debater o seu modo de ação e composição química, atualmente amplamente difundidos, mas tão só os seus efeitos clinicos.

A sulfamidoterapia passou a ser medicação de rotina habitual em todas as infecções, por isso acreditamos seja medicamento de acrescimo muito frequente também em todas as fórmas e períodos da osteomielite aguda, porém não são muitos os trabalhos nesta referência, nem muito numerosas as observações conclusivas.

Sulfanilamida, sulfapiridina, sulfatiazol e sulfadiazina, são tipos de sulfamida que foram utilizados, sendo que os dois últimos, por ação mais especificada anti-estafilocócica, têm sido mais geralmente experimentados. Wilensky (1942) fez uma revisão geral e poude reunir um muito pequeno número de observações, e refere: Thornbill, Swart e Reel, que notaram qualquer diferença com o uso do sulfatiazol na evolução da septicemia e

na positividade das hemoculturas; Melton, com sulfatiazol não percebeu nenhuma alteração evolutiva: Mitchel e Carey relatam efeitos favoraveis sôbre a infecção geral, influindo para uma mais rápida localização, porém os focos osteomielíticos em nada se influiram. Carey especifica a necessidade do sulfatiazol, pelo seu definido efeito anti-estafilocócico.

Goldberg e Sachs usaram sulfanilamida com resultados favoraveis, porém sem a medicação tiveram idênticos resultados.

Wilensky, não se apoiando em larga aplicação, julga possivel a ação medicamentosa favoravel na fase de infecção geral, mas não supõe que a sulfamida possa agir sôbre o foco ósseo, porque este fica bloqueado pela trombose e independe sua evolução, usualmente pouco influenciada pela infecção, de agente introduzido pela circulação.

Wilson e MacKeever (1943) usaram em 31 casos, 21 doentes receberam sulfatiazol, 6 sulfapiridina, 2 sulfanilamida, 1 sulfatiazol e sulfapiridina, e 1 sulfanilamida e sulfapiridina. A mortalidade foi de 3,2%, enquanto que os mesmos cirurgiões trataram 94 doentes sem sulfamidas com 12,7% de mortalidade. O efeito sôbre o foco ósseo, segundo os autores, é dificil de dicernir, parecendo que abranda os fenómenos destrutivos e acelera concomitantemente a restauração óssea e interpretam como não se fazendo a bacteriostase in loco, mas apenas que o organismo infectante torna-se leve irritante. Conclúem sem especificar o tipo de sulfamida, que deve ser usado por rotina; tem o seu maior efeito sôbre a infecção geral; a incidência de morte e de focos múltiplos diminúe, e, ocasionalmente, em casos brandos, póde curar sem operação.

Robertson (1943) utilizou sulfatiazol e sulfadiazina, sempre em doses altas — 5 a 10 grs. diárias — afim de atingir uma taxa sanguínea de concentração de 6 a 12 miligramos por cento, e considera esta última mais tolerada e póde ser mais eficaz para o tratamento da osteomielite. Na análise dos casos duma série de 89 observações de osteomielite aguda, póde-se notar uma manifesta influência sôbre a infecção geral e na evolução focal uma modificação sensivel das alterações ósseas, muito variavel segundo Robertson, pois observa e indica diferenças de graduação destrutiva conforme os casos foram ou não incisados.

Speed (1943) acredita na ação profilática das sulfamidas,

porque observa diminuição da sua frequência, pelo uso mais comum no tratamento das lesões cutâneas e naso-faringeanas. Opina que a sulfamida deve ser mais eficiente quando não associada às intervenções precoces, porque estas perturbam a circulação do osso, reduzem a resistência local e bloqueiam a ação bacteriostática da sulfamida.

Key (1944), em trabalho sôbre o tratamento da osteomielite crônica expende comentários sôbre a sulfamidoterapia, que resumem a impressão mais geral. Deve ser usado nas infecções estafilocócicas, sulfatiazol e sulfadiazine, os tipos capazes de inibir o desenvolvimento do germen, ao passo que a sulfanilamida e sulfapiridina não têm ação idêntica. Com a administração sistemática, estando o estafilocóco livre na circulação, a ação medicamentosa é mais constante, enquanto que no foco o germen é menos vulneravel. Na osteomielite aguda mostra a diferença de opinião no que respeita a localização: "Alguns cirurgiões (Horst, Davis e Van Buren) acreditam que a maioria dos casos de osteomielite aguda póde ser curada pela sistemática administração de sulfatiazol, e que a operação é raramente necessária". Key, no entanto, pensa que o sulfatiazol é apenas um adjuvante de valor no tratamento, mas não dispensa a imobilização e a drenagem do foco ósseo.

Não conhecemos referência sôbre o uso da sulfamida nas intervenções precoces por osteomielite aguda. No nosso entender, não parece lógico procedimento; mas a observação prática dirá a sua utilidade.

E' a impressão da maioria absoluta dos autores que a medicação geral anti-infecciosa, específica ou não, nas osteomielites agudas, desempenha uma ação secundária, cabendo o papel principal na terapêutica ao tratamento cirúrgico local.

O tratamento da osteomielite aguda está longe de receber unanimidade de orientação, variando o critério de intervenção e de oportunidade conforme os elementos em que baseia o cirurgião.

Krasnobaew (1925) analisa 428 casos de osteomielite aguda com 96 mortes, 22,4%, e mostra-se de muito grande moderação nas intervenções cirúrgicas e julga a melhor conduta a incisão

simples do abcesso sub-perióstico. Contra-indica a trepanação do osso e só se faz ressecção em muito raras oportunidades. Pratíca a sequestrostomia precocemente, sem a preocupação de exposição ampla. Não se expressa sôbre imobilização e não comenta os resultados tardios.

Ingelrans (1932) aconselha incisar o abcesso sub-periós-tico precócemente, com incisão ampla e trepana o osso desde que este se apresente não sangrando, de aspecto esbranquiçado e quando o estado geral é grave. Pratica largo esvaziamento — ressecção óssea si encontra lesões de necrose extensa. Julga a ressecção diafisária oportuna si o periósteo foi descolado pelo puz, e pensa deva ser executada antes do periósteo ser profundamente alterado pela supuração, sendo de opinião que o agravamento do estado geral está na dependência das lesões locais. Faz notar, no entanto, que a ressecção deve se apanágio de casos bem determinados e de cirurgiões bem instruidos, seguida sempre de imobilização estrita, a esta não fazendo referência nos outros tipos de intervenção. A vacinoterapia não teve eficácia.

Lecène (1929) considera a intervenção cirúrgica focal o ato capital do tratamento. Deve ser de urgência e decide do tipo de intervenção pela clínica e exame do foco ósseo no decurso da intervenção. Incisão sub-perióstica si o estado geral é bom e o osso está vascularizado e muito vermelho, acrescendo trepanação si o estado geral se agrava dois a três dias após; são os casos menos frequentes. Trepanação larga de urgência, retirando uma extensa porção óssea, si o osso está desnulado, sêco, e o estado geral grave. Mostra-se contrário às perfurações com trépano, por drenagem insuficiente. Não impede por vezes a formação de sequestros, mas segundo sua opinião, facilita a sua eliminação quando se fórma, e acredita que é a única maneira de se evitar as osteomielites prolongadas. Considera-o como tratamento conservador em matéria de osteomielite. É contrário à ressecção diafisária por sua gravidade imediata e por suas complicações remotas, a não ser em ossos de função secundária, e em casos muito excepcionais. A vacinoterapia tem um papel acessório, póde ser usada mas sem contemporizar o ato cirúrgico. Não se refere à imobilização.

Esta orientação resume, em traços gerais, o tratamento ci-

rúrgico local, denominado clássico. Definido por Lannelongue, constitúe o modo de proceder da grande maioria dos cirurgiões franceses, apesar de alguns, Kirmisson, Delbet, terem defendido a ampla incisão sub-perióstica. Também em outros paizes tornou-se orientação muito defendida e foi expressa por Magnus; "Estamos nesta posição, o nosso ponto de vista atual é o melhor, sob qualquer aspecto do osso, trepanar assim que o diagnóstico de osteomielite seja feito" (Friedman, 1935).

Após Leveuf (1926), as ressecções diafisárias foram mais frequentemente praticadas, e a repercussão de seus estudos marcou uma certa tendência, que sem ser geral, é realmente sensível. A diafisectomia, continuou com seus opositores formais, mas a sua realização penetrou mais na contingência de determinadas indicações. Assim procedem Jorge y Mealla, Vails e Ottolenghi, dando estes no entanto excepcional importância à imobilização gessada em qualquer das intervenções cirúrgicas.

Sorrel (1937) é radicalmente favoravel à intervenção precoce de urgência. O tratamento geral importa pouco, o essencial é a intervenção cirúrgica local. Estado geral grave e abcesso descolando o periósteo, ressecção diafisária precoce primitiva; continuando graves os fenómenos clínicos gerais, apesar de já praticadas outras intervenções, executa ainda ressecção secundária. Sinais clínicos gerais de mediana gravidade, casos mais frequentes, orienta-se Sorrel pelas lesões locais: periósteo sem descolamento, incisão simples do abcesso, ampla, e si o osso manifesta sinais de supuração central faz trepanação suficiente para drenagem, mas si o periósteo se apresenta descolado em grande extensão, pratíca também ressecção diafisária. Nas primeiras circunstâncias pretende que a ressecção salva a vida dos doentes e nos casos mais comuns impede as lesões crônicas do osso. Não se expressa sôbre imobilização nas outras intervenções, porém nas ressecções diafisárias é de rigor a imobilização gessada fechada com curativos raros.

te dos tecidos de vizinhança. Si nota apenas exsudato, baseado

Starr (1912) sugere a incisão precoce do abcesso do periósteo; si encontra puz é suficiente sua drenagem, concomitanno estado local pratíca três orifícios de trépano, oblíquamente

atravez da metáfise em direção à linha epifisária, com intervalos de um quarto de polegada e contra-indica de modo absoluto a abertura do canal medular. Baseia Starr seu procedimento no fato de sua própria observação, de que a propagação do puz se faz em regra geral da região subcôndrica para a cortical do osso e não para o canal medular, assim se formando o abcesso sub-perióstico.

Influenciado pelos trabalhos de Rost, pelos estudos de Wilensky e pelas primeiras publicações de Leveuf, uma orientação mais eclética ganhou inegavelmente corpo de doutrina no tratamento.

Marotoli (1935) resumiu esta atitude: "Cremos que a abstenção cirúrgica deve ser formalmente considerada nos casos muito graves, que a atitude expectante e a intervenção mínima resolve quasi sempre a terapêutica de entrada na fase precoce da lesão e que, considerando a ineficácia e inconvenientes das amplas trepanações, a diafisectomia diferida ganha dia a dia maiores indicações, conduzindo a uma cura mais efetiva".

Campbell (1942) julga necessária a drenagem cirúrgica da área infectada, porém vê como maior inconveniente da intervenção precoce a possibilidade de provocar maior agravamento da septicemia, podendo ser de resultados fatais, e aconselha então o prazo aproximado de 10 dias para intervir. A intervenção guia-se pelas lesões; incisão do abcesso sub-perióstico, pouco ampla para não destruir os vasos nutridores do periósteo. de grande importância, e acrescenta quasi sempre perfurações múltiplas do canal medular, afim de estabedecer sinfonagem. Si surge puz, imediatamente aumenta a abertura óssea, reunindo as perfurações com um mínimo de traumatismo e não aconselha osteotomia. Mantém a drenagem por tubos de Dakin ou gaze impregnada de glicerol 1 parte e sulfato de magnésio 2 partes. Imobilização gessada rigorosa das duas articulações vizinhas, em posição de futura função. Assim permanece 6 semanas, só então sendo mudado. Tratamento geral e transfusão de sangue como medicação anti-infecciosa geral e para a anemia secundária, segundo sua expressão "inevitavel nesta doença".

Buttler (1940) estudou 500 casos de osteomielite aguda tratados no London Hospital no período 1919-1937, sendo de

1919-1928, 344 casos e 1929-1937, 156 casos. Considera a hemocultura, elemento valioso de prognóstico, pois 123 casos com hemocultura positiva, 52% de mortalidade. As operações primárias praticadas foram:

1)	abcesso sub-perióstico drenado	117 casos, 21%	mortalidade;
2)	perióstico incisado e osso perfurado	41 casos, 20%	mortalidade;
3)	cavidade medular drenada	280 casos, 22%	mortalidade;
4)	amputação primária	2 casos, 2	mortais:
5)	diafisectoma	9 casos	
6)	drenagem da articulação	20 casos, 65%	mortalidade;
7)	sequestrectomia	6 casos, 0%	mortalidade;
8)	não operados (po rvários motivos) ..	31 casos, 84%	mortalidade.

Poude examinar 223 doentes dos 373 que viveram, e notou nos submetidos a incisão do abcesso sub-perióstico — 41% de bons resultados; com o periósteo incisado e osso trepanado, 63%; com cavidade medular drenada, 53%. Globalmente, trabalhavam 87% dos doentes, com bons resultados 49%, e haviam sofrido operações recurrentes 39%; tinham deformidade 32%. Deste estudo estatístico detalhado, porque procurou também determinar os resultados tardios, fixou a seguinte rotina de procedimento: admissão do doente — 1) hemocultura; 2) antitoxina estafilicócica; 3) repouso absoluto do osso afetado; 4) limonada assucarada; 5) tratamento local, póde ser: a) aspiração, b) incisão do periósteo, c) incisão do periósteo e trepanação do osso; 6) excisão do foco septico nos casos de alta bacteriemia. Depende o tipo da intervenção: 1) da toxemia, 2) bacteriemia, 3) lesão local. Têm usado sulfamidas e os resultados têm sido desapontadores, segundo expressão do autor.

Wilensky (1934) dá excepcional importância à hemocultura no prognóstico e tratamento. Avalía a intensidade da bacteriemia contando o número de colônias de bactéria que se desenvolve no meio de cultura por centímetro cúbico de sangue. Com este critério, divide os doentes de osteomielite aguda em três grupos:

a) doentes cujos fenómenos clínicos gerais de infecção são extraordináriamente graves, a hemocultura demonstra invasão

progressiva do sangue, sendo o foco de osteomielite de menor ou secundária importância, tornando-se inútil qualquer intervenção local;

b) inclúe os doentes de hemocultura negativa, com sinais clínicos de infecção geral muito abrandados; nestes casos é vantagem a expectativa ou tratamento conservador;

c) situação mais frequente: hemocultura positiva, mas com tendência regressiva, tornando-se logo negativa, sinais clínicos de infecção geral moderados, com tendência a serem dominados pelas naturais reações orgânicas. Ainda indicação para tratamento conservador, salvo em circunstâncias muito raras e excepcionais, em que a hemocultura demonstra número cada vez maior de colônias desenvolvidas, que dá a impressão, segundo o autor, de que as lesões trombo-flebíticas do foco ósseo são responsáveis da septicemia, então a indicação é larga abertura do foco, talvez erradicação total por ressecção. Assim, a orientação do tratamento é conservadora na maioria absoluta dos casos, devendo ser feita inicialmente a imobilização estrita do osso afetado.

Si se constituir um definido abcesso sub-perióstico, drenar por incisão mínima sem interferir no osso. É a regra comum da conduta terapêutica nos primeiros dias, aproximadamente nos primeiros 15 dias de localização óssea. Portanto, imobilização gessada e drenagem tardía do abcesso, quando bem formado, por incisão mínima.

Continúa a imobilização durante o período de necrose óssea até a demarcação do tecido vivo com o morto, isto é, formação e isolamento do sequestro. Sob controle radiográfico pratíca a sequestrotomia, por osteotomia mínima, regularizando as paredes ósseas. A operação é completada por tamponamento amplo com gaze impregnada de leve antissético (iodofórmio, bismuto) e a região rigorosamente imobilizada.

Procede após este tempo, a sutura secundária da ferida cutânea, para apressar a cicatrização, dependendo a cura das condições locais.

No tratamento geral utiliza transfusões de sangue como corretivo da anemia e em certos casos imuno-transfusão, julgando o meio terapêutico mais enérgico e eficiente e adjuvante

do mais alto benefício. Vacinas e bacteriófagos são, no seu entender, de efeito muito aleatório.

Ultimamente (1942) associou a terapia pela sulfanilamida e seus derivados, e não poude observar resultados concludentes. Não age tão prontamente como em outras infecções e a sua influência é imprevisível, além da dificuldade de notar os seus benefícios devido à própria evolução expontânea da osteomielite.

Leveuf (1936-38) adotou uma conduta conservadora ou de expectativa. Mostra-se contrário à intervenção de urgência no período inicial, fase de invasão microbiana e pratíca uma imobilização rigorosa e estrita do foco osteomielítico, e observa então os sinais clínicos da infecção geral. Procura estabelecer a diferença entre septicemia e bacteriemia (1938 — Congresso Frances de Cirúrgia). Esta acompanha a osteomielite aguda com muita frequência, em 35 doentes Leveuf encontrou hemocultura positiva em 20 casos, e perdura algum tempo, 15 dias em média, nas fórmas agudas, e 21 dias em média nas fórmas muito graves, com impregnação toxi-infecciosa notavel. "Póde-se afirmar que a desaparição dos estafilocócos do sangue marca, com a queda da temperatura, o fim do período de invasão". Neste decurso coleta-se franca supuração sub perióstica e indica a incisão simples do abcesso no período de defervescência. As reações articulares estando o doente sob imobilização, são sempre benignas e cedem naturalmente ou por punções. Dos 35 casos observados, 20 com hemoculturas positivas, só teve uma morte, por pericardite supurada. Não observou supuração metastática, mesmo nos de hemocultura positiva, isto é, bacteriemia prolongada, afóra os ossos primitivamente afetados.

Na fórma chamada septicêmica, é de opinião que não se trata própriamente de osteomielite aguda, mas sim de verdadeiras septicemias de estafilocócos.

Comprova a vantagem do retardo na intervenção cirúrgica, baseado no fato já observado nítidamente por Rost, o grave perigo da disseminação acarretada pela intervenção de urgência com trepanação do osso, que póde transformar uma fórma bacteriêmica numa septicêmia mortal.

No período de 1933-1936, em que não imobilizava e a trepanação de urgência era intervenção de rotina, 11 septicemias

mortais, e em 1937-1938, apenas um caso que evoluiu como septicemia. Nesta forma contra-indica a intervenção, além do mais porque, nos dias de sobrevivência, a supuração não chega a se instalar no nosso operado. Caso se trate duma forma grave bacteriêmica de osteomielite aguda, a intervenção, pelo traumatismo cirúrgico, poderá transformar o quadro clínico, provocando uma invasão maciça dos germes no sangue, por não haver ainda uma real localização do processo de infecção. A resecção, julga que só deve ser executada secundária e tardía, quando as lesões destrutivas não têm tendência a se renovar, devido à extensão e intensidade do processo.

Não notou benefício algum, com qualquer tratamento geral específico.

É sua convicção que os métodos de temporização em que o cirurgião obedece a indicações precisas, fornecidas pela evolução natural da ostemielite, devem predominar sobre os métodos cegos de cirúrgia de urgência, em particular a trepanação. São de idêntica opinião Boppe, Vignard, Aubert, Michel-Bechet.

Robertson (1943), de Toronto, reporta-se aos trabalhos de Leveuf e inclina-se a acreditar na capacidade do organismo para dominar a fase inicial aguda do processo osteomielítico. Utilizando sulfamidas (sulfatiazol e sulfadiazine), e à ação atribuindo os resultados observados, refere um tratamento médico da osteomielite aguda, numa estatística, assim discriminada: total de casos 89; incisão tardía do abcesso 64; sem operação 25; falecidos 3, moribundos ao ingressar; 1 operado, incisado tardiamente, e pareceu-lhe ter agravado e favorecido a disseminação da infeção. Não se mostra favoravel à incisão por haver notado mais frequente, mais da metade dos casos, ampla destruição óssea e sequestração, ao contrário são as alterações ósseas mínimas não se fazendo intervenção. Conclue que a incisão não é fator salvador e pode ser nociva. Não julga a imobilização indispensável, a não ser quando uma articulação vizinha está afetada.

A eficácia da medicação sulfamidica não é geralmente assim apreciada, havendo tendência, Wilensky, Butler, Key, Speed, McKeever, em considerá-la como tratamento auxiliar

útil mas incapaz de impedir a evolução focal subsequente à infecção.

* * *

A análise do estado atual dos métodos de tratamento da osteomielite aguda é embaraçosa e difícil de concluir objetivamente.

O tratamento não depende dum determinado tipo isolado de intervenção, mas uma orientação básica necessária.

O tratamento geral específico da infecção é encarado pela maioria absoluta dos cirurgiões, como secundário e de ação adjuvante sem efeito sensível sôbre a evolução geral e focal da osteomielite aguda. O mais recente destes tratamentos, a sulfamidoterapia, por alguns considerada como capaz de modificar a evolução local, não representa a impressão mais expendida, que tende incluí-la como medicação auxiliar e adjuvante.

O tratamento local do foco osteomielítico é a ação terapêutica preponderante e principal.

Considerando englobadamente o problema terapêutico, existem tendências marcantes nos diversos procedimentos cirúrgicos, não de épocas, como sóe acontecer correntemente, mas de trabalhos e observações, cujos resultados não chegaram a ter influência geral decisiva para determinar uma orientação terapêutica. Dá a impressão, afirmou Payr (1939), diante da contradição existente, que os resultados não são satisfatórios e prepondera uma certa insegurança no método a executar.

A intervenção precoce como regra de conduta é frequentemente utilizada e perduram as contraditórias observações sobre as vantagens e desvantagens, da simples incisão sub-perióstica e da trepanação imediata e suas variantes técnicas. As ressecções diafisárias esquecidas por longo tempo, voltaram a ser executadas.

A ressecção diafisária imediata, apesar dos trabalhos isolados favoraveis, diante de seus inconvenientes é geralmente rejeitada. A ressecção diafisária secundária, precoce ou tardía, durante alguns anos foi mais amplamente indicada e executada, a ponto de se fazer um método geral sistematizado. Pare-

ce ressaltar no entanto, apesar de trabalhos de cirurgiões autorizados, uma nítida tendência em restringir cada vez mais as suas indicações, tornando-a intervenção de oportunidade verdadeiramente excepcional.

Estes últimos anos têm visto surgir uma perceptível orientação que reconhece sérios inconvenientes na intervenção focal precoce, mortalidade mais elevada e ineficácia em evitar a destruição do osso.

O princípio da intervenção retardada e o método conservador de expectativa, como norma de conduta, tem tido indicações mais amplas e faz supôr mais extensa aplicação. A conseqüência principal desse procedimento, associado à imobilização, foi o melhor conhecimento da evolução natural do foco osteomielitico.

Parece-nos então que os pontos de doutrina a discutir atualmente no tratamento da osteomielite aguda diferem dos anteriores e não são mais os tipos de intervenção precoce e imediata, mas si a terapêutica local, no início da infecção osteomielite deva ser da intervenção imediata, de urgência, ou da intervenção retardada, sob orientação conservadora.

Entre os cirurgiões que aconselham a intervenção precoce é nossa impressão de que o maior número limita-se à incisão do abcesso sub-peróstico, isto é, considera como tangível a possibilidade de maior agravamento geral e a dificuldade em fazer intervenção completa com a trepanação. Esta, por sua vez, é opinião unânime, mesmo para os que a executam não impede a necrose óssea extensiva e não impede, com relativa freqüência, a cronicidade do processo inefccioso ósseo.

A intervenção retardada permite a localização completa da infecção e o concomitante domínio pelo organismo auxiliado por medicação apropriada, específica ou não, do período bacteriêmico.

As operações subsequentes terão indicações conforme a evolução da osteomielite e com pleno conhecimento da lesão. Incisão para drenar a coleção sub-perióstica, sequestrostomia tardia em relação com o tamanho, extensão e localização dos sequestros, e, eventualmente, oportunidade rara, ressecção dia-

fisária, de indicação excepcional porque a reparação óssea segue-se com grande constância ao processo destrutivo ósseo.

Mais difícil e precária é a apreciação comparativa dos resultados tardios, por frequentes deficiências de dados concretos. A trepanação óssea imediata não impede a continuação da necrose óssea, a formação de sequestros e as fórmas prolongadas da osteomialite, sem que haja elementos para dizer de sua frequência. A imobilização rigorosa associada faz a profilaxia das atitudes viciosas, o que o método clássico não impedia muitas vezes na evolução do processo. O método conservador assiste o desenrolar da destruição óssea, mas com a imobilização fornece condições para o organismo localizar a infecção geral, e dá ao osso doente posição favoravel para o processo reconstrutivo, que a observação tem comprovado ser a regra geral.

Não é tema passivel de conclusões definitivas, diante da complexidade do problema e dos resultados tão contraditórios, porém é impressão nossa de que existe uma tendência nítida, mais difundida nas publicações mais recentes, em aceitar para norma de conduta terapêutica e temporização ou expectiva como tratamento local da orteomielite aguda.

BIBLIOGRAFIA

ALBEBE (Fred) — "The treatment os osteomyelitis by bacteriophage" — J. Bone and Joint Surg., v. 15, 1933; p. 58-66.

ALLENDE (C. — "Directivas y resultados de uma conducta personalmente adotada para el tratamento quirúrgico de la osteomialitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 453.

ALLENDE (C. I.) — "Osteomelitis aguda — Diagnóstico precóz y tratamiento en el período inicial" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIII, 1929; p. 273.

ALLENDE (G.) — "Patetectomia en la osteomielitis crónica de la rótula" — to" — Relat. VII Congr. Arg. Cirurg., 1935; p. 3-199.

ALLENDE (G.) — "Patelectomia en la osteomielitis crónica de la rótula" — Rev. Ortop. y Traumat., v. XI, 1942; p.275.

ALLENDE (J.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 170.

ALLENDE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. 1931; p. 408.

ARTAUD (P.) — "A propos de 48 cas d'osteomyelite aigue des os longs des enfants et des adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Chir. Marseille, t. XI, 1973.

ARTAUD (J.), HENRIOMET (M.), FERRON (E.) — "Osteomyelite aigue à staphylocoque doré de l'occipital — Trépanation" — Mém. Ac. Chir. Paris, t. LXIV, -938; p. 1191.

ATSAD (R. R.) — "Acute osteomyelitis of a vertebral body following compression fracture" — J. Bone and Joint Surg., v. 21, 1939; p. 346.

BAER (William S.) — "The treatment of chronic osteomyelitis with the maggot (larva of the blowfly)" — J. Bone and Joint Surg., v. XIII, 1931; p. 438.

BAKER (L. O.), SCHANBEL (H. J.), KUHN (H. H.) — "Open versus closed tratmen of acute osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. XXVI, 1944; p. 345.

BARRET (M.) — "Six observations de resection précoce sous-periostée au cours de l'osteomyelite" — Bul. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 620.

BECHET (M.), — SALMON (M.), SARROSTE, rapport LEVEUF (J.) — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, p. 155, 1937.

BEYE (H. E.) — Surg. Gyn. Obst., v. 37, 1933; p. 732.

BILLER (H.) — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 669.

BLANCO (H.) — "Diafisectomia por osteomielitis" — Rev. Cir. de Barcelona, res. Rev. Ortop. y Traumat., v. III, 1934; p. 336.

BOPPE — "Discussion sur l'O. M." — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 779

BROCHWAY (A.) — "The treatmen of osteomyelitis in the warm Sult-Water-Pool" — J. Bone and Joint Surg., v. 14, 1932; p. 611-617.

BRUMER — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 55.

BUTTLER (E.) — "The tretment, complications and late results of acute hematogenous osteomyelitis based on a study of 500 cases admited to the London Hospital during years 1919-1937" — The Brit. J. Surg., t. XXVIII, 1940; p. 261-273.

CALCAGNO (B. N.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XX, 1963; p. 163.

CAMPBELL (W. C.) — "Operative Orthopedics" — The C. V. Mosby Co., 1929; p. 727.

CAPENER (N.) e PIERCE (K.) — "Pathological fractures in osteomylitis" — J. Bone and Joint Surg., v. 14, 1932; p. 501-510.

CARAJANNAPOULOS (M. G.) — "Huit observations de resection précoce dans l'osteomyelite aigue des adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 915.

CEBALLOS (A.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XV, 1931; p. 499.

CEBALLOS (A.) — Idem, v. XIX, 1935; p. 576.

CELERI (I.) — "Tratamiento de la osteomielitis aguda con el bacteriófago local" — VII Cong. Arg. Cir., 1935; p. 354.

CHRISTOPHER (F.) — "Acute osteomyelitis of the Patella" — J. Bone and Joint Surg., v. 15, 1933; p. 1012-1014.

CHUTRO (P.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, vol. VI, 1922; p. 264.
CLAIRMONT — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 403.
COMPÈRE (Edward) — "Streptococcus viridans osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. 14, 1932; p. 244-258.
p. 208.
D'ALLAINES — "A propos de la resection osseuse précoce dans l'osteomyelite. Un cas de resection étendue sans régénération osseuse" — Bul. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 1500.
DAVIS (J. B.) — "Recurrence of infection after elective operations in cases af healed supuration in bones and joints" — Arch. Surg., v. 41, 1940; p. 1426.
DEBRÉ (R.) e LEVEUF (J. — "Osteomyelite aigue avec bacteriemie et septicémie à staphylococcus" — Presse Méd., ano 47, 1939; p. 361.
DEFINE (D.) — "A sulfamida geral e local no tratamento das osteomielites sub-agudas e crônicas" — Comunic. oral ao V Congresso Bras. Ortop. e Traumatol.; 1942.
DENGLER — "Zur behandlung der chronischer osteomyelitis nach Orr und Löhr" — Arch, Klin. Chir., 1936; p. 1-15.
DESCOMPS (P. — "Le bouillon stock-vaccin mixte du Pr. Delbet" — Rev. de Chir., v. 67, 1929; p. 1-23.
DESPLAS (A.) — 'Deux cas de resection sous-periostée du tibia pour O. M. — Étude comparative de la reparation fonctionelle et anatomique" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1096.
DE SANGRE e CRETIN — "Fracture expontanée pour osteomyelite simulant un sarcome" — Rev. d'Orthop., v. 25, 1938; p. 320.
DICKSON (F.), DOVELEY (R.) e KIENE (R.) — "The use of sulfathiazole in the treatment of subacute and chronic osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. XXIII, 1941; p. 516.
DILLEHUNT R. B.) — "Osteomyelitis in infants" — Surg. Gyn. Obst., v. 61, 1935; p. 96.
Discussion Acad. Chir. Paris (BAZY, L; SORREL, E; MONOD, R. Ch; GRÈGOIRE, R; MARTIN, H; MAUCLAIRE; BRECHOT) — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 306-312.
DITTRICH (R. J.) — "Osteomyelitis of the patella" — J. Bone and Joint Surg., v. 20, 1938; p. 209.
DONOVAN (R. E.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 623.
DUROSELBE — "A propos de la resection précoce dans l'osteomyelite aigue" — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 565 ,res.).
ERNST — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 50.
FAIRCHILD (R.) — "Acute hematogencus osteomyelitis of the scapula" J. Bone and Joint Surg., v. 18, 1936; p. 232.
FEIST (G. H.) — "Akute osteomyelitis der plantten Cchädelknochen" — Zentr. f. Chir., v. 65, 1938; p. 1442.

FINOCHIARO (F.) — "O método químio-fisioterápico nas osteomelites" — An. Paul. Med. e Cir., v. XLIV, 1942; p. 96-144.
FITTE (M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 576.
FITTE (M.) — Idem, idem; pp. 894, 1016, 1043.
FITTE (M.) — Idem, v. XX, 1936; p. 162.
FITTE (M.) e MARUCCI (A.) — "Tratamiento de las osteomilitis agudas eu nos niños" — VII Cong. Cir., 1935; p. 324.
FONTAINE (R.) e MAITRE (R.) — "Osteomyelite aigue de la clavicule. Resection totale etc." — Rev. d'Orthop., v. 22, 1935; p. 339-342.
FONTAINE (R.) e WILHELM (J.) — "Résultat eloignée d'une resenction diaphysaire pour osteomyelite aigue du tibia pratiquée en 1904 pour le Prof. Boeckel" — Rev. d'Orthop., v. 25, 1938; p. 559.
FORREST YOUNG — "Acute osteomyelitis of the Illium" — Surg. Cyn. Obst., v. 58 1934; p. 986-994.
FRIEDEMANN (M.) — "Akute osteomyelitis" — Zentr. f. Chir., v. 62, 1935; p. 987.
FEVRE (M.) — "La resection precoce dans l'osteomyelite aigue des os long pendant la période de croissance" — Rev. de Chir., v. 45, 1926; p. 119-155.
FEVRE (M.) — "Traitement de l'osteomyelite aigue des enfants et des adolescents" — Rev. d'Orthop., v. 24, 1937; p. 365.
FROEHLICH — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 664.
GAMBOA (M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 662.
GAMBOA (M.) — Idem, idem; p. 1021.
GAMBOA (M.) — HERNANDEZ (M.), SALVATI (A.) — "Osteomielitis aguda y crónica — Tratamiento" — VII Cong. Arg. Cir., 1935; p. 361.
GAMBOA (M.) — "Osteomielitis de la clavícula" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XXII, 1938; p. 143-145.
GIOIA (T.) e VELLAFONE (I.) — "Tratamiento de las osteomielitis aguda y crónica en el adolecente y el adulto" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 434.
GODOY MOREIRA (T. E.) — "Osteomielitis esclerosante" — An. Cir. Rosário, v. IV, 1938; p. 247-254.
GOLBERG (R.) — "Roentgenoghafic study of acute osteomyelitis of the tifula treated conservatively" — J. Bone and Joint Surg., t. XXIV, 1942 p. 447.
GOTTERBÜREN)H.) — "Die Behandiung der akuten und chronischen Osteofyelitis in der Chirurgischen Univereitätsklinich Hamburg-Eppindorf-München" — Med. Wochenschrift, v. 86, 1939; p. 1378.
GREEN (W. T.) e SHANNON (J. G.) — "Osteomylitis in infants" — Archives of Surgery, v. 32, 1936; p. 462-493.
GUERIN (R.) — "Osteomyelite aigue — Resection simultanée des tibias" — Rév. d'Orthop. v. 24, 1937; p. 190.
GUTIERREZ (A.) — Tratamiento de la osteomielitis aguda y crónica" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 448.

GUTIERREZ (A.) — "Tratamiento de la osteomielitis" — Rev. Cirurgia. Buenos Aires, v. XIV, 1935; p. 40.

GUTIERREZ (A.) — "El procedimento de Avelino Gutierrez en el tratamiento de las osteomielitis crónicas" — Rev. Cirurgia Buenos Aires, v. XX, 1941; p. 143.

HAMANT-GRUMILLIER — "A propos du traitement dans l'osteomyelite aigue" — Rev. d'Orthop., v. 24, 1937; p. 73.

HART (V. L.) — "L'osteomyelite aigue hematogène chez l'enfant" — The Journ. Am. Med. Assoc., v. 108, 1937; p. 524-528.

HAWK (C. L.) — "The treatment of osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. 15, 1933; p. 401-408.

HERCQUET — "Ablation totale sous-periostique de la clavicule etc." — Presse Méd., 24 mar. 1923, p. 276.

HERNANDEZ (R. V.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 1018.

HELDEMANN (K. O.) — "Acute osteomyelitis — A clinical and experimental study" — Surg. Gyn. Obst., v. 59, 1934; p. 25.

HOLENAU (L. L.) — "The treatment of acute osteomyelitis" — The Lancet, v. 227, 1934; p. 867.

HORSCH — "Therapeutische Erfahrungen mit der Löhrschen Lebertran gipsmethode bei der osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir., 1935; p. 184-1258.

HORSCH (K.) — "Akute purulente Schlüsselbein osteomyelitis etc." — Zentr. f. Chir., v. 64, 1937; p. 2577.

HOYT (W. A.), DAVIS (A. E.), VAN BUREN (G.) — "Acute hematogenous Staphylococcic Osteomyelitis — Treatmen with Sulfathiazole without operation" — J. Am. Med. Assoc., v. CXII, 1941; p. 2043.

HUG (G.) — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 665.

INGELRANS (P.) — "Traitement précoce de l'osteomyelite aigue (non traumatique) des membres" — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 455-515.

IVANISSEVICH (O.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XX, 1936; p. 163-164.

JAEDICHE — "Zusätzliche diätetische Massnahmen bei spätfällen von osteomylitis" — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht) — v. 196, 1939; p. 53.

JAUREGUI (P.) — "Osteomielitis agudas y crónicas en el adulto — Tratamiento" — Relat. VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 200-288.

JAUREGUI (P.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XX, 1936; p. 162 e 165.

JENSEN (N. K.) e NELSON (M. C.) — "Local sulfanilamide in compound fractures; an experimental and clinical evaluation" — Surg. Gyn. Obst., v. 75, 1942; p. 34.

JORGE (J. M.) e MEALLA (V.) — "Consideraciones sobre el tratamiento de las osteomielitis de los huesos largos" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 484.

JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XV, 1931; p. 421 e 435.

JORGE (J. M.) e MEALLA (V.) — "Diafisectomia de necessidad en las osteomielitis agudas" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 883.

JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XIX, 1935; p. 895.

JORGE (J. M.) — Idem, idem; p. 1177.

JORGE (J. M.) e ROSENFELD (P. A.) — "Osteomielitis aguda del maxilar inferior" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 141.

JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 165 e 290.

JORGE (J. M.) e MEALLA (E. S.) — "Osteomielitis de la clavícula" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXI, 1937; p. 1006-1014.

JORGE (J. M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 963.

JOST (W. J.) — "Vaccinotherapie der akuten und chronischem osteomyelitis" XVII Congr. Russ. Chir., Leningrad 1925; res. Zentr. f. Chir., 1925.

KEY (J. A.) — "Rational treatmen of acute hematogenous osteomyelitis" — J. Am. Med. Assoc., v. 111, 1938; p. 2163.

KEY (J. A.) e BUNFORD (T. H.) — "The prophylactic implantation of sulfanilamide in clean operative wounds of the reduction of postoperative infections" — Surg. Gyn. Ost., v. 73, 1941; p. 324.

KEY (A.) — "Sulfonamides in the treatment of chroni osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., t. XXVI, 1944; p. 63.

KIRBY SMITH (H.) — "Acute osteomyelitis of the patella" — J. Bone and Join Surg., t. XXIV, 1942; p. 942.

KOCH (S. L.) — "Osteomyelitis of the bones of the and" — Surg. Gyn. Obst., v. 64, 1937; p. 1-8.

KRASNOBAIEW (T. P.) — "Behandlung des osteomyelitis acuta infectiosa" — XVII Congr. Russ. Chir., Leningrad, 1925; res. Zentr. f. Chir., n.° 38, 1925; p. 2125-2127.

KRASNOBAIEW (T.) — "Le traitement de l'osteomyelite hematogène infectieuse aigue" — La Chir. degli Org. di Mov., v. 10, 1926; p. 537.

KRESSIN — "Postoperative lebertran behandlung bei akuter osteomyelitis" — Zentr. f. Chir., v. 64, 1938; p. 2187.

KULOWSKI (Jacob) — "The Orr treament of osteomyelitis and alliel sup. purat ive processes. A statisical analysis an discussion of 155 cases" — J. Bone and Joint Surg., v. XIII, 1931; p. 538.

KULOWSKI (J.) — "Pyogenic osteomyelitis of the Spine, Analysis and discussion of 102 cases" — J. Bone and Joint Surg., v. 18, 1936; p. 343-364.

KULOWSKI (J.) — "The Orr treatment of pyogenic osteomyelitis" — Ann. of. Surg., v. 1936, p. 103.

KULOWSKI (J.) — "Pyogenic osteomyelitis of the pelvis (analysis and discussion of 90 cases)" — Arch. of Surg., v. 35, 1937; p. 571-598.

KULOWSKI (J.) — "The management of hematogenous pelvic osteomyelitis" — Surg. Gyn. Obst., v. 69, 1939; p. 312-326.

LAGROT (F.) e COHEN SOLAL — "L'osteomyelite des apophyses épineuses" — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 311-318.

LANCE — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, v. 1927; p. 1282.

LANCE (A.) — "Die unspezifischen Entzündungen der Knochen" — Handbuch der speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie IX/4 v., Skelet und Skelet teile — Berlin, verlag von J. Spirnger, 1939, p. 1-73.

LASSERRE (Ch.) — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 670.

LAEWEN (A.) — "Ursache und Behandlung der osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 403.

LECÈNE (P.) — "Resection totale de la diaphyse peronière pour osteomyelite aigue grave; regeneration totale de cet os verifiée 17 ans aprés" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1342

LECÈNE (P.) — "Chirurgie des os et des articulations des membres" — Masson & Cie., 1929; p. 139.

LECÈN (P.) — "Abcès central de la diaphyse radiale dû au staphylocoque doré chez un adulte. Trépanation, guérison" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1282.

LECÈNE (P.) e LERICHE (R.) — "Thérapeutiuqe Chirurgicale" — Masson & Cie., 1927, I v.; p. 415.

LECLERC (G.) — "A propos de quelques aspects d l'isteeomyelite primitive de l'adulte" — Rev. d'Orthop., v. 25, 1938; p. 227-241.

LE FORT (R.) — "Osteomyelite vertebrale" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1936; p. 1406.

LEROY (M.) e MULLER (M.) — "Osteomyelitis et traumatismes" — Annales de Médicine Légale, t. X, n.° 5, 1930; p. 361-430; res. Jour. Chir. Paris, t. XXXVI, v. 24; 1930.

LEVEUF (J.) e BECHET (M.) — "La resection précoce dans l'osteomyelite aigue des os longs pendant la période de croissance" — Rev. de Chir., v. 45, 1926; p. 119-155.

LEVEUF (J.) — "Résultats de la resection précoce dans le traitement de l'osteomyelite aigue des os longs chez trois adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 593.

LEVEUF (J.) — "Osteomyelite aigue post- traumatique chez un sujet de 61 ans — Resection de la diaphyse de l'humerus pour osteomyelite" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1285.

LEVEUF (J.) — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 57, 1931; p. 915.

LEVEUF (J.) — "Traitement de l'osteomyelite aigue des adolescents par la recection précoce" — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 1623.

LEVEUF (J.) — "Resection secondaire précoce de la moité inférieure d'une diaphyse femorale chez un sujet de seize ans atteint d'une osteomyelite aigue" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 58, 1932; p. 496.

LEVEUF (J.) — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 662.

LEVEUF (J.) — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 60, 1934; p. 479.

LEVEUF (J.) — "Le méchanisme de la régéneration osseuse après resection d'une diaphyse atteinte d'osteomylite" — Bull. et Mém. Soc. Chir., Paris, v. 60, 1934; p. 479.

LEVEUF (J.) — "A propos de l'anatoxine staphylococcique" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 49.

LEVEUF (J.) — "L'évolution spontanée des osteomyelites aigues à staphylocoques dorés. Avantages du rétard de l'intervention" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 296.

LEVEUF (J.) — "Le thaitement de l'O. M. des adolescents" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 942.

LEVEUF (J.) — "Les résultats de l'expectative dans les fores graves d'O. M. A. à foyers multiples avec état septicemique prolongué" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1201.

LEVEUF (J.) — "A propos de la communication de Sorrel et Guichard etc.". — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1248.

LEVEUF (J.) — "Forme bacteriémique des osteomyelites aigues et septicémies à staphylocoques" — Congr. Français de Chir., 1938; p. 537.

LEVEUF (J.) — "Osteomylite des adolescents" — Traité de Chir. Orthop., Mathieu-Ombredanne, 1937; p. 201-221.

LEHMANN — Arch. Klin. Chir., v. 196, 1939; p. 52.

LEWEY (J.) e LECOCQ (E.) — "The use of neoarsphénamine in the treatment of acute staphylococcus aureus septicemia and osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. XIII, 1941; p. 596.

LEXER (E.) — "Zur experimentellen Erzündung osteomyelitischen Herde" — Arch. Klin. Chir., v. XLVIII, 1894; p. 181.

LEXER (E.) — "Osteomyelitis — experimente mit einem spontan beim Kaninchen vorkommenden Eiterreger" — Arch. f. Klin. Chir., v. LII, 1896; p. 576.

LEXER (E.) — "Experimente über osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir., v. LIII, 1896; p. 266.

LEXER (E.) — "Zur Kenntnis der streptokoken und Pneumokoken-osteomyelitis" — Arch. Klin. Chir., v. LVII, 1898; p. 879.

LICHTENAUER — Arch. Klin. Chir., v. 196, 1939; p. 49.

LIVINGSTON (S. K.) — "Results in compound fractures with osteomyelitos etc." — Surg. Gyn. Obst., v. 74, 1942; p. 546.

LÖRH — "Die behandlung der akuten und chonischen osteomyelitis der köhrerknochen mit dem Lebertrangips" — Deut. Med. Wochr., 1936; res. Zentr. f. Chir., v. 64, 1937; p. 1283.

LOMBARD (P.) — "Osteomyelite aigue des adolescents — Les perturbations de l'equilibre des albumines seriques au cours de l'osteomyelite" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 60, 1934; p. 1339.

LOMBARD (P.) — "Traitement de l'O. M. A. des adolescents" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 630.

McCARROL e KEY (A.) — "The present status of chronic osteomyelitis" — Surg. Gyn. Obst., v. 68, 1929; p. 1007.

McCOY (R. H.) e ROSS (D. E.) — "Acute hematogenous osteomylitis" — Res. Arch. of Surg., v. 42, 1941; p. 177.

McKEEVIN (K. C.). — "The role of chemotherapy in the treatment of hematogenous osteomyelitis" — The Britsh Journal of Surg., v. XXX, julho 1943; res. J. Bone and Joint Surg.

McNEAL (W.) — "The infection organism in osteomyelitis — The bacteriology af bone infection" — J. Bone and Joint Surg., v. 19, 1937; p. 886-913.

MAGENDIE — "Osteomyelite aigue de la tibia traitée par infection intraveineuse de bacteriophages" — Rev. d'Orthop, v. 23, 1936; p. 566.

MANFIELD (J.) e MITCHELL (C. L.) — "Acute hematogenous osteomylitis in the adult" — J. Bone and Joint Surg., v. XXIV, v. 1942; p. 647.

MAROTOLI (O. R.) — "Consideraciónes sobre el tratamiento de la osteomielite aguda" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 344.

MAROTOLI (O.) — "Consideraciones sobre el tratamiento de las osteomielitis agudas" — Anales de Cirurgia Rosário, v. II, 1936; p. 42-53.

MAROTOLI e CAYETANO INFANTE — "Abcesso de Brodie — Consideraciones" — An. Cir. Rosário, v. IX, 1943; p. 58-85.

MATHIEU (P.) — "Osteomyelite aigue vertébrale — A propos de 5 cas" — Rev. de Chir., v. LXII, 1924; p. 96.

MATHIEU (P.) — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 593.

MATHIEU (P.) — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 1285.

MATHIEU, PICOT, CRECHOT, THIERY, MAUCLAIRE, MOULONGUET, MOCHET A.), CADENAT — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 634, 635, 636.

MATHIEU (P.) — "Traitement précoce de l'osteomyelite aigue des os longs" — Bull. et Mém. Soc. Chir., v. 57, 1931; p. 1440.

MATHIEU (P.) — "Le traitement retardé de l'osteomyelite aigue" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 581.

MAUCLAIRE, DEHELLY, OKINCZYC, MOUCHET — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, v. 53, 1927; p. 1289.

MAUCLAIRE (P. C.) — "Maladies microbiennes des os — Osteomyelites" — **in** Traité de Chirurgie Cliniuqe et opératoire, Le Dentu e Delbet, p. 592.

MAZZINI (O.) e BOGETTI — "Consideraciones estadísticas y clínico-quirúrgicas sobre 322 observaiones de osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 383.

MAZZINI (O. T.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 165.

METIVET (M.) — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 58, 1932; p. 600.

METIVET (M. G.) — "A propos de la communication de M. Leveuf sur le traitement de l'O.M.A." — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 368.

MEYERING (H. W.) e CLEGG (H. W.) — "Modern tratment of osteomyelitis

(including use of sulmanilamide and its derivatives) — Am. Jour. Surg., v. 57, 1942; ç. 56-64.

MINS GAGE — "Acute hematogenous osteomyelitis juvenalis" — Surg. Gyn. Obst., v. 76, 1943; p. 123.

MOIROUD (P.) — "Osteomyelite des os longs et fièvre typhoide" — Presse Méd., v. 45, 1837; p. 980.

MORAES (F.) — "Osteomyelite de l'humerus — Resection tardive etc." — Rev. d'Orthop., v. 26, 1939; p. 332.

MORENO (I. G.) e BOFFI (C.) — "El método de H. Winnett Orr en el tratamiento de la osteomielitis aguda en el niño" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 441.

MORENO (I. G.) — "Grave fractura exquestra infectada de la pierna. Método de Winnett Or" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XX, 1936; p. 1259.

MORENO RIVAROLA — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 423.

MOST — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 56.

MOTTA MAIA — "O tratamento das osteomielites pelo processo de André Maurice" — Rev. Bras. Cir., v. VII, 1938; p. 19.

MOUCHET — (A.) — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris, v. 53, 1927; p. 423.

MOUCHET (A.) e ARDOUIN (G.) — "Trois observations de resection diaphysaire. Étendue pratique il y a un an etc." — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 661.

MURO E. V.) — "Tratamiento de las osteomielitis agudas y crónicas. Procedimiento de Winnett Orr-de Löhr" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 289.

OBERTHUR (H.) — "Onze observations de resection diaphysaire pour osteomyelite des adolescents" — Bull. et Mém. Soc. Chir. v. 60, 1934; p. 474.

OCKINCZYC — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 595.

OLLIER (L.) — "Traité des resections", tomo I, 1885; pp. 409, 438, 418, 421.

OMBREDANNE — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 423.

OMBREDANNE (L.) — "Précis clinique et opératoires de Chirurgie Infantile" — Masson & Cie, 1932.

ORR (H. W.) — "The treament of osteomyelitis and other infections" — The Bruc Publish. Co, St. Paul, Minnesota, 1930.

ORR (W.) — "Fractures and osteomyelitis of pelvis" — Surg. Gyn. Obst., v. 54, 1932; p. 673.

OTTOLENGHI (C.) — "Ostemielitis de la rama ísquio-pubiana" — Rev. de Ortop. y Traumat., Buenos Ayres, v. III, 1934; p. 325.

OTTOLENGHI (C. E.) e ALARCÓN (F.) — "Osteomielitis vertebral" — Rev. de Orthop. y Traumat., Buenos Ayres, v. V. 1935; p. 135.

OTTOLENGHI (E.) e DELRIO (M.) — "Ostemielite aguda en le calcáno" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIX, 1935; p. 576.

OTTOLENGHI (C.) Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 963.

PASMAN (R.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, vol. VI, 1922; p. 262.

PASMAN (R.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, vol. XIII, 1929; p. 280.

PATEL (J.) e MOIROUD (P.) — "Formes cliniques et traitement des septicemies à staphylocoques d'ordre chirurgicale" — Cong. Français de Chir., 1938; p. 371-529.

PAYR — Arch. Klin. Chir. (Kongressbericht), v. 196, 1939; p. 48.

PEREZ (I. P.) — "Estúdio critico sobre el tratamiento de la osteomielitis hematógena — Revision de 300 casos" — Cirurgia, Ortopedia y Traumatol., v. 81, 1943.

PEYCELON (R.) — "A propos des suppurations osseuses metastatiques à staphylocoques etc." — Rev. d'Orthop., t. 26, 1939; p. 33-44.

PHILIPOWICZ (Z.) — "Die blutige und unblutibe behandlung de akuten und chronisch osteomyelitis" — Res. Zentr. f. Chir., v. 63, 1936; p. 2211

PHILICOWICZ (J.) — "Prinzipielles zur behandlung der akuten osteomyelitis und ihrem komplicationen" — Zentr. f. Chir., v. 64, 1937; p. 1540.

PICQUE (J. A.) e VALLS (Jorge E.) — "Osteomielitis aguda del ilíaco" — Rev. Ort. y Traumat., v. VII, 1937; p. 1-28.

PINTO DE SOUZA (O.) — "Temas Ortopédicos" — Empr. Gráfica Revista dos Tribunais, São Paulo; p. 84-108.

PIQUET AJ. Q. — "A propos de certains formes d'osteomyelite simulant coxalgie — Les arthrites de la hanche consécutives aux ostemyelites de la partie superiure du fémur" — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir., Paris, v. 53, 1927; p. 423.

PONOMAREW (Z. I.) — Über behandlung der akuten osteomyelitis im Otuchowkrankenhause (Leningrad)" — XVII Congr. Russ. Chir. in Leningrad, 1925; res. Zentr. f. Chir., v. 38, 1925; p. 2126.

PRINI (I.) — Bol. y Trab. Soc. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 958.

PROUST, MÉTIVET, OKINCZYC, SORREL — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 60, p. 1934; p. 483, 484.

RICHARD (A.) — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 672.

RICHARD (A.) — "Greffes pous pseudartroses aprés resections diaphysaires pour O.M.A." — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1186.

RICHARD — (A.) — "Forme septicenique d'osteomyelite" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXV, 1939; p. 208.

RIVAROLA (R.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIII, 1929; p. 281.

RIVAROLA (R.) e DETCHESSANY — "Diafisectomia sub-perióstica en las osteomielitis agudas de la tíbia e nios ninñs" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIX, 1935; p. 1029.

ROBERTSON (D. E.) — "Acute hematogenous osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., v. 20, 1938; p. 35-47.

Reg.:

ROBERTSON (D. E.) — "El tratamiento médico de la osteomielitis hematógena" — Ann. Surg., trad. esp., v. 2, 1943; p. 1264.

RODRIGUEZ (M. C.) e MAINETTI (J. M.) — "Contribucion al est'dio de la osteomielitis no traumática de los huesos largos Tratamiento" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 297.

SAGEL (Jacob) — "Acute osteomyelitis of the patella" — J. Bone and Joint Sugr., v. 16, 1934; p. 959.

SALMON (M.) — "A propos du traitement de l'osteomyelite" — Bull. et Mém. Soc. Chir. Marseille, t. XI, 1937; p. 79, 89 e 120.

SANTI (E.) — "L'osteomyelite dans les premières années de la vie" — Archivio Ital. Chirurgia, v. 38, 1934; p. 1-21.

SCHEIN — (A. J.) — "Bacillus pyocyaneus osteomyelitis of the spine report of a case of successful tretment with sulfanilamida)" — Arch. of Surg., v. 41, 1940; p. 740-746.

SCHEMAN (J.), JANOTA MAC LEWIS (P.) "The production of experimental osteomyelitis. Preliminary osteomyelitis" — J. Am. Med. Assoc., v. CXVII, 1941; p.1525.

SHEHADT (W. H.) — "Primary pyogenic osteomyelitis of the articular process of the vertebrae" — J. Bone and Joint Surg., v. 21, 1939; p. 969-975.

SOLÉ (R.) — Bol y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XIII, 1929; p. 279.

SORREL (E.) — Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris, v. 57, 1931; p. 620.

SORREL (E.) e OBERTHUR — Rev. d'Orthop., v. XIX, 1932; p. 674.

SORREL (E.) — "A propos du traitement des O.M.A. à staphylocoques" Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXII, 1936; p. 769.

SORREL (E.) — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1201.

SORREL (E.) e GUICHARD (R.) — "Résultats eloignés des resections diaphysaires dans les O. M. A. Leurs indications" — Mém. Acad. Chir. Paris, t. LXIII, 1937; p. 1172.

SORREL (E.) e GUICHARD (R.) — "Indications et resultatis de la resection diaphysaire dans le traitement de l' osteomyelite aigue" — Rev. de Chir., ano 58, 1939; p. 89-120.

SPEDO (K.) "Acute Osteomyelitis" — Tribuna Annales de Cirurgia, versión castellana, v. 3, n.° 2, 1944; p. 292.

STARR (L. L.) — "Acute hematogenous osteomyelitis" — Arch. Surg., v. IV, 1922; p. 567.

STEWART (M. A.) — "A new treatmen of osteomyelitis" — Surg. Gyn. Obst., v. 58, 1934; p. 155-165.

SUSSINI (M.) — "Trepanación precóz en la osteomielitis aguda" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. VI, 1922; p. 245.

SUSSINI (M.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. VI 1922; p. 266.

TAMINI (L.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. VI, 1922; p. 255.

TAMINI (L. A.) — Bol y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 567.

TAMINI (L. A.) e PICQUÉ (J. A.) — "Tratamiento de las osteomielits por el método de Mendez (cavidad cerrada)" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 316.

TOSONOTTI — "Osteite diafisária sub-aguda localizada do adulto" — La Chirurgiadegli Organi di Movimento, outubro 1936; p. 357.

TREVES (A. — Rev. d'Orthop., t. XIX, 1932; p. 667.

URZUA (R.) — "Osteomielitis de la tíbia — Diafisectomia y trasplante del peróneo" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXII, 1938; p. 956.

VALLS (J.) — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 422.

VALLS (J.) e MUSCOLO (D. T.) — "La resección diafisária en la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1925; p. 430.

VALLS (J.) e OTTOLENGHI (C. E.) — "Consideraciónes sobre el tratamiento de la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 423.

VIÑAS (M.), AGUIRRE (G. J.) e RIVARA (L. T.) — "Osteomielitis — Comentários a la estadística" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 417.

VORCHÜTZ (J.) — "Berichtingung zur Frage der superiostalen Resection des Knochens bei Osteomyelitis" — Zentr. f. Chir., v. 66, 1939; p. 2292.

VORCHÜTZ (J.) — Arch. Klin. Chir., v. 196, 1939; p. 46.

WEAVER — J. B.) e WHELAN TYLER — "Experimental staphylococcemia and hematogenous osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., t. XXV, 1934; p. 791.

WEBER (F. K.) — "Über behandlung des osteomyelitis im Kindes alter" — XVII Congr. Russ. Chir. in Leningrad, 1925; res. Zent. f. Chir., n.º 38, 1925.

WEBER (L. A.) e PATERSON TOLEDO — "Tratamiento de la osteomielitis" — VII Congr. Arg. Cir., 1935; p. 378.

WILENSKY (A.) — "La pathogénie et le traitement de l'osteomylite aigue des machoires chez les nourrisons et les enfants" — Amer. J. of Riseases of Childr., v. XLIII, 1932; p. 430-441; res. Rev. d'Orthop.

WILENSKY (A. D.) — "Mechanism and pathogenesis of acute osteomyelitis" — Am. J. Surg., III, 1927; p. 281-289.

WILENSKY (A. D.) — "Osteomyelitis of the vertebrae" — Ann. of. Surg., v. LXXXIX, 1929; p. 561.

WILENSKY (A.) — "Acute hematogenous osteomyelitis (classification of the cases of acute hematogenous osteomyelitis as determined by therapeutic indications — Results of operative treatment)" — Arch. of. Surg., v. 34, 1937; p. 320-336.

WILENSKY (A.) — "Value of chematherapy in the treament of ostemyelitis" — Arch. of Surg., v. 44, 1942; p. 234-259.

WILENSKY (A.) — "Osteomyelitis chemoterapy (with sulfanilamide and its derivatives)" — Am. J. Surg., 47, 1942; p. 76-82.

WILENSKY (A. D.) — "Osteomyelitis" — The MacMilliam Co, 1934.

WILENSKY (A.) — "Acute osteomyelitis" — Tribuna Annales de Cirurgia, versión castellana, v. 3, n.° 2, 1944; p. 292.

WILENSKY (A.) — "Modern tretament of acute hematogenous osteomyelitis of long bones" — Connecticut Méd. Jounrnal, v. 7, 1943; p. 26 **(não consultado).**

WILSON (J. C.) e McKEEVER (F. M.) — "Hematogenous acute osteomyelitis in children" — J. Bone and Joint Surg., v. 18, 1936; p. 328-332.

WILSON (J. C.) e McKEEVER (F. M.) — "Bone growth disturbance following hematogenous acute osteomyelitis" — J. Am. Méd. Assoc., v. 107, 1936; p. 1188-1193.

WILSON (J. C. e McKEEVER (F. M.) — "The role of sulfonamide drugs in the treatment of hematogenous osteomyelitis" — J. Bone and Joint Surg., t. XXV, 1943; p. 41.

WUEDENSKI (K. K.) — "Zur behandlung der osteomylitis acuta und ihrer Folgen" — XVII Cong. Russ. Chir. in Leningrad, 1925; res Zentr. f. Chir., n.° 38, 1925.

ZANOLI (R.) — "Osteomielite vertebral" — La Chirurgia degli Organi di Mov., v. XIV, 1930; p. 673.

ZENO e CAMES — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, v. XV, 1931; p. 491.

ZENO (L.) — "El método de Orr en las fracturas complicadas" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XXIII, 1939; p. 194.

ZENO (L.) — "Osteogénesis en las fracturas y en los processos inflamatórios esqueléticos" — Rev. de Ortop. y Traumatol., v. IV, 1935; p. 327-371.

ZENO (L.) e MAROTOLI (O. R.) — "La patelectomia en las lesiónes crónicas de la rótula" — Rev. Ortop. y Traumatol., v. XI, 1941; p. 124.

ZENO (L.) — El método de Orr en las fracturas complicadas" — Ann. Cir. Rosário, v. V, 1939; p. 150-159.

ZENO (L.), CAMES (D.), CEBALLOS (A.) — "Sobre a diafisectomia sub-perióstica no tratamento da osteomielite dos ossos longos" — Bol. y Trab. Soc. Cir. Buenos Ayres, v. XV, 1931; p. 491.

DA ÚLCERA GASTRO-DUODENAL — SUA EVOLUÇÃO ANÀTOMO-CLÍNICA(*)

ALGUMAS REFLEXÕES A SEREM MAIS AMPLAMENTE EXPLANADAS.

A patologia da úlcera gastro-duodenal tem sido esquadrinhada em todos os sentidos, nêstes últimos tempos, parecendo nada mais haver que não seja perfeitamente conhecido. No entanto, e talvez por isso mesmo, ela se apresenta como afecção de carater evolutivo clínico muito disparate e extranho, ao lado de cada vez mais frequente em todos os meios e centros, sem distinguir, bem e mal alimentados.

Os testes clínicos e complementares de diagnóstico são hoje indiscutivelmente mais precisos e a sua veracidade, bem assim os seus aspectos anatomo-clínicos, têm podido ser confirmados pela intervenção cirúrgica mais de uso atualmente.

A evolução sintomática não guarda relação de qualquer semelhança com quadros sindrômicos estereotipados, nem a lesão ulcerosa está em proporção aos sofrimentos ou perturbações do doente.

A úlcera gastro-duodenal não parece ser sempre a mesma lesão, ou melhor, a sua evolução anatomo-patológica varia devido a uma série de fatores, por certo ligados ao mecanismo íntimo de sua formação, ainda doutrinàriamente sem fatos positivos e determinados.

É inegável a tendência expontânea à cura de úlcera duodenal, não se observando o mesmo nas úlceras gástricas, nestas sendo mais frequente a evolução crônica do tipo caloso. Nas duodenais pràticamente não há degeneração carcinomatosa, pelo

---

(*) Apresentado à reunião da Associação Médica do Paraná em 7 de dezembro de 1944.

menos são raríssimos, tanto que não se considera esta possibilidade na prática diária, enquanto que nas gástricas é eventualidade de relativa frequência e deve servir de critério na indicação terapêutica.

Sem pensar em possíveis explicações teóricas, merecem mais ampla divulgação certos característicos próprios e peculiares à afecção.

O doente que passa bem não quer significar sempre desaparecimento da lesão, e também o critério radiológico da desaparição ou não existência de úlcera, não quer dizer cura ou então resultado excelente de determinado tratamento.

A radiologia deve ser oportuna, para ser criteriosa e poder o seu resultado ser conclusivo, devido à evolução natural do processo ulceroso.

Há úlceras que se iniciam, por vezes, com complicações graves, em período curto de evolução, hemorragia ou perfuração e se tornam posteriormente assintomáticas por muitos anos ou cicatrizam definitivamente, como se se tratasse de ulcerações agudas.

Alguns exemplos: homem, 55 anos. Sofrendo do abdomen há algus meses, recebeu alguns diagnósticos clínicos, até sobreviverem intensas hematemeses e melenas, com risco de vida. Algum tempo após era, sem dúvida, positiva a radiografia para U.D. Estava em voga pepsina por injeções e o doente fez algumas séries. Nada mais sentiu, sem nenhum cuidado. 14 anos depois, sem pretexto, acidente hemorrágico de pouca monta e sem outras perturbações.

Homem, 25 anos, com passado gástrico que tôda a gente tem, fez uma perfuração em peritoneo livre. Sutura. Era uma úlcera juxta-pilórica da vertente duodenal. Fazem 12 anos e nunca mais teve transtorno gástrico, apesar de má alimentação, por ser foguista de estrada de ferro.

Homem, 34 anos, internado na Penitenciária, com passado gástrico absolutamente nulo, teve uma perfuração de úlcera duodenal típica que foi suturada. Após nunca deixou de sentir alguma cousa de estômago e decorridos oito meses foi gastrectomizado. Só existia processo adesivo aderencial peri-duodenal, sem se poder assinalar com precisão o ponto da perfuração.

No entanto úlceras existem que uma vez intaladas não desaparecem, variando a história sintomática do doente, porém o processo ulceroso progride sempre, excavando-se nos órgãos de vizinhança. Com surtos mais ou menos frequentes de irritação ou infecção locais que se acusam clinicamente por exacerbações dolorosas ou reflexos de estenose pilórica, sob fórma de crises mais ou menos duradoiras. Nêstes casos a lesão existe sempre, não se cicatriza, mas a melhora clínica por vezes é notável, a ponto do doente se supôr curado, porém o teste radiológico é positivo, com ou sem tratamento, êste pouco importa.

Temos um exemplo muito interessante: homem, 42 anos, sofredor há muitos anos, com crises rotuladas de hepáticas, que uma série de circunstâncias mais confirmavam. À intervenção, descoberta uma enorme úlcera do duodeno, terebrante, para a qual nada foi feito. Dois anos de excelente passado e disposição, apesar da presença da lesão (test radiológico), quando então reiniciou os sofrimentos anteriores. Gastrectomia ampla deu magnífico resultado e passa muito bem atualmente.

Uma observação que evidencia a nenhuma concordância do aspecto clínico com a lesão anatômica, isto é, uma extensa lesão compativel com nenhuma perturbação: Homem, 21 anos, sofria muito do estômago e por isso fez vários tratamentos clínicos durante dois ou três anos, até que começou a se sentir bem. Fazia dois anos que se julgava bom e casou-se, tendo 26 anos. Alguns meses após, sem prodromos, dôr súbita e intensa no ventre e só poude ser operado na 4.ª hora. Perfuração em úlcera calosa de grande extensão da pequena curvatura do estômago. Faleceu de peritonite difusa.

Ainda outro tipo de úlcera. Evolúe naturalmente para a cicatrização e concomitantemente os sinais clínicos fazem sua desaparição, mas passado algum tempo ,variável, surge nova úlcera de séde idêntica ou diferente, para de novo cicatrizar. São as que fornecem os sucessos dos tratamentos clínicos em voga, porque se atestam clínica e radiológicamente como curadas, sob a influência aparente da medicação. A sua ocorrência tem comprovação comum nas intervenções cirúrgicas, porque êstes doentes por vezes cansados destas crises periódicas, preferem se operar. Si êles o fazem em período de crise, lembrados pelo sofrimento do momento, embora não seja de indicada opor-

tunidade cirúrgica, a úlcera é visivel e patente; mas si a operação - executada num intervalo silencioso, isto é, da aparente cura clínica, apenas lesões cicatrizadas de reliquat são descobertas e por vezes dificilmente percebidas. Nestas circunstâncias, o guia do cirurgião deve ser a evolução clínica, porque não completar a intervenção é permitir o resurgimento posterior da úlcera.

Exemplo: Homem, 40 anos, tinha sido colecistectomisado na Polonia há 10 anos. Foi laparotomizado por provável lesão gastro-duodenal (eramos auxiliar à intervenção — 1933) e como nada se encontrou, com exploração minuciosa, nenhuma operação foi praticada. Seis anos após voltou ao nosso Serviço; por grande sofrimento. Tinha uma úlcera terebrante extensa do duodeno, que obrigou a uma resecção-exclusão a Finsterer por inextirpável. Muito bom resultado clínico posterior.

Mais sérias de prognóstico, e requerendo maior vigilância e dicernimento, são as úlceras de séde gástrica, pela possibilidade de degeneração, sem que pudéssemos até então observá-la. Porém, a primeira eventualidade não deve ser esquecida por seus funestos resultados.

Mulher, 43 anos, laparotomizada alhures por afecção gástrica renitente, nenhuma operação. Três anos após, persistência agravada de seus sofrimentos. Exploração radiológica, carcinoma da pequena curvatura do estômago, anemia pronunciada. Morte 6 meses após êste diagnóstico, em caquexia.

Mais um exemplo; homem, 45 anos, hemorragia e perfuração de úlcera calosa da pequena curvatura do estômago. Sutura e indicação para nova intervenção. Passou muito bem dois anos, quando reiniciaram-se todos os sintomas dolorosos, que o doente suportou por mais três anos, quando quiz se operar. Máu estado geral, enorme carcinoma com extensa ulceração, na mesma séde da úlcera calosa antiga. Resecção ampla e trabalhosa. Morte.

Ao lado dêstes fatos, que não pretendem explicar o que é a úlcera gastro-duodenal, mas apenas mostrar a complexidade e variabilidade de sua evolução, como a indicar a necessidade de um melhor dicernimento nos resultados terapêuticos, em casos que representam a evolução natural do processo, existem as complicações classicas da úlcera, que devem ser em tempo

reconhecidas. Sobressae a síndrome de estenose do piloro. As lesões pilóricas ou juxta-pilóricas que em períodos de crise provocam vómitos abundantes e retardados em relação à ingestão de alimentos, merecem vigilância muito estrita. Si se repetirem as crises com frequência, averiguar radiológicamente a dilatação da bôlsa gástrica, não no período de crise, mas no intervalo asintomático e deduzir, em tempo, o abandono da terapêutica médica, afim de evitar a desnutrição intensa do doente e a exagerada dilatação gástrica, fatores desfavoráveis ao bom prognóstico operatório. Continuar o tratamento médico em doentes dêste tipo é falta grave, porque acaba por determinar na fase final, situação de precária e dificílima solução clínica.

O tratamento médico da úlcera gastro-duodenal será sempre a primeira terapêutica, não pela sua eficiência sistemática, mas pela tendência natural de determinadas úlceras, à cicatrização. Deve haver no entanto dicernimento clínico para não insistir na mesma diretriz. O tempo dêste tratamento não é o principal, mas sim o caso clínico, inclusive o tipo psicosomático do doente, a localização do processo ulceroso, sua própria evolução e complicações.

Estas poucas reflexões sôbre o extenso e complexo problema clínico das úlceras gastro-duodenais são apenas reparos de alguns detalhes que nos parecem úteis e oportunos.

TRAUMATISMOS DO PÉ E ACIDENTES DO TRABALHO. (*)

E' um trabalho de revisão e apreciação gerais de um serviço de acidentes de trabalho, sob nossa direção (1), no intento de verificar a frequência e gravidade das lesões traumáticas do pé, de um modo geral, duração do tratamento e sua eficiência, percentagem das incapacidades permanentes, como consequências do acidente, e a possibilidade de sua redução numérica. A maior parte dos acidentados, cujos processos foram revistos, teve seu tratamento diretamente orientado por nós e quasi todos os mais graves, a não ser por exceção, a conduta terapêutica foi por nós conduzida. Devido ao número de traumatizados atendidos, restringimos a nossa análise aos anos de 1944 e 1945, por julgarmos, diante das conclusões relativas de trabalhos desta ordem, número suficiente para evidenciar os nossos objetivos.

Os acidentes que atendemos, procedem de gênero de trabalho o mais variado possível, compreendendo: indústrias de tecelagem e fiação, metalúrgicas, lacticínios, serrarias, fábricas de móveis, trabalhos de construção de casas e estradas de rodagem, etc..

Nos anos de 1944 e 1945, foram atendidos pelo Serviço — 23.000 acidentados no trabalho, sendo 3.271 com lesões traumáticas do pé, isto é, 14,2% sôbre o número total, com incidência sôbre o pé direito — 1.598 e pé esquerdo — 1658 e ambos os pés — 15; da região tibio-tarsica — 265 acidentados, isto é, 1,1% sôbre o total, sendo do lado direito — 132, esquerdo — 132 e em ambos — 1.

Do total dos traumatizados do pé e da região tibio-tarsica

(*) Trabalho apresentado ao Congresso de Ortopedia e Traumatologia.

(1) Atalaia de Seguros contra acidentes de trabalho. — Matriz: Curitiba — Paraná. Esta revisão compreende acidentes do Paraná e de Santa Catarina.

A duração média do tratamento dá realmente indicações pouco precisas sôbre a evolução de cada caso, por serem muito variáveis de padrão clínico quando se apresentam e também porque o nosso registro indica o dia da volta ao trabalho, dependente muitas vezes da vontade do acidentado e não exclusivamente da cura clínica. Serve no entanto de critério para indicar um têrmo médio de tempo em que o acidentado se julga apto a voltar ao serviço. A nossa conduta terapêutica nas contusões simples, consiste apenas no repouso variável em número de dias e nas feridas é sempre ativa qualquer que seja a extensão da ferida e graú de infecção. Precede a nossa intervenção uma lavagem com água quente e sabão, de tôdo pé, com vontade de lavar, inclusive da pele que circunda a ferida. Com anestesia geral, se necessário, limpeza mecânica minuciosa com pinça e tesoura, retirada dos mínimos corpos estranhos e com verificação gradual da extensão e profundidade da lesão, com parcimonia na ressecção do tegumento cutâneo que na região dorsal, principalmente, com muita tendência em afastar os bordos, exige cautela na ressecção cutânea. Hemostasia cuidadosa e se a ferida é recente, aproximação dos bordos cutâneos sem fazer uma sutura hermética, e se já infectada, nenhum ponto de aproximação. Usamos com muita frequência, gesso de imobilização do pé até a porção superior da perna ou faixas gessadas para encobrir as feridas de pouca extensão só retirando o gesso no termino do tratamento para as feridas não infectadas e nas infectadas, depende da sua evolução, mas, conservamos o gesso até a fase final do tratamento. Julgamos o aparelho gessado tão importante quanto a intervenção, um não dispensa a outra, porque dá o repouso funcional necessário ao reparo anatômico da lesão e evita os curativos, fontes de infecção e de dôr para o doente. Sulfamida preventiva ou contra a infecção já instalada, é de uso quasi sistemático, em doses apropriadas, sempre per ós ou em injeções e melhorou muito os nossos resultados finais. A sulfamida auxilia a intervenção e o gesso, na profilaxia da infecção, abranda os fenômenos de infecção quando já existem e encurta sobremaneira o período de tratamento; não utilizamos sulfamida local, por ter mais inconvenientes do que vantagens, bacteriostase muito fugaz dos germes e prejuizo eventual da cicatrização, não se falando dos que a ela recorrem, se excusando de uma terapêutica ativa mais minuciosa, o que constitue falta grave de tratamento. Os nossos resultados são muito fa-

S

REGIÃO	Fleimão	Esmagamento	Contusão com perda da unha	Ferida contusa com perda da unha	Ferida incisa com perda da unha	TOTAL
Dorsal do pé	4 7 —	— — —	— — —	— — —	— — —	836 866 9
Plantar do pé	— 2 2	— — —	— — —	— — —	— — —	283 276 4
	— —	— —	— —	— —	— —	16 22
Calcaneana	— —	— —	— —	— —	— —	50 59
1.° Pododactil	1 —	2 16	— 20	— 10	— 1	79 192
	— —	3 12	— 13	— 30	— —	112 148
2.° Pododactil	— —	1 4	4 1	— 2	1 —	11 29
3.° Pododactil	— —	2 3	— —	2 —	— —	17 15
4.° Pododactil	— —	— —	— 1	— —	— —	10 8
5.° Pododactil	— —	2 5	2 2	— —	— —	24 37
Vários Pododactilos	— — —	1 4 —	— 2 —	— 1 —	— — —	28 40 1
Tibiotarsica	— —	— —	— —	— —	— —	63 53
Total das les	16	—	—	—	—	2421
Total das lesõ	—	55	45	45	2	751
Total das le:	—	—	—	—	—	116

realmente indicações
caso, por serem muito
apresentam e também
olta ao trabalho, depen-
ntado e não exclusiva-
de critério para indicar
identado se julga apto
pêutica nas contusões
riável em número de
r que seja a extensão
ossa intervenção uma
o pé, com vontade de
erida. Com anestesia
inuciosa com pinça e
ranhos e com verifi-
da lesão, com par-
o que na região dor-
m afastar os bordos,
tasia cuidadosa e se
cutâneos sem fazer
nhum ponto de apro-
esso de imobilização
aixas gessadas para
etirando o gesso no
infectadas e nas in-
nservamos o gesso
parelho gessado tão
spensa a outra, por-
eparo anatômico da
ão e de dôr para o
fecção já instalada,
riadas, sempre per
s resultados finais.
o, na profilaxia da
quando já existem
nto; não utilizamos
do que vantagens,
ejuizo eventual da
ecorrem, se excu-
a, o que constitue
dos são muito fa-

QUADRO N.º 3

PARTES MOLES

DISCRIMINAÇÃO DA NATUREZA DAS LESÕES E SUAS LOCALIZAÇÕES

REGIÃO	Lado	Falange	Escoriação	Escoriação infectada	Contusão	Ferida incisa	Ferida incisa infectada	Ferida contusa	Ferida contusa infectada	Ferida puncti-forme	Ferida punctiforme infectada	Corpo estranho	Fleimão	Esmagamento	Contusão com perda da unha	Ferida contusa com perda da unha	Ferida incisa com perda da unha	TOTAL
Dorsal do pé	Direito	—	2	1	257	187	13	321	26	19	1	9	4	—	—	—	—	836
	Esquerdo	—	2	—	253	222	21	317	22	12	2	4	7	—	—	—	—	866
	Ambos	—	—	—	4	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Plantar do pé	Direito	—	—	—	8	55	3	24	4	156	8	23	—	—	—	—	—	283
	Esquerdo	—	—	—	7	35	4	22	1	169	13	23	2	—	—	—	—	276
	Ambos	—	—	—	1	1	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	4
	Direito	—	—	—	1	7	—	5	—	2	—	1	—	—	—	—	—	16
Calcaneana	Esquerda	—	1	—	2	11	—	3	—	12	1	1	—	—	—	—	—	22
	Direita	—	—	—	3	15	2	15	1	8	2	1	—	—	—	—	—	50
	Direito	1.º	—	—	3	11	1	27	2	—	—	4	—	—	—	—	—	59
1.º Pododactilo		2.º	—	—	28	16	1	30	1	5	—	1	1	2	—	—	—	79
	Esquerdo	1.º	1	—	25	30	4	80	1	4	—	—	—	16	20	10	1	192
		2.º	—	—	22	26	—	53	1	5	—	2	—	3	—	—	—	112
2.º Pododactilo	Direito	—	—	—	17	19	—	48	—	—	—	—	—	12	13	30	—	148
	Esquerdo	—	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	1	4	—	1	11
					4	3	—	15	—	—	1	—	—	4	1	2	—	29
3.º Pododactilo	Direito	—	—	—	3	2	1	5	—	—	—	1	—	2	—	2	—	17
	Esquerdo	—	—	—	2	1	—	9	—	—	—	—	—	3	—	—	—	15
4.º Pododactilo	Direito	—	—	—	1	5	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
	Esquerdo	—	—	—	—	2	—	5	—	—	—	—	—	—	1	—	—	8
5.º Pododactilo	Direito	—	—	—	3	7	—	10	—	1	—	—	—	2	2	—	—	24
	Esquerdo	—	2	—	5	9	—	12	1	1	—	—	—	5	2	—	—	37
	Direito	—	—	—	2	7	—	17	—	1	—	—	—	1	—	—	—	28
Vários Pododactilos	Esquerdo	—	—	—	6	—	—	24	1	—	—	—	—	4	2	1	—	40
	Ambos	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Tibiotarsica	Direita	—	—	—	32	11	2	15	1	1	—	1	—	—	—	—	—	63
	Esquerda	—	—	—	24	11	—	15	1	384	27	1	—	—	—	—	—	53
Total das lesões do pé			5	1	539	544	44	739	56	17	1	66	16	—	—	—	—	2421
Total das lesões dos pododactilos			3	—	119	129	10	315	6	2	1	4	—	55	45	45	2	751
Total das lesões da região tibiotarsica			—	—	56	22	2	30	2	—	—	2	—	—	—	—	—	116

QUADRO N.° 4.

Prazo médio de tratamento das lesões de partes moles.

LESÕES	SÉDE	
	Pé	Região tibiotarsica
Contusões	9 dias	10 dias
Corpos estranhos	12 dias	—
Escoriações	2 dias	—
Feridas incisas	11 dias	—
Feridas incisas infectadas	19 dias	—
Feridas contusas	14 dias	8 dias
Feridas contusas infectadas	20 dias	—
Feridas punctiformes	7 dias	—
Ferida punctiformes infectadas	8 dias	—
Fleimões	9 dias	—

voráveis com esta orientação terapêutica. Em regra geral, as feridas evoluem sem infecção, num prazo relativamente curto, levando-se em conta a disposição pessoal do acidentado, isto é, um tempo médio de 11 dias nas feridas incisas, 14 dias nas contusas e nas punctiformes 7 dias. Quando sobrevem infecção, é sempre de caráter benigno, localizada, sem aspecto difuso, rápidamente dominada, nunca de tipo fleimonoso, sem reação febril denunciável, sem necessidade de arredar o gessado, nem sofrimento real para o doente. O extenso fleimão difuso do pé que enxertava a estatística de mortalidade e invalidez permanente, com relativa frequência, desapareceu. Dêste grande número de doentes houve apenas uma morte, a qual ficou isenta de indenização, por abandono de tratamento, como a demonstrar a maior segurança e eficiência da orientação terapêutica atual. Sem ter havido propriamente tratamento de uma ferida contusa plantar, sobreveiu um fleimão difuso no pé esquerdo e consequente septicemia, causa do falecimento. Como na grande

maioria das vezes, os acidentados são vistos nas primeiras horas após o traumatismo, dentro do horário ótimo da ação profilática, a profilaxia da infecção é efetiva e real, tanto que 2.182 doentes viram evoluir suas feridas, dos mais variados tipos e extensão, sem infecção. Os de feridas infectadas foram em número de 148, grande parte já com infecção instalada devido a retardo na comunicação do acidente, local distante de trabalho ou demora em ser transportado. Com a mesma orientação ativa de terapêutica cirúrgica, como na prática corrente das feridas recentes, limpeza mecânica e gesso de imobilização do pé, foi-nos possível reduzir ao mínimo as consequências tardias e abolir as complicações precoces mais graves, dentro de um prazo médio de tratamento para as feridas incisas infectadas de 19 dias, nas contusas infectadas de 20 dias e de 8 dias nas punctiformes. Pela ferida contusa plantar, sobreveiu um fleimão do pé foi-nos dado cuidar, todos provenientes de trabalhos de estradas de rodagem, de homens que trabalham descalços e de notificação tardia. Esta complicação, há alguns anos, grave por suas consequências, maximé nos fleimões plantares, com grande facilidade de difusão muito extensa e de cura demorada, modificou-se muito de aspecto evolutivo, com incisões amplas em relação de bôa drenagem com o foco de supuração e com a utilização em dose suficiente de medicação sulfamidica. O prazo médio de evolução foi de 9 dias.

Os corpos estranhos são sistematicamente retirados, não só por serem focos de infecção, como também por se fazerem dolorosos e dificultarem ou impossibilitarem o trabalho. A percentagem destes acidentados não é alta: 72 casos e a volta ao trabalho, assim procedentes se fêz, num prazo médio de 12 dias.

No computo geral dos acidentados do pé, chamou-nos a atenção o número baixo de fraturas intrinsecas do pé: 28 fraturas subcutâneas e 10 fraturas expostas, e acrescendo-se os podolacticos — 10 fraturas subcutâneas e 13 expostas, fazendo-nos concluir ser lesão relativamente pouco frequente, como acidente de trabalho, representando apenas 3,03%. Dir-se-á que entre os catalogados com o diagnóstico de contusão, possam ter passado desapercebidas fraturas lineares sem deslocamento. Não podemos afirmar categóricamente, mas, prevenidos em sempre radiografar as contusões que retardam a cura ou que,

QUADRO N.º 5

DISCRIMINAÇÃO DAS LESÕES OSTEO-ARTICULARES

LESÕES		Modalidade	LOCALIZAÇÃO																													
			Região	PÉ																										Região tibiotarsica		
			Séde	Tarso e metatarso			PODODACTILOS																							Articulação		
				1.º					2.º		3.º				4.º		5.º					VÁRIOS									
			LADO	Direito	Esquerdo	Ambos	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo	Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo	Direito		Esquerdo			Direito		Esquerdo		Direito	Esquerdo	Ambos		
			Falanges	—	—	—	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	1.ª	2.ª	Todas	1.ª	3.ª	1.ª	3.ª	—	—	—			
Fraturas dos metatarsianos	1.º	Subcutanea	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		Exposta	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
	2.º	Subcutanea	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		Exposta	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
	3.º	Subcutanea	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
	5.º	Subcutanea	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
	Varios	Subcutanea	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		Exposta	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Fratura do escafóide plantar		Subcutanea	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Fratura do calcâneo		Subcutanea	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Fratura do astrágalo		Subcutanea	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Fratura do 2.º e 3.º cuneiformes		Subcutanea	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—			
Fratura do maleolo externo		Subcutanea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—			
Fratura do maleolo interno		Subcutanea	—	—	—	—	1	1	1	1	1	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—			
Fratura de falanges		Subcutanea	—	—	—	—	1	3	5	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—			
Luxação		Exposta	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—			
		Simples	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
		Exposta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—			
Amputação traumática		———	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Entorse da articulação sub-astragaliana		———	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	69	65	1			
Entorse		———	—	9	10	—	—	1	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—			

pela palpação despertam dôr localizada, muito dificil seria deixar ignorada a fratura. Além disso, êste padrão de traumatizados, acidentados no trabalho, desde que sintam a mínima dôr, excepcionalmente deixam de se queixar, o que chamaria atenção para a possível existência de fratura, pois, sabemos que as fraturas intrinsecas dos óssos do pé, são dolorosas, durante o apoio da marcha, por longo tempo e por vezes até mesmo depois de consolidadas.

Do total de 3.271 traumatizados do pé, no período de 1944-1945, 24 acidentados, isto é, 0,73%, tiveram incapacidade permanente e a respectiva indenização legal. Destes 24 acidentados, 17 tiveram sua incapacidade, por lesões localizadas nos pododactilos, sendo que 12 por lesões irreparáveis, amputação traumática ou esmagamento. Nos outros 5 acidentados dos dedos, a incapacidade foi determinada por ancilose metatarsofalangiana ou interfalangiana, provenientes de fraturas subcutâneas e um caso por fratura exposta. Esses resultados, confirmam a orientação conservadora em relação ás lesões trumáticas dos pododactilos, porque afastados os 12 casos cujas lesões, por si determinam a sua erradicação, só 5 doentes dos 28 restantes, fizeram ancilose que requereu indenização, devendo-se acrescer naturalmente o fator estético da conservação dos dedos. Os casos de fraturas de metatarsianos, de um ou mais de um associados, foram em número de 28, sendo que 5 deles resultou incapacidade permanente, 3 de fraturas subcutâneas e 2 de expostas, todos por ancilose tarsometatarsiana e marcha dolorosa por aparelho de gesso, imobilizando desde os dedos até a parte superior da perna. O resultado final nas fraturas do metatarso, depende da localização do traço de fratura; se é diafisário, embora sua redução não seja muito satisfatória, o prognóstico, com imobilização simples é sempre bom, mas, se é juxta-epifisário ou intraarticular há quasi sempre deslocamento, a redução é precária e então pode resultar ancilose com marcha dolorosa, durante muitos meses, porém, embora lentamente, com tendência á cura completa. As fraturas expostas dos metatarsianos não evoluiram de modo diverso das subcutâneas sob o ponto de vista das indenizações, portanto como fator determinante de incapacidade permanente. Dos 10 casos, 2 receberam indenização, por consequente ancilose, sendo que num dêles a fratura, era simultânea de 1.°, 2.°, 3.° e 4.° metatarsianos. A orientação terapêutica nas fraturas expostas está sis-

tematizada e os resultados obtidos são visivelmente melhores do que com outros anteriores tratamentos. O tratamento se institue com se fora doente de urgência, no mínimo prazo de tempo após o acidente. Lavagem da pele com água e sabão em redor da ferida. Sob anestesia geral, limpeza mecânica minuciosa do foco, extração dos mínimos corpos estranhos, ressecção parcimoniosa dos tecidos contundidos e cuidadosa dos fragmentos ósseos despreendidos do ósso. Redução do foco de fratura, nenhum material estranho de síntese e então variamos o modo de proceder na sutura ou não da pele.

No caso concreto dos metatarsianos, a limpeza mecânica instrumental do foco de fratura é acessível e em regra geral pode ser completa, porisso a aproximação dos planos superficiais, depende do estado da pele. Se a sutura pode ser feita sem tensão da pele, é boa norma, caso contrário deixamos amplamente aberta, sem nenhum ponto de aproximação. Em seguida imobilizamos em gesso fechado todo pé até a parte superior da perna, que só é retirado na fase final do tratamento, com ferida práticamente cicatrizada.

O uso da penicilina associada à sulfadiazina, diminuiu muito, senão totalmente as eventuais complicações do foco de fratura e tem permitido quasi como norma uma evolução silenciosa e sem infecção, a ponto de nos encorajar a uma tal sistematização no conjunto geral das fraturas expostas, com indicação muito mais ampla da sutura da pele. Dentre os indenizados, figuram 2 acidentados de fratura do calcânio, dos 5 casos que estão no computo geral. Todos os cinco foram de fraturas do 3.° grau, tratados por redução ortopédica e num apenas foi praticado o alongamento do tendão de Aquiles, que tracionava a tuberosidade posterior e impedia o engrenamento dos fragmentos; este caso e um outro de fratura cominutiva, foram indenizados por marcha dolorosa e claudicante, com alargamento da região calcaneana e dor à pressão. Esses resultados são previsíveis, porque não se conseguindo com a pressão bilateral enérgica do calcâneo, com instrumental ou não, refazer o mais próximo do normal a forma exterior do ósso, o apoio na marcha permanecerá doloroso. A redução feita de imediato, após o acidente é muito mais fácil do que horas depois

Um dos nossos casos, de aspecto radiográfico grave, pe-

QUADRO N.º 6

Incapacidades permanentes e respectivas indenizações

SÉDE	INCAPACIDADES	Indicações correspondentes	TOTAL	Perentagem sobre o total	Valor médio das indenizações
PÉ DIREITO	Edema crônico. Perda de flexão dorsal e plantar dos 2.º e 3.º pododactilos.	Cr$ 3.087,80	9	0,27% sobre o número de lesões do pé.	Cr$ 1.167,70
	Fratura exposta da 2.ª falange do 2.º pododactilo. Perda da flexão dorsal e plantar.	Cr$ 1.166,40			
	Desarticulação dos 4.º e 5.º pododactilos, por esmagamento.	Cr$ 691,20			
	Desarticulação da 1.ª falange do 1.º pododactilo, por fratura exposta.	Cr$ 1.447.20			
	Fratura dos 2.º e 3.º metatarsianos. Claudicação	Cr$ 1.441,80			
	Desarticulação do 5.º pododactilo, por esmagamento.	Cr$ 666,00			
	Fratura exposta do 1.º metatarsiano. Claudicação. Marcha dolorosa.	Cr$ 2.424,60			
	Ferida incisa infectada dos 2.º e 3.º pododactilos Perda da flexão plantar do 3.º pododactilo.	Cr$ 901,80			
PÉ ESQUERDO	Fratura exposta do 1.º metatarsiano.	Cr$ 1.803,60	15	0,46% sobre o número total das lesões do pé.	
	Imobiildade do 2.º pododactilo em extensão.	Cr$ 615,60			
	Esmagamento da 2.ª falange do 1.º pododactilo	Cr$ 685,80			
	Perda das 2 últimas falanges do 2.º pododactilo	Cr$ 1.107,00			
	Desarticulação do 5.º pododactilo por esmagamento	Cr$ 1.215,90			
	Ancilose do 1.º pododactilo, em extensão	Cr$ 1.009,80			
	Fratura exposta do 1.º metatarsiano	Cr$ 945,00			
	Fratura do calcâneo	Cr$ 2.840,40			
	Esmagamento da 1.ª falange do 1.º pododactilo. Perda	Cr$ 907,20			
	Fratura do calcâneo	Cr$ 1.341,40			
	Esmagamento da 2.ª falange do 1.º pododactilo	Cr$ 869,40			
	Desarticulação do 3.º pododactilo por esmagamento	Cr$ 723,60			
	Ancilose dos 1.º, 2.º 3.º e 4.º metatarsianos, por fratura exposta.	Cr$ 1.053,00			
	Amputação traumatica dos 2.º, 3.º e 4.º pododactilos.	Cr$ 371,00			
	Desarticulação do 2.º pododactilo, por esmagamento	Cr$ 556,20			
	Desarticulação do 2.º pododactilo, por fratura cominutiva.	Cr$ 462,40			
Região tibiotarsica direita	Entorse: Artrite crônica astrágalo-calcâneana, com leve claudicação do membro inferior.	Cr$ 2.224,80	2	0,75% sobre o total das lesões da região.	Cr$ 3.286,00
	Luxação. Ancilose.	Cr$ 1.368,00			
Região tibiotarsica esquerda	Fratura do maleolo externo.: Luxação exposta. Amputação da perna no terço superior.	Cr$ 6.264,00	1	0,37% sobre o total das lesões da região.	

lo esmagamento do calcâneo, reduzido de imediato, acarretou um resultado final sem indenização. Todos tiveram suas lesões por queda em pé, de grande altura, tendo tido um deles fratura concomitante da 2.ª vertebra lombar. Como eventualidades consideradas mais raras, figuram neste total de acidentados, uma fratura do escafóide e 2 casos de fratura do astrágalo, com fragmentos sem desvio; tratados pela imobilização simples, tiveram resultados funcionais perfeitos. No tornozelo, mais frequentes foram as entorses tibio-tarsicas — 135 casos, em número quasi igual à direita ou esquerda em relação apenas 14 fraturas maleolares. A radiografia é sistemática para completar o diagnóstico, afim de evitar a tardia percepção de uma fratura maleolar. Após várias tentativas terapêuticas, fazemos atualmente nas entorses, imobilização estrícta sob gesso para repouso absoluto da articulação. Temos o mesmo critério para as entorses do pé, tendo encurtado sobremaneira a duração do tratamento e portanto a possibilidade de retorno mais rápido ao trabalho. Com o diagnóstico de entorse, apenas um acidentado recebeu indenização por ter evoluido em consequência ossificação para articulares astragalocalcaneanas, que determinaram ligeira claudicação. Na relação dos 14 fraturados do tornozelo, um caso de fratura luxação exposta infectada, com tratamento inicial mal conduzido, chegado tardiamento, foi amputado no terço superior da perna e uma fratura bimaleolar com luxação posterior do pé, foi indenizada, por marcha dolorosa e claudicante devido à incompleta redução da diástese da pinça maleolar. A falta de redução perfeita nas fraturas e nas fraturas luxações do tornozelo, principalmente, do desvio do eixo tibio-astragaliano constitue a causa mais comum dos resultados incompletos. A redução pode se modificar sob o gesso de imobilização, porisso a radiografia é indispensável alguns dias após para controle e eventual nova redução. A raquianestesia, pelo grande relaxamento muscular que provoca, facilita muito a redução dos casos mais complexos e sempre a utilizamos, dado o grave prejuízo funcional que acarreta esse tipo de fratura, quando mal reduzido.

Em resumo, este estudo estatístico, de um serviço cirúrgico para acidentes de trabalho, mostra que as lesões traumáticas do pé e tornozelo, representam apenas 15,3% do total, num período de 2 anos, no número de 23.000 acidentados, pro-

venientes dos mais variados gêneros de trabalho (indústrias de fiação, tecelagem metalúrgicas, serrarias, marcenarias, construções civis, estradas de rodagem, carregamentos, transportes, etc.). A grande maioria, portadora de lesões das partes moles — 14,3% do total, constituindo os portadores de lesões osteo-articulares uma percentagem relativamente pequena 1%, com número absoluto e relativo, muito pequeno de fraturas e luxações — 2,48% e 32,6%.

A preocupação máxima num serviço de acidentados, aliás como de todos os traumatizados, é a volta ao trabalho, no mais breve prazo de tempo e a recuperação integral da função.

O tratamento cirúrgico ativo das lesões das partes moles com o repouso do pé, pela imobilização gessada, evita com eficiência a infecção, fator maior do tratamento prolongado e dos resultados imperfeitos. O uso sistemático das sulfamidas por ingestão ou injeção associado ou não à penicilina, é fator importante no sucesso do tratamento.

A mesma orientação terapêutica nas feridas infectadas, abrevia o tempo e melhora os resultados finais. Com esta terapêutica, nenhum acidentado ficou com incapacidade permanente nem teve maior complicação num tempo médio razoável de tratamento, considerando-se as condições peculiares do acidentado, isto é, só volta ao trabalho quando se sente perfeitamente apto, independente da cura clínica.

As lesões osteoarticulares dos pododactilos representaram a maior parte — 17 acidentados dos 27 que terminaram o tratamento com incapacidade permanente, resultado que consideramos não prejudicar a norma de orientação conservadora nas diferentes lesões traumáticas dos dedos do pé.

As fraturas do tornozelo, tarso e metatarso, deram motivo à indenização por incapacidade permanente nos 10 casos restantes.

O mais grave deve ser excluído: fratura luxação exposta infectada, tardiamente atendida, fóra das normas legais do acidente de trabalho e que necessitou ser amputado.

Este resultado corrobora a importância duma conduta terapêutica orientada, capaz de excluir infecções deste tipo. Os outros 8 casos, foram indenizados para não prolongar demasiado o período de tratamento.

A revisão pessoal posterior verificou que apenas um fraturado do calcâneo, permaneceu com claudicação dolorosa, os outros nada mais apresentavam de prejuízo funcional, tendo voltado ao mesmo ramo de trabalho anterior.

Apresentamos um quadro das indenizações recebidas pelos acidentados e respectivas incapacidades: (Quadro n.º 6).

A nossa legislação de acidentes de trabalho se nos apresenta absolutamente falha em vários pontos essenciais, principalmente sob o ponto de vista social. Sem entrar em detalhes e pormenores de caráter administrativo, examinemos o que sucede a um acidentado comum, tendo por fatos objetivos apenas os que se nos deparam neste estudo. Quando se dá o acidente, a Companhia Seguradora, deve receber a comunicação dentro de 24 horas, caso contrário ela pode se desobrigar do tratamento; o acidentado após a notificação é então entregue ao Serviço Médico da Companhia:

O médico da Cia. procede ao tratamento de acôrdo com a sua própria orientação, o qual terminado envia o acidentado de retorno à Companhia, que providencia sua volta ao trabalho. Porém, se em consequência do acidente, perdura incapacidade ou o acidentado reclama do seu estado, é êle examinado por médicos legistas, que estabelecem a sua indenização ou averiguam de acordo com seu critério pessoal, a procedência das queixas. Recebida a indenização estipulada, em dinheiro, por uma tabela já preestabelecida, está terminado o processo do acidente. Se decorre do acidente, uma lesão capaz de acarretar a permanência de algum tratamento, por ex.: lesão da uretra em fratura da bacia, osteite fistulisada post-fratura exposta, etc., durante um ano, o acidentado deve estar sob tratamento e depois recebe a indenização e perde qualquer direito legal sobre o acidente. Porém, se no decurso deste tempo o médico julga as lesões de caráter definitivo, estabelece-se o processo final de indenização. Ora, não é lógico este procedimento que a lei determina. O julgamento do estado definitivo da incapacidade é absurdo, pois, são imensas as lesões que à medida que se passam os meses, têm tendência à volta integral das funções, mas que no entanto ao tempo do exame para indenização, mostra uma deficiência funcional muito grande.

Por outro lado, nem o acidentado, nem a Companhia, que-

rem esperar êsses meses que não requerem tratamento algum, na expectativa da melhora. Nêste interim, nem o médico, nem a Companhia, nem o acidentado, podem indicar ao empregador a utilização dos serviços do acidentado, de modo compatível com o seu estado físico, até a volta ao normal. Resultado, recebe o acidentado uma indenização e conforme verificamos em nossa revisão pessoal e isto pode ser repetido um número sem conta de vezes, alguns meses depois, nada mais se percebe do acidente. Contudo, mais sério nos parece quando a lesão é mutilante como no caso da amputação da perna.

Sucede o mesmo, terminado o tratamento, recebe o acidentado a indenização que vem mais rápida porque uma amputação cura mais depressa, e nada mais se faz de legal pelo acidentado, o que é uma injustiça flagrante.

A solução seria estabelecer o sistema de revisão periódica dos incapacitados no trabalho, por uma junta central especializada, com o pagamento sob fórma de renda mensal que aumentava ou decrescia conforme aumentasse a incapacidade, é o caso por exemplo das fraturas da coluna vertebral, capazes de determinar graves deficits funcionais remotos e quase nulos, logo após o tratamento, ou então diminuisse a renda, à medida que a incapacidade para o trabalho fosse desaparecendo. Ainda mais, esta Junta estaria apta para aconselhar o tipo de trabalho compatível com o estado do acidentado, em conhecimento de causa e na medida de sua possibilidade, e desapareceria o julgamento abstruso feito por médicos legistas não técnicos, nem convenientemente preparados na especialidade. Além disto esta Junta poderia ter uma visão conjunta dos resultados dos tratamentos, teria autoridade para aconselhar melhores normas de conduta terapêutica, bem como determinar às Companhias de Seguro, serviço técnico especializado ao tempo em que garantem ao acidentado maior segurança de tratamento e mais justo apoio aos incapacitados pelo trabalho. Não há dificuldade alguma em tomar medidas desta ordem; alguns países tem este tipo de instituição e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia pode muito bem opinar sobre tal assunto tão intimamente liagdo à prática da Traumatologia.

PENICILINA E OSTEOMIELITE AGUDA HEMATÓGENA

Ao Congresso de Ortopedia e Traumatologia de 1944 fomos os relatores do tema "Tratamento da Osteomielite aguda".[1] Por este tempo, entre nós, a penicilina era utilizada com parcimônia, devido à dificuldade de sua obtenção, e porisso nenhuma referência fizemos no texto do relatório quando à ação deste medicamento na evolução clínica da osteomielite aguda. Libertado o seu comércio, os trabalhos ingleses e norte-americanos, principalmente, surgiram numerosos desde fins de 1943, assinalando a sua composição, modo de usar, vias de introdução, doses medicamentos úteis, os seus efeitos na várias infecções e sua ação sôbre os germens.

Nenhum destes aspectos, bem como seus possíveis efeitos nas infecções em geral pretendemos abordar, mas apenas referir a ação da penicilina como terapêutica da osteomielite aguda, tal como fizemos em nosso trabalho anterior sôbre os vários métodos de tratamento.

Apesar do grande número de trabalhos sôbre a penicilina, publicados neste período, muito pouco são os que se referem particularmente à sua ação sobre a osteomielite aguda. Encontram-se citações abreviadas em trabalhos gerais, porém sem detalhes capazes de elucidar os seus reais efeitos.

Para a observação ser útil, é necessário o conhecimento exato da evolução da osteomielite aguda e nela se distinguir os dois fatores principais: a infecção geral septicêmica ou bacteriêmica e a localização no esqueleto. A primeira fase, a de invasão sanguínea, pode ser predominante e se estabelecer sob fórma de septicemia, mal esboçando sinais de infecção esquelética, e neste período ser mortal. Por vezes esta forma é de evolução tão rápida que nenhum tratamento chega a pleno do-

(*) Apresentado ao VII Congresso de Ortopedia e Traumatologia — 1946 — Rio.

mínio da infecção, porém o frequente é a forma bacteriêmica fugaz ou transitória quase sem sinais clínicos, ou persistente e mais duradoura, comprovada por hemoculturas positivas, influenciando com preponderância a evolução clínica, ao mesmo tempo que a localização esquelética se define e apresenta os próprios característicos da afecção.

A análise da ação da penicilina deve apreciar estes dois fatores, a sua influência sôbre a infecção geral e o seu efeito sôbre o fóco osteomielítico. Ora, procuramos evidenciar em nosso trabalho (1) que nem sempre há relação direta entre um e outro fatos clínicos e é encontradiço uma evidente infecção inicial muito grave, com aspecto hipertóxico, corresponder a uma localização óssea limitada, sem tendência destrutiva, como também o oposto, uma ligeira alteração do estado geral instalar um fóco de infecção óssea de tendência extensiva e destrutiva.

Algumas esparsas publicações que referem a penicilina na osteomielite aguda não levam em consideração estes aspectos e não especificam os efeitos, invalidando assim a apreciação dos resultados.

A técnica de administração da penicilina é por injeções intramusculares, geralmente, ou intravenosas, com intervalos de 3 **horas ou mais próximos, na dose de 10.000 a 25.000 Unidades** Oxford, conforme a evolução clínica, parecendo-nos da maior importância e interesse a noção da continuidade em dias, sem interrupção, independente do número de unidades, não inferior a 8 a -0 dias ininterruptos. Alguns autores norte-americanos falam em instilação intravenosa continua, mas acreditamos não haver vantagem nesta modalidade de administração, assim como pode provocar flebites irritivas.

Durante estes 24 meses, com a nossa atenção voltada para a possível modificação que pudesse acarretar a penicilina, à evolução expontânea da osteomielite aguda, administrámos em 10 casos esta terapêutica associada à imobilização gessada. Os nossos resultados são muito semelhantes aos observados por **Altemeier** (3) em 34 casos, descritos em trabalho detalhado e muito bem observado.

A influência sôbre a infecção geral é, sempre benéfica em todos os casos, fazendo diminuir a intensidade dos fenômenos

clínicos da infecção, muito rapidamente, em dois a três dias e algumas vezes de modo espetacular, com declínio da febre em lise. Os doentes conservam a palidez, mas a inapetência desaparece, de modo que o estado geral quase não é modificado. O quadro clássico de intensa toxidez, febre alta, delírio e grande palidez se modifica prontamente após 24 a 48 horas da administração da penicilina.

No entanto, a forma septicêmica hipertóxica, de evolução fulminante, na qual a localização mal se esboça, como observou **Altemier** (3), pode não se influenciar com a penicilina. Neste decorrer uma observação nossa deste gênero conduziu, em 72 horas, ao êxito letal, apesar do uso da penicilina desde após as primeiras 24 horas.

Porém, o fator de observação de interesse maior, é o foco osteomielítico, que constitue a própria afecção e tantas vezes é de difícil tratamento e grave prognóstico.

A penicilina tem efeito extraordinário sobre o foco ósseo, quando administrada na fase inicial da infecção, antes da formação do abcesso sub-perióstico, portanto nas 72 horas iniciais.

Pode impedir a ofrmação do abcesso sub-perióstico e evita a extensiva destruição do osso. Este momento oportuno se perde, infelizmente, por falta de diagnóstico precoce, os doentes sendo vistos em geral numa fase mais avançada da localização óssea, daí o pequeno número de observações no estado, inicial da infecção.

Três observações nossas confirmam esta possibilidade. Um menino de 12 anos, com febre muito elevada e estado geral muito gravemente atingido, há 24 horas, por se queixar vagamente da coxa esquerda foi por nós examinado. Com o diagnóstico de forma grave de osteomielite aguda da extremidade inferior do fêmur, instituimos como tratamento, desde logo, penicilina de 20.000 U. em injeção intramuscular de 3 em 3 horas. Radiografamos e imobilizamos em gesso. Dois dias após a febre baixou, a dor desapareceu, o estado geral melhorou mas apesar disso continuamos a penicilina durante 10 dias. Um mês após, como tudo estivesse bem, ainda com o gesso radiografamos novamente; à radiografia dificilmente se percebeu ligeiro deslocamento perióstico, mas a palpação, indolor, nota-

mos aumento de volume no terço inferior do fêmur. Continuamos a imobilização, com receio de recrudescência, por mais 45 dias. Durante este tempo, o estado geral era ótimo embora se conservasse um ligeiro estado sub-febril principalmente nos dias em que o menino mais se agitava. Sem gesso, continuou o repouso e uma nova radiografia nos fez duvidar do diagnóstico, tal o mínimo de lesões visíveis. Após 90 dias teve liberdade de caminhar e 6 meses após outra radiografia nos apontou lesões evidentes do osso, então marchetado de focos de rarefação em seu terço inferior. Ao exame, uma ligeira atrofia muscular, mas sem haver dor como que confirmou o diagnóstico e mostrou a extensão do processo de infecção, realmente abortado e dominado em sua evolução.

Outra observação, por um detalhe clínico, se mostrou curiosa. Uma menina de 10 anos, por estar com fébre alta, há 3 dias, e grave estado geral, o clínico sem predeterminar a causa, medicou-a com penicilina (20.000 U. de 3 em 3 horas, por injeções intramusculares) durante 8 dias, atingindo 1.200.000 U. Oxford. As queixas dolorosas acima do joelho direito, um ligeiro aumento de volume e a conservação do joelho em semi-flexão fizeram suspeitar de osteomielite aguda. O desaparecimento dos fenômenos gerais e das dores localizadas, mas a persistência da posição viciosa indicaram a radiografia, que confirmou o diagnóstico. Foi quando vimos a doentinha, para corrigir a posição do joelho, que se fez facilmente por imobilização gessada. As radiografias tiradas por intervalos mostram as modificações ósseas irregulares, pequenos descolamentos do periósteo, a denunciar, como se fôra um fóco osteomielítico em plena involução. Num intervalo de quatro meses a integridade funcional é completa.

Dois pormenores são a notar nesta observação: a penicilina utilizada desde o início da infecção geral, sem diagnóstico preciso, mas com técnica correta, evitou uma forma grave de osteomielite aguda do fêmur, como demonstram as radiografias; a falta de imobilização gessada, apesar da forma abrandada da infecção óssea, fermitiu a constituição de uma posição viciosa do joelho, como a indicar a importância da imobilização associada à medicação.

Observamos um terceiro caso: uma criança de 6 meses, portadora de amigdalite crônica e pielite crônica, com persis-

tente presença de estafilococos, iniciou um processo infeccioso agudo, com febre alta e grande abatimento, tendo notado a mãe que, quando mexia na perna para mudar a roupa, a criança chorava. No terceiro dia da doença, verificamos um ligeiro aumento de volume do joelho direito, com dor nítida à palpação. Devido à presença persistente de estafilococos nas amigdalas e na urina, embora com um mínimo de sinais clínicos, fizemos penicilina, na dose de 10.000 U. durante 5 dias em injeções intramusculares, na presunção de se tratar de osteomielite aguda. A melhora do estado geral e o desaparecimento da febre alta notou-se em 48 horas; no entanto, apesar da falta de sinais inflamatórios, o joelho tinha tendência a permanecer em semi-flexão e a criança reclamava aos movimentos, havendo um ligeiro estado sub-febril. Imobilizamos em gesso por 20 dias e insistimos na penicilina, nova série com a duração de 8 dias na mesma dose. As radiografias mostram a evolução do processo ósseo e o completo domínio da infecção, tendo retorno integral da função.

Altemeier (3) refere-se a dois casos idênticos em suas observações, nos quais a penicilina pode ser usada nos 2 a 3 dias primeiros do início da infecção e o domínio foi também do mesmo modo completo, trausmutando totalmente o quadro focal osteomielitico agudo.

Num caso sucedeu-nos o que asinalou **Altemeier** em 3 observações: "In additional 3 cases with typical symptoms and signs of acute osteomylitis were not inclued in the report since it was impossible to prove the diagnosis, in the absence of roentgenographic findings".

Um menino de 14 anos, no quarto dia de uma infecção grave, tinha todos os sinais evidentes de osteomielite aguda da extremidade superior de fêmur esquerdo. Fizemos então penicilina por 10 dias, com desaparecimento total de todos os sinais locais e gerais. Radiografia antes e outras após 20 dias nada assinalaram, a ponto de nos pôr em dúvida do diagnóstico por falta de confirmação radiográfica.

A influência da penicilina sobre o foco osteomielitico não é a mesma, desde que se haja passado alguns dias do início da infecção. Se a penicilina é administrada quando a infecção já se localizou no esqueleto, muito pouco se modifica o quadro evo-

lutivo local descrito por nós, em nosso relatório, embora nos tenha dado a impressão geral que os fenômenos supurativos se abrandam. Torna-se difícil uma apreciação exata, porque o foco osteomielítico não evolve sempre com a mesma intensidade destrutiva óssea, sendo frequente graves infecções gerais corresponderem a focos ósseos mínimos, e ao contrário, uma infecção geral abrandada, de aparência benigna, faz uma localização óssea extensamente destrutiva.

Iniciada a terapêutica pela penicilina, seja por falta de diagnóstico, seja tardiamente, quando a localização óssea é manifesta, é difícil interpretar a benignidade local pela ação exclusiva da medicação. Os nossos observados fazem crer que sua ação é quase nula quando a localização óssea está instalada, embora dominando a intensidade dos fenômenos clínicos gerais, não impede a formação dos sequestros, portanto não evita a possível cronicidade do processo.

Observações deste tipo são muito fáceis de se verificar, porque, infelizmente, o maior número de doentes de osteomie- aguda, só vemos após alguns dias de evolução clínica, casos em que a penicilina é apenas meio terapêutico, auxiliar.

As radiografias mostram a evolução de um caso de osteomielite aguda do fêmur, extremidade inferior, que terminou com sequestrostomia e cujo decorrer não foi em nada impedido pela penicilina, associada a doses intensas de sulfadiazina com imobilização gessada.

Este mesmo aspecto evolutivo se repetiu em todos os outros casos que observamos, desde que a penicilina se utilizou com o fóco osteomielítico em franca evolução. As nossas observações permitem afirmar que a penicilina é medicação de excepcional valor, capaz de impedir a evolução expontânea do fóco osteomielítico, quando administrada em dosagem acertada, na fase inicial da infecção.

O seu efeito sobre a infecção geral é sempre favorável, podendo ser eficaz e rápida no início da infecção.

A penicilina não age, ou seus efeitos são pouco evidentes, se a sua administração é feita após a localização esquelética, na fase de formação do abcesso sub-perióstico, ou posteriormente, podendo influir favoravelmente em alguns casos, mas incapaz de impedir a formação dos sequestros.

Apesar do uso da penicilina, a imobilização gessada deve ser considerada como indispensável no tratamento da osteomielite aguda.

BIBLIOGRAFIA

1) — ABREU, M. — "Tratamento da osteomielite aguda hematógena" — Anais Paul. de Med. e Cir., vol. L, 1945; 4:309-342 e 5:409-447.
2) — ALLENDE, C. I. — "enicilinoterapia en la osteomielitis" — Bol. y Trab. A Acad. Arg. de Cir., t. 29, 1945, n.° 10, pág. 417.
3) — ALTEMEIER, W. A., e HELMSWORTH, J.A. — "Penicillin therapy in acute osteomyelitis" — Surg. Gyn. and. Obst., 81:138-157, 1945.
4) — ALTEMEIER, W. A. — "Inactivation of Penicillin by various negative bactérias" — Surg. Gyn. and Obst., 81:379-383, 1945.
5) — BAER, J. S. — "The use of Penicillin in the Navy" — Jour. Bone and Joint Surg. XXVI, 380-386, 1944.
6) — BLOOMFIELD, A. L. — "The clinical use of Penicillin" — Jour. Am. Med. Ass., 124:627, 1944.
7) — DAWSON, H.M., E HOBBY, G.S. — "The clinical use of Penicillin — OBs. in 100 cases" — Joud. Am. Med. Ass., 134:611, 1944.
8) — ERICKSEN, Ch. — "Staphylococcus Albus osteomyelitis and septicemia treated with Penicillin" — Jour. Am. Med. Ass., 124:1043, 1944.
9) — FERRER, J.M., — "The role of Penicillin in the menagement of infection" — Jour. Bone and Jont Surg., 26:522-531, 1944.
10) — GLASSER, S. T., HERRLING JR., J., E VOLLOCK, B. — "Intra-arterial injection of Penicillin for infections of the extremities" — Jour. Am. Med. Ass., 128a:196-802, 1945.
11) — LYONS, Ch. — "Penicillin Therapy of Surgical Infections in the U. S. Army" — Jour. Am. Med. Ass., 123:1007, 1943.
12) — SARAIVA, E.C. — "Osteomielitis del fêmur. Resultados de la penicilinoterapia" — Bol. y Trab. Acad. Arg. Cir., t. 29, 1945, n.° 9, pág. 404.

Discurso do Prof. Mário Braga de Abreu ao paraninfar a turma de Médicos da Fac. de Medicina do Paraná em 16 de dezembro de 1947.

Passaram-se dez anos quando, pela primeira vez, nos vimos neste posto, sobremodo honroso. Por aquela feita, pouco nos afastávamos em anos da mocidade e no entusiasmo, nosso e dos que nos haviam convidado, pelas coisas de cultura, atribuímos a honraria.

Mais poucos anos e de novo fomos distinguindos para pronunciar o discurso em idêntica solenidade, e então o entendemos como gesto de compreensão mútua, pois à quele tempo já consolidávamos objetivos. Pouco inclinado a palavras de puro efeito momentâneo, nem sempre indicativas de idéias e sentimentos sedimentados, formulamos, além, a necessidade, valor e significação da pesquisa pura e suas repercurssões para a nação e a humanidade, e mais tarde, noutra oportunidade, sentimos o momento azado, como de nossa própria falta, de indicar o sentido individual e coletivo para o profissional, de uma formação intelectual humanística, concatenada e metódica, de caráter compreensivo universal.

Neste decurso amadureceu a nossa visão panorâmica dos fatos, e, embora na mesma linha de subjetivação, prendemo-nos mais à realização dos objetivos da cultura. Seria tangenciar a realidade, a qual nos vemos forçados a encarar, não examinarmos juntos, caros amigos, alguns aspectos mais chegados e inerentes à nossa profissão, nas suas fontes, aparentemente longínquas, mas de fato precípuas e essenciais.

Vivemos uma época das mais críticas e difíceis para a civilização cristã. Num mundo conturbado e recém-saído duma guerra, cataclísmica em sua força de destruição material, social e moral, conseqüência direta da evolução econômico-social, neste

século mais viva e ebulitivamente incrementada, análises imparciais e críticas meditadas, para um possível julgamento, são úteis, necessárias e mesmo indispensáveis.

Nenhum profissional, maximé em países novos com predomínio de ações reflexas, mais se ressente do que os médicos, do primarismo das organiações, da incompreensão, por parte dos homens públicos, dos problemas essenciais, do impatriotismo nas realizações públicas, do desconhecimento do sofrimento alheio, do desapêgo às organiações de interêsse coletivo e do nenhum cultivo do sentimento de fazer bem ao próximo.

Não eram fatos muito evidentes no periodo áureo da civilização material no século XIX, porque as classes mais abastadas, principalmente nos países que constituiram maiores riquezas, por força de transbordamento por excesso, de provocação de orgulho e de amor próprio e inclusive, com apôio em normas rígidas de uma educação severa, deram tal impulso às suas instituições que obrigaram os poderes públicos a seguí-los, acompanhá-los e, em algumas circunstâncias, dirigí-los para maior eficiência.

A generalização deste procedimento, agindo a norma de vida individual diretamente nas ações do homem público, acabou por determinar como dever do Estado, o que antes era pura obrigação moral ou determinação da educação espiritual.

Com o surgimento do acúmulo das riquezas, do espírito da economia do lucro e da reserva, em contraposição à da abastança e desperdício senhoriais, quando se quebrava a unidade espiritual no mundo de então, apareceu o tipo burguês que, no dizer de Sombart, é antes um tipo humano, do que o representante duma classe social.

O evoluir ininterrupto destes fundamentos econômicos atingiu os primórdios do século XX, e junto ao homem, cujo objetivo era cada vez mais enriquecer, educavam-se e apuravam-se as virtudes necessárias à realização do êxito.

Esta burguesia, cônscia de sua própria força, criou, construiu e desenvolveu o senso econômico dominante e as realizações materiais hodiernas, que constituem a própria civilização atual.

A sociedade foi se alongando em partes e confeccionando interêsses agrupados, que se contrabalançavam ou se entrosa-

vam, ou se degladiavam, por fases ou épocas, que deram esta aparência de domínio pela força e de luta permanente.

Paralelo a este desenvolver fantástico da civilização material, numa progressão cada vez mais agigantada, que todos nós sentimos e pressentimos, como se fôra um impulso incomedido, a cultura espiritual foi suportando modificações que mais e mais se acentuaram nestes últimos decênios.

A burguesia que dominava, esquivando-se dos impecilhos que se antepunham aos seus projetos e execuções, aprimorava suas qualidades, e educava suas virtudes, em parte modeladas na aristocracia da época, em mór parte adquiridas numa obrigatória educação de costumes, por reação ao afrouxamento moral dos governantes.

Estas qualidades de energia individual, perseverança, domínio sobre si próprio, arrojo, prudência, bom-senso, aliadas ao amor do trabalho, empreendimento, sobriedade, passaram a constituir o padrão moral humano e a finalidade ideal. Com o progresso fácil e acessivel, mais se acentuaram os predicados pessoais, e mais se distinguiram as personalidades de requintes, no gosto do distinto e no apuro do melhor. Ao lado deste tipo, prudente e audacioso, sensato e ambicioso, cioso de si e de sua familia, acumulava-se a riqueza, excitava-se o orgulho e a vaidade, e descortinavam-se novos horizontes à difusão de várias correntes de cultura filosófica.

Ao tempo que se firmava a conceituação do progresso sempre crecente por excesso de riqueza, substituiu-se o uso sóbrio pelo abuso descomedido, e as qualidades de moderação foram subjugadas pelo gosto do luxo, a concupiscência, o desregramento, o egoismo e, a satisfação material, sob todas as suas formas, em vez de conseqüência natural do trabalho, passou a predominar sobre o aprimoramento espiritual.

O aperfeiçoamento intelectual sofreu influência decisiva nas suas diretrizes, e a técnica, aplicação prática de inúmeros conhecimentos, passou a ocupar lugar de destaque, senão o primeiro, dentre as cogitações humanas. De suas criações e descobertas pode **Spengler** asseverar: "O que ao princípio buscava o fervor ardente de São Bernardo; o que imaginavam Grünewald e Rembrandt em seus quadros; o que vislumbrava Bee-

thoven nos longínquos sons de seus últimos quartetos, isso mesmo é o que reaparece na embriaguês perespiritualizada desta série de descobertas".

O mundo e as sociedades, em fase progressiva de prosperidade, procuram usufruir do bem-estar e conforto como máxima preocupação, enquanto mais e mais se acentuam as concentrações urbanas e se entrechocam as massas, mais em contacto com os objetivos imediatos da vida. "O que antes se houvera considerado como um benefício da sorte, que inspira humilde gratidão para com o destino, se converteu em um direito que não se agradece, senão que se exige" **(Ortega y Gasset).**

As atividades humanas perdem, nesta evolução secularmente lenta, em sua fase inicial, porém vertiginosa nestas últimas décadas, seu carater individual, de qualidade, para se projetarem muito mais acentuadamente no sentido de extensão e horizontalidade do que, de profundidade e verticalidade.

Os pensamentos se excusam das causas para cogitarem dos efeitos, só as ações impressionam, só se admiram o monumental e o enorme, é a civilização do número.

Mais domina a técnica, mais se concretizam os aspectos desta imensa civilização material, tanto mais surgem os contrastes sociais, com seu cortejo de desajustamento e sofrimentos individuais, coletivos e nacionais.

Conseguiu o homem, domínio até então insuperado sobre a ciência, permitindo ampla aplicação de seus princípios, mas sem poder ainda assegurar o bem-estar comum, e por uma destas aberrações chocantes, sente-se fugir ou conturbar-se os antigos padrões morais dirigentes das condutas humanas em seu elevado significado de solidariedade e amor ao próximo.

A burguesia surgiu numa época de grande renovação espiritual cristã, e foi tão intensa esta influência sobre os seus homens, que suas opções, dominadas embora pelo senso econômico, não deixavam de se guiar pelas regras exteriores de justiça e caridade cristãs, e assim orientado, um edificio social se construiu, que aliava esforços, boa-vontade e altruismo, a uma aquiescência lógica de mútua concessão, do acúmulo de riquezas, pela distribuição dos benefícios.

Nesta livre iniciativa se constituiram organizações, impul-

sionadas deste ideal, levantado, de suprir as falhas que eram flagrantes na ordem social, com empreendimentos que o tempo fixou, adaptou e tornou perenes, mesmo, se havendo modificado, a concepção de obrigação social.

A descristianização burguesa, compreendendo-se neste fato genérico, a diferença de atitude perante a própria vida, ao tempo em que surgiam mais agudos os problemas das coletividades, facilitou e favoreceu a dissociação de esforços, tornando mais profundas as causas de desconexão dos valores humanos.

O afrouxamento dos laços de solidariedade social, imposto em parte pela desorganização dos seus elementos e desespiritualização das massas, muito agravou, pela maior complexidade e número dos fatores criados pela técnica, o desequilíbrio, acrescido pela indiscutível inferioridade de nível intelectual e educação de sentimentos das classes dominantes.

As alterações conceituais do Estado, e a sua intromissão na economia privada, com todos os seus reclamos e necessidades, passou a exigir, também aquele, obrigações formais e virtuais de subordinar a seus próprios desígnios e interesses, o que era executado pelas corporações e instituições.

No nosso país, de lenta formação colonial, população escassa, pequeno contingente imigratório, instrução pouco espalhada, difíceis condições de trabalho, em quanto aproximavam os homens, não permitiam grande acúmulo de riquezas e não se formaram tão marcantes os característicos de classes e épocas evolutivas econômico sociais.

De feições refletidas, pelas transmutações de alhures, impregnados de aspectos originais, sofreram os nossos problemas grandes entraves, e irregulares encaminhamentos.

Estes fatores, e outros mais que uma análise detalhada facilmente evidenciaria, não nos permitiram ainda, não afirmamos solucionar, mas equacionar problemas fundamentais de influência essencial.

Doutro não sabemos que atinja, em importância e significação, ao da Universidade. É onde se afirmam tendências, se formam os profissionais, se aperfeiçôam os técnicos, se aprimora a elite intelectual, também onde se indicam caminhos, se entreabrem horizontes e se fazem inclinações, e mais ainda,

se educam a vontade, a inteligência e o raciocínio, pela prática, exemplo a aplicação.

As nossas Universidades surgiram recentemente, e ainda não receberam o cunho nacional de impregnação da terra, história e tradições, ao contrário de muitos outros países, onde surgiram nos primórdios da nação e muito influiram pela formação dos homens nos vários campos de atividade.

Nós nos criamos em país e nação e não criamos a nossa Universidade. O ensino superior, praticado em intistutos isolados, sem nenhum elo de ligação, e mais isolados ainda do resto do país pela exiguidade do número e enormes distâncias, não difundiu princípios diretores e não acompanhou o natural desenvolvimento. Muito longe ficou daquele ideal de **Newman,** que sendo do professor, impregna os discípulos: "Estou porém que haverá esta diferença entre um professor de Direito, de Medicina, de Geologia, ou de Economia Política, dentro da Universidade e fora dela; fora corre perigo que sua profissão o absorva, a ponto de estreitar-lhe o espírito e de dar aulas que nada mais serão do que aulas de um advogado, médico, geólogo ou economista; em quanto que, no seio de uma Universidade, saberá ao certo o lugar que lhe compete, a ele e à sua ciência; chegou a esta como que descendo de uma grande altura, de onde inspecionou o conjunto do saber... Conseqüentemente, ele trata de sua especialidade com espírito filosófico e com recursos que deve, não já a essa disciplina como tal, mas à sua educação universitária".

Os anos se sucediam e as soluções não se apresentavam, ou se faziam multiplicadas, porque os homens públicos não haviam tido formação uniforme, não se sentiram, durante o seu período de estudos, influenciados por idéias diretrizes capazes de os fazerem executores de um princípio, e orientados para compreender o alcance prático desta formação.

Enovelados e embaraçados em reformas escritas, que não se fundamentam em norteação clara, precisa e nacional, nunca pode o nosso ensino universitário, como devera ser, tomar contacto com o povo, e dele tornar um justo orgulho, como soe suceder em tanta parte, e nem abrangeu e nem agasalhou, por uma incompreensão estranha, o ensino e o aperfeiçoamento das atividades técnicas do homem.

O país desenvolvia-se, suas riquezas aumentavam, sua população crescia, e continuava o mesmo padrão de ensino superior, em dois ou três centros isolados e distantes.

A iniciativa privada tomou o encargo, com os meios ao seu alcance, muitas vezes precários, de difundir as possibilidades de ensino técnico superior. A administração pública ora cedia, ora exigia, mas sem programa, nem tampouco necessidade inadiável de organizar e fornecer recursos, não estabeleceu planos, e assim manteve as classes mais abastadas arredias e desconfiadas da eficiência e competência dos nossos institutos de ensino superior.

Estes, e outros motivos, impossibilitaram o natural entrosamento necessário, de compreensão dos poderes públicos e das elites intelectuais, para a formação e organização de um plano universitário que abrangesse o país, encarando os seus aspectos geográficos e de população, e compreendesse as suas múltiplas razões de existência.

Criaram-se por fim as nossas Universidades, com base em lei prefixada, aproveitando as escolas isoladas, federais, estaduais e livres, sem cunho nacional, mas, sem dúvida, representando um adiantamento e uma maior preocupação de organização.

Indica uma vitória da idéia universitária, e subentende um melhor norteamento e uma melhor aproximação de objetivos.

A disparidade de aspectos e a diversidade de formações, com disparatadas fontes de recursos, faz ainda permanecerem, as nossas Universidades, em níveis diferentes de desenvolvimento, e com finalidades incompletas, sem haver um padrão real, nem possibilidades amplas de ensino, como ainda a não se reconhecer os verdadeiros fins da formação técnico-superior.

Igual desprestígio suportou o problema hospitalar em sua racional, verdadeira e real finalidade, embora pareça à primeira vista a todos mais compreensivel.

Nunca foi possível no Brasil (como se vê em quase todos os países organizados neste setor, o hospital com o ensino médico, no sentido de dar àquele uma organização técnico-científica favorável à melhor e mais apurada formação dos médicos, como técnicos indispensáveis numa organização social.

Além disto, apesar de ser pensamento quase unânime, nuca se fez ao lado de uma carreira professoral um curriculum hospitalar, onde os postos de serviço vão sendo gradativamente ocupados, à medida que a experiência pessoal, os trabalhos próprios, e a competência adquirida permitem assumir maiores responsabilidades e habilitam a mistéres de mais ampla envergadura.

Esta organização hospitalar, e seu pessoal técnico, se tornariam, em seu significativo sentido, uma escola natural de aprendizagem cotidiana ,para todos, porque a maior e melhor experiência serviria de guia e modelo, sempre corrigida pelos fatos diários.

Mas os nossos hospitais foram instalados com outro espírito orientador, e só parceladamente, e quase sempre de modo incompleto, estes objetivos têm sido colimados.

De um modo geral, os nossos primeiros hospitais foram construidos nos centros maiores, por um grupo de elementos, com recursos materiais quase sempre dificilmente reunidos, alheados completamente dos governos, com intenções altruísticas de tratar os doentes pobres, em coincidência de época com a máxima florescência das grandes qualidades burguesas, no período das grandes realizações materiais e acúmulo de riquezas.

Guiados por um indiscutível espírito de solidariedade humana, haurido em regra de uma educação cristã, dominante nos homens representativos das elites, cercados de mil dificuldades, em razão do egoísmo, maledicência e incompreensão, tendo à frente não raramente médicos que melhor compreendem o seu alcance, surgiram alguns dos atuais estabelecimentos hospitalares.

Não tinham, e não podiam ter, porque fóra de sua alçada e compreensão, outra finalidade além da assistência aos doentes, de maneira econômica e não raro precária, por serem as suas despesas supridas por donativos expontâneos, e os seus patrimônios formados por heranças, daqueles homens cujas virtudes marcantes caracterizaram um período social.

Assim se estabeleceram os hospitais, espalhados conforme as possibilidades locais, com o auxílio moroso e deficiente da administração pública, que não considerava de sua própria atri-

buição e obrigação, a assistência ao doente de hospital geral, mesmo nos centros onde se ministrava o ensino médico e se fazia o estudo das clínicas.

O hospital foi, portanto, criação de livre iniciativa, em período de relativa abastança, de liberdade econômica, livre concorrência e contínua prosperidade, quando menos dificil era a reunião dos homens com tendências dominantes de caridade cristã.

Recebendo o influxo, e sofrendo o reflexo das modificações que se passavam nas sociedades estáveis ressentimos idênticas alterações sem termos, no entanto, consolidade as nossas realizações, ou mesmo conseguido estabilizar um programa de ação.

A rutura dos laços de solidariedade entre os homens, os encargos do Estado, suas múltiplas exigências e sua intromissão mais direta na economia privada, os reflexos sociais caracterizados pelo egoismo e ambição descomedidos de uns, e insatisfação e malquerença de outros, encontrou o organismo hospitalar deficiente e insuficiente.

Em flagrante desproporção com as necessidades imprescindiveis e o progresso dos empreendimentos, muito aquém de outras organizações extranhas, sentindo fugir cada vez mais o apôio das classes enriquecidas, cujo super-egoismo mais se intensifica, quando a reação devia ser oposta, os homens de Estado começam a sentir-se na obrigação de encaminhar a solução do problema, cuja importância não escapa aos menos observadores.

Nestes últimos anos, ficamos mais próximos da concretização, porque ultrapassamos o período da compreensão de sua necessidade.

Um hospital moderno não quer significar exclusivamente construção nova, nem tampouco luxuosa, porque hospital é principalmente organização e orientação técnico-científica. Um edifício velho pode ser um magnífico hospital, se a sua administração souber dar conforto e bem-estar aos doentes, seu pessoal técnico for apto e competente, tenha a sua disposição instrumental, este sim, moderno, que permita todas as explorações para um diagnóstico exato, todos os recursos para uma terapêutica acertada e positiva, quando possível, e todos os elementos complementares indispensáveis.

Se, para nós, no Brasil, é imprescindível construir, porque muito pouco temos, não se avalie a eficiência pelo monumental e o enorme, tão do gosto e apreciação do espírito quantitativo hodierno.

Não é preciso destruir o que existe, nem deixar extinguir-se, mas sim remodelar, ampliar, de acordo com um plano pré-estabelecido, fornecer os requisitos de um hospital, que nestes últimos anos, modificou e aperfeiçoou profundamente, assim como se ampliou o campo de ação da terapêutica. "As condições de ambiente em que deve atuar o cirurgião, diferem fundamentalmente das que se reconheciam como eficientes há dois ou três lustros. As instalações hospitalares, e a técnica das construções, se têm aperfeiçoado e estão em plena evolução, da mesma maneira ou em um ritmo mais acelerado ainda, do que atualmente se requer como exigência mínima das condições de residência" **(Ottolenghi).**

A construção pode e deve ser simples, de acordo com os nossos meios econômicos, mas que haja no seu interior eficiência e competência técnico-administrativa, para que o trabalho profissional do médico possa ser executado com o máximo de rendimento e as melhores oportunidades de êxito.

A organização hospitalar é realmente custosa e dispendiosa, mas nenhuma outra se equivale em nobreza e elevação

Escola de educação e instrução profissional e moral, o hospital nos aproxima do sofrimento humano em toda a sua plenitude, nos contagia da vontade de ser um pouco melhor, nos insinua uma inclinação mais benevolente para com os defeitos de outrem, nos ensina a melhor compreender as ações humanas, nos cochicha o improfícuo das nossas vaidades, nos diz das razões da solidariedade entre os homens, nos chama à realidade da vida e da morte, e nos conclama à igualdade dos homens diante do seu destino.

No hospital, aprendemos a técnica profissional e sentimos a beleza do ideal moral que **Carrel** sugestivamente nos indica: "A beleza moral deixa uma lembrança inesquecível, àquele que mesmo uma só vez a contemplou. Ela nos toca mais que a beleza da natureza ou da ciência. Ela dá ao que a possue um

poder estranho e inexplicável. Ela aumenta a força da inteligência. Ela estabelece a paz entre os homens".

A análise destes nossos problemas não nos parece muito distantes do fato real.

Ela indica um programa dos mais dignos de cooperação.

Compreendamos as suas razões, meditemos na sua realização, e atingiremos um ideal humano.

Discurso de instalação do VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Instala-se o VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia na cidade de Salvador da Bahia, sob a presidência do nosso companheiro de primeiras lutas, Benjamin Sales, competente e laborioso, distinto profissional e distinguido especialista, que num gesto baiano de firmeza, arrojo e amor à sua terra, aceitou o honroso cargo e pnoso encargos de organizar o Congresso de 1948.

Os membros da S. B. O. T. agradecem as gentilezas de que são alvos, e ficam muito mais vezes gratos, por se oferecer este anseio, por sem dúvida feliz, de conhecer ou para alguns rever a Bahia, esta região do Brasil tão sensível a todos os brasileiros, desde os nossos mais rudimentares conhecimentos, pelos seus fatos históricos e cultura de seus homens.

Não estamos nós, tão somente, por este objetivo, aqui reunidos, mas também por determinação dos propósitos formadores da sociedade, que impõem a difusão e incremento da especialidade, ao tempo em que estabelece o contacto pessoal, o conhecimento do meio, a aproximação de vontade com tendências idênticas e o intercâmbio de idéias entre os especialistas, Assim, já estivemos, no Recife e em Porto Alegre, temos estado em São Paulo e no Rio, estamos na Bahia e quem vos fala vem de Curitiba, no intento primacial, lento porém seguro e exato, de um plano cultural grandioso, de estreitar, vincular e unir as partes disseminadas e isoladas deste modo imenso que, para valer como tal, deve pensar e agir em uníssono, valorizar-se a si próprio e nivelar-se pelo alto.

Se bem atentarmos para estes propósitos, haveremos de notar, como ferem fundo os nossos problemas fundamentais de

cultura, e como, vão certamente de encontro aos anseios de todos nós.

Sem nenhum dúvida, uma Nação vale pelo padrão cultural dos seus técnicos, abrangendo todos os múltiplos ramos das atividades humanas, pois interdependem uma das outras e o progresso só é possível pela existência de um nível geral de compreensão e elevação.

Na disparidade de civilizações que o Brasil apresenta em seu conjunto, sem que se sinta o entrelaçamento necessário de formações culturais, e colocadas em posições materiais muito diferentes, torna-se a instrução técnica aperfeiçoada, difícil e até mesmo impossível.

Esta enorme diferenciação é compreensível no plano estricto do desenvolvimento material, pois regiões existem, é lógico, que têm uma produtividade natural e fácil, e outras, que oferecem menos êxito e maiores dificuldades, por seus fatores geográficos e mesológicos. Porém, não se compreende, não é crivel e não é justo, os elementos de cultura, na accepção de cultivo da inteligência, não serem igualados e acessíveis em determinadas regiões, a todos os que se inclinam ao estudo, para que se possibilitem pelo preparo técnico as realizações práticas, e os núcleos de instrução se equilibrem em instalações.

É forçoso reconhecer que nenhuma realização de cunho nacional se vislumbra neste setor, e em vez de se criar e uniformizar um ensino universitário, que seria este denominador, comum, estão os institutos de ensino técnico superior entregues aos seus próprios recursos, de díspares fontes e contesturas, sem meios de realizarem obra de real aproveitamento nacional.

Iniciado que fora, aqui mesmo na Bahia, os estudos médicos sob auspícios que fariam prever difusão ampla e orientação certa, a bem servir ao Brasil na formação de seus técnicos em Medicina, desde breve este impulso inicial estacionou. Nenhum programa nacional mais se estabeleceu, o desenvolvimento paulatino e livre das instituições, sem critérios básicos, se processou no rasto do evoluir do país, com dotações que mais dependiam de suas sédes do que de padrões necessariamente elevados.

O Brasil será dos únicos, dentre os países civilizados, que não cogitou da organização de seu ensino universitário, permanecendo este sem uma orientação definida, capaz no correr dos anos, de despertar vocações na pesquisa pura, assenhorar conhecimentos nos campos de aplicação prática e estabelecer doutrinas de norteamento. Sem estas diretrizes formaram-se os nossos administradores públicos, sem pensar, nem acreditar, na eficiência e influência do organismo universitário, e os institutos de ensino superior, isolados, não se aparelhavam para a finalidade comum de bem instruir técnicos.

Estes moldes perduraram, e o ensino superior foi sempre assunto de segundo plano, sem estabilização orgânica. Também não se supôs necessário e indispensável, como deverá ser, uma organização hospitalar conecta ao ensino médico, aquela se fazendo mais livre ainda, sem os minimos requisitos elementares, entregues aos seus próprios elementos e inclinações momentâneas. Aí está uma das razões maiores da produtividade diminuta, o desconhecimento de nós próprios, o material desperdiçado, o não aproveitamento real de nossas possibilidades, e o pouco incentivo para as realizações modernizadas e concretas, dificultadas sempre por impecilhos que malbaratam energias, dispersam vontades e impedem, por vezes, trabalho útil.

Esta conjunção, escola e hospital, e o das bibliotecas organizadas, se nos afiguram primaciais e essenciais, porque sem eles muito dificil era antigamente, e impossível é atualmente, o estudo e a pesquisa documentados e atualizados, com recursos que não sejam institucionais.

O laboratório, o hospital e a biblioteca são os nossos campos de atividade e de trabalho realmente produtivos, e da excelência destas organizações dependem, em boa parte, a qualidade da obra executada. O esforço individual, indispensável ao conjunto, se dispersa agindo isolado, e não consegue o fim colimado, pela complexidade dos problemas que exigem atenção mais particularizada e tirocínio mais especializado.

O nosso ensino de Medicina, não incorporado e alheiado de um ensino universitário, não creou visão conjunto de objetivos, nem formulou ideais humanos e nacionais. Sem espírito de pesquisa, não constitui o laboratório em seu amplo sentido de ministrar ensinamentos básicos, a fim de formar profissionais

e provocar vocações de pesquisadores, indispensáveis ao arcabouço científico creador e doutrinador. Não conectou os institutos de pesquisa ao seu plano de ensino, e não prestigiou os seus cientistas, como professores, estanque o quadro destes em normas rígidas de escolha, que nem sempre seleciona o mais capacitado, afasta muitas vezes os mais experientes e não aguça, nem incentiva o trabalho perseverante.

Não pensou em formar as suas bibilotecas, como se as conhece por muita parte, farta e abundante em livros e revistas, dispendiosa, mas extremamente útil e absolutamente necessária ao estudo, com organização acessível e incentivante. Não, como um departamento avelhantado e secundário, onde se procura o que não se acha, em horas certas e inconvenientes, de modo a ficar esquecida dos que querem estudar. Como órgão primário e essencial do organismo de ensino, o seu papel preponderante exige uma organização sempre modernizada, onde todos possam saber, o que por toda parte se escreve, possam ler todos, o que cada um lê, excitar a curiosidade dos que aprendem e esclarecer sem dificuldades, as confirmações e informações na elaboração dos trabalhos.

Não conjugou o hospital ao ensino daquele se fazendo hóspede, sem interferir na sua direção, não padronizou a organização hospitalar, com prejuízo muito sensível da formação profissional. Os serviços isolados e dispersos, entregues ao ânimo e entusiasmo dos seus chefes, mais incitavam ao didatismo subjetivo e a nenhum trabalho de conjunto. Incluenciados pela organização francesa, para cá transportada sem críticas, nem adaptações, permaneceram as nossas formações hospitalares, sem requisitos em geral, nem conforto, e as de maior número de leitos, subdivididas em secções mais ou menos bem aparelhadas e instaladas, conforme o prestígio social ou político do seu chefe, que não conformado tudo fazia para obter, o que lhe parecia necessário. Nesta dispersão e incoerência, as enfermarias eram melhores ou piores, se os professores dispunham de recursos colhidos por sua própria iniciativa, que aplicavam no serviço para lhes dar melhor aparência e possibilidades de observação e tratamento mais adequado.

Daí decorrem o escasso número dos que se dedicam à pesquisa, cercados de enormes dificuldades materiais e de preparação técnico-científica profissional foi profunda e explica gran-

de parte dos nossos problemas. O nosso trabalho em muito depende das instalações materiais e das organizações combinadas. Não se afirma, por certo, serem impossíveis sucessos isolados, com organizações improvisadas, mas não é esta a finalidade da cirurgia hodierna, mas sim a de atingir a segurança máxima e resultados constantes em números de conjunto.

Felizmente se esboçou, nestes últimos anos, um programa de realizações que ultrapassou um período longo de incompreensão, e por certo terá influência, decisiva no desenvolvimento futuro. Já se sabe que a pesquisa é necessária, e se procura incentivá-la, as bibliotecas surgem, embora com muitas objeções, e as escolas instalam os seus hospitais, que serão fatores de grande progresso, pelo exemplo de organização e elevada instrução. Tudo se faz lento, lento demais para o mundo de hoje, mas a idéia venceu, e os homens, de um modo geral, apesar do nosso feitio personalista, mais compreensivos, são dominantes.

O sistema de organização do ensino hospitalar entre nós teve manifesta influência no desenvolvimento da Ortopedia e Traumatologia. A Traumatologia, no plano do ensino, é parte da Cirurgia Geral, e o Ortopedia, unida à Cirurgia Infantil, é ensinada como parte de um todo que não se prende por objetivos comuns. A primeira se prejudica, porque não oferece o sucesso imediato, nem por vezes o brilho de manobras da cirurgia abdominal, e a segunda, relegada a plano secundário de importância prática, não exigia instalações apropriadas nem estudo obrigatório. Aos estudantes, passava a Ortopedia desapercebida, e a Traumatologia mais ou menos ignorada. Ao tempo dos nossos estudos no Rio, há pouco menos de vinte anos, da Ortopedia nunca tivemos notícias, e os traumatizados de membros eram cuidados, conforme os serviços, pelos que se inclinavam pessoalmente ao seu estudo.

Bastante se modificou o aspecto do ensino em seus elementos básicos e principais, nestes últimos anos, devido principalmenet à interferência contínua e constante, mas evidente, da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, e das atividades permanentes e ação persistente dos seus membros fundadores. O interêsse pela especialidade aumentou, e estendeu-se em muito, e a curiosidade dos médicos e dos leigos é muito perceptível. Se perdura a orientação oficial na mesma dis-

tribuição, algumas Faculdades se despreenderam por seus próprios meios, e crearam o ensino da Ortopedia e Traumatologia como especialidade, e nas outras, cuja modificação não se fez, o estudo é sem dúvida mais vivo e as exigências mais acentuadamente notadas. Se o ensino não se desprendeu completamente da mesma anterior rotina, os organismo hospitalares e instituicionais, vislumbrando o lado prático de aplicação, estão mais empenhados na constituição dos serviços especializados,

Especialmente de básico conceito no aparelho locomotor, traz implícita numa de suas partes a idéia de traumatismo, e noutra, a correção de defeitos adquiridos e congênitos. Utilizando-se de raciocínios e métodos particulares, tem necessàriamente um muito amplo campo de ação na prática. A evolução de seus métodos de tratamento e grandes execuções técnicas, maximé nestes trinta últimos anos, colocou a Ortopedia e a traumatologia entre as especialidades efetivas. Ainda recentemente, Mouchet, no Congresso Francês de Cirurgia de 1945, historiou os percalços iniciais da Ortopedia, mostrou, em largos traços, as suas conquistas, e aflorou seu desenvolvimento e progresso hodiernos.

A guerra passada, com a enorme experiência atingida pela Traumatologia, confirmou os princípios essenciais que na prática civil estavam sendo utilizados, e possibilitou, pela sua explêndida organização, sucessos jamais atingidos em percentual de conjunto. Enquanto que, na guerra de 1914-18, em seu último período, o uso de metodizações de tratamento permitiu êxitos, comparativos a outras épocas, em número bem maior, esta última assentou diretrizes, ampliou por tal modo a margem de bons resultados e de realização técnica, que estabeleceu uma cirurgia bem padronizada. A nós parece que não será exagêro afirmar ter sido a cirurgia da primeira grande-guerra, uma cirurgia de necessidade, onde os resultados melhores vinham pela virtuosidade e causas fortuitas, e a da última guerra, foi cirurgia de organização, onde tudo estaria pre-determinado e os elementos de segurança da cirurgia praticada no hospital comum foram transpotrados para o hospital de campanha.

É de notar que este tempo viu a penicilina e a transfusão de sangue facilmente executada, que se tornaram auxílios indispensáveis e quase únicos do tratamento ativo cirúrgico das lesões, cujos princípios e normas estavam praticamente esta-

belecidos e permanecem indispensáveis. A experiência adquirida e a evidência fartamente aclarada pelos magníficos resultados, alargou as atividades técnicas da cirurgia em geral, e tornou realizável com segurança, intervenções que até então só eram exequiveis com graves riscos.

Os métodos recentes da anestesia, a técnica atual das transfusões sanguíneas e a penicilina, ou melhor, os antibióticos modernos, são os fatores destes últimos tempos, que mais aproximaram a cirurgia do seu ideal de sempre, a segurança nos resultados finais e melhor determinaram a atual transformação da cirurgia, permitindo a execução técnica das grandes intervenções, outróra só executadas por exceção. A amplitude maior do quadro das realizações técnicas e suas mais extensas aplicações, exige a formação mais seguida e frequente de cursos de graduação e aperfeiçoamento e a criação de serviços hospitalares mais condizentes com essas necessidades.

É indiscutivel em sua grande maioria, no baixo padrão dos nossos hospitais, de um modo geral com organizações muito aquém dos recursos técnicos atuais, sem nenhum trabalho associado e com frequência sem registro fichado de doentes e sem distribuição de trabalho concatenado. O hospital deverá se ordenar com unidade, afim de estabelecer trabalho de cooperação entre suas partes, eficiente, produtivo e incentivante, e conseguir desse modo prestígio científico que o tornaria de elevada e notória reputação, nacional e internacional, e prático em relação aos doentes, que o procurariam pelo seu próprio renome, como muitos exemplos se conhecem.

Mister se faz, é lógico, e não será esta a primeira vez que ao fato nos referimos, e se a ele retornamos desta feita é por nos parecer oportuna, a formação da carreira hospitalar, naturalmente entrosada ao curriculum professoral. Seriam a escola e o hospital concatenados no mesmo roteiro de formação de profissionais hábeis e habilitados ao exercício prático da profissão, em sua atividade hospitalar, ao mesmo tempo conjugando, pelo seu natural preparo técnico, diàriamente exercitado e aperfeiçoado, as normas do ensino pelo exemplo e confecção de trabalhos.

Nada de novo nestas afirmações, assim é em toda parte do mundo civiliazdo. Não há outra maneira de formar espírito

científico realizador e honesto, e criador nas atividades clínicas. Esta idéia norteadora vai lentamente se difundindo, e algumas regiões do Brasil embora em escala muito inferior às nossas necessidades, e sem obediência a qualquer plano geral, capaz de atingir uma finalidade mais ampla, vão se aparelhando.

As especialidades exigem um preparo geral, e por isso só devem vir depois de um curso metódico, regular e geral: "O especialista melhor qualificado, disse Harvey-Cushing, é o homem cujos conhecimentos médicos são os mais precisos em seu conjunto, e que num segundo tempo adquiriu conhecimentos especiais de certas perturbações mórbidas" (De Fourmestraux, Congr. Fr. Cir., 1946).

Para um estudo especializado, é primordial um ambiente de técnicos e material particulares, adequados ao mesmo fim, para possibilitar mais difundida e facil orientação. Assim é imposição formal, que os organismos hospitalares disponham de serviços especiaes de Ortopedia e Traumatologia, para preencherem a dupla finalidade de atender aos doentes com recursos bem adaptados e formar escola de especialistas, capazes de determinar elevado padrão de trabalho. Deste modo seria possível a instituição tão necessária do curso de pós-graduação com a especialidade de escolha, ao tempo em que surgiria a nossa natural valorização e o estágio no estrangeiro seria útil, mas dispensavel. Lembra Calvin Smyth Jr., em alocução pronunciada perante a Academia de Cirurgia de Filadélfia (Anales de Cirurgia, vol. 4, 807, 1945) aspectos do mesmo problema nos Estados Unidos, com muita semelhança ao nossos. No princípio deste século era moda, e julgavam o povo e os profissionais indispensáveis, aifrma ele, "um recém-graduado ou um médico de recursos mais medianos, se ausentava um ano para ir a Viena, onde adquiria ou acrescentava o gosto pela cerveja, enviava postais aos membros da familia e, eventualmente, regressava transformado em especialista por anúncio". Mas lá não houve a conformação com este estado de coisas, e se não se empreendeu a oficialização dos cursos de especialização, como em tantos países europeus, nos moldes de seus próprios órgãos de Estado, promoveu o American College of Surgeons, fundado em 1913, o desbastamento do caminho, creando os "specialty board", a categorização dos hospitais, a imposição de requisitos ao especialista, empreendimento desde logo apoiado pelas gran-

des instituições hospitalares do país. Os resultados práticos dessas iniciativas são evidentes por si mesmos, pois transformaram um país onde se aprendia no alheio, e só o alheio, tinha valor, em algumas poucas décadas, num dos maiores centros de ensinamento da cirurgia moderna. Não se diga que a riqueza da Nação teve mais influência que a organização dos seus homens e instituições. Na verdade, é fator de relêvo, mas não explica por ele só, porque se vê também instituições de países europeus de relativos parcos recursos, e hospitais até certo ponto pobres, conservarem, pela sua sistemática organização, posto de relêvo no progresso geral.

Acreditamos que "as nossas soluções não podem ser inglesas, nem norte-americanas. A nossa civilização é diferente. O nosso progresso é menor. Os nossos recursos técnicos e financeiros muito inferiores. Demos portanto aos nossos problemas as soluções que estão ao alcance da nossa capacidade. O que não podemos é deixar esses problemas se agravarem continuamente, entregues ao abandono e à descrença gerais" (Otávio Mangabeira, entrev. "Est. S. Paulo", 1948).

É preciso, no entanto, pensar no problema, ajustar os seus elementos básicos, ver os seus defeitos, acreditar na eficiência da organização, encaminhar as soluções para que os anos a percorrer não sejam perdidos e sim produtivos. Não será, estamos certos, problema a ser desde logo resolvido, mas o inegável é a sua importância essencial para o futuro.

Será com a soma do passado e a organização do presente, que se poderá acreditar no futuro.

SYMPOSIUM DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS ÚLCERAS GÁSTRICA E DUODENAL. (*)

1.ª Pergunta: — Com que frequência e com que indicações tem praticado a gastroenterostomia?

Não mais praticamos a gastroenterostomia desde 1939.

Intervenção de indicações muito amplas e praticada pela mor parte dos cirurgiões, há alguns anos, foi gradativamente sendo relegada e de uso cada vez mais restrito.

Três fatores principais restringiram a indicação da gastroenterostomia:

a) Inconstância dos seus resultados tardios;

b) Possibilidade com percentagem relativamente elevada, de úlcera péptica post-operatória;

c) Aperfeiçoamento técnico da gastroduodenectomia parcial — baixa mortalidade imediata.

De ve ser totalmente abandonada nas últeras gástricas, em razão de não favorecer a cura e em virtude de risco maior, deixar irreconhecida uma lesão cancerosa.

A gastroenterostomia é ainda praticada em alguns serviços cirúrgicos na úlcera do duodeno, inclusive na Mayo Clinic, conforme Eusterman Balfour — "The Stomach and Duodenum" — 1936, páginas 346-354.

Posteriormente, depreende-se do trabalho de Gray H. K. e Sharpe W. E.: — "Retencion gastrica consecutiva a gastroenterostomia posterior por úlcera duodenal" — Anales de Cirurgia — vol. 5 — 409 — 1946, que naquela clínica não mais é praticada a gastroenterostomia, em todos os casos de úlcera duo-

(*) Resposta aos quesitos formulados ao tema, nas 1.as Jornadas Brasileiras de Gastroenterelogia. Rio, outubro. 1949.

denal, mas em geral, só nas lesões obstrutivas e agudas, nos indivíduos acima de 50 anos, com lesões orgânicas, cardíacas, pulmonares ou cerebrais. Por fim ainda perdura para alguns cirurgiões, a indicação nas úlceras do duodeno inextirpáveis e nas estenoses orgânicas do piloro, com comprometimento grave do estado geral.

Afastamos de nossa prática também essas indicações.

1) Nas úlceras do duodeno extirpáveis, a gastroenterostomia deixa persistir a lesão, com riscos de perfuração e mais frequentes de hemorragias. É comum na evolução posterior da gastroenterostomia reativações do processo ulceroso, provocando verdadeiras crises periódicas de sofrimento mais ou menos intensas, em virtude de nenhum processo de gastroenterostomia fazer passar exclusivamente pela neo-boca todo o conteúdo gástrico. Exige do doente, em regra, a continuação de rigoroso regime dietético. Acresce o risco de surgir a úlcera péptica post-operatória, complicação grave, cuja frequência é variável nas estatísticas, Balfour 3,26%, Finsterer 17%, Moynihan 5%. Da sua frequência não podemos avaliar pessoalmente. Reoperamos por úlcera péptica post-gastroenterostomia dez casos, com uma morte, em doentes operados em outros serviços.

2) As úlceras do duodeno inextirpáveis são cada vez mais raras, à medida que se ganha em experiência, e quando nos vemos nessa contingência, preferimos a ressecção exclusão a Finsterer.

Praticamos essa intervenção com conservação do piloro, seu maior inconveniente, em oito casos com resultados tardios, de dez e oito anos, excelentes.

A estirpação do piloro é, em geral, sempre possível, embora permaneça o fundo da úlcera, o que associado à ressecção muito ampla do estômago, não prejudica o resultado tardio.

Não executamos o descolamento sub-mucoso à Montenegro, porque nos parece implicar em maior risco operatório, sem oferecer diferença nos resultados tardios.

3) Quando o doente está em caquexia ou extremamente desnutrido por estenose do piloro, ou então há associação de outras lesões orgânicas, ou idade avançada, ainda contra indica-

mos a gastroenterostomia, porque a gastrectomia parcial executada sob anestesia loco-regional, com método e manipulações suaves, desde que naturalmente, não haja acidentes operatórios, não determina choque e tem uma evolução post-operatória benigna.

* * *

2.ª Pergunta: — Com que frequência e com que indicações tem praticado a gastrectomia parcial?

Podemos assim resumir as indicações de tratamento nos vários tipos anátimo-clínicos da úlcera gástrica e duodenal: —

I) — Indicações formais de intervenção cirúrgica: —

1) — Fórmas hemorrágicas: —
   a) brusca a intensa (reptida)
   b) lenta e intensa
   c) pouca intensidade e frequente.

2) — Estenose do piloro: —
   a) constituída ou orgânica
   b) tipo espasmódico em crises frequentes, ou quando se esboça a organicidade da estenose.

3) — Fórma dolorosa permanente: —
   quando bem verificada, alterando o estado geral e dificultando a alimentação.

II) — Indicações discutíveis: —

1) — de solução cirúrgica: —
   a) crises repetidas, com intervalos de repouso muito curtos.
   b) úlceras gástricas.

(Atendendo-se nestas indicações os fatores: —

I) doente — tipo psíquico

II) tipos de sofrimento (digestivo
(vômitos
(dôres

Sendo que b) — úlceras gástricas, deve estar sob mais rigorosa observação clínica devido ao risco de cancerização, 15% dos casos da nossa estatística, aliás mais ou menos a percen-

tagem indicada por vários cirurgiões, e porisso devem receber mais amplica indicação de ressecção gástrica).

2) — de solução médica: —
   a) crises suportáveis, com longos intervalos
   b) perturbações predominantemente digestivas, em tipos psíquicos instáveis.

A não ser os casos de indicação formal de tratamento cirúrgico, deve ser instituída a terapêutica médica. O tratamento médico da úlcera gastroduodenal será sempre a primeira terapêutica, não pela sua eficiência sistemática, mas pela tendência natural de determinadas úlceras, à cicatrização. Deve haver no entanto discernimento clínico para não insistir na mesma diretriz. tempo dêste tratamento não é o principal, mas sim o caso clínico, inclusive o tipo psicosomático do doente, a localização do processo ulceroso, sua própria evolução e complicações.

Decidida a solução cirúrgica, a intervenção de escolha pela maior constância em seus resultados tardios, é a gastroduodenectomia parcial, ampla, com ressecção de pelo menos dois terços do estomago (ligadura alta da coronária ressecção quase total da pequena curvatura e ressecção ao nível dos vasos curtos inferiores da grande curvatura). As ressecções pouco amplas são compatíveis com resultados isolados excelentes, mas em conjunto, determinam percentagem elevada de maus resultados e expoem com mais frequência a úlcera péptica post-operatória.

* * *

3.ª Pergunta: — Têm os seus gastroctomizados desenvolvido anemia?

A anemia é uma das consequências mais importantes e de alcance imprevisível da gastrectomia sub-total ou ampla.

É assunto de nossa pesquisa atual para criarmos uma noção mais objetiva. Em trinta doentes examinados posteriormente à operação, 13,4%, tinham uma anemia do tipo hipocitêmico, hipocrômico, normocítico, mais talvez essa percentagem seja mais elevada se examinarmos maior número de operados. É comum se observar o gastroctomizado, magro e ligeiramente pálido, embora bem disposto e por isso vem indagar porque assim se conserva, apesar de se alimentar bem. Esta anemia de aparência

benigna, não se modifica com a medicação anti-anêmica, ou apresenta apenas uma melhora transitória. Não observamos casos de anemia perniciosa como os há relatado na literatura, mas temos um caso numa doente colecistectomizada anteriormente e após a gastrectomia sub-total em 1942 desenvolveu uma anemia do tipo hipocitêmico, hipocrômico e normocítico rebelde a toda medicação, sempre se agravando paulatinamente, e constitue uma enfermidade que invalida a doente em sua atividade de religiosa.

Irmã F.: —

Hematias por mm³	—	3.240.000
Leucócitos por mm³	—	5.000
Plaquetas por mm³	—	260.000
Hemoglobina	—	50%
Valor globular	—	0,7
Diâmetro médio	—	7,5

Fórmula leucocitária absoluta:

neutrófilos por mm³	—	3.300
eosinófilos por mm³	—	50
basófilos por mm³	—	0
linfócitos por mm³	—	1.300
monócitos por mm³	—	350

Fórmula leucocitária relativa:

neutrófilos	—	66%
eosinófilos	—	1%
basófilos	—	0%
linfócitos	—	26%
monócitos	—	7%

Observações: — HEMATIAS. — Hipocitemia e hipocromia. Normais quanto aos demais caractéres.

LEUCOCITOS. — Leve leucopenia. Normais quanto aos demais caractéres.

PLAQUETAS. — Normais.

(a) Matos Barreto.
(Em 8-6-47).

Temos visto, sem poder afirmar a sua percentagem, doentes que após poucos meses da intervenção, fazem um quadro clí-

nico e hematológico de anemia, com cansaço geral, para em seguida se corrigir, permanecendo ou não o quadro hematológico, sem sintomas gerais.

* * *

4.ª Pergunta: — Qual a sua opinião sobre o chamado "dumping syndrome"?

A "dumping syndrome" ou sindrome do esvasiamento rápido como a descreveram Custer M. D., Butt H. R. e Waugh J. M. — Anales de Cirurgia 5 — 422 — 1946 — a) — profundo estado nauseoso e de prostação; b) — sensação generalizada e desagradável de calor em todo o corpo; c) — diaforese fria do rosto em particular da fronte; d) — palpitações cardíacas, não foi por nós observada com esse aspecto típico. Conforme esses autores em revisão de 500 casos de Mayo Clinic encontraram 28 casos, 5,6%, sendo 12 leves, 10 graves e 6 incapacitados e noutra série de 112 casos de intensidade variável notaram 14 casos, 12,5%.

Esta observação faz crer em sindrome relativamente frequente, por isso difícil de nos passar desapercebida, tanto mais que a conheciamos do tempo de sua publicação.

Numa percentagem pouco variável de 15% dos gastrectomizados sub-totais com indicação precisa, isto é, existência da lesão e não existência de outra lesão abdominal evidente, encontramos perturbações digestivas assinaláveis pelos próprios doentes, servindo de motivos de queixas e variando de intensidade de tempo. Dentre essas perturbações as mais frequentes são nauseas, sensação de vasio no epigastro e vomitos biliosos em jejum ou post-alimentares, sem retôrno dos alimentos, constituindo, por vezes, incomodos reais que perturbam a vida do doente e se prolongam no tempo. Em referência a estes sintomas principalmente aos vomitos biliosos, de todos o mais desagradável e duradouro, procuramos verificar a sua presença em relação a fatores técnicos de execução: a) Hoffmeister-Finsterer; b) anastomoses ante-colica ou retro-colica; c) refluxo da alça aferente d) passagem rápida pela boca anastomótica.

A nossa pesquisa não pode chegar a resultados concludentes. Doentes em que haviamos executado a técnica de Hoffmeister Finsterer tinham esvasiamento rápido, refluxo de alça

aferente e passavem perfeitamente bem. Outros, com a técnica de Reichel-Polya e que tinham queixas digestivas, inclusive vomitos biliosos e sensação de vasio epigástrico não faziam esvasiamento muito rápido e não tinham refluxo da alça aferente. Quando executámos inicialmente, a anastomose ante-colica, uma série de 20 casos notámos que os vómitos biliosos não existiam e supusemos que esse tipo de anastomose era um fator favorável. Mas atualmente essa nossa primeira impressão está modificada, pois, também temos visto doentes que se queixam das mesmas perturbações. A nós parece, sem de modo algum ser conclusivo que as modificações técnicas variadas não alteram essas perturbações, que constituem, na realidade, um handicap de ressecção gástrica em função do fator adaptação doente.

Julgamos na apreciação dessas perturbações post-operatórias, fator de primacial importância, o estado psíquico do doente, temporário, determinado pela própria doença e constitucional, influenciado pela doença e outros fatores. É de observação corrente que os melhores resultados se obtem nos doentes que sofreram muito, o tipo doloroso ou os de estenose, que não podiam se alimentar, por poderem estabelecer o paralélo, com o seu estado anterior à operação, e verificando as vantagens obtidas voltam ao seu tonus normal, dominando rapidamente as pequenas perturbações digestivas. O mesmo não sucede com os tipos psiquicos instáveis, de sofrimento anterior curto ou pouco intenso. Estes prolongam, em geral, as suas queixas em tempo, intensidade e variabilidade, tornando-se difícil apreciar o real aproveitamento da intervenção. Se nós conduzirmos o interrogatório, podemos fazê-los sentir até mesmo à nossa própria maneira.

* * *

5.ª Pergunta: — Com que frequência têm encontrado gastrite ou duodenite nas peças ressecadas?

A nossa impressão pessoal é que, a gastrite se associa sempre à ulcera do estomago, temporária ou permanentemente.

Em determinadas fases correspondendo, talvez, ao período clínico assintomático pode não existir gastrite aparente, mas, no período de reativação ou da infecção peri-ulcerosa, os sinais de

gastrite tornam-se evidentes. A sua extensão e intensidade está sendo motivo de estudo nosso, pormenorizado desde algum tempo, e o seu número é insuficiente para qualquer dedução, por isso só podemos enumerar as percentagens globais.

De nossas ressecções por ulcera de duodeno, em número de 247 foram examinadas no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina do Paraná, 121, e destas em 98 foram encontrados sinais histo-patológicos de gastrite crônica, hipertrófica, o que perfaz 80,9%.

Ressecções por úlcera do duodeno	247
Peças examinadas	121
Gastrite crônica hipertrófica	98
Percentagem 80,9%	

* * *

6.ª Pergunta: — Nos casos agudos de perfuração (em peritonio livre) têm praticado a gastrectomia.

Não consideramos deva ser a gastrectomia parcial a intervenção mais indicada nas perfurações agudas em peritonio livre. Em nossa série de 30 casos fizemos a sutura simples da perfuração com epiplomplastia e destas praticamos gastrectomia parcial secundária em cinco casos por persistência de sofrimentos. Julgamos possa ser realizada a gastrectomia parcial primitiva em condições muito particulares, poucas horas passadas da perfuração, (talvez até a quarta hora), estomago vazio, bom estado geral, cirurgião habituado a esse tipo de cirurgia. Afóra estas particularidades, na prática pouco comuns, parecenos de risco desproporcionado, acrescendo-se dois fatores muito importantes:

a) 50% das úlceras que perfuram são de evolução aguda, do tipo das que têm expontânea tendência à cicatrização e são doentes que podem vir a ter intervalos muito longos sem sofrimento, ou não mais sentirem perturbações.

b) a gastrectomia parcial secundária oferece por todas as razões, verificação da necessidade da operação, preparo físico e psiquico do doente, nenhuma infecção pré-existente, muito maior segurança em seus resultados imediatos e tardios.

* * *

7.ª Pergunta: — Haverá alguma relação entre a extensão da bôca anastomótica, após gastrectomia, e o chamado "dumping syndrome"?

O chamado "dumping syndrome" descrito por Custer, Butt e Waugh e seus sintomas cardinais, não foi por nós observado, principalmente em suas formas mais graves.

Podemos afirmar não haver relação entre os doentes que apresentam queixas após a pastrectomia parcial, e a extensão da boca anastomótica ou esvaziamento rápido do coto gástrico. A nossa pesquisa foi feita em mais de 150 doentes gastrectomizados por séries consecutivas ou em períodos variáveis e sistemáticamente nos que denunciavam perturbações várias. Não pudemos encontrar nenhuma relação evidente entre o esvaziamento rápido e a sensação de vazio epigástrico ou vômitos biliosos.

Em nosos doentes foi a observação mais frequente, o esvasiamento rápido do que o lento ou retardado, sem que no entanto tivessemos notado diferença nos resultados. Tanto num como noutros casos havia os que se queixavam e os que passavam perfeitamente bem.

As nossas observações nada têm de comum com as assinaladas por Portes H. W. e Claman Z. B. — Anales de Cirurgia — vol. 8-465-1949, e sempre notamos que o esvaziamento se faz por deslizamento através das paredes do coto gástrico e jejuno e nunca de chofre sobre este último. Jejunite, evidente radiologicamente, observamos cinco casos, mas sem sintomas que pudessem caracterizar um "dumping sydrome".

* * *

8.ª Pergunta: — A gastrectomia será uma resposta definitiva no tratamento cirúrgico da úlcera duodenal?

Definitiva seria afirmação ousada, diante dos fatos demonstrados pela evolução hodierna da cirurgia. Sob ponto de vista filosófico, se assim nos podemos exprimir, dá-nos a impressão de uma ato operatório desproporcionado com o tamanho da lesão e eventualmente com seu aspecto exterior, embora não o seja, muitas vezes, com os sofrimentos que determina. Parece-nos, nos entretanto, ser, para os casos que exigem solução cirúrgica, o tipo de intervenção, no momento atual, mais cons-

tante em seus resultados, embora possa apresentar inconvenientes.

* * *

9.ª Pergunta: — Não será prejudicial uma ressecção larga, mesmo quando se trata de uma úlcera duodenal sem sinais de gastrite?

A ulcera do duodeno só deve receber indicação cirúrgica de tratamento, quando os seus sintomas são intoleráveis pelo doente e não se modificam pela terapeutica médica racional. Esta não será guiada pelo tempo, mas sim, pela existência de complicações eventuais do processo ulceroso, hemorragias, estenoses e perfurações, e pelos sintomas gerais. A grande maioria das úlceras duodenais têm uma natural tendência à cicatrização, e acreditamos sejam muitas vezes, a causa dessas perturbações dispepticas dolorosas, perdurando alguns dias e que passam quase desapercebidas. Porém, se bem refletida a decisão, analisados o doente e a doença, chega-se à conclusão de indicar o tratamento cirúrgico, então, a intervenção a ser praticada, deve ser a gastroduodenectomia parcial ampla. As gastroenterostomias e a ressecção econômica podem ser mais prejudiciais do que úteis, e condicionar elementos anatômicos e funcionais mais graves do que a doença primitiva.

* * *

10.ª Pergunta: — Que pensa da gastrectomia por exclusão no tratamento da ulcera gastro-duodenal?

A ressecção exclusão a Finsterer, com conservação do piloro, nas ulceras inextirpaveis do duodeno, é uma contingência cirúrgica, preferível pelos seus resultados à retirada à "outrance" da lesão, ou gastroenterostomia.

Praticamos essa operação típica em oito casos, todos seguidos de vários anos, e passam perfeitamente bem, sem nenhum sintoma. Porém, e há razões irrefutáveis na literatura, acreditamos no inconveniente da conservação do piloro, e este quase sempre é possível ser extirpado, mesmo que permaneça o fundo da úlcera.

Nestes casos a evolução post-operatória remota tem-nos parecido idêntica aos casos em que a ulcera é extirpada. Já foi

objeto de nossa pesquisa relacionar, entre os doentes queixosos, os que por ventura, não tinham tido suas ulceras totalmente extirpadas por este ou aquele motivo, mas, sempre tendo sido extirpado o piloro, e pudemos verificar, que este fator, de modo algum, influe nas perturbações assinaladas.

* * *

11.ª Pergunta: — Acha que a úlcera gástrica deva ser sistemáticamente operada?

A nossa impressão é de que a úlcera gástrica, ou seja pela sua natureza, ou seja pela sua sede, é um tipo de evolução anatomo-clínico diferente da úlcera duodenal. Enquanto está é muito frequente e tem tendencia expontanea à cicatrização, a úlcera do estômago tem tendência destrutiva e à cronicidade. Além disso, é excepcional a concerização da úlcera do duodeno, é quase uma presunção clínica inexistente, enquanto que nas úlceras gástricas a percentagem é muito elevada.

Dos nossos doentes operados com diagnóstico de ulcera no estômago, numa série de 100 casos (1939-1949), em 15%, o exame anatomo-patológico encontrou lesões degenerativas carcinomatosas.

Trabalho recente da Lahey Clinic mostra que em 131 casos de úlcera no estômago, o exame anatomo-patológico revelou carcinoma em 26, isto é, 19,8%. Marshall S. F. and Welch M. L. — Treatment for Gastric Ulcer — J.A.M.A. 1948 — 136 — 748 — Int. Abst. of Surgery 87 — 346 — 1948.

A forma ulcero-cancer no conjunto das formas de cancer do estômago, é bastante encontradiça, quando se opera por cancer, o que faz pensar, que realmente, a degeneração ou enxertia carcinomatose na úlcera do estômago está de ser rara.

Em virtude disso a nossa observação pessoal é favorável à indicação cirurgica nas úlceras gástricas.

Temos por norma, exigir rigoroso controle médico, e desde que os testes clínico e radiológico não indiquem completa e nitida regressão do processo ulceroso, em prazo de duas ou três semanas, a indicação cirurgica é formal.

* * *

12.ª Pergunta: — Observa diferença na evolução post-operatória imediata e remota, nas anastomoses ante-cólica e retrocólica? Faz entero-anastomose?

Praticávamos sistematicamente anastomose transmesocolica posterior com alça curta, acreditando nas suas vantagens imediatas, decurso post-operatório benigno, evacuação da alça e da anastomose muito fáceis, funcionamento tardio normal, em sede anatômica mais normal. Lentamente iniciamos a execução da anastomose ante-colica com prudência, sem enteromastomose, mais ou menos a 30 cm. do ângulo duodeno jejunal, sendo mais fácil de técnica e mais rápida, por dispensar o tempo de fixação da brecha mesocolica ao coto gástrico, o que representa uma vantagem.

Às primeiras, notámos no terceiro e quarto dia post-operatório vômitos biliosos abundantes, com temperatura elevada, que atribuimos à retenção na alça aferente, o que nos fez recuiar. Atualmente fizemos anastomose ante-cólicas em 50 casos consecutivos e nenhuma diferença notável no post-operatório imediato percebemos em relação às anastomoses retrocolicas.

Também quanto aos resultados tardios, pareceu-nos nos 20 primeiros casos, que os vômitos biliosos eram menos freqüentes, pois não os haviamos observado. Porém, na continuação fomos notando a sua presença e analisados os seus resultados, não nos parece haja diferença em comparação com a retrocolica. Mesmo na observação radiológica, observa-se o mesmo aspecto no funcionamento da boca anastomotica, com esvasiamento rápido ou retardado, podendo ou não ter refluxo da alça aferente. Nossa conclusão atual é que a evolução das anastomoses anterior e posterior são idênticas, oferecendo a antecolica, mais facilidade técnica de execução, e também mais facil acesso na eventualidade de reintervenção.

* * *

13.ª Pergunta: — Pratica anastomose tipo Reichel-Polya ou Hofmeister-Finsterer? Observou vantagens de um ou outro métodos?

Praticamos habitualmente anastomose do tipo Reichel-Polya, mas já executamos uma série seguida do tipo Hoffmeister-Finsterer, a fim de julgar dos seus resultados, principalmente tar-

dios. As nossa observações clinica e radiologica, mostraram resultados em todos semelhantes nos dois tipos de técnica, sem podermos ter notado vantagens reais de um e outro. Nota-se com mais freqüência trânsito retardado no Hoffmeister-Finsterer, mas havendo, por vezes, refluxo na alça aferente, sem no entanto implicar na ausência ou presença de perturbações acusadas pelo doente.

Não estabelecemos percentagens por termos tido essa impressão global de que, tanto numa como noutra técnicas, o funcionamento da boca anastomotica tem as mesmas variações.

* * *

14.ª Pergunta: — Tem o fator anestesia influencia nos resultados imediatos na gastrectomia parcial?

Utilizamos de preferência a anestesia loco-regional e sob esta anestesia executamos a maior parte das nossas gastrectomias parciais. Oferece várias vantagens: —

É suficiente e perfeitamente tolerável, desde que não se prolongue demasiado o ato operatório;

Não predispõe ao choque operatório;

Exige do cirurgião manobras sem tração, nem gestos bruscos;

É a de melhor indicação nos doentes intensamente desnutridos, o que é frequente no nosso meio;

É a mais adequada nos indivíduos idosos com taras vasculares e pulmonares;

É o tipo de anestesia mais indicado, e em certas circunstâncias, a única compatível com determinados casos.

A sua maior desvantagem é nos individuos de temperamento excitável e pouco confiantes, que perturbam o ato operatório.

Temos usado com mais freqüência, nestes últimos anos, a anestesia geral, ciclopropano e eter, em circuito fechado, com ou sem intubação, nos doentes que não haja contra indicação de ordem geral.

Neste tipo de anestesia geral, como na loco-regional, o decurso operatório, se não houver acidentes operatórios, não sofre alteração sensível cardio-vascular e respiratória. Não guarda-

mos no entanto esta mesma impressão no post-operatório imediato.

Com anestesia geral, o abatimento geral nas primeiras 24 horas é, por vezes, mais acentuado e exige com mais freqüência medicação anti-choque.

As complicações pulmonares são de observação mais comum, do tipo bronquite com broncoplegia, facilitado pela defesa do doente ao acesso de tosse, por despertar dores, é verdade que em geral dominada em suas consequências pela penicilina e se necessário oxigênio. Com anestesia geral tivemos um caso de atelectasia pulmonar mais grave, que perturbou o post-operatório.

Com anestesia loco-regional, operando uma alta percentagem de doentes em muito más condições gerais, por deficiencias nutritivas, pela idade e por taras cardiacas e pulmonares, nunca tivemos complicações pulmonares que requeressem maiores cuidados.

Julgamos a anestesia loco-regional a que deve ser usada de preferência e de mais amplas indicações.

A anestesia geral, em circuito fechado, é sem maiores conseqüências, com os recursos atuais, desde que não haja contra indicação de ordem geral.

ASPÉCTOS DO ENSINO MÉDICO NO BRASIL (*)

Várias são as faces por que pode ser encarado o ensino médico no Brasil, apresentando, no entanto, a sua visão conjunta dois aspectos essenciais a serem separados: Diretrizes gerais e seus fundamentos, e Técnica do ensino.

No primeiro item caberia o estudo da orientação e formação das Faculdades de Medicina e suas localizações em relação aos ambientes geográficos e demográfico, organização baseada na manutenção oficial e livre e suas respectivas exigências, mais apreciação de suas vantagens e desvantagens, o currículo professoral, os hospitais e institutos técnico-especializados entrosados no ensino, o curso de pós-graduação.

No segundo item após a resolução definida da orientação geral, pois desta orientação dependem os demais problemas, seria resolvida a seriação das cadeiras e seu número, distribuição dos alunos, se deve ou não haver sub-divisão excessiva de especialidades, capacidade didática das Faculdades, frequência dos alunos às aulas, seus deveres e obrigações, exames finais e outros aspectos, que, nem por serem de particularidades, deixam de ter real importância. São detalhes que têm grande influência na continuidade e eficiência do ensino e até, então, não tiveram solução satisfatória e efetiva entre nós. De relance poderiamos afirmar, sem rebuscar minúcias, ser o nosso defeito mair atualmente, tolher a livre iniciativa do estudante superior, que é guiado em seus estudos, como se fôra primário, sem discernimento nem escolha própria.

Está claro, todos êsses aspéctos do mesmo problema interdependem e não podem ser aplicados ou modificados sem orien-

(*) Solicitada pela Associação Médica Brasileira a oferecer sugestões sôbre um programa de estudo do ensino médico no Brasil, a Associação Médica do Paraná convidou o Prof. Mário de Abreu a traçar comentários a respeito do assunto. É com satisfação que publicamos o referido estudo do ilustre professor.

tação básica, por isso pretendemos analisar, apenas, um dos pontos capitais e que nos parece, para nós no Brasil, da maior importância, o currículo professoral e a organização dos laboratórios técnico-especializados e dos hospitais. Ambos se entrosam diretamente, não devendo ser separados, e acreditamos que o nosso padrão atual é uma das razões mais importantes da nossa escassa e difícil produtividade científica.

Todos os hospitais e laboratórios de ciências fundamentais são escolas de ensino diuturno, de prática médica e eventualmente de pesquisa pura, e não devem, por isso mesmo, de modo algum, permanecer afastados da organização universitária.

Há alguns anos as Faculdades de Medicina não tinham hospitais e serviam-se de alguns hospitais das cidades onde estão instaladas, para a prática do ensino clínico. De algum tempo se procurou sanar esta falha com a construção dos chamados Hospitais de Clínica, que servem de padrão, mas que de modo algum suprem as necessidades de ensino aos estudantes e à frequência sistemática dos médicos, pois não haverá, por maior que seja, oportunidade igual para proveito técnico de todos.

Com isso os outros hospitais deverão continuar em suas funções de permitir que aí continuem os internos- estudantes a sua prática, assim como cabe aos seus médicos a função de guiá-los. Ora, se assim é, mesmo nos centros que já possuem hospitais de clínicas, haverá necessariamente nítida desproporção de nível na formação profissional, desde que exista nítido desnível na instalação material, no feitio e formação dos chefes de serviço, dentro dos hospitais e organismos hospitalares.

A exigência da elevação de padrão dos hospitais públicos interessa, portanto, diretamente ao ensino, não só quanto ao seu standard material, mas também, e principalmente, quanto à ordenação do seu corpo médico responsável, que deve pertencer, sob títulos diversos, à mesma grande organização universitária, pois desempenham as mesmas funções, a de fazer profissionais, quando ainda estudantes, e posteriormente, instruir e habituar os médicos ao estudo concatenado.

Não se compreende que o Estado, gastando fortunas na manutenção das Faculdades oficiais e auxiliando na constituição das de iniciativa livre, bem como em seus próprios hospitais ou ainda por meio de subvenções a hospitais de associações, se

descure ou não se interesse pela prosecução continuada da formação e aperfeiçoamento dum maior número de médicos.

O mesmo se passa nos Institutos de Ciências, que interessam diretamente ao desenvolvimento da Medicina. São eles entregues a direções sem qualquer ligação com o ensino, não havendo necessidade de nenhum grau universitário e nenhuma obrigação de ensino, de modo que estabelece insensivelmente uma rotina burocrática, com raras exceções, sem produtividade científica.

Por sua vez, as Escolas se enquadram estritamente em seus laboratórios, sem fornecerem oportunidades reais aos estudantes nem a maior número de médicos, sem poderem provocar, diante da precípua e estafante atividade didática, tendências à pesquisa, falhando de um modo geral na formação de maior número de técnicos.

Se assim não fôra, e se pelo contrário estivessem entrosadas as atribuições e funções dos técnicos nos vários Institutos do Estado com a Universidade, pelas exigências da organização e formação do pessoal, alargar-se-ia o campo do ensino e seu consequente aperfeiçoamento. Ampliando-se deste modo as funções do ensino médico em suas ciências básicas, e suas aplicações práticas, haveria maior número de técnicos com formação excelente e maior preocupação de prosseguir nos objetivos de progredir.

Em consequência, formar-se-ia, associadamente, um verdadeiro currículo professoral, dentro e fora da Universidade, nos hospitais e laboratórios, com exercício ativo do ensino, no seu real e exato sentido, que é o de sempre aperfeiçoar a si mesmo, fazendo em torno de si, pelo exemplo e trabalho diários, técnicos cada vez mais aperfeiçoados.

Os graus universitários seriam conquistados através da apreciação total do "curriculum vitae" profissional no correr dos anos, numa atividade permanente, pela eficiência no exercício funcional, comprovada pelos trabalhos e iniciativas próprias, podendo variar de hospital ou de instituto à guisa de incitamento pessoal, porém conservando-se nos mesmos objetivos do ensino.

Os nossos concursos são anacrônicos, com séries incoh-

venientes. É muito frequente que os profissionais mais bem formados pela sua experiência, cargos desempenhados, demonstração pelos anos ativos do exercício profissional, pelos seus trabalhos e uma marcante tendência ao ensino, se afastem dos concursos a catedrático por não poderem ou não deverem, em virtude da idade ou suas responsabilidades, se exporem, em prejuízo do ensino, ao tipo das provas atuais dos concursos.

Em todos os países civilizados a vida professoral é longa e exige um esforço prolongado do exercício funcional e de trabalhos. Poderá haver, e se conhecem casos, de injustiças individuais, mas o ensino sempre ganha um professor à altura de suas funções. As suas vantagens são múltiplas, sob um ponto de vista geral, porque são muitos os que se esforçam com a mesma finalidade nos hospitais e nos institutos e dirigem os seus trabalhos dentro do critério científico.

Acarretará esta organização uma natural elevação do nível científico e serão mais numerosos os focos de irradiação instrucional com benéfica repercussão no organismo social, que contará com maior número de profissionais eficientes e competentes.

Esta argumentação global, que poderia se alongar em detalhes serve para indicar como sugestões a estudar e discutir:

1) os meios de entrosar os hospitais públicos e institutos técnico- especializados nos organismos universitários e nas funções de ensino e de pesquisa;

2) estabelecer a carreira de professor universitário, conferidos os graus universitários num amplo conjunto de apreciação pessoal e funcional.

ENSINO UNIVERSITÁRIO E PROGRESSO TÉCNICO

Discurso de Paraninfo

De outras feitas, homenagem como esta, que tornamos a receber este ano, deixou-nos profundamente sensibilizados, e muito conjecturamos, sem encontrar o pretexto.

Perplexos, também, desta vez não mais procuramos razões, por excusado e recebemos muito simplesmente a honraria, e sinceramente, agradecemos.

A solenidade de formatura é uma festa de alegria e de paz, com uma assistência multiforme e psicologicamente não preparada, para ouvir discorrer sobre idéias e fatos não condizentes, com a natural momentânea leveza d'alma de cada um.

Mas, a nossa participação na festa, obriga-nos a fazer o discurso, e este haverá, forçosamente, de ter um tema central, e de vos roubar tempo.

O tempo vos asseguramos, que será breve ,dentro duma compatível tolerância, para vos dar, pelo menos, este prazer.

Que dizer do tema? Embora nos caiba a escolha, depende o tema, muito menos da ocasião, e muito mais da existência e profissão do autor, de sua própria vida e do momento da civilização, que convivemos.

Pessoalmente, estamos naquela época da vida, que se denomina de maturidade, porque o homem, já conformou sua personalidade, colheu os frutos de sua existência, modelou sua vida profissional, num quarto de século, criou experiência dos problemas humanos, participou na solução dos problemas, influenciou o seu ambito de ação, viu viver o mundo em seu derredor, e sentiu as vibrações da civilização cristã.

Durante este período de 25 anos, a quem Deus tenha dado olhos, não só para olhar, mas para ver, conservado a vibração da alma para sentir, auxiliado a formação da inteligência, pelo raciocínio e pelo juízo, para apreender, por certo, lhe terá feito acreditar num otimismo realístico cristão, que nada tem de pessimismo, e não o deixará ver tudo colorido, não se sentirá confortado, e não pressentirá, infelizmente, nas relações humanas, o alto ideal de solidariedade.

Vêde o dilema, falar-vos de fantasias, que nem mais aos poetas é permissível, ou de realidades, apesar de tristes e inoportunas.

Certamente, não haverieis de esperar de outro modo, porque a hora da vida de todos nós, é de analisar os problemas humanos e sociais, não se deixar submergir no negativismo e na inercia, não permitir a influência dominante da falta de dignidade e de moral, não julgar inútil, a reação contra todas as formas de abuso, não permanecer dominado, pela generalização do aproveitamento material imediato, como finalidades única e ultima, e não esquecer os deveres de patriotismo.

Nós, os profissionais extrictos, que sentimos as agruras e as dificuldades da profissão, vivemos seus percalços, vibramos toda vida pelo ideal do aperfeiçoamento, raramente nos sentimos escutados, quando falamos, e nunca lidos, quando escrevemos.

Não podiamos deixar escapar esta oportunidade, para analisar em termos de bosquejo, um dos aspectos, de um de nossos problemas fundamentais de cultura, que é profissional e que é social.

Sem nenhuma dúvida, uma Nação vale pelo padrão cultural de seus técnicos, abrangendo todas as múltiplas atividades humanas, pois interdependem, umas das outras, e o progresso, só é possível, pela existência de um nível geral de compreensão e elevação. Na disparidade de civilizações materiais, que o Brasil apresenta, em seu conjunto, sem haver um entrelaçamento necessário de formações culturais e colocadas em posições de adiantamento material muito diferentes, torna-se a instrução técnica aperfeiçoada, dificil e até mesmo impossível. Esta enorme diferenciação é compreensível no plano do desenvolvimento material, pois regiões existem, é lógico, que

têm uma produtividade natural e fácil e outras que oferecem menos êxito e maiores dificuldades, por seus fatores geográficos e mesologicos. Porém, não se compreende, não e justo, que os elementos de cultura, não sejam igulados, e acessíveis em determinadas regiões, a todos que se inclinam ao estudo, para que se possibilitem pelo preparo técnico, às realizões práticas e os núcleos de instrução, se equilibrem em instalações.

O Brasil, será dos únicos, dentre os países civilizados, que não cogitou, em seu longo período de formação, da organização do seu ensino universitário, permanecendo êste, até ha poucos anos, sem orientação definida, capaz no decurso do tempo de despertar vocações na pesquisa pura, assenhorar conhecimentos nos campos da aplicação prática e estabelecer doutrinas de norteamento.

Não exerceu influência no povo, e os governos não compreendiam o reflexo de sua formação e organização, no funcionamento competente e eficiente da administração pública. Também não, se supôs necessário e indispensável, como devera ser, uma organização hospitalar conectada ao ensino médico, aquela se fazendo mais livre ainda, sem os mínimos requisitos elementares, entregues aos seus próprios elementos e inclinações momentâneas. Ali está, uma das razões maiores da produtividade diminuta, o desconhecimento de nós próprios, o material desperdiçado, o não aproveitamento real de nossas possibilidades e o pouco incentivo para as realizações modernizadas e concretas, dificultadas sempre, por inseitos, que mal baratam energias, dispensam vontades e impedem, por vezes, trabalho útil.

Esta conjunção, escola e hospital, e a das bibliotecas organizadas, se nos afiguram primeiras e essenciais, porque sem eles, muito difícil era antigamente, e impossível e atualmente, o estudo e a pesquisa documentada, e atualmente, com recursos que não sejam institucionais.

O laboratório, o hospital e a biblioteca, são os nossos campos de atividade e de trabalho, realmente produtivo e da excelência dessas organizações depende em boa parte a qualidade da obra executada. O esforço individual, indispensável no conjunto, se dispersa agindo isolado, e não consegue o fim

colimado pela complexidade dos problemas, que exigem atenção mais particularizada e tirocínio mais especializado. O nosso ensino de medicina não incorporado e alheiado de um ensino universitário, não criou visão conjunta de objetivos, nem formulou ideais humanos e nacionais.

Sem espírito de pesquisa não constituiu o ensino universitário o laboratório, em seu amplo sentido de ministrar ensinamentos básicos, afim de formar profissionais, e provocar vocações de pesquisadores indispensáveis ao arcabouço científico creador e doutrinador.

Não conectou os institutos de pesquisas, ao seu plano de ensino, e não prestigiou os seus cientistas, como professores, estanque o quadro destes, em normas rigidas de escolha, que nem sempre seleciona o mais capacitado, afasta muitas vezes os mais experientes e não aguça, nem incentiva, o trabalho perseverante.

Não pensou em formar as suas bibliotecas, como se as conhece, por muita parte, farta e abundante, em livros e revistas, dispendiosas, mas estremamente útil, e absolutamente necessária, ao estudo, com organização acessível e incentivante.

Não, como um departamento avelhantado e secundário, onde se procura, o que não se acha, em horas certas e inconvenientes, de modo a ficar esquecida, dos que querem estudar.

Como órgão primário essencial do organismo de ensino, o seu papel preponderante exije, uma organização sempre modernizada, onde todos possam saber o que por toda parte se escreve, possam ler todos, o que cada um lê, excitar a curiosidade dos que aprendem a esclarecer sem dificuldades, as confirmações e informações na elaboração dos trabalhos.

Não conjugou o hospital ao ensino, daquele se fazendo hospede, sem interferir na sua direção, não padronizou a organização hospitalar com prejuizo muito sensível da formação profissional. Os serviços isolados e dispersos, entregues ao animo e entusiasmo dos seus chefes, mais incitavam ao didatismo subjetivo, e a nenhum trabalho de conjunto.

Influenciados pela organização Francesa, para cá transportada, sem críticas, nem adaptações, permaneceram as nossas

formações hospitalares, sem requisitos, em geral nem conforto, vivendo de favores e donativos de governos, que não compreendem a essencial finalidade social e humana de um hospital, e os, de maior número de leitos, subdivididos em secções mais ou menos bem aparelhadas e instaladas, conforme o prestigio para obter, o que lhe parecia necessário. Nesta dispersão e incoerência as enfermarias eram melhores ou piores, se os professores dispunham de recursos colhidos por sua própria iniciativa, que aplicavam no serviço, para lhes dar melhor aparencia, e possibilidades de observação e tratamento mais adequados.

Decorre daí o escasso número, que se dedica à pesquisa, porque cercado de enormes dificuldades materiais e de preparação técnica científica, não recebe real incentivo do meio, associando-se os impecilhos à leitura de livros e revistas indispensáveis à consecução de um empreendimento maior e o impedimento, em consultas, a publicações fundamentais. A influência desta organização técnica científica profissional, foi profunda, e explica grande parte dos nossos problemas. O nosso trabalho em muito depende das instalações materiais e das organizações combinadas. Não se afirma, por certo, ser impossível sucessos isolados com organizações improvisadas, porém a finalidade da técnica hodierna, é atingir, a segurança máxima e resultados constantes, em número de conjunto.

Felizmente, se esboçou, nestes últimos poucos anos, um programa de realizações, que ultrapassou um período longo de incompreensão, e por certo, terá influência decisiva no desenvolvimento futuro.

Já se sabe, que a pesquisa é necessária, e se procura incentivá-la, as bibliotecas surgem, embora, com muitas objeções, e as escolas instalam os seus hospitais, que serão fatores de grande progresso, pelo exemplo de organização e elevada instrução.

Porém, tudo se faz lento, lento de mais, para o mundo de hoje, assistimos esta evolução há 25 anos, mas, a idéia venceu, e os homens, de um modo geral, apesar do nosso feitio personalista, parecem mais compreensivos. É indiscutível, em sua grande maioria, em virtude da falta de recursos e da incompreensão dos nossos dirigentes, o baixo padrão dos nossos

hospitais, de um modo geral, com organizações muito aquém, dos recursos técnicos atuais, sem nenhum trabalho associado, e com freqüência, sem norma e sem distribuição de trabalho concatenado. O hospital deverá se ordenar como unidade afim de estabelecer trabalho de cooperação, entre suas partes, eficiente, produtivo e incentivante, e conseguir, deste modo, prestígio científico, que o tornaria de elevada e notória reputação nacional e internacional; e prático, em relação, aos doentes que o procurariam pelo seu próprio renome, como muitos exemplos se conhecem. Mister se faz, é lógico, e não será, esta a primeira vez, que ao fato, nos referimos, e se a êle retornamos desta feita, é, por nos parecer de primeiro plano, a formação da carreira hospitalar, naturalmente entrosada, ao curriculo professoral. Seriam a escola e hospital, concatenados no mesmo roteiro de formação de profissionais, hábeis e habilitados, ao exercício prático da profissão, em sua atividade hospitalar, ao mesmo tempo, conjugando, pelo seu natural preparo técnico, diariamente, exercitado e aperfeiçoado, as normas do ensino, pelo exemplo e confecção de trabalhos. Nada de novo nestas afirmações, assim é em toda a parte do mundo civilizado. Não há outra maneira, de formar o espírito científico, realizador, honesto e criador nas atividades clínicas. Esta idéia norteadora vai lentamente se difundindo e algumas regiões do Brasil se aparelham, embora em escala muito inferior às nossas necessidades, e sem obediência a qualquer plano geral, capaz de atingir a uma finalidade mais ampla.

As especialidades exigem um preparo geral, e por isso, só devem vir, depois de um curso metódico regular e geral. "O especialista melhor qualificado, disse Harvey Cushing, é o homem cujos conhecimentos médicos são os mais preciosos em seu conjunto e que num segundo tempo adquiriu conhecimentos especiais de certas perturbações morbidas". (De Formestraux — Congres Français de Chirurgie — 1946).

Para um estudo especializado é primordial, um ambiente de técnicos e material particulares, adequados ao mesmo fim, para possibilitar, mais difundida e fácil orientação. Assim é imposição formal, que os organismos hospitalares disponham de serviços especiais, para preencherem a dupla finalidade, de atender aos doentes, com recursos bem adaptados, e formar escolas de especialista, capazes de determinar elevado padrão de

trabalho. Deste modo, seria possível, a instituição tão necessária do curso de pós-graduação, com a especialidade de escolha, ao tempo em que surgiria a nossa natural valorização, e o estagio no estrangeiro seria útil mas dispensável. Lembra Calvin Smyth Jnr. em alocução pronunciada perante a academia de cirurgia de Filadelfia. (Anales de Cirurgia 807 - Vol. 4 - 1945). Aspectos do mesmo problema nos Estados Unidos, em princípios deste século, com muita semelhança, aos nossos ainda atuais.

Mas lá, não houve conformação, e se não se empreendeu a oficialização, como em tantos países Europeus, nos moldes de seus próprios orgãos de Estado, provocou-se de livre iniciativa, um alto padrão de ensino universitário, cuja seleção, se fez pelos seus próprios valores, na imposição de requisitos exigentes de estudo, de padronização técnica alta e seleção natural pela competência. Os resultados práticos dessas iniciativas são evidentes, por so mesmo, pois transformaram um país onde se aprendia no alheio, e só o alheio tinha valor, em algumas decadas, num dos maiores centros de ensinamento da técnica moderna. Não se diga, que a riqueza da Nação, teve mais influência que a organização dos seus homens e instituições. Na verdade é fator de relevo, mas como explicar por êle só, quando se vê as instituições de países Europeus, de relativos poucos recursos, e organizações técnicas, até certo ponto, pobres, conservarem pela sua sistemática organização, posto de destaque no progresso geral.

Se destacamos e nos referimos, em especial, ao ensino médico, é, porque nos entrosamos dentro dele mais diretamente, porém não estaremos fora da realidade, adaptando considerações idênticas, a todos os setores do ensino universitário. Os exemplos são de todas as profissões. A falta de objetividade e racionalização do ensino técnico e geral, e a técnica, por excelência, é objetiva e racional. Afastados, por doutrina, ao chamado técnicismo, não o confundimos, com progresso técnico, que é fundamental à Nação, e julgamos, que suas aplicações, mais humaniza o homem, mais acentua a personalidade humana e transforma o técnico, infundindo-lhe direito à dignidade, à livre escolha da liberdade, ao dever da moralidade, e à obrigação da solidariedade. "O homem fica superior ao seu instrumento, e se êle é especializado como técnico, recusa a ser es-

pecialista, como homem. (Le progres técnique et la personalité humaine — Girardeau — pág. V — pref Siegfried).

As nossas soluções não podem ser inglesas e nem Norte-americanas. A nossa civilização é diferente. O nosso progresso é menor. Os nossos recursos técnicos e financeiros muito inferiores. Demos, por tanto, aos nossos problemas as soluções que estão ao alcance da nossa capacidade, o que não podemos é deixar estes problemas agravarem-se continuamente, entregues ao abandono e à descrença geral.

O desajuste flagrante, existente entre o progresso técnico e o ensino universitário, acabou, por determinar, uma orientação normativa de carater estatal, para sua eventual solução. Presenciamos, de alguns poucos anos para cá, a constituição de algumas Universidades Federais, ao lado das Faculdades ou Universidades livres, o todo, constituindo um amálgama difundido pelo Brasil sem qualquer critério diretor seja geográfico, seja mesológico. Este aspecto global da orientação, mostra, que, em muito pouco, se modificou no âmbito nacional, a diretriz fundamental da programação do ensino Universitário, pois continua a possibilidade de formação de institutos isolados ou agrupados, sob exigências mínimas e de favor, com base na artimanha poltíica, sem apresentar requisitos e fundamentos, e o tipo da universidade Federal, atualmente multiplicada e se multiplicando, baseada, no prestígio político.

Assim, os encargos se somam, e expressos em números, mostram um dispêndio enorme com o ensino técnico e superior, porém, pela sua dispersão, em ordem inversa de eficiência, porque, não se caracterizou por qualquer sentido de necessidade regional, e principalmente, não cogitou de sistematização técnica, mas sim, de sistematização burocratica. A Universidade estatal ou para estatal obedece, em seu conjunto à ordenação dos bens públicos e equipara os seus cargos, a rigidez da máquina burocrática, com muitos direitos e poucos deveres. Ora, a carreira universitária não pode ser encarada e apreciada, fora de seu feitio funcional, e a sua regra, deverá ser, necessariamente vocacional, o seu critério, o da competência, e as suas realizações materiais terão, que ser norteadas, para um aproveitamento, que ultrapassa a compreensão da problemática comum da administração pública. A interfe-

rência estatal é compreensível, e com os nossos recursos, talvez, mesmo necessária, porém é indispensável, que não se acredite ser a universidade um simples departamento seccional da direção dos negócios públicos.

A universidade é um organismo complexo de conceito universal e nacional.

Já escrevíamos em 1940 e apesar de muitos anos vividos, parece-nos azado repetir: "A universidade é idéia e ato, que se associam para concretização não se medindo, por diferença de importância, e só, se a devendo compreender realizada e executada, na idéia do seu princípio fundamental, refletida na educação nacional.

Um é aplicação, ato, portanto, dependente do país e seu povo, seu grau de civilização e recursos materiais, privados e públicos; outra é idéia, geral e universal no conceito, dirigente da realização!

É o ambiente, que formará as elites, esta hoje, tão malsinada palavra, que, em seu verdadeiro sentido, não se antepõe homem-massa, mas representa na realidade, o mesmo homem, na mesma sociedade, instruido e educado, no plano alto de todas as atividades humanas,com dignidade e com moral, para a finalidade do bem comum.

Diriamos, talvez, com acerto, que a instrução aperfeiçoa a inteligência, e a educação se sobrepõe à personalidade.

O cultivo da inteligência prepara tipos variáveis de conformação intelectual: o descritivo, que vê em extensão, repete com fidelidade, mas raramente conclue; o analitico que sente as cousas e os fatos acumulados e associados, observa e compara, mesmo, que sejam contraditórios, e a êles se referem por conclusões; o sintético, que equaciona as conclusões, relaciona as causas, induz e deduz, e projeta a síntese.

A educação marca o cunho da personalidade, domina o instinto, infunde princípios morais, cria o espírito de solidariedade e eleva as relações humanas.

Se acreditarmos, como Gilson, "que o ser é Ato e Bem, mostramos, que ele pode agir como causa, e sugerimos, ao mesmo tempo, que ele contém uma razão de exercer este poder

causal. Porque ser é agir e agir é ser. A habilidade pela qual, o bem se exerce, é, no caso de um inteligível, a livre manifestação da energia, pela qual o ser existe.

O sentido das nossas cogitações, estabelece um programa, para cada um de nós, dificílimo, pois sem dúvida, numa época, como a atual, com sinais evidentes de decadência social e fim de civilização, quando se percebe, como nas fases mais trágicas da civilização cristã, a derrocada da moral natural, a destruição paulatina do profundo significado da família, o abuso desordenado da riqueza, o requinte do luxo, imediatismo do gozo material, e a fuga do sacrifício individual e coletivo.

Podemos e devemos, reagir contra esta difusão e generalização, que deturpa e penetra subtriciamente, os indivíduos e as instituições, e que faz esmorecer os melhores, como a dizer, que nada adianta de nada.

É o mundo, que devemos viver, mas o homem faz o seu destino e exerce influência pelas idéias e pelos atos.

Estamos ainda convictos, que possa ser diferente, caros amigos, e se este problema, for o problema de todos, a sua solução será uma reação lenta e certa, com natural reflexo para o bem, pessoal, social, e nacional.

RESULTADOS IMEDIATOS E TARDIOS DA GASTRECTOMIA PARCIAL E TOTAL NO CÂNCER GÁSTRICO

Agradecemos a gentileza do convite e a honra é muito nossa em estar presente a esta reunião da sessão de cirurgia da Associação Paulista de Medicina. Para nos restringirmos ao estrito horário, fizemos uma forma de conclusões. Conclusões estas do que nós temos visto durante êstes 25 ou 30 anos, do que temos praticado, e do que a literatura nos tem ilustrado.

Comparar resultados não é nada fácil, pois os fatores intercorrentes são múltiplos. As condições são muito variáveis, as séries são muito diferentes e a apreciação é muito pouco objetiva. Em nossa opinião, os métodos (gastrectomia parcial e total) se justapõe, não se opõe. Até mais ou menos 1945, a prática comum era a ressecção parcial, e a total a exeção. Entre 1945 e 55 se ampliou a execução da total e supomos que Lahey teve muita influência nesta modificação de atitude. Nesses últimos 10 anos a gastrectomia total se tornou uma intervenção de prática difundida e tecnicamente perfeitamente exequível. Consideramos o ambiente hospitalar e a experiência do cirurgião como fundamentais. A indicação cirúrgica será:

a) gastrectomia sub-total ampla 3/4 ou 4/5 do estômago, desde que a lesão permita ressecção a distância, em parede gástrica livre de células cancerosas.

b) gastrectomia total chamada de necessidade em que a extensão da lesão não permite outro tipo de execução para a sua estirpação completa.

c) gastrectomia total de princípio, isto é, sistemática, considerando o órgão atingido pelo câncer e a sua estirpação como necessária para a cura.

Não há concordância entre os cirurgiões, de qual a atitude melhor definida.

Analisaremos os fatores que influenciam nesta diferença de ponto de vista:

1) A sub-total é inegavelmente mais fácil tecnicamente, máxime nos indivíduos gordos e de esôfago profundamente situados;

2) Êste tipo de intervenção é mais comumente executado, por isto, mais usado pelos cirurgiões;

3) O câncer está situado 70% das vêzes na região do antro gástrico passível quando ressecável de gastrectomia sub-total. Fenwieck em 1850 casos dá a seguinte localização: piloro 68%, pequena curvatura 2%, cárdia 10%, face posterior 5%, garnde curvatura 3%, fornix 1,5%. Em 34 casos observados no período de 4 anos, em nossos serviço: fornix 3; corpo 3; antro 24; pequena curvatura 3; grande curvatura 1; estabelecendo-se uma proporção mais ou menos idêntica.

4) O maior problema do câncer é a invasão ganglionar, que existe com enorme freqüência (95%) nos cânceres evoluídos, com menos freqüência (50%) nos de aparência localizada. Os resultados operatórios são diferentes quando há ou não metástases. O gânglio hipertrofiado nem sempre significa metástase, pode ser inflamatório. A erradicação ganglionar deve acompanhar a intervenção. O maior óbice é a extensão do território linfático infiltrado e quais as possibilidades de uma total estirpação. Em muitos trabalhos publicados na Clínica Mayo e no Congresso Internacional de Moscou, essa diferença ficou muito patente. O resultado tardio foi de 56% de resultados favoráveis quando não havia metástase, enquanto baixava para 25% quando havia metástase.

5) A possibilidade de permanecerem células cancerosas no nível de secção gástrica e rescidiva se fazer nesse nível é o fator mais desfavorável a prática da sub-total. Existe a possibilidade da complicação por desenvolvimento do câncer no côto gástrico, mas dá a impressão de ser muito rara como a manifestação principal da rescidiva, embora haja autores que falem em 25% desta possibilidade.

6) A mortalidade imediata é muito mais elevada na total, do que na sub-total, mesmo em trabalhos mais recentes, embora a análise mostre uma melhoria muito sensível nos últimos

10 anos. Lahey em 1944, 33%; Lahey em 1950, 10%; Smith em 1952, 16%; Lawrence em 1960, 19,20%; Lortat Jacob em 1962, 10%, para as totais, enquanto que para as sub-totais não ultrapassa 6%. Nós mesmos sentimos essa evolução. Porém, são excepcionais as estatístics cuja mortalidade esteja abaixo de 10%, nas totais. Enquanto que nas sub-totais variam de 2 a 5%, nesses últimos 10 anos. Nas últimas 50 sub-totais que praticamos não houve nenhuma mortalidade hospitalar.

A necessidade, deve ser considerada como um elemento de importância. O cirurgião, que pratica a total de princípio, tem, mortalidade imediata mais baixa.

A análise dos resultados tardios de sobre-vida e de estatísticas globais de 3 e mais anos, de 5 e mais anos, é decepcionante e demonstra a percentagem de 20% para as totais de 35% para as sub-tais. Êsses números na realidade só demonstram a gravidade excepcional do câncer do estômago. Para se afirmar, das vantagens e das desvantagens, de uma ou de outra conduta, como afirma Lortat Jacob, seria necessário comparar séries de sub-total e total de princípio e analisar os seus resultados, escoimando mesmo assim certas peculiaridades, como seja extensão da lesão, metástases ganglionares, grau da evolução do câncer, etc.

Estudamos pesoalmente, 50 operados, de 1950 a 55. 18 não foram ressecados, 12 sofreram gastrectomia total, com 3 mortes nos pós-operatório imediato e os restantes foram submetidos a sub-total. Dos 9 casos de total que subreviveram, 4 tiveram graves perturbações nutritivas e faleceram de 2 a 6 meses após a cirurgia e os 5 restantes com recuperação discreta faleceram no segundo ano. Dos submetidos a sub-total, alguns viveram 5 ou mais anos sem reoperação. Notamos uma taxa sensível de não resescados, conduta esta sem dúvida influenciada pelo cirurgião, recursos técnicos e pela convicção pessoal.

Quanto ao grau de evolução do câncer, quando chegam os doentes ao serviço, em nada se modificou para melhora nesses últimos 20 anos. A extensão da lesão e a sua aparência volumosa noã devem impedir a ressecção, pois não é raro esses doentes terem longa sobre-vida.

Lawrence em 1960 apresentou estatística com fatos idênticos: de 284 pacientes, 263 foram operados; 112 operações

curativas e 26 sobreviveram por mais de 5 anos. Da conduta entre as totais e sub-totais este autor apresenta, 27% para a total e 35% para a sub-total. Nós não vamos insistir em ler maior número de estatística porque quase todos apresentam os mesmos aspectos.

Outro fator de importância a considerar são as conseqüências da própria intervenção sobre o estado geral do doente. A gastrectomia sub-total é de adaptação funcional muito favorável. É inegável que 80 a 85% dos operados se ajustam a intervenção de forma praticamente normal, os restantes sofrem conseqüências que excepcionalmente assumem caráter de gravidade. A gastrectomia total, no entanto, tem uma possibilidade de inadaptação funcional muito grave e por vezes irrecuperável. Os cuidados clínicos posteriores a intervenção terão que ser muito severos e prolongados e muito raramente os doentes se sentem normais. A opinião neste particular não é unânime. Dos nossos doentes a metade teve perturbações mais ou menos graves e a outra metade exigiu cuidados prolongados e persistentes. É frequente o emagrecimento acentuado. A proporção dos que tem seu peso equilibrado é muito baixa, 3 em 40 (Ewerson 1952). A absorção de proteínas é prejudicada o mesmo acontecendo em relação as gorduras e é frequente a esteatorréa. A carência vitamínica é sensível e é comum a anemia megaloblástica. Pessoalmente consideramos estes aspectos como fator ponderável na atitude do cirurgião.

Tem sido estudado o tipo anatômico do câncer e sua implicação no prognóstico. Lahey considera êste fator de pouca importância, porém Martin E. Kay em 1964, em uma revisão de 5 anos de sobrevida, notou melhores prognósticos, 56,2%, no câncer sem infiltração e 12,8% no tipo infiltrativo. A degeneração da úlcera gástrica sem metástases ganglionares tem um prognóstico mais favorável do que o carcinoma primitivo. E curiosamente nesses últimos anos tem havido mais interesse parece ser maior do que se supunha. E há uma certa tendência em acreditar que nos doentes de câncer, havia anteriormente erosões gástricas ou sofrimentos gástricos mais ou menos prolongados fazendo suspeitar que esses doentes tivessem lesões gástricas ulcerosas mucosas talvez há mais tempo do que se imaginava. Esse último congresso em Moscou fez ver isto. Há um estudo muito prolongado de um cirurgião, Iako, no Japão,

onde como dise o Prof. Bastos, esta lesão é muito mais frequente do que em outros países e particularmente com um contingente muito alto na mortalidade geral. Êste patologista fêz um estudo prolongado, e verificou um percentual muito elevado de câncer nos doentes que tinham lesões erosivas, onde o câncer deve ter se desenvolvido sôbre lesões mínimas preexistentes. A nós pareceu um fato muito curioso por que é uma idéia inteiramente oposta a que nós tínhamos. Sabemos que a úlcera tem uma possibilidade de transformação, de degeneração; nossa estatística dá 10% de doentes de úlcera que degeneram para câncer, mas nós não tínhamos uma impressão dêste aspecto anteriormente relatado.

Podemos aceitar à visa de conclusão:

Os trabalhos atuais parecem não convencer das vantagens do cirurgião ter como conduta a gastrectomia total de princípio. A gastrectomia subtotal ampliada, se justifica quando a extensão da lesão permite uma ressecção distante do câncer. A ressecção paliativa deve sempre que possível ser praticada pelo benefício que acarreta ao doente. O prognóstico depende mais do diagnóstico precoce de início ou em tempo útil, e do fator ganglionar com ou sem metástases, do que obviamente da gastrectomia total ou sub-total.

Oração de Paraninfo — Universidade Católica do Paraná.

Magnífico Senhor Reitor, Reverendo Sr. Arcebispo, Senhores da Mesa, Minhas Senhoras, Meus Senhores, Prezados Amigos.

A distinção que me foi conferida, sendo escolhido paraninfo da turma de Médicos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica, me sensibiliza sobremaneira.

Nestas 4 décadas de contato com as lides universitárias, nas suas variações múltiplas, a fundação, a formação e o desenvolvimento da faculdade onde convivestes estes anos foi um marco indelével. A Escola tem mais de 10 anos de existência e já formou algumas turmas de médicos. Coexistência institucional é tempo que não se conta, é muito pouco para fazer tradição, porém não é o mesmo individualmente para os que sentiram e viram passar este período fixados pela responsabilidade de manter o nível adequado de ensino, o conceito das razões por que foi fundada e o exemplo de dedicação e despreendimento na missão a que se destina. É evidente que a Escola é cooperação de todos que trabalham, estudam e investigam dentro dela, administradores, professores e estudantes, pois todos têm o mesmo sentido de elevação de propósitos e desígnios que devem nortear o instituto onde se tenciona formar médicos.

A nossa atividade combinada não foi e não é nunca, em qualquer parte, simplees e sem percalços e incompreensões, porém, sabemos que tudo pode ser superado com firmeza, tolerância e bondade. A forma ideal como foi constituída modificou-se na sua evolução, menos em função de sua própria constituição e mais por fatores externos, que certamente deveriam influenciar. Percebe-se numa análise geral que nestes últimos 10 anos despontou uma diretriz global e particular, de difícil

entendimento, que será responsável por sensíveis alterações no futuro.

A concepção conceitual que formulou o curso nesta Universidade, nada tem de semelhante com o aspecto panorâmico que se observa no conjunto do ensino superior. A orientação de todos era idealística, e só interessava a finalidade de instruir e educar, tanto mais quanto possível porque se pretendia influir moralmente pelo exemplo, ensinar pelo ensinar e transmitir a própria experiência adquirida no decorrer dos anos, com desprendimento. Queríamos constituir um núcleo onde todos fossem o todo, mutuamente influenciados por um condicionamento comum de formação intelectual e moral. Dizer que não foi assim é demais e afirmar que está sendo é muito, porém, sem dúvida, a estrutura tem se mantido com êxito, em alto nível, capaz e igual às escolas de bom padrão e sem perder o elan de ser melhor.

A Universidade é um organismo vivo na sociedade hodierna, influencia e é influenciada, pelo desenvolvimento material e intelectual do país e do mundo. Formar médicos não pode ser estático e por isso mesmo as modificações são insensíveis, mas existem. As concepções variam e a seu tempo promovem mudanças de atitude, de conduta e de execução. Estamos assistindo a uma verdadeira revolução nesta ordem de idéias cujos resultados são imprevisíveis. A sociedade intimamente interligada na própria essência e existência não se altera em parte, não se observa nunca a modificação de um só setor, mas sempre repercute à distância, tem implicações e interferências de caráter político, moral e social, criando-se, à deriva dos acontecimentos, objetivos novos muitas vezes de forma surpreendente num encadeamento sem domínio. Os grupos sociais, e a Universidade é um deles, se diferenciam pelas suas atividades, mas se englobam na finalidade que, em última análise, é a preservação da pessoa humana.

Na sociedade todos têm a mesma importância, embora deva haver valores hierárquicos pessoais. A pretensão de formar médicos não foge a esta problemática, e não deve ser uma condição puramente financeira, porque os objetivos do profissional, essenciais e muito amplos, dependem de outros fatores. O curso médico inicia uma preparação que se prolonga pelo tempo de vida profissional e deve ser encarado como um conjunto

de conhecimentos necessários, a serem adquiridos num tempo suficiente. Nesta época de estudos, o precípuo é o básico e o fundamental, e o mais importante é firmar a própria personalidade, e preparar a inteligência para a compreensão .Nenhuma profissão oferece mais ampla oportunidade de sentir o homem e suas contínuas ansiedades, em nenhuma implica responsabilidade maior no seu exercício. A complexidade de sua formação exige muito mais que um tempo limitado. Este assenta as bases porque na realidade a sua realização plena dura toda a vida e sempre se sente um sabor de insatisfação. Exige a sua prática integração pessoal e social e sua repercussão funcional é permanente. A profissão é técnica e é arte a técnica é material; a arte espiritual. A primeira em si mesma é objetiva; a segunda é eminentemente subjetiva. Uma é complemente da outra. Se o progresso técnico nos espanta e nos deixa perplexos, a arte nos aperfeiçoa intimamente e desperta o verdadeiro sentido humano. Esta concepção global sempre agasalha o médico na Universidade Clássica Humanística porque para nós, médicos, a melhoria técnica não é um fim em si, mas tem o objetivo de melhor desempenho funcional e mais acertada execução, sempre determinada pelo fator humano. A quem se destina ser médico, a Universidade oferece um período de estudos que se divide basicamente na escola e no hospital. A escola é aparentemente impessoal e fria; o livro e o laboratório, o cadáver e animais, microscópios e aparelhos são os seus instrumentos e objetos mas, ao mesmo tempo, a ciência e o professor criam, com suas contingências, métodos e perspectivas, um ambiente espiritual, imponderável em sua vivência e convivência, interpreta, associa, impregna a todos, dando-lhes uma verdadeira existência.

O hospital na aprência também pode parecer frio e impessoal quando sua imagem se delineia pelo monumental de suas paredes e riqueza abundante de sua aparelhagem; muda de face, no entanto, quando se vê nele o doente, razão de sua existência, que lhe dá calor e vida e onde necessariamente deve existir simpatia humana e dominar com compreensão o sofrimento e a solidariedade humana.

A conjugação escola e hospital aponta os fundamentos e princípios da formação do médico porque ao tempo que se instrui, educam-se seus sentimentos em contato com o sofri-

mento. Tudo faz para minorá-lo e aliviá-lo e, a sua própria instrução é para melhor servir e ser útil.

No hospital o drama é de todos os dias, o ânimo próprio e a bondade são o maior instrumento. A compreensão mútua dos defeitos humanos é o maior fator de aproximação; o discernimento das imperfeições próprias e alheias, a maior razão de execução.

O médico vive esta contingência intimamente e ela desperta, a todo momento, uma necessidade de cooperação e solidariedade. O aperfeiçoamento espiritual do homem, que também é médico, nunca foi tão necessário como na época atual. A formação interior que domina o gesto é tão importante quanto a competência profissional. Criar este condicionamento de auto educação e ambiental é trabalho diuturno e árduo, indispensável neste regime de violência que vive o mundo. Seria um programa de colaboração. O médico, em vez de se deixar dominar pelo sentido da violência interior que existe em cada um — refletida tantas vezes na manifestação exterior, — aproveitaria o contato diário com tanta gente para trabalhar com afinco em benefício dos outros e minorar a crueldade da vida.

Os requisitos mínimos para atingir esta finalidade não são de alcance fácil e se o material é necessário, o contingente pessoal é preponderante. A participação ativa de cada um, sem preocupação imediatista e utilitária, fugindo à passividade e inércia, são os fatores principais.

A Universidade, já afirmamos alhures, e idéia e ato. A idéia é o universal como existência e concepção e perdura com os séculos. O ato é realização, aparência e matéria, mutável na época, passível de receber normativas diferentes.

A Universidade está suportando o impacto desta insatisfação geral e sente a premência de se adaptar em seus recursos e meios ao desassocego inquietante do mundo atual.

Uma Universidade procura novas denominações às coisas velhas, desprende-se da tradição para criar novas, modifica os seus sistemas interiores, coloca os professores em atitudes funcionais muito diversas das anteriores e se deixa guiar numa filosofia de ensino na qual os números são mais significativos, a imagem do professor é impessoal, se ensina pouco, importa;

está a universidade recebendo a influência da atual desorganização da sociedade.

É indubitável, é imagem comum, de apreciação comum, que o social, sempre mutadiço, está vivendo, nestes últimos anos, uma transformação, não de aparências externas que sempre existiu e não tem importância, mas de entendimento interior, diferente e de diretrizes novas e a ninguém é possível prever e afirmar as conseqüências.

Todas as contingências humanas estão modificadas e o relacionamento social é completamente outro. As condições desta nova posição interferem insensivelmente na atividade profissional do médico e, ao mesmo tempo que se socializa, sofre a influência do número e da quantidade, em detrimento da qualidade e valor individual.

Adaptar-se à evolução é lógico, é conseqüência natural do próprio fenômeno social, mas não deve significar anulação, tão desnecessária como inútil.

Prezados Amigos, não darei um sentido pessoal ao encerrar este discurso, nem tão pouco subjetivo, não quero que transpareça o próprio sofrimento, nem marque o contraste entre o passado e o futuro, cujas características mais e mais se mostram diferentes e peço que se veja o significado realístico, objetivo e verdadeiro, sem otimismo ou pessimismo.

O mundo atual é um mundo novo, onde se partem todos os dias laços antigos que se prendiam entre si mas este mundo não é melhor nem pior, é a vida. Não é fácil, não é difícil, é penosa, é cruel, é alegre, é compensadora, é a vida. Tem deveres e obrigações, tem direitos e privilégios, tem prazeres e sofrimentos, esperança e desespero, crença e descrença, é a vida.

O médico se obriga a desempenhar um papel relevante porque ele auxilia a viver.

Deus ajude a todos!

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

1. Uma página
   Dr. Eduardo Corrêa Lima .....

2. Apresentação
   Dr. Pedro Emílio de Cerqueira Lima Neto .....

3. Dados Biográficos .....

4. Uma época. Uma Vida.
   (Seu depoimento ao Museu da Imagem e do Som
   do Paraná) .....

5. Depoimentos
   Dr. Egas Izique .....
   Dr. Felix do Rego Almeida .....
   Dr. Manoel Stenghel Cavalcanti .....
   Dr. Mário Montanha Teixeira .....
   Dr. Nelson Luiz de Souza Pinto .....
   Dr. Ney Regatieri Nascimento .....
   Dr. Renato Araújo Bonardi .....

6. O ocaso de um grande professor.
   (Sua última aula) .....

7. Dois pronunciamentos
   a) Dr. Eduardo Corrêa Lima .....
   b) Dr. Pedro Emílio de Cerqueira Lima Neto .....

8. Homenagens .....

9. Honrarias .....

10. Bibliografia .....

11. OPERA OMNIA .....

   — Ruptura expontanea da vesicula biliar em
   peritoneo livre .....

   — Fractura do olecraneo .....

   — Phalangisação do primeiro metacarpiano .....

   — Em torno de um caso de parotidite aguda pós-
   operatória .....

   — Um caso de ruptura de prenhez tubaria .....

— Ileus mecanico por appendicite 249
— Flebites e embolias post-operatorias 255
— Hérnia diafragmatica 269
— Oclusão intestinal de causa apendicular 281
— Talalgia e exostose sub-calcaneana 287
— Perfurações das ulceras gastricas e duodenais em peritoneo livre 295
— Oração de Paraninfo 311
— Da fratura supra-condiliana completa do Humero 325
— Aneurisma arterio-venoso da humeral com paralisia do mediano 337
— Dircurso de posse como Presidente da Associação Médica do Paraná 345
— A formação do médico 347
— Conceito de Universidade 357
— O estudo da Clínica Cirúrgica no Curso Médico 361
— A formação intelectual 375
— Fratura da epitroclea com inclusão na interlinha articular do cotovelo 385
— Conceito atual da traumatologia 393
— A doença do metatarso de Koehler 403
— Tratamento da osteomielite aguda hematogênica 411
— Da úlcera gastro-duodenal 473
— Traumatismos do pé e acidentes de trabalho .. 479
— Penicilina e osteomielite aguda hematógena ... 491
— Oração de Paraninfo 499
— Discurso de instalação do VIII Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia 511
— Symposium de tratamento cirúrgico das úlceras gástrica e duodenal 521
— Aspectos do ensino médico no Brasil 535
— Ensino Universitário e progresso técnico 539
— Resultados imediatos e tardios da gastrectomia parcial e total no câncer gástrico 549
— Oração de Paraninfo 555