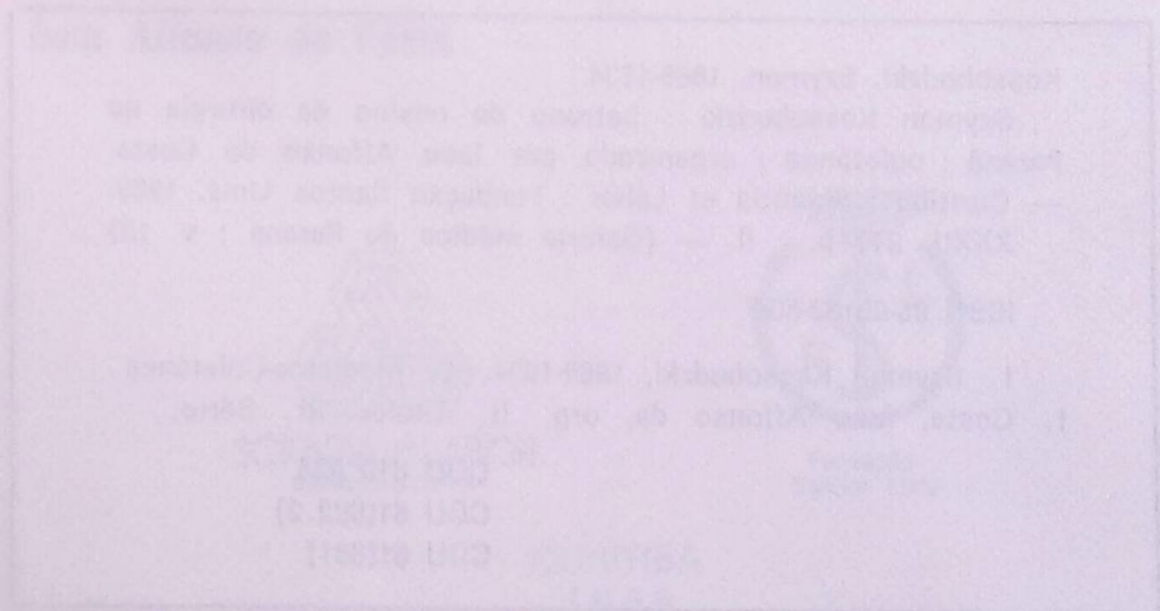


Szymon Kossobudzki

Patrono do ensino da Cirurgia do Paraná



SÉRIE GALERIA MÉDICA DO PARANÁ

Universidade Federal do Paraná

Reitor

Riad Salamuni

Vice-Reitor

Dante Romanó Junior

SCIENTIA ET LABOR

Editora da UFPR

Diretora

Leilah Santiago Bufrem

Conselho Editorial:

Presidente:

Clenir de Assis Lopes

Titulares:

Wanda Maria M. R. Paranhos (membro nato); Antonio Pianaro; Joâni Giacomitti; Inês Lacerda Araújo; Carlos E. Kantek G. Navarro; Eleidi Alice Chautard Freire Maia; Carlos Avosani; Carlos Alberto Picanço de Carvalho; Affonso Coelho.

Suplentes:

Paulo Sérgio Growoski Fontoura; Maria da Glória L. S. Colucci; Alceu Souza; Elisa Campos Quadros; Vismar da Costa Lima Neto; Muriel Mourão Vieira; Evaldo Antônio Montiani Ferreira; Aurélio Santorelli; Paulo Roberto Müller.

FICHA CATALOGRÁFICA

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central

Kossobudzki, Szymon, 1869-1934

Szymon Kossobudzki : patrono do ensino da cirurgia no Paraná : coletânea / organizado por Iseu Affonso da Costa. — Curitiba : Scientia et Labor : Fundação Santos Lima, 1989. XXXII, 240 p. : il. — (Galeria médica do Paraná ; v. 13)

ISBN 85-85132-50-7

1. Szymon Kossobudzki, 1869-1934. 2. Medicina-Coletânea.
I. Costa, Iseu Affonso da, org. II. Título. III. Série.

CDD 610.924

CDU 61(092.2)

CDU 61(081)

Galeria Médica do Paraná

VOLUME XIII

Szymon Kossobudzki

Patrono do ensino da Cirurgia do Paraná

Coletânea

Organizado por
Iseu Afonso da Costa



SCIENTIA et LABOR
EDITORA DA UFPR



Fundação
Santos Lima

CURITIBA
1989

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

ISBN: 85-85132-50-7

Equipe de Realização:

Revisão: Iseu Affonso da Costa

Capa: José Roberto Meireles

Scientia et Labor — Editora da UFPR
Travessa Alfredo Bufrem, 140 — Térreo
Fone (041) 264-2522 — Ramal 174
80020 — Curitiba — Paraná

Composto e impresso na
Imprensa Universitária da UFPR
Rua Bom Jesus, 650
Fone (041) 252-6712
80030 — Curitiba — PR

Ref.: 078

A Fundação Santos Lima e a Editora Scientia et Labor da Universidade Federal do Paraná, dando seqüência às publicações de sua "Galeria Médica", muito honrada, presta homenagem, desta feita, ao Prof. Szymon Kossobudzki, que escreveu, um dos capítulos mais expressivos na história das relações culturais polono-paranaenses, preparando o terreno para a formação de uma verdadeira Escola Cirúrgica em nossa terra. Ao reeditar seus trabalhos científicos, lamenta não o ter feito do modo integral, de vez que as publicações européias, em idioma polonês, tcheco e russo não foram obtidas.

AGRADECIMENTO

Aos descendentes de Szymon Kossobudzki,
que me franquearam acesso a documentos
pessoais e informações preciosas sobre o
ilustre professor.

I A C

FUNDAÇÃO SANTOS LIMA PRÓ-MEMÓRIA MÉDICA
DO PARANÁ

PATRONO



MANOEL PEDRO DOS SANTOS LIMA
1843-1898

MANOEL PEDRO DOS SANTOS LIMA

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

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

"Foi num dia assim, frio, a geada enfeitando a natureza.
E faz tanto tempo!
Um século exato.
Sonhos, ilusões, fantasias, quase tudo o tempo foi levando.
Levando...
O tempo leva quase tudo...
Só a vida, o tempo não leva...
A vida, quando a vida se prolonga noutras vidas...
O passado e o presente sempre se encontram.
Um túmulo que se abre, um berço que se embala!
É a vida vivendo dentro de um sorriso...
É a vida vivendo dentro de uma lágrima ...
Foi num dia assim, frio, a geada enfeitando a natureza.
A cidade acordou em festa.
Tão modesta era a cidade, com a sua centena de casas, a
sua vida simples, a serenidade que tudo envolve. na doçura
de uma paz perfeita.
Plangia o sino da igreja, chamando os fiéis.
Era dia de São Pedro.
E pelas esquinas se erguiam, na geometria de um quadrilátero,
as pilhas de lenha...
Fogueiras em louvor do Santo!
A petizada, impaciente, ansiava pela chegada da noite,
quando as fogueiras, numa bizzarria de luz, iluminavam todas
as esperanças...

Foguetes riscavam o céu.

A noite desceu.

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

Era a festa dentro de outra festa.

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

E, subindo, iluminavam o caminho das preces.

O pensamento paterno seguia aquele rumo, murmurando mil
coisas.

No enlevo de um supremo conforto.

Dia de São Pedro!

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

Seria MANOEL PEDRO!

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

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

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

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

Não tinha quase um pouso fixo.

Andava espalhando Justiça."

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* * *

Se a modéstia foi traço característico da personalidade do

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

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

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

— "Referi tudo quando havia feito.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* * *

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

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

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

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

— "A caridade jamais passará".

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

Jesus deixou-nos a mesma lição em uma frase:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* * *

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"FAZE ISTO E VIVERÁS."

Prof. Arnaldo Moura

S U M Á R I O

— Estudo Biográfico

Polônia

Os Kossobudzki

O Exílio

Varsóvia

Novamente a política

No Brasil

Curitiba, Santa Casa, Universidade

Político, Literato, Artista

Publicação Científica

A personalidade do Dr. Kossobudzki

A descendência de Szymon Kossobudzki no Brasil

Referências Bibliográficas

— Duas Cartas Abertas

— Bibliografia

— Índice Remissivo

Szymon Kossobudzki
Cidadão de dois mundos

Estudo Biográfico

Entre este mar e o Tanais vive estranha
Gente, Ruthenos, Moscos e Livonios,
Sarmatas outro tempo; e na Montanha
Hercynia, os Marcomanos são Polonios.
Sujeitos ao império de Allemanha
São Saxones, Bohemios e Pannonios,
E outras várias nações que o Rheno frio
Lava, e o Danubio, Amasis e Albis rio.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

...aqui, em 1940, a primeira vez que o Brasil se tornou
um país independente, e não mais uma colônia. Isso
foi devido ao fato de que o Brasil não quis ser
dominado pelos Estados Unidos.

Para captar, integralmente, o significado da vida de Szymon Kossobudzki, e compreender-lhe toda grandeza, é necessário conhecer as circunstâncias históricas e vivenciais em que ela se passou, tão íntima foi a ligação com o destino de seu povo, antes que viesse viver entre nós.

Polônia, a Polska dos poloneses, Polcha dos Russos, Polen dos austríacos e prussianos, é uma vasta região da Europa Central, sem fronteiras naturais a leste e oeste, onde, há milhares de anos, estabeleceram-se os eslavos, nas bacias de Oder e do Vístula, vizinhas dos territórios habitados por bálticos e germanos.

A nação polonesa originou-se da união de diversas tribos eslavas, como os polanos, vistulianos, silésios, pomerânios e mazovianos, que viviam no centro da Europa desde tempos imemoriais. Descendiam dos grupos proto-eslavos e organizaram-se, como Estado, nos fins do século IX, com a ascensão de Mieszko I, ao poder, na Polônia.

O fato de estar a Polônia situada, exatamente, no centro do continente europeu teve grande influência na formação do caráter nacional e em seu desenvolvimento histórico.

No transcurso dos séculos, embora passassem por grandes mutuações e vicissitudes políticas, os poloneses conservaram, sempre, sua identidade nacional.

Convertidos ao cristianismo romano em 966, jamais pertenceram ao Sacro Império, mas serviram, várias vezes, de baluarte da civilização cristã, ante invasões de tártaros e mongóis, turcos e cossacos, vindos do oriente.

Após a Idade Média, a Polônia, unida à Lituânia e à Ucrânia, chegou a constituir um grande Estado, estendendo-se do Báltico às proximidades do Mar Negro.

Nos séculos seguintes, a história polonesa foi tormentosa. O país enfrentou inúmeras guerras com as nações vizinhas, além de grandes dificuldades internas, com os nobres em constante disputa política e o povo mantido em servidão semi-feudal.

Em fins do século XVIII, a Rússia, Prússia e Austria realizaram a primeira grande partilha da Polônia (1772), à qual seguiram-se mais duas, em 1793 e, finalmente, em 1795, quando a Polônia deixou de existir como estado autônomo.

O século XIX, seguindo-se a essas partilhas, foi, talvez, o mais triste da trágica história polonesa.

A nação começou a renascer, quando Napoleão criou o Grão-ducado de Varsóvia, com territórios tirados da Prússia, colocando-o sob a soberania do rei da Saxônia.

Após a derrota napoleônica, Alexandre I da Rússia inspirou a transformação do Grão-ducado no Reino da Polônia, politicamente subordinado ao Império czarista.

Depois da morte de Alexandre I, foram sufocadas várias insurreições, e o país perdeu sua liberdade, passando a província do Império russo, com autonomia muito limitada.

Patriotas poloneses tentaram resistir à russificação, reunindo-se em sociedades secretas, uma das mais importantes das quais foi a Maçonaria Nacional.

Subindo ao trono, Alexandre II adotou uma política mais liberal e tentou promover a modernização de seu Império, cujo atraso contrastava com o progresso das potências européias.

O relaxamento da dureza do domínio russo sobre a Polônia propiciou movimentos de rua, tentativas de assassinato do czar, culminando com grande levante nacional, em 1863, reprimido com alguma dificuldade.

No início da década de 1880, Alexandre II foi assassinado por agentes do Partido da Vontade do Povo, no primeiro da série de movimentos revolucionários que iriam sacudir o Império Russo.

O novo czar, Alexandre III, seguiu uma política extremamente reacionária e russificante (Narodnost), frustrando todas

as medidas reformistas. Passou a exercer controle autocrático das comunas do Império, inclusive as da Polônia.

Objetivando afastar as influências ocidentais, obrigou seus súditos alemães, finlandeses e polacos a falarem russo.

A Universidade de Varsóvia já se havia tornado universidade russa, em 1869. Agora, a russificação das escolas secundárias foi, também, imposta. O nível de analfabetismo do povo foi mantido no mais alto grau.

A Polônia via oprimidos, novamente, seus anseios de independência e liberdade.

A revolução industrial começava na Europa, e o povo polonês entregava-se ao trabalho, procurando melhorar suas condições de vida. Ao mesmo tempo, organizava-se, como em outros países europeus, um dinâmico movimento socialista.

Foi neste momento trágico da história do país, que nasceu, em 28 de Outubro de 1869, em Plock, província da Mazóvia, Szymon Antoni Tomazs Ludowik Kossobudzki, filho de Ludowik e Cecylia Klimkiewicz Kossobudzki, senhores de propriedade de Kossobudzki descendentes da nobresa rural polonesa.

Para a criação de uma nova cidade, o governo brasileiro decidiu criar uma nova cidade no estado de Mato Grosso do Sul, para abrigar os militares e suas famílias que estavam sendo deslocados para lá, após a guerra.

O nome da cidade foi escolhido em homenagem ao general Osório, que foi um dos principais líderes da Revolução de 1934, e que morreu durante a luta.

A cidade foi fundada em 1937, e desde então tem crescido rapidamente, tornando-se uma das principais cidades do estado.

Atualmente, a cidade de Osório é conhecida por sua beleza natural, com suas praias e suas montanhas, e também por sua rica história.

A cidade é considerada uma das mais belas do Brasil, e é um destino muito procurado por turistas de todo o mundo.

Além disso, a cidade também é conhecida por sua rica cultura, com suas festas e tradições, e também por sua excelente gastronomia.

Por fim, a cidade também é conhecida por sua excelente infraestrutura, com suas ruas e serviços, e também por sua excelente educação.

Em suma, a cidade de Osório é uma cidade muito interessante, com muita história e cultura, e também com uma excelente infraestrutura.

Os Kossobudzki

Para traçar a história dos Kossobudzki, temos que remontar aos tempos de Stefan Batory, príncipe da Transilvânia, que se tornou, por eleição, rei da Polônia em 1575, após cumprir a pré-condição, estabelecida pela Dieta, de desposar Ana, filha de Sigmund II, último rei da dinastia polonesa dos Jagiello.

Stefan Batory, consciente da ameaça dos turcos à civilização européia, concluiu com eles um tratado de paz e estabeleceu uma aliança cristã, pela qual garantiu o domínio da Polônia, e da Transilvânia, cujo trono destinou a seu irmão Christopher.

Atacou o czar Ivan IV, o terrível, e obteve o acordo de Yamzapolski, pelo qual a Rússia renunciava suas pretensões territoriais na Lituânia.

É neste tempo que vamos encontrar Adam Kossobudzki, o primeiro notável de sua linhagem, que serviu de ajudante de Batory e por ele foi feito governador da Mazóvia.

A Mazóvia, ampla baixada às margens do Vístula, é a pátria dos mazovianos, nome lituano que significa "os membrudos", e que são "uma raça loura e enérgica, a mais polaca de toda a Polônia".

A família Kossobudzki foi muito numerosa e conhecida na Mazóvia. Teve vários membros investidos de funções públicas, como Mikolaj Kossobudzki, deputado ao parlamento e escritor, autor da publicação "De Administranda República", traduzida como "Espelho real" em 1606, e dedicada ao rei Stefan Batory, a quem seu ancestral Adam fora ligado.

Hoje, quem percorre a região não encontra remanescentes da velha propriedade de Kossobudy, outrora situada nas cercanias de Plock.

O local pode ser reconhecido apenas por algumas castanheiras seculares, que marcam as proximidades da antiga sede.



Fig. 1 — Adam Kossobudzki

Pouco distante, encontra-se uma pequena povoação cujo nome é, ainda, Kossobudy.

Próximo, um convento de freiras. É tudo que, hoje, resta na aldeia de Gósclice, dos que outrora pertenceu aos senhores daquelas terras.

O avô, Szymon Kossobudzki, descendente de Adam, fora senhor da propriedade e investido das funções de tenente da guarda-móvel.

Seu filho, Ludowik, herdou a propriedade rural e permaneceu à sua frente.

Casou-se duas vezes, com duas Cecylas, a primeira Rozenk, foi sucedida pela segunda, Trzcinski, viúva e bem mais velha que o marido, da qual nasceu Szymon em 1869, o primeiro de seis rebentos.

Szymon passou a infância entre Plock e Gósclice, onde, junto com os pais e irmãos, morava no patrimônio da avó, Cecylia, filha do General Klimkiewicz, que se notabilizara pela atuação nas tropas napoleônicas.

Inicialmente, estudou no ginásio de Plock (atualmente Liceu Stanislaw Malachowski).

Em 1881, a família mudou-se para Varsóvia, e o jovem Szymon, aos doze anos, foi matriculado no Ginásio Varsoviano.

As autoridades escolares, como o diretor Troicky, tentavam submeter os jovens alunos à política oficial de russificação.

Nesta época, começava a rebeldia do jovem Szymon, criado em ambiente familiar patriótico, contra os opressores de seu país.

Destacando-se nos estudos, após terminado o curso secundário, obteve matrícula no curso de Medicina da Universidade Imperial de Varsóvia.

Ao tempo em que seguia o curso médico, Szymon envolvia-se na política de rebeldia à ocupação russa.

Em 1894, no quarto ano da faculdade, foi eleito presidente da Associação Estudantil Auxílio Fraternal.



Boleslau I, o Valente — Boleslau Chrobry — primeiro rei da Polónia, criou o brasão Pobóg (como Deus quer), conferindo-o a 76 famílias fidalgas polonesas. Entre elas, a dos Kossobudzki, cujo brasão é aqui reproduzido, conforme o "Planches de L'Armorial Général de J.B. de Rietstap", de V. Rolland, do Instituto Heráldico, Paris, 1909.

Travou relações com o estudante de direito Zdzislaw Debicki, que, posteriormente, notabilizou-se como literato.

A mocidade estudantil de Varsóvia preparava, secretamente, manifestações para comemorar o centenário do levante de Varsóvia contra os russos, em 1774, liderado pelo patriota polonês Jan Kilinski.

Kossobudzki e Debicki redigiram manifesto, impresso e distribuído na cidade, em que proclamavam que os camponeses "com mãos escuras do trabalho, conquistarão os canhões moscovitas".

A manifestação foi abortada pela polícia czarista e os estudantes, entre eles Kossobudzki, presos na noite de 19 para 20 de Abril de 1874.

Mais tarde, Szymon escreveria, em memória de Debicki:

... "Outrora, na rua do Ouro, antes de 17 de Abril,
Senhas para as ações planejávamos juntos.
Porque nosso quente sangue não era água morna
Circulava nas veias e o coração não era uma pedra.
Era, porém, como fogo. Corria a mocidade
Que em nossa Pátria via a essência da humanidade
Nesta união, a contrariedade do inimigo
Surgem lembranças da rua Longa e de Paviak
De novo as senhas: servimos ao povo
Os mesmos direitos a méritos iguais..."

As autoridades do governo desligaram o jovem estudante da Universidade e o encerraram na fortaleza de Paviak. A mesma Paviak cujas ruínas são, hoje, em Varsóvia, um sombrio memorial das atrocidades cometidas pelos nazistas, durante a Segunda Guerra Mundial.

Após cumprir sentença de três meses, foi desterrado por cinco anos, sob vigilância policial, para a cidade de Perm, ao pé dos montes Urais, em Orel, província oriental do Império Russo.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

...a situação da população da região do Rio de Janeiro, especialmente a população pobre, que vive em condições de extrema pobreza e que sofre com a falta de emprego e de serviços básicos.

Apesar de sua situação de exilado político, as autoridades russas, reconhecendo sua boa conduta e, talvez, seu espírito ativo e dignidade, permitiram que prestasse exames finais para graduação em Medicina, na Universidade de Kazan, cidade oriental às margens do Volga, capital da Tartaria.

Obteve o doutorado "cum eximia laude", a 30 de Setembro de 1895.

A Universidade de Kazan era centro de intensas atividades políticas estudantis, nas quais Vladimir Ulianov, Lenine, viria mais tarde, envolver-se, quando aí passou em suas andanças de indesejável pelas autoridades czaristas.

Não há evidência alguma de que o jovem polonês se tivesse envolvido com os grupos socialistas que se formavam entre os estudantes russos da Universidade de Kazan.

Sua situação de exilado político, sem dúvida, impunha-lhe prudência e discrição.

Entretanto, alguns anos mais tarde, logo após à sua Pátria, juntar-se-ia ao Partido Socialista Polones, adotando uma linha política que perduraria até o fim de sua vida.

Obtido o grau de médico, o Dr. Kossobudzki, como estivesse ainda cumprindo degredo de cinco anos, não pode, como desejava, voltar à Polônia.

Seguiu então, para Lipovka, onde lhe deram para dirigir um pequeno hospital rural, de apenas dezoito leitos.

Nada sabemos sobre as condições de funcionamento do pequeno hospital de Lipovka, ou de sua atuação médica.

Entretanto, seu contemporâneo Anton Checov, o grande literato russo, que também era médico, no início de seu antológico conto "Enfermaria N.º 6", para caracterizar o cenário de

narrativa, que é um hospital de uma pequena cidade do interior, fala do "aspecto triste e depressivo que, em nosso país apenas as prisões e os hospitais apresentam".

Deve ter sido, pois, em um ambiente "triste e depressivo", em Lipovka, que Kossobudzki passou os três primeiros anos de formado.

Terá tido, então, tempo para meditar sobre os caprichosos designios que o enviavam à mesma região da Rússia, invadida e saqueada por aventureiros poloneses, no século XVII.

Ali se encontrava, agora, o médico polonês, não como invasor, mas degredado pelos russos, que haviam invadido e ocupavam sua Pátria.

Em Setembro de 1899, ao fim de seu período de exílio, é-lhe permitido voltar a Varsóvia, ao tempo em que Lenine frequentava, como estudante, a Universidade de Kazan.



Fig. 2 — Diploma de "medicus cum eximia lauda" — Universidade de Kazan, 1855.

DIPLOMA

O portador do presente, SIMÃO — ANTONIO — TOMAZ — LUIZ KOSSOBUDZKI nobre, de religião católica-romana, por muito satisfatórias experiências de meio-curso na Universidade Imperial de Varsóvia, em 1891, e pelos créditos regimentais de meio-ano na Faculdade de Medicina desta Universidade, submeteu-se as arguições na Comissão de Arguição de Medicina na Universidade Imperial de Kazan, nos meses de setembro e outubro de 1895, quando demonstrou os seguintes êxitos:

- Anatomia Descritiva — muito satisfatório.
- Histologia Normal — muito satisfatório.

- Anatomia Patológica — e Histologia Patológica — satisfatório.
- Cirurgia Operacional com Anatomia Topográfica — muito satisfatório.
- Fisiologia — muito satisfatório.
- Patologia Geral — satisfatório.
- Química Médica — satisfatório.
- Farmacologia com Receituário e Estudo de Águas Minerais — muito satisfatório.
- Farmácia com Farmacognosia — muito satisfatório.
- Patologia especial e Terapia — muito satisfatório.
- Estudo de doenças nervosas e psíquicas — muito satisfatório.
- Estudo de doenças de pele e sífilis — muito satisfatório.
- Doenças de crianças — muito satisfatório.
- Clínica Terapêutica — satisfatório.
- Clínica Psiquiátrica — satisfatório.
- Patologia Cirúrgica incluindo Sindesmologia e estudos de luxações e fraturas — satisfatório.
- Oftalmologia — muito satisfatório.
- Ginecologia e Obstetrícia — satisfatório.
- Clínica Cirúrgica — satisfatório.
- Clínica Oftalmológica — muito satisfatório.
- "ilegível" — muito satisfatório.
- "ilegível" — "ilegível".
- "ilegível" — "ilegível".

Pelo presente, baseando-se no parecer abalizado do Conselho Nacional Superior de 5 de novembro de 1885, conforme a Comissão de Arguição de Medicina da Universidade Imperial de Kazan, de dezenove de outubro de mil oitocentos e noventa e cinco, Senhor Kossobudzki é concedido o (título) de médico com distinção (*medicus cum eximia laude*) com todos os direitos e vantagens nominadas no citado parecer do Conselho

Nacional Superior e conforme a página 92 do Regimento das Universidades do ano de 1884.

Para a devida certificação é dado o presente diploma ao Senhor Kossobudzki com as devidas assinaturas e com a aposição do carimbo da Direção do Distrito de Ensino de Kazan.

Kazan, 30 de novembro de 1895.

Tutor (Reitor) do Distrito de Ensino de Kazan.

Conselheiro Titular Civil e Cavalheiro — "ass. ileg."

Presidente da Comissão de Arguição em Medicina.

Conselheiro Confidencial e Cavalheiro — "ass. ileg."

Diretor da Secretaria Conselheiro e Cavalheiro — "ass. ileg."

Carimbo:

Secretaria do Tutor (Reitor) do Distrito de Ensino de Kazan.



Fig. 3 — Szymon Kossobudzki, 1894 — quando se encontrava exilado na Rússia.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Seu nome é o mesmo de todos os outros, mas a sua vida é diferente.

Varsóvia

Szymon chegou de volta à Varsóvia ao completar seu trigésimo ano de vida.

Ali encontraria, por fim, ambiente apropriado para desenvolver seus dotes e ambições acadêmicas.

Procura a Universidade de Varsóvia, aquela mesma velha Universidade polonesa que, no ano de seu nascimento, em 1869, passara a Universidade Imperial Russa.

Ligou-se à Faculdade de Medicina, trabalhando como assistente do Prof. W. Maksimow e foi admitido no corpo clínico do Hospital Menino Jesus, no Serviço de Cirúrgico do Prof. B. Sawicki.

Dirigiu a Enfermaria São Roque, e, mais tarde, o próprio Hospital.

De 1901 a 1907 foi Chefe de Clínica Cirúrgica da Universidade de Varsóvia.

As atividades médicas não adormeceram, nele, as idéias políticas e nacionalistas, pelas quais fora levado ao exílio.

Nos hospitais em que atuava, lutou pela introdução do idioma vernáculo polonês nas observações clínicas e nos receituários, contrariando as normas das autoridades russas.

Desejando ampliar seus horizontes profissionais empreendeu uma série de viagens de estudo e aperfeiçoamento, nos primeiros anos do século.

Dirigiu-se, em seu próprio país, à Universidade de Cracóvia, estagiando no Serviço do Prof. Kader.

A seguir, estendeu suas viagens ao estrangeiro.

Procurou Praga, no Império Austro-Hungaro, onde permaneceu no Serviço do Prof. Maydl.

Em Breslau, na parte oriental da Alemanha, permaneceu na célebre clínica de Johanes von Mikulicz-Radecki, e esteve, algum tempo, no Serviço de Ludloff, em ortopedia, especialidade que, então, ainda se integrava no âmbito da Clínica Cirúrgica.

Foi a Paris, visitando o Serviço de Kirmisson e, em Bech-Sur-Mér, o do Prof. Ménard.

Estende sua viagem a Berlim e a Stuttgart, como Prof. Sonder.

A relação de serviços visitados por Kossobudzki mostra que ele procurou alguns dos centros mais avançados da cirurgia européia da época: Johanes von Mikulicz-Radecki foi o mais proeminente representante da Escola de Bilroth, Kader e Maydl contribuíram com trabalhos pioneiros na cirurgia gástrica, Kirmisson, em Paris, foi um dos fundadores da Cirurgia Pediátrica.

Ao voltar a Varsóvia, vinha impregnado de idéias novas e entusiasmado com os trabalhos de cirurgia experimental.

Certamente não terá passado indene por Breslau, onde Mikulicz-Radecki impulsionava o avanço da cirurgia clínica e experimental, tendo sido aí que se iniciaram, os trabalhos pioneiros em cirurgia torácica, pouco mais tarde continuados pelo jovem assistente Ferdinando Sauerbrunch, sempre citado como um dos criadores desta especialidade.

Em sua cidade, Kossobudzki associou-se a vários colegas, para fundar o Instituto Omega, de Cirurgia Experimental.

Desde sua volta a Varsóvia, em 1899, até 1905, desenvolveu intensa atividade médica, espelhada em duas dezenas de trabalhos publicados, em polonês, tcheco e russo, em diversos periódicos europeus.

A Biblioteca Central de Varsóvia possui uma relação de suas publicações nesta época, que vai citada ao fim deste trabalho.

Logo das 1980, o Brasil viveu um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Logo após a abertura da economia, o Brasil passou por um período de grande desenvolvimento econômico, com a abertura da economia para o comércio exterior, o que trouxe uma série de benefícios para o país.

Novamente a política

Logo após sua volta a Varsóvia, casou-se com Maria Rose, que exerceu grande influência em suas idéias político-ideológicas, mas, logo após, separaram-se.

Desse casamento teve uma filha, a quem deu o nome de Cecylia, em homenagem à avó.

Sua clínica prosperava e ele convivia com operários, estudantes e intelectuais politicamente ativos.

Em 1900, filiou-se ao Partido Socialista Polonês, que fora fundado em Paris, em 1892, sob a liderança de Józef Piłsudski.

A confrontação entre socialistas poloneses e as forças czaristas tornara-se permanente, sendo freqüentes os choques entre suas milícias armadas e o exército de ocupação, durante demonstrações nacionalistas.

Kossobudzki cuidava e medicava doentes e feridos nestes choques de rua, e os homiziava muitas vezes, sendo conhecido pelo codinome "Doutor Tomaz".

Auxiliava-o, nessas atividades, a jovem militante socialista Halina Cierpikowska.

Halina impressionou-o pela atuação decidida na militância socialista e nos movimentos nacionalistas subversivos.

Era uma figura enérgica e efusante, reunindo em uma só pessoa, a agressividade da ativista política e o encanto feminino e alacridade de atriz e cantora lírica.

Destacava-se nos meios políticos e estudantis, causando, por certo, impacto seu desembaraço, pouco comum na Varsóvia Imperial do início do século, época em que apenas se esboçava a emancipação feminista.

A afinidade inevitável entre os dois os levaria a uma união duradoura.

Em 1905 ocorre um fracassado atentado contra o czar da Rússia, na praça do Teatro de Varsóvia, e a reação popular contra a ocupação é prontamente esmagada.

Piulsuduzki é aprisionado na famosa Cidadela. O recrudesimento da repressão, que seguiu o fracasso do levante, tornou Kossobudzki, novamente, comprometido ante as autoridades governamentais.

Seu passado de exilado político e suas atividades conspirativas junto aos operários de Varsóvia faziam-no um líder perigoso aos olhos das autoridades russas, que, certamente, lhe destinariam pesados castigos.

Estava tolhida toda perspectiva de uma cidadania livre em sua Pátria, ou de uma vida profissional e acadêmica satisfatória.

A solução que lhe restava era seguir o mesmo destino de tantos outros implicados no movimento fracassado: o exílio voluntário.

Halina Cierpikowska estava na mesma situação, e a ligação afetiva que se estabelecera entre eles levou-os a casarem-se e procurarem um destino comum.

Aos trinta e oito anos encontrou, ânimo, para, com sua nova companheira, reconstruir a vida e procurar a liberdade em país longínquo.

Ainda na clandestinidade, disfarçado de serviçal de um colega que se dirigia a Berlim, evade-se da Polônia.

Pouco depois, sua nova companheira foi juntar-se a ele.

Na capital prussiana, os dois acertam planos de emigração para fora da Europa.

Inicialmente, pensam nos Estados Unidos da América do Norte, que, desde os tempos de Kosciuszko, era um destino muito procurado pelos poloneses.

Havia, também, mais ao sul do continente americano, o Brasil, para onde haviam emigrado patrícios seus, estabelecendo um núcleo desde 1851, na colônia D. Francisca, em Santa Catarina.

Para o sul do Brasil havia-se dirigido o engenheiro mazoviano Witold Roguski, seu contraparente, estabelecido no Paraná e trabalhando na construção da estrada de ferro Curitiba-Guarapuava.

Halina impressionara-se com a leitura do livro "Pan Balzer Brasili" de Maria Kronopuczka, e isto parece ter sido mais um fator na decisão final de procurarem, na nova república liberal sul-americana, uma segunda Pátria.

Quando se trata de uma obra de arte, a crítica deve ser feita com cuidado e respeito. É importante lembrar que a arte é uma expressão da liberdade humana e, portanto, deve ser protegida e promovida.

É preciso também lembrar que a crítica não deve ser feita com o intuito de destruir ou diminuir a obra, mas sim para ajudar o público a entender e apreciar melhor a arte.

Por fim, é importante lembrar que a crítica deve ser feita com honestidade e transparência, sem qualquer tipo de preconceito ou discriminação.

A crítica de arte é uma atividade essencial para a cultura e a sociedade. Ela ajuda a construir uma visão mais ampla e rica da arte e da vida, e contribui para a formação de uma consciência crítica e autônoma.

A crítica de arte é uma atividade essencial para a cultura e a sociedade. Ela ajuda a construir uma visão mais ampla e rica da arte e da vida, e contribui para a formação de uma consciência crítica e autônoma.

Resumindo, a crítica de arte é uma atividade essencial para a cultura e a sociedade. Ela ajuda a construir uma visão mais ampla e rica da arte e da vida, e contribui para a formação de uma consciência crítica e autônoma.

A crítica de arte é uma atividade essencial para a cultura e a sociedade. Ela ajuda a construir uma visão mais ampla e rica da arte e da vida, e contribui para a formação de uma consciência crítica e autônoma.

Esta mensagem é apenas um exemplo e não deve ser usada para fins comerciais ou legais.

Qualquer dúvida ou sugestão, por favor, entre em contato conosco.

No Brasil

Chegando a nosso país, em março de 1907, o médico imigrante dirigiu-se a Campinas, e, logo após, à cidade de São Mateus do Sul, no Paraná, para trabalhar na colônia polonesa ali estabelecida, a convite do farmacêutico local. Ali poderia iniciar o exercício da profissão, mesmo antes de obter revalidação do título de médico.

Entre os patrícios e seus descendentes encontrou ambiente favorável e uma vida familiar estável e a prática de uma medicina muito útil à coletividade.

Seu espírito de liderança levou-o a participar, ativamente, da vida da colônia polonesa, sendo elevado à presidência da Sociedade Kasimir Pulaski, que reunia seus compatriotas.

A colônia de São Mateus, do mesmo modo que todas comunidades polonesas em nosso Estado, enfrentava o problema de oferecer à nova geração polono-brasileira a possibilidade de alfabetização e educação primária.

A inexistência de apoio governamental levou estas colônias a estabelecerem o sistema das Escolas-Sociedades.

Reunidos os colonos em Sociedades Recreativas, estabeleciam-se, junto a estas, as escolas primárias, funcionando no mesmo edifício.

O historiador Ruy Wachowicz relata que "os colonos conseguiram reunir o útil ao agradável e solucionar, ao menos temporariamente, a premência e a necessidade básica de alfabetização de seus filhos.

Esta instituição mista, ou seja, Escola-Sociedade recreativa, é a primeira manifestação coletiva de aculturação do emigrante polonês no Brasil".

O sistema difundiu-se muito, e caracterizou o ensino primário da colônia polonesa no Paraná, com intensa participação de vários de seus líderes.

A maioria dos emigrantes que vieram ao Paraná, a partir de 1851, era constituída de camponeses iletrados.

Kossobudzki, quando veio para o Brasil, em 1907, integrava uma categoria de imigrantes de nível sócio-econômico e cultural superior, que procuraram nosso país como refúgio político e não na condição de simples colonos.

A convivência destas duas classes provocou um certo cisma na colônia polonesa do Paraná, pois muitos dos novos imigrantes de melhor estrato cultural eram de formação anti-clerical e socialista, em contraste com a religiosidade profunda de seus antecessores, reforçada pela atuação, nos núcleos de colonização, de padres e freiras vindos da Polônia.

Polarizavam-se, assim dois grupos opostos. O "clerical" e o "progressista".

As divergências continuaram, a despeito de tentativas de organizar e centralizar as atividades das escolas, como ocorreu, por exemplo, na Assembléia das Sociedades Polonesas do Paraná e Santa Catarina, reunida em Curitiba em 1908.

Relata Ruy Wachowicz que "desde o início dos debates, surgiram em plenário as duas correntes já descritas: a "clerical", liderada na ocasião pelo padre Trzebiatowski e pelo Dr. L. Bielecki e a "progressista", pelos Drs. Szymon Kossobudzki e Kasimir Warchalowski".

Ao mesmo tempo em que se envolvia nas lutas anti-clericais, a sensibilidade poética de Kossobudzki enfocava, por outro ângulo, a problemática religiosa das colônias polonesas e ucranianas do planalto paranaense, envolvidas no dilema entre o catolicismo romano e o ortodoxo, enquanto, a despeito destas disputas, os camponeses tinham que continuar seu trabalho, sem poupar seu sangue e seu suor.

Em Prudentópolis, duas Igrejas, a católica e a ortodoxa, disputavam o papel de verdadeira casa de Deus.

O aspecto exterior dos templos, o contraste entre as linhas retas de uma e o desenho curvilíneo da outra, inspirou-lhe uma poesia preciosa, ressaltando, metaforicamente, o contraste arquitetônico:

Duas igrejas, casas de Deus, uma grande outra pequena.
Em qual delas abriga-se a verdade, onde a verdadeira
casa de Deus?

Uma, alta e magra.

A outra, gorda e bojuda.

Ambas procuram multidões, as duas querendo ser ricas.
E, conhecendo o Deus verdadeiro, cada uma insulta sua
vizinha.

Ao inferno, respondendo com o inferno.

Em tudo, os grêmios de camponeses.

Que não poupam seu sangue nem suor.

Em São Mateus, progredia a clínica e aumentava a influência de Kossobudzki no meio polono-brasileiro, crescendo seu prestígio pela posição que tomava, denunciando as más condições de vida e trabalho de seus compatriotas e descendentes.

Em breve, seu renome médico garantiu-lhe situação de destaque em toda região.

Próximo a São Mateus, em Ponta Grossa, nesta época, praticava o Dr. Francesco Burzio, médico italiano, cuja atividade cirúrgica na Santa Casa repercutia em todo o Estado.

Estabeleceu-se entre os dois médicos emigrantes, relação de amizade. Burzio, que desejava voltar à Europa, convidou Kossobudzki para substituí-lo em Ponta Grossa.

Aceito o convite, passou Szymon a exercer a profissão naquela cidade em 1911, onde estabeleceu uma Casa de Saúde e, encontrou ambiente propício a sua atividade cirúrgica de maior alcance, mais de acordo com sua formação acadêmica.

De mesmo modo que fizera em São Mateus, continuou em sua atuação comunitária, presidiu a Sociedade Renascença e se iniciou no jornalismo, como redator e editor do periódico Niwa (O Campo) em língua polonesa.

A Fundação em Curitiba de 1950, com o objetivo de promover a cultura e a educação, foi criada por iniciativa do Estado do Paraná, com o apoio de diversas instituições de ensino e pesquisa.

Esta organização, desde sua criação, tem se dedicado a promover a cultura e a educação, através de diversas atividades, como a realização de cursos, palestras, exposições e publicações.

Desde a criação da Fundação, a cultura e a educação têm sido as principais áreas de atuação, com o objetivo de promover o desenvolvimento cultural e educacional da população.

Atualmente, a Fundação atua em diversas áreas, como a cultura, a educação, a pesquisa e a extensão, com o objetivo de promover o desenvolvimento cultural e educacional da população.

Uma das principais atividades da Fundação é a realização de cursos e palestras, com o objetivo de promover a cultura e a educação da população.

Para garantir a qualidade das atividades, a Fundação mantém uma equipe de profissionais especializados em cultura e educação.

Para as diversas atividades, a Fundação mantém uma equipe de profissionais especializados em cultura e educação.

As atividades da Fundação são realizadas em diversas áreas, como a cultura, a educação, a pesquisa e a extensão, com o objetivo de promover o desenvolvimento cultural e educacional da população.

Como resultado das atividades, a Fundação tem promovido o desenvolvimento cultural e educacional da população.

Curitiba, Santa Casa, Universidade

A fundação, em Curitiba, da Universidade do Paraná, em 1912, por (entre outros) Victor do Amaral e Nilo Cairo, coincidiu com a mudança de Kossobudzki para Ponta Grossa.

Esta circunstância deve ter reacendido em seu espírito a esperança de encontrar a possibilidade de exercer a Medicina em um ambiente acadêmico.

Eram notórias as dificuldades em se constituir um corpo docente que desse credibilidade ao Curso de Medicina e Cirurgia.

Embora a lei Rivadavia fosse liberal em suas exigências para o funcionamento das Universidades, sem dúvida era fundamental obter a confiança pública, para que os cursos superiores pudessem subsistir.

Curitiba da segunda década do século era uma provinciana capital, de escassos 50.000 habitantes, e era natural que a idéia de um curso de Medicina esbarrasse em grandes obstáculos materiais.

Para construir a Congregação inicial houve dificuldades, especialmente quanto às cadeiras cirúrgicas.

Para as cadeiras clínicas e básicas, foi possível encontrar, em nosso meio médico, os nomes necessários. Para as cátedras cirúrgicas havia menos opções.

Na verdade, nenhum médico exercia, na cidade, exclusivamente cirurgia. Não foi fácil encontrar médicos com credenciais acadêmicas e formação profissional que os credenciassem ao exercício de uma cátedra cirúrgica.

Deste modo, foi entre médicos estrangeiros que se escolheram os primeiros cirurgiões catedráticos da nova Universidade.

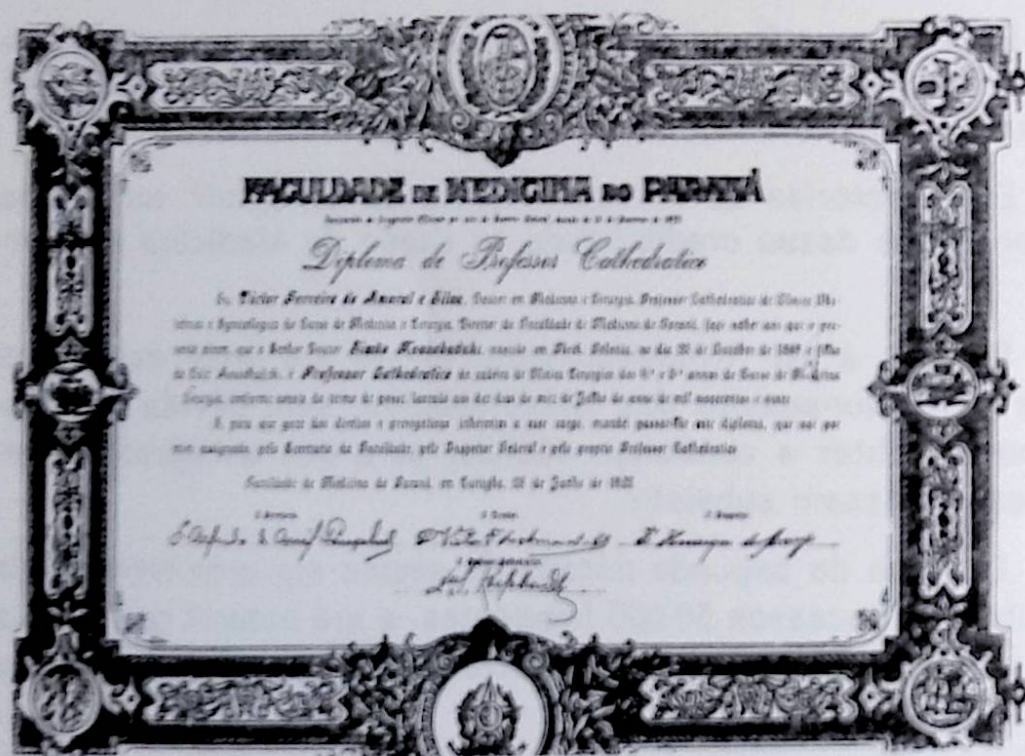


Fig. 4 — Diploma de Professor Catedrático das cadeiras de Clínica Cirúrgica dos 4.º e 5.º anos do Curso de Medicina, da Universidade do Paraná, 1922.

O próprio Francesco Burzio que, como vimos, morava em Ponta Grossa, foi indicado para a cadeira de Clínica Cirúrgica.

Residindo, também, em Ponta Grossa, e relacionado com Burzio, é de se crer que Kossobudzki antevisse possibilidades profissionais mais amplas e aspirasse um vínculo com a nova Universidade.

Assim, em 1912, Kossobudzki resolveu transferir-se para Curitiba.

Vem para a Capital do Estado acompanhado de sua esposa Halina, e de seu primeiro filho, Simão Luty, nascido em Fevereiro de 1911 (Luty, em polonês, significa fevereiro).

Logo após a chegada em Curitiba instalou consultório, juntamente com o Dr. Meneses Doria, à rua Dr. Murici.

Meneses Doria era prócer político destacado. Líder maragato, havia curtido exílio após a derrota federalista de 1894.

Voltando ao Paraná, continuou militando na política, e, logo após a chegada do Dr. Kossobudzki, transferiu-se para o Rio de Janeiro, para assumir uma cadeira no Senado.

A acidentada carreira política pode ter sido um fator de afinidade entre os dois, explicando, talvez, a efêmera associação.

Em Curitiba, Kossobudzki encontrou boa receptividade, principalmente, entre a colônia polonesa, e sua clientela e atividade profissional progrediram rapidamente.

Em Dezembro de 1916 inaugurou sua Casa de Saúde, à rua Vicente Machado, N.º 27.

Compulsando o livro de registros dos pacientes internados na Casa de Saúde verifica-se que o estabelecimento teve grande movimento de internações, com atividade cirúrgica variada, incluindo intervenções de vulto, para a época.

As anotações revelam domínio da língua portuguesa, sendo mantido o hábito, então comum entre os médicos europeus, de empregar o latim nos diagnósticos e denominação das operações.

Assim, encontramos, como primeira entrada, no livro de registro de doentes da Casa de Saúde, a internação de A.P.,

colono italiano de Santa Felicidade, que permaneceu internado por dez dias, com "Paranephritis dextra abscedans", tendo a operação, "Incisio", sido realizada sob "narcose Chloroformica".

No ano seguinte, 1917, foram registradas 46 operações variadas.

O livro constitui um interessante documento sobre a atividade cirúrgica da época em nossa cidade.

Assim, encontramos um caso de ferimento penetrante do abdomen, com prolapso do epiploon e intestino, tratado com sucesso, que foi publicado no Paraná Médico. Outro de "epithelioma do maxillar inferior" tratado por resecção parcial da mandíbula, havendo a anotação que fora apresentada na sessão da Sociedade Médica em 19-04-17. Os assentamentos das atividades da Casa de Saúde registram, no ano de 1917, grande aumento de internações de pacientes com "thyphus abdominalis", correspondendo à epidemia de febre tifóide que grassou na cidade, naquele ano.

Alguns registros são pitorescos, como o de um caso de "Gastritis acuta (post abusum in Baccho)" ou o de uma paciente com "Hysteria" (atribuída a retroversão uterina).

As atividades da Casa de Saúde prosseguiram até a volta temporária de Kossobudzki à Polônia, após a 1.ª Guerra Mundial, como se relata mais adiante.

A atuação médica de Kossobudzki transcendeu à sua atividade profissional privada no consultório e na Casa de Saúde, e só pode ser avaliada à vista de suas ligações permanentes com duas instituições comunitárias importantes: a Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e a Universidade do Paraná.

Quando transferiu-se para Curitiba, em 1912, encontrou em funcionamento a Santa Casa da Misericórdia, e, já no ano seguinte, o Relatório Geral consigna sua atuação voluntária, junto ao Dr. Pinto Rebello.

Em 9 de Janeiro de 1913, foi nomeado médico adjunto, conforme consigna o relatório anual do provedor, Manoel Martins de Abreu.

Aquela época o Hospital de Caridade da Irmandade da

Santa Casa já era o mais importante do Estado, embora sua história fosse relativamente recente, datando de trinta anos.

A Irmandade de Misericórdia da Cidade de Curitiba fora constituída de 1852, como continuação da Fraternidade Curitibana, que existia desde 1843.

A Irmandade instalou-se em prédio próprio, situado na então Praça da Matriz, canto da rua Fechada (Praça Tiradentes, esquina da rua José Bonifácio), que lhe foi doado pelo Padre Antonio Teixeira Camello, mas seu primeiro hospital só inaugurou-se em 1855, em prédio que a loja Maçônica Candura Curytibana lhe transferiu, na rua Direita, hoje 13 de Maio.

Em 1867 iniciou-se, finalmente, a construção do Hospital de Caridade, no Largo da Misericórdia (hoje Praça Rui Barbosa) que seria terminado em 1882. Em 22 de Maio de 1882, o imperador D. Pedro II e a imperatriz D. Tereza Cristina inauguraram o edifício construído sob a direção do Dr. José Candido da Silva Muricy, médico militar baiano, falecido no ano anterior.

Desde então, o Hospital passou a polarizar a atividade médica da Cidade e da Província.

Em 1913, ano da admissão de Kossobudzki em seu corpo clínico, a direção médica era exercida pelo Dr. João Evangelista Espínola e a do Serviço de Cirurgia pelo Dr. Joaquim Pinto Rabello.

Desde esta época, até sua morte, Kossobudzki dedicou-se intensamente ao serviço da Instituição.

Logo após ter entrado, pelas mãos de Pinto Rabello, no Serviço Cirúrgico, passou a ter participação intensa e permanente no cuidado dos doentes admitidos no Hospital, conforme se verifica nos livros de registro das admissões, ainda hoje conservados.

Algum tempo após, por ter se ausentado Pinto Rabello, passou a digirir a Enfermaria São Roque, coincidentemente o mesmo patrono da Enfermaria que dirigira no Hospital Menino Jesus, de Varsória.

Mais tarde, passou a chefiar o Serviço de Cirurgia, e, finalmente, foi Diretor Clínico do Hospital.

Indissociável de sua atuação na Santa Casa, foi seu papel no ensino cirúrgico da Universidade do Paraná.

O Curso de Medicina e Cirurgia da Universidade iniciou-se em 1913 e, desde os primórdios do ensino clínico, a Santa Casa passou a ser seu Hospital-Escola.

Em 1916, Kossobudzki inaugurou o ensino cirúrgico, regendo a cadeira de Propedêutica Cirúrgica.

Já nos referimos ao papel desempenhado por médicos europeus, aqui radicados, na instalação das cadeiras cirúrgicas da Universidade do Paraná.

Realmente, quando foram designados os primeiros catedráticos do Curso de Medicina e Cirurgia, havia quatro cadeiras cirúrgicas.

Para a primeira, Anatomia Médica-Cirúrgica, Operações e Aparelhos, embrião da futura Técnica Operatória, foi nomeado o Dr. Miguel Severo Santiago, que também era titular de Anatomia Descritiva.

Diferentemente dos outros cirurgiões catedráticos, o Dr. Santiago era brasileiro de nascimento e formação, pois era natural de Fortaleza e formara-se no Rio de Janeiro, em 1901.

Para a cadeira de Propedêutica Cirúrgica, do 4.º ano do curso, foi eleito o Dr. Jorge Hermano Meyer, catarinense de Lages, mas formado nas Universidade de Goetingen e Heidelberg, na Alemanha.

O Dr. Francesco Burzio, italiano nascido em Torino, em 1875, foi nomeado para a cátedra de Patologia Cirúrgica, do 5.º ano.

Burzio, como vimos, havia se estabelecido em Ponta Grossa e, lá, se relacionara com Kossobudzki.

A cátedra de Clínica Cirúrgica, do 6.º ano, foi entregue a Joseph Ferencz.

Ferencz era nascido na Austro-Hungria, em, Zaleszczyki e se formara em Viena, em 1898 e havia revalidado seu diploma no Rio de Janeiro, em 1905.

Entretanto, em 1916, quando iniciou-se, efetivamente, o ensino cirúrgico, os dirigentes da Faculdade de Medicina encontraram em Szymon Kossobudzki o elemento mais credenciado para fazê-lo.

Sua atividade no meio médico e sua participação ativa nas atividades das associações médicas tinham demonstrado certamente, suas credenciais acadêmicas. Além do mais, trabalhava ativamente na Santa Casa, cujas enfermarias constituíam um manancial indispensável ao curso teórico e prático de cirurgia.

Começou a lecionar em 1916, mas somente em 1918, com seu diploma revalidado, após exames prestados na própria Universidade, foi eleito, regimentalmente, catedrático efetivo.

Sendo sua atuação necessária, à continuidade do ensino cirúrgico, foi transferido para as cadeiras de Clínicas Cirúrgica dos 5.º e 6.º ano, ficando vaga a cadeira de Propedêutica Cirúrgica.

Foi nesta época que ocorreu a grande contribuição de médicos poloneses ao ensino cirúrgico em nossa Universidade.

Para substituir Kossobudzki na Propedêutica Cirúrgica foi designado o Dr. Mirosław Szeliga Szeligowski, também polonês, nascido em 1884.

Szeligowski obteve revalidação de seu diploma prestando exames na Universidade em 1917.

Permaneceu na cátedra até 1927, quando afastou-se, sendo substituído, interinamente, por Erasto Gaertner, e deixou definitivamente a cátedra em 1936, quando não mais residia em nosso Estado.

O ensino de Anatomia Médico-Cirúrgica, Operações e Aparelhos foi irregular, após o falecimento de Miguel Santiago, em 1919.

Em 1925 a cadeira passou a ser regida por Antoni Rydyger de Ruediguer, nascido em Chelm em 1878, formou-se pela Universidade de Lwów, Polônia, e emigrou para Curitiba influenciado pelas relações familiares de amizade com Kossobudzki.

Ruediguer obteve revalidação de seu diploma, prestando exames em nossa Universidade em 1925.

O pai de Antoni Ruediguer, Ludowik Ruediguer fora livre-docente da Universidade de Jena, na Prússia, e celebrizou-se por ter praticado, em 1880, em Kulm-sobre-o-Vístula, a segunda gastrectomia da história da Cirurgia.

A cadeira de Clínica de Olhos, ouvidos, nariz e garganta, incluída no currículo original do Curso de Medicina e Cirurgia permaneceu vaga até 1916.

Neste ano, ocorreu o primeiro concurso para preenchimento de uma cátedra cirúrgica na Universidade.

Nele inscreveu-se, e foi aprovado, Juliusz Szymanski.

Szymanski nasceu em Kielce, na Polónia, em 1870.

Como Kossobudzki, Szymanski emigrou para Curitiba por motivos políticos, em 1912.

Saindo da Polónia, Juliusz dirigiu-se, inicialmente, para os Estados Unidos.

Clinicou e exerceu o magistério no Ruch College, de Chicago.

Em 1916, no Brasil, prestou provas para revalidação de seu diploma e, no mesmo ano, candidatou-se à cátedra, apresentando a tese "Contribuição para o estudo das tonsilas".

Exerceu a cadeira até 1919, quando exonerou-se e voltou para sua Pátria, após a 1.ª Guerra. Encontrou uma nova situação política em seu país e notabilizou-se, tendo exercido a presidência do Senado.

Voltou ao Brasil em 1949, aqui permanecendo até 1956, quando, novamente, voltou à Polónia, onde faleceu, em 1958.

Os nomes de Kossobudzki, Szymanski, Ruediguer e Szeliowski merecem o reconhecimento de alunos e professores que os sucederam na Universidade do Paraná.

Sua contribuição ao ensino cirúrgico em nossa Faculdade constitui, sem dúvida, um dos capítulos mais expressivos na história das relações culturais polono-paranaenses.

Destes vultos, Kossobudzki, foi, sem dúvida, o que mais se destacou, pela profundidade de sua influência e devoção ao exercício do magistério.

Na Faculdade, na Santa Casa e nas Sociedades Médicas, exerceu liderança profissional destacada, preparando o terreno para a formação de uma verdadeira Escola Cirúrgica, que seria continuada por Mário Braga de Abreu, cuja atuação estendeu-se pelas décadas seguintes, constituindo um núcleo de influência que perdura até nossos dias.

Sua atividade cirúrgica na Santa Casa grangeou-lhe destaque, não só em nosso meio, mas que atingiu reconhecimento nacional.

Em 1971, o Prof. Carlos da Silva Lacaz, da Universidade de São Paulo, escritor médico renomado, organizou uma coletânea intitulada "Vultos da Medicina Brasileira", reunindo resumos biográficos das maiores figuras da profissão do Brasil. No volume III, ao lado de nomes como Penido Bunier, Maurício Gudin, Arlindo de Assis e Lauro Travassos, incluiu o de Szymon Kossobudzki.

Nas atividades das Sociedades Médicas de Curitiba, participava com assiduidade.

Foi sócio fundador da Sociedade de Medicina do Paraná, da Sociedade Médica dos Hospitais do Paraná, do Sindicato Médico do Paraná e da Associação Médica do Paraná, que resultou da fusão daquelas três agremiações, em julho de 1933.

O perlustre das atas dessas Sociedades mostra que sua freqüência às reuniões era sistemática, e sua contribuição permanente.

Suas apresentações eram muito apreciadas, como consigna, por exemplo, o Dr. Chagas Bicalho, na ata da reunião de 9 de Março de 1926, da Sociedade de Medicina do Paraná: "O Professor Szymon Kossobudzki pediu a palavra e apresentou cerca de 38 apêndices por ele operados, expondo sobre cada um particularidades muito instrutivas (...) e discorreu com o brilhantismo e a proficiência magistrais que lhe são reconhecidos".

Em suas comunicações percebe-se que introduzia, em nosso meio, as técnicas operatórias européias, praticando uma cirurgia de vanguarda.

A leitura de suas anotações e dos livros de registro de sua clínica surpreende pelo português correto que empregava, escrevendo-o com elegância e apuro, dentro das regras da ortografia vigente.

Por meio desta, o Brasil se tornou um país independente, com o seu próprio governo, e não mais sob o domínio de Portugal. A primeira constituição do Brasil foi promulgada em 1824, sob o reinado de D. Pedro I.

Logo após sua independência, o Brasil enfrentou a primeira guerra civil, a Revolução de 1824, liderada por D. Pedro I contra a Assembleia Constituinte.

O Brasil também enfrentou a Guerra do Paraguai (1864-1870), uma das maiores guerras da América do Sul, na qual o Brasil venceu.

A abolição da escravidão ocorreu em 1850, com a Lei Euzébio de Almeida. O Brasil também foi o primeiro país da América Latina a adotar o sistema de voto secreto em 1890.

Por quase todo o século XIX, o Brasil foi governado por uma família, a Imperial, com D. Pedro I e D. Pedro II. O Brasil também foi o primeiro país da América Latina a adotar o sistema de voto secreto em 1890.

No Brasil, a arte e a literatura foram muito influenciadas pela cultura portuguesa. O Brasil também foi o primeiro país da América Latina a adotar o sistema de voto secreto em 1890.

Vendo o Brasil hoje, podemos ver que o Brasil é um país muito diverso, com muitas culturas e idiomas diferentes. O Brasil também foi o primeiro país da América Latina a adotar o sistema de voto secreto em 1890.

No início do século XX, o Brasil passou por uma revolução, a Revolução de 1930, liderada por Getúlio Vargas. O Brasil também foi o primeiro país da América Latina a adotar o sistema de voto secreto em 1890.

Político, Literato, Artista

Por mais intensa que fosse sua dedicação profissional e acadêmica ou seu envolvimento na rotina do funcionamento da clínica que instalara à rua Vicente Machado, Kossobudzki nunca se alheou de seus ideais políticos, nem limitou o campo de suas preocupações intelectuais.

Logo após sua vinda para Curitiba, irrompeu a primeira Guerra Mundial, fato de maior importância e repercussão na vida da colônia polonesa.

O conflito, envolvendo quase todas as nações européias, fazia prever grandes modificações nas fronteiras políticas e reacendia a esperança de restauração da Polônia.

A mobilização política dos imigrantes no Brasil e outros países sul-americanos fez criar várias sociedades para lutar pela causa polonesa e, mais uma vez, Kossobudzki assumiu um papel de liderança, exercendo a presidência do Comitê de Defesa Nacional em prol de Independência e da União dos Democratas Poloneses da América do Sul.

Por outro lado, a adesão da opinião pública à causa dos aliados e, depois, o envolvimento direto do país no conflito, levou a um surto de nacionalismo, dirigido contra o "perigo germânico" e fez o governo rever a legislação sobre os estrangeiros.

No Paraná, a ação do governo estadual concentrou a atenção sobre o sistema de escolas polonesas que, como já vimos, constituíram um sistema bastante desenvolvido.

Vendo ameaçadas suas escolas pelo projeto do deputado governista Hugo Simas, que obrigava o uso do vernáculo no ensino, os líderes poloneses combateram-no pela imprensa.

No início de 1918, o Comércio do Paraná publicou longa carta assinada por Kossobudzki, contrária ao projeto de Hugo Simas.

Em sua argumentação, comparava a ação do governo paranaense à dos russos e prussianos, que sempre procuravam "extinguir o polonês da população dominada".

Poucos dias depois, manifestou-se o Dr. Juliusz Szymanski, que, dirigindo-se aos deputados estaduais, apelava para a rejeição do projeto, adotando linha de argumentação semelhante, e voltando ao paralelo com a ação prussiana e russa na Polônia.

Estava estabelecida uma grande polêmica através de imprensa, com manifestação de literatos e jornalistas, entre os quais Gastão Faria e Raul Gomes.

Um editorial do Diário da Tarde profligou a argumentação de Szymanski e Kossobudzki sob o título "Não é isso: o ensino do vernáculo não é prussificação", ressaltando que "o caso da Rússia e da Prússia, em relação aos polacos, não podia ser invocado, pois aqui não se trata de populações ocupadas, e sim do Brasil querer nacionalizar seus próprios filhos".

Nos anos seguintes, a situação foi progressivamente normalizada, embora a lei Hugo Simas, que tinha sido aprovada, não fosse implementada inteiramente.

O episódio da nacionalização das escolas mostra a permanente preocupação nacionalista de Kossobudzki e seu empenho em preservar a língua polonesa.

Pode-se entender sua atitude, levando em conta a história de sua vida de lutas contra a despolonização, que russos e prussianos tentaram impor em sua Pátria. É forçoso reconhecer, porém, que a situação em nosso país, durante a primeira Guerra, era inteiramente diversa e, mesmo, oposta, cabendo às nossas autoridades o dever de garantir a integração social de nossos patrícios de origem polonesa.

Por outro lado é interessante analisar a questão psicosocial envolvida no confronto linguístico entre os poloneses dominados pelos russos. Estes tentando, a todo custo, conservar sua identidade pela preservação de língua materna, e o Governo russo tentando impor sua cultura, pela substituição do vernáculo polonês pelo idioma russo.

Alguns, como Kossobudzki, lutaram pela manutenção do polonês, como símbolo da sobrevivência da cultura autóctone.

Outros, como Zamenhof, elaboraram a concepção de uma língua supra-nacional, capaz de criar, acima de conflitos conjunturais, uma solução ideal e utópica.

Ludwik Lejzer Zamenhof, nascido em Bialystok, em 1859, era um médico judeu, cuja família falava russo e viveu em um ambiente de confronto racial e nacional, na fronteira russo-polonesa.

Criou o Esperanto, e lutou, apostolicamente, por sua adoção com idioma universal.

Kossobudzki nasceu 10 anos depois dele, e era um poliglota, dominando vários idiomas: o polonês, seu idioma natal; o russo cujo conhecimento forçosamente aperfeiçoou no exílio; o alemão, ucraino, inglês e francês, dos quais chegou a verter poesias incluídas no "Tu i tam"; o português, que escrevia com rigorosa correção, como testemunham seus registros médicos, bem como o latim, que fazia parte de sua formação humanística.

Sabemos que, entre os dois médicos poloneses estabeleceu-se correspondência epistolar, mas não conhecemos nenhuma manifestação de Kossobudzki, sempre tão claro na fixação de suas posições, em favor das idéias de Zamenhof.

Não obstante o episódio polêmico do ensino nas escolas polono-brasileiras, Kossobudzki engajou-se na vida política de sua segunda Pátria e teve comportamento cívico correto.

Grato à Pátria que o acolheu, sempre propugnou pela integração da colônia polonesa na vida social brasileira, defendeu o serviço militar obrigatório, tendo traduzido versos de Bilac para o polonês.

Sua própria integração na sociedade brasileira tem clara evidência, em sua nomeação para major da Guarda Nacional, em 1915.

Como médico e cidadão, convivia no meio local e desfrutava da amizade de importantes figuras da sociedade curitibana, como Victor do Amaral e Affonso Camargo.

De 1920 a 1930, foi presidente da Seção Polono-Brasileira do Partido Republicano Paranaense.

Havia iniciado a militância jornalística no Niwa, em Ponta Grossa, e continuou em Curitiba a atuar intensamente na imprensa polono-brasileira. De 1920 a 27 foi redator do periódico "Echos da Polônia" em língua portuguesa e, também, de Kultura, Pobudka e Swiat em polonês.

Foi presidente da União das Sociedades Polonesas "Kultura", de orientação progressista, que servia de contra-ponto à Sociedade Oswiata, aglutinadora das sociedades de orientação clerical.

Ruy Wachowicz, que, como estudante da história da imigração polonesa e pela convivência direta com descendentes dos primeiros colonos polono-paranaenses conhece bem os episódios da polêmica entre clericais e socialistas, e a participação do Dr. Kossobudzki na imprensa e nas lutas internas da comunidade eslava do interior de nosso Estado, assim rememora aqueles eventos:

"Para melhor concretização desses objetivos, a ala liderada pelo Dr. Kossobudzki transformou a antiga "União dos Democratas Poloneses da América do Sul", em "União das Sociedades".

... Alguns meses após o surgimento da "Kultura" era constituída a organização "Oswiata", entidade criada com os mesmos objetivos, porém liderada pela "clerical".

Para difundir suas idéias, Dr. Kossobudzki fundou o jornal "Swit", tinha apenas um funcionário e o número de assinantes atingia a casa dos 1.000, quantidade insuficiente para manter o órgão, motivo que obrigou frequentemente ao seu diretor dispendar quantias elevadas de seus honorários profissionais para cobrir o déficit do periódico.

Apesar das dificuldades, o pequeno estabelecimento comercial progredia. Ao lado da tipografia foi aberta uma livraria anexa.

Face aos inúmeros afazeres profissionais o fundador foi obrigado a providenciar um competente redator do jornal. Fê-lo na pessoa do senhor Ladislau Wójcik. Segundo depoimento deste

o jornal era a principal preocupação do Dr. Kossobudzki, excluía sua atividade profissional.

Comumente cansado e atrasado para o almoço, encontrava tempo para escrever e corrigir alguma matéria para o jornal, no próprio joelho ou entre talheres da mesa de refeições.

A atuação do jornal do Dr. Kossobudzki — “O Swit” — originou um verdadeiro duelo jornalístico entre as alas “clerical” e a “anti-clerical”, através dos veículos de expressão das mesmas, o jornal “Lud” (O Povo) e o “Swit” (A Aurora). Segundo, o depoimento do senhor Wójcik, os padres, dos púlpitos, proibiam a leitura do mesmo. Ainda, de acordo com o mesmo depoente, os leitores mais assíduos no período, em Curitiba, eram as freiras. Aguardavam com ansiedade a hora em que o velho Zdanowski lhes entregasse furtiva e disfarçadamente o novo exemplar. Benziam-se antes de abrir suas laudas, mas não deixavam de ler os artigos do Dr. Kossobudzki.

Paralelamente ao “Swit” os Kossobudzki, editavam ainda a revista “Echo da Polônia”, em língua portuguesa, com a colaboração de nomes renomados da sociedade curitibana, como Leônicio Correia, Victor do Amaral e do estudante Hugo Humphreys, filho do cônsul inglês e autor do conhecido estudo sobre o General e Comandante Krzyztof Arciszewski”.

Além do jornalismo, Kossobudzki cultivou a poesia e o teatro.

Parte de sua produção poética foi reunida, em 1927, no volume “Tu i Tam”, publicado pela editora Swit é dedicado à esposa Halina.

Seus versos revelam-lhe o espírito e sensibilidade.

Ao lado de temas cívicos e nacionalistas, tratados com a exaltação e o arrebatamento que caracterizavam seu envolvimento político desde a juventude, trata das impressões que paisagens e cenas do meio paranaense despertaram em seu espírito sensível. Incluiu versões para o polonês de poesias em francês, russo, alemão, ucraino e português.

Sua personalidade de artista completava-se por seu amor ao teatro, como autor e ator, por sua dedicação à música; enfim um espírito brilhante, cujo convívio encantava, dando “à vossa

conversa aquele prazer todo original", na expressão de Mário Braga de Abreu, seu assistente, amigo e sucessor na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

Ao fim da 1.^a Guerra Mundial a Polônia, obtém, finalmente, a independência pela qual Kossobudzki tanto lutara.

Em 1922, licencia-se na Universidade e volta à Polônia, visando a estabelecer-se, com sua família, no país, agora sob o governo de seu antigo chefe, o Marechal Piulsudski.

Este objetivo não pôde ser concretizado, embora lhe tivesse sido oferecido o posto de cirurgião-mor do exército polonês, pois o país atravessava grande crise econômica e inflacionária.

Os recursos que levara do Brasil, transformados em marcos poloneses, foram rapidamente consumidos e, com a saúde abalada, volta ao nosso país, tendo, antes, visitado sua cidade natal de Plock e vendido o que lhe restava do patrimônio da família, na aldeia de Góslíce.

Em Varsóvia, realizou uma conferência sobre o Brasil e palestra com o título "A luta contra a ancilostomose. Contribuição à epidemiologia e higiene dos países sub-tropicais".

Se algum dia alimentou a idéia de viver na Polônia restaurada, as vicissitudes do momento o convenceram a voltar ao Brasil, definitivamente.

Reassumiu sua clínica e as posições na Santa Casa e na Universidade, e aqui haveria de terminar seus dias.

Reintegrado na afanosa vida profissional não se alheiou, porém, de seus velhos ideais.

Em fins de 1927, publicou a peça, *W pamietna noc* (Na noite memorável). Em 11 de Dezembro, fez o papel do personagem principal — o Marechal Piulsudski, em sua primeira apresentação.

Foi incentivador do interesse da colônia polono-brasileira pelo teatro.

Em 1927, da integração dos grupos amadores de nossa cidade resultou a criação da Sociedade de Cultura Teatral, cabendo a Tadeusz Morozovicz e a Halina Kossobudzka sua direção.



Fig. 6 — Kossobudzki operando na Santa Casa de Curitiba.

Continuou ativo na liderança das escolas bi-língües polonesas de Curitiba, presidindo de 1925 a 1927 e em 1931, a Escola Popular Marechal Józef Piłsudski.

O aluno Mirosław Barański, que seria, no futuro, catedrático da nossa Faculdade de Medicina, deixou sua reminiscência deste tempo: "Recordo-me ainda hoje de sua altivez de porte, de maneiras, de sua severidade. Severo consigo mesmo, exigia dos outros um alto nível de compreensão de seus deveres. No fundo, porém, sabíamos que era exatamente justo".

Em 1928, foi condecorado com a Cruz Legionária e a Cruz da Polônia Restaurada, de alta ordem.

Em 1930, o panorama político mundial agitava-se com os primeiros acontecimentos que prenunciavam a segunda Guerra Mundial.

Novas ameaças acumulavam-se no horizonte da Polônia recém-restaurada.

Mais uma vez, mobiliza-se o espírito de Kossobudzki na defesa de sua Pátria, tantas vezes martirizada.

A imprensa refletia os debates dos assuntos políticos mundiais que iam tomando corpo e haveriam de polarizar os antagonismos e produzir o fatídico conflito.

"O Estado de São Paulo", de 30 de Dezembro de 1930, publicou extenso e insultuoso artigo do político italiano Francesco Nitti, atacando Piłsudski e a Polônia.

Kossobudzki revidou, pela "Gazeta do Povo" de Curitiba, denunciando, em palavras candentes, "a propaganda germânica e bolchevista".

Acirravam-se os ânimos de multidões políticas ligadas à onda nazi-facista emergente no mundo, inclusive em nosso país.

Poucos dias depois, em 14 de Janeiro de 1931, estava Szymon no gabinete de trabalho de sua residência, enquanto a família dormia. quando poderosa explosão abalou o prédio.

Em um dos ventiladores da fachada da casa foi encontrado um estopim de dinamite, índice seguro de que se tratara de um atentado.



Fig. 7 — Grupo médico na Santa Casa de Curitiba — S. Kossobudzki, sentado, tem à sua direita, o Dr. Euripedes Garcez do Nascimento. Em pé, o terceiro, da esquerda para a direita da foto, o Dr. Milton Ericksen Carneiro, o sexto, o Dr. Aramys de Atahide. (futuros cate-dráticos da Faculdade de Medicina).

O ato terrorista, felizmente, não fez vítimas, e sua autoria permaneceu, para sempre, sem esclarecimento.

Em fins de 1933, Kossobudzki, aos 64 anos de idade, conservava o vigor físico espelhado em sua constituição robusta, vastos bigodes brancos a ornar-lhe a fisionomia altaneira, as pisadas fortes ressoando nas longas lajes dos corredores da Santa Casa e mantinha-se, incansável, na sua absorvente rotina de trabalho.

Começam a abater-lhe porém, distúrbios digestivos e difusas dores abdominais.

Em seu próprio ambiente de trabalho, encontra a solicitude de companheiros diuturnos: João Cândido Ferreira, Raul Carneiro, Virmond Lima, Loureiro Fernandes, Mário Braga de Abreu. Todos se envolvem em diagnosticar e determinar a conduta ante o mal que iniciava a minar-lhe. Francesco Burzio acorre de Ponta Grossa.

Concordam em enviá-lo a São Paulo, ante achados radiológicos, de certa precariedade técnica, compreensível para a época, indicando estreitamente linítico do estômago. Vai ao Hospital Humberto Primo, sob os cuidados de Celestino Bourroul, professor da Faculdade, clínico renomado, por sua ciência e bondade apostólica.

Impõe-se a exploração cirúrgica, realizada pelo dr. Vannucci, professor italiano de renome e grande clínica na sociedade paulistana.

O resultado é o temido e pressentido por todos: carcinoma inoperável.

Ao doente, a piedosa mentira: calculose biliar. À companheira de tantos anos, e aos dois filhos, terceiro-anistas de medicina, o sombrio e fatal prognóstico: seis meses de vida.

A operação foi realizada em 3 de Janeiro de 1934. Seis meses e cinco dias depois — 8 de Julho de 1934, confirmou-se a previsão fatídica de Bourroul: falece Kossobudzki, em sua residência da rua Visconde do Rio Branco.

Depois de sua volta a Cuirtiba manteve-se, ainda em atividade cirúrgica, por algum tempo. Realizou operações para trata-

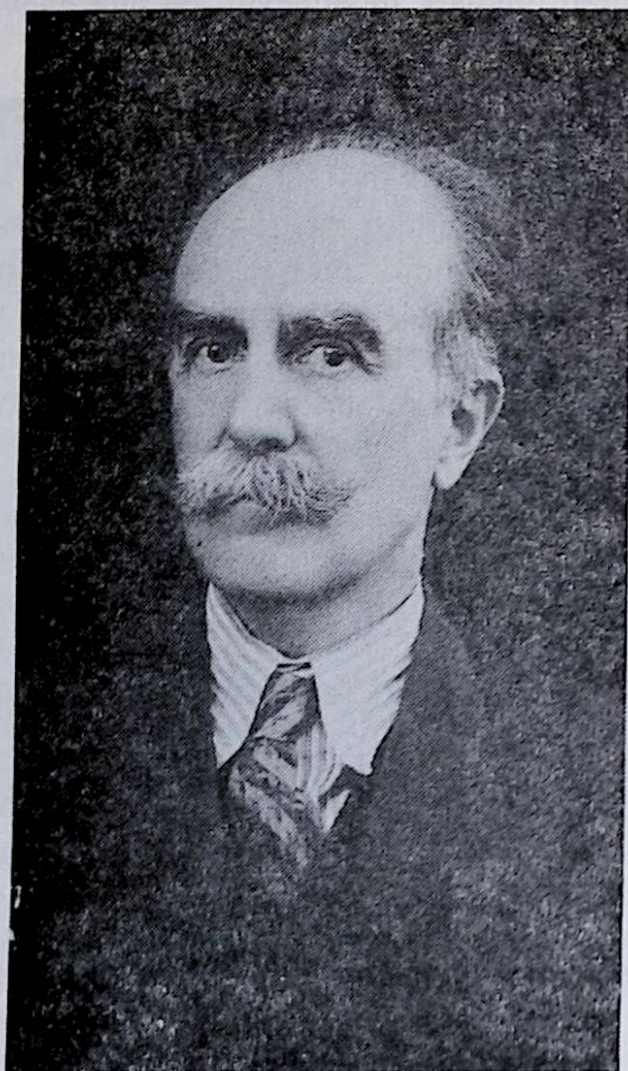


Fig. 8 — Szymon Kosobudzki em Curitiba, 1934 — já doente.

mento de um caso de câncer gástrico e outro de neoplasia de reto, cujos pacientes sobreviveram ao seu próprio desaparecimento.

Somente nos últimos um ou dois meses, o enfraquecimento prendeu-o ao leito. Rodeado por seus amigos e assistentes, conservou a lucidez até os últimos dias, tendo alguns momentos, antes de expirar, dito, serenamente a Loureiro Fernandes, que lhe aplicava uma injeção: "Não adianta mais, estou morrendo".

O féretro deixou a residência e dirigiu-se à loja Maçonica Fraternidade Universal, à Praça Zacarias, onde foi guardado um minuto de silêncio.

Seguiu para o Cemitério Municipal, sendo o sepultamento precedido de orações fúnebres de Mário Braga de Abreu e Erasmo Gaertner, falando em nome de seus colegas, Porthos Vellozo, médico, professor e filósofo, seu velho companheiro de maçonaria, e diversos oradores que, em polonês, expressaram o sentimento das organizações e escolas da colônia polono-brasileiras, que tanto lhe deviam.

Toda a imprensa curitibana da época registrou, com destaque, seu falecimento, rememorando-lhe a vida e a obra, noticiando o enterro tão concorrido e solene.

Contrastando, o bi-seminário Lud, editado, em polonês, pela Congregação Vicentina, destinou ao fato apenas uma pequena coluna na edição seguinte ao seu desaparecimento:

"Domingo passado, à noite, após longa enfermidade, faleceu de câncer o Dr. Szymon Kossobudzki, professor da Universidade do Paraná.

O extinto tomou parte ativa na vida da colônia polonesa em Curitiba, sendo o principal líder da corrente socialista e livre pensadora no Paraná". E terminava:

"O Dr. Kossobudzki faleceu sem se reconciliar com Deus".

Produção Científica

Produção Científica

Szymon publicou trabalhos científicos bastante diversificados, produto de sua atividade médica na Rússia, na Polônia e no Brasil.

Viveu em uma época na qual a especialização médica era menos definida do que nos dias atuais, por isto, embora a maioria dos trabalhos versem assuntos cirúrgicos, alguns referem-se à ginecologia e obstetria, à clínica médica ou assuntos médicos gerais.

Suas primeiras publicações apareceram em revistas médicas polonesas, logo após sua graduação, quando ainda trabalhava no interior da Rússia, onde ficou de 1896 a 1899.

Já no ano seguinte à sua formatura, apareceu em *Medycyna* (24(47):1192-1196 e 24(48):1221-1225, seu primeiro artigo: "Contribuição à casuística das lesões do cerebello".

Dessa mesma época, são os seguintes trabalhos:

1) "Sobre o tratamento das feridas contaminadas, especialmente gangrenosas, pela chamada glicerina terebentínica, (*Medycyna* 25(34):786-790 e 25(35):818-823, 1897).

2) "Caso de câncer do lábio inferior tratado com extrato vegetal". (*Medycyna* 26(4):73-77, 1898.

3) "Anestesia Local", em língua tcheca, no *Casopis Lekaru Ceskych* 37(10:165-167) e 37(11):181-184, 1918.

4) I — Dois casos de encarceramento do útero retrofletido e grávido.

II — Dermatite escarlatiniforme exfoliativa benígna. *Medycyna* 27(15):328-331, 1899.

5) "Casos raros na prática hospitalar e ambulatorial — *Medycyna* 27(17):878-881, 1899.

No início do século, de volta a Varsóvia, passou a trabalhar nos hospitais e na Universidade e manteve permanente contribuição à imprensa médica polonesa.

Sua primeira publicação, nesta época, foi 6) "Sobre o tratamento das feridas contaminadas", que apareceu em *Medycyna* 28(13):292-294, 1900.

Entre 1900 e 1908, publicou 18 artigos, incluindo trabalhos clínicos e experimentais, estes realizados no Instituto Omega, que ajudou a fundar.

Os artigos publicados nesta fase foram os seguintes:

7) Contribuições para a casuística ginecológica:

I — Ferida lacerada da vagina sub coitu matrimoniali.

II — Queimadura da vagina por cinza quente.

III — Vagina e útero duplos com entrada única na vagina.

IV — Aplasia total da vagina e útero.

Czasopismo de lekarzkie 2(6):214-216 e 2(8):286-288, 1900.

8) Sobre a hemorragia intestinal depois de redução ou herniotomia de hérnias estranguladas. *Medycyna* 28(16):365-369 e 28(17):392-396, 1900.

9) Relatório do IX Congresso dos médicos e naturalistas poloneses, em Cracóvia — Secção Cirúrgica — *Medycyna* 28(43):1003-1005 e 28(44):1021-1923, 1900.

10) Carta aberta à redação de *Medycyna*, sobre o artigo de J. Kramsztyka "Sobre o eritema escarlatiniforme recorrente" *Medycyna* 28(44):1028, 1900.

11) Três casos de intoxicação com tintura e extrato fluído de *Cannabis indica*". *Medycyna* 29(10):211-214, 1901.

12) "Tratamento da tuberculose pulmonar pelo cinamomato de sódio:.. *Medycyna* 29(14):303-308, 29(15):330-337, 29(16):349-356, 29(17):378-383 e 29(18):397-403, 1901.

13) Apresentação de um paciente submetido a forte compressão do tórax.

Anais da Sociedade Médica de Varsóvia, 1901, 97(1):123-124, 1902.

14) a — Apresentação de uma enferma com epilepsia Jacksoniana.

b — Apresentação de paciente com espondilite deformante.

Relatório da Conferência da Sociedade Médica de Varsóvia 17/12/1901, Medycyna 30(4):85-87, 1902.

15) Contribuição à casuística dos traumatismos da caixa torácica — Síndrome de Perthes — Medycyna 30(30):616-619 e 30(31):643-651, 1902.

16) Correspondência: "Medycyna" em Cracóvia. Medycyna 31(36):819-821, 31(37):836-840, 1903.

17) "Nossos hospitais e a tuberculose cirúrgica" Zdrowie 12:1307, 1903.

18) Relatório ao XII Congresso dos Cirurgiões Poloneses. Przegląd Lekarski 42/45, 140, 1903.

19) Sobre novo método de gastroenterostomia praticado em cães.

Przegląd Lekarski 42/45, 1903.

20) Apresentação de paciente com numerosos condromas e osteomas dos dedos. Memórias da Sociedade Médica de Varsóvia 101(1):181-182, 1905.

21) Apresentação de um caso de espondilite crônica anquilosante. Memórias da Sociedade Médica de Varsóvia, 101:182-183, 1907.

22) a) Apresentação de uma criança com higroma congênito da lado direito;

b) amputação ao nível do joelho pelo método de Wolkowicza. Memória da Seção Cirúrgica da Sociedade Médica de Varsóvia, V-45, 1907.

23) Caso de inflamação purulenta de bócio provocada por bactérias intestinais. Medycyna i Kronika Lekarska 35(14):331-332, 1908.

Dos trabalhos produzidos na Polônia, sem dúvida o mais significativo foi o publicado pela revista *Medycyna*, em 1902, nos volumes 30(30):616-619 e 30(31):643-651, sob o título: "Contribuição à casuística dos traumatismos da caixa torácica-síndrome de Perthes" ("Przyczynek do Kazuistyki urazow klatki objawow Perthes").

Após a apresentação de um caso de esmagamento torácico e sua evolução para a cura, fez uma revisão da literatura europeia sobre a síndrome que Perthes, havia descrito três anos antes, no *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*.

Coletou outros 16 relatos de casos similares, analisando-os pormenorizadamente.

Para estudar a fisiopatologia da chamada asfixia traumática, realizou experimentos em 3 cães, tentando reproduzir o quadro. Verificou que o clampeamento da veia cava superior por 2 a 3 minutos não trazia conseqüências mais graves.

Escreveu, então "Isso insinua uma pergunta: não se poderia experimentar a oclusão da cava superior, e, talvez ao mesmo tempo a cava inferior no caso de feridas perfurantes do coração direito durante a colocação da sutura, para impedir as ondas de sangue que cobrem o campo operatório e dificultam a sutura da ferida?".

Não tendo obtido a reprodução da Síndrome de Perthes pela oclusão venosa, abandonou as experiências.

Ficou, porém, registrada sua sugestão da manobra de "in-flow occlusion", que seria, mais tarde, incorporada à técnica operatória de certas lesões cardíacas.

Pode, por isto, ser considerado um precursor no desenvolvimento da cirurgia cardíaca que, à época em que a censura de Varsóvia liberou sua publicação — 1902 — encontrava-se em seus primórdios.

Depois de sua vinda ao Brasil, Szymon continuou mantendo interesse em contribuir para a literatura médica.

Já em 1909, quando ainda se encontrava em São Mateus do Sul, entregue à clínica rural, apareceu, nos anais do VI Congresso Médico Latino-Americano, realizado no Rio de Janeiro, seu

primeiro trabalho em português: "Vulnus sclepotarium. Aneurysma aortae abdominalis traumaticum spurium in intestinum perforans: Entherorrafia. Laparotomia".

No ano seguinte, 1910, o Brasil Médico, então uma das revistas Médicas mais importantes do país, publicou novo trabalho seu:

Algumas considerações sobre as feridas por tiro de carabinas militares modernas" (Brasil Médico XXIV(33):323-325 e 33-335).

Nele é relatada sua experiência no tratamento de ferimentos produzidos por carabinas militares russas durante os movimentos revolucionários poloneses de 1904 a 1906 em Varsóvia (Hospital Menino Jesus).

Como se tratava de choques urbanos, a maioria dos ferimentos haviam sido produzidos por tiros de pequena distância, com efeitos devastadores e quase sempre fatais.

Não se cumpriram, por isto, as esperanças de alguns, de que os projéteis encouraçados das carabinas modernas pudessem ser mais "humanitárias" (que ironia! observa Kosobudski).

Tais esperanças tinham sido expressas por médicos militares russos, ao tratar de feridas na Guerra russo-japonesa, quando a maioria dos que chegavam a ser atendidos haviam sido atingidas por tiros de longa distância.

No ano seguinte, quando residia em Ponta Grossa, enviou para o Brasil Médico um novo trabalho: 26 "A aplicação do processo de Momburg nas hemorragias do delivramento" (Brasil Médico XXVI: 31-33 — 1911). Relatou um caso de metrorragia, por atonia uterina, no qual o controle do sangramento foi obtido por aquele método, que consiste na compressão abdominal com longo tubo de borracha, até obter-se a cessação dos pulsos femorais.

As dificuldades que encontrava na publicação de artigos médicos quando residia no interior do Paraná foi ressaltada: "a posição de um médico no interior, quando precisa de alguma estatística, algum material literário, é muito triste. Por isso, é pobre o material que me forneceu a literatura acessível sobre o processo de Momburg".

Nos anos seguintes, após breve estada em Ponta Grossa, vem para Curitiba e inicia suas atividades, na Santa Casa e na Universidade do Paraná, tendo publicado frequentemente nos periódicos médicos então existentes na cidade, tendo sido redator-chefe do Paraná Médico, de 1925 a 1929.

Gert Brieger, historiador médico americano, focalizando a atividade cirúrgica nos fins do século passado e início do atual, escreveu, em 1981: "Do mesmo modo que a cirurgia cardiovascular capturou a atenção pública e profissional nas últimas duas décadas, 80 a 90 anos atrás, foi a cirurgia abdominal que desempenhou o mesmo papel. A remoção bem sucedida do apêndice inflamado, antes da ruptura, as operações de Billroth para o câncer gástrico e esofageano causando obstrução, as operações aperfeiçoadas para as hernias, de Bassini e Halsted, e as operações abdominais por outras razões, tais como as doenças dos ovários, todas causaram grande excitação no meio médico mundial dos fins do século dezenove".

Os trabalhos de Kossobudzki refletiram sua atividade, vivenciada na Curitiba provinciana das primeiras décadas do século, exatamente na área referida por aquele historiador médico.

As operações de apendicectomia constituíam, então, um triunfo cirúrgico.

O mesmo Brieger recorda que "Este emprego da cirurgia, evidente para nós hoje, levou alguns anos para ser assimilado pela prática médica corrente. Em 1900, a cirurgia abdominal não era ainda coisa aceita facilmente pela maioria dos médicos e pacientes. A drenagem bem sucedida de um abscesso apendicular do rei Eduardo VII da Inglaterra, forçando o adiamento de sua coroação, em 1902, fez da apendicite uma doença da moda, e também ajudou a quebrar a resistência à cirurgia".

O primeiro registro da extirpação do apêndice inflamado foi feita em 1899, por Senn, nos Estados Unidos.

Nos anos seguintes, em todo o mundo, os cirurgiões passaram a tratar as apendicites agudas salvando muitas vidas, ao mesmo tempo que a remoção dos apêndices cronicamente inflamados tornou-se uma das intervenções mais comumente praticadas.

Em 1931, Kossobudzki publicou, na Revista Médica do Paraná seu trabalho "Considerações sobre a appendicite em Curitiba".

"Durante os últimos anos fiz no meu Serviço cirúrgico da Santa Casa mais de 400 appendicectomias", inicia o autor ao relatar sua experiência, baseada nos 232 apêndices, conservados em álcool, que podiam ser tomados em consideração. Da análise de seu material de estudo, concluiu que "12,5% representavam apendicites gravíssimas, exigindo intervenção "urgentíssima".

Em outros 29% a operação foi considerada "necessária, o mais breve possível".

Nos restantes 59,6% "a operação é perfeitamente adiável".

Analizou, ainda, a experiência recente do Dr. Eduardo Virmond Lima, na Santa Casa, na qual 30% de 34 casos operados eram de "apendicites graves, concluimos a incidência destes casos, na prática cirúrgica estava aumentando (de 12,5% para 30%).

Concluiu por afirmar que em 25% dos casos "corremos a possibilidade de retirar um apêndice normal macroscopicamente".

Trata-se de um estudo bastante objetivo e não conhecemos, na literatura cirúrgica paranaense, até àquela época, outro que se rivalise na análise de série tão numerosa de uma entidade patológica cirúrgica.

O tratamento cirúrgico das hernias inguinais constituia, no começo do século, outro assunto em evidência.

Embora, desde a antigüidade, as hernias estivessem no âmbito de interesse dos cirurgiões, o trabalho de Edoardo Bassini, da Universidade de Padova, em 1888, foi considerado o primeiro grande avanço neste campo, em mais de dois mil anos.

Depois de publicado, o método de Bassini serviu de base a numerosas variantes técnicas, criadas por cirurgiões famosos, como Halsted, Mayor e Maydl.

Inicialmente, tanto na Santa Casa, como em sua Casa de Saúde, Kossobudzki, passou a praticar operações para a cura das hernias inguinais, empregando a técnica do Maydl, em cujo Serviço de Praga havia estagiado.

Em 1917 publicou, no *Paraná Médico* 2(1): 207-213, uma comunicação sobre as modificações que introduzia na técnica do cirurgião tcheco.

Retomando o tema em 1926, apareceu no *Paraná Médico* 7(11-12): 145-146, seu trabalho "Mais um processo de tratamento radical da hernia inguinal; no qual descreve pormenorizadamente o processo que havia aplicado "pelo menos numa centena de hernias inguinais, operadas perante meus alunos do 4.º e 5.º anos de medicina, nas aulas de Clínica Cirúrgica, como também na clientela particular, sempre com os melhores resultados".

As outras publicações médicas constituem registros de casos cirúrgicos que escapavam à rotina.

Assim, apareceram no *Paraná Médico* e na *Revista Médica do Paraná* os seguintes artigos:

"Estreitamente absoluto do esofago. Gastrostomia pelo método de Kacker-Ullman-Souligoux, depois de 28 dias de fome" *Paraná Médico* (2):17-20, 1916);

"Ferimento penetrante com prolapso de epíplon e de intestino" *Paraná Médico* (2(1):207-213, 1916);

"Operação plástica do esfíncter anal" *Paraná Médico* (7(1) 9-11, 1925);

"Invaginações intestinais" (*Rev. Med. Paraná*, (1(2)97-102, 1932).

Além destes, publicou artigos médicos fora do âmbito da clínica cirúrgica:

"Algumas palavras sobre o tratamento da febre tifoide" — *Paraná Médico* 3(4):468-479, 1918, "Reinaldo Machado como cirurgião" *Paraná Médico*, 1918, (número especial) e *Malaria ("Zimnica")*, separata, em polonês, do *Jornal Swit*, na qual resumia preceitos sobre a profilaxia e tratamento da doença, que então grassava entre os colonos polono-brasileiros em nosso Estado.

Perante a Sociedade de Medicina do Paraná apresentou as seguintes comunicações:

"O tratamento da endonefrite séptica após aborto e parto".

"Três casos de laparotomia por prenhez extrauterina".

"Quatro casos de ressecção total do maxilar superior".

"Um caso de operação de P. Berger (desarticulação interescapulotorácica — Primeiro caso no Paraná).

"Ferimento do crânio por arma de fogo".

"Epitelioma do maxilar inferior tratado por ressecção parcial da mandíbula".

"Os miomas do útero".

"Casos interessantes de operações do bocio".

"Da ressecção total do maxilar inferior. Casos próprios".

"Apendicite".

"Falso aneurisma da carótida. Tratamento cirúrgico".

"Apendicectomia. Trinta e oito casos"

"Tumor do reto"

"Operação de Leriche nas úlceras atônicas"

"Litotomia"

Em 15/6/1926 apresentou uma curiosa comunicação sobre "O efeito do jejum prolongado no combate à adiposidade e desintoxicação do organismo. Auto-observação. Jejum de cinco dias".

A personalidade do Dr. Kossobudzki

A enumeração das múltiplas atividades, interesses e talentos de Kossobudzki nos faz compreender a profunda impressão que causou, não só entre os polono-brasileiros, mas em todo o meio médico e social de nossa cidade.

O exemplo de sua elevação pessoal e profissional, e despreendimento material, tornaram-no respeitado entre seus colegas.

Esse desapego aos bens de fortuna, que o fizeram tão combativo em defesa de seus princípios, e tão superior aos assuntos pecuniários, foi, sem dúvida, um traço de seu caráter que marcou a imagem que dele faziam seus companheiros da Santa Casa e de Faculdade.

Assim, em seu sepultamento, Erasto Gaertner disse: "foi, por isto, sempre pobre, adoeceu falto dos mais mínimos recursos e morre paupérrimo", e Mário Abreu falou da "morte de santo e de médico".

Quem os conheceu, sabe que, nem Erasto, nem Mário Abreu, eram homens de elogios fáceis, e, se ambos se referiam àquelas características da personalidade de Kossobudzki, por certo o fizeram com sinceridade. E as ressaltaram como qualidades fundamentais, ao sintetizar-lhe o perfil.

Uma personalidade forte, certamente. Uma vida aventureira: a insubordinação política, o exílio forçado, a militância revolucionária, a emigração para um país em desenvolvimento.

Tudo se junta para formar o perfil de um obstinado, e a história de sua vida demonstra que ele nunca se abateu em situações difíceis, nem abdicou de suas idéias.

Na realidade, um vitorioso.

Sim, era este o conceito, também, de seus contemporâneos: "a primeira e última derrota de Szymon Kossobudzki", assim referiu-se Erasto Gaertner à sua morte.

Tentando compreendê-lo, duas gerações após sua morte, poderíamos ser tentados a juntar os traços de tipo heróico de sua personalidade, com o desapego material, e completar o quadro de um místico, ou romântico.

Não era, porém, nem uma nem outra coisa.

Socialista, foi suficientemente pragmático, para preferir o exílio em um país liberal, a sacrificar-se, inutilmente, na clandestinidade, em sua Pátria, ou nela manter-se submisso, abdicando de suas posições.

Embora de família católica, viveu sua juventude numa época em que o racionalismo ganhava a Europa.

Fez-se materialista, e assim permaneceu o resto de sua vida.

Desde os tempos em que residia em Ponta Grossa, passou a pertencer à Maçonaria, de certo simpático à Instituição pelo papel que ela desempenhara nas lutas dos patriotas poloneses contra o domínio russo.

Em Curitiba, continuou ativo nos quadros maçônicos, tendo sido venerável da loja Fraternidade Universal e atingindo o grau 33.

Sendo a colônia polonesa católica, em sua grande maioria, suas posições chocavam-se com as do clero atuante junto a seus compatriotas e descendentes.

Não obstante, a clareza de sua postura e a irrepreensível conduta garantiram-lhe prestígio acima das diversidades religiosas.

Sobre o aparente paradoxo entre a irreligiosidade e seu comportamento ético, José Pereira de Macedo, logo após sua morte, nos deixou testemunho valioso.

Depois de evocar recordações do convívio profissional, que lhe causaram profunda impressão, Pereira de Macedo analisou este aspecto da sua personalidade.

"E, agora, rememorando estas cenas banalíssimas na vida do grande cirurgião e mestre, ponho-me a cismar quão grande e forte foi o espírito do Dr. Szymon Kossobudzki, que, vivendo



Fig. 10 — Szymon e Halina Kossobudzki.

uma existência num ambiente santificado pela dor e pela fé religiosa, ao lado de uma santa como é a irmã Josepha, assistindo-lhe os atos místicos da mais sincera caridade evangélica, pode manter, até o fim da vida coroada por atrozes sofrimentos, as suas convicções materialistas. Como pôde o abnegado médico resistir às sugestões tocantes e persuasivas daquelas abnegadas Irmãs, com as quais conviveu parte de sua existência benemérita, associados no mesmo sublime ministério de velar pela criatura que sofria a ronda morte.

Como pôde ele, alma de eleito, nessa vigília constante aos seres que padecem, entre gemidos e lamentações, manter-se intimerato ante o mistério apavorante do destino do homem depois da morte.

É que Szymon Kossobudzki punha o céu na tranquilidade de sua consciência reta, despreocupado de outra qualquer compensação para as suas ações edificantes que, por força, o levaram ao céu da Irmã Josepha".

Como terá seu espírito agnóstico enfrentado a hora da verdade, quando teve que fazer frente à iminência da morte?

Terá mantido a "tranquilidade de sua consciência reta" como supunha Pereira de Macedo? Não podemos senão conjecturar sobre os embates íntimos ante o momento supremo, mas Kosobudzki nos deixou palavras significativas, uma poesia, que ficou inédita, escrita em polonês, quando ainda se encontrava no Hospital, após a operação exploradora.

Nesta poesia, alguns versos nos permitem uma introvisão de seu estado de espírito:

... como farrapo de dor, e eu, o que?
Sem nenhuma esperança, nem futuro, nem objetivo
Entregue às garras de um grande sofrimento. O ventre já
me abriram e fecharam,
Tudo iria ficar bem, mas as dores continuam a me
devorar.
O que escolher, veneno, navalha ou bala
Para, afinal, descansar e atingir o sagrado Nirvana?

Se Pereira de Macedo enfocou o aparente paradoxo ético de sua vida, de seu altruísmo despido de inspiração religiosa,

explicado, talvez, pelo imperativo categórico kantiano a inspirar-lhe a moral, outros ressaltaram sua riqueza de talentos.

Alo Gumiraães, em homenagem póstuma publicada na Revista Médica do Paraná, falou de sua "personalidade complexa, que perlustrou departamentos vários da atividade e saber humanos, em todos eles deixando o realce de suas predestinações avançadas.

Nele deve buscar o crítico avisado, não só a força exemplar do cirurgião emérito, compassivo e piedoso pelo sofrimento dos doentes, não só o preclaro e querido mestre de muitas gerações médicas paranaenses, mas, ainda, o pensador incomparável, cujo legado se objetivou nas campanhas pela escola e pela palavra, nos torneios de civismo e nas lições memoráveis do curso, durante os quais sobejamente patenteavam os recursos técnicos do lente, do mesmo passo que o retrato moral e espiritual do homem".

E Mário Braga de Abreu lembrou "a vossa completa inteligência, aliada à grande atividade espiritual, ampliada ao campo da arte, da qual fostes um admirador o executor, poeta e músico, com profundo senso de esteta davam à vossa conversa aquele prazer todo original".

Hoje, quando a perspectiva do tempo nos permite tentar uma síntese justa sobre a vida de Szymon Kossobduzki, sua figura emerge engrandecida.

Quando veio ao Paraná, 1907, era um homem maduro, no final da quarta década de vida.

Quarenta anos vividos intensamente, uma atuação política à qual não faltaram lances de aventura, como o engajamento nas lutas insurrecionais em tempos de estudante; o exílio nos próprios domínios do arquiinimigo de sua causa nacionalista, que foi o império czarista, a prática médica rural nos confins da Rússia.

De sua volta a Varsóvia, encontrou, por fim, a oportunidade de entregar-se à vida acadêmica, em plena época em que florescia a cirurgia, impulsionada pelo desenvolvimento da anestesia e da anti-sepia.

Em sua cidade, atingiu a uma posição de destaque nos meios cirúrgicos.

A fidelidade a seus ideais políticos e nacionais haviam de levá-lo novamente, a sacrificar todas as conveniências, arrastando-o à clandestinidade, e, novamente ao exílio, desta vez voluntário.

Veio para o Brasil, onde viveu três décadas.

Repetiu a ascensão da clínica rural ao meio universitário.

Atingiu as mais altas posições que nossa cidade lhe podia oferecer. Uma clínica cirúrgica ativa, a chefia do Serviço de Cirurgia na Universidade recém-criada.

As demandas da vida profissional não o impediram de absorver-se em atividades artísticas e literárias e de liderança, — entre compatriotas da colônia polonesa.

Teve o prêmio do apreço e respeito da população e dos colegas, e, por certo, inegalável prazer na certeza íntima de ter vivido uma vida coerente.

Deixou descendência em suas duas Pátrias.

Na Polônia, de seu primeiro casamento, ficou Cecylia sua filha mais velha, que foi enfermeira em Varsóvia.

No Brasil, de sua segunda esposa e companheira de lutas políticas Halina, , deixou dois filhos médicos: Simão Luty e Adam Polan, de quem vieram três netos e sete bisnetos.

Em Plock, sua cidade natal, na sede da Instituição Cultural e Educativa, há um vitral em que se imortalizam alguns de seus vultos notáveis, figurando, entre eles, a efígie de Szymon Kosso-budzki.

Em Curitiba, a rua Szymon Kossobudzki materializa a gratidão da cidade aos serviços que aqui prestou.

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sala da Disciplina de Cirurgia Torácica e Cardiovascular, seu retrato homenageia a figura de um dos precursores históricos da cirurgia cardíaca e o primeiro ocupante de cátedra de Clínica Cirúrgica, da qual derivou aquela Disciplina.

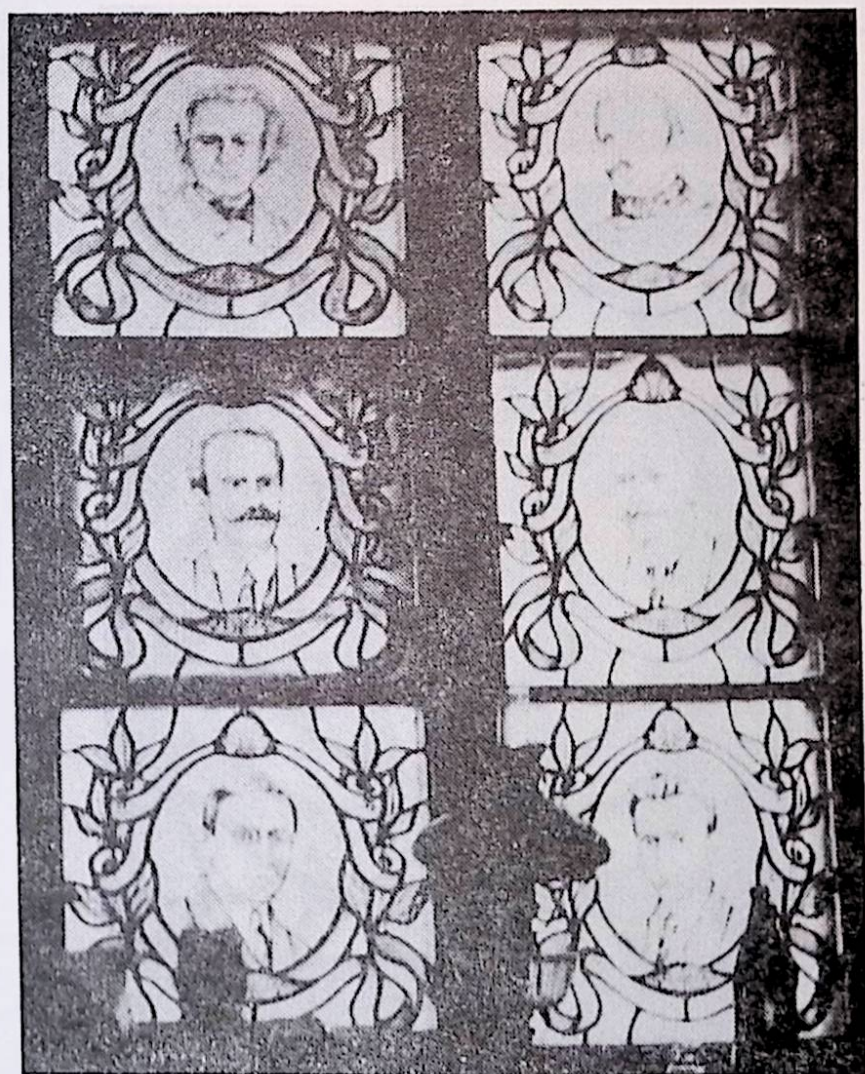


Fig. 9 — Vitrail com a figura do Dr. Szymon Kossobudzki em sua cidade natal. Este vitral, encontra-se em uma sala da Sociedade Cultural e Educacional da cidade de Plock.



Fig. 9A — Vitral com a figura do Dr. Szymon Kossobudzki em sua cidade natal. Este vitral, encontra-se em uma sala da Sociedade Cultural e Educacional da cidade de Plock. (Detalhe)

A Academia Paranaense de Medicina incluiu seu nome entre os patronos de suas cadeiras.

Vive assim, em Plock, e em Curitiba, a memória do cirurgião e do homem Szymon Kossobudzki, de quem podemos dizer, como de Tadeusz Kosciuszko, que foi um herói de dois mundos.

A Kosciuszko, os poloneses ergueram um monumento que, seguindo as tradições sármatas, consiste em um cômodo junto a uma das portas da cidade de Cracóvia.

A memória dos médicos paranaenses eleva, em um pináculo, o nome de Szymon Antoni Tomasz Ludowik Kossobudzki, na história da cirurgia em nosso Estado.

Szymon Kossobudzki e Helena Lewyńska chegaram ao Brasil em 1890. Emigraram para o Brasil em março de 1907.

Filhos:

1.1. — Szymon Lewy-Kossobudzki, nascido em Porto Alegre em 1917, médico, falecido em 1984, em Porto Alegre.

Casou-se com Tereza Ligia-Szymonowicz, advogada.

Filha:

2.1. — Jan Falek Kossobudzki, nascido em Porto Alegre, casou-se com Rosa Dora Kossobudzki, advogada.

Filhos:

3.1. — Stefan

3.2. — Michel

3.3. — Janina

1.2. — Adam Feliks Kossobudzki, nascido em Curitiba em 1912, casou-se com Helena Maria Kossobudzki.

Filhos:

2.1. — Luiz André Kossobudzki, nascido em Curitiba em 1940, foi casado com Lúcia Helena Maria Kossobudzki, psicóloga.

Filhos:

3.1. — André Luiz

3.2. — Jan Maria

3.3. — Vera Cristina, casou-se com Roberto, advogado, residente em Porto Alegre.

Filhos:

4.1. — Marcelo

4.2. — Cristiana

**A descendência de
Szymon Kossobudzki
no Brasil**

Szymon Kossobudzki e Halina Cierpikowska Kossobudzka, casaram-se na Polônia em 1906. Emigraram para o Brasil em março de 1907.

Filhos:

1.1. — Simão Luty Kossobudzki, nascido em Ponta Grossa em 1911, médico, faleceu em 1984, em Goiânia.

Casou-se com Tereza Ligeza -Stamirowska, advogada.

Filho:

2.1. — Jan Tadeu Kossobudzki, médico. residente em Brasília, casou-se com Rosa Danin Kossobudzka, advogada.

Filhos:

3.1. — Stefan

3.2. — Michal

3.3. — Danuta

1.2. — Adam Polan Kossobudzki, médico. nascido em Curitiba em 1912, casou-se com Zebina Urban Kossobudzka.

Filhos:

2.1. — Luiz André Kossobudzki, psicólogo, professor universitário, foi casado com Lúcia Helena Milazzo Kossobudzka, psicóloga.

Filhos:

3.1. — Andrea Lúcia

3.2 — Jan Marcel

2.2. — Vera Cristina, casada com Manoel Marcos Martins, advogado, residente em Ponta Grossa.

Filhos:

3.1. — Marcelo Marcos

3.2. — Cristiane

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — Abreu, Mário Braga de — Discurso — Rev. Méd. Paraná 3(7):297-298, 1934.
- 2 — Baranski, Mirosław Constante — Prof. Simão Kossobudzki, Ann. Fac. Med. Univ. Fed. Paraná — 11(12):9-20, 1968-9.
- 3 — Bassini, Edoardo — Nuovo método per la cura radicale dell'ernia. Art. Cong. Ass. Med. Ital. 2:179, 1889.
- 4 — Brieger, Gert H. The development of surgery in Davis-Christopher Text-book of surgery, D. Sabiston, ed., Saunders, Philadelphia, 1981, p. 1-22.
- 5 — Carneiro, David — Prof. Simão Kossobudzki — in Galeria de Ontem e de hoje — Editora Vanguarda, Curitiba, 1963 p. 496-497.
- 6 — Kieffer-Kostanecka, Maria — Prof. Dr. Symon Kossobudzki Z Plocka Zasłużonym lekarzem i Działaczem W. Brasylii. Notatki Plockie 3/62(21-25) 1971.
- 7 — Kieffer-Kostanecka, Maria — Mazowiecki epizod z Czasów panowania Władysława IV. Notatki Plockie 1/50(31-33) 1969.
- 8 — Kossobudzki, Szymon — Dwa Koscioly in Tu i Tam, Swit, Curitiba, 1927 p.50.
- 9 — Lacaz, Carlos da Silva — Vultos da Medicina Brasileira, S. Paulo, 1963, vol. II p.11.
- 10 — Guimarães, Alo — Homenagem póstuma — Rev. Méd. Paraná, 3(8): 327-329, 1934.
- 11 — Gaertner, Erasto — Discurso — Rev. Méd. Paraná, 3(7):295-297, 1934.
- 12 — Macedo, José Pereira — Professor Simão Kossobudzki — Rev. Méd. Paraná, 3(8):295-297, 1934.
- 13 — Negrão, Francisco P.D. — Memória da Santa Casa de Curitiba, Rev. Méd. Paraná, número especial, 1932.
- 14 — Wachowicz, Ruy Christovam — Simão Kossobudzki, Perfis de Personalidades Paranaenses, in História do Paraná, Grafipar, Curitiba, 1969, vol. III p.280-281.

- 15 — Wachowicz, Ruy Christovam — As escolas da colonização polonesa no Brasil, in Anais da Comunidade brasileiro-polonesa, vol. II Superintendência do Centenário da imigração polonesa no Paraná, Curitiba, 1970.
- 16 — Wachowicz, Ruy Christovam — Simão Kososbudzki, sua vida e sua obra.
Boletim do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense — vol. XII:31-39, 1970.
- 17 — Comércio do Paraná, 10/3/1918, Curitiba.
- 18 — Gazeta do Povo, 30/12/1930, Curitiba.
- 19 — Lud, 7/7/2934, Curitiba.

**TRABALHOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS NA IMPRENSA MÉDICA
DA POLÔNIA E TCHECOSLOVÁQUIA**

Por SZYMON KOSSOBUDZKI

- Przyczynek do kazuistyki przymiotu mózdku. Medycyna, 24/47/, 1192 — 1196 oraz 24/24/48, 1221 — 1225, 1896.
- O leczeniu ran zakazonych, zwłaszcza zgorzelinowych tak zwana gliceryna terebenowa. Medycyna, 25/34/, 786 — 790 oraz 25/35/, 815 823, 1897.
- Przypadek raka wargi dolnej leczonego wyciągiem ziela jaskolczego. Medycyna, 26/4/, 73 — 77, 1898.
- Lokalni anaesthesies? Schleicha. Casopis Lekarů Ceskych, 37/10/, 165 — 167 oraz 37/11/, 181 — 184, 1898.
- I. Dwa przypadki uwiezniecia tylozgieter ciezarnej macicy. II. Dermatitis exfoliativa benigna. Medycyna, 27/15/, 328 — 331, 1899.
- Rzadsze przypadki szpitalnej i ambulatoryjnej. Medycyna, 27/37/, 878 — 881, 1899.
- Przyczynek do leczenia ran zakazonych. Medycyna, 28/13/, 292 — 294, 1900.
- Przyczynki do kazuistyki ginekologicznej. I. Rana rwana pochwy powstała sub cortu matrimoniali. II. Oparzenie pochwy goracym popiolem. III. Podwojinapochwa i macica, jedno wejście do Pochwy. IV. Brak zupełny pochwy i macicy, jedno wejście do pochwy. IV. Brak zupełny pochwy i macicy. Czas.le., 2/6/, 214 — 216 oraz 2/8/, 286 — 288, 1900.
- W sprawie krwawienia kiezkowego po odprowadzeniu lub cieciu uwiez lych przepuklin. Medycyna, 28/16/, 365 — 369 oraz 28/17/, 392 — 396, 1900
- Sprawozdanie z IX Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie. Sekcyja Chirurgiczna. Medycyna, 28/43/, 1003 — 1005 oraz 28/44/, 1021 — 1023, 1900. /takze: Przegląd Lekarski 39/29/, 1900 /nie sprawdzono//
- List otwarty do redakcji "Medycyny" /w związku z artykułem J.Kramstyka pt. "O rumieniu powracającym nodobnym do plonicy"/. Medycyna 28/44/, 1028, 1900.

- Trzy przypadki otrucia nalewka i wyciągiem płynnym konopi indyjskich. *Medycyna* 29/10/, 211 — 214, 1901.
- Leczenie gruźlicy płuc cynamonianem sodu. *Medycyna* 29/14/, 303 — 308, 29/15/, 330 — 337, 29/16/, 349 — 356, 29/17/, 378 — 383, 29/18/, 397 — 403, 1901.
- Przedstawienie chorego, który uległ silnemu uciskowi klatki piersiowej. *Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. z r. 1901*, 97/1/, 123 — 124, 1902.
- a/ Przedstawienie chorego z padaczką Jacksona, b/ przedstawienie chorego z padaczką Jacksona, b/ przedstawienie chorej z zapaleniem zniekształcającym stawów i kręgosłupa. Sprawozdanie z posiedzenia Tow. Lek. Warsz. z dnia 17 grudnia 1901 /sporządzone przez St. Kopczyńskiego/. *Medycyna* 30/4/, 85 — 87, 1902.
- Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej/ucisk klatki piersiowej — zbiór objawów Perthes a/. *Medycyna* 30/30/, 616 — 619 oraz 30/31/, 643 — 651, 1902.
- Korespondencja "Medycyny" z Wrocławia. *Medycyna* 31/36/, 819 — 821 oraz 31/37/, 836 — 840, 1903.
- Nasze szpitale i gruźlica chirurgiczna. *Zdrowie?* /12/, 1307, 1903.
- Sprawozdanie z XII Zjazdu Chirurgów Polskich. *Przegląd Lekarski*, 42/45/, 640, 1903.
- O nowym sposobie gastroenterostomii, wykonanej na psach. *Przegląd Lekarski*, 42/45/, 640, 1903.
- Przedstawienie chorego z licznymi chrzestniakami i kostniakami palców. *Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. z 1905h.*, 101/1/, 181 — 182, 1905/1906?/.
- Przedstawienie przypadku chronicznego zeszywienia kręgosłupa. *Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. z 1905r.*, 101/1/, 182 — 183, 1905/1906?
- a/ Pokaz dziecka z wrodzonym naczyniochłoniakiem na prawym boku. b/ Wypilowanie stawu kolannowego met. Wolkowicza. Sprawozdanie z posiedzenia Skcji chirurgicznej przy Warsz. Tow. Lek. z 1906r., V, 45, 1907.
- Przypadek ropnego zapalenia wola, wywołanego przez łasecznika okreznicy. *Medycyna i Kronika Lekarska*, 35? /14/, 331 — 332, 1908.

DUAS CARTAS ABERTAS

As duas cartas abertas, publicadas na imprensa curitibana, e aqui reproduzidas, são testemunho do permanente engajamento do Dr. Kossobudzki nas questões políticas, sociais e nacionalistas que, desde seus tempos de acadêmico, até seus últimos anos de vida, ocuparam seu espírito, a par de sua dedicação à Medicina.

Ó Polônia! Polônia! Quando a terra
Se revolver perdida, e o cativoiro.
Na ironia, calcar seu férreo guante
Sobre a cerviz dos povos idiotas.
Quando tudo for vício, infâmia, lama;
Quando os lábios humanos, poluídos
E sem brio, dos déspotas beijarem
As botas insolentes! Oh! Polônia!

O bardo então irá — pio romeiro
Prantear no teu vasto cemitério...
E lá beijando a poeira sacrossanta
Onde descanses a viril cabeça.
Dirá, co'a voz sumida entre soluços:
"Das crenças nobres, o sepulcro é este!
"Dormem aqui seu sono derradeiro
"Da grande morte os grandes voluntários,
"Da Liberdade os Briareus tremendos".

Pedro Luiz — Os voluntários da morte

COMÉRCIO DO PARANÁ

10 de março de 1918.

Ilustre Dr. Gastão Faria.

Saudações:

Com grande interesse, todos os dias, lia eu seus folhetins "Do Meu Canto", onde V.S., com rara habilidade, talento e perspicácia tocava em assuntos sempre novos, sempre interessantes, sempre palpitantes.

Com ainda maior interesse, comecei e percorri, quase sem respirar, o seu último artigo intitulado "A alma polaca tem motivo bastante para ser profundamente sensível" e apresso-me a exprimir-lhe os meus sentimentos de apreço e de gratidão, pelo passo que deu, tocando no assunto que até neste momento foi encontrado pelo quase unânime silêncio da imprensa do país, pela brilhante exposição dos motivos para ser a sub-base da alma da polaca composta de tristezas e de saudades; pela sincera simpatia com que encara, não pela primeira vez o nosso povo, já por tanto tempo e por toda parte o explorado ou o oprimido, pela ligeira censura ao projeto injusto, retrogrado e inconstitucional que fere a alma sensível dos polacos, pela ligeira censura, repito, que emana do seu artigo bom e humanitário.

Escrevi esta carta, por que a doença prendeu-me à cama e me impede de ir a sua residência, para dizer-lhe o que vou escrever.

Quando ficou conhecido o projeto do Dr. Hugo Simas, todos nós, de origem estrangeira polaca que aqui vivemos e trabalhamos para o futuro e desenvolvimento desta terra, para uns de nós a nossa adotiva Pátria, para os outros, a Pátria de nossos

filhos, ficamos como mudos perante o fato, que inevitavelmente conduz ao fechamento de todas as escolas polacas no Estado, bem sabedor de que, uma vez o projeto apresentado pelos deputados do Governo, fatalmente há de passar.

Única justificação do projeto dirigido contra as escolas polacas acha-se na frase do ilustre deputado: "Eu não cogito se a escola é alemã, não quero saber se é italiana, não indago se é polaca: o que sei é que existem lugares em que o polaco é o senhor da terra e o brasileiro é o estrangeiro. "O brasileiro, não o português, pois trata de gente e não das línguas.

Não é questão da língua, mas sim da terra.

O polaco é o senhor da terra! Roubou, extorquiu, ocupou ilegalmente ou conquistou com o seu trabalho ou com seu dinheiro?

Que aspecto horripilante, o polaco apropriou os outros? Não, comprou e tem a ousadia de ser proprietário, possuir bens.

Daqui, há um passo consequente a outro projeto que de certo vai surgir na outra legislação, pelo qual os polacos podem adquirir os bens, só quando não falem mais polaco.

O polonês veio para cá fugindo de precária situação, tanto econômica como política da sua terra, onde o dono onipotente era um conquistador e violador, veio trazido pela enérgica propaganda de agentes do Governo brasileiro, que prometia e garantia a liberdade da pessoa e do culto e da língua, fascinado pela libérrima constituição da nova República Sul Americana, que bradava a todos os povos: Vinde vós, que sois oprimidos, constrangidos, vinde vós que sofreis fome, e não tendes trabalho, vinde viver e trabalhar conosco. Tereis todas as liberdades, todas as garantias. Dai-me vossa energia e as vossas simpatias, o amor virá com o tempo, como resultado de um processo social inevitável.

Eu lia muito os avisos, explicações, indicadores, etc para imigrantes, para onde em todas as línguas, se falava de liberdade de culto e da escola. Eu assistia aos discursos das altas personagens políticas do País, que indicavam aquelas liberdades aos polacos, como atrativo, como laços que os unem ao Paraná e ao povo paranaense.

E, assim, compreendiam os imigrantes polacos que eram da Prússia Ocidental onde, naquele tempo reinava a luta de Bismark, com a Igreja Católica, quer no Reino Polaco (Polônia sob jugo russo), onde o polaco era perseguido por ser polaco, por ser livre pensador, por ser democrata, por ser socialista, por ser aristocrata, por ser estudante, por ser sábio, por ser operário, por ser rico, por ser padre, por ser fidalgo, por ser operário e por ser industrial em todos os pratos em todos os molhos; que eram da Polônia Austríaca, onde a densidade da população, as exigências do fisco e a proteção do governo dos clericais e dos conservadores, tocaram o povo para a além mar em busca do melhor futuro na Canãa.

Ao bom acolhimento, os polacos responderam pelos fatos e consentimentos.

Sem exagero, pode-se dizer que eles fizeram de grande parte do Paraná uma terra do futuro, terra do centeio e do trigo, eles com suas mãos trabalhadores, possibilitaram o grandioso desenvolvimento das colheitas de erva-mate, deram a muitas zonas do País uma fisionomia da terra cultivada e civilizada, eles fizeram com que, em muitos lugares, o bruto sertão está se tornando uma linda paisagem, de vida modesta mas robusta, de um agricultor inteligente e perseverante. Como possuidor de bens dos negócios das pequenas indústrias, etc mas dão uma renda considerável ao Estado e a União, como consumidores, são dos melhores, porque procuram artigos que pagam pesados tributos.

As colônias puramente polacas dão muito a fazer à polícia? Parece-me que não; são revoltosos os polacos? São até por demais pacatos e humildes; correm de conviver com os brasileiros? Absolutamente que não. Fogem do Serviço Militar? Não. Eu conheço dois polacos que se apresentaram à Santa Casa, para lhe ser feita a operação da hernia, porque, com a rendidura, não podiam ingressar nas fileiras do Exército.

Onde é preciso derramar seu sangue pelo Brasil, o polaco não é capaz de vacilar ou esconder-se.

Sempre tenho ouvido que os soldados polacos, quer na polícia quer no exército, são considerados disciplinados, cumpridores das ordens e valentes.

Se voltarmos aos dias do passado ao tempo da revolução, quando o povo brasileiro dividiu-se em dois partidos, na sua luta fraticida, os polacos também se dividiram em duas partes, por identificar-se com o meio. Os que se batiam ao lado dos federalistas, ficaram fiéis, até o último momento, quando já muitos outros tinham desertados e tombaram no combate de Passo Fundo.

Ainda todos se lembram daqueles fatos — o benemérito Senador Dr. Generoso Marques, meu amigo ilustre, Dr. Dória, amigo sincero da Polônia, Manuel Correia de Freitas e outros.

É bem interessante que o projeto contra as escolas polacas daquele grupo político a cujos chefes os polacos ficaram fiéis até a morte.

Ainda todos lembram-se de manifestações de solidariedade ao Brasil, que fizeram os polacos nesta capital no ano passado.

O abaixo assinado, na ocasião da instalação da Câmara Municipal de São Mateus, interpretando sentimentos dos polacos moradores do novo município, pronunciou um discurso ao representante do governo, Excelentíssimo Sr. Vice Presidente do Estado, Dr. Generoso Marques em pura língua polaca, foi traduzido imediatamente por um outro, declarando que necessitando qualquer dia o Brasil de sangue dos polacos em defesa do território nacional, instantaneamente os encontrará prontos aos máximos esforços e sacrifícios.

É natural, é justa, apesar de ser inconstitucional, a exigência do ensino das escolas estrangeiras na língua vernácula, o governo tem indubitavelmente o direito de fiscalizá-las, quanto à higiene e à moral mas a exigência de todos os ensinos, de todas as matérias, em língua vernácula, equivale ao fechamento daquelas escolas.

A colônia polaca do Estado, em número de 100 mil almas, paga a taxa escolar onde é cobrada. Além disso, mantém as suas escolas particulares, para cultivar sua língua.

Uma vez que essa escola particular se torna para o ensino das matérias igual a qualquer escola do Governo, a colônia não tem interesse algum em mantê-la.

A escola, o meio de combater os analfabetismo há de ser fechada.

Não são 3 ou 8, mas quase 60 escolas, com freqüência anual de 1600 a 2000 alunos, com a despesa de 60-90 contos). (a mesma despesa ao Governo, cabe não menos de 150-200 contos). Terá o Estado os recursos necessários para abrir igual número de escolas, tem o direito de rejeitar, bruscamente, o auxílio tão grande dos cidadãos na implantação da instrução? Era de costume, nas colônias polacas, mandar as meninas polacas para a escola polaca durante alguns primeiros anos para aprenderem o polaco e os princípios do português, e depois mandá-las para as escolas públicas, para melhor estudo do português. Também, muitas receberam a instrução deste modo.

Agora, fechadas as escolas polacas, os pais só podem mandar os filhos maiores.

Os de menor idade ficarão em casa, sem a possibilidade de aprender até o português, que era ministrado na escola polaca. As escolas públicas são nos centros, longe das colônias; pode-se dizer que a escola polaca era uma escola complementar, um curso preparatório.

Pelo projeto de nacionalização da escola, daqueles 1600 a 2000 alunos de escolas polacas, 1200 a 1600 (o resto pode freqüentar as escolas públicas) ficarão sacrificadas ao analfabetismo.

O projeto de nacionalização da escola dará em resultado na nacionalização do analfabetismo.

O procedimento dos governos prussianos e russo (no tempo dos czares), em matéria do ensino das línguas, chama-se vexativo, violento, etc, mas textualmente, é imitado.

Mas, por que imitar os exemplos dos que são inimigos, bárbaros, incultos, etc e deixar de imitar os povos aliados que, juntos, combatem pelo direito e pela humanidade? No coração da França existem, já há muitos anos, uma grande escola polaca — da Batignolles — quanta gente de destaque, quantos soldados deu a França! Mas lá, a imigração polaca é pequena.

Olhem os Estados Unidos, cujos os passos segue o Brasil. Lá, existem muitas escolas polacas, com ensino da língua

inglesa como matéria, existe uma escola militar polaca, um liceu polaco, escola de parteiras, uma Universidade popular polaca e, como a resposta — as fileiras do exército lanque anda cheio de polacos.

Lá temos tiros, uma guarda polaca com o comando polaco, etc e os Estados Unidos não tem receio dos 4.000.000 de seus polacos, como não duvidam dos checos, eslovacos, rutenos, húngaros, italianos, suécos, finlandeses, rumânicos e tantos outros, os quais tem todas as suas escolas particulares, só com o ensino da língua inglesa como matéria. Por quê? Porque confiam na sua força cultural assimiladora, sem violência, sem imposição, só por meio de igual direito.

Seria que aqui se duvida da força assimiladora do Brasil?

Se os autores do projeto alimentam aquelas dúvidas, nós polacos, mais criteriosos, não as temos e com tristeza, mas com resignação, observamos por toda a parte, o processo envolvido e transformador do meio.

1.º — o polaco, pela influência do clima, da alimentação, do trabalho, etc., aproxima-se cada vez mais, no interior, onde para o desespero dos chauvinistas, ele é o senhor da terra, ao cabloco, ficando, ainda, polaco, só pela língua na sua casa.

2.º — a penetração do português é crescente (casamentos cruzados, trabalho nas estradas de ferro, nas fábricas, etc.).

Exceto que, por enquanto, aquela influência é superficial quanto ao povo polaco, sem dúvida não aquilo que é mais generoso, que é melhor no povo brasileiro, ao contrário, muitas coisas vãs e secundárias.

Mas quem é que tem a culpa disso? Onde temos até na própria capital, um teatro dramático, popular, onde temos conferências populares?

Para dar lugar a outra benéfica influência é preciso não fechar as escolas particulares estrangeiras, mas haver novas escolas públicas bem montadas e aparelhadas. Que rivalizem com aquelas! Se forem melhores, certo aquelas estrangeiras tendem fechar as suas portas, ficando sem alunos. Aí está a generosa rivalidade na implantação da instrução, na luta contra o analfabetismo.

Por que, ilustre Doutor, a maior parte das escolas polacas são bem montadas, bem aparelhadas e bem dirigidas? O coração de cada pedagogo, penetrado há de sangrar, vendo fechadas aquelas escolas só por causa de que se ensina que "dwa i dwa, czetery" e não dois e dois são quatro, como quer o projeto. O Dr. pode me dizer que o projeto permite o ensino da língua polaca em língua polaca; mas aí está a questão. Conforme o projeto é necessário que o professor conheça bem a língua vernácula, e fale corretamente, que o professor da escola seja aprovado, além disso, ele pode conhecer a língua polaca para administrá-la. Para nós, preciso que ele a conheça bem e que seja um professor formado e não sendo pedagogo, um homem inteligente e instruído.

Podem as escolas polacas achar os professores nessas condições, com o vencimento de 50 ou 60 mil réis mensais, que costumam pagar? Certamente não, e devem fechar as suas portas. Se o governo resolve-se pagar o mesmo aos seus professores, não duvidamos que, apesar de ser muito patriota, o corpo docente das escolas públicas abandonaria as escolas.

O professor polaco, logo que chega da Polônia, com ainda pequenas noções da língua vernácula, aceita as condições precárias, porque não tem outro emprego, por que quer achar, por enquanto, abrigo, e para conhecer o país, e por que é animado por aquela sensibilidade da alma polaca que o Dr. tão bem apanhou e definiu, que manda sofrer e esperar.

Ele ensina o português dos livros em uso das escolas públicas e não falando bem, pode conseguir que os alunos leiam e escrevam, enquanto é necessário a gente que luta pelo desenvolvimento desta terra não apenas com a língua, mas com a foice e o arado.

Algumas centenas de professores polacos, durante 40 anos, trabalhavam em paz, até hoje, em favor desta terra, implantando, nos corações e nas almas dos seus pequeninos patrícios, as mais generosas idéias, não custando o estudo quase nada (a época das subvenções, era muito curta) agora vão para a rua ...

Mas ficando sem pão e sem teto, eles terão nos corações dos colonos polacos, um monumento de gratidão "Aere perennius" naturalmente uma pessoa passa o projeto pró-analfabe-

tismo deixa uma certa animosidade, um certo descontentamento, uma certa desilusão, e sensação de uma injustiça imerecida.

E tudo... os polacos, ainda uma vez, ficaram convencidos que os fracos todos ostentam a sua força e na sensibilidade das suas almas podem só cerrar os dentes e esperar.

Eu sei que existem muitos meios legais, pacíficos, como habeas-corpus dos professores, das sociedades mantenedoras das escolas (é verdade que essas garantias estão apenas suspensas) mas, enfim, o povo saberá organizar a sua instrução particular fora das escolas, como a organizavam na velha Pátria e organiza, ainda, na Polônia, subjugada, no meio dos espões e gendarmes.

Estamos na dúvida se o benemérito Governo do Estado vá à moscovita ou prussiana processar, perseguir, vigiar e multar uma grande parte de seu eleitorado, da gente que quer falar a língua de seus pais.

O projeto é vexativo — isso todos entendem. É como demonstrei, injusto e inconstitucional (fere a liberdade de profissão) é prejudicial ao país.

É preciso saber, que na América do Norte, e por toda a parte em que vivem imigrantes polacos, surgiu uma propaganda de voltarem, os que puderem, à Polônia, depois da guerra.

Aqui, também se fala nisso, e muitas famílias esperam só o fim da guerra para voltarem, onde os esperam o trabalho e a mãe querida — que tinham abandonado e que tudo perdoará.

A lei contra as escolas polacas é o melhor meio de propaganda.

Talvez, alguns exploradores ficaram, com isso, satisfeitos, aqueles que acham que o trabalhador polaco é demais caro, é demais exigente, podendo ser substituído por nacional que, mal pago, deixa explorar o seu sangue e o seu suor, mas do ponto de vista dos interesses do futuro agrícola do Paraná, a reemigração dos polacos pode dar resultados desastrosos.

Ainda mais, que, fatalmente, pelos mesmos motivos, deve desaparecer alguma possibilidade de imigração polaca.

O projeto é inútil... e, ao meu ver, dá os resultados contraproducentes.

Poderá acreditar, ilustre Dr., que uma vez fechadas as escolas polacas, todas as mães e todos os pais começarão usar, na casa, o idioma português? Seria uma decepção.

Enfim, eu que me considero tão bom paranaense como qualquer dos pais ou dos padrinhos do projeto. Acho que o Paraná não precisa de gente que mude a sua língua, os seus costumes e as suas tradições de um dia para o outro.

Quem trata a sua língua como um vestido, que muda conforme as circunstâncias — não é um bom elemento para ser um bom cidadão.

É elemento de onde saem vís e traidores.

Traidores da pátria velha, exploradores da pátria nova. Só quem ama a pátria que tanto sofreu, pode amar uma outra que o maternalmente acolheu, quem cultiva a língua dos seus antecedentes pode ficar fiel a uma outra e capaz de sacrificar tudo, uma vez que adotou, voluntariamente, como sua e aceitar, com língua de seus filhos sem coação alguma.

Vou acabar. Não escrevi com o fim de promover alguma polémica, não quero impor a ninguém o meu modo de pensar, não quero também imputar quem quer que seja, intuitos que possam não haver. Queria, somente, ilustre e brilhante plúmivo, agradecer pelo seu artigo, que deixa a pena com um sentimento profundamente triste de que, neste momento, quando a Polônia martirizada, até há pouco, pelos czares algozes, caiu nas garras da águia negra, e se contorce nas convulsões da defesa, do outro lado do Atlântico, do outro lado do oceano, um punhado de polacos ordeiros, trabalhadores, fiéis às suas novas formas estaduais e políticas, acaba de sofrer um rude golpe de mãos que se dizem amigas — um golpe que lhe fere o coração, ameaçando um atributo profundamente enraizado na alma de cada povo que é a língua.

Não fazei injustiça, senhores legisladores!

Queira aceitar, Ilustre dr. Gastão Faria, as palavras de estima e consideração de seu admirador e criado.

GAZETA DO POVO

30 de dezembro de 1930.

Ilmo Sr.

Francisco Nitti.

Ex-Presidente do Conselho de Ministros da Itália em Paris.

Gazeta do Povo.

Sr.!

No número de "O Estado de São Paulo", de 21 deste mês, V.S. escreveu um artigo intitulado: "O perigo da Polônia. Retorno aos velhos erros e perspectivas de guerra. A desordem de uma ditadura", onde caluniou o governo polaco e principalmente, o Marechal Pilsudski, atual Ministro da Guerra e Inspetor Geral do Exército da Polônia.

Como homem velho, e na qualidade de Ex-Presidente dos Ministros, V.S. compreende a grave responsabilidade assumida por tudo o que escreveu naquele artigo e, nos trechos onde chamou o Marechal de "doido", mui particularmente.

Mais parece obra de um grafomano irresponsável ou de um assalariado, que trabalha "pour le roi de Prusse".

Um homem que, como V.S., tem um passado político e literário, deveria evitar cometer erros que imputa aos outros. V.S. entretanto, provou a mais completa ignorância sobre os assuntos polacos. Um homem que tanto fala de sua simpatia para com a Polônia, não pode, como fez a V.S., em seu último artigo, e com tão sadística satisfação, fazer propaganda contra o objeto.

Das duas uma; ou o Sr. Nitti tornou-se, na sua velhice, um escriba, que trabalha para quem mais pagar ou é ignorante e vaidoso, que se intromete em assuntos que não entende!

Sr. Nitti V.S.! conhece a Polônia, sua língua, seus costumes não falando já da geografia, história ou literatura? Esteve V.S. na exposição de Poznania, em 1928? Esteve, em geral, na

Polônia? Quanto tempo e quando? De onde haure V.S. suas notícias sobre a Polônia, as quais somente servem à propaganda germânica e bolchevista? Na Polônia, todos os que V.S. chama "bando de oficiais ignorantíssimos" são pessoas de educação universitária, que passaram a Grande Guerra nos postos, desde soldados e generais, e, depois, concluíram os estudos militares.

São eles doutores em medicina e direito, engenheiros e sábios. Conhece V.S. que a maior parte dos militares de postos superiores concluíram, antes da Grande Guerra, escola de direito, e de engenharia? Conhece V.S. pessoalmente o marechal Pilsudski? Sr.! O Marechal é atualmente um dos maiores vultos do mundo político e o povo polaco o idolatra, à exceção de todos que trabalham para que na Polônia reine a anarquia.

Sr. Nitti, V.S. teve que abandonar seu país e, daí compreende-se, até certo ponto, sua amargura nos atos em relação ao governo italiano. Mas isto não o autoriza a cuspir a sua saliva pestilenta e venenosa naquele que, sempre, em toda a parte demonstrou calorosas simpatias para com a Pátria de V.S.

Saiba, Sr. Nitti, que o abaixo-assinado, antes do combate do Piave, quando o Marechal Pilsudski era prisioneiro dos alemães, em Magdaburgo, e a organização militar polaca (P.O.W), com sua ordem empreendida, luta contra os ocupantes austríacos e alemães, em 1918, dirigiu-se ao consul italiano em Curitiba, Sr. Massimo Goffredo, propondo a formação de uma legião polonesa no Brasil, para lutar na frente alemã — austríaca.

Infelizmente, a resposta do ministro Sonnino Luzzati chegou demasiado tarde, quando a guerra já havia findado. Escrevo isto, para V.S. saber que eu fui, como agora sou, um sincero amigo do povo italiano e, também que não abandonarei esta amizade — quaisquer que sejam as relações internas da Itália. E, isso mesmo, no foro público, não tenho o direito de fazer crítica que ultrapasse os limites de um jornalista que se preza.

Os poloneses, assim como os italianos, resolveram as suas questões internas da vida política, sem amigos ursos.

Onde o Sr. esteve, Sr. Nitti, quando as crianças polonesas eram espancadas em Wrzesnia por não quererem rezar em idioma germânico? Onde esteve V.S. quando, 1905-1906, na parte da Polônia ocupada pelos moscovitas, os correlegionários

de José Pilsudki pareciam fuzilados? Acaso escrevia, ou escreveu V.S., alguns artigos sobre esses assuntos? Apresentou alguma interpelação ao parlamento?

Eu ouvi de Imbriani e Cavallotti, sinceros amigos da Polônia, que protestaram contra a recepção de czar Nicolau II, na Itália. De um Nitti, como amigo da Polônia, nunca ouvi! Evidentemente, os sentimentos para com a Polônia datam de muito recente...

De resto, o seu livro pela paz européia é uma prova transparente e lúcida dessas simpatias!!!

V.S. escreveu que a Polônia é um país de endividados, contraindo dívidas cada vez maiores, um país de caos financeiro. É mentira! A Polônia é um dos países europeus menos endividados. Tem a moeda estabilizada, orçamento equilibrado, o balanço comercial ativo. Todo o mecanismo financeiro funciona normalmente, e apesar de sofrer, com o mundo, e especialmente com a Europa, uma crise econômica, ela tem um número de desempregados reduzido. Leia o "Annuaire Statistique de la Republique Polonaise", 1929, editado em polaco e francês.

V.S. escreve que as últimas eleições foram acompanhadas de violências, homicídios e perseguições das minorias nacionais. É calúnia! As eleições na época atual realizam-se em todo mundo sob uma atmosfera de exaltação extraordinária. A Polônia, neste sentido, não apresenta exceção.

As eleições, entretanto, realizaram-se calmamente. Somente na Alta Silésia os capangas alemães mataram, com 18 facadas, um sargento de polícia, o polaco Sznepka e os comunistas assassinaram um operário polaco chamado Stelmach. Alguns alemães foram espancados. Concorde o Sr. Nitti, que nos tempos de seu governo as eleições não ocorriam com a maior calma? V.S. fala de prisões de várias e distintas personalidades, mas V.S. esquece-se de acrescentar que todos eram ex-deputados, cuja invulnerabilidade cessou, no momento da dissolução do Parlamento. Esqueceu que eles foram chamados à responsabilidade por vários crimes e conforme os resultados dos inquéritos, eram postos em liberdade, com ou sem fiança, ou entregues ao competente juízo.

V.S. deve concordar que é impossível proceder com maior delicadeza para com pessoas que pregam um levante e o não pagamento dos impostos, ao lado de gente que dava tiros nos agentes de polícia, não falando, já, de outros delitos ordinários.

Ultimamente, um dos presos, que foi novamente eleito à Dieta, por um partido oposicionista, foi posto em liberdade, na base da lei da invulnerabilidade dos deputados. E sabia, Sr. Nitti, e ex-presidente do Conselho de Ministros, que no parlamento polonês, foram somente os deputados do P.B.W.R. — bloco imparcial em colaboração com o governo — que desistiram do seu privilégio de invulnerabilidade? Todos os outros deputados agarraram-se, ansiosamente, aos privilégios de invulnerabilidade. Refere-se V.S. à investida de certos meios políticos ingleses, na questão das últimas eleições, como, também, de que em todos os países civilizados, especialmente na Alemanha e na Inglaterra, a obra criminosa de Pilsudki provocou a mais viva repulsa.

Não seria melhor, Sr. Nitti, aconselhar os parlamentares ingleses voltarem as suas atenções àquilo que se dá na Índia, onde, há muito tempo, os aeroplanos do governo e do Labour Party bombardearam os manifestantes indianos, que não tiveram a honra de conquistar a proteção do mesmo Labour Party, como este último está ocupado com a defesa dos eleitores que sofreram na Alta Silésia, durante as eleições? Não seria melhor dar-lhes um conselho, num longo artigo, o qual, certamente, também será pago, dizendo o que deveriam fazer, para diminuir o assustador número da miséria desempregada na Inglaterra? E, quanto à Alemanha, eu aconselharia ler o que escreve Temps sobre as notas alemãs à Liga das Nações. (Telegrama publicado no Estado de São Paulo de 23 do corrente); o que escreve o socialístico Volksblatt de Oppeln (Opole) no dia 26 de novembro último, o que escreve, a propósito dos acontecimentos, no momento das eleições, o Montags Morgen, de Berlim, o qual diz que "a perda de 30 mil dos votos alemães, nas eleições à dieta da Alta Silésia, é menos dolorosa do que a morte de 30 mil alemães, em caso de guerra com a Polônia. O dever daqueles, que querem trabalhar para a Alemanha é de não concordar para o aumento e atenção pela descriteriosa repetição de notícias sobre as crueldades polonesas. Não é justo, escrever o jornal, fazer toda a nação polonesa responsável

pelos incidentes ligados ao movimento eleitoral. É também, prudente tratar com ceticismo as notícias do terror polonês na Alta Silésia. Em todos os casos, é bom não tratar, já, da culpa das autoridades polonesas como provada. Se alguém, na Alemanha, tem de protestar contra o regime na Polônia, acrescenta o jornal, de certo não serão os nacionalista alemães, tendentes a suscitar um conflito com a Polônia, não exigem da política estrangeira do Reich, para com a Rússia soviética, onde reina um terror absoluto, ou para com a Itália, país de uma ditadura. Assim escrevem os bons e francos alemães e V.S. é "plus catholique que le pape".

Conhece, casualmente, V.S., um artigo de seu patrício, o deputado Pietro Bolzon, lançado, não há muito tempo no *Echie Commenti* intitulado "Os novos ideais e o plágio Hitler"? É bom ler. Não quero, Sr. Nitti, me afastar do assunto, toquei nas relações polono-alemães por que foi o Sr. quem nelas, tocou com tanto calor e tanto rancor. Os poloneses são vizinhos dos alemães, desde mil anos. Houve Powce, houve Grunwald; houve a partilhar da Polônia, a anexação da Silésia e da Pomerânia, da Poznanian, pelos alemães.

Chegou a ressurreição do estado polonês. Sem seus artigos, sem seu veneno e calúnia, os alemães e os polacos chegaram a algum possível entendimento, como iguais, cada um no seu território. Mas, para isso, é necessário um pouco de tempo, e a ausência de certos amigos demasiadamente delicados, sem os quais um escritor russo criou a fábula "O Monge e o Urso" a qual diz, justamente, que um tolo dedicado é o pior dos inimigos.

E, agora, quero passar ao vulto do Marechal Pilsudki, tão cínica e brutalmente agredido por V.S.

Sr. Nitti, o Marechal é um homem altamente instruído; fala diversas línguas; possui vontade de aço e é um trabalhador incansável; não gosta de brilhos falsos e nem do rumor mundano. Depois de um trabalho fatigante, procura descanso e abrigo na calma do lar em companhia de sua esposa e meigas filhas. É um homem da melhor sociedade. Não bebe, fuma bastante. Não o quebraram os presídios russos, nem alemães. Com um cigarro nos dedos, com um sorriso nos lábios, passeava

nas trincheiras, sob a chuva dos projéteis moscovitas. Era um estratégico genial e o comandante em chefe, idolatrado pelos soldados.

Dedicou toda a sua vida ao ideal da independência da Polônia, e à reconstrução da sua posição como potência. Guardou Wilno para a Polônia, (não Wilna, Sr. Nitti) a sua cidade querida, onde o elemento polonês vem dominando desde séculos, ao noroeste da República, como vem dominando em Lwow, a sudoeste.

Foi acusado, muitas vezes, pelos nacionalistas poloneses, por sua indulgência para com os alemães, ucranios, judeus. Ele é um democrata, e quer que, sob o céu da República Polonesa, os seus cidadãos, de várias nacionalidades, achem um abrigo mútuo. Se ele é odiado pelos bolchevistas e nacionalistas alemães, não é motivo para que V.S. o premie com seu ódio.

Podendo, tantas vezes, tomar ditadura na Polônia, preferiu lutar com o partidarismo e dietocracia, não abolindo o parlamento, almejando a reforma da constituição, que é má, e cuja manutenção, por mais tempo, ameaça a existência do Estado. Desde maio de 1926, quando Marechal, para salvar a República, viu-se obrigado a empreender os mais enérgicos meios, a Polônia, se acha no caminho da evolução progressiva.

O Presidente da República é Ignácio Mosicki, um sábio, que se mostrou, também, excelente estadista.

A Polônia desenvolve-se sob o governo deles, exercendo as forças. Que isso não agrade os inimigos da Polônia, compreendo, mas não deve irritar V.S., a ponto de por-lhe na mão, uma pena que escreve artigos difamadores. Aconselho a V.S. usar os cobres ganhos com os artigos caluniosos contra o Marechal e contra seu governo, aplicando num passeio pela Polônia, com permanência de algumas semanas, depois da volta do Marechal da ilha da Madeira. Vai custar muito, Sr. Nitti. O Marechal possui uma virtude cristã, que é uma falta para um político — perdoa aos seus inimigos e caluniadores. Nada lhe acontecerá na Polônia, mesmo que V.S. se apresente no Belvedere, na residência do Marechal, pedindo uma entrevista do marechal para "O Estado de São Paulo".

No pior dos casos, pode V.S. ouvir, da boca de um ajudante uma das condensadas e succulentas expressões do Marechal, que constituem as únicas vinganças desde homem.

Só para isso, vale a pena fazer um passeio à Polônia. A realidade dos fatos falará em favor da Polônia e do Marechal, e V.S. escreverá um artigo sobre a Polônia e o seu chefe, não via Berlim — Moscôu, mas — via as tradições e reciprocidades polono-italianas.

BIBLIOGRAFIA

Coletânea dos trabalhos médicos do Dr. Kosso-
budzki, publicados no Brasil, incluindo tradução
do artigo sobre traumatismo torácicos da Re-
vista Medcycyne, de 1902.

TRADUÇÃO DO POLONÊS:

- 1902 — Contribuição para a Casuística de Traumatismos da Caixa Torácica. (Revista Medycyna Vol. 30 Páginas 616-619 e Vol. 31 páginas 643-651, 1902).

PUBLICAÇÕES MÉDICAS EM LÍNGUA PORTUGUESA

- 1910 — Algumas considerações sobre as feridas por tiro de carabinas militares modernas. (Brazil-Médico, Ano XXIV 01/09/1910 número 33).
- 1910 — Algumas considerações sobre as feridas por tiro de carabinas militares modernas. (Conclusão Brazil-Médico, Ano XXIV 08/09/1910 número 34).
- 1912 — A aplicação do processo de Momburg nas hemorragias do de livremento (Brazil-Médico, ano XXVI 22/01/1912 número 4).
- 1916 — Estreitamento absoluto do Esophago (Paraná Médico, ano — 19/09/1916 número 2).
- 1917 — Ferimento penetrante do ventre com prolapso do epíplon e do intestino (Paraná Médico — 01/11/1917 pág. 177).
- 1917 — Algumas considerações sobre a therapeutica cirurgica da hernia ingüinal (Paraná Médico — 02/01/1917 pág. 207-213).
- 1918 — Reinaldo Machado como Cirurgião (Paraná Médico número especial, 1918).
- 1918 — Algumas palavras sobre o tratamento da febre typhoide (Paraná Médico Vol. 3 (4) páginas 468-475 de 1918).
- 1925 — Operação plástica do esphincter anal (Paraná Médico Vol. 07 (1) páginas 9-11 de 1925).
- 1931 — Considerações sobre a appendicite em Curityba (Revista Médica do Paraná Vol. 1 (1) pág. 14-16, de 1931).
- 1939 — Invaginações intestinaes (Revista Médica do Paraná Vol. 1-2 páginas 97-102 de 1932).

Cartas abertas publicadas na Imprensa de Curitiba.

- 01 — Carta ao jornalista Gastão Faria — (Comércio do Paraná 10/03/1918).
 02 — Carta ao Dr. Francisco Nitti — (Gazeta do Povo 30/12/1930).

Da Divisão do Dr. Med. M. Sadowski do Hospital Menino Jesus

CONTRIBUIÇÃO PARA A CASUÍSTICA DE TRAUMATISMOS DA CAIXA TORÁCICA

(compressão da caixa torácica — Síndrome de Perthes)

Apresentou: SZYMON KOSSOBUDZKI
Médico interno do Hospital Menino Jesus

Os traumatismos da caixa torácica são muito freqüentes, e notavelmente variados, tanto no que se refere ao gênero, dimensões, intensidade, e suas conseqüências, as mais variadas feridas, contusões, esmagamentos mais ou menos extensos, fraturas de costelas ou do esterno, com ou sem lesões do pulmão, diafragma, pleura e coração, passam diante dos olhos do médico que exerce a prática entre trabalhadores braçais. Parece-me que, no âmbito do traumatismo da caixa torácica, a casuística, até agora, é tão rica, que observações posteriores não podem trazer nada de novo. Como prova de que não é assim, permito-me apresentar o seguinte caso:

A. G. operário, de 18 anos, no dia 8 de janeiro de 1901 sentia-se completamente sadio. Almoçou, como de costume, e, após o almoço, foi trabalhar como maquinista no elevador de um dos maiores prédios de Varsóvia.

Durante o tempo em que G. estava parado no corredor, um conhecido seu, por brincadeira, movimentou o elevador, que começou a descer. Querendo parar o mesmo, G. saltou do corredor para a cabine do elevador. Por infelicidade, caiu com a face para baixo, e ficou comprimido entre a borda do teto da cabine que estava descendo e a borda do assoalho de entrada, que levava do corredor ao elevador. O tórax repousava sobre

a borda do assoalho e o teto imprensava de cima, pelas costas, abaixo dos omoplastas, cabeça e mãos. A parte superior da caixa torácica encontrava-se na cabine. Pendendo livremente, o resto do corpo ficou no corredor. Nesta posição, o doente permaneceu, como lhe parece, pelo o tempo de um minuto, respirando muito superficialmente, com muita dificuldade, por pouco não se sufocando. Sentiu forte corrente de sangue para a cabeça, batimentos e zumbido nos ouvidos. Nos olhos, fez-se lhe um clarão, e, em seguida, a visão tornou-se vermelha.

Usando as últimas forças, gritou para o homem que, sem cuidado, colocou o elevador em movimento. Deste modo, este moveu-se rapidamente, o que aumentou mais a compressão. G., sentiu falta de fôlego, a face se engurgitou, os olhos saltaram do rosto. Do nariz jorrou sangue, perdeu a vista completamente. Quanto tempo assim tenha ficado, não pode dizer, mas parece que pouco tempo, um minuto ou talvez um minuto e meio. Finalmente, libertado, levantou-se sozinho, sentou-se em uma cadeira e mandou chamar o médico.

O sangue do nariz parou de correr logo após a libertação. A vista começou, gradualmente, a voltar, após cerca de cinco minutos.

G. sentiu-se muito enfraquecido e tinha uma dor indefinível no pescoço e na cabeça. Durante todo este tempo, não perdeu a consciência, nem por um momento.

O médico do Pronto Socorro, chamado, injetou uma âmpola de cafeína e transportou-o ao Hospital onde, às 6:30 da tarde encontrava-se no seguinte estado:

Estatura mediana, compleição bastante boa, nutrição regular. Face bastante engurgitada, e inchada. Mais edemaciadas estavam as pálpebras, que o doente mal pode abrir. Olhos fortemente procidentes das órbitas. Glândulas salivares, parótidas e submaxilares, proeminentes, sob forma de blocos.

A palpação provocava forte dor. Um pouco menos salientes ficaram, no pescoço, as regiões ao longo dos grandes vasos e a glândula tireóide. Nesses locais havia, também, dor à palpação.

A pele do couro cabeludo e pescoço estava fortemente edemaciada.

Na parte inferior do pescoço, a pele, gradualmente, tornava-se menos tensa, e os contornos do pescoço se aproximavam do normal.

A pele da cabeça, face, e parte do pescoço têm uma coloração roxa, principalmente no nariz. As pálpebras estavam quase azul-marinho. Sobre esse fundo, refletiam-se, com brilho, marcas de varíola, que se conservavam claras, com a coloração própria da pele do doente. Além disso, sobre o fundo da coloração roxa da pele, viam-se múltiplas e pequenas manchas, com tamanho diversos, desde o de um grão de areia, papoula, cabeça de alfinete, ou grão cânhamo, de cor azul-marinho e vermelho escuro. Essas manchas não se cediam com a pressão do dedo.

Abrindo as pálpebras, encontramos a conjuntiva das pálpebras e do globo ocular fortemente edemaciado, semeada de manchas vermelhas. Poucas áreas sobraram mantendo coloração normal. Córneas normais, reflexos à luz e acomodação conservados. Movimentos dos globos oculares presentes, mas provocando dor discreta. A mucosa do nariz estava fortemente edemaciada, vermelho escura, semeada com pequenas manchas fortemente coradas. Vestígios de sangue coagulado nos orifícios nasais.

Os condutos auditivos não apresentavam traços de sangue. A pele apresentava-se como a pele das regiões vizinhas da face. Não foi feito exame com espécúlo.

A língua não apresentava alterações. No pálato mole e na úvula, muitas sufusões puntiformes, vermelho escuras. Não foi feito o exame da laringe.

A pele das fossas supra e infra-claviculares e das partes laterais do pescoço, das regiões das duas articulações acromioclaviculares, das fossas supra-espinhosas e da omoplata, algo cianótica e semeada de pequenas manchas semelhantes às da face.

Nas costas, desde o ângulo da omoplata esquerda, em direção oblíqua para baixo, passando a 4,0ctms, abaixo do ângulo do omoplata direita, ocorrem duas raias paralelas, uma mais estreita, outra mais larga, originadas da fricção da epiderme.

Para baixo, a pele inteiramente sadia. Na frente, sobre a caixa torácica, algumas escoriações de epiderme, sob forma de raias paralelas, correndo em direção perpendicular.

Temperatura, às 8 horas da tarde 39,1°; pulso 96, rítmico, amplo mole, movimentos respiratórios superficiais, 22.

A palpação da caixa torácica e a compressão no sentido ântero-posterior não provocam dor. O doente não tosse e respira sem dor. A percussão do pulmão não revela nada de anormal exceto leve macicez no ápice direito. A ausculta descobre, neste mesmo ponto, diminuição da respiração. O choque do ápice do coração estava na linha mamilar esquerda, entre a quinta e sexta costela e era bastante forte e visível, numa área considerável. A macicez do coração limita-se, por cima, entre a terceira e quarta costelas. O limite direito ultrapassa, um pouco, a linha esternal esquerda. Tons do coração, limpos; tons da artéria pulmonar um pouco surdos.

Órgãos da cavidade abdominal não apresentam alterações.

Recomendou-se repouso no leito.

9 de janeiro. Temperatura 37,7° — 37,3°, respiração 20, pulso 78, rítmico, menos cheio, porém mais duro do que no dia anterior.

O doente sente-se, no geral bastante melhor. Tem dor na parte superior da parede anterior do abdômem, notadamente à inspiração profunda.

Não tosse. Enxerga normalmente, como antes do acidente.

A engurgitação das glândulas salivares, da tiróide, do tecido ao longo dos vasos do pescoço era menor, e não dolorosa à pressão. Nas pálpebras, cianomas, mais evidentes sob forma de raias azul-marinhas. Pálpebras injetadas de sangue, em volta da córnea, não havendo áreas livres, não vermelhas. O número de extravassamentos roxo-avermelhados no palato mole era notadamente maior. Na pele da cabeça e do pescoço, havia uma erupção petequial, mais nítida nas regiões do ombro e dos músculos elevadores do ombro. Atrás, as lacerações da pele não ultrapassam a linha de escoriação. No tronco a erupção é tanto menor quanto mais caminhamos para baixo.

Os pulmões apresentam-se como anteriormente.

O limite superior da macicez cardíaca estava abaixo da quarta costela, o limite direito, na borda esquerda do esterno. O batimento da ponta do coração estava no lugar normal. Tons cardíacos normais, murmúrios venosos na ausculta das fossas supraclaviculares.

Das 6:30 da tarde de 8 de janeiro até às 2:00 horas da tarde de 9 de janeiro foi de 1800cm³ a eliminação de urina, que tem reação ácida, e contém 0,5% de albumina, e, no sedimento, poucos cilindros urêicos.

Exame de fundo de olho com oftalmoscópio, executado gentilmente pelo colega Januszkiewicz, não revelou alterações.

10 de Janeiro. Temperatura 36,9° a 37,1°, pulso 80, normal. Estado geral bom, com dor nas costas e no lado direito, não muito intensa. Respiração completamente livre. Não tosse. Face menos cianosa e engurgitada. Glândula parótida menos destacada, submaxilar não visível. Edema das pálpebras, menor. Os globos oculares não dão mais impressão de esbugalhados nas cavidades orbitais. A escoriação da epiderme, nas costas, já secou e tem coloração vermelho-marrom. A pele neste lugar é dolorosa à palpação. As apófises espinhosas das nona e décima vértebras dorsais são sensíveis à pressão. Apetite bom. Diuresse durante vinte e quatro horas foi de 1160m³, com vestígios de albumina.

11 de Janeiro. Febre de 37,1°, queixa-se de dor no lado direito, à inspiração profunda. Ao exame não descobri nada de anormal nesse lugar. Não há edema da face, cianose consideravelmente menor. O extravasamento na face, cabeça, pescoço e costas empalideceu.

12 de Janeiro. Temperatura 36,7°, pulso 100, cheio, forte, rítmico. O doente está muito nervoso, o que explica a aceleração das pulsações. Não tosse. Queixa-se de dor no lado direito, à respiração. A face adquire aspecto normal, a cianose e extravasamento quase já cederam. No pescoço e costas, quase não mais se reconhece erupções. Nas fossas supra e infraclaviculares ela empalideceu bastante. Administrou-se bromo.

13 de Janeiro. Temperatura 36,7°. Pulso normal, dor no lado direito.

14 de Janeiro. Temperatura 36,7° — 37,0°. Pulso normal.

O doente apresenta seu aspecto usual. As conjuntivas oculares ainda estão completamente infiltradas de sangue, conquanto menos edemaciadas. Cianomas nas pálpebras. Está quieto.

15 de Janeiro. A dor no lado direito à respiração é menor. Face pálida, sem traços de edema, cianose ou extravasamentos. Nas pálpebras, cianomas, sendo que as conjuntivas palpebrais perderam a coloração vermelha. No pescoço, nas fossas supra e infraclaviculares, aqui e acolá, ainda há pingos marrons na pele. Não há albumina na urina.

17 de Janeiro. Está passando bem, dor discreta, à respiração, no lado direito. A pele da cabeça, pescoço, face, tórax e costas de coloração normal. As conjuntivas das palpebras perderam completamente, o aspecto sangüinolento. Como únicos vestígios há cianomas nas pálpebras superiores.

O caso acima é tão característico que, uma vez observado, permanecerá, para sempre, na memória.

Na literatura médica temos muito poucas descrições de casos semelhantes de compressão da caixa tórácica e suas consequências.

Por certo as condições necessárias para o aparecimento de tal conjunto de sintomas devem ser bastante complexas, e, por isso, raramente são encontradas.

O mérito do estabelecimento do quadro clínico da lesão acima descrita pertence, com razão, a PERTHES, que no ano de 1899, publicou dois casos muito parecidos ao nosso.

Na literatura que me foi acessível, encontrei, ainda, um terceiro caso de PERTHES, três casos de BRAUN, de HUETER e VOGT cada um com um caso, dois casos de NECK, quatro casos de VOELCKER, um de HOPPE, um de WEGNER, e referências de dois casos de VON RECKLINGHAUSEN e MAIEN. Junto com o nosso, resultam 17 casos.

Os casos de VOELCKER são apresentados muito superficialmente, no relatório geral sobre a catástrofe da estrada de ferro, em Heidelberg, no dia 7 de Outubro de 1900.

O caso de WEGNER está descrito sumariamente.

Assim, pois, 12 casos, descritos com mais detalhes, devem bastar-nos para descrever o quadro clínico e as conseqüências da compressão da caixa torácica, bem como o esclarecimento das condições de aparecimento e do mecanismo das lesões.

O tempo durante o qual durou a compressão da caixa torácica ou do abdômem, vômitos, flexões, e outros fatores após os quais apareceu o quadro clínico que estamos estudando, variou de meio minuto até meia hora. Assim, o tempo parece ser sem significação e influência sobre a intensidade ou no próprio aparecimento dos sintomas.

A idade dos doentes desempenha certo papel no aparecimento dos sintomas. A maioria dos casos era de pessoas jovens. Somente um paciente tinha quarenta e cinco anos, e três outros trinta e cinco a trinta e oito anos.

PERTHES, possivelmente com razão, julga que, nas pessoas idosas, deverá esperar o aparecimento de lesões nos vasos sangüíneos do cérebro, que levaram seus pacientes à morte.

Parecia-me, no entanto, que isso pode ser uma questão de acaso.

As condições necessárias ao aparecimento da síndrome que estamos estudando encontram-se usualmente, em homens jovens. O número pequeno de observações até agora não nos permite opinar em definitivo. Na maioria dos casos, sobreveio uma compressão ou esmagamento da caixa torácica em direção oblíqua, lateral ou ântero-posterior, em várias alturas três casos de PERTHES, um de BRAUN, dois de NECK, quatro de VOELCKER, um de WEGNER e o nosso: em conjunto doze).

Usualmente, as partes do corpo situadas acima ou abaixo, estavam livres. Foram agentes compressores partes de máquinas, vagões ou, como em nosso caso, um elevador.

Até que ponto a compressão da caixa torácica pode chegar, dar-nos indicação o terceiro caso de PERTHES, no qual a distância entre as partes compressoras da máquina era de 20 a 25cm e a distância entre a ferida no ombro esquerdo e lugar da fratura da 7.^a costela era de 33cm. A compressão alterou a dimensão correspondente de 8 a 13cm.

Que alterações tão significativas devem resultar em grandes lesões, falam os casos nos quais encontramos fraturas de costelas, do esterno, do ombro, do ante-braço (casos de PERTHES, VOELCKER, BRAUN, WEGNER, de NECK, fratura da base do crânio e exsudato no pericárdio (WEGNER), fratura na membrana do tímpano (PERTHES).

Nos casos de VOGT HUETER e no primeiro caso de BRAUN tratava-se de compressão, do abdômem. Conjuntamente, no caso de HUETER, havia uma ferida penetrante do abdômem.

No segundo caso de BRAUN havia concomitância de compressão do abdômem. Muito mais interessante, quanto à etiologia, é a terceira observação de BRAUN. Sobre a parte posterior do pescoço de um operário, caiu uma grande quantidade de beterrabas, em consequência do que ele ficou flexionado de tal modo, que a cabeça ficou entre as pernas. Os sintomas foram típicos: edema, cianose, sufusões na pele da face, pescoço, fossas supraclaviculares, supra-espinhosas, tórax e mesmo abdômem. Hemorragias dos ouvidos e nariz.

É também interessante o caso de HOPPE, no qual um conjunto semelhante de sintomas apareceu depois de um ataque de vômitos, provocados pela irritação da faringe com o dedo.

Os dois últimos casos conduzem à conclusão de que, nem a compressão da caixa torácica, nem do abdômem, durante o traumatismo constituem condição indispensável ao aparecimento do quadro clínico.

O traumatismo é um dos fatores, estando a causa em outro lugar. Convinceu-nos que assim é, perlustrando as opiniões sobre o mecanismo da formação do quadro clínico.

PERTHES externou a opinião de que, pela compressão, sobrevém um aumento da pressão intratorácica, que se transfere às veias da cabeça e leva à rutura de pequenos vasos.

PERTHES faz aqui as perguntas: se é que a compressão da caixa torácica pode aumentar a pressão intratorácica, a tal ponto de causar lesão dos tecidos, pode essa pressão transferir-se, diretamente, sobre as ramificações iniciais das veias, porque é somente na cabeça e na parte superior do pescoço que acontecem os extravassamentos?

A primeira pergunta encontra resposta nos casos de lesão dos pulmões, onde o trauma não agiu diretamente sobre eles.

GOSSELIN e outros explicam esses casos pelo aumento da pressão intratorácica. Essa última, nos casos que nos interessam, é possível, porquanto trata-se, freqüentemente, de um grande trauma da caixa torácica.

A elevação da pressão leva o sangue, retrogradamente, nas veias, do mesmo modo que se vê durante a operação de varizes, quando a tosse provoca as ondas retrógradas nas veias safenas magnas. Este fenômeno depende da falta, ou insuficiência das válvulas venosas. Tais válvulas também não existem nas ramificações da veia jugular interna e na veia anônima, com exceção de um par de válvulas na união da veia jugular com a veia anônima. Porém, estas válvulas estão sujeitas a alterações. Segundo POIRIER as válvulas são insuficientes nas elevações de pressão.

A veia jugular externa tem, usualmente, duas válvulas insuficientes, uma junto à veia subclávia e outra na metade do pescoço. Raramente, entre elas, encontra-se uma terceira.

As particularidades anatômicas acima, na opinião de PERTHES, explicam a extensão das alterações e os limites da cianose e das sufusões.

Extravasamentos semelhantes vemos, em menor extensão, em pessoas idosas, durante a tosse e, nas jóvens, na coqueluche. HUETER, citado por BRAUN, supunha a dilatação mecânica dos vasos conseqüente à congestão passiva ou compressão do nervo simpático na cavidade abdominal, cuja compressão conduz à dilatação dos vasos no percurso do nervo simpático no pescoço.

WILLERS esforçou-se por resolver estes pontos fazendo experiências em coelhos.

A compressão do abdômem, ou uma pancada forte, traziam uma dilatação nítida dos vasos do ouvido e da superfície do cérebro, porém sem extravasamentos.

A secção do nervo simpático, em rãs, trazia a dilatação dos vasos da pele, sem extravasamento.

Diante disto, WILLERS atribui o edema, os extravasamentos na pele e nas conjuntivas do olho, hemorragias no nariz e assim por diante, à compressão do abdômem.

A falta de válvulas nas veias faciais comuns e a abundância de vasos na face facilitam os extravasamentos.

Confrontando seu caso com os de HUETER, VOGT e PERTHES, BRAUN concluiu que os sintomas descritos são provocados por uma forte compressão do abdômem, e externou dúvidas que fatos semelhantes pudessem ocorrer após a compressão da caixa torácica, lembrando, sempre, a possibilidade de compressão concomitante do abdômem. No ano de 1900, PERTHES descreveu seu terceiro caso de compressão da caixa torácica e sustentou, inteiramente, suas constatações anteriores.

No que se refere ao mecanismo das lesões, concluiu, sobre os casos de BRAUN, que a compressão do abdômem exerce a mesma influência sobre a pressão no sistema venoso que a compressão da caixa torácica. Sobre se sangue, pressionado, dirige-se somente para cima, ou também para baixo, não pôde dar resposta definitiva.

As experiências em animais deram a PERTHES, resultados negativos.

A compressão da caixa torácica, em dois coelhos, trouxe nítida dilatação das veias dos ouvidos, cianose do focinho e das pálpebras, mas nenhum extravasamento.

Somente num animal, a compressão concomitante do tórax e do abdômem, durante 3 a 4 minutos, produziu discretos, mas nítidos, extravasamentos na pele entre os ouvidos, na base e nas bordas de uma orelha. PERTHES explica o resultado negativo das experiências pela presença de válvulas na veias da cabeça do coelho.

Neste mesmo ano, BRAUN descreveu seu segundo caso, terminado com morte.

Como tal, merece um resumo minucioso.

Tratava-se de um operário de 45 anos, ao qual uma máquina comprimiu a caixa torácica. Apareceu hemorragia do nariz

e perda da vista. Os sentidos foram completamente conservados, e ocorreram fortes dores na cabeça e nas costas.

A face apresentava-se típica. Sobre o pescoço, uma linha delimitava nitidamente as alterações, à altura de cartilagem cricoide.

Exoftalmia bilateral, edema e infiltração de sangue na conjuntiva ocular e das pálpebras. Pupilas dilatadas ao máximo, sem reação à luz, movimentos dos globos oculares ausentes.

Temperatura normal, pulso pequeno, muito enfraquecido, não perceptível nas artérias radiais. Urina límpida, sem sangue.

No dia seguinte, os mesmos sintomas.

Ao exame do fundo do olho, nenhuma alteração.

Trinta horas após o acidente, o paciente faleceu, com sintomas de queda de forças.

O exame post-mortem revelou as seguintes alterações: forte infiltração de sangue nos músculos temporais, todo o tecido gorduroso das cavidades orbitais estava infiltrado de sangue. Havia numerosas sufusões puntiformes na mucosa nasal. Na região da glândula submaxiliar havia infiltração sangüínea.

Epilaringe, laringe e traqueia semeados de sufusões. Na cavidade pleural esquerda havia cerca de meio litro de líquido vermelho. O lobo inferior esquerdo, na parte inferior e posterior, estava comprimido, sem ar.

Na pleura parietal, extravasamentos e algumas rupturas, correndo paralelamente às costelas.

No lado direito, fratura subperióstica da 4.^a à 9.^a costela. No mediastino posterior, ao longo da artéria principal, abundante infiltração de sangue. A infiltração encontrava-se, também, ao longo das artérias cervicais.

A porção direita do diafragma, vermelho escura, estava toda infiltrada de sangue. Na esquerda, havia uma abertura pela qual introduziu-se o rim esquerdo, dentro da cavidade torácica.

Na cavidade da pequena bacia havia cerca de 100 cm³ de sangue líquido. O fígado, parcialmente desgarrado do diafrag-

ma, com uma massa do tamanho de uma avelã, preenchida por sangue. No lobo direito, duas rupturas da cápsula, com alguns centímetros de comprimento.

Sobre a cápsula de Glisson, extravasamento discreto. Sub-rupturas do baço. A artéria renal esquerda e suprarrenal, como também as veias correspondentes, dilaceradas.

Do lado esquerdo, no tecido conjuntivo extra-peritonal, ruptura e extravasamento.

O exame de pedaço de pele revelou forte repleção das veias, capilares carregados de globulos vermelhos, artérias normais.

Havia numerosos pequenos extravasamentos, mais nítidos na cutis e, menos, nas papilas cutâneas e tecido subcutâneo, consistindo uma repleção mais ou menos forte de corpúsculos vermelhos nos espaços interfibrilares, ao longo das fibras conjuntivas. Não havia reação inflatória. Baseado neste caso, BRAUN admitiu a possibilidade do aparecimento da síndrome após a compressão da caixa torácica.

Os dois casos que se seguem foram descritos por NECK, que concorda com BRAUN e PERTHES quanto ao mecanismo da lesão.

De outro modo, e, na minha opinião, mais racionalmente, opina HOPPE.

Conforme sua opinião, após a compressão do tórax, do abdome, ou também, em consequência de outras causas agudas, surge, de repente, elevação da pressão intratorácica.

Esta ultima reflete-se em ambas as vias sangüíneas — sistemas venoso e arterial — produzindo nelas ondulação na coluna de sangue.

As artérias estão sob uma pressão lateral maior, são mais rígidas e situadas mais profundamente, sendo menos dilatáveis.

As veias são mais dilatáveis, estão sob uma pressão lateral menor e situadas mais superficialmente e apresentam obstáculo, sob forma de válvulas, na veia jugular comum.

As ondas de sangue encontrar-se-ão não ao meio do caminho, mas já nos limites do sistema venoso, mais ou menos nas

pequenas veias, que não suportam a dilatação e se rompem, daí a cianose e extravasamentos.

Além do movimento ondulatório, existe o movimento da corrente de sangue. Nas artérias, ela potencializa o movimento ondulatório do sangue, que se transmite à aurícula direita pela grande dilatabilidade das veias, sua repleção incompleta, largura da luz e numerosas ramificações e anastomoses. A maior parte do sangue recalcado de volta, espalha-se pelos grandes vasos, repletando suas luzes dilatadas, apenas pequena parte sujeita-se à parada nas pequenas veias e capilares, derramando-se nos tecidos através das paredes, rotas anteriormente, em consequência da ondulação do sangue.

HOPPE distingue o mecanismo das sufusões em semelhantes casos do mecanismo da sufusões, no sentido exato da palavra, congestionantes, que vemos nos estrangulados e, casualmente, nos enforcados.

Nestes casos, o vasamento de sangue é fortemente diminuído pelas artérias, do outro lado, agindo pela via a tergo.

Não há, aqui, um movimento ondulatório súbito do sangue, com repentina dilatação das vasos, mas, com cada contração do coração, aumenta a pressão nos vasos, dos quais, os mais fracos se rompem.

Os extravasamentos ocorrem, neste caso, após a cianose, como sua manifestação maior.

Parece que o raciocínio de HOPPE pode nos explicar mais facilmente os diversos sintomas encontrados nos casos que estudamos.

No ano passado, não conhecendo, ainda, o artigo da HOPPE, que apareceu no dia 25 de julho, supunha que uma compressão torácica súbita, trazendo parada de sangue no sistema venoso do pescoço e da cabeça, e não impedindo o coração de bombear continuamente o sangue, o que pode levar à distensão das veias (cianose) e sua ruptura (extravasamentos).

Decidí proceder experimentos com animais.

Entretanto, parecendo-me ser uma intervenção muito cruenta sujeitar os animais a uma compressão brusca, resolví compri-

mir, durante um espaço de tempo mais longo, a veia cava superior para, deste modo, estudar as conseqüências da estase brusca e completa do sangue no sistema venoso da cabeça e do pescoço.

1.^a Experiência (1902).

O primeiro experimento (30/4) não deu nenhum resultado porque o cão morreu em conseqüência da técnica defeituosa. A saber, depois da secção das cartilagens da segunda e terceira costelas direitas, em narcose clorofórmica, quando tentava afastar a pleura, rasguei-a, provocando pneumotórax bilateral.

O cão começou a ser asfixiar e agonizar. A pegada da veia cava superior com um clampe somente apressou a morte. A massagem do coração, durante longo tempo, não manteve a vida.

A via de acesso à veia cava dessa maneira pareceu-me inconveniente.

No experimento seguinte escolhi uma via diferente. Por meio de uma incisão na linha mediana descobri a parte inferior do pescoço e a parte superior do esterno, seccionei os músculos que se inserem no manúbrio, ressequei a parte superior do mesmo, e, em seguida, foi possível afastar a pleura com êxito, para baixo e para os lados, e descobri os vasos.

Isolando a veia cava superior, apertei-a com um clamp, durante 1 minuto, depois do que retirei o clamp.

Depois de um certo tempo, clampeei a cava por mais dois minutos.

O cão, que até este momento respirava calma e ritimadamente, começou a fazer movimentos respiratórios forçados, pôs a língua para fora do focinho, que tornou-se cianótico. Os olhos fizeram-se maiores.

Após a retirada do clamp, tudo voltou ao estado normal, mas, com a colocação, de novo, do clamp, tudo reapareceu.

Neste tempo, o exame de fundo de olho, realizado gentilmente pelo Dr. JANUSZKIEWICZ, pelo que cordialmente lhe agradeço, revelou dilatação, não muito grande, das veias.

As veias visíveis na fenda operatória tornaram-se engurgitadas.

Depois da retirada do clamp a fenda foi coberta com gaze iodoformada o cão voltou a si, e, no dia seguinte não demonstrou nenhuma perturbação.

Após alguns dias, repeti o experimento, com resultado inteiramente idêntico.

Não observei nenhum extravasamento, a cianose foi de curta duração e desaparecia com a abertura do clamp.

É fato curioso que o clampeamento da veia cava superior por um período de 2 a 3 minutos não traga conseqüências mais graves.

Isto insinua uma pergunta:

Não se poderia experimentar a oclusão da veia cava superior e, talvez, ao mesmo tempo, a veia cava inferior, no caso de ferida perfurante do coração direito durante a colocação da sutura, para afastar as ondas de sangue, que cobrem o campo operatório e que dificultam a sutura da ferida?

Durante a segunda experiência, rasguei um pouco a pleura e abri a cavidade pleural esquerda, porém depois de um tamponamento, a ferida fechou-se completamente. Depois de um certo tempo executei o terceiro e último experimento.

Alarguei mais a ferida, fazendo dissecação de pele, de tal modo a descobrir os grandes troncos venosos do pescoço.

A colocação do clamp na veia cava superior trazia forte distensão dessas veias. O cão foi levado à morte com sintomas de cianose do focinho e da língua, porém não houve hemorragias nem extravasamentos.

A necrópsia não revelou congestão venosa. Nas veias do pescoço foram encontradas numerosas válvulas. O resultado, completamente negativo, fez-me suspender os experimentos.

Passando a comentar os sintomas clínicos, devemos começar pelos que mais aparecem a nossos olhos e constituem as características principais, a saber: edema da face e do pescoço, cianose da pele, extravasamentos musculares na pele e nas conjuntivas oculares e, igualmente, protrusão dos globos oculares.

A cianose, em todos os casos, era mais acentuada na cabeça e na face, diminuindo mais para baixo. O mesmo pode-se dizer dos extravasamentos petequiais na pele.

Usualmente havia grande número na cabeça e na face, sendo mais raros no pescoço. Em alguns casos, podia-se observá-los mais para baixo, por exemplo no tórax, ombro, ante-braço, abdomen e costas.

Foram observados nas mucosas do nariz, pálato, faringe, laringe, traquéia e membrana do tímpano. O edema da pele e das partes moles destacava-se, especialmente em certas localizações constantes: nas pálpebras, nas regiões das glândulas salivares, glândulas, tireoide e ao longo dos grandes vasos do pescoço. Isto dá aos doentes um aspecto bastante característico.

É fato curioso que, no nosso caso, tendo o paciente cicatrizes pós-variólicas, estas últimas não tinham coloração cianótica. Isto é análogo ao fenômeno observado por PERTHES de que, na parte da face, sobre a qual o paciente estava deitado, pressionando o solo, permaneceu pálida, enquanto o rosto da pele tinha coloração intensamente cianótica. Conforme a opinião de HOPPE, deve-se supor que nas cicatrizes pós-variólicas os vasos estão pouco desenvolvidos e não se encontram sob maior pressão lateral do tecido cicatricial conjuntivo, em resultado do que não são sujeitas a ceder, nem à ruptura nem à distensão.

Em certos casos (PERTHES, HUETER, VOGT) o edema, a cianose e as sufusões estavam bem delimitadas por uma linha, transversa, no pescoço, à altura da cartilagem tireoide, correspondendo aos colarinhos ou gravatas, mais ou menos apertados. Até que ponto a circunferência do pescoço pode-se modificar, prova o caso de PERTHES.

O pescoço, no estado normal, tinha uma circunferência de 31cms. O colarinho, ao qual correspondia a linha delimitante da cianose e do edema, media 38,5 cms.

As hemorragias nasais foram notadas em quatro casos (BRAUN 2, HUETER, 1 e no nosso). A hemorragia do ouvido em dois casos (BRAUN, PERTHES).

Sintoma importante e interessante são as perturbações da vista.

Nos casos de PERTHES 2, BRAUN 2, NECK 1 e no nosso, houve perda da visão mais ou menos duradoura (de alguns minutos a algumas horas).

O exame de fundo de olho, executado em alguns casos (2 casos de BRAUN, 1 de PERTHES, 1 de NECK e o nosso) logo depois ou após certo tempo do acidente, usualmente não revelou modificações. Só no caso de NECK encontraram-se alterações anatômicas.

Um operário de 38 anos, após uma compressão torácica, não via nada durante meia hora. A vista direita voltou antes que a esquerda.

O exame oftalmológico mostrou ausência de alterações no olho direito, e, no esquerdo, extravasamentos pequenos e recentes na mácula lútea e no corpo vítreo.

Dois meses depois, no olho esquerdo, encontrou-se extravasamento triangular e lesões alvas na margem da mácula lútea. A acuidade visual era de 4/12, escotoma central, correspondendo ao extravasamento no corpo vítreo, em baixo, saindo da retina, "fasserige rottige massen".

Estas lesões ainda se observaram, depois de seis meses.

Perturbações parecidas da visão foram observados algumas vezes depois de acesso de tosse e vômitos por exemplo durante a coqueluche.

A perda da visão durante a coqueluche foi notada, pela primeira vez por KNAPP e, depois dele, ALEKSANDER. Caso semelhante foi descrito, há pouco, por ROZSAVOLGY. Uma criança ficou cega, muda e surda, pelo que supõe-se ter havido edema cerebral. TALKO lembra a ocorrência de sufusões na mácula lútea, em consequência a vômitos gástricos.

As pupilas comportam-se variavelmente. Nuns casos estavam dilatadas e não reagiam à luz, em outros reagiam lentamente, em outros, por sua vez, não apresentavam alterações. Os globos oculares, em quase todos os casos, estavam mais ou menos fortemente salientes e limitados em seus movimentos. Todos estes sintomas devem-se ligar à infiltração do tecido con-

juntivo da cavidade orbitária como foi encontrado na necrópsia do caso de BRAUN.

Essa infiltração, provavelmente, traz compressão de nervos, daí as perturbações de que falamos. No que se refere às perturbações da consciência, em quase todos os casos, ocorreram. O aumento da quantidade de urina, observado em nosso caso durante as primeiras 24 horas, poderia estar relacionado com a distensão dos vasos renais. BRAUN encontrou albumina na urina do primeiro de seus doentes, que desapareceu no 5.º dia.

No caso de HOPPE apareceu diarréia, provavelmente em consequência a perturbação da circulação abdominal.

A evolução de todos os casos foi mais ou menos igual.

Primeiramente, no segundo ou terceiro dia, desapareceu o edema, a prociência dos olhos, das glândulas parótida e submaxilar e tireóide, e, depois de quatro ou cinco dias, a cianose, e, em seguida a erupção petequial. Permaneceu, por mais tempo, a coloração sangüinolenta das conjuntivas, que desapareceu somente algumas semanas, deixando, algumas vezes, por muito tempo, uma coloração amarelada nas escleróticas.

Os casos de BRAUN e VOELKER terminaram por morte, isto devido a graves lesões que os doentes sofreram, ou de complicações (pneumonia, no caso de VOELCKER).

As complicações, na evolução clínica, dependem, na maioria dos casos, de lesões secundárias, como feridas, fraturas osseas, etc., de tratamento mais ou menos demorado.

Somente no primeiro caso de PERTHES, no terceiro dia, temperatura subiu a 38,9°, e apareceram sintomas de pneumonia. A doente de VOELCKER faleceu de pneumonia, como acontece, não poucas vezes, depois de traumatismos da caixa torácica. Quando não há graves traumatismos torácicos, das extremidades, do abdome, etc., temos um quadro clínico puro, semelhante ao do nosso caso, podemos fazer um bom prognóstico.

A terapêutica dirige-se contra os traumatismos (no caso de pulso fraco, com choque, deve-se prescrever meios excitantes). Entretanto, nos casos puros, somente repouso e espera.

Para terminar, algumas palavras sobre a questão do nome.

PERTHES aceitou o nome "DRUCKSTAUUNG" (estase de pressão"), BRAUN, "STAUUNGSBUTUNGEN" ("hemorragia de estase), mas ambos nomes não representam, com exatidão, o que ocorre, porque não se trata de pressão aumentada tão só em consequência da estase, nem, tampouco, de hemorragias. HOPPE fala sobre numerosas sufusões em consequência de forte e brusco aumento de pressão, nas vias artérias e venosas.

Na minha opinião, as tentativas de dar um nome a semelhante quadro clínico não conduzem a nada. O nome será, ou demais estreito ou demais largo e não representa a coisa com exatidão. Melhor é usar o nome daquele que primeiro a introduziu na literatura. Acho, pois, que o mais acertado, seria conferir, ao quadro clínico objeto do presente trabalho, o nome "síndrome de PERTHES".

L I T E R A T U R A

- PERTHES — Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopf infolge Kompression des Thorax. Deutsche Zeitschr. f. Chir. vol. 50, n. 5, pág. 436.
- BRAUN — Ueber ausgedehnte Bluteextravasaten des Kopfes, Halse, Nacken und linken Arme infolge von Kompression des Unterleibes. Deutsche Zeitschr. f. Chirg., vol. 51, pág. 599, 1899.
- PERTHES — Ueber Druckstauung. Zeitschr. f. Chir. vol. 55, pág. 384, 1900.
- BRAUN — Stauungsblutungen nach Rumpfkompresion. Deutsche Zeitschr. f. Chir., vol. 56, pág. 183, 1900.
- NECK — Ueber Stauungsblutungen nach Rumpfkompresion und Bindehautblutungen. Apresentação do doente na Sociedade Médica em Goettingen, na reunião de 6 de dezembro de 1900, Vereins Beilage der Deutsche Med. Wochenschr., n. 2, pág. 15, 1901.
- VOELCKER — Vorlaufiger Bericht über die Verletzungen bei Heidelgerger Eisenbahnkatastrophe vom 7. Oktober 1900. Deutsche Med. Wochenschr. n. 49-50, 1900.
- WEGNER — Ein Fall vom Quetschung des Thorax mit venoser Stauung. Apresentação do doente na Gesellschaft der Charitéärzte in Berlin, na reunião de 13 de fevereiro de 1902, Vereins Beilage der Deutsche Med. Wochenschr. n. 10, pág. 76, 1902.
- ROZSAVOLGY — Laehmung von Sinnensorganen nach Keuchhusten. Deutsche Med. Wochenschr. n. 10-11, 1902.
- Livro da Comemoração do Jubileu de 50 anos de atividade científica do prof. SZOKALSKI, pág. 239, 1894.

Permitido pela Censura de Varsóvia, 18 de julho de 1902.
Impressão de K. Kowalewski, Varsóvia, Rua Mazowieck 8.

TRABALHOS ORIGINAES

Algumas considerações sobre as feridas por tiro de carabinas militares modernas

PELO DR. SIMÃO KOSSOBUDZKI

Ex-assistente da clinica cirurgica do Hospital
Menino Jesus em Varsovia/Polonia.
Clinico no Estado do Paraná, Brazil.

A questão das feridas por tiro de carabinas militares sempre foi objecto de vivos debates na litteratura medica. Os cirurgiões não poderam e, para dizer a verdade, quasi nunca tiveram tempo de firmar opiniões. Já haviam achado numero sufficiente de observações singulares, casuaes, ou mais numerosas de combates, já começavam a estar de accordo, quando nova invenção, alguma modificação ou qualquer melhoramento na arma reduziam a nada as experiencias de hontem, e todo o mundo medico devia, mudadas as condições, principiar novo trabalho de reunião e verificação dos novos factos, procurar novos caminhos á sua sciencia e ao seu amor do proximo, lá onde a sciencia movida pelo odio produzira ferimentos.

A introdução nos exercitos de carabinas com balas com camisa, encouraçadas, de calibre pequeno, chamadas humanitarias (que ironia!) provocou movimento entre os cirurgiões de todo mundo.

De um lado o effeito d'esta arma foi idealizado, pensando não attingir órgãos necessarios á vida, podendo inutilizar por alguns dias o soldado e retirando-o das forças activas. Previam que nos combates as novas armas dariam muitos feridos, poucos mortos e reduzido numero que morresse de ferimentos. De outro lado imaginavam os massacres que pudessem impossibilitar a guerra para os combatentes.

As guerras hispano americana e grego-turca não forneceram muito material; a guerra anglo-boer, porém, provocou inúmeros debates, controversias e até certa desorientação. Ambos os combatentes queixavam-se de terem sido uzadas pelos inimigos as balas explosivas (dum-dum) o que é proibido, nas convenções internacionais.

Aquellas queixas, provavelmente injustas, dependiam com certeza de não conhecerem os medicos o effeito das balas encouraçadas á pequena distancia e seu effeito extraordinario, como vamos demonstrar.

A guerra russo-japoneza deu tanto material que orientou as opiniões sobre o assumpto.

Os medicos russos, observando os ferimentos de carabina japoneza (6 m.m.) elogiavam a acção da bala japoneza declarando-se optimistas. Aquelle optimismo, não concordando com a realidade, torna-se comprehensivel si lembrarmos as condições em que estavam trabalhando.

O duello das infantarias dava-se ordinariamente nas distancias de 600 a 2.000 metros e os feridos que socorriam não eram gravissimos. Em geral, só os soldados que não recebiam os tiros mortaes ou tão graves que não aguentavam o transporte, chegavam aos hospitaes bem installados. Nos combates a distancia menor de 500 metros as praças com as feridas graves cahiam nas mãos dos japonezes e só as com feridas mais benignas retiravam-se com os seus.

Tomando isso em consideração, como tambem que havendo uma enorme massa de feridos impossivel era dispensar a todos a devida attenção e prestar o necessario soccorro, podemos dizer que as condições do trabalho medico naquella guerra não eram facilitadoras de observações verdadeiramente scientificas. Em consequencia, acho de alguma utilidade communicar aos collegas o que eu e outros companheiros sobre alguns ferimentos de balas encouraçadas, tivemos occasião de observar rigorosamente, tanto mais quanto tratamos de factos acontecidos em cidades onde havia uma boa organização medica e rapido e rasoavel soccorro especial. Como se deram em Varsovia ou em geral na parte da Polonia sob o dominio da Russia, vamos cuidar especialmente dos ferimentos de carabinas militares russas.

A espingarda militar-russa é de 5 tiros, de calibre 7,62 mm, pelo systema do capitão MOSSIN. As balas têm couraças de nickel. A velocidade do projectil, sua força viva e em geral os effeitos balísticos da carabina correspondem mais ou menos aos das espingardas Lebel ou Mauser.

Os cirurgiões, o prof. MAKSIMOF entre outros, chegaram á conclusão que o effeito do projectil depende da distancia do tiro.

1.º A' distancia até, mais ou menos, 400 metros — O projectil encouraçado produz effeito muito destruidor. Passando pelas partes molles com grande força; cortando como faca as arterias, veias, nervos; nos ossos, nos órgãos que contêm substancia um pouco liquida produz effeito explosivo — descarregando a immensa energia, vibra os liquidos que destróem as mais ou menos inflexiveis paredes.

2.º A' distancia mais ou menos de 400 até 1500 metros. — O effeito da bala é muito moderado. Passa pelos musculos e pelos órgãos parenchymatosos como agulhas, não quebrando ossos nem rasgando-os; produz buracos, e canaes mais ou menos regulares.

3.º A' distancia superior a 1.500 metros. — A bala perde muito da velocidade e de força viva. Nas partes molles produz effeito mais fraco, quebra os ossos, não pela acção hydraulica, mas pela acção da cunha que representa.

Estes effeitos foram observados com o projectil das carabinas militares modernas, inclusive a russa, nas experiencias de laboratorios e, em algumas condições excepcionais. Nas condições ordinarias (combates, disturbios) o effeito deve ser um pouco differente por causa do vestuario, botões, cintas, varios obstaculos de madeira, de pedra ou de outro material. O projectil póde tambem offender um corpo depois de ter passado por um ou dois outros. Ahi os effeitos se tornam differentes, como tambem se dá no caso de ser defeituosa a couraça ou feita de um material ruim. A couraça póde ser alem disso prejudicada casual ou propositalmente. Casualmente, por encontrar algum obstaculo de ferro, de pedra e neste caso, produz a bala os ferimentos de ricochete. De proposito, quando o combate de ma fé corta um pouco a couraça ou raspa-lhe a ponta. Assim a bala torna-se verdadeira dum dum e encontrando o obstaculo

descarrega a força viva pelo ponto de menor resistencia; rasga a couraça sahindo o chumbo pelos buracos. No ricochete o chumbo pode sahir completamente da couraça quebrada.

Por occasião do movimento revolucionario, em Varsovia, e n'outras localidades da Polonia, observamos muitos ferimentos produzidos por carabinas russas. Desde a manifestação, no mez de Novembro de 1904 contra o decreto da mobilização na Polonia, até o fim do anno 1906, durante mais de dois annos, perante os medicos de Varsovia, de Lodz e de outros pontos, desfilaram tantos feridos por tiro de carabinas como n'um combate violento.

Nos dias 28, 29 e 30 de Janeiro, na gréve politica em Varsovia, foram mortas 85 pessoas e feridas 365. Alguns mezes depois, na cidade de Lodz, soffreram algumas centenas (entre feridos e mortos) e no dia 1 de Maio de 1900, em Varsovia, fizeram trinta e tantas mortes e cincoenta feridos.

Deixo de contar aqui o atroz fusilamento dos inermes judeus em Siedlce, dos operarios em Czenstochova, Dombrova, Ostroviéc, Kalisz, Pabianice, etc., nem posso enumerar incontaveis tiroteios do povo a cada momento nas ruas mais movimentadas pela barbara soldadesca do tsar. D'isso se vê que o material para as observações foi abundante.

Na maior parte atiravam as distancias pequenas, até 100-150 metros, e por isso a maioria dos ferimentos pertencia ao grupo primeiro.

Excepcionalmente, se encontravam ferimentos á grandes distâncias, quasi todos casuaes, pelas balas perdidas, errantes. Todos os casos acontecidos na greve, no mez de Janeiro de 1905, e na manifestação do operariado, no dia 1 de Maio de '905, foram objecto de minucioso inquerito feito pela commissão medico-juridica por iniciativa da associação dos medicos polacos e naturalmente sem conhecimento do governo russo. A questão desses ferimentos foi tambem assumpto de debates scientificos nas reuniões da sessão cirurgica da Sociedade Medica Varsoviense. O humilde autor d'estas linhas tomava parte n'aquelles trabalhos relatando os casos observados na clinica cirurgica no Hospital Menino Jesus em Varsovia.

Conforme nossa experiencia e a dos outros cirurgiões de Varsovia, o effeito de bala encouraçada de carabina russa

nas pequenas distancias está de accordo com o eschema acima mencionado, tendo a mais effeitos de caracter devastador.

Para expôr mais minuciosamente essa opinião vamos descrever algumas categorias de ferimentos que têm caracter commum.

1. Ferimentos da pelle, musculos e do tecido hypodermico. — As aberturas são ordinariamente grandes, irregulares; hemorragia forte. Os musculos não apresentam grande obstaculo por serem elasticos, flexiveis e, por isso, a destruição produzida pela bala não pôde ser exorbitante. Em todo caso, o projectil á pequena distancia faz um ferimento vasto; na distancia correspondente ao grupo segundo passa fazendo um canal estreito, como prova o caso seguinte.

Um soldado atirou num homem na distancia de 15 a 20 metros, passando a bala pelos musculos anteriores do humero (mm. brachialis internus e biceps) e fazendo largo buraco com hemorragia abundante sem attingir a arteria brachial. A mesma bala, no fim da mesma rua, na distancia mais ou menos de 400 metros, encontrando uma mulher penetrou no ventre e no hypogastrio esquerdo, passou pelo iliaco direito e sahiu na parte inferior da região glutea direita tendo feito um canal regular e estreito tanto nas partes molles como no osso.

2. Ferimentos dos órgãos parenchymatosos. — N'estes o effeito da bala é completamente outro. Appresentam ao projectil maior obstaculo, contém muito liquido e são relativamente frageis. A bala descarrega toda a força viva e produz uma enorme destruição.

Os ferimentos dos pulmões(sem fractura dos ossos do thorax) do figado, do baço, dos rins formam buracos enormes repletos de sangue e tecidos triturados, hemorragia fortissima, commoção grande.

No dia 1.º de Novembro de 1905, aos nossos olhos foi atirado, da distancia de 30 40 metros, no hypochondrio direito de um estudante de 26 annos de idade. Uma hora depois foi feita a laparatomia. A entrada da bala era do tamanho de uma moeda de 200 réis, a sahida tres vezes maior. Na cavidade abdominal horivel quantidade de sangue; muitos coagulos sanguineos. No lobo do figado, ferida penetrante na direcção antero-posterior,

tão grande que se poudo n'ella collocar os cinco dedos. O canal repleto de tecido triturado representando uma massa molle quasi liquida. O homem falleceu algumas horas depois.

No dia 29 de Janeiro de 1905, de distancia curta, foi atirada numa menina de 12 annos, na região do estomago (epigastrica). O caso deu-se ás 9 horas da noite, ás 10 — laparatomia.

As largas entrada e sahida de bala eram do mesmo tamanho. Largos buracos nas paredes anterior e posterior do estomago. O baço completamente espedaçado, moido. A cavidade pleural esquerda aberta, pisada a nona costella esquerda de traz (sahida de balas). Hemorrhagia horivel. Morte uma hora depois da operação.

Não se têm notado ferimentos do figado ou do baço á grandes distancias.

É natural que semelhantes lezões de órgãos importantes não permittam boa prognose em qualquer localidade em que aconteçam. Nada é para admirar que nas guerras os feridos, como aquelles, não cheguem ás mãos dos cirurgiões, nem vão á mesa operatoria, morrendo na maior parte logo no lugar de combate ou, si foi feito n'elles curativo primario, falecendo pouco depois ou no transporte.

3. Ferimentos do thorax. — Da gravidade da lezão que produz a bala nos pulmões, sem offender o osso, passando pelo espaço intercostal já temos fallado. Peior é si o projectil encontra uma costella, externa, ou homoplata, porque espedaça os ossos e produz um buraco enorme, lacerando, rasgando os tecidos.

Num trabalhador de 30 annos de idade foi atirado, na noite de 29 de Janeiro de 1905, da distância de 40 a 50 metros, na parte superior do lado direito do thorax. Hemorrhagia fortissima, anemia agudissima, respiração penosa muito accelerada. Homem quasi sem pulso, não escarrando sangue. Abaixo da clavicula direita, achava-se uma ferida penetrante, na qual se poudo collocar quasi a mão inteira. Os musculos lacerados, as segunda e terceira costellas espedaçadas na distancia de 6 cm. do esterno. Pulmão em atelectase. Fractura complicada da homoplata perto da articulação humero-escapular. De traz, na região escapular, um grande hematoma. Particulas do vestuario foram achadas na ferida.

Após retirada dos fragmentos osseos, e tambem das partes molles laceradas, foi feita a desinfecção da ferida e a drenagem por gaze iodoformada. No terceiro dia, por causa da elevação da temperatura e suppuração no hematoma, foi feita a operação tendo sido elle aberto, e tirados os coagulos de sangue, pedaços de ossos e de tecidos necrozados. Para assegurar o esgoto das secreções da cavidade pleural foi feita uma contrabertura por traz da nona costella. A cavidade da pleura estava repleta de materia sanguinolenta quasi preta, de cheiro fetido. A bala com a couraça deformada achava-se sob a pelle. O homem faleceu dois dias depois com symptomas de septicemia.

Os ferimentos do peito, produzidos a distancias grandes, como nos relatavam os collegas que tinham tomado parte na guerra russo-japoneza, transcorriam muito bem. As feridas penetrantes saravam muitas vezes com um só curativo aseptico, não ameaçando o estado geral. Ficando o projectil no pulmão, a cicatrização dava-se sem complicações. As entradas e as saídas das balas eram pequenas, regulares, lisas, limpas; a infecção mitigada, — attenuada. As praças tendo feridas nos pulmões muitas vezes chegavam a uma lazareto sem auxilio alheio.

4. **Ferimentos do abdomen.** — A curta distancia, o projectil produz nos intestinos e no estomago grandes buracos, lacerando muitas vezes o mesenterio e omento, occasionando uma hemorrhagia muito abundante e a passagem das fezes para a cavidade abdominal com inevitavel, rapida e agudissima infecção do peritoneo. Alem d'isso uma fortissima commoção — um choque. Si co-existir lezão do baço, do figado, dos rins, da bexiga, etc., o caso é quasi sempre perdido. Em geral, no tempo da guerra, estes ferimentos não chegavam aos hospitaes, porque os feridos morriam logo no campo de combate ou depois do primeiro curativo provisório. (Vide o caso da menina descripto sob N. 2.)

Nos ferimentos do estomago e dos intestinos não temos de contar com aquella salvadora rolha de lapso da mucosa não póde fechar orificios tão grandes, como os produzidos por balas encouraçadas de espingarda militar moderna á pequena distancia.

Não tendo notado caso algum de ferida do estomago só ou dos intestinos por tiro de carabina, queremos, como um exemplo frisante, communicar aqui um caso de ferimento do abdomen, occasionado pelo tiro do revólver automatico Browning (7,65 mm.) com a bala encouraçada.

Um agente provocador foi aggreddido pelos revolucionarios e jogado ao chão. Um dos aggressores da distancia de dois a tres metros disparou lhe um só tiro de revólver Browning na direcção de cima para baixo. O homem ficou um dia em casa, entrando á noite na clinica cirurgica. No dia seguinte fiz a laparatomia por causa dos symptomas da peritonite porforutiva.

A bala entrando no femur esquerdo na parte superior externa do triangulo de Scarpa, passou pelas partes molles sem offender os vasos, nervos e penetrou na cavidade abdominal perfurando seis tractos do intestino delgado, tendo feito em cada um d'elles dois buracos grandes, irregulares, com os bordos lacerados, triturados — um total de 12 buracos, escorrendo sangue; as fezes estavam abundantemente espalhadas na cavidade peritoneal. A bala parou perto do ultimo orificio.

Feita a toilette da cavidade abdominal, lavagem abundante com solução physiologica isotonica tepida, foi reseccado o total das partes feridas do tracto intestinal; fixação das extremidades livres fóra do cavilhamento abdominal. Contraberturas nas regiões lumbares, drenagem de peritoneo pelo methodo de Mikulick, hypodermoclyses, injeccões de camphora, de ether, etc. Morte 24 horas depois.

N'este caso, podemos explicar a pluralidade dos ferimentos por uma só bala por haver o projectil penetrado na direcção de baixo para cima, passando pelos intestinos transversalmente e tendo em conta a situação das diversas porções parallelas por superposição ou anteposição.

Agora, para comparar os effeitos dos projectis citamos outro caso, que tivemos occasião de operar, em S. Matheus, Paraná, no mez de Junho do corrente anno, de tiro de revólver Smith-Wesson com bala de chumbo de calibre médio.

Um colono desfechou em outro á distancia de alguns passos. A bala entrou no abdomen. O ferido cahiu, levantando-se depois foi para a casa vizinha. Apparecimento immediato de

vômitos, náuseas, prostração geral. Dez horas depois fiz a laparotomia, estando a victima pallidissima, sem pulso, com temperatura subnormal, respiração difficil e accelerada, vomitando muitas vezes, queixando-se de dôres penetrantes no epigastrio, de sede continua mas podendo ainda andar, fallar e explicar o incidente.

A entrada de bala proxima ao umbigo, representa um canal bastante estreito, regular, com bordos lisos, mas contusionados. A cavidade peritoneal repleta de liquido sanguinolento, com muitos coagulos sanguineos. Ferida — do mesocolon, do ligamento gastrocolico e duas perforantes do intestino delgado com 4 buracos. **Resectio menti, resectio duplex intestini.** Toilette da cavidade peritoneal. Injecção hypodermica da solução physiologica isotonica tepida. Camphora, ether. Collapso e morte.

Ora, si uma arma, tão fraca como o revólver Smith-Wesson poude provocar tantos ferimentos, si uma bala encouraçada de revólver automático pôde occasionar tanta devastação, com facilidade podemos imaginar o que seria um projectil de carabina, cuja força viva é de muito superior á das balas dos revólveres.

Em distancia grande, os ferimentos são mais benignos. O caso descripto já sob N. 1, pôde nos esclarecer sobre os effeitos da bala.

O autor d'estas linhas passando pela rua no momento de tiroteio viu uma mulher cahir e deu-lhe o primeiro socorro. Como dissemos, a bala tendo perfurado as partes molles do braço d'um homem penetrou no ventre da mulher e sahiu na região glutea. Logo — tremores, suores frios, pallidez, vômitos, pulso fraco retardado. Depois do curativo a mulher foi entregue ao hospital, onde duas horas depois fizeram uma laparatomia. A entrada da bala pequena, com os bordos lisos, regulares — no hypogastrio esquerdo; a sahida na região glutea direita. O canal da ferida, nas partes molles e no osso iliaco, regular, redondo, estreito.

Na cavidade abdominal uma quantidade enorme de sangue, da lezão d'uma arteria da **mexoflexura**. Sutura da ferida na **mexoflexura**. Toilette. A mulher sarou, embora algum tempo depois da operação se formasse no angulo inferior da secção laparatomica uma fistula estercoral, procedente provavelmente de con-

tusão da flexura sigmoide ou da falta de circulação por causa da lesão da arteria. A fistula fechou-se logo.

5. Ferimentos dos ossos e das articulações. — Cada osso e, principalmente, os ossos longos, pelo canal de medulla ossea, representam um tubo de paredes duras, pouco flexiveis com substancia semi-liquida no interior. O choque da bala provoca uma commoção do liquido cujas ondas vão por toda parte. As paredes rompem formando as fissuras pelas quaes sahe o liquido. Isso naturalmente póde acontecer quando a força viva da bala for grande — nas distancias pequenas. Nas maiores, quando a energia do projectil já não é tão considerável, a vibração dos liquidos não chega para quebrar as paredes e a bala faz um buraco quasi regular. Nas últimas distancias, a força viva sendo ainda menor a bala torna-se uma cunha rompendo os ossos em pedaços sem vibrar os liquidos. Estas considerações theoricas verificam-se na realidade. Encontrando um osso á curta distancia o projectil quebra-o, espatifa-o em esquirolas de fórma de pequenas agulhas que penetram nas partes molles augmentando a destruição.

A medulla ossea fica esmagada, torna-se uma massa em que nadam gottas de gordura. Os musculos lacerados, a hemorragia é muito abundante, o choque, quando se tratar de ferimentos do femur, da perna, do braço, é muito forte. Nos grandes buracos algumas vezes o projectil introduz pedacinhos de vestidos, cabellos, etc. Em Varsóvia, foi observado um caso onde na ferida por tiro no femur, acharam alguns pedaços de amendoas doces que o homem tinha no bolso no momento em que foi ferido.

Si o tiro for de ricochete, a destruição será também considerável, porque ficando a couraça arreventada o chumbo sahe completamente. Tivemos occasião de observar um caso de ferida por bala do femur, na qual o projectil fracturou o grande trochanter e sendo nelle achado deformado e sem couraça. Esta, arreventando, parou um pouco mais fundo. Tratamos o doente na clinica cirurgica em 1905. Era um menino de 14 annos, filho de um porteiro na Varsovia. No mez de Maio de 1907 encontrei-o em Curityba para aonde emigrou com os seus paes.

A relação entre a bala e a sua couraça não é comprehensivel sem admittirmos um ricochete.

O decurso dos ferimentos dos ossos é muito grave, Já no segundo dia se desenvolvem fortes symptomas da infecção com secreções fetidas septicopurulentas, algumas vezes com gases ou com necrose das partes molles; febre e dôres muito vivas, depois osteomyelite traumatica com necrose dos fragmentos de ossos e logo o estado geral septicopyemico com todas as consequencias. O tratamento mais energico muitas vezes não dá bom resultado e o caso acaba nos extremos de uma amputação. Com aquella tambem não déve esperar-se demais tempo.

As complicações nos ferimentos do femur são as que dão a peor prognose. O choque é parecido ao provocado pelo esmagamento sob as rodas d'um trem. Mas, si n'este ultimo caso, fazendo logo a amputação, facilitamos o tratamento, nos casos de ferimentos do femur por bala muitas vezes temos illusões com o tratamento ultra conservatorio para salvar o membro. Vimos casos que ficaram salvos só depois da amputação, vimos outros em que a ablação já não poudé salvar.

É ainda peor quando se trata dos mesmos ferimentos nas articulações. As considerações theoricas e praticas acima mencionadas acham aqui uma completa verificação.

6. Ferimentos do craneo. — No craneo podemos verificar por excellencia as considerações sobre as consequencias dos ferimentos da arma de fogo nos ossos. O craneo representa um globo osseo repleto de tecidos de estructura fina, delicada, semi-liquida. O projectil a curta distancia produz quasi uma explosão, quebra em pedacinhos o craneo, tritura o cerebro, provocando em partes mais distantes do ferimento pequenas e multiplas hemorragias. Sem que seja attingida a uma parte importante do cerebro o choque póde ser poderoso e só por si mortal.

a) Uma mulher é ferida atraz, no craneo. A parte superior do craneo com a pelle, ossos e parte do cerebro é arrancada.

b) Um homem é alvejado na parte superior da região frontal. O projectil sahiu posteriormente pela parte inferior da região parietal. Entrada e sahida largas, com bordos lacerados. A abbobada do craneo representa quasi um sacco repleto de pedacinhos de ossos.

Resecção quasi completa dos ossos parietaes, de uma parte do osso frontal, tiradas as partes pisadas do cerebro. A infecção foi moderada. Algum tempo depois sahiam porções de cerebro e corria o liquor cerebro-spinal. O homem ficava como que idiota. Tres semanas depois falleceu com symptomas de progressiva decadencia das capacidades mentaes e da inanición geral.

c) Um estudante, de 18 annos de idade, é alvejado em minha presença, na frente, á distancia de 30 a 40 metros. O projectil sahiu detraz na região parietal. Uma hora depois foi feita a operação.

Tiraram-se muitos fragmentos de ossos dos parietaes e do frontal, coagulos de sangue e partes amassadas do cerebro. **Exitus letalis** ao terceiro dia.

Assim se apresentam os ferimentos de espingardas militares russas á distancia pequena.

Passando agora ao tratamento d'aquelles ferimentos, não podemos ter duvidas no assumpto. O cirurgião criterioso, vendo a destruição produzida pelo projectil não esperará passivamente, mas agirá com energia.

Um rigoroso exame quando for necessario **sub narcosi**, exacta limpeza da ferida mecanica e chimicamente (é a melhor desinfeccção a feita com agua oxygenada com as necessarias restricções ao uso deste precioso e poderoso desinfectante,) largas incisões para facilitarem o esgoto das secreções, extracção das partes laceradas, (musculos, tendões, fascias, tecido adiposo) dos coagulos sanguineos, dos fragmentos osseos, a resecção dos fragmentos irregulares, hemostase definitiva, sutura dos nervos e dos tendões — eis o que temos a fazer para augmentar as probabilidades de bom exito. Si qualquer osso longo for fracturado, devemos facilitar a immobilização, não só pelos curativos correspondentes, mas também pela sutura ossea de arame de aluminium-bronze. Mudar os curativos muitas vezes.

Nos ferimentos do craneo, fazer logo a operação, desinfectar bem com cuidado a entrada do projectil, tirar todos os fragmentos osseos que não estão em continuidade com o periosteo, os coagulos sanguineos, fazer a hemostase e assegurar bom esgoto.

Os ferimentos da cavidade abdominal exigem também operação urgente. Quando mais rapidamente for feita tanto mais fácil será evitar a infecção do peritонеo, não fallando da hemostase urgente. Muitas vezes não podemos ter a esperança, mas isso depende da gravidade das lesões. Aquella rolha salvadora da membrana mucosa, que não deixa as fezes entrarem no peritонеo, é do dominio das illusões ingenuas que os doentes pagam muito caro. Não temos direito também de contar com o **omento** maior para fechar a ferida; o que se dá em casos excepcionaes.

No caso do ferimento mais simples do estomago ou do intestino grosso, póde-se, depois de suturada a ferida, fazer a toilette das partes visinhas da cavidade peritoneal; no caso do estomago cheio ou do intestino delgado é preciso fazer abundante lavagem da cavidade abdominal com tepida solução physiologica isotonica. Perante complicações possiveis devemos proceder segundo as regras da cirurgia moderna. Em alguns casos a drenagem pelo methodo de MIKULICZ nos dá serviços incalculaveis.

Nos ferimentos do thorax, havendo destruição vasta, devemos agir energicamente desinfectando a ferida, tirando os tecidos espedaçados, triturados, os fragmentos osseos, fazendo drenagem da pleura que não póde ser lavada senão depois de apresentar-se n'ella suppuração. Ordinariamente nas feridas do pulmão, se não fôr cortada alguma arteria ou veia de tamanho apreciavel, não corre muito sangue por causa do pneumothorax e da atelectase do pulmão. No caso de hemorrhagia abundante, faremos a sutura de catgut ou exacto tamponamento.

No ferimento produzido a grande distancia com o caracter de ferida perfurante (*vulnus punctum simplex*,) devemos fazer um curativo sem abrir a pleura, e no caso de hemorrhagia pulmonar, provocar um pneumothorax artificial com a ou com azoto esteril.

Só n'estes casos acho necessario recorrer ao methodo conservador.

CLINICA OBSTETRICA

A applicação do processo de Momburg nas hemorragias do delivramento

PELO DR. SIMÃO KOSSOBUDZKI

(E-assistente de Clinica Cirurgica da Universidade de Varsovia, na Polonia)

No dia 3 de Agosto de 1911 fui chamado ás 2 horas da madrugada para vêr a Sra. L., por causa de uma hemorragia. Era uma mulher de estatura alta, constituição robusta, bem nutrida, que se achava prostrada na cama. A parteira fazia a massagem do abdomen.

Pallidez extrema, nauseas, vertigens, bocejos; a temperatura 36°c., o pulso 120, fraco, molle. O fundo do utero acima do umbigo, o musculo uterino flaccido. A vulva coberta de coagulos de sangue, da vagina sahia o sangue em abundancia. A parteira declarou que o parto fôra normal, mas muito rapido, tendo sahido a placenta logo depois. O utero não se contrahia, apesar dos esforços e meios applicados, taes como a massagem e as irrigações vaginaes quentes, correndo sempre o sangue e ficando a parturiente cada vez mais fraca, mais pallida e mais agitada.

Depressa lavei as partes genitales com alcool e vi que na vulva não havia lesão alguma que occasionasse uma hemorragia tão grave. Então, pelo processo de CREDE, expremi do utero um coagulo de sangue do tamanho de dois punhos de um homem; apesar disso, o utero não se contrahiui, ficando molle, flaccido e não parando a herorrhagia.

Nos casos semelhantes que vão ás raias de summa angustia para o medico, é mistér resolver instantaneamente a intervenção.

Os meios classicos para combater as hemorragias do delivramento são os seguintes:

1.º A massagem do utero indo até ao processo de CREDE', quando se tratar de esvaziamento do utero de coagulos sanguineos, de restos placentares, de cotyledones ou placentas succenturiadas. No ultimo caso, o processo de CREDE' deve ser applicado com narcose.

2.º As irrigações quentes, vaginaes e uterinas, quando se tratar de atonia vera.

3.º O tamponamento do utero e da vagina, si os meios acima indicados ficarem sem resultado e quando o utero estiver já esvasiado.

4.º Naturalmente, si não estivermos certos de que o utero esteja vasio, ou quando tivermos certeza de que elle contem restos placentares, ou coagulos sanguineos, não expellidos pelo processo de CREDE' é indicado o exame e o esvaziamento manual do utero.

Este ultimo é indispensavel quando se tratar de uma placenta adherente, total ou parcialmente, quando as contracções do utero não poderem descollal-a, sendo ás vezes necessario o auxilio dos dedos para o descollamento. Felizmente, são raros os casos que apresentam esta gravidade. Na maior parte das parturientes, trata-se de retenção da placenta ou de adhesão parcial. No primeiro caso, a extracção manual é facil; no outro, são já necessarios maiores conhecimentos technicos.

O prof. STRASSMANN diz: uma laparotomia na clinica apresenta menor perigo do que uma extracção manual da placenta em domicilio particular. RICHARD LENZMANN (**Dic Pathologie u. Therapie das Leben ploetzlich gefaehrdenden Krankheitszu staende** — 1909), considera a intervenção manual endo-uterina uma intervenção obstetrica muito perigosa, com a mortalidade equiparada á da secção cesariana. Não se deve esquecer que essa operação dá 10-13% de mortalidade.

Não falaremos aqui de erros profissionaes, apesar de serem ás vezes muito desastrosos. O Dr. LIEPMANN, em seu excellente tratado: "**Das geburtshilfliche Semmar** — 1911," que muito recomendo aos conhecedores da língua allemã, traz exemplos muito eloquentes.

Um marido de uma parturiente trouxe-lhe um pedaço de intestino, que o parteiro tirou do utero da sua mulher, querendo extrahir a placenta. No outro caso, o medico, depois da extracção da criança morta, vendo a hemorragia e pensando ser culpada a placenta, introduziu a mão no utero, perfurou-o e arrancou-o junto com a placenta.

São esses casos verdadeiros desastres, felizmente raros. Mais perigos apresenta a possibilidade da infecção. Geralmente a operação é praticada com extrema urgencia, na maior parte dos casos em condições insuficientes de asepsia. É preciso ter muita paciencia para lavar as mãos amiudadas vezes com sabão, no alcool, em qualquer solução antiseptica, quando, a cada momento, empallidece mais a parturiente, a familia chora e pede ao medico para agir mais depressa.

A infecção, introduzida pela mão não desinfectada, acha um terreno sufficientemente propicio no organismo anemiado da parturiente.

Convem regeitar completamente o exame manual da cavidade uterina e o esvaziamento do utero?

Não, mas applical-os só quando os outros meios fôrem improficuos.

Medicos ha que, na decima parte dos partos que assistem, terminam a intervenção pelo esvaziamento manual. Para elles — **time is money** — é a principal indicação. Entretanto, o Dr. LIEPMANN, na sua estatistica de mil partos, pessoalmente assistidos, só em tres casos foi obrigado a recorrer a essa operação.

Sendo necessaria a introdução da mão no utero, para examinar a cavidade uterina, ou para effectuar o esvaziamento, é mistér ganhar tempo. Para isso, prestam serviços alguns processos, a saber:

I.º O processo de FRITSCH, pouco conhecido fóra da Alemanha.

O utero, por uma forte ante-flexão, é apertado contra a symphyse, e ahi mantido com uma atadura durante o tempo necessario, até 12 horas. D'este modo a parede posterior do utero applica-se sobre a parede anterior e a hemorragia é combatida. Realizando logo um perfeito tamponamento vaginal, o effeito hemostatico torna-se mais rapido.

2.º No processo de GUSSEROW, a mão externamente aplicada na parede abdominal aperta o utero contra a symphyse, enquanto o punho da outra mão introduzida na vagina exerce o papel de tampão. Este methodo é grosseiro, cança, occupa totalmente o medico e exige muito tempo para a desinfectão das mãos; não é mais praticado, e com razão.

3.º Mais commodo, mais rapido e mais de accôrdo com as exigencias da asepsia é o processo de MOMBURG.

Um tubo de borracha, bastante forte e elastico, de 2 metros de comprimento mais ou menos, é applicado em roda do abdomen entre os ossos iliacos e as ultimas costellas; em seguida, é enrolado 2, 3, 4 vezes, e puxado devagar, utilizando-se para isso a força da elasticidade do tubo até o momento em que não se sentir mais a pulsação das arterias femoraes. Os intestinos são levados para cima, o utero inclinado para baixo da symphyse e, assim, o sangue não corre mais. Segundo SIGWART, a anemia do utero provoca nelle as contracções e, quando depois de 15 ou mais minutos, tirar-se o tubo, vêr-se-ha que a hemorragia não mais apparece. Tendo amarrado o tubo, o parteiro póde desinfectar as mãos, pôr as luvas, se estiver acostumado a trabalhar com ellas, ferver os instrumentos, preparar o material necessario para o tamponamento, chamar assistencia, se julgar-a indispensavel. Ao mesmo tempo a parturiente fica fóra de perigo da morte imminente.

Compreende-se bem que os processos de FRITSCH e de MOMBURG, nas atonias do utero, não constituem só um meio de hemostase provisoria, mas também têm valor directamente hemostatico e therapeutico.

Voltando ao nosso caso, devo dizer que, tendo resolvido utilizar o processo de MOMBURG, appliquei-o pela primeira vez na minha clinica.

Amarrado o tubo, quando o pulso desapareceu nas femoraes, a hemorragia parou immediatamente. Aproveitando o momento, preparei os instrumentos, a gaze iodoformada esterilizada, a solução quente de permanganato de potassio, desinfectei as mãos e, quando passados 20 minutos, a parteira desamarrou e tirou o tubo devagarinho, observei com grande satis-

fação que o utero se havia contrahido fortemente e a hemorragia parára definitivamente.

Para prevenir qualquer eventualidade, injectei ergotina, fiz uma irrigação quente vaginal e dei o centeio espigado. A parturiente durante todo aquelle tempo não se queixou de nada e, logo depois tomou uma chicara de chá. Fiquei algum tempo perto della; não tendo apparecido, porém, mais nenhum accidente alarmante, e tendo o utero permanecido sempre bem contrahido, retirei-me, deixando a parturiente aos cuidados da parteira.

Algumas horas depois achei-a muito enfraquecida, pallida, mas muito animada e sem se queixar de coisa alguma. O período de puerperio foi completamente normal, absolutamente sem febre.

Communicando o presente caso, não posso apresentar maiores apreciações sobre a litteratura do processo de MOMBURG. A posição de um medico no interior, quando precisa alguma estatistica, algum material litterario, é muito triste. Por isso, é pobre o material que me forneceu a litteratura accessivel sobre o processo de MOMBURG.

O. FRANKEL (*Gynackolog. Rundschau*, n. 2, 1910), experimentando nos animaes e no homem, achou que o processo de MOMBURG tem grande valor nas hemorragias da metade inferior do corpo, principalmente nas hemorragias do delivramento. Não provoca ferimentos da pelle, dos nervos, da bexiga, dos intestinos, não provoca perturbações respiratorias.

JEDLICKA (*Tygodnik lekarski*, n. 24, 1910), baseando-se nos proprios experimentos, acha que podemos durante 45 minutos apertar a aorta abdominal com o tubo sem prejuizo dos doentes.

W. SIGWART (*Arch. f. Gynaekol.*, 89-1) communica 24 casos de hemorragia no parto. Segundo elle, a principal indicação para a hemostase pelo processo de MOMBURG são os casos de hemorragias atonicas do utero, onde nem a massagem, nem o centeio espigado, nem as irrigações, produzem effeito algum, havendo necessidade de recorrer ao tamponamento. Em todos os casos o methodo de MOMBURG deu um resultado brilhante nas

mais fortes atonias, sem provocar perturbações para o lado do coração ou dos órgãos abdominaes. Em alguns casos, 15 a 30 minutos bastavam para conseguir a hemostase definitiva. Uma vez o tubo ficou amarrado durante 2 horas e 15 minutos, sem prejudicar á doente.

HOEHNE (cit. por SIGWART) julga que, applicando o processo de MOMBURG nas hemorragias do secundamento, quando fôr necessario o esvaziamento do utero, podemos ganhar o tempo preciso para usarmos todas as cautelas de asepsia. Algumas vezes as contracções do utero tornam-se tão fortes, tão violentas, que descollam a placenta e conseguem a sua expulsão.

HEYMANN (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, n. 47, 1910) applicou com optimo resultado o tubo de MOMBURG em dous casos de hemorragia do delivramento, afim de provocar as contracções do utero e a expulsão da placenta, sem intervenção manual. Pensa que, quando na anamnése se encontram hemorragias do delivramento ou necessidade da extracção manual da placenta, quando fôr necessario proceder ao parto artificial provocado, quando fôr provavel uma atonia do utero, é de bom aviso preparar o tubo para, no caso de necessidade urgente, amarrar com elle a doente. O tubo do irrigador póde prestar bom serviço.

ILMER (*Gynaekolog. Rundschau*, n. 14, 1910) fez uso do processo de MOMBURG uma vez, em um caso de ruptura do collo do utero, duas vezes no decurso de hemorragia depois da raspagem do cancro, uma vez depois da extirpação vaginal do utero. O effeito sempre foi bom.

SIGWART (loc. cit.) aconselha o tubo de MOMBURG nas operações gynecologicas vaginaes, quando escapando alguma arteria e não podendo achal-a, precisamos abrir a cavidade abdominal **per laparotomiam**. Ahi a hemostase produzida pelo tubo de MOMBURG dá tempo para preparar a doente para a nova e inesperada intervenção.

Ao lado de muitos elogios á hemostase pelo processo de MOMBURG, ouvem-se numerosas vozes aconselhando a necessidade do clinico usar da maior prudencia.

Mais de uma vez esse processo foi seguido de morte. A

retirada rapida do tupo produzia uma syncope cardiaca e a morte instantanea, isso devido com certeza á perturbação repentina da circulação. Na maior parte das vezes o facto occorreu em pessoas muito fracas, excessivamente anemicas com molestias cardiacas. Muitas vezes deu-se a morte, não das parturientes, mas de doentes muito enfraquecidos e accommettidos de molestias chirurgicas, onde o tubo havia sido applicado para obter uma hemostase provisoria na parte inferior do corpo, durante a operação, como, por exemplo, nos casos de desarticulação da côxa e outros.

Em todo o caso, a hemostase de MOMBURG não é uma intervenção completamente inoffensiva.

FRANKEL (loc. cit.) acha que as mulheres que têm vasos sanguineos muito delicados correm o perigo da thrombose ou da embolia. Nas molestias cardiacas, na opinião d'elle, observa-se o maior perigo, quando se retira o tubo, pelo facto de repentina perturbação da pressão sanguinea.

Portanto, tomando em consideração tudo isso e, pela urgencia, julgarmos necessaria a applicação do processo de MOMBURG, devemos ter em vista as regras seguintes:

1.^a — Não applicar o processo nas pessôas excessivamente anemicas, nas pessôas accommetidas de molestias cardiacas, aneurysmas, arterio-esclerose e outras doenças que alteram profundamente o systema circulatorio:

2.^a — Applicar o tubo com força sufficiente para fazer desaparecer o pulso nas arterias femoraes; o tubo ficando frouxo, dá resultado contrario: uma hyperhemia passiva venosa, uma hemorrhagia ainda maior;

3.^a — Applicar e retirar o tubo muito de vagar, para não perturbar de repente a circulação do sangue;

4.^a — Achando-se indispensavel a applicação do processo de MOMBURG, convem communicar á familia que a intervenção é necessaria mas não sem perigo.

Nota. — Ao illustre collega e amigo Dr. FLAVIANO DA SILVA cumpre-me apresentar os mais cordiaes agradecimentos pela amabilidade e gentileza com que prestou-se a corrigir o meu ainda não correcto portuguez.

10-XII-1911. Ponta Grossa, Paraná.

ESTREITAMENTO ABSOLUTO DO ESOPHAGO

Gastrostomia m. Hacker-Ullmann Souligoux,
depois de 38 dias de fome

Comunicação feita à Sociedade de Medicina do Paraná

PELO DR. SIMÃO KOSSOBUSKI,

medico da Santa Casa de Coritiba, ex-primeiro
assistente de Clinica-Cirurgica da Universidade de
Varsovia.

Snr. Presidente — Illustres confrades,

Na nossa tarefa de medico pratico que trabalha n'um meio relativamente pequeno, com os nossos modestos conhecimentos e com mediocre habilidade, não nos é dado apresentar-vos grandes estatisticas de casos pessoalmente operados; entretanto apparece-nos de vez em quando um caso interessante, que apesar de não ser uma raridade cirurgica é instructivo e algumas vezes dá resposta satisfactoria a uma das **questões** que atormentam a alma do medico, que não só quer observar os phenomenos pathologicos mas tambem prestar um auxilio a quem soffre. O caso que tenho agora occasião de apresentar-vos, meus collegas, é um d'esses.

Antonio Brandaliz, italiano, casado, com 26 annos, residente em Castro (Paraná), mechanico e lavrador, gosava em geral boa saude.

Há trez annos, como empregado da construcção da estrada de ferro S.P.R. Gr., foi internado na Santa Casa desta Capital por causa de um processo inflammatorio no femur esquerdo. Foi operado pelos drs. Espindola e Reinaldo Machado e restabeleceu-se com uma ankylose quasi em angulo recto da côxa. Trabalhou, depois d'isso, como inspector dos carros

e enfim como lavrador. No dia 28 de Março de 1915, deitou por engano no café, em vez de leite uma solução concentrada de potassa caustica de cuja mistura bebeo dois goles. Em seguida, vomitou muito: sangue, muco, alimento, com fortes dores no esophago, as quaes não impediam entretanto de tomar liquidos. Dois dias após, por effeito de um purgante de oleo de ricino, evacuou, de mistura com sangue, uma especie de tubo membranoso de 15 ou mais centimetros de comprimento.

A vida se lhe tornou uma miseria. Se então no começo podia alimentar-se um pouco, com alimentos liquidos: agua, sôpa e leite, com o tempo o esophago estreitando-se cada vez mais chegou ao ponto de não permittir alimentar-se mais pela bocca durante muitos dias. Neste estado passou 38 dias, alimentando-se com os clysteres nutritivos.

Aconselhado pelo seu medico assistente foi para Ponta Grossa, onde os medicos depois de examinal-o resolveram não intervir e mandal-o para a Santa Casa de Coritiba, onde internou-se no dia 30 de Julho de 1915.

Tendo passado alguns dias no serviço medico foi transferido pelo dr. Franco para o serviço de cirurgia.

O doente, de altura media, de constituição mediocre, apresentava-se extremamente emmagrecido. Pallidez, olhos encoçados, pelle sobre os ossos: pelle secca, e bocca um pouco humida.

Queixava-se de sêde e fome. Sentia-se mui fraco e não podia engulir nada, porque a agua parava na altura do peito e voltava.

Urinava pouco, urinas muito carregadas; prisão do ventre. Não tinha dôres no estomago e nem no ventre. Nos pulmões e no coração nada de anormal. Os órgãos abdominaes não apresentavam anormalidades a não ser desaparecimento quasi absoluto do tecido gorduroso subcutaneo. O femur esquerdo em posição de flexão na articulação da côxa, quasi em angulo de 80° 90° — ankylose da côxa.

6 — 8 — 915. — Sondagem do esophago. A sonda mais fina entrava com certa difficuldade e parava na altura da bi-

furcação da trachéa. Aplicada a fina sonda uretral também não penetrava além, trazendo na extremidade manchas de sangue.

Foram ordenados ao doente a continuação dos clysteres nutritivos e injeções hypodermicas de sôro physiologico, um litro por dia, o que lhe fez muito bem.

9 — 8 — Foi preparado para a operação.

10 — 8 — Narcose chloroformica com aparelho de Mathieu; chloroformisou uma das nossas irmãs que com grande habilidade fez dormir o doente muito bem durante a operação.

Fiz a gastrostomia meth. Hacker-Ullmann Souligoux, com o auxilio dos collegas drs. Franco, Pinto Rebello e Mario Gomes, aos quaes agradeço penhoradamente.

Incisão vertical de 9 centímetros de comprimento, desde o rebordo costal para baixo e sobre o meio do musculo recto esquerdo; secção da lamina anterior da bainha do musculo, separação das fibras musculares, secção da lamina posterior, abertura do peritoneo e fixação delle com pinças. Depois foi procurada a grande curvatura do estomago o que não foi difficil. O estomago foi attrahido á ferida e tirada a parte mais perto ao cardia. O estomago não apresentava alterações e não estava muito contrahido. Tirar um cône da parede anterior e superior delle, não deu muito trabalho. Uma vez tirado o cône foi fixado ao peritoneo da ferida por uma sutura continua de seda fina ao nivel da parte media da ferida peritoneal — sutura sero-seromuscular.

Depois o cône foi torcido tanto quanto possivel e fixado com pontos separados de seda ao fascia e musculo recto; nova torsão e nova camada de pontos, identicos na aponevrose e no musculo recto. Ao mesmo tempo a ferida vertical foi costurada, o cône puxado para cima. Quarta e ultima camada de pontos de seda, fixando o cône á pelle, na parte superior da incisão, a qual ficou toda fechada por pontos separados, deixando em cima um lugar pequeno, donde sahia o cume do cône do estomago, ainda não aberto.

O doente supportou muito bem a operação.

Não vomitou, não teve febre, e em geral symptoma algum da irritação do peritoneo apresentou. A ferida cicatrizou por primeira intenção. —

Injecções hypodermicas de sôro duas vezes por dia.

No terceiro dia foi aberto o estomago, e a mucosa delle fixada por quatro pontos á pelle.

D'aquelle momento em diante o doente começou a alimentar-se regularmente pela fistula, que funciona perfeitamente.

O restabelecimento deu-se muito promptamente: o operado alimentando-se abundantemente (leite, ovos, sopas, mingaus, café, vinho) logo lhe voltaram as forças procurando assim, levantar-se.

Tres semanas depois da operação, tentei debalde passar pelo esophago uma sonda uretral fina, o esophago continuava obliterado. O doente alimenta-se muito bem pela fistula, que funciona muito bem, sem regorgitar os alimentos.

Quando tosse com força, vê-se em roda da fistula uma saliencia das paredes abdominaes. A pelle em torno da fistula é completamente normal.

Uma vez o doente levantou um peso e sentiu sahir da fistula uma humidade, por esse esforço demasiado. Applica a sonda n. 20, pela qual, com um funil pequeno, toma as suas refeições. De um esqueleto pallido ficou um homem nutrido, corado e bem disposto. (1)

Quatro meses depois da operação o nosso doente voltou para a sua casa em estado de perfeita saude; 10 meses depois passava bem, alimentando-se só pela fistula. Emmagreceu devido a falta de leite e de ovos no lugar onde está morando.

Como vêdes, trata-se de um estreitamento absoluto do esophago, de natureza benigna, de origem caustica que, devagar, mas com toda a certeza, conduziria o doente ao tumulo, se não fosse a rapida intervenção por nós praticada, isto é, uma **gastrotomia — fistula gastrica externa artificial**. A gastrostomia tem

(1) (Apresentado n'uma sessão da Sociedade de Medicina, o doente demonstrou perante os medicos presentes como se alimenta, bebendo pela fistula um calice de vinho, á saúde da classe medica).

por fim fazer uma comunicação nova, uma comunicação artificial entre o estomago e o mundo exterior para alimentar o doente.

É indicada, em geral, quando o esophago é impermeavel e essa impermeabilidade é incorrigivel, ou quando a permeabilidade é tão diminuta que o doente corre perigo d'uma morte por inanição.

A gastrostomia pode ser uma intervenção paliativa, quando, por meio della, damos ao doente a possibilidade de se alimentar, sendo impossivel livral-o da molestia primitiva, causadora, que evolue fatalmente á morte. São os casos do estreitamento do esophago por tumores malignos, quando a dilatação com as sondas não é já possivel, ou não dá resultado algum, ou torna-se perigosa.

A gastrostomia pode ser uma operação curativa, quando, por meio della, podemos definitivamente salvar o doente da morte seja pela fome, seja pela molestia, uma vez que esta, causadora de estreitamento ou da impermeabilidade do esophago, não seja de natureza maligna.

Segundo o dr. Edelszein a gastrostomia em geral é indicada quando o esophago não pode ou não deve exercer a sua funcção. Isto acontece nos casos seguintes:

- 1.º — O estreitamento congenito ou a falta congenita do esophago;
- 2.º — Os diverticulos muito fundos do esophago;
- 3.º — Os corpos estranhos fortemente encravados com obliteração indirecta do esophago;
- 4.º — Os estreitamentos cicatriciaes do esophago por queimaduras, processos inflammatorios, molestias constitucionaes;
- 5.º — Tumores procedentes do interior do esophago;
- 6.º — Os cancros do cardia do estomago;
- 7.º — A compressão do esophago por aneurysmas, tumores do mediastino, etc.

Das indicações acima mencionadas as mais frequentes são os cancros do esophago e os estreitamentos cicatriciaes, depois de queimaduras, como em nosso caso.

A gastrostomia é uma operação bastante antiga. A idéa d'ella pertence ao medico militar norueguez Egeberg que, em 1837, n'uma sessão da Sociedade Medica em Christiania, descreveu minuciosamente as indicações e a technica da operação baseando a sua proposta nos casos da fistula gastrica de origem traumatica, nesse tempo publicados pelo Vorgtel, Burrows e Beamont.

Blandlat, em 1841, provou experimentalmente nas animaes que a operação dá bons resultados.

A primeira operação no homem, num caso de estreitamento carcinomatoso do estomago, foi feita em 1849 por Sedillat. Aquella e outras gastrostomias do Sedillat tiveram consequências mortaes.

Fenger, Nelaton, Cooper, Forster, Sedney Jones, Thomas Wergant, Curinig e iutros applicavam a fistula gastrica, mas todos os operados morriam quer de inanição, quer de peritonite purulenta, quer de pneumonia. Convem não esquecer que aquelles eram os tempos preantisepticos. Emfim Verneuil em 1876 fez a primeira gastrostomia com bom resultado n'um jovem de 17 annos com um estreitamento do esophago depois de ingerir soda caustica.

Desde então começa o desenvolvimento da technica operatoria. Multiplicam-se os methodos operatorios, desenham-se melhor os casos e se restringem as indicações, ficando o cirurgião encorajado pelos resultados da anti e da asepsia operatoria, não desanimando perante a mortalidade bastante elevada que até hoje mostra a operação de gastrotomia.

Os resultados nos cancros do esophago são poucos animadores.

A mortalidade depois da operação que só póde prolongar a vida do doente e adiar o desfecho fatal é ainda hoje grande. Muito melhores são os resultados nos casos de estreitamento cicatricial do esophago.

Em geral a intervenção é perigosa.

A estatistica do Zesas contem 162 casos da gastrostomia operados entre 1876 e 1883. Logo depois da operação morreram 123 — quasi 71%, sararam 19; em 20 casos os resultados não eram conhecidos.

Os operados morriam entre 1 — 30 dias depois da operação, um só d'elles viveu mais de um anno.

A pequena estatística publicada em 1911 pelo dr. Edelszein de clinica cirurgica do prof. Rydygrer, de Lemberg Leopoldis, de 15 casos — dá 20% de mortalidade immediata. (Dr. Edelszein *Wsprawie wytwarzania przetoki zotadkowej* — Contribuição a gastrostomia. *Przegląd chirurgiczny i ginekol* "giorny-Revista cirurgica e gynecologica vol. IV I parte II 1911 Varsovia).

Um dos operados (estreitamento cicatricial — gastrostomia M. Hartmann) vive ha mais de 10 annos e goza boa saude. Os melhores resultados são consequencia da asepsia nas operações e do aperfeiçoamento dos methodos operatórios. A primitiva gastrostomia **sit venia verbo**, gastrostomia simples que consistia em incisão obliqua no rebordo costal esquerdo e na sutura do estomago, ás paredes abdominaes — está completamente abandonada.

A fistula dilatava-se cada vez mais, em cada movimento do doente; pela tosse o conteúdo do estomago escorria pelos lados do tubo, provocando rebeldes e dolorosas dermatites. Alem disso a alimentação do operado tornava-se illusoria uma vez que a fistula não era bem fechada e os alimentos refluíam.

Os methodos modernos da gastrostomia são muitos, todos mais ou menos complicados, mais ou menos engenhosos, mas podem ser reduzidos segundo o dr. Edeslzein a alguns principios — typos:

1.º — Typo de fistula — tunnel —

Methodos de Withel, Kader, Fiseher, Marwedel, Franck, Sabanieieff, Lucke, Sehnityler, Tavel e outros.

2.º — Typo de sphincter —

Methodos e Haeker, Girard, Ullmann, Sauligon, Terzieze Gosset, Hahn e outros.

3.º — Typo que junta os dois primeiros —

Methodos Hacher-Witjel, Hartmann, Kacher, Jabonlay, Lafaro, etc..

4.º — Typo de valvula —

Methodos Fontana, Poerier, etc..

5.º — Diversos outros methodos: Depage, Jauerlay.

Esse seu primeiro methodo Fontana modificou, fazendo uma incisão mediana e abrindo o estomago antes de invaginal-o.

A idéa é de formar uma valvula que não permitia aos liquidos refluirem:

a) Poirier — não invagina o cône da parede do estomago, mas cortando o cume delle a serosa e muscular, destaca a mucosa, empurrando-a para dentro e abre no fundo. Aquella mucosa tem papel de valvula.

Alem destes methodos, outros ha descriptos e experimentados, mais ou menos complicados, mais ou menos bem pensados e rasoaveis. D'entre elles attrahe a attenção d'um operador, os methodos de Depage e de Janeway. Depage forma da parede anterior do estomago um retalho, que sutura á ferida em forma dum canal.

Janeway faz um corte de 3—4 centim. de comprimento transmuscular na parte superior do musculo recto esquerdo, abre o peritoneo, tira a parede do estomago e corta della um retalho rectangular, fecha a ferida no estomago, sutura-o retalho em forma de um tubo de 4—5 cent. de comprimento cuja extremidade aberta sutura á pelle.

Em cinco casos Janeway teve os resultados satisfactorios.

Todos os mais perfeitos methodos da gastrostomia resolvem a questão só parcialmente **quoad vitam**. **Quoad functionem** o operado sempre fica prejudicado porque nas suas refeições deve se isolar da sociedade, privado das poderosas sensações do gosto. Mastigar as comidas, cuspir no funil e introduzir pelo tubo na fistula gastrica sempre será abominavel não só aos outros como também ao proprio doente. Por isso não faltaram as ideas para restituir aos pobres gastrostomizados a possibilidade de se alimentarem como os outros se alimentam.

Uma destas idéas geniaes pertence ao dr. Roux, o qual em 1907, n'uma criança com estreitamento cicatricial do esophago fez uma complicadissima operação de substituição do esophago por um tubo de intestino delgado excluido e transplantado em baixo da pelle do thorax, conservando intacta a circulação mesenterica e juntando a extremidade superior no pescoço com o

esophago e a extremidade inferior com o estomago ou com a fistula gastrica, se essa já foi feita antes.

Essa melindrosa operação — oesophagojejuno gastrostomose, foi executada pelo dito Roux, Rydygier, Herzen, Lambotte, Gramse, Ciechomski, Kocher, Wulstein, Stawinski, Lexer, com varias modificações e por emquanto com mortalidade colossal.

Sendo no momento uma operação perigosissima, sem que, entretanto, as difficuldades technicas sejam insuperaveis, a jejunoesophago gastrostomose, com a possibilidade duvidosa de dar ao operado uma vida quasi normal, não deve ser preferida pela gastrostomia, cujos resultados são quasi sempre certos e optimos, como no caso que nos occupa.

1.º — Typo de canal — tunnel obliquo:

a) Methodos de Witzel — incisão em linha branca; tira-se o estomago para fóra; perto da grande curvatura abre-se o estomago e introduz-se um dreno de um centimetro de diametro, de 20 a 30 centimetros de comprimento. A parte externa do dreno applica-se á parede do estomago e cobre-se costurando em cima della a parede do estomago com os pontos seromusculares. A parte inferior do dreno está no estomago, a parte superior sahe da ferida. Segue a fixação do estomago ao peritoneo da ferida ao longe do dreno coberto e a sutura dos musculos e da pelle. Mikulicz e Kausch fizeram mais de 100 gastrostomias por este methodo com bons resultados. O methodo é difficil quando o estomago não se deixa tirar para fóra, quando a parede anterior delle não tem espaço por causa das cicatrizes para dupplicar a sober o dreno. O methodo de Witzel exige muito tempo o que não é bom nos individuos muito depauperados.

b) Methodo de Kader — a idéa é a mesma — a technica modificado e mais complicada.

c) Fischer fixa um pedaço da parede do estomago á ferida da pelle. Não abre o estomago, mas passa uma agulha fina obliquamente e injecta os liquidos nutritivos. Reiterando isso durante 5-6 semanas pode-se já introduzir um dreno fino. Em 4 casos recebeu bons resultados. O methodo é difficil, complicado, perde-se muito tempo, dá muito trabalho.

d) Marwedel sutura o estomago á pelle, faz incisão sero-muscular obliqua no estomago de 4-5 cent. de comprimento, destaca por esta ferida a mucosa da seromuscular, em cima abre a mucosa e introduz um dreno no estomago, correndo o tunnel entre sero-muscular e a mucosa do estomago obliquamente. Schmtzler faz o mesmo com certa modificação. São estes methodos difficeis e perigosos.

e) Franck, Sarbanieieff — incisão parallela ao rebordo costal, fixação do cône do estomago ao peritoneo da ferida. Tres cent. acima fazem um corte na pelle parallelamente a incisão e tendo feito um tunnel em baixo da pelle passam o cône pelo tunnel e fixam a ferida superior fechando completamente a inferior — methodo comprido e complicado.

f) Tavel faz incisão de 25-30 centim. na linha branca, abre o peritoneo, separa do mesenterio a distancia de 15-20 centim. uma alça do intestino delgado, passa-a por um buraco no ligamento gastro colico, uma extremidade sutura com o estomago, outra com a ferida da pelle, querendo desta alça formar um canal. O methodo de Tavel é complicadisimo e perigosissimo.

2.º — Typo de Sphincter:

a) Methodo de Hacker — incisão vertical na distancia de dois dedos transversos da linha branca — transmuscular. O cône da parede estomacal é suturado no meio da ferida a qual fecha em cima e em baixo, abrindo depois o estomago.

b) Girard modificou-o tirando de cada lado da ferida dois feixes de fibras musculares do recto esquerdo para cruzal-as aos lados do cône.

Os resultados não eram animadores.

c) Ullmann propoz a torsão do cone do estomago como o fez Gersuny no recto e na urethra feminina nos casos da asthenia dos sphincteres correspondentes.

d) Souligoux — abre cavidade peritoneal tira o cône do estomago, torse até 180%, fixa no peritoneo dos bordos da ferida, torse de novo até 180° e fixa á ferida. O cume do cône sutura á pelle e abre-o depois.

e) Hahn — Incisão no oitavo espaço intercostal onde encontram-se as costellas, oitava e nona do lado esquerdo; outra incisão na distancia de um centimetro abaixo do rebordo costal de 5-6 cent. de comprimento. Desta ferida tira a parede do estomago pelo buraco no espaço intercostal, fixa e abre. A ferida em baixo fecha.

3.º — Combinação de dois typos acima mencionados:

a) Methodo Hacker-Witzel.

b) Methodo Kocher — Combinação dos methodos de Hacker- Franck-Witzel.

c) Hartmann — incisão na linha branca, o cône do estomago passa em baixo do musculo recto esquerdo, tira-o por um corte transmuscular, fixa á pelle, abre e introduz dreno.

N'um caso do prof. Rydygier este methodo deu um resultado esplendido.

d) Jaboulay procede como Hartmann, mas não fixa o estomago no córte transmuscular, porém passa em baixo da pelle e fixa na linha mediana.

4.º — Typo de valvula.

a) Fontan faz uma incisão parallela ao rebordo costal esquerdo, de 8 cent. de comprimento, tirada a parede do estomago, formando um cône cuja base 12-15 centim. de circumferencia sutura com o peritoneo da ferida. Com uma pinça empurra o cone para dentro, sutura as dupplicaturas e com um bisturi fino abre o estomago no fundo do sacco formado pelo cône empurrado para dentro — Dreno N.º 24, sutura da ferida.

FERIMENTO PENETRANTE DO VENTRE COM PROLAPSO DO EPIPLON E DO INTESTINO

PELO DR. SIMÃO KOSSOBUDSKI

E.C. com 30 annos de idade, casada, nacionalidade italiana, residente na colonia Santa Felicidade, deu entrada na Santa Casa de Misericordia em 29-1-917, às 11 horas da manhã. Na vespera, á noite, fôra aggredda pelo proprio marido, um tanto alcoolisado, sendo por elle ferida a facão. Recebeu assim, entre outros ferimentos, uma facada no ventre, sentindo logo depois que alguma cousa lhe sahia da cavidade abdominal.

Forte hemorrhagia, vomitos por duas vezes. A paciente apresentava bôa constituição, sendo bem nutrida. 2 mezes antes havia dado á luz uma menina, que aleitava com facilidade. Facies corada, pulso e respiração accelerados. Temperatura normal.

Inspecção. — Ao nivel da região umbellical verifiquei, externamente, a presença de uma secção de epiplon e de uma alça de intestino delgado, envoltos num pedaço de panno muito sujo.

Nos membros superiores e inferiores havia algumas feridas incisas.

Diagnose. — Ferimento penetrante do ventre — (facada) com prolapso de epiplon e de intestino.

Considerando o mau estado das partes em prolapso, não tentei reintroduzil-as nem decidi-me a praticar laparotomia.

Decorridas 15 horas sem indicios de estrangulamento, achei melhor indicado tratar fóra da cavidade abdominal as partes em prolapso, tanto mais que um ponto da serosa do intestino me parecia bastante machucado.

Depois de lavagem minuciosa com agua fervida e com agua oxygenada, praticada a desinfecção da pelle na visinhança com tintura de iodo, cobri o prolapso com gaze iodoformada.

Injecção de oleo camphorado, dieta hydrica absoluta.

Dia 30. — Estado geral bom. Ausencia de febre, de vomitos e de soluços. Lingua humida. Pulso regular. Urinação sufficiente. Renovei o curativo.

Dia 31. — Estado bom. Novo curativo, empregando a mais vaselina esterilisada.

Dia 3 — de Fevereiro. — Tudo em ordem. Apareceu o appetite. Fazendo o curativo, notei o epiplon parcialmente necrosado, eliminando-se aos pedaços; o intestino começava a cobrir-se de granulações e uma pequena fistula estercoral se divisava.

Dia 5. — Bom appetite. Condições geraes muito boas. Epiplon mais limpo. Pela fistula intestinal sahiam as fezes em pequena quantidade. Curativo rigorosamente feito.

Dia 7. — Nenhuma modificação a peor.

Dia 9. — Appetite grande. Pelas fistulas sahiam as fezes já bem formadas.

Dia 15. — o prolapso mostrou-se muito reduzido.

Dia 21. — Sem anesthesia, pratiquei a sutura da fistula em duas camadas: muco-mucosa continua, sero-serosa-pontos-separados.

Dia 26. — A sutura cedeu parcialmente, formando-se nova fistula. Debaixo da pelle formou-se um abcesso que se esvasiou expontaneamente.

O prolapso estava ainda mais reduzido.

Dia 28. — A doente passou muito bem.

A secção de epiplon e a alça intestinal recolheram-se expontaneamente, formando-se então uma depressão cheia de pús fetido.

Dia 2 de Março — A depressão mostrou-se bem reduzida.

Dia 5. — A doente passava bem. Menor porção de pús.

Dia 13. — Em vez de pús escorria um liquido esbranquiçado, um tanto fetido. A paciente affirmava que não sahiam gazes pela ferida.

Dia 20 de Abril. — De 13 de Março a esta data, os curativos foram repetidos de 3 em 3 dias.

A ferida se mostrava agora quasi cicatrizada.

Dia 25. — A paciente levantou-se, fazendo um pequeno passeio.

Dia 11. — A doente teve alta, estando a ferida quasi fechada.

Havia apenas, em seu lugar, um ponto semelhante, em tamanho, a uma cabeça de alfinete, por onde sahia de quando em vez uma gôtta de liquido purulento.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A THERAPEUTICA CIRURGICA DA HERNIA INGUINAL

Pelo Dr. SIMÃO KOSSOBUDZKI

Ex-primeiro assistente de Clínica Cirurgica da Universidade de Varsovia, medico da Santa Casa de Coritiba, professor interino de propedeutica e clinica cirurgicas da Universidade do Paraná.

A cura da hernia inguinal, pela operação radical, é sempre um assumpto novo e interessante. Quasi todos os congressos medicos occupam-se desta questão, quasi todos os dias os jornaes medicos dão-nos noticias ou trazem artigos sobre os methodos novos ou sobre o aperfeiçoamento dos methodos velhos da operação radical da rendidura inguinal.

No numero 2 d' "A Pathologia Geral" deste anno, achamos, tambem, um bem lançado artigo do Dr. Ernani de Faria Alves, sobre a cura da hernia inguinal, onde o illustre collega carioca recommenda muito o methodo de Mugnai:

A operação faz-se do modo seguinte, como descreve o Dr. Ernani.

a) — Determina-se pela palpação o ponto correspondente ao orificio cutaneo do canal inguinal e d'ahi faz-se partir a incisão para cima, na direcção desse, n'uma extensão approximada de 5 a 6 cents, cortando-se a pelle, tecido cellular e fascias até descobrir a aponevrose do grande obliquo e o anel inguinal externo.

Faz-se a hemostasia necessaria.

b) — Incisam-se a aponevrose do grande obliquo e o anel em toda a extensão da ferida cutanea. Collocam-se pinças hemostaticas, como reparos, nas bordas seccionadas da aponevrose.

Tem-se, então, diante dos olhos os musculos pequeno obliquo e transverso, juxtapostos, fibras do cremaster que se espalham sobre o sacco herniario, unido ainda pelos fascias de envolvimento aos elementos do cordão.

c) — Separa-se o sacco herniario dos elementos do cordão que, na maioria dos casos, está situado abaixo e dentro daquelle. Portanto, a pesquisa do sacco deve ser começada pelo lado externo, o que facilita o seu encontro. O cordão e os seus elementos ficam collocados na parte profunda da região.

d) — Faz-se a abertura do sacco; verificam-se e reduzem-se as visceras, (a resecção do epiploon só será feita nos casos em que houver alterações); fecha-se o sacco, em sua porção mais alta, com o nó de Bantock ou qualquer outro, a catgut n. 1, e fixa-se á parede muscular, pela manobra de Barker, de preferencia.

e) — Reconstitue-se, então, a parede abdominal em um só plano por catgut n. 2, collocando-se os pontos na parte mais alta da região, portanto de cima para baixo, de modo que atravessem, do lado externo ou inferior: 1.º a borda externa (seccionada) da aponevrose do obliquo; 2.º a borda interna ou saliente da arcada de Poupart.

Do lado interno ou superior: os musculos tranverso, pequeno obliquo primeiramente, tendão conjuncto, em seguida, e borda interna (seccionada) da aponevrose do grande obliquo. Durante a passagem dos fios deve-se recalcar o cordão sobre o fascia transversal, evitando assim ser apanhado pela agulha. Esse modo de proceder abriga, contra qualquer lesão, os vasos iliacos. Fazem-se tres a quatro pontos até o annel externo, que deve ter abertura sufficiente, de modo a permitir a passagem do dedo auricular do cirurgião, sem o que o cordão será comprimido. Para facilidade da technica, os fios serão reparados por pinças e feitos os nós depois de ser passado o ultimo fio.

f) — Sutura da pelle depois de hemostase cuidadosa.

Deprehende-se do exposto que o Mugnai evita as manobras sobre o cordão e confere á parede abdominal o mais que se pode exigir em resistencia.

A descrição do methodo de Mugnai está esclarecida por figuras elucidativas, reproduzindo os diversos momentos operatorios.

Infelizmente o dr. Ernani, no seu trabalho, não deu noticia alguma referente a data em que foi proposto e publicado o methodo de Mugnai. Não me foi possivel, até hoje, receber a these do dr. Oswaldo Freire de Faria Pereira, que ha mais de dois mezes pedi do Rio. Nos compendios de cirurgia que tenho e nos que encontrei aqui, tambem não achei nenhuma indicação exacta neste sentido.

O dr. Rochard (Les hernies — 1904) em seu tratado sobre as hernias, é verdade, falla do methodo de Mugnai, porém não diz quando foi publicado.

Elle escreve: "Girard, Stinson, Mugnai, Aquilar, Jonnesco e bien d'autres chirurgiens, refoutent le cordon par la brèche ouverte du canal, dans le tissu cellulaire sous péritoneal et le font ressortir dans l'angle inferieur de la plaie par un trajet direct".

O tratado de Rochard é de 1904 e por isso podemos ter a certeza que o methodo de Mugnai appareceu antes de 1904.

O methodo de Mugnai é um desenvolvimento e consequencia logica do processo de Jonnesco, que é o mais simples, menos complicado dos methodos antifuniculares.

No congresso medico internacional de Moscovia, em 1897, Jonnesco, celebre cirurgião de Bucarest, apresentou o seu methodo, descrevendo-o assim: "Semaine médicale, 8 Septembre 1897).

"Après section de muscles, isolement et résection du sac, il applique sur le moignon du sac qui n'est pas lié, une ou plusieurs pinces pour maintenir les viscères réduits et le péritoine fermé. Alors, avec l'aiguille d'Emmet et commençant à l'extrémité externe de la plaie et sur lèvre inferieure á 3 centimètres du bord libre, il traverse la peau, l'hypoderme, le tendon du grand oblique au niveau du ligament de Poupart, les muscles petit oblique et transverse puis, restant au dessus du péritoine et du fascia transversalis, il aborde la face profonde de la lèvre supérieure en traversant en sens inverse les mêmes couches,

pour ressortir par la peau 3 à centimètres du bord libre de la plaie cutanée.

On place ainsi quatre fils équidistants, ce qui est suffisant pour accoler les lèvres de la plaie sur toute l'étendue de l'incision. Le deuxième et le troisième fils sont passés au niveau du collet sectionné du sac, à travers les deux lèvres péritonéales, appliquant ainsi séreuse contre séreuse et fermant le péritoine. "Au niveau des troisième et quatrième fils, la lèvre inférieure étant privée des muscles petit oblique et transverse les fils ne traversent que la peau et le ligament de Poupart ou le pilier externe de orifice superficiel. Au même niveau, nous trouvons dans la lèvre supérieure le tendon cojoint et celui du grand droit, que traversent les troisième et quatrième fils. Enfin, sur le pubis, le dernier fil est passé de telle manière, qu'on puisse ménager un orifice juste suffisant pour le passage du cordon.

Dans ce procédé, tous les fils sont passés par dessus le cordon spermatique qui devient sous-péritoneal, et, les fils une fois serrés, on obtient la disparition du canal inguinal normal".

O methodo de Jonnesco naturalmente não pode satisfazer ao cirurgião moderno. Elle representa o tempo em que muitos faziam a sutura da incisão abdominal na linha branca em uma só camada. Entre 1894-1899 eu vi, na Russia, os cirurgiões de destaque terminarem as laparatomias pela sutura em pontos separados, penetrando pelle, musculos e peritoneo em uma só camada, collocando entre elles os pontos separados superficiaes para melhor approximar as bordas da pelle.

Esta sutura foi abandonada porque dava lugar ao apparecimento de eventrações. O methodo de Jonnesco não logrou applausos apezar de sua simplicidade porque as reincidencias eram inevitaveis e de certo o proprio Jonnesco não o usa mais. N'aquelle tempo a esterilisação do catgut não era tão certa e completa como é hoje e os cirurgiões querendo evitar as suppurações nos pontos profundos, quer de catgut quer de seda, inventavam os methodos os mais engenhosos.

Com o tempo, baseando-se na melhor esterilidade dos fios de catgut, os operadores começaram a complicar os methods visando só um fim — reforçar a parede abdominal na região inguinal para evitar reincidencias.

O methodo de Mugnai offerece um pouco mais de garantias, pois apresenta 3 camadas: nó de Bantock no peritoneo, pontos separados nos musculos e aponevrose e sutura da pelle. Elle tem porem o grande defeito de não ser possivel uma exacta adaptação per strata das bordas do canal inguinal, pois de um lado toma-se pela agulha a borda externa (seccionada) da aponevrose do grande obliquo e a arcada de Poupart — dois componentes; de outro lado o musculo transverso, o musculo obliquo pequeno e a borda interna (seccionada) da aponevrose do grande obliquo — 3 componentes. A sutura não pode ser exacta, as camadas podem se interpôr; a sutura não é resistente porque uma camada de pontos de catgut pode se resolver antes de se formar uma cicatriz bastante forte. Emfim esta cicatriz não pode ser bastante resistente porque ha de se formar entre os musculos e o tecido fibroso da arcada de Poupart tão pobre de vasos. Na sutura perfeita e na cuidadosa execução dos tempos operatorios os mestres de cirurgia sempre baseavam os seus resultados, na cura radical da hernia inguinal. Em 1901, no congresso dos cirurgiões francezes em Paris, ouvi o professor Lucas — Championnière comunicar nada menos de mil casos operados por seu methodo (uma especie de superposição das bordas seccionadas ao longo do canal inguinal da aponevrose do grande obliquo).

O celebre professor, accusando os melhores resultados, dava o maior valor a uma exacta execução da intervenção, chamando-a garantia de successos.

À vista disso, a priori, pode-se dizer que o methodo de Mugnai não correspondendo á exigência de uma exacta, sempre certa e sempre igual opposição das paredes do canal inguinal, não pode despertar confiança.

Quando se trata de creanças, de jovens ou de adultos robustos, qualquer methodo pôde dar bons resultados, mas operando os velhos, os depauperados, astmaticos, emphysematicos, cardiacos, bronchiticos, prostaticos, precisa-se de um procedimento mais seguro, mais garantido, do que o methodo de Mugnai. Quando trata-se de uma hernia interna directa as exigencias de garantias vão subindo, mas, infelizmente, o procedimento de Mugnai não é capaz de melhorar a prognose quanto á durabilidade dos resultados.

Um outro methodo antifunicular, o do prof. Maydl, mais complicado, apresenta maiores garantias.

Em seu livro "Estudo de hernias" publicado em 1897 (prof. Karel Maydl — **Podroburá chirurgie I oddil: Nanka o Kylach cili kernich**) em lingua bohemia (tcheque), Maydl assim descreve o seu methodo: depois da secção da aponevrose, separação do sacco e sua ligadura o mais alto possível, recalamos o cordão com os seus vasos para dentro e defendendo-o com um instrumento avivamos as paredes do canal inguinal cortando as fibras musculares da borda interna e suturamos o canal inguinal com os pontos profundos, tomando os musculos, e com os pontos subjacentes com a borda externa da aponevrose do grande obliquo, deixando só um orificio pequeno, no angulo interno, onde deve emergir o cordão.

Os pontos profundos juntam as aponevroses e os musculos subjacentes com a borda externa da aponevrose do grande obliquo onde acha-se pouco musculo e por isso passamos os pontos pela arcada de Poupart. Depois suturamos exactamente as bordas seccionadas da aponevrose do grande obliquo, cuidando que não fique entre os pontos separados algum pouco de fibras musculares. Por cima, sutura da pelle sem drenagem.

"Attribuimos uma grande importancia ao avivamento do canal inguinal.

Somos de opinião que uma approximação passiva e a adaptação das bordas do canal inguinal, não avivadas com pontos mais firmes e fortes, não têm tanto valor como uma sutura das paredes avivadas largamente".

"Não podemos, entretanto, occultar as difficuldades da operação radical em nosso methodo (ainda mais difficuldades existem nos outros methodsos que não avivam as bordas do canal) e as quaes consistem nisso que a borda externa inferior do canal, composta da arcada de Poupart, não contem fibras musculares em geral, tendo só poucas na sua parte externa. Sutturamos pois as partes musculares avivadas do canal á arcada de Poupart, fibrosa e pobre de vasos".

"Sutturamos as bordas do canal com catgut forte, com seda grossa, com o silkworm ou o arame". Desta descripção, deduz-se que o methodo do Maydl, largamente usado na clinica cirur-

gica tcheque (existe também clinica cirurgica allemã) de Praha-Praga, pois em seu livro, Maydl traz uma estatistica de 154 casos durante 1891-1896 — é um logico aperfeiçoamento do methodo de Mugnai.

Mas ,tendo lido attentamente o livro de Maydl, eu observei que para o prof. Maydl o methodo do Mugnai era desconhecido.

Frequentando, em 1901, a clinica do prof. Maydl, em Praga, vi ahi varias operações radicaes de hernias inguinaes, executadas pelo prof. Kukula (o prof. Maydl, estava então gravemente doente) e pelos assistentes, pelo methodo antifunicular, que chamavam de Maydl.

Desde 1901 comecei a applicar este methodo, quando assistente de clinica cirurgica da Universidade de Varsovia, no Hospital Menino Jesus.

Entre 92 casos de cura radical de hernia inguinal, operados na dita clinica, naquelle tempo — 16 foram feitos, segundo o methodo Maydl, na maior parte por mim, alguns por outros collegas.

As primeiras curas de hernia inguinal, no Paraná, fiz também pelo methodo de Maydl. Com o tempo modifiquei-o e, emfim, desde algum tempo, estou fazendo todas as operações radicaes de hernia inguinal com a minha modificação que é, seja-me permittido dizer, o **Nec Plus Ultra** do methodo antifunicular.

O methodo de Maydl é sem duvida muito bom, mas quando usa-se a seda para sutura do canal, apresenta-se uma probabilidade bastante grande de suppuração nos pontos, o que é desastroso para a resistencia da sutura, sendo quasi certa uma reincidencia do mal. Uma vez suppurados, os pontos podem precisar de mezes para sua eliminação porque tomam o tecido fibroso e resistente da arcada de Poupart.

Tenho visto aqui, na Santa Casa, alguns operados pelo dr. Carini, pelo methodo de Bassini, com a suppuração nos pontos, de seda e com a reincidencia consecutiva e posso dizer que é muito desagradavel para um cirurgião uma complicação que pode desprestigiar um operador e desacreditar a cura cirurgica da hernia.

Na clinica de Varsovia e aqui eu usei sempre o catgut iodado, que me tem dado os melhores resultados. Mas o catgut depois de alguns dias torna-se fraco, os pontos ficam frouxos, enfim elle se resolve e o tempo pode não ser sufficiente para a formação de uma cicatriz forte e resistente. Isso levou-me a imaginar uma modificação, um aperfeiçoamento. A technica da cura radical da hernia inguinal, como eu a faço presentemente, é a seguinte:

1.º Determina-se o anel externo e faz-se a incisão obliqua na direcção do canal inguinal da pelle, do tecido cellular até a aponevrose do grande obliquo; a incisão começa um pouco acima do anel interno e acaba para baixo do anel externo; tratando-se de uma hernia escrotal, a incisão, em baixo, desvia verticalmente na parte superior do escroto.

2.º Incisão em retalho da aponevrose do grande obliquo, do angulo interno do anel externo até a altura do anel interno, não em linha recta mas descrevendo uma curva convexa para a linha media do corpo; as bordas da aponevrose seccionada são reparadas por pinças de Kocher.

3.º Separação minuciosa do sacco sem occupar-se do cordão; a separação deve ser o mais alto possivel; abertura do sacco, redução das visceras, resecção do epiploon, se era adherente; ligadura do sacco, tomando-o por meio de uma agulha munida de um catgut, fazendo nós de um e de outro lado com o mesmo fio; corta-se a parte peripherica do sacco ficando o coto bastante comprido para não escapar e não escorregar o fio.

No caso de uma hernia muito grande é necessário fechar o orificio abdominal do sacco com a sutura corrida sero-serosa.

No caso de uma hernia congenita, quando o peritoneo é muito fino e fraco, é bom fazer no anel interno uma sutura, separar a parte central do sacco com a incisão circular, en bourse, revirar a parte peripherica do sacco em roda do cordão e quando for muito grande fazer um reviramento regular da vaginal. Quando o sacco é forte e resistente, é bom, depois de ligado, fazer uma sutura en bourse, empurrar o coto para dentro e por cima fechar a sutura assim como cobrimos o coto do appendice na operação de appendectomia. Por esta manobra desaparece por completo o funil do peritoneo e até forma-se

uma saliência, como um botão, do lado da cavidade abdominal, não havendo mais predisposição á reincidência neste lugar como *locus minoris resistentiae*.

4.º — Descobre-se bem a arcada de Poupart tirando della todas as fascias as mais finas e avivando ligeiramente com o bisturi; aviva-se o canal inguinal—m. m. transverso e pequeno obliquo.

5.º — Suturam-se os m. transversos e pequeno obliquo avivados á arcada de Poupart por uma serie de pontos separados, indo de cima para baixo; o cordão recalca-se para traz, deixando para elle um orifício no angulo interno inferior do canal, só para não produzir uma compressão do cordão; os pontos superiores são de catgut, e os dois ultimos de arame fino de aluminio-bronze.

6.º Sutura-se com os pontos separados de catgut a borda externa da aponevrose do grande obliquo seccionada ao pequeno obliquo o mais possivel para cima e para a linha mediana do corpo; tratando-se de uma hernia interna ou de individuo com as paredes abdominaes finas, flacidas, pouco resistentes, é bom abrir a bainha do m. recto verticalmente e a borda d'ella revirada para fóra suturar á borda externa da aponevrose do grande obliquo, obtendo-se um magnifico reforçamento da parede abdominal.

7.º Sutura-se a borda interna da aponevrose seccionada do do grande obliquo por cima da borda externa, o mais possivel para fóra, com os pontos separados de catgut.

8.º Alguns pontos separados ou sutura continua de catgut no tecido celular.

9.º Agraftes de Michel, sutura de catgut (pontos separados ou continua — fio fino) pontos separados de seda ou de fio metallico na pelle; sem drenagem.

Quando foi possivel applicamos a rachianestesia com a solução 5% de tropococaina adrenalina usando cada vez 0,075-0,1 de tropococaina e uma gotta de solução de adrenalina 1:1000.

Ha já alguns mezes que usamos as pinças de Blunk para hemostase, podendo fazer uma operação de hernia sem uma só ligadura. Quando trata-se de menores ou pessoas nervosas, a

operação é feita com a narcose chloroformica e immobilisa-se a coxa do lado operado, durante dois dias, para assegurar á ferida a maior immobildade possivel.

Na descripção do nosso methodo, ou melhor dizendo da nossa modificação do methodo de Maydl, os pontos 2, 3, 4, 5, 6 e 7 são essenciaes.

O methodo tem por fim reforçar a parede e obter uma solida e resistente cicatriz entre as bordas interna e externa do canal.

O reforçamento obtem-se pela sutura antifunicular do mm. transverso e pequeno obliquo á arcada de Poupart, como também pela superposição das bordas seccionadas em forma de um retalho da aponevrose do grande obliquo sem ou com o uso da parte da bainha do m. recto.

Pode-se obter uma cicatriz resistente pelo avivamento da arcada de Poupart e dos musculos da borda interna do canal inguinal, como também pela applicação de dois pontos inferiores de fio metallico, isto é de um material que rarissimas vezes dá motivo a suppuração e que não se reabsorve. Está pois garantido para sempre o tamanho do orificio por onde sahe o cordão.

A fixação da borda externa convexa da aponevrose do grande obliquo ao m. pequeno obliquo ou á borda revirada da bainha seccionada do m. recto, não só reforça a parede mas ainda immobilisa o mm. transverso e obliquo pequeno auxiliando assim a exacta cicatrisação das bordas suturadas do canal.

A sutura da borda interna da aponevrose do m. obliquo por cima da borda externa de um lado, reforça a parede abdominal da região inguinal como também immobilisa as paredes suturadas do canal inguinal, assegurando-lhes um contacto permanente, exacto, ininterrupto, durante o tempo necessario para formação de uma cicatriz firme.

Recapitulando, podemos dizer que o nosso methodo dá um magnifico reforçamento da parede abdominal e garante a conservação permanente do orificio externo nas dimensões que lhe temos dado no momento da sutura. Nos casos de paredes abdominaes finas, flacidas, distendidas, de gente velha, de em-

physematicos, prostaticos, etc., como tambem nos casos das hernias internas, o nosso methodo parece-nos garantir os resultados mais do que qualquer outro.

Graser (**Hernien. Handbuch d. praktischen Chirurgie** 1900) exige do methodo moderno, da cura radical da hernia, o seguinte:

- 1.º O sacco deve ser ligado o mais alto possivel.
- 2.º O canal deve ser perfeitamente fechado.
- 3.º A technica deve ser a mais facil possivel.
- 4.º Deve-se operar **ad. oculos**, nunca na profundidade, sem ver bem.
- 5.º Primeira intenção.

É claro que o nosso methodo corresponde a todas as exigencias de Graser. Durante os dois ultimos annos operei 26 casos de hernia inguinal. Destes, 1 foi operado pelo methodo de Kocher — (terceira modificação), 1 por causa do estrangulamento da hernia — herniotomia — redução dos intestinos, resecção do sacco, drenagem da cavidade peritoneal.

Dos outros 24 — pelo methodo de Maydl, authentico, operei 5; pelo methodo de Maydl, um pouco modificado, 5. Os ultimos 14 casos operei pelo methodo que descrevi e que já differe tanto do methodo de Maydl, que lhe serviu de ponto de partida, que pode ser chamado o meu methodo.

O meu presado companheiro de trabalho cirurgico na Santa Casa, o illustre Dr. Joaquim Pinto Rebello, que sempre operava pelo methodo Bassini Barker, operou os seus dois ultimos casos seguindo a minha proposta. Juntos temos 16 casos operados por este methodo, com os resultados os mais animadores. Um dos operados, com 51 annos, já ha mais de um anno e meio trabalha como operario de rua, tossindo muito, por ser um emphysematico declarado, não apresentando nenhum symptoma de reincidencia.

É cedo ainda para julgar definitivamente os resultados, mas é um facto significativo que até hoje nenhum dos operados viesse queixar-se do reaparecimento do mal.

Dos 24 operados, 4 eram menores (4, 14, 15 annos), 10 eram homens de 15 a 50 annos e 9 eram homens de 50 a 72 annos e o ultimo era uma mulher.

3 hernias eram estranguladas, 21 livres, e destas — 20 livres reponiveis, 1 livre irreponivel (adherencia do epiploon). Das hernias estranguladas, 2 eram com uma alça do intestino delgado, 1 com epiploon estrangulado.

Em 23 casos, foi feita a operação radical simples n'um caso, a herniolaparotomia, acabada radicalmente.

Em 19 casos foi feita só a operação radical; em 4 casos mais o reviramento da vaginal do mesmo lado; n'um caso a inversão da vaginal do lado são.

Duas operações foram acompanhadas de resecções do epiploon (uma hernia livre irreponivel, outra estrangulada).

A narcose chloroformica foi applicada em 16 casos, a anesthesia local, pelo methodo de infiltração, em um caso e a rachitropococainisação em 7 casos.

O Dr. Pinto Rebello, em seus dois casos, applicou a rachitropococainisação.

Duas vezes foi aberta a bainha do m. recto e suturada a borda externa da aponevrose seccionada á arcada do Poupart. Os pontos metallicos encapsularam-se bem, ficando perfeitamente tolerados, não apresentando nenhum dos operados queixa alguma.

23 casos deram uma primeira intenção perfeita, um caso de hernia muito grande escrotal, já reincidente, uma eventração verdadeira, complicou-se pela formação de um hematocele que suppurou e precisou de nova operação, de uma incisão para drenar o hematocele suppurante. (*)

O tratamento durou em media 11 a 12 dias.

(*) — Outro caso (N. 25) complicou-se tambem pela suppuração no tecido cellular. Sahiram alguns pontos suppurados da borda interna da aponevrose do grande obliquo. A ferida cutanea abriu-se parcialmente na sua parte superior. Apesar disso os pontos mais profundos ficaram intactos assegurando o bom resultado definitivo. O caso demonstra bem as vantagens do nosso methodo.

Terminando esta modesta contribuição sobre o assumpto da cura da hernia inguinal, não posso deixar de agradecer aos illustres collegas que me auxiliaram, drs. Espindola, Pinto Rebello, Loyola, Mario Gomes, Francisco Franco e Wirmond Lima, á cuja competencia e habilidade eu devo a maior parte dos bons resultados que coroaram os nossos communs esforços para devolver aos invalidos e aleijados a capacidade de trabalhar e gosar a vida sem aquelle perigo continuo que é a hernia ao seu possuidor e que pesa sobre a sua cabeça como uma espada de Damocles.

REINALDO MACHADO COMO CIRURGIÃO

Pelo Dr. SIMÃO KOSSOBUDZKI

Reinaldo Machado, como todos sabem, apesar de se dedicar especialmente á obstetricia e á gynecologia, era tambem um operador procurado e feliz.

Os bons conhecimentos anatomicos, a mão firme, a vista bôa, o sangue frio, o modo de tratar os doentes, bondoso e animador, amparados pela leitura assidua dos jornaes medicos e dos tratados de cirurgia, que o collocava sempre a par dos progressos modernos da sciencia cirurgica; diagnostico facil, penetrante e logico, completa dominação da asepsia, modo cavalheiroso com que tratava os seus auxiliares, enfim, as suas idéas não mercantis mas verdadeiramente sacerdotaes, tudo isso podia e devia fazer do nosso pranteado e querido collega um dos primeiros cirurgiões do Brasil.

Gostava de cirurgia, como de sciencia e, com grande interesse, sem inveja alguma, acompanhava os trabalhos de outros collegas, sempre prompto a auxiliá-los com a sua sabedoria, com a sua mão agil.

Faltava-lhe a vontade de ser cirurgião com todas as suas responsabilidades, seus contentamentos e desgostos...

Quando era necessario, quando uma operação era inadiavel e inevitavel, elle operava e operava bem, mas quando podia entregar o bisturi a um outro operador, fazia-o com satisfação nos casos de alta cirurgia. O coração bondoso daquela generosa individualidade, a serenidade daquela alma cheia de ternura, não se conformavam com as responsabilidades angustiosas que atormentam a alma de um cirurgião... com a necessidade de arriscar... Quando necessario, operava, mas soffria...

Si elle era um parteiro entusiasmado pela sua especialidade, a qual tantas vezes obriga a intervir, era porque o parto é um acto physiologico, só as vezes alterado pathologicamente. A intervenção no parto pode ser necessaria, inevitavel, fatal, mas sempre o phenomeno physiologico, natural, é o ponto de partida, ornamentado pelo amor, pelo futuro da humanidade, dictado pela lei biologica, "omne vivum ex ovo".

Na obstetricia não se arrisca... as indicações para intervir são cercadas de garantias quasi mathematicas... Ao cirurgião apresentam-se só os phenomenos anormaes, innaturaes, desnecessarios, pathologicos, que martyrisam a humanidade, não lhe dando nada de sua parte.

O cirurgião, grosseiramente, pode ser comparado ao commandante d'uma força armada em combate. Este para attingir o seu objectivo, expõe os milhares de seus soldados á morte, aos soffrimentos, aos esforços sobrehumanos; aquelle tambem expõe ao perigo da morte e á dor, que prolonga conforme as indicações.

Ambos progridem atravez dos gritos, dos gemidos, das lagrimas e contorsões do soffrimento.

Sangue e cheiro de carne humana...

Pouca certeza, mais as probabilidades...

Graças a sua estrutura psychica, Reinaldo não poderia ser commandante duma força armada em combate, como contra a sua vontade tantas vezes vestia o avental do cirurgião.

Ultimamente era elle, para nós cirurgiões, o que para os militares é um chefe do estado maior, que imagina, estuda, prepara mas não executa as batalhas; um consultor, um preceptor, um guia, um collaborador intelligente, dedicado, ; experimentado, sem inveja, sem rivalidade, sem fins mercantis, sempre dedicado para com os doentes, sempre leal para com os collegas.

Tendo visto algumas vezes Reinaldo fazer a alta cirurgia eu, como uma prova de veneração á memoria daquelle grande medico paranaense, permitto-me trazer aqui, em breves palavras, a descripção de dois casos por elle operados na Santa Casa desta Capital.

Por ironia da sorte ambos os casos são do dominio da cirurgia do estomago, sendo que uma affecção deste órgão lhe arrebatara a vida.

1 — N.Y. com 32 annos, desde alguns mezes não se alimentava sufficientemente, pois vomitava tudo quanto comia. Chegou a um depauperamento consideravel, não tendo febre. O appetite era bom, mas depois de comer sentia peso no estomago e, algumas horas depois, vomitava.

Temperatura normal, pulso regular, pulmões, coração e rins sem alterações pathologicas; estomago muito dilatado. Já faz alguns annos, teve dôres na região do estomago e algumas vezes vomitou sangue.

Diagnostic: estenose cicatricial do pyloro, provavelmente na base de uma ulcera velha. Resolvida a operação em narcose chloroformica, Reinaldo fez uma laparatomia na linha alva na parte epigastrica e, tendo achado um callo circular estreitando o pyloro, ligou o estomago com o intestino delgado (jejuno) por meio d'uma gastro-entero-anastomose posterior retrocolica, m. Hacker.

O doente restabeleceu-se sem complicações; logo começou a alimentar-se bem, engordou bastante, e sei que está passando perfeitamente até hoje isto é, ha quatro annos.

2 — Z.V. com 57 annos; symptomas de embaraço gastrico desde um anno mais ou menos, emmagrecimento, falta de appetite, vomitos, dilatação do estomago, tumor na região pylorica.

Diagnostic: cancro do pyloro.

Feita a laparatomia, foi confirmado o diagnostic.

Era impossivel fazer uma resecção do pyloro e por isso Reinaldo fez uma gastro-entero-anastomose posterior retrocolica, m. Hacker.

O doente supportou mal a operação e a narcose chloroformica, ficando muito fraco.

Dois dias depois appareceram vomitos, soluções e outros symptomas de peritonite.

Este caso, operado em condições precárias, terminou pela morte.

Que valham estas linhas toscas como uma homenagem amiga ao saudoso collega.

ALGUMAS PALAVRAS SOBRE O TRATAMENTO DA FEBRE TYPHOIDE(*)

Pelo DR. SIMÃO KOSSOBUDZKI

Foi muito feliz a iniciativa do nosso querido presidente, o illustre collega dr. Reinaldo Machado, de communicar á Sociedade as suas idéas sobre o tratamento da febre typhoide e os resultados a que chegou.

Em curto tempo temos ouvido nesta casa, além daquelle palavra de longo tirocínio clinico e de observação estritamente scientifica, tambem as opiniões dos nossos mestres de medicina interna, como são os illustres collegas drs. João Candido, Doria, Espindola e outros.

Se depois delles tenho a coragem de tomar a palavra, é porque na minha modesta contribuição eu quero esclarecer o assumpto sob um ponto de vista pouco ventilado entre nós, em nossas deliberações sobre o tratamento de febre typhoide.

Para fallar-se de tratamento desta ou daquelle molestia; para emittir-se esta ou aquella opinião sobre o assumpto, não é necessario basear-se nas grandes estatisticas.

Nenhum de nós aqui em Coritiba póde apresentar estatísticas de milhares de casos de typho e entretanto a nossa observação clinica nos autorisa a ter uma certa opinião sobre o tratamento dessa entidade morbida.

Eu penso que "non multa, sed multum" ou como bem diz nas suas lições de ophthalmologia o illustre professor Szymanski "non enumerandae sed ponderandae sunt observationes".

(*) (Communicação lida em sessão da Sociedade de Medicina do Paraná em Junho de 1918).

Basta observar-se rigorosamente numa epidemia, como aquella que tivemos, alguma porção de casos de varia intensidade, desde o começo até o fim, seguindo sempre uma certa therapeutica. Durante a ultima epidemia do typho eu tinha em tratamento mais de 100 casos de febre typhoide, mas as minhas idéas sobre o tratamento della baseam-se na observação desde o começo até o fim da molestia, dos 65 casos seguintes.

- 1 — M. forma typica, sarou sem complicações.
- 2 — P. H. forma gravissima, hemorragia intestinal, perfuração, peritonite, morte.
- 3 — P. forma grave — peritonite, morte.
- 4 — M. forma benigna sem complicações.
- 5 — M. C. forma typica boa.
- 6 — L. C. forma typica boa. (recebeu 2 injeções immunitantes).
- 7 — O. C. forma grave — febre alta durante 50 dias, otite media purulenta com perfuração da membrana — sarou.
- 8 — D. C. forma benigna — sarou. (2 injeções preventivas)
- 9 — C. forma benigna boa sem complicação.
- 10 — forma benigna boa sem complicação.
- 11 — N. forma typica boa sem complicação.
- 12 — F. M. forma grave — adynamia do coração (sarou sem complicações).
- 13 — J. C. forma typica boa sem complicação.
- 14 — V. forma typica boa sem complicação.
- 15 — J. A. da Silva, forma typh., sarou sem complicações.
- 16 — B. forma typh., sarou sem complicações.
- 17 — Ol. G. forma typh., sarou sem complicações.
- 18 — S. forma typh., sarou sem complicações.
- 19 — I. F. filha forma typh., sarou sem complicações.
- 20 — I. F. filha forma typh., sarou sem complicações.
- 21 — I. F. filha forma typh., sarou sem complicações.
- 22 — I. F. filho forma typh., sarou sem complicações.
- 23 — Schneider forma typh., sarou sem complicações.
- 24 — C. L. forma typh., sarou sem complicações.
- 25 — B. forma typh., sarou sem complicações.
- 26 — B. forma typh., sarou sem complicações.
- 27 — F. forma typh., sarou sem complicações.
- 28 — W. forma typh., sarou sem complicações.
- 29 — W. forma typh., sarou sem complicações.

- 30 — C. C. forma benigna, sarou sem complicações.
- 31 — H. C. forma benigna, sarou sem complicações.
- 32 — Criado C. forma benigna, sarou sem complicações.
- 33 — L. B. forma benigna, sarou sem complicações.
- 34 — J. B. forma benigna, sarou sem complicações.
- 35 — Thomaz forma benigna, sarou sem complicações.
- 36 — M. S. forma benigna, sarou sem complicações.
- 37 — P. forma benigna, sarou sem complicações.
- 38 — I. G. forma benigna, sarou sem complicações. (recebeu uma injeção preventiva)
- 39 — I. G. forma benigna, sarou sem complicação.
- 40 — R. forma benigna, sarou sem complicações.
- 41 — L. criança forma benigna, sarou sem complicações.
- 42 — S. forma benigna, sarou sem complicações.
- 43 — S. forma benigna, sarou sem complicações.
- 44 — B. Sra. forma benigna, sarou sem complicações.
- 45 — S. forma benigna, sarou sem complicações.
- 46 — N. forma benigna, sarou sem complicações. (recebeu uma injeção preventiva).
- 47 — A L. forma benigna, sarou sem complicações.
- 48 — J. forma benigna, sarou sem complicações.
- 49 — M. P. forma benigna, sarou sem complicações. (vacinada faz 3 annos).
- 50 — J. P. forma benigna, sarou sem complicações. (em mez de Outubro de 1917, vaccinado com a vaccina do Instituto Bacteriológico, como enfermeiro cuidava dos typhosos — adoeceu em Março — estando acamado só duas semanas).
- 51 — T. P. forma typica — sarou sem complicações.
- 52 — J. M. forma gravissima — hemorrhagia colossal (febre durante 59 dias — pneumonia, sarou, com neurite peroneal bilateral).
- 53 — J. P. R. forma grave — enterorrhagia febre 40 dias — sarou; complicação periproctite purulenta).
- 54 — M. H. forma grave — reincidencia com 17 dias de febre, sarou.
- 56 — J. L. forma grave — enterorrhagia — reincidencia com tres semanas de febre, sarou).
- 57 — forma grave — enterorrhagia, cystite, sarou).
- 58 — T. L. forma grave — enterorrhagia, cystite, sarou).

- 59 — J. C. forma grave — reincidencia com 22 dias de febre, roseola abundantissima e baço sempre crescido — sarou.
- 60 — O. forma gravissima — peritonite perforativa, appendicite — morte — (recebeu 2 injeções de vaccina curativa).
- 61 — B. filho forma benigna, sarou sem complicações.
- 62 — B. filha forma typica, sarou sem complicações.
- 63 — B. filha forma typica, sarou sem complicações.
- 64 — S. J. forma grave — hemorragia abundantissima de gengivas — sarou depois de 42 dias de febre.
- 65 — R. forma no começo benigna, tornando-se grave pela recrudescencia complicada com uma thrombose da veia femoral — febre durante 68 dias — sarou.

Destes 65 casos foram 26 de forma benigna, ou 40%.

24 de forma typica — 36%

15 de forma grave — 23%

Morreram 3 ou 4, 60% para todos os casos.

7, 70% excluindo os casos benignos.

20% para os casos graves.

N. 60 necessita de alguma explicação porque talvez não deva figurar na estatistica das mortes por febre typhoide.

Aquelle doente entrou na Casa de Saude com febre de 39°, dôres de cabeça, falta de appetite, enfraquecimento geral, baço crescido, gargarejo na fossa iliaca direita e evacuações typicas.

Fiz uma injeção de 1/5 parte de ampoula N. 10 de vaccina anti-typhica (Laboratorio de Biologia).

No dia seguinte a febre cahiu e o typhoso passou admiravelmente bem, ficando só o baço muito palpavel.

Assim passaram-se 6 dias, sem febre, com appetite, fezes solidas, quasi duras, mas o baço continuou grande, perfeitamente e facilmente palpavel.

No setimo dia fiz a segunda injeção de 1/5 parte de ampoula N. 2 da mesma vaccina.

A injeção foi feita ás 4 horas da tarde no dia 9 de fevereiro do corrente.

Como eu soube depois, já desde a manhã o doente sentiu-se um tanto mal, tendo dôres no ventre.

De repente, ás 11 horas da noite, sentiu dôres tão violentas na barriga, gritando, gemendo e torcendo-se na cama, vomitando abundantemente.

Acheio-o coberto de suor frio, lingua limpa, pulso regular, retardado, ventre crescido e duro, baço palpavel, dôres muito fortes na região do umbigo e temperatura 36°.

Apalpando ,a dôr era mais pronunciada no ponto de Mac-Burney.

Só duas injeções de morphina a 0,02 fizeram desaparecer as dôres e o doente dormio um pouco. No dia seguinte os vomitos e as dôres continuaram; novas injeções de morphina, gelo no ventre, dieta absoluta.

O pulso não se modificou sendo regular, forte e lento. O ventre duro; não evacuava e nem expelia gases .

Nos dias seguintes as dôres diminuíram progressivamente. O doente não vomitava, passava sem injeções de morphina. Feita a lavagem intestinal sentiu-se um pouco alliviado.

Continuando o estado de peritonismo, achei necessaria uma intervenção. O doente foi transferido para a Santa Casa, onde melhorou tanto que a operação foi adiada de sabbado para 2.^a feira. Preciso dizer, que indisciplinado, sentindo-se melhor, começou a sentar-se na cama e a levantar-se, contra os conselhos dados.

Domingo me ausentei da Capital. Repentinamente appareceram as dôres e os vomitos. Visitando o nosso doente 2.^a feira, achei-o vomitando, com pulso quasi imperceptivel, agonizando. Falleceu as 4 horas da tarde. Um collega conhecia bem o doente me contou que ha um anno o mesmo teve acesso de dores fortes no ventre acompanhadas de vomitos. Na região ileo-cecal formou-se uma infiltração precisando algumas semanas para seu desaparecimento e restabelecimento completo do doente.

Diagnosticou uma appendicite.

Parece-me que tambem a appendicite foi a molestia que victimou o doente.

Nesta casa a mortalidade por febre typhoide no quadro apresentado seria ainda menor.

Hemorragia intestinal só foi observada 4 vezes — todos ficaram bons.

Hemorragia e pneumonia 1, bom.

Hemorragia e periprochite purulenta 1, bom.

Hemorragia e cystite 1, bom.

Hemorragia e perfuração, peritonite 1, morte.

Perfuração intestinal, peritonite 2, morte.

Um destes casos era duvidoso, parecendo ser a peritonite devido a appendicite perforativa.

Hemorragia das gengivas 1, sarou.

Otite media suppurativa, perfuração da membrana, 1 sarou.

Thrombose da veia femoral, 1 sarou.

Reincidencias, 3 sararam.

Dos 8 casos de enterorragia falleceu só um.

O tratamento que sigo na febre typhoide é o seguinte:

No começo, quando o doente não tomou purgante algum, receito Calomelanos 0,25 em 2 capsulas, de meia em meia hora e depois 1 colher de oleo de Ricino.

Tendo já evacuado, o doente recebe uma poção de: Agua Chloroformada 100 grammas.

Aqu. de Hortelã Pimenta 100 grammas.

Tra. de Iodo 15 gottas.

1 colher das de sôpa de 2 em 2 horas até o fim do periodo febril.

Dando esta poção nunca observei symptoma de iodismo.

No mesmo tempo dou

Sulfato de qq.	{	aã 0,15—0,20—0,25
Urotropina		
Lactobacillina		

3 capsulas por dia.

Sulfato de qq — baseando-me nas rigorosas experiencias do prof. Vesely (universidade tcheque de Pragr) que provam que o sulfato em soluções muito fracas adicionadas ás culturas do bacillo de Eberth faz com que ellas, ou não se desenvolvam ou morram.

Por isso me parece theoricamente indicada a impregnação do sangue dos typhosos com o sulfato de qq.

A urotropina acho indicada por ser um poderoso antiseptico das vias biliares, urinarias e dos espaços cephalorhachidianos podendo exterminar o bacillo nos lugares onde frequentemente se localisa. Assim podem ser evitadas as complicações graves.

Lactobacillina como meio de modificar a flora intestinal diminuindo as fermentações intestinaes, subtrahindo o assucar nos intestinos, desenvolvendo o acido lactico, creando condições desfavoraveis ao microbio eberthiano.

Aquellas capsulas damos durante o periodo febril, mais tarde, só as capsulas de urotropina e lacto-bacillina, para desinfectão dos intestinos.

No caso de intolerancia contra o qq. podemol-o substituir pelo salol, no caso de diarrhéa damos benzonaphtol com salol ou tannigeno.

Desde metade da segunda semana indico a poção de

Acido chlorhydrico diluido	1,50—
----------------------------	-------

Agua distillada	180,0
-----------------	-------

Natruleurato de cafeina	0,30—0,50
-------------------------	-----------

Xarope de framboezas	20,0
----------------------	------

1 colher das de sôpa de 2 em 2 horas para estimular o appetite e preventivamente tonificar o coração.

Quando a temperatura vai acima de 38° — applico envoltorios humidos da temperatura do ambiente, compressas frias no corpo desde o pescoço até os joelhos, compressas frias ou sacco de gelo no ventre e na cabeça como tambem fricções frias do corpo com agua e vinagre. Continuando a febre a subir acima de 38,5 — dou pyramido em doses fraccionadas 5, 10, 15 centigrammas algumas vezes por dia.

Na applicação das compressas, envoltorios ou fricções frias, como tambem do pyramido, o medico deve se orientar pela

temperatura medindo-a frequentemente e repetindo os antipyreticos caso não baixe. Se o doente tem pulso dicrotico dá-se pyramido com cafeina ou camphora.

Na segunda metade da molestia sendo já a temperatura um tanto elevada é indicada a aspirina junto com cafeina. Provoca suores abundantes, mas cuidar da tolerancia do coração.

Na terceira semana nos casos typicos ou graves receita adrenalina — 15 gottas por dia em 3 doses, como tambem injeccões de oleo camphorado ou de estrychinina.

Clysteres de 1 — 1/2 litros de agua fria dão tambem um resultado esplendido baixando a temperatura.

Quando a molestia se prolonga e não ha contra indicações um banho morno de vez em quando faz muito bem.

Aconselho tambem dar os banhos mornos ás crianças não como antithermico, mas como um analeptico.

Nos adultos applico os banhos raras vezes. A balneotherapie algum tempo foi considerada como um methodo dominante no tratamento da febre typhoide.

Nascida e desenvolvida na Allemanha achou o melhor acolhimento e os mais fervorosos adeptos na França.

Gaston Lyon por exemplo escreve:

"Le bain froid est une methode genèrale de traitement de les fièvres typhoides applicable a toutes les formes de la maladie aux plus legères comme aux plus graves, applicable à toute fièvre typhoide dès que le diagnostic est posé. Cést une médication systématique. Tout individu atteint de fièvre typhoide dès que le diagnostic est posé. Cést une médication systématique. Tout individu atteint de fièvre typhoide doit être immédiatement baingné."

Gaston Lyon, como vemos, é representante da balneotherapie à outrance.

Os allemães são um pouco mais moderados.

Prof. Romberg diz: "Bem applicada a balneotherapie é de grande valor. É indicada quando os doentes deliram, quando

tem uma forte somnolencia, quando a respiração torna-se superficial e nos pulmões apparecem algumas alterações mais accentuadas."

Prof. Fnerbringer acha que a questão não está definitivamente fechada, mas o tratamento chablonico com agua fria apresenta um exagero; como é exagerada a opinião que aconselha abandonar completamente a hydroterapia.

F. tendo em alta consideração o tratamento medicamentoso e hygienico-dietetico opina que presentemente uma hydroterapia moderada, convenientemente applicada, sendo rigorosamente escolhidos os casos, ainda pertence aos methodos que dão mais resultados.

Prof. Luedke diz: "A balneotherapia não é contra a febre, que é util na formação dos anti-corpos, mas deve debellar as consequencias da intoxicação bacteriana dos systemas nervoso e circulatorio".

Schotmueller escreve: "Geralmente está já abandonado o chablonismo anterior de banhar cada typhoso enquanto tem febre. Nós (Schotmueller) sustentamos a opinião de Curschmann de que os casos leves e meio graves não exigem uma balneotherapia mais rigosora".

Sou absolutamente da mesma opinião quanto á balneotherapia a outrance.

Não posso contestar que a balneotherapia as vezes é um subsidio consideravel, heroico, milagroso, mas só nas condições technicamente possiveis.

Por isso acho-a sempre applicavel nas crianças, nos adultos só em certos casos, quando póde ser administrada com maximo proveito e com minimo prejuizo — primum non nocere.

Sou de opinião que a balneotherapia pelo methodo de Brandt fóra das indicações geralmente reconhecidas, só póde ser applicada exclusivamente quando o doente dispõe de pessoal competente e sufficiente e de conforto na sua installação balnearia.

Em geral:

1.º A balneotherapia não é uma panacéa.

2.º O esforço muitas vezes necessario por parte do doente pôde trazer as consequencias as mais lamentaveis;

3.º Nas grandes epidemias o methodo não pôde ser administrado;

4.º Os banhos podemos perfeitamente substituir pelos envoltorios, compressas, fricções, gelo, mas se o banho antithermico é desnecessario na maior parte dos casos, no fim da molestia o banho hygienico que refresca é util, agradável, tonificante e por isso indicado.

Quanto ao tratamento especifico da febre typhica com a vaccina curativa, eu não tenho experiencia pessoal. A maioria dos collegas de Coritiba em geral foi contraria á vaccinação curativa.

Posso entretanto citar a observação N. 46.

O doente recebeu primeira injeccção preventiva, que deu uma reacção violenta.

Immediatamente desenvolveu-se uma forma benigna e de curta duração da febre typhoide.

Interessantes são os casos ns. 5, 6, 7 e 8:

N. 5, adoeceu primeiro; forma typica nos primeiros dias bastante séria pela violencia da febre, vomitos e abatimento geral.

N. 7, adoeceu segundo; forma muito grave com febre alta durante 50 dias, complicada pela otite media purulenta com perfuração da membrana.

Em vista disso todas as outras pessoas da casa tomaram as injeccções preventivas da vaccina do Laboratorio Paulista de Biologia.

Daquellas 7 pessôas 5 ficaram boas, e 2 cahiram doentes.

N. 6, depois da primeira injeccção teve uma reacção geral forte com febre e reacção local com edema. Seis dias depois, quando já o estado geral e local normalisaram-se, foi feita segunda injeccção. No mesmo dia 40º, dôres de cabeça, vertigens,

fraqueza geral, etc. Manifestou-se febre typhoide typica com temperatura elevada mas com estado geral esplendido: appetite, pulso, sensorio, somno, etc. optimos. Sarou sem complicação perdendo pouco no seu peso.

N. 8, reacção forte só depois da segunda injeção immuni-sante; a reacção passou em forma curta e leve de typho. A temperatura no começo era bastante alta.

Estes dois casos provam que a vaccina preventiva não dá resultados quando não acabada, quando o organismo não teve ainda tempo de organizar os seus meios de defeza, quando ainda não elaborou a sua immunidadade.

Mas, mesmo assim, ella pode tornar-se uma vaccinação curativa modificando favoravelmente a marcha da molestia, dando-lhe a feição relativamente benigna.

Por outro lado póde servir de reactivo que é capaz de descobrir a existencia da infecção eberthiana no organismo que ainda não manifestou symptoma algum de febre typhoide. Neste lugar eu quero ainda uma vez voltar ao caso n. 60. Se os symptomas violentos e perigosissimos que victimaram o doente devemos attribuir não á appendicite mas á reacção provocada pelas injeções curativas (demasiadamente fortes), é mister, para evitar taes perigos da bacteriotherapia, operarmos com as doses possivelmente mais fracas.

Durante a epidemia tive occasião de applicar algumas vezes o sôro anti-typhico polyvalente do Laboratorio Paulista de Biologia.

N. 3 — uma dose de 10 cent. cub.; terminou pela morte, devido a perfuração intestinal e peritonite.

N. 6 — uma injeção (10 cent. cub.) quando a temperatura era muito alta; não observei nenhuma influencia do sôro sobre a temperatura nos dias seguintes.

N. 7 — duas injeções — (20 cent. cub.) restabelecida apesar de ser um caso grave.

N. 12 — uma injeção — o caso muito grave, com uma asthenia extraordinaria do coração, a doente permaneceu mais de dez dias com pulso quasi impalpavel; ficou boa.

N. 52 — febre alta, enterorrhagia colossal; duas injeções — 20 cent. cub.; pneumonia; 69 dias de febre; restabelecimento com uma paresia nos peroneos.

N. 55 — febre alta, adynamia, enterorrhagia, uma injeção de 10 cent. cub.; ficou bom.

N. 54 — reincidência de 4 semanas com febre muito alta, com enterorrhagia; uma injeção de 10 cent. cub.; ficou boa.

N. 56 — reincidência de 3 semanas, febre alta, enterorrhagia, colapso; uma injeção — 10 cent. cub.; ficou bom.

Excluindo o caso n. 6, que não era grave, dos outros 7 casos muito sérios, nos quaes foi applicado sôro anti-typhico polyvalente, morreu um, dando assim 14% de mortalidade.

O pequeno numero dos casos tratados com sorotherapia não nos dão direito de fazermos deducções definitivas, mas entretanto podemos dizer que é indicado o emprego systematico do sôro anti-typhico nos casos graves, o mais cedo possivel, sob tres pontos de vista:

1.º O sôro fornece ao organismo uma certa quantidade de anti-toxinas:

2.º Elle é sôro de cavallo preventivo quanto á hemorrhagia;

3.º Fornece um tanto de albumina ao organismo, que ás vezes tanto necessita della; pois é bom emprega-lo quando os doentes por quaesquer motivos não se alimentam sufficientemente.

O preço um pouco alto do sôro é que pode impedir o seu emprego largamente.

As estatisticas francezas são animadoras.

Josias, de 200 doentes tratados com o sôro, teve 3,8% de obitos, sem sôro 12%;

Brunon, de 100 casos — 3% respectivamente 17%. Chan-temesse, o pae da sôro-therapia anti-typhica, em tres casos tratados com o sôro accusa só 3,7% de mortalidade.

O prof. Luedke diz: "As difficuldades da soro-therapia dependem de que não sabemos ainda livrar as toxinas do typho

fixadas como endo-toxinas nos corpos dos bacillos e applical-as para a mobilisação de anti-corpos. Deve-se continuar nos estudos."

Numa das revistas medicas nacionaes eu li uma communição dum collega paranaense (não me lembro do nome) sobre o emprego do sôro anti-typhico polyvalente.

Os resultados eram animadores.

Snr. Presidente:

O motivo mais vigoroso que me fez hoje tomar a palavra não foi o de discutir o tratamento em geral da febre typhoide e por isso peço-vos de me desculpar por ter a verborrhéa me afastado do fim da minha communição, isto é da apreciação do tratamento dietetico do typho abdominal.

A alimentação dos typhosos por si mesmo representa um assumpto importantissimo em vista da molestia ser tão comprida, tão consumidora e tão cheia de surpresas.

Dr. Reinaldo Machado fallou sobre dieta mas pouco desenvolveu o assumpto, sendo adepto duma dieta bastante rigorosa e bastante reduzida. Os outros profissionaes da Capital são quasi todos da mesma opinião, alguns delles vão bem alem.

Neste assumpto é necessario alguma conciliação de idéas, porque as divergencias nas prescrições dieteticas dos medicos impressionam muito mal ao publico, muito mais desmoralisam-nos do que as divergencias no tratamento medicamentoso.

Se um de nós permite comer alguma coisa que outro não deixa, no caso de qualquer complicação elle é culpado, elle é quem matou o doente. Por outro lado se o doente depauperado falleceu, é culpa do seu assistente porque seguindo a dieta rigorosissima por elle prescripta o doente morreu de fome, de inanição.

Precisamos esclarecer a questão em face das idéas modernas, sobre o valor nutritivo e calorifico dos alimentos, no terreno dos conhecimentos do intercambio das materias e das energias no organismo são e no accommettido por uma molestia aguda, febril, como é a febre typhoide.

Permitti-me pois, illustres confrades trazer aqui em breves palavras alguns principios geraes de dietetica, os quaes devem nos guiar na composição do cardapio dos typhosos.

1.º O organismo procura ficar em equilibrio de azoto.

2.º Pela lei de isodynamia as materias alimenticias podem-se substituir mutuamente em quantidades (peso) que representam as mesmas quantidades de energia.

A isodynamia só tem valor quanto á producção da força mas quanto á estrutura e composição do corpo. A albumina não pode ser substituida por outras materias livres de azoto. Para a continuação da vida é necessario um minimum de albumina.

3.º A decomposição da albumina pode ser diminuida, limitada pelo fornecimento dos alimentos sem azoto.

4.º Segundo Landergeen a falta de hydratos de carbono é condição da decomposição da albumina.

Existe um minimum de hydratos de carbono (para um adulto 50 gr. por dia.)

5.º A decomposição e a perda de albumina na febre depende da temperatura e da molestia (toxinas).

6.º A febre tem uma influencia directa sobre o intercambio das energias. A producção do calor é augmentada; um febricitante precisa 10, 15% de calorias mais do que um são.

7.º O trabalho muscular levanta a quantidade de calorias necessarias. Sentado na cama ou na cadeira o doente precisa de mais calorias do que com absoluto repouso horizontal!

A situação elevada ao nivel do mar augmenta a quantidade de calorias: 3.000 metros por 25%, 4.500 metros por 60% (Corityba 900 metros).

8.º Dando-se uma forte decomposição de gordura, como por exemplo durante a fome, quando ao mesmo tempo faltam os hydratos de carbono, manifesta-se acetonuria.

9.º Marischler, Reichenstein e Schneider numa revista medica polaca "Tygodnik Sckroki" (pag. 477, anno 1910) publicaram um artigo: "A influencia da dieta isovalente pelas quantidades

de azoto e de calorias sobre o intercambio das materias nos doentes", onde chegaram ás conclusões:

a) alimentação contendo menos de 30 calorias por kilo de peso conduz á perda no peso dos doentes;

b) com 5 gr. de azoto, 32 gr. de albumina, 1.600 calorias, não se pode obter o equilibrio de azoto;

c) e manifesta-se uma acidose que influe desfavoravelmente sobre o organismo.

10.º 16-20% de calorias devem ser cobertas com a albumina, o resto com os hydratos de carbono e com as gorduras. Os hydratos de carbono são os melhores economisadores de albumina do que as gorduras; fornecimento abundante daquelles permite reduzir mais o minimum de albumina do que o fornecimento abundante das gorduras. Melhor é quando 20% cahem sobre a albumina, 30% sobre as gorduras e 50% sobre os hydratos de carbono.

11.º Um homem são, com 50 kilos de peso, estando de cama, precisa de 1900 calorias ou 32 por kilo de peso; um adulto são com 70 kilos trabalhando, precisa mais ou menos de 3000 calorias, isto é mais de 40 por kilo de peso o que podem fornecer 118 gr. de albumina 56 gr. de gorduras e 500 gr. de hydratos de carbono; com 70-80 gr. de albumina pode ainda ficar em equilibrio; 1 gramma de albumina desenvolve 4 calorias, 1 gr. de gordura 9, 3, uma de hydrato de carbono 4, 1.

12.º A falta de saes mineraes nos alimentos provoca a morte com symptomas nervosos.

Em face destes conhecimentos pode se dizer que um typhoso em Coritiba, com o peso de 65 kilos, precisa no minimo de 2100 calorias por 24 horas, como quem está de cama, mais 15% — 305 calorias como um febricitante, mais 10% — 210 por motivo da altitude — junto 2640 calorias, o que corresponde aos 4 litros de leite (667 calorias por litro) na dieta lactea ou aos 37 litros de caldo de carne (70 calorias por litro) — caso quizessemos alimentar o doente exclusivamente com o caldo — uma quantidade colossal que ninguem é capaz de acceitar.

Em geral são raros os doentes que por muito tempo suportam bem uma dieta exclusivamente lactea, ainda mais raros são os que podem tomar 4 litros de leite por 24 horas, pois logo ficam enjoados e não querem mais nem ver o leite quanto mais cosido.

Tambem não é indifferente para um typhoso na phase mais adiantada da molestia, tanto liquido passar por sua circulação sanguinea. Naquele momento, em geral, quanto mais nos casos de um pulso dicrotico ou de qualquer enfraquecimento da funcção cardiaca, é indicado poupar as forças do musculo cardiaco. A tendencia custe o que custar, de lavar o organismo doente por grandes quantidades de liquidos com o fim de livral-o assim de toxinas eberthianas, muitas vezes torna-se fatal para a vida do typhoso.

Uma grande quantidade de liquido introduzido pela bocca pode provocar uma diarrhéa, neste caso além das consequencias della o organismo perde inutilmente a maior parte das calorias fornecidas e pode provocar uma plethora artificial dando excesso de trabalho ao musculo cardiaco, aos rins, tendo como resultado os edemas e o enfraquecimento da força propulsora do coração.

Seja-me permittido aqui communicar um caso que não foi collocado no quadro acima por se tratar de um typhoso que não foi tratado por mim desde o começo da molestia e cuja sorte prova o prejuizo que traz comsigo o excesso dos alimentos liquidos.

Sr. C.A. com 18 annos; na terceira semana do typho teve uma enterorrhagia muito grande, com febre alta, pulso fraco, dicrotico; nesta occasião eu fui chamado pela primeira vez. O doente muito enfraquecido depois dáquella colossal perda de sangue, quando a hemorrhagia parou, ficou ainda mais depauperado pela dieta rigorosa durante os 3-4 primeiros dias. Apesar da febre conservar-se alta, mostrava depois grandes melhoras, alimentando-se bem. A temperatura começou a baixar mas o coração apesar de todos os meios empregados não funccionava bem. O doente enfim falleceu com o enfraquecimento progressivo da funcção do coração. Até o ultimo dia, quasi até o ultimo momento, elle comia muito bem, muito leite, chocolate e aguas mineraes, limonadas. Analysando o caso, me parece

que a qualidade de líquidos ingeridos pelo doente foi a causa de produzir o desfecho fatal comprometendo a acção do coração.

As sopas, muito raras, de arroz, de cangica, etc. são tão pouco productoras de calor que alimentando um typhoso com ellas instituimos um regimen de fome chronica que dá em resultado uma completa inanição.

Se o doente não tolera 4 ou 3 litros de leite, mas tolera 2, elle diariamente recebe 1334 calorias, tendo deficit de 1300 calorias, isto é, 300 gr. de albumina ou 144 gr. de gordura ou 300 gr. de hydratos de carbono. Esse deficit elle ha de cobrir pela decomposição dos proprios tecidos. No começo os hydratos de carbono como os melhores economisadores de albumina, depois as gorduras — os tecidos adiposos, enfim segue a decomposição de albumina. Naturalmente a decomposição della dentro do organismo traz consigo consequencias muito peiores do que a decomposição nos intestinos. A quantidade de substancias secundarias nocivas e muito maior, ameaçando provocar um estado de acidose chronica e acetonuria cujas consequencias facilmente tornam-se fataes. Os doentes podem morrer pela inanição e endointoxicação.

Nos casos de febre typhoide com qualquer complicação mais séria — pneumonia, mastoidite purulenta, pleuriz purulento etc., aquelles doentes na maior parte dos casos são perdidos.

Em vista das consequencia tão lamentaveis da dieta nos typhosos, precisamos pol-as em condições melhores do intercambio das materias e das energias.

Pessoalmente eu fazia tudo para variar e augmentar o cardapio dos meus doentes lutando com o indifferentismo e preconceitos da familia, com a falta do appetite e ás vezes com o receio de tomarem alguma coisa mais por parte dos proprios clientes.

A falta de appetite é cousa difficil para combater. Acido chlorhydrico, Tra-Amara, etc., algumas vezes têm um effeito desejavel, mas em geral é preciso variar e modificar o cardapio escolhendo pratos que agradem.

Um dos meus doentes, aterrorizado pelos visitantes, que narravam de que fulano ou sicrano por ter tomado muita comida teve uma enterorrhagia ou uma perfuração intestinal, começou a recusar as suas refeições até aquelle tempo bem tomadas e chegou a um estado de fraqueza e inanição muito grandes, do qual foi tirado com muito custo.

A difficuldade de alimentar bem os doentes existe na falta de necessarios conhecimentos culenarios por parte do publico que não vai em geral muito alem do leite, mingau, caldo de gallinha e agua de marmelada.

É muito necessario um livrinho que trate de diétetica, offerecendo ao publico um resumo das noções culinarias baseadas nos conhecimentos modernos do intercambio das materias e das energias como tambem nos dados sobre a composição chimica e valor calorico das materias alimenticias e das comidas mais conhecidas e procuradas.

A lista das comidas que permitto aos typhosos é bem comprida: leite á vontade, excepto quando é contra indicado ou quando a quantidade deve ser limitada, chá, mate com leite, cacau, chocolate, café com leite sem ou com gemma de ovo batido com assucar, varios pratos de doces de ovos, leite, assucar, chocolate, café, baunilha, etc., sôpas de farinha de trigo, de aveia com leite ou com caldo de carne, varios pratos de farinha, vagem, ovos, caldo de carne, etc., pirão de farinha de mandioca, de maizena, etc.; ovos quentes com leite ou com caldo de carne, chocolate em pedaços (chocolate de leite) bonbons, geleia com vinho ou com limão, vinho com gemma de ovo batida com assucar, maçãs assadas, polpa de maçãs cosidas, caldo de ameixas pretas, summo de laranjas; somatose em pó ou com varias comidas; leite coalhado, kephir, ioghurt, etc.; biscoitos, pão torrado, pão de lot, etc.

Os caldos fortes de carne têm pequeno valor calorifico mas têm um effeito tonificante e estimulante do appetite; elles podem servir de vehiculo ás farinhas, ovos, etc.

O vinho não é indispensavel. A's crianças e ás pessoas não acostumadas é melhor não prescrevel-o porque póde provocar dor de cabeça, mas nas pessoas acostumadas, um vinho de boa qualidade dá resultado esplendido; 100 gr. de vinho do Porto desenvolvem 150 calorias. Indicados são os vinhos

doces e fortes em um banquete estimulante, como são os velhos vinhos húngaros Tokay ou varios Moscate, etc. Em vista das condições especiaes do nosso meio eu não dava nada mais, mas não acho qualquer contra indicação em dar carne, molho, mocotó, presunto, sangue, etc., tudo bem cortadinho sem tendões e fascias.

Tendo feito muitas operações nos intestinos vi nos intestinos delgados apenas uma massa liquida (só feijão em grãos não mastigado apparecia inteiro); as fezes mais solidas só nos intestinos grossos. O processo ulceroso no typho localisa-se na parte inferior do intestino delgado e por isso as ulceras não correm perigo de serem lesadas pelas fezes duras que se encontram mais para baixo.

Por outro lado, quantas vezes a dieta lactea provoca prisão de ventre e formação de scybalas duras, entretanto os adeptos da dieta exclusivamente lactea por isso não têm receio de prescrevel-a aos typhosos.

Tambem pôde-se dar na febre typhoide a carne e muitas outras comidas que ainda horrorisam não só aos doentes e ao publico em geral, como tambem a muitos medicos.

A idéa de prescrever aos typhosos as comidas solidas não é nova.

Evo Barrs de Leeds na Inglaterra dava aos typhosos uma alimentação solida.

Depois no primeiro decennio do nosso seculo Vasquez na França, Ladyzenskij (Ladygenskiy) na Russia, Mueller na Alemanha, exigiam para os typhosos um cardapio mais livre.

Ao contrario Ewalde Stadelmann com toda a sua autoridade considerava uma tolice dar carne aos typhosos.

Schotmueller baseado em considerações theoricas começou desde 1900 a substituir a dieta liquida por mixta, tratando assim muitos typhosos e nunca observando prejuizo algum.

Elle diz: absolutamente não pode um doente com a idade de 60 annos fazer passar seis semanas com uma molestia febril sem dar-lhe desde começo uma dieta mixta.

Em vista da falta de appetite, de leite, fraquesa de coração, etc., é indicada uma dieta mixta.

O doente perde até 12 gr. de azoto por dia o que significa uma decomposição de 250 gr. de substancia muscular (Engel, Svenson) por causa da febre, da destruição das cellulas pelos microbios, da fixação e eliminação das toxinas. Disso vêm as grandes perdas de peso na febre typhoide. Um doente pode perder até 350 gr. por dia — 10 — 20 kilos durante a molestia. Com isso o organismo pode perder a sua resistencia, pode soffrer falta de que necessita para formação das materias immunisantes pelas quaes vence a molestia. A opinião de Schotmueller é que aos typhosos é preciso dar uma quantidade de albumina muito maior que no estado normal.

Assim a perda do peso pode ser muito reduzida.

S. cita um caso de uma doente que durante os dias de febre muito alta perdeu só 1,5 klgr. graças á uma alimentação forçada, uma perda que recuperou no terceiro dia febril. Outra cliente perdeu durante seis semanas de febre quasi o mesmo, resultado que é impossivel, applicando uma dieta muito rigorosa.

Schotmueller para um typhoso exige 120-150 gr. de albumina por dia e para poupal-a dá mais assucar, farinha, pão branco torrado em quantidade de 100-200 gr. (maximo, por dia, 50 gr. de assucar (3 colheres) e 150 gr. de gordura. Tudo isso forma 2500-3000 calorias ou mais ou menos 40 calorias por kilo de peso num doente de 65-70 kilos.

Em forma de comidas aquella quantidade de calorias apresentará: 1 1/2 litros de leite, 1/4 litro de nata de leite, 100 gr. de pão ou de farinha de aveia, trigo, arroz ou maizena, 4 ovos, 100 gr. de manteiga, 50 gr. de assucar 100 gr. de carne livre de tendões de forma bem cortadinha, 50 gr. de verduras verdes, especialmente espinafre. Fora disso geleias, etc.

Estou no fim da minha communicação. Sinto muito não poder vestil-a de uma boa forma literaria que deleite. Queria fixar por algum tempo a vossa attenção, illustres collegas, num assumpto pouco ventilado entre nós e que por sua importancia no tratamento dos typhosos merece de ser objecto de vossas deliberações.

Ficarei satisfeitissimo se puder convencer algum de vós de alargar a dieta de seus doentes typhosos.

Se eu não alcançar isso não é culpada a idéa do assumpto, culpada é a minha incapacidade de apresentar-vos as mencionadas idéas em forma brilhante, attrahente e convencedora.

Ut desint vires tamen laudanda voluntas.

OPERAÇÃO PLÁSTICA DO ESFINCTER ANAL

Observação feita pelo Dr. Simão Kossobudzki, médico da Santa Casa de Curityba, professor da cadeira da clínica cirúrgica, da Faculdade de Medicina do Paraná.

A. S., filho de colonos italianos, natural deste Estado, com 12 annos de idade; constituição delicada.

Menino serio, calmo, um tanto triste e pensativo. Tendo bom desenvolvimento intellectual, sabe ler e escrever bem o portuguez como o italiano. Sua mãe declarou que o filho não evacuava naturalmente. Quando as fezes são duras, compactas, elle as perde, mas, quando são liquidas elle "se suja" continuamente.

O menino nasceu com o anus quasi fechado, mas com o tempo, devido aos esforços da defecação, o orificio tornou-se um tanto dilatado. Deu-lhe varios remedios sem resultado algum.

Em vista disso, internou-o na Santa Casa, desta Capital, em Agosto de 1921, com o intuito de que, alguma intervenção poudesse salvar seu filho da desgraça.

O exame clinico não revelou alteração alguma nos pulmões, no figado, no coração, nos rins, nem na bexiga.

Os orgãos genitales externos apresentavam-se normaes, porém a região anal estava bastante alterada.

As nadegas não se fachavam, não se aproximavam bem, na linha mediana.

O orificio anal achava-se no fundo d'uma depressão, sem manifestar movimento algum, não obstante os esforços da vontade do menor. Toda a região anal é magra flacida, atrophiada.

O orificio é muito pequeno, apenas dando passagem a ponta do indicador, e não apresenta a elasticidade normal.

Quando introduzido o dedo minimo no recto, o que foi feito com certa difficuldade, mandámos o doente contrahir o anus, para comprimir o dedo pela acção do esphincter, o menino não o pôde fazer.

Não sentimos no dedo nenhuma constricção, nem encontramos tambem, ao redor, nenhuma resistencia que revelasse a presença de um órgão compressor, constrictor do anus.

Em vista desse estado, que indicava o estreitamento congenito do anus, a ausencia, a deficiencia do esphincter e tomando em consideração a lamentavel invalidez do menor, propuzemos uma operação como unico meio de restabelecer, quando não uma função normal do anus, pelo menos melhorar esta situação deploravel do menor.

Os paes anuíram e esta opinião.

Foram feitas duas operações:

A primeira consistiu na dilatação plastica do anus por incisão sagittal no meio de sua circumferencia do lado dorsal, sendo a ferida suturada transversalmente com pontos separados de seda.

Desta maneira ficou o orificio sufficientemente dilatado e a defecção facilitada.

A intervenção realisou-se sob narcose chlorethylica sendo o resultado anatomico satisfatorio.

Alguns dias depois da ferida cicatrisada e os pontos retirados, procedeu-se á segunda operação, sob narcose chloroformica — uma operação plastica de construcção do esphincter anal. Para conseguir isso, não se podia pensar em torção do recto nem em implantação de um cordão, de uma faixa do fascia ao redor d'elle, visto como desta maneira formar-se-ia sómente um estreitamento, sem a respectiva elasticidade nem a possibilidade de uma contracção do anus, segundo a vontade do individuo.

Não esqueçamos que antes disso já existia um certo grau de estreitamento, o qual, entretanto, foi remediado em nossa

primeira operação, como sem utilidade alguma e até como sendo prejudicial ao doente. Resolvemos então construir um esphincter, fazendo uso de um material plastico, vivo, emprestado dos tecidos visinhos, e influenciado pelos impulsos da vontade do doente.

Este, já narcotizado, foi collocado em decubito lateral esquerdo com a perna direita bem dobrada.

N'uma distancia de 3 ou 4 centímetros do orificio anal, fizemos uma incisão semi-circular do lado direito do anus, começando na região coccygeana e terminando no perineo.

Identica incisão foi feita de lado esquerdo. Na região perineal, as incisões terminavam a 3 centim. uma da outra, separadas por uma ponte de pelle do perineo. Na região coccygeana a distancia era muito maior.

Nestas duas incisões, foi separado profundamente o recto e foram descobertas as bordas internas dos musculos gluteos maximos.

Com as partes internas daquelles musculos, foi formado de cada lado, um retalho comprido, em forma de cordão grosso, cujo ponto de alimentação achava-se na região sacrococcygeana. Depois de disseccarmos no perineo esta ponte cutanea — acima descripta entre o recto e a urethra, naturalmente sem lesal-os, aquelles retalhos musculares foram unidos entre si, por baixo daquella ponte cutanea do perineo, por dois pontos de catgut e um de seda. Deste modo, na linha media e em direcção ventre dorsal, o recto ficou comprimido por uma mola viva, muscular e provavelmente enervada. Pontos profundos de catgut e de seda, na pelle, fecharam completamente as duas incisões paraanaes, cobrindo assim os retalhos musculares transplantados.

O doente supportou perfeitamente a operação.

A cicatrização deu-se por primeira intenção, não occorrendo sequer sensações desagradaveis.

Por fora, o anus apresentava-se exactamente fechado. Um dedo introduzido no recto sentia dos tres lados uma parede resistente, firme, compacta e elastica.

Anatomicamente o resultado da operação foi bom, mas não foi tão feliz functionalmente; pois o menino não podia reter as fezes no esphincter recém-formado, o qual não manifestava movimentos activos.

O doente continuava a ser invalido e neste estado teve alta, promettendo apparecer de vez em quando.

Em verdade, em vista do resultado post-operatorio, immediato, negativo, em vista do fracasso do methodo por nos applicado, não nutriamos grande esperança em alguma melhora no futuro.

Um mez depois no entanto o doente começou a sentir alguma melhora na funcção do anus, porem tão insignificante, que se poderia pensar tratar-se de um caso de suggestão por parte da familia ou uma auto-suggestão por parte do menino, que esperava anciosamente pelo effeito da intervenção.

Dois mezes depois, isto é, tres mezes após a operação, os visinhos dos paes do doente contaram-me que o menino passava muito melhor.

Convidei-o, então, a comparecer outra vez no consultorio o que elle fez dois mezes depois — 5 mezes após a operação, declarando que a funcção do anus gradual mas constantemente melhorava, podendo reter as fezes e fazer fortes contracções do anus a sua vontade.

Em novo exame do doente achamos a região anal mais cheia e o anus bem fechado. O doente, pelo impulso de sua vontade, provocava movimento no anus, emquanto que as bordas do musculo gluteo se contrahiam energicamente. Introduzido o indicador no recto sentia-se pela frente e dos lados uma parede resistente. O doente á vontade, podia provocar uma compressão do dedo pela energica contracção dos retalhos transplantados, os quaes exerciam muito bem o papel do esphincter anal.

A operação plastica, por nos calculada e effectivada, deu, pois, um resultado satisfactorio, devolvendo ao doente uma importantissima funcção, sem a qual elle passaria uma vida penosa.

O resultado tão feliz desta operação plastica da construção do esphincter deficiente, deu-nos coragem para esta comunicação tanto mais que o methodo applicado neste caso de deficiencia congenita do esphincter do anus poude perfeitamente achar applicação em varios estados morbidos, quando falha a funcção do esphincter do anus.

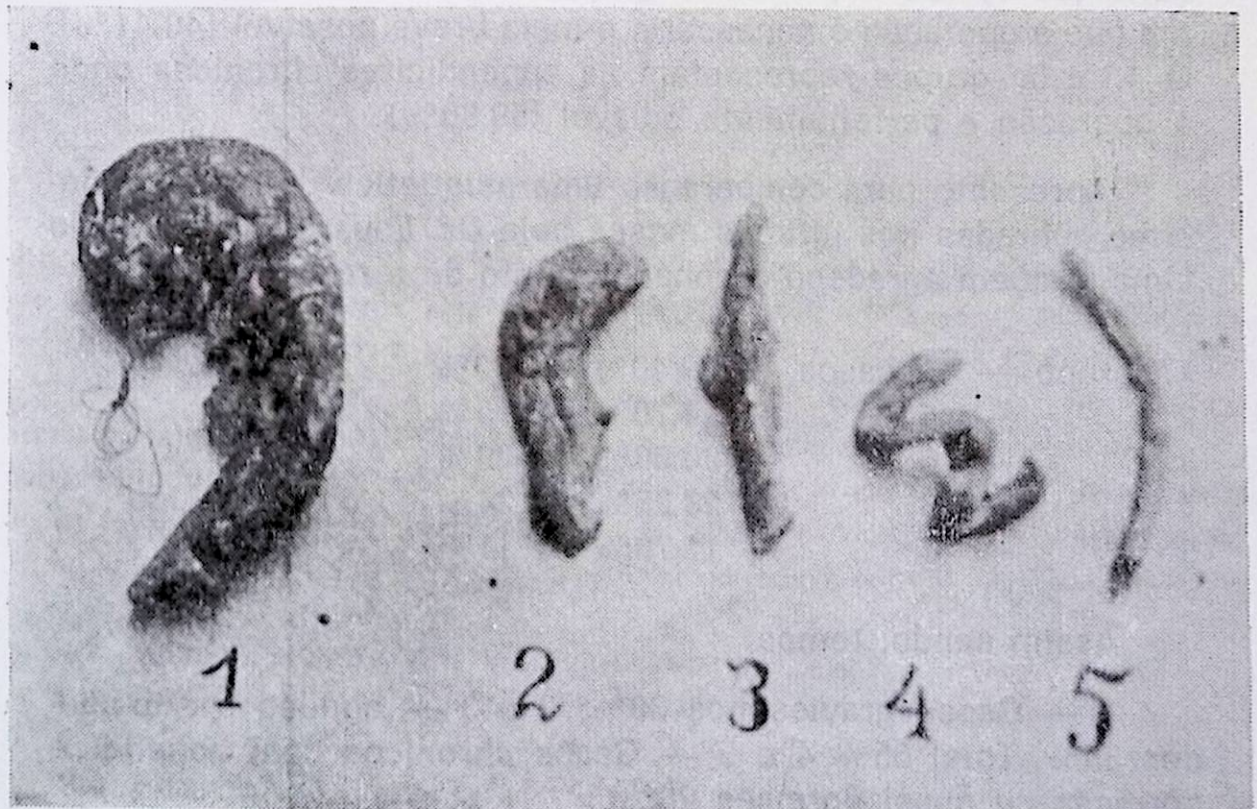
O methodo è facil, rapido, e está de accordo com o principio de que a funcção deficiente d'um musculo deve ser substituida pela funcção de outro.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A APPENDICITE EM CURITYBA

PROF. DR. SIMÃO KOSSOBUDZKI

Durante os ultimos annos fiz no meu serviço cirurgico da Santa Casa mais de 400 appendicectomias. Alguns dos appendices retirados extraviaram-se, uns cem foram enviados para o Museu da Faculdade de Medicina do Paraná; sómente 232 appendices conservados no alcool podem ser tomados em consideração.

Por falta de observações clinicas referentes a cada peça anatomica não foi possivel fazer conclusões sobre a relação entre os symptomas clinicos e o estado anatomo-pathologico dos appendices. Póde-se, entretanto, dizer que todos os casos foram



cl clinicamente diagnosticados como appendicites e indicada a intervenção.

Os 232 appendices retirados e apresentados podem ser macroscopicamente divididos em grupos: (figura)

1.º — Apêndices gangrenados ou perfurados .	29	12,50%
2.º — Appendices grossos, duros, hypermiados e alguns torcidos	32	14,40%
3.º — Appendices hyperemiados, tendo na serosa vasos dilatados bem visiveis	34	14,80%
4.º — Appendices torcidos, dobrados, alguns com pequenos estreitamentos	79	34%
5.º — Appendices macroscopicamente normaes ou quasi normaes	58	25%
	232	99%

Sob o ponto de vista clinico o 1.º grupo representa appendicites gravissimas, exigindo intervenção urgentissima (12,50%). Os 2.ºs e 3.º grupos representam as appendicites agudas ou sub-agudas, por vezes chronicas, onde a intervenção   necessaria (29%). Os 4 primeiros grupos representam appendicites em que a operação   necessaria o mais breve possivel (40,41%). O 4.º e 5.º grupos representam as appendicites chronicas onde a operação é perfeitamente adiavel (59,60%).

Apresento para comparação uma estatistica de 34 appendicites operadas nos ultimos meses pelo Dr. Eduardo Virmond de Lima, a quem agradeço o consentimento de a referir:

1.º grupo — 10 casos —	29,40% — 30%
2.º " — 5 " —	14,70% — 15%
3.º " — 5 " —	20,60% — 20%
4.º " — 8 " —	23,25% — 24%
5.º " — 4 " —	11,70% — 11%

Assim sendo, temos:

1 — Casos gravissimos 30%; 2 e 3 — agudos e sub-agudos 35%. Total 65% 4 e 5 — Casos chronicos com appendice normaes ou quasi normaes 24%.

Conclusão: — Nos ultimos meses (primeiros de 1931) em Curityba augmentou consideravelmente a percentagem de appendecites graves de 12,50% para 30%, como também a percentagem das que exigem operação inadiavel de 40% para 65%. A percentagem de appendecites com appendices macroscopicamente normaes ou quasi normaes permaneceu mais ou menos a mesma 24% — 25%.

— E por isto sempre que clinicamente reconhecemos uma appendecite devemos operar pois em 40% — 65% a operação é necessaria o mais breve possivel e só em 25% corremos a possibilidade de retirar um appendice normal macroscopicamente, o que não significa que não possam existir nelles algumas lesões anatomicas microscopicas. Nestes casos a intervenção é sempre facil e sem perigo.

INVAGINAÇÕES INTESTINAES

PROF. SIMÃO KOSSOBDZKI

As invaginações intestinaes são relativamente raras.

Walton nos hospitaes de Londres em 10 annos poudé encontrar, entre 864 casos de occlusão intestinal, 239 invaginações ou 27,80%.

Einhorn entre 15.000 operações feitas na clinica cirurgica de Iena (Allemanha), durante 10 annos, achou só 11 **invaginações**.

Osmanski (serviço do Koerle no hospital Am Urban de Berlin) durante 20 annos achou 21 **invaginações**.

Prof. Przewoski, anatomo-pathologista de Varsovia (Polonia, já fallecido, em 30 mil autopsias pessoalmente executadas observou 15 **invaginações**.

As invaginações intestinaes encontram-se mais na idade infantil.

Walton entre 239 invaginações achou 173 em crianças de menos de 1 ano de idade e só 15 nas pessoas de mais de vinte annos.

Osmanski, na sua estatistica, refere só 2 casos de pessoas com mais de 15 annos de idade.

Não é assim a estatistica de **Dabrucki**. Entre 38 casos de invaginações intestinaes por elle operados o individuo mais moço tinha apenas seis meses e o mais velho 56 annos.

Até a idade de 20 annos tiveram 12 operados, e com mais de 20 annos — 26 pessoas operadas.

(*) Considerações a proposito de um caso observado e já publicado no numero 1 da Revista.

Quanto ao sexo, Dabrucki encontrou 71% de invaginações intestinaes nas pessoas de sexo masculino, 29% nas de sexo feminino.

Evolução e symptomatologia.

Conforme **Dabrucki** (38 casos) em 36 — a molestia desenvolvendo-se rapidamente, em 2 casos lentamente, evoluindo como uma molestia chronica dos intestinos.

Os vomitos appareceram em	60%	de casos,
A prisão de ventre em	13%	“ “
Diarrheas em	60%	“ “
Sangue nas fézes em	52%	“ “
Tenesmos, puchos em	8%	“ “
Tumor de forma característica de um cylindro em	86%	“ “
Não foi palpavel qualquer tumor em	13%	“ “
Contracções provocadas no tumor em ..	8%	“ “
Tumor apalpavel pelo toque rectal em ..	8%	“ “

A natureza da invaginação.

Dabrucki achou 4 casos com forma indeterminada, incerta.

1 caso de invaginação colo-colica

3 casos de invaginação iliaco-iliaca

Em 30 casos as invaginações formaram-se na região ilio-cecal ou com invaginação do ceco, achando-se este na frente ou invaginando-se secundariamente nas invaginações ilio-colicas.

Classificação das invaginações.

Leichtenstern, Treves, Nathanagel classificaram-nas do seguinte modo:

- 1 — Invaginação colica
- 2 — Invaginação enterica — iliaco-iliaca
- 3 — Invaginação ilio-cecal — o intestino delgado e o ceco penetram no colo

Esta ultima forma pode ser:

a) — Invaginação ilio-cecal — quando a invaginação começa no orificio ilio-cecal, invaginando-se primeiro a valvula de Bau-

hin, a qual sempre vai na frente. Com o tempo, a invaginação desenvolve-se por conta do colo, por conta do invaginante, podendo às vezes chegar até S — romano, às vezes fóra do anus.

b) — Invaginação ilio-colica. Pelo orifício ilio-cecal penetra o intestino delgado. O ceco e a valvula de Bauhin no começo ficam no seu lugar, com o tempo a invaginação prosegue por conta do ceco e do colo mas sempre o delgado acha-se na frente.

c) — Invaginação iliaca-ilio-colica. A invaginação enterica iliacoiliaca penetra pela valvula e sempre vai na frente.

Leichtersterne encontrou a

1	forma da invaginação enterica uniliaca, em .	30%	de casos
2	“ “ colica, em	18%	“ “
3	“ “ ilio-cecal, em	52%	“ “

Weis observou:

1	forma de invaginação enterica uni-iliaca, em	27%	de casos
2	“ “ colica, em	23,67%	“ “
3	“ “ ilio-cecal, em	49,33%	“ “

Dabrucki

e	forma enterica uni-iliaca, em	8,82%	“ “
2	“ colica, em	2,29%	“ “
3	“ ilio-cecal, em	88,22%	“ “

As formas das invaginações dos typos 1 e 2 não apresentam duvidas, o que não acontece com o typo 3.

É preciso notar que este ultimo foi observado em 44% nos adultos e nas crianças quasi em 70%.

Tomando em consideração os experimentos e os trabalhos de **Nathnagel, Prapping, Leichtersterne, Hirschprung, Natti, Wilms, Eve Obalinski, Gerner, Lorenz, Délore e Leriche** pode-se chegar conclusão de que:

1 — As pesquisas anatomicas e as observações clinicas não permitem acceitar a invaginação do ostio ilio-cecal.

2 — Todos os casos classificados em A, (invaginação de valvula de Bauhin) são as invaginações ceco-colicas, quando o ceco se invagina e vae na frente.

3 — Invaginação ilio-colica na maior parte dos casos e talvez exclusivamente, forma-se de invaginações já existentes, entericas, iliacas que penetram na luz do colo.

4 — Esta ultima forma em vista da existencia do ceco movel, do colo ascendente movel ou do ceco e do colo ascendente mobilisaveis occasiona invaginações secundarias da base do ceco e as volumosas invaginações ceco-colicas.

Assim sendo pode-se dizer que:

1 — O ceco e o colo ascendente permanecem no seu lugar tomando só parte passiva no processo — invaginação ilio-colica.

2 — O ceco toma parte activa.

Invaginação ceco-colicas.

a) — primarias independentes,

b) — invaginações ceco-colicas secundarias formadas pela invaginação ilio-colica.

Tomando por base da classificação o intestino invaginante achamos:

1 — Invaginações entericas, iliacas.

2 — Invaginações colicas:

a) colo-colicas,

b) ceco-colicas,

c) ilio-colicas.

Purpura abdominal.

Nas invaginações intestinaes foram observadas arthralgias, ecchymoses na pelle, elevação thermica.

Henoch pela primeira vez viu, em 1868, e descreveu em 1874, um caso em que depois de uma indigestão e leve ictericia appareceram dôres nas articulações, alguns dias depois ecchymoses na pelle das coxas, ventre um pouco tympanico, doloroso, T 38, 6.º. Após cinco dias, tres dias de calma e um novo accesso da mesma symptomatologia — em 7 semanas — 5 accessos.

Henoch observou alguns casos entre elles 2 mortaes não autopsiados e chamou a molestia purpura abdominal.

Esse syndroma foi observado nas invaginações intestinaes verificando-se quer na mesa operatoria, quer nas autopsias.

Doebeli foi de opinião de que a purpura não apresenta molestia independente. Os symptomas dependem das alterações nos intestinos, a purpura é provocada pela reabsorção de toxinas.

Qual é a relação entre a purpura e a invaginação?

Zaeyer, Sutherland pensavam que a purpura constitue um momento predisponente á invaginação.

Para provar tal opinião servem da observação de **Lett**:

Menino de 5 annos; diarrhéa, sangue nas fézes, dôres no ventre, edema das articulações, eccymoses. Laparatomia; invaginação ilio-cecal; desinvaginação, 3 dias depois o estado geral peiorou, com o resurgimento da mesma symptomatologia. Proposta uma elaparotomia, foi recusada pelos pais. Morte. Autopsia — Peritonite septica, uma recente invaginação (enterica).

A observação de **Havillaud** foi utilizada tambem como próva.

Menino de 5-1/2 annos. Dôres nos joelhos com edema, ecchymoses. 9 dias depois dôres no ventre. Após 11 dias vomitos fecaloides. Laparatomia — invaginação.

Dabrucki nos seus casos observou duas vezes a purpura.

Vierchaff, Tonking, Pykus entre os casos de invaginações intestinaes observaram casos (um) de purpura abdominal (Henoch).

Em geral deve-se dizer que a purpura não constitue indicação da operação, pois o diagnostico da invaginação é difficil, a laparatomia exploradora perigosa em vista da possibilidade duma hemorragia (Sutherland — caso de hemorragia da ferida laparatomica).

O tumor cylindrico — symptoma quasi pathognomonic da invaginação não tem este valor na purpura abdominal, pois uma hemorragia intestinal pode fingil-o. Na opinião de **Adams**, só-

mente, a contractibilidade (symptoma aliás raro) fala em favor da invaginação; segundo Hall — os vomitos fecaloides (tambem são symptoma raro.) Tratamento das invaginações intestinaes.

Desinvaginação.

Este methodo conservador, achava grande justificação nos maus resultados dos processos mais radicaes de 1880 e 1890.

Pela estatistica de **Braun** de 1885 sabemos que dos 51 laparatomisados na invaginação intestinal salvaram-se só 11 tratados pela desinvaginação; o resto (80%), tratado pela resecção total teve exito lethal.

Na desinvaginação recommenda-se o methodo de Hutchinson — expressão manual da parte invaginada. Por vezes é necessario applicar bastante força.

As invaginações entericas, neste tratamento, exigem muita cautela e cuidado.

Braun de 61 casos conseguiu desinvaginar	44%
Rydygier Luiz (pai) de 66 casos	36%
Dabrucki dos 34 casos	67%
tendo tido possibilidade de desinvaginar das invaginações ceco-colicas.	95%

Resecção total — (invaginação e invaginante).

Indicações:

- 1) — serias alterações no intestino invaginante;
- 2) — neoplasma como causa da invaginação;
- 3) — impossibilidade de desinvaginar.

Contra-indicações:

- 1) — estado geral do melindroso doente;
- 2) — adherencias que não deixam externar a invaginação;
- 3) — invaginação muito volumosa que vem até o recto e mais.

Nestes casos é necessario fazer resecção de uma alça muito comprida.

Entretanto **Treves** fez resecção de 6 metros 75 cent. de intestino delgado sem más consequências.

Cruvelhier descreveu um caso de retirada de 2 metros 56 cent.

Eiselsberg cortou 3 metros 30 cent. de tracto intestinal sem prejuizo para o doente.

A nossa doente ficou sem 80 cent. de intestino delgado, sentindo-se bem disposta, com bom appetite e com funcções digestivas normaes.

Resecção do invaginado.

Barker em 1887 teve idéa desta operação, executou-a em 1892.

Koenig fel-a em 1887 e a descreveu em 1890.

Rydygier Luiz num congresso em 1889 fez descripção minuciosa daquella intervenção, propondo applicação de 4 ligaduras no coto do invaginado cortado.

Rosenthal, de Varsovia, executou a resecção do invaginado em 1889.

A operação consiste em incisão longitudinal no intestino e sutura continua circular no pescoço da invaginação, na invaginante perto do lugar da penetração dum intestino noutro, retirada do invaginado cortando-o transversalmente e sutura do coto ou 4 ligaduras (Rydygier). Caso o invaginado seja muito comprido podemos-lo deixar á sua sorte, pois logo desaparece do campo operatorio para depois sahir pelo anus, sutura da incisão na invaginante.

Para tratar do coto intestinal dentro do invaginante Rydygier propoz 4 ligaduras, **Paul** — um tubo de aluminio, **Delore** — pinça compressora de Doyen.

Providencias para evitar a reincidencia nos casos de desinvaginação.

Mac Gregor achou esta ultima em 17%.

Senn, Mac, Gregor e Cuffey aconselharam encurtamento do mesenterio, **Koente, Rydygier Luiz** fixação do intestino á parede abdominal — cecopesia, iliocolopesia, e mesmo ilioclostomia.

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