

(continuação da pag. 130)

dinos da sciencia e para todos os povos elles dedicaram os seus trabalhos!

Dessa internacionalidade medica são bôa prova a fraternização, o entusiasmo, o pleno successo dos Congressos internacionaes de medicina: o primeiro em 1867, em Paris, por occasião da primeira exposição internacional.

Desde este até ao ultimo em Londres, no anno de 1913, sempre reinou a mesma elevação de pensamentos.

De então para cá as bases do edificio admiravel foram destruidas pela guerra. E todo o desenvolvimento da Medicina internacional parecia aniquilado.

Mas, hoje renasce a esperança. A destruição terminou, a reconstrução já teve inicio; os primeiros a participarem foram os jovens povos da America do Sul com todo o entusiasmo proprio da juventude.

Vós, meus distintos collegas, ao dar de novo a palavra a um professor allemão, acabais de testemunhar que vencestes ha largo tempo a psychose da guerra, que, tão gravemente, pesou sobre a cultura, e que hoje ainda faz sentir os seus efeitos formidaveis lesando os progressos da humanidade.

Bem acima dessa perniciosa maneira de pensar, bem acima della deve estar a bôa intenção de todos os povos cultos. Pois não é pelo cynismo, pela inveja, pelo rancor, que iremos crear um novo mundo scientifico, mas sim pelo trabalho commun e confiança reciproca.

Meus caros senhores, vistes pelas moções de congratulação das Universidades allemãs, como nós prezamos bem alto a vossa sciencia. Sois um povo joven, que tendes diante de vós um grande porvir.

Do vosso solo fecundo sahirão riquezas incommensuráveis.

Sois um povo livre que se agita numa terra e representa a alta posição que vos é devida na communhão dos povos.

Sinto-me impulsionado a citar uma passagem do poeta que mais me sensibiliza o coração, Goethe, o trecho em que seu Fausto fala já tocado pela morte:

"Ja! diesem Sinne bin ich ganz ergeben,
Das ist der Weisheit letzter Schluss:
Nur der verdient sich Freiheit wie das Leben,
Der täglich sie erobern muss,
Und so verbringt, umrungen von Gefahr."

Hier Kindheit, Mann und Greis sein tüchtig Jahr,
Solch ein Gewimmel möcht ich sehn,
Auf freiem Grund mit freiem Volke sehn.
Zum Augenblick dürft' ich sagen:
Verweile doch, du bist so schön!
Es kann die Spur von meinen Erdetagen
Nicht in Aeonen untergehen.
Im Vorgefühl von solch ein hohen Glück
Geniess' ich jetzt den höchsten Augenblick".

Permitti-me que repita no vosso bello idioma as palavras do poeta, na traducção de Renato de Almeida:

"Oh sim, á idéa tal todo me voto,
E' da sapiencia a derradeira maxima:
Que só da liberdade e vida é digno
Quem cada dia conquistal-as deve.
Assim robusta vida, entre perigos,
Crianças, homens, velhos, aqui passam.
Pudesse eu ver, o movimento infindo,
Livre sólo pisar com povo livre;
Ao momento fugaz então dissera:
E's tão bello, demora-te. Por séculos
E séculos, de meus terrenos dias
Não se apaga o vestigo. Agora mesmo,
Sómente em presentir tanta delicia,
Gozo ditoso o mais celeste instante."

Com estas sublimes palavras de Goethe termine o meu discurso, fazendo os meus votos mais sinceros para o desenvolvimento sempre crescente da sciencia brasileira e pela prosperidade e grandeza do Brazil".

As ultimas palavras do Professor Krause foram cortadas de grandes aplausos.

As mensagens das Universidades allemãs achavam-se expostas no salão, completamente cercadas de flores.

Depois de agradecer a presença do Sr. ministro da Justiça e do sr. ministro da Alemanha, o Director da Faculdade encerrou a sessão, passando as pessoas presentes para outro salão, onde foi servida uma mesa de doces.

A's 3 horas da tarde retirou-se da Faculdade o Sr. Professor Krause, que foi acompanhado de sua Exma. esposa, mostrando-se penhorado pela brillante recepção com que fôra acolhido.

(Extrahida do "Brazil Medico")

OS ARCHIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA

(UNICA PUBLICAÇÃO MEDICA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL)

publicarão em 7 DE SETEMBRO um numero commemorativo do CENTENARIO, para o qual serão aceitos annuncios até o dia 15 de Agosto

Administração:

RUA GENERAL VICTORINO N^o. 2 — PORTO ALEGRE

ARCHIVOS RIO-GRANDENSES DE MEDICINA

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

PUBLICAÇÃO MENSAL

Administração:

Rua General Victorino N. 2

ASSIGNATURAS:

Brasil, anno	120000
União Postal, anno	150000
Número avulso	18500
Número atrasado	28000

REDACTORES:

ANNES DIAS

Professor de clínica médica da Faculdade de Porto Alegre

ULYSES DE MONDAY

Prof. de clínicas dermatológica e syphiligraphica da Faculdade de Porto Alegre

GUERRA BLESSMANN

Prof. de clínica propedeutica cirúrgica da Faculdade de Porto Alegre

Secretario da redação: DR. RICARDO WEBER

Assistente do Instituto Oswaldo Cruz da Porto Alegre

Agent exclusif de la publicité française

R. AUBERTEL

30, Rue d'Enghien, 30 - PARIS

Toda a correspondencia deve ser endereçada aos Archivos Rio-Grandenses de Medicina, rua General Victorino n. 2 - Porto Alegre - Brazil

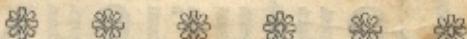
SUMMARIO

ARTIGOS ORIGINAES

- Dr. Alceu Ribeiro de Medeiros — Como se deve tratar o côto apendicular — pag. 133.
 Prof. Plínio Gamm — Coprostase coccal — pag. 134.
 Dr. Raul Pilla — Linguagem médica — pag. 141.
 REVISTA DAS REVISTAS — pag. 141.

SUPPLEMENTO

- MORTOS — pag. 125. NOTÍCIARIO — pag. 127. CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DE ESTUDOS MÉDICOS EM BERLIM — pag. 143. CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DE ESTUDOS MÉDICOS EM KARLSBAD — pag. 145.



MORTOS



Albers-Schoenberg

Nasceu em Hamburgo no anno de 1865 e formou-se em Medicina na Universidade de Leipzig em 1891.

NOVO TRATAMENTO DA SYPHILIS

“TREPOL”

dos Drs. SAZERAC e LEVADITI, do INSTITUTO PASTEUR, de Paris

O TREPOL é o único, tartrobismutato de K e Na, sal especial dos inventores, Sazerac e Levaditi, preparado pelos laboratórios Chénal e Douilhet, é de uma pureza absoluta, é um corpo fixo e inalterável.

O TREPOL tartrobismutato especial é empregado com sucesso:

NA FRANÇA:

nos hospitais de Paris: Cochin, St. Louis, Broca, La Maternité, etc., assim como nos serviços de prophylaxia, Maison St. Lazare, etc.

NA BELGICA:

nos dispensários antisífilíticos de Bruxellas, serviço do Dr. R. Bernard.

NO BRASIL:

nos serviços de prophylaxia da lepra e doenças venéreas, Asylo de Alienados, etc.

O TREPOL (enixa de 12 ampolas). Verificar com cuidado a técnica das injeções contida na caixa e empregar unicamente uma agulha de 50 mm. $\frac{3}{10}$. A caixa não contém agulha. Depois da injeção repousar de 25 a 30 minutos afim de que o líquido injetado seja absorvido pela massa muscular e não se espalhe pela agitação do doente no tecido aponeurotico o que seria a causa da dor.

POMADA DE TREPOL — que os Srs. Médicos poderão empregar em aplicações locaes.

PO' DE TREPOL — topico utilizado para a cura da estomatite bismuthica accidental.

Depositarlo e representante exclusivo para o Brasil:

R. AUBERTEL - Caixa do Correio 1344 - RIO DE JANEIRO

Depois de sua actividade medica, como assistente no departamento de Gynecologia do Hospital de Eppendorf de Hamburgo e tambem assistente do cirurgião Dr. Sick, começou em 1895 a dedicar-se á clinica geral e civil na sua cidade natal.

Em Fevereiro de 1897, fundou com o Dr. Deyke, um Instituto de Roentgenologia, tornando-se em pouco tempo, señor da especialidade que abragara, exercendo-a com intenso devotamento.

No mesmo anno fundou e dirigiu até falecer, a revista conhecida por: "Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgenstrahlen."

O numero de suas contribuições sobre a radiologia, so bem approximadamente a cento e quarenta, além de outros trabalhos publicados sobre medicina.

Muitas das suas publicações, são instructivas e importantes, p. ex.: o *diaphragma compressor*, o *aperfeiçoamento da technica na pesquisa dos calculos urinarios*, e *reconhecimento dos effeitos dos raios de Roentgen nos orgãos de geração*.

Seguiu as pegadas de Foveau de Courmelles, introduzindo na Alemanha a radiotherapia profunda. Deu á publicidade prematuramente no "Transactions of the American Roentgen Ray Society" (1908), trabalhos sobre a *therapia das lesões ginecologicas*.

Suas contribuições são importantes porque eram julgadas adiantadas e entusiasticas, possuíam um juizo imparcial, perfeito de conhecimentos de sciencias e de clinica. Era um observador atilado, exactamente fiel em suas exposições, e não se vexava em admitir seu erro ou retratar uma affirmation, se a ultima experiência demonstrava-lhe engano.

Tendo experimentado muito cedo os desastrados effeitos do trabalho com os raios de Roentgen, fazia constantemente propaganda da necessidade de ampla protecção. Seu laboratorio no Hospital São Jorge de Hamburgo, foi um dos primeiros, onde as descobertas de protecção foram installadas. As regras e regulamentos, estabelecidos ali, para a conveniente protecção dos doentes, medicos, enfermeiros, assistentes e outros auxiliares do serviço, são de uma perfeição modelar.

Depois que se dedicou á Roentgenologia, trabalhava assiduamente pela elevação de posição d'esta importante especialidade medica.

Não é diminuir o trabalho de outros, se se atribue este feliz resultado em larga escala ao seu genio organisador, seu profundo conhecimento medico e seu verdadeiro espirito scientifico.

Gracias á seus esforços, a radiologia tornou-se materia obrigatoria nas Escolas medicas alemaes em subgraduado.

Em reconhecimento de seus méritos, foi indicado á Faculdade para professor de Roentgenologia na Universidade de Hamburgo, recentemente fundada, sendo esta a primeira nomeação feita n'este genero, na Alemanha.

E' dificil para o bibliographo, falar de sua personalidade, sem recorrer aos superlativos. Sua benevolencia, seu carácter diamantino, sua presteza em ajudar e encorajar tanto aos principiantes, como aos veteranos, são extraordinarios.

Seu temperamento alegre, até o intenso sofrimento, não mudou. Os visitantes que o viram em 1920, dizem que, embora lvesse soffrido grande tortura com a propagação do seu cancer, nunca se queixava e nunca deixava transparecer o martyrio. Era caracteristica do homem que, até em

Laboratoires Ch. Couturieux

18, Avenue Hoche, Paris

Os Laboratoires COUTURIEUX preparam todos os metais e metaloides terapeuticos no estado coloidal, segundo o metodo do Dr. A. Lancien, em soluções isotonicas, muito estavéis, e injectáveis nas veias ou nos musculos, sem nenhuma manipulação prévia.

As mais utilizadas são:

LANTOL | para o tratamento de todas as *doenças infeciosas, septicemias, febres puerperas, pneumonias, typhoides, erysipelas, etc.*
(Radio coloidal electrico)

SULFURION | para o tratamento das *affecções rheumaticas, bronchites e laryngites chronicas e de todas as insuficiencias sulfuradas.*
(Enxofre coloidal electrico)

STANION | uma nova arma contra as infecções de *staphylococcus*, tales como: *Furunculos, Anthraces, Adenites, Abscessos reincidentes*, e contra todas as infecções, tendo um ponto de partida cutâneo.
(Estanho coloidal electrico)

PANGLANDINE Capsulas keratinizadas a gr. 25, contendo uma synthese otoperapica: *thymo, ovario, baço, duodeno, hypophysis, capsulas suprarrenales, thyroide, pancreas, testiculos, fígado, prostata*, em proporções physiologicas. DOSES: 4 a 8 comprimidos por dia na sensibilidade, na obesidade, na neurastenia, no crescimento atrasado, nas perturbações da puberdade, no myxedema, no infantilismo.

Tratamento das molestias do tubo digestivo pelos comprimidos de **GLYCOLACTIMASE** Associação symbiotica de bacillus lactic bulgaro e de bacillo-glycobacter, doses a 0,50; prescrever a dose de 4 a 10 por dia.

Medicação iodada pela **IODURASE** Capsulas keratinizadas contendo: iodeto de potassio puro, ogr.50. Levurina extractiva, ogr.10

Sem iodismo, graças á acção específica da levurina e ao envolvimento que não liberta o iodeto sódio no meio alcalino do intestino; dose de 1 a 5 capsulas por dia

UNICO REPRESENTANTE NO BRAZIL:
RUA DA ALFANDEGA, 114 sob. — Caixa postal 1344 — Rio de Janeiro

— R. AUBERTEL

seu ultimo trabalho que poude dictar, nunca lastimava-se de seu sofrimento e estava tranquillo, sempre prompto para discutir os problemas radiologicos. Seu interesse nesses assuntos e sua devoção á sciencia, vivem até o fim; isto foi demonstrado pelo pedido antes de falecer que publicassem o relatorio de sua autopsia no "Fortschritte".

Aquelles que tiveram a felicidade de conhecê-lo, nunca o esquecerão. Uma unica visita era bastante, para sua personalidade, impressionar os visitantes.

De muitos modos lembra-se o escriptor de nosso pranteado Walter Dodd: sereno na presenca inevitavel, progressiva, porém, não impaciente, entusiastica, porém, não colérico, um amante da verdade, um amigo de todos os homens, sem aborecer utó os seus proprios inimigos. Como Fornel disse com tanta felicidade:

"Sua memoria viverá honrada, respeitada, tanto tempo quanto durar a historia da roentgenologia."

Maio de 1922.

NOGUEIRA FLORES.

NOTICIARIO

Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
Recepção do Professor Krause. — Mensagens das Universidades Alemãs

Revestiu-se de grande brilhantismo a recepção do Sr. Professor Dr. Féodor Krause, da Universidade de Berlim, na Faculdade de Medicina.

A' 1 hora da tarde, os vastos salões da Faculdade se achavam repletos de médicos, academicos e pessoas gradas. O Sr. Dr. Ferreira Chaves, Ministro da Justiça e Negocios Interiores, compareceu pessoalmente, acompanhado do seu Secretario, Dr. Deoclecio Duarte.

Reunida a Congregação, em sessão solemne, na sala de suas sessões, tomou assento no lugar da presidencia, o Sr. Ministro do Interior, tendo a seu lado o Sr. G. Plehn, Ministro Plenipotenciario da Alemanha, o Professor Féodor Krause e o Director da Faculdade Professor Dr. Aloysio de Castro.

O Sr. Barão de Ramiz Galvão, Reitor da Universidade, não pôde comparecer por motivo de força maior.

Ao entrar na sala da sessão foi o Professor Krause alvo de prolongados aplausos.

Usando então da palavra o Director da Faculdade pronunciou a seguinte allocução:

"Não é certamente como um hospede estranho, senão como um amigo em cujo trato a convivencia trouxe essa doce familiaridade, sello das verdadeiras affeções, que hoje pela segunda vez nos visita o professor insigne, tão recordado na ausencia e agora festejado pela Faculdade em peso com o estuar destes aplausos.

No convite que esta sabia Congregação endereçou ao Professor Féodor Krause para de novo honrar a tribuna das nossas conferencias com a sua palavra de sabedoria e experiecia cirurgica, quizeramos dar uma demonstração exepcional ao illustre homem de sciencia, aqui recebido pela primeira vez numa época em que os acontecimentos Internacionaes haviam distanciado sua pátria da nossa. Mas o Brazil não vê os tempos para honrar a cultura. Assim pensava o obscuro Director da Faculdade, cujo dever lhe impunha entretanto consultar o Governo da Nação sobre si não considerava inconveniente que esta corporação official do ensino medico acolhesse com distinção o professor de cuja pátria a guerra nos separara. Com orgulho vos faço hoje a declaração, sobre a qual até agora mantive reserva, de que o nobre Presidente da Republica,

Laboratorio Medico do Dr. Pereira Filho

Secção de Chimica Biológica e Microscopia Clínica — Exames de sangue, líquido céphalo-rachidiano, succo gástrico, leite, urina, matérias fecales, derrames pathológicos das serosas, líquidos kysticos, pus, etc.

Secção de Parasitologia e Histologia Pathologica — Reconhecimento dos parásitos vegetaes. Identificação dos parásitos animaes. Diagnóstico histológico dos tumores.

Secção de Microbiologia — Diagnósticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vacinas autógenas — Vacina anti-gonococcica polivalente — Vacina anti-estaphylococcica — Vacina anti-estreptococcica — Vacina anti-cólibacillar — Vacina anti-typhica.

Secção de Sorologia — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

Reacção de Wassermann (methodo classico).

Reacção de Weinberg-Parvu — (diagnóstico do kysto hidático).

Reacção de Abderhalden.

TELEPHONE Nº 813

Rua Pinto Bandeira N.º 3 - PORTO ALEGRE

então ouvido sobre o caso, com aquella superioridade de criterio que o illumina, houve por bem decidir que podia a Faculdade receber com todas as honras ao professor ilustre que della se approximava. Para cultuar a sciencia não ha tempos de paz e tempos de guerra. E assim, numa época em que ainda não reatára a representação diplomática da Alemanha no Brazil, a sciencia allemã nos envia um ministro, o Professor Krause.

Se alguma prova fosse necessaria para mostrar que não erramos em nossa attitude de hontem, hoje a teríamos na missão de que acaba de ser investido pelas Universidades allemãs o illustre Professor, que nos traz nestas Mensagens os eloquentes votos dos mais altos representantes do pensamento científico na Alemanha.

A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro os recebe com especial alegria, prezando os como altissima honra e espera que V. Ex., Sr Professor, se digne de ser o interprete dos seus agradecimentos, junto às glorioas Universidades de Berlim, Tübingen, Halla, Lipsia, Edelherga, Ge-na, Bonn, Marburgo e Rostock.

Saudemos, senhores, no illustre representante das Universidades allemãs a sciencia daquelle grande paiz, na voz de cuja cultura o mundo encontrará no porvir grandes exemplos e grandes lições".

As palavras do Director da Faculdade foram muito applaudidas.

Falou então, em nome da Congregação, o Professor de clinica cirurgica Dr. Augusto Paulino, saudando o Sr. Professor Krause e referindo-se á sua brillante obra cirurgica, sendo muito applaudido.

Por ultimo falou o Professor Krause, que com admiração do auditorio pronunciou, em portuguez, seu discurso de agradecimento, que é o seguinte:

"De novo encontro-me em vosso meio, cercado pelas luzes da sciencia brasileira, altamente lisongeado pela presença do Senhor Reitor, dos preclaros professores e regozijado pelo comparecimento dos jovens estudantes, nos quais se encontram os rebentos, que no futuro presidirão os destinos do Brazil, elevando a sciencia, cultivando as artes.

Cumpre-me em primeiro lugar trazer os meus agradecimentos á douta Faculdade de Medicina e a seu meu digno Director, meu distinto amigo, Dr. Aloysio de Castro, pelo honroso convite, com que me distinguio em quinze de Junho passado, para fazer conferencias aqui. Sou imensamente grato ás affectuosas palavras que me foram dirigidas pelo Director e pelo illustre collega Professor de cirurgia Augusto Paulino.

Agradeço a todos os que me vieram ouvir, dando assim uma prova de sympathia á sciencia de minha patria, essa Alemanha ora abalada até os alicerces. Nesta situação difficil os brazileiros não hesitaram em nos auxiliar, no anno passado, altas personagens se puzeram á frente dumma commissão, para angariar donativos. Essa valiosa da-diva, por meio da qual os medicos brazileiros e outros illustres senhores suavisaram as provações da sciencia allemã, produzio em todos nós sentimentos de gratidão profunda. E' com a convicção de que cumpre um dever de honra, que, assim publicamente, nesta nossa primeira reunião, transmitto aos brazileiros os protestos de reconhecimento de meus patrícios.

Em aceitando vosso convite, Sr. Director da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, filo não sómente para rever os amigos que aqui deixara e as bellezas incomparáveis deste paiz, mas tambem para poder seguir de perto os progressos da sciencia de vossa patria. Outrora do

MONAL & CIE.

(PHARMACEUTICOS DE 1.^a CLASSE)

Santal Monal

Capsulas com azul de methyleno e sandalo — Contra: Blenorragias, Urethritis, Cystites, Catharros vesicaes, Prostatites, Nephrites suppuradas, Antiseptico, analgesico, diuretico. O mais activo e o mais tolerado.

Bolease Monal

Capsulas. Composição de boldo e bilis. — Contra: Hepathites chronicas, Lithiase biliar, Colicas hepaticas, Congestão do figado.

Terkal Monal

Drageas de que são base: Carbonato de gaiacol, terpina, codeina, nucleato de calcio, fluoreto de calcio. — Contra: Constipações, Tosses rebeldes, Bronchites agudas e chronicas, Grippe, Catharros, Asthma, Emphysema pulmonar, Bronchites fetidas e em geral, tosses que acompanham as infecções (sarampo, coqueluche, etc.)

Taburol Monal

Drageas de que é base a oxyhemoglobin associada a sôro de cavallo, arrehenal e fluoreto de calcio — Contra: As anemias e todos os estados de enfraquecimento organico.

Globulos Romon

Extractos orchítico e prostatico com strichinina e ioinípina. E' o tratamento mais racional da impotencia.

Unico representante no Brasil: R. AUBERTEL

Rua Alfandega, 114-sob. — Telephone N. 4633 — Caixa postal, 1344 — RIO

mirante do meu hotel, eu fitava os olhos no nordeste, saudoso do meu torrão natal. Mas, depois, tendo regressado à Alemanha, recordava frequentemente, com saudade, esta terra cheia de luz, esta natureza maravilhosa e este povo tão rico em saber quanto em gentileza e hospitalidade.

Nós, os alemães, devido às consequências da guerra mundial não nos poderemos representar, da maneira por que o desejámos, por occasião das festas do vosso Centenário. Vossa fidalguia característica, comprehendendo-lhe o motivo, ha de nos relevar essa falta.

Entre nós, de todas as classes que sofreram com a guerra, a que mais soffren foi a classe intellectual, classe, que desde séculos era o esteio fundamental da nossa arte e da nossa sciencia, classe que, incontestavelmente, levára a Alemanha a um alto gráu de desenvolvimento.

Apezar de cruelmente perseguidas pelo infortunio, minha terra e sua gente em nada se sentem diminuídas; as qualidades que as caracterizam não lhes podem ser roubadas. A patria alemã não é hoje em dia, minhas senhoras e meus senhores, a patria que era há annos; mas, nós, seus filhos, servindo-a com amor que os sacrifícios tornam mais forte, servir-lhe-emos de amparo na provação, reconstruindo o que se desmoronou.

Agora é para mim muito agradável vos fazer a seguinte comunicação:

“A confederação de todas as escolas superiores alemãs, assim como os conselhos de todas as Universidades, de todas as academias, das escolas superiores de engenharia, veterinaria, agricultura, minas, reunidas na “Verband der Deutschen Hochschulen”, em portuguez: “A reunião das escolas superiores alemãs”, deliberaram, numa moção commun e assignada por representantes de todas essas

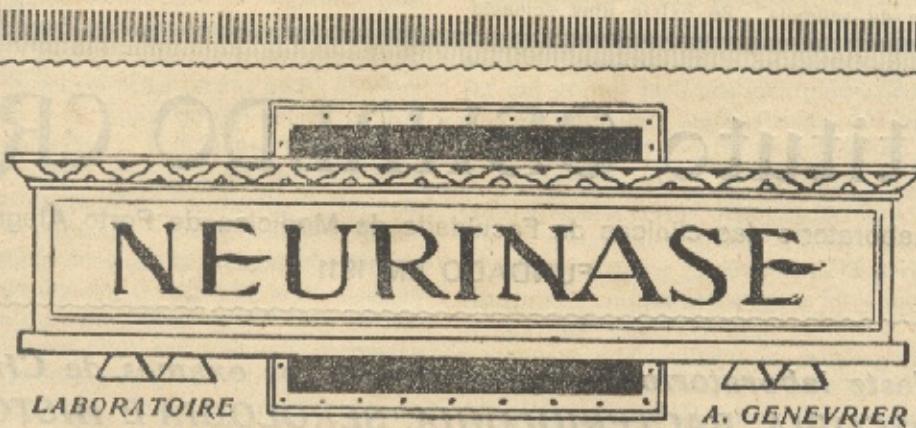
corporações, enviar as suas cordiaes felicitações á Universidade do Rio de Janeiro e a todas as outras escolas superiores brasileiras, por occasião das festas do Centenario. O original chegará em época opportuna, e serão enviadas cópias a todos os estabelecimentos científicos brasileiros de ensino. A Universidade de Hamburgo foi encarregada de redigir a moção, de acordo com o Instituto Ibero-Americanico da mesma cidade.

Hoje, tenho o immenso prazer de trazer á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro as mensagens que agora vos apresento com os votos de congratulação das primeiras Universidades e Faculdades de Medicina da Alemanha, primeiro da Universidade de Berlim — a que tenho a honra de pertencer. Esta mensagem traz as assignaturas do Reitor, Professor Dr. Nerns, possuidor do ultimo premio Nobel, e de todos os membros do Senado da mesma Universidade. Trouxe tambem commigo a mensagem pela qual os 1.800 membros da “Berliner medizinis hen Gesellschaft”, enviam as suas sinceras felicitações aos collegas de além-mar.

E'-me tambem muito grato ser o portador das saudações da juventude alemã aos dignos estudantes brasi-leiros.

Quanto a mim, eu não quiz vir com as mãos vazias ao vosso centro científico. Trago um novo trabalho sobre o cysticero do quarto ventriculo e a operação do mesmo, que offereço com os respectivos desenhos ao Sr. Professor Aloysio de Castro para os conceituados Annaes da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde já tive a honra de ver publicado, em mil novecentos e vinte, um trabalho meu sobre a physiologia do cerebro.

Nas antigas tribus Germanicas existia já uma ancia, um desejo sedento pelos paizes do sul, onde o sol brilha



CONTRA A
IMSONIA

E TODAS AS

MOLESTIAS NERVOSEAS

VANTAJENS: efeito imediato — inteiramente inocuo — sempre eficaz — ausencia de mau gosto. Sem brometos nem chloral (veneno do coração), nem narcoticos opiatos ou outros.

COMPOSIÇÃO: Uma colher de chá contém:

Extrato fluido de velutiana fresca.....	5 gr.
Dihydratado selável	0 gr. 15

A NEURINASE é recomendada pelo Dr. Rogues de Fursac e o Dr. Leroy, medicos chefes das malásias nervosas nos Azylos de Alenânes de Paris.

Único representante no Brazil:

RUA DA ALFARDEGA, 114, sch. - Caixa Postal 1344 - RIO DE JANEIRO

— R. AUBERTEL

mais forte. Esse desejo tinham-no por tal forma implantado no coração que elle deu origem ás emigrações enormes que os levaram desde os nossos campos mais frios da Allemanha até ás quentes regiões da Italia, Sicilia, Hespanha e até mesmo aos do norte da Africa.

E onde quer que houvesse um littoral, uma praia, que oferecesse mais sol, mais luz, mais claridade, para esses littoraes, pura essas praias eram como que attrahidos os allemães!

Esse desejo, essa atracção que, como acabo de dizer, existiam já ha tantos séculos atraç, existe ainda hoje no peito de cada allemão culto.

Nenhuma terra porém exerceu uma atracção superior sobre elles do que estas costas do Atlântico Sul, do que esta bendita terra onde hoje me encontro de novo e com tanta emoção: — O Brazil!

Devemos dar graças aos aperfeiçoamentos praticos e aos grandes emprehendimentos, que a intelligencia humana, dia a dia vae fornecendo aos meios de comunicação, contribuindo assim para que se estreitem as relações entre a Allemanha e o Novo Continente.

Hoje, já ondas electricas submettidas á vontade do homem permitem comunicar a toda hora entre a Allemanha e as Repúblicas Ibero-Americanas. E dentro de poucos annos será tambem iniciada a navegação aerea, em que por meio de dirigiveis o Brazil e a Allemanha apenas estarão a quatro dias de distância um do outro.

Mas, mais fortes e perduraveis que esses successos technicos — por magnificos que elles sejam e que tanta honra fazem aos seus inventores — outros lagos, outra ponte, poderosa, admiravel se constrói sobre esses mares, que nunca poderá ser destruída pelos elementos: "é a ponte gigantesca da sciencia". Só existe uma sciencia

para todas as nações cultas que é a propria Cultura, na sua boa, na sua verdadeira significação!

E se ella se obscureceu durante esses formidaveis annos, que ha pouco passaram e que pareciam querer abalar até aos alicerces, que pareciam querer desmoronar tanto esse edificio admiravel de bondade, o certo é, que, hoje, passada essa tempestade, os homens retornam a si, para que de novo a sciencia — a grande pacificador da animos — consiga novas victorias.

Eu, minhas senhoras, meus senhores, eu tenho a esperança de que ella brilhará como sol mais puro, ganhando de novo a sua antiga força, exercendo o seu antigo esplendor.

Que a sciencia a todos reuna! Seja a dos que vivem no norte mais obscuro, seja a vossa, cujo lar é sempre acalentado por este sol do Brazil, bello e luminoso.

Nenhuma sciencia é orientada mais no sentido internacional do que a sciencia medica.

As descobertas de um scientista, de qualquer paiz que elle seja, não sómente serão benicas para seu povo, mas para toda a humanidade. Eu vos recordo a descoberta da anesthesia geral, a applicação do ether pelo cirurgião Jackson, em Boston, em 1841; a do chloroformio pelo gynecologista Simpson, em Edimburgo, em 1847; a reforma na maneira de ver da pathologia, por Morgagni e Virchow; os trabalhos fundamentaes do Pasteur, seus aperfeiçoamentos praticos por Joseph Lister; a luta contra as epidemias, por Robert Koch, Ehrlich e Behring; o combate ás molestias tropicaes, por Oswaldo Cruz, Miguel Couto, Azevedo Sodré, Carlos Chagas e outros. Que abundancia de imaginação, que abundancia de trabalho, que abundancia de sucesso!

E' que de todos os povos cultos sahiram estes palavras
(Continua à pag. 146)

Instituto OSWALDO CRUZ

Laboratorio das clinicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre
FUNDADO EM 1911

Neste laboratorio praticam-se todos os exames de CHIMICA, MICROSCOPIA, BACTERIOLOGIA, SEROLOGIA E HISTOLOGIA PATHOLOGICA necessarios á practica médica.

Director geral - Prof. SARMENTO LEITE

Chefe da Secção de Chimica: Prof. GUERRA BLESSMANN

Chefe da Secção de Microscopia: Prof. PAULA ESTEVES

Chefe da Secção de Histologia Pathologica: Prof. GONÇALVES VIANNA

Chefe da Secção de Serologia: Dr. CARLOS GEYER

Rua General Victorino, n. 2 — PORTO ALEGRE

Como se deve tratar o coto apendicular

pelo Dr. Alceu Bicca de Medeiros

A muitos cirurgiões pode parecer que essa questão está resolvida, que não mais se a discute, que já foi aprovada pelo consenso geral dos operadores. Entretanto, tal não sucede, como mostraremos, e, apesar da frequência com que a apendicectomia é executada em toda parte, dois métodos disputam a preferência dos mais ilustres cirurgiões do mundo. A' guisa de rápido histórico diremos como surgiu a idéia de proteger o coto apendicular por uma dobra de serosa e quae os diferentes processos que mais voga tiveram desde que essa operação começou a ser praticada. Jalaguier, cirurgião francês, que se popularizou com a apendicectomia, conta-nos que, no inicio, em época já distante (1891), nenhum cirurgião cogitava de proteger o coto do apêndice. Era o apêndice cortado pelo termocautério ou por qualquer outro meio, a mucosa destruída, tanto quanto possível, e, por cima desta, suturada a túnica serosa. Não tardou, porém, a nascer a idéia de peritonizar o coto apendicular. Desde que a cirurgia abdominal fez tam grandes progressos com a peritonização de qualquer superfície cruenta, ocorreu logo, por analogia, a necessidade de aplicar ao apêndice o mesmo processo. E a peritonização do coto apendicular passou a ser um caso particular de um método geral. Sucessivamente adotam essa técnica Jalaguier, Quenu, Tuffier e muitos outros em França. Murat Willis, Blake, Monks, nos Estados Unidos. Dos primitivos processos de oclusão do apêndice citaremos a invaginação directa, a sutura terminal em varios planos, o processo do manguito seroso e o da ligadura que, apesar da oposição de Roux, de Lausanne, tornou-se habitual. Taes eram os principaes métodos usados ha 25 annos; os tres primeiros deles foram quasi abandonados em nossos dias. Ouvimos de um colega do Rio que, varias vezes, empregára, com bons resultados, a invaginação directa. Esta não é mais do que uma aplicação do método de Lembert, aconselhado, ha cem annos, para fechar o intestino. Conhecido pelo nome de processo de Halstedt, consiste na invaginação directa do coto que, sem ser ligado, é mantido nesta posição por uma ou mais suturas em bolsa. Como mínimo inconveniente dessa técnica pode ser apontado o começo de invaginação, intussecpção, que se pode propagar ao cécum, ao cólo ascendente, etc. com funestas consequências.

Passemos a ver como procedem os cirurgiões presentemente. Ha dois métodos para o tratamento do coto apendicular. Em ambos o apêndice é ligado em sua base antes de ser seccionado. Um dos métodos, o que chamaremos clássico, por isso que é adotado pela grande maioria dos cirurgiões, protege o coto, ocultando-o sob uma sutura serosa feita em sua base. Os que assim fazem não se afastam da regra geral das operações abdominaes. O outro método tem a seu favor maior simplicidade e a maior rapidez. Por ele o coto, depois de bem esterilizado, é abandonado no ventre. Do que sabemos de fisiologia patológica do peritônio podemos afirmar que esse coto não fica livre no ventre; vai aderir ao epiplooo, à parede ou a qualquer porção do delgado. Segue-se, pois, que podem sobrevir graves distúrbios e é, aliás, o que atestam Quenu, Walther,

Jalaguier, etc., que foram obrigados a operar oclusões agudas, provocadas por essas aderências. Bem avisados andam os que seguem a regra clássica, porque, por ela, escolhem e limitam a zona de aderência que é a parede do proprio cécum. Pensamos que o método seguido pela minoria excepcionalmente deve ser aplicado, tendo as suas indicações bem claras, ao passo que o outro, o da peritonização, deve ser o de escolha. Mas a questão do tratamento do coto apendicular continuará a ser debatida por muitos anos.

Já disse Murat Willis que é um assunto de discussão que, invariavelmente, surge desde que se encontram dois ou mais cirurgiões. Para prova desse asserto de Martel, em fins de Dezembro do ano passado, apresentou á Sociedade de Medicina de Paris uma comunicação, propondo uma radical modificação nesse tempo operatório. Vencedoras suas ideias, veríamos a substituição do método clássico pelo método de exceção, como classificámos acima. Essa comunicação tornou-se muito interessante, não só pelo renome do autor, que é um famoso cirurgião, conhecidíssimo pelos seus notáveis trabalhos sobre cirurgia nervosa, como pela contrariedade á prática generalizada e adotada por quasi todos os cirurgiões. Em torno dela girou a discussão na Sociedade de cirurgia durante tres longos meses; no debate tomaram parte os maiores cirurgiões franceses, pelo menos, os de maior autoridade na matéria; no decorrer da discussão foram citados reputados cirurgiões norte-americanos. Convém adiantar que se não fez acordo entre os membros da notável assemblea, ficando a maioria com o método clássico e uma selecta minoria, representada por de Martel, Temoin, Routier, que abandona na cavidade abdominal o pequeno coto, depois de convenientemente tratado.

Posto que de Martel não nos tenha convertido a não peritonizar o coto do apêndice, achamos que ele fez um grande bem aos cirurgiões, demonstrando a facilidade com que, até nas mãos dos mais hábeis, pôde a agulha perfurar o cécum na sutura da serosa.

O grande risco da perfuração podendo ser evitado, graças a certos detalhes técnicos, perde de Martel a mais poderosa razão que motivou a sua comunicação.

Para se fazer impunemente a peritonização é preciso prestar muita atenção na introdução e trajecto da agulha, que deve ser uma Reverdin pequena e hem cortante, modelo curvo, ou uma agulha de costureira com a mesma forma. É indispensável com uma pinça, tal como a de Duval, fazer uma prega na serosa antes de introduzir a agulha. Fazemos sempre a sutura com seda n.º 0; fio mais grosso corre dificilmente e não fecha bem a bolsa. Desde que ficámos ao corrente dos notáveis trabalhos de Okinezy sobre anatomia médica-cirúrgica do grosso intestino, temos sempre presente a possibilidade de perfurar o cécum ao peritonizar o apêndice. Tanto nos tem bastado para fugir desse grave acidente que ainda não registamos. Ha ocasiões em que nenhum cirurgião pensará em complicar a operação pela peritonização. Um cécum, cuja grossura não é maior que a de uma folha de papel, não admite em sua espessura uma agulha, por fina que seja, sem ser perfurado. Para conhecer esse caso basta tomar a parede entre dois dedos. O mesmo acontece quando ha grande ditensão do órgão, como se observa nas velhas apendicites crónicas. A friabilidade das tunicas intestinaes na apendicite aguda não

constitue menor contraindicação á peritonização. Nesta categoria estão as apendicites de gravidade extrema (apêndice gangrenado e perfurado) em que a operação deve ser feita o mais rapidamente possível. São essas as poucas exceções que admitimos para não fazer a peritonização.

Doze vezes fomos obrigados a assim proceder e não colhemos os resultados a que estamos habituados com o método clássico. Ainda há poucos dias operámos, na 7.ª secção, uma doente portadora de um apêndicite. A friabilidade do apêndice envolto em múltiplas aderências, não permitia a menor tração — rombia-se e dilacerava-se com a maior facilidade. Ligada a base com seda n.º 2, depois de bem desinfectado com tintura de iodo, foi o coto abandonado no ventre. No quinto dia, uma elevação de temperatura obrigou-nos a levantar o aparelho. Retirámos um ponto e escoou-se um pus fétido de cheiro fecaloide. Pensámos que ia surgir uma fistula estercoral, o que, felizmente, não se verificou. Estavam diante de um flegmão de pus fétido da parede, provavelmente de origem apendicular.

O abcesso curou-se em três semanas, não tendo havido a menor reacção peritoneal. Bem que chegasse á cura, sem outro inconveniente que a demora referida, vimos, nesse caso, uma complicação ainda não encontrada nos nossos peritonizados. Possivelmente afrouxou ou eliminou-se a ligadura que não fôra mantida pela falta de sutura da serosa. Vejamos quaes as consequências longínquas dos dois métodos rivais, conforme o que temos observado em nossa prática. Na casa de saúde Dias Fernandes, praticámos uma coléctiectomia num doente que há um ano sujeitara-se a uma apêndicectomia, também por nós efectuada. Pela incisão tranversal de Mayo, pudemos verificar o estado perfeito do cécum ou, melhor, da região ilio-cecal.

Na mesma casa de saúde, abrimos o ventre de uma senhora para uma operação ginecológica. Já se passavam dois anos que a havíamos sujeitado a uma apêndicectomia. Não subsistia o menor sinal da existência do apêndice; não constatámos a mais leve aderência e do divertículo de Bunts não havia sequer esboço. Temos certeza de que assim devem ser, em regra, todos os resultados e que, quando são máus, devemos ver sempre um defeito de técnica, fácil de evitar, desde que se não esqueça o cirurgião dos cuidados a que aludimos.

Temos visto o menosprezo com que muitos cirurgiões fazem a peritonização. Empregam qualquer agulha, uma Reverdin recta, própria para a parede, servelhes para esse mistér delicado; fazem trações sobre o intestino com pinças de Kocher e levantam a serosa com largas pinças dentadas. Em tais casos a perfuração é frequente. Felizmente este acidente é menos mortal do que pode parecer á primeira vista. A tonicidade do intestino, a falta de uma enorme pressão em seu interior, e as aderências protectoras, rapidamente estabelecidas, concorrem para salvar o doente na mór parte das vezes.

Outro ponto de igual valor no tratamento do coto apendicular é a sua esterilização.

Sobre essa necessidade todos os cirurgiões estão de acordo, variando apenas os meios para esse fim empregados. Supomos que só por essa esterilização cuidadosa explicam-se os óptimos resultados alcançados pelos adversários do método clássico. Desde muito, abandonámos o uso do termocautério. Este instru-

mento deu-nos sempre a impressão de que fazia obra incompleta. Por mais profunda que seja a destruição da mucosa notámos que debaixo do fio persiste uma pequena porção que não pode ser atingida pela faca incandescente sem que a ligadura seja destruída.

O termocautério tem ainda outro inconveniente — ao abrir a cavidade do apêndice, o ferro quente projecta no campo operatório partículas diversas do conteúdo, contaminando assim a vizinhança.

Verdade é que protegendo largamente a zona operatória, esvaziando minuciosamente a cavidade do apêndice antes de cortar, seccionando lentamente com uma faca aquecida até o vermelho sombrio, pode ser conjurado esse perigo.

Mas, como esse instrumento não é indispensável, é mais prático abandoná-lo e substitui-lo por meio mais garantido. Preferimos esmagar o apêndice como ensina Soulignoux, o criador desse processo, com uma larga e poderosa pinça e ainda tocamos com tintura de iodo o reduzidíssimo coto. É uma técnica de absoluta segurança. Resulta das experiências de Soulignoux, Mathieu e Topous Khan que, pelo esmagamento do apêndice, a mucosa é seccionada, resistindo as outras túnica. Resta então um cilindro seroso que é ligado e cortado sem abrir a cavidade apendicular que já estava fechada pela retração da mucosa.

Infelizmente nem em toda a apêndicectomia o esmagamento pôde ser empregado com igual eficácia. Quando, p. ex., o órgão é transformado em tubo fibroso, ou nos apêndices císticos, hidrópicos, polposos, esponjoides o esmagamento é pouco prático.

Resumindo estas considerações sobre assunto de tanta relevância por ser de emprego diário, diremos como se nos afigura mais seguro o tratamento do coto apendicular. Depois de ligado e desinserido o meso apendicular, a base do apêndice é circunscrita por uma sutura da serosa de forma a fazer bolsa. Em seguida é esmagado por uma pinça larga, ligado com catgut e cortado a bisturi entre a ligadura e uma Kocher que, colocada a um centímetro da ligadura, impediria qualquer resfumo do conteúdo do apêndice.

O coto minúsculo é tocado com iodo e escondido dentro da bolsa serosa que é fechada.

Convencido como estamos das vantagens da peritonização, podemos fazer nossas as palavras de J. L. Faure, quando, na sociedade de cirurgia, expunha o seu modo de tratar o coto apendicular:

Se algum dos meus colegas for chamado a tirar o meu apêndice pedir-lhe-ei que m'o peritonize cuidadosamente.

Coprostase coecal

pelo prof. Plínio Gama

Não podendo fugir ao pesado encargo que me incumbistes, não que deixasse de fazer diligências para isso, veelho desempenhar-me com os fracos recursos que em mim reconheceis.

Venho conversar com vosco sobre um assunto sem dúvida vosso conhecido por isso peço-vos a benevolencia duvida vosso conhecido, ainda que novo, por iso peço-vos a benevolencia de aturar-me por alguns instantes.

* Conferência realizada na Sociedade de Medicina de Porto Alegre em Outubro de 1915.

E' bem possivel que nada venha adiantar ao que já sabes sobre elle mas na falta de um thema que se me affigurasse mais á mão, tomei-o. Não me consta que algum até então delle se tenha ocupado aqui em nosso meio.

Procurando dar á esta palestra uma feição practica comecarei relatando algumas observações de doentes operados ás quaes ainda que incompletas merecem comtudo ser conhеcidas.

Em tres destes pacientes pude constatar a presença de membranas inflammatorias peri-cæcolicas originadas, provavelmente por processo de pericolite (obs. I e II) e por appendicite (obs. III).

No primeiro caso o diagnostico foi estabelecido após a laparatomia e no segundo, previavelmente.

Em dois delles encontrei a membrana tal qual a descreveu Jackson, como adeante veremos, a qual, sem adherir ao cæco-colon, era, sem duvida, a responsavel pelo embarranco ao seu esvaziamento (obs. IV e obs. II) sendo que neste ultimo existiam conjuntamente adherencias e brihas inflammatorias, complicando.

Acompanho, actualmente, em minha clínica, varios doentes com o diagnostico clínico de "estase-cæcal" devida a estas causas apontadas os quaes, com o tratamento medico vão supportando sofrivelmente seus padecimentos. Para não tornar-me muito extenso, deixarei de lado suas historias clínicas, voltando mais tarde sobre o assumpto si houver oportunidade.

Vejamos, pois, as observações.

OBSERVAÇÃO I

Em abril de 1914 fui chamado para ver uma senhora de seus 35 annos, doente havia algum tempo.

Estava no leito já um mez e tanto. Fizera varios tratamentos com diversos collegas. Casada, nunca tivera filhos. Em consequencia de um aborto, cuja causa ignorava, fôra acomettida de uma metrite intensa, com ulceracao do colo que a fez soffrer por muito tempo grandes irregularidades menstruaes, fortes dores, etc., até sujeitarse a uma intervenção, isto havia 5 a 6 annos. Dahi até então, suas funções menstruaes regularizaram-se. Não concebeu, porem. De simples tendencia á prisão de ventre que de longa data vinha tendo, passara ultimamente, 5 a 6 mezes atraz, a ter retenções de 2 a 3 diaś e ás vezes mais, tendo de quando em quando dôres para o lado direito do ventre seguidas de uma abundante descarga intestinal o que sempre lhe trazia melhoras. O uso quasi constante de laxativos não melhorou seu estado: as dores accentuaram-se cada vez mais para o lado direito do ventre e eram quasi continuas. A' noite era obrigada a levantar-se uma ou mais vezes para evacuar. Começou a emmagrecer, sentindo-se cada vez mais abatida e desanimada. Perturbações gastricas sobrevieram e bem accentuadas, grande inappetencia, estado nauseoso quasi constante, e abundante sialorrhea ultimamente. Algumas dores sobre o estomago. Estas perturbações em nada se modificavam com a alimentação. Melhoravam com um bom purgativo.

A paciente tinha a expressão de grande soffrimento, queixava-se muito de um estado neurasthenico bem accentuado. Estava muito descorada e bastante emmagrecida.

Examinando o ventre encontrei tympanismo, aumentado para o lado direito, muita dor em todo o ventre, principalmente para este lado, colon transverso e descendente assim como os plexos solar e mesenterico muito sensivelis. Para pulmões e coração, nada.

Mostrou-me sua ultima evacuação: liquida, muito fetida, alguns catarrhos sanguinolentos.

Tendo me impressionado este quadro, pois me veiu á idéia a possibilidade de um tumor maligno da ultima parte do intestino, inacessivel portanto, á palpação, procedi á uma exploração digital do rectum. A 8 cm. do anus encontrei, para diante, um tumor, regulando um ovo de galinha, duro, liso, movel e muito doloroso. Trouxe no dedo muco sanguinolento e de odor muito fetido. Não foi possível exame combinado pela vagina; achava-se menstruada, na occasião.

Transmitti ao marido minhas apprehensões, dizendo o que tinha constatado. Pedi uma conferencia com um gynecologista. Faria, então, o exame retroscopico. Alguns dias mais tarde procedemos ao exame gynecologico e rectoscopico. Nada mais constatei no rectum nem no colon pelvio a 22 cm. do anus, além de ligeira congestão das respectivas mucosas e alguns catarrhos.

O tumor que sentira dias antes, lá estava e nada mais era do que o utero. Por seu lado o collega encontrou este órgão retrovertido, muito doloroso, o que dificultava o exame, lhe parecendo augmentado de volume e muito duro. O colo amputado, em boas condições, não havia secreções anormaes. Opinou o gynecologista pela existencia de um fibroma o que, na falta de outra causa, seria sufficiente para explicar aquelle quadro. Propuz uma laparatomia — com que concordei. — Feita esta alguns dias depois, pelo professor Sarapião Mariante, deparamos com um utero apparentemente normal bem como os annexos. Lembrei, então, a exploração dos colons: Alça sigmoide normal. Normaes appendice e cæcum. Notamos, porem, que este órgão estava um tanto dilatado, em sua posição e livre. Explorando para cima, deparamos com uma larga adherencia entre o colon ascendente, em sua parte media, e a primeira porção do transverso de tal maneira que produzia no primeiro uma diminuição bem notavel de seu calibre. Diante desta constatação, tornou-se claro o caso.

Propuz destruição da brida, o que foi feito.

— As sequencias operatrias foram boas. Já nos primeiros dias, após a operação, todas as dores nocturnas desapareceram. Rapidamente voltou á alimentação ordinaria; a diarrhoea cessou logo, assim como os phenomenos gastricos. O intestino normalisou-se. O appetito logo voltou. No fim de um mez tinha recuperado 8 kilos de peso.

Tornei a ver a paciente varias vezes no decorrer destes 2 annos. A ultima ha um mez, mais ou menos. Sempre bem. Augmentou 18 kilos. Apezar de não ser das mais cuidadosas com seu apparelho digestivo, não tinha razões de queixa.

OBSERVAÇÃO II

Caso identico ao anterior em suas linhas geraes, motivo por que me abstengo de pormenorizar, é o de uma senhora de 45 annos, casada, multipara, antiga soffredora do intestino e da clínica do professor Wallau.

Foi solicitada tambem a minha assistencia pelo facto de terem se accentuado seus padecimentos ultimamente.

Esta doente deu entrada na enfermaria de primeira classe da Santa Casa de Misericordia em fins de 1914.

Formulada a hypothese da existencia de membranas ou adherencias peri-cæco-colicas como causas do mau funcionamento do colon direito, da estáse cæcal, responsavel por todo aquelle mau estado geral apresentado pela paciente, foi resolvida a laparatomia. Aberto o ventre, incisão mediana infra umbilical, encontrou-se: cæcum dilatado, apparentemente normal e livre; fixando o cæcum e o ascendente á primeira porção do transverso, existiam algu-

mais bridas de aspecto inflamatorio; recobrindo estes orgãos havia uma membrana delgadissima muito vascularizada se extendendo até o angulo hepatico, não adherente.

A intervenção consistiu na paciente destruição das bridas inflamatorias e da membrana.

Na impossibilidade de prolongar a operação devido ao mau estado da paciente não foi resecado o appendice. Antes da sutura da ferida foram vasadas algumas ampolas de óleo camphorado na cavidade peritoneal, visando impedir a formação de novas adherencias.

As sequencias operatórias foram normaes. A partir da laparatomia, a doente começoou a melhorar consideravelmente, modificando logo seu estado geral, rapido aumento de peso, seu intestino funcionando regularmente. Completamente aliviada de seus malaes voltou á sua vida normal.

Ainda ha poucos meses foi vista pelo professor Wallau em optimas condições de saude.

OBSERVAÇÃO III

Em Julho do anno passado fui procurado por um senhor, da Cachoeira, solteiro, 26 annos, comerciante. Havia 6 annos soffria forte prisão de ventre, com dores muito accentuadas para o lado direito do ventre. Si não usasse laxantes, tinha descargas abundantes depois de 4 a 5 dias de constipação. Tinha vomitos algumas vezes; náuseas muito frequentes sobretudo pela manhã em jejum; cephaléa habituas; grande malestar; emmagrecimento pronunciado. A dor no ventre accentuava-se com os excessos.

Havia 4 mezes tinha sido operado de appendicite. Disse que o operador mostrou-lhe a trípinha inflammada!

Informou que sempre tinha melhorado um pouco das dores e das náuseas, mas que continuava ainda a prisão de ventre muito rebelde e que usava systematicamente de laxantes. Recupera 2 kilos dos 6 que havia perdido. Sentia-se, contudo, ainda fatigado, indisposto para o trabalho, não dormia bem e tinha dores, ainda que minoradas, para o lado direito do ventre, aumentando se não usasse laxantes.

Encontrei, com effeito, o cecum e o colon ascendente bastante doloroso á pressão e contrahidos. Administrei-lhe um purgativo energico e examinei o intestino aos raios X, após clister bismuthado. Constatei aumento do cecum e completa fixidez; não foi possível separar a sombra do colon ascendente da primeira porção do transverso...

Disse-lhe o que pensava a seu respeito: que, além da appendicite que lhe dissera ter seu medico, me parecia existirem adherencias no intestino, daquelle lado, que lhe impiediam o funcionamento e que, talvez, só pudesse curar-se com nova intervenção cirurgica, tendente a desembocar o órgão, e que, entretanto, iria tentar um tratamento medico.

Prescrevi-lhe regimen anti-toxico, desinfecção intestinal e laxantes brandos.

— Em março deste anno voltou; quasi nada melhor. Insisti pela operação. Resolveu-se, mas, como seu medico de confiança, aqui, estivesse em villegiatura, propôz voltar mais tarde e... até hoje!

OBSERVAÇÃO IV

Rapaz, operado no Hospital ha um mês. Curva de temperatura irregular. Maximo 37°.8; dias apyretico. Dó

no lado direito do ventre; constipação actualmente, antes alternancia de diarréa e constipação.

Diagnóstico: appendicite chronica, de longa data.

Casualmente assisti á intervenção. Resecou-se um appendice apparentemente sano; longo, de 15 cm. tipo ascendeniente, "interinamente ligado ao cecum e colon" por uma membrana que logo reconheci como sendo a descripta por Jackson. Os operadores não lhe deram atenção deixando-a intacta.

Interessou-me pelo caso. Dei-me o cuidado de observalo até deixar o Hospital. Convalesceu normalmente da operação continuando, porém, a queixar-se do intestino quando teve alta 12 dias depois e provavelmente continuará ainda...

Durante muitos annos a ablação do appendice resumiu o tratamento cirurgico da maioria das perturbações funcionais do colon ascendente.

Sem se negar a realidade da appendicite chronica e sua importancia na pathologia digestiva, o certo é que este diagnóstico não foi sempre estabelecido com o rigor necessário: um doente se queixava do lado direito do ventre, tinha, ou constipação ou diarréa, as vezes sómente um estado geral defausto; havia uma sensibilidade mais ou menos nitida na região de M. Burney; se praticava uma appendicictomia e, frequentes vezes, as perturbações persistiam tão intensas e identicas!

Estes desastres multiples não tardaram a chamar a atenção, pois comprejavam um ensinamento, diz J. C. Roux em seu trabalho sobre *As alterações do colon direito*, em collaboração com P. Duval, aparecido no n.º 6 do Archivo dos Molestias do App. Digestivo de 1914.

Além da appendicite chronica, outras lesões da região coccal ou colica direita, eram capazes de crear e de entreter um conjunto de perturbações da saude geral. Assim, há uma dezena de annos os trabalhos sobre o assumpto se vos das Molestias do App. Digestivo de 1914.

Cada autor invocou uma pathogenia especial para explicar a natureza destas desordens: Uns, viram o alargamento do colon e a mobilidade do cecum; outros a ectasia e a dilatação da ampola coccal. Os autores anglo-americanos chamaram a atenção para as bridas e membranas pericolicas e periccecaes; Lane assinalou os ligamentos que determinaram progressivamente no mesenterio ptose do cecum e do ileon; Jackson, estabeleceu a frequencia da pericolite membranosa. Como se pode demonstrar, dizem os autores citados, estas interpretações são exactas ato certo ponto, mas não correspondem sinão á uma parte dos factos. Os allemães, por exemplo, só viram um lado da questão e não ligaram aos trabalhos apparecidos na Inglaterra a importancia que mereciam: a mobilidade do cecum, sua atonia mais ou menos consideravel, gosam, certamente, seu papel, mas é necessário tambem ligar uma real importancia ás diversas variedades de pericolites descriptas pelos autores anglo-americanos e pelos cirurgiões franceses.

A interpretação destas desordens parece muito complexa; o que domina ali todos os symptomas é a *estase das fezes no colon direito*; a constipação coccal acarreta, com effeito, um conjunto de perturbações perfeitamente características que constituem a syndrome clinica commun em todos estes doentes.

E' este quadro clinico que em primeiro lugar procuraremos establecer, fixando os symptomas essenciaes, insistindo sobre o dados do exame coprologico que explica

a pathogenia das desordens observadas, entrando em seguida no estudo da variedade anatomica a *periclitite inflamatoria e membranosa de Jackson* assumpto principal de nossa palestra.

Symptomas da constipação coecal, consecutiva ás lesões do colon ascendente

Como já se disse, todos estes doentes tem um ar de semelhança devido á causa commun de seus incomodos: a retenção das fezes ao nível do colon direito. Os duentes se queixam de tres variedades de symptomas: *Dôr*, mais ou menos accentuada do lado direito do ventre; *Desordens nas funcções intestinaes*; *Máo estado geral*.

1.^o A dôr é raramente intensa; é persistente, constitue um incommodo continuo; é muitas vezes um motivo de preocupação, principalmente sobre a possibilidade de uma apendicite.

Esta dôr se accentua, ás vezes, de tempos em tempos e torna-se então muita violenta; a posição de pé, os esforços musculares augmentam sua intensidade. O decubito lateral esquerdo, que mobilisa o caecum, muitas vezes é mal tolerado. No decubito dorsal, a dôr torna-se, ás vezes, mais viva quando a perna direita está distendida. Durante o periodo da constipação a dor torna-se mais penosa. Sua sede é no flanco direito, irradiando frequentemente para a região lombar direita e ao longo da face interna da coxa. Pôde-se muitas vezes distinguir um horário nocturno ás exacerbções. A dôr aumenta pelas 2 ou 3 horas da manhã, desperta o doente e impede o sonno. Sua interpretação é assaz simples: E' no decorrer da noite que o cæcum e o colon direito recebem os resíduos das ultimas refeições do dia e que sua repleção atinge o maximo. A distenção do colon D. é tanto mais facil quanto se produz muitas vezes á seu nível uma fermentação intensa das substancias hidrocarbonadas como o indica o exame coprológico. A distenção coecal, que della resulta, desperta o doente que sente um constrangimento na região direita e uma sorte de elevação anormal á este nível.

Além destas dôres constantes sobrevêm, de tempos em tempos, em alguns doentes, paroxysmos dolorosos. E' tomado de uma dôr violenta á D., ás vezes muito intensa, e esta crise se termina, no fim de algumas horas, por evacuações abundantes, ás vezes diarrheicas. Produz-se também, algumas vezes, uma abundante evacuação biliar.

2.^o As desordens funcionaes do grosso intestino se traduzem por uma constipação chronica, interrompida por debacles diarrheicas, mais ou menos frequentes. Em alguns doentes a constipação predomina. As evacuações são obtidas difficultemente a custa de laxantes. Ás fezes assim obtidas são quasi sempre diarrheicas; o laxante evaca o cæcum de um jacto.

Noutros, a constipação alterna com as debacles diarrheicas. E' o tipo habitual.

A evacuação diarrheica, sobrevindo depois de dois ou tres dias de constipação, acompanha-se de dôres, ás vezes, muito vivas no cæcum, mas é seguida de uma melhora e de uma attenuação das dôres na fossa ilíaca direita. E' a retenção das fezes ao nível do cæcum, com as fermentações ou as putrefacções consecutivas, que irrita o intestino e provoca uma evacuação diarrheica. Emfim, quando estas debacles se reproduziram muitas vezes ou quando a mucosa está fortemente inflamada, se instala uma diarréa continua, diarréa coecal, devida á irritação do cæcum e do colon ascendente. Pôde-se, em geral, encontrar os

traços da constipação primitiva. De tempos em tempos a diarréa se suspende um dia ou dois: as dôres augmentam e sobrevém uma debacle diarrheica muito intensa e muito penosa.

O exame coprológico vem confirmar a natureza destas desordens intestinaes.

Para este fim se submette o paciente a um regimem especial, alimentar, segundo o typo do de Schmidt. Este regimem comporta a carne pouco cosida e uma purée de batatas em cada refeição, além de outras substancias.

Durante os periodos de constipação, nenhum signal pôde revelar a perturbação funcional do cæcum e do colon direito. Durante a lenta travessia dos colons as fezes perdem todo caracter diferencial e são evacuadas sob a forma de syballas mais ou menos duras. J. C. Roux diz, entretanto, mesmo nestes caos pouco favoraveis para o exame, ter constatado com Goiffon — coprologista do H. Santo Antonio, da clinica do Prof. Mathieu, um signal, ao qual attribuem uma importancia real: a presença de grãos de amido livres não atacados e facilmente reconhecíveis, ao microscópio, por sua coloração azul sob a influencia do iodo.

No estado normal, diz elle, no cæcum, os grãos de amido livres são atacados e desaparecem rapidamente sob a ação combinada da amylase ainda abundante a este nível e das bacterias ou levados á fermentação. Todo o amido desaparece das fezes a partir do colon transverso. Para que persista uma notável quantidade de amido livre nas fezes longo tempo retidas no colon, é necessário que no cæcum haja uma parada na digestão dos hydratos de carbono.

Ora, sabe-se que as putrefacções embaragam o desenvolvimento das bacterias e dos levados da fermentação e, pela alcalinidade que determinam, suspendem a ação da amylase.

A presença de amido livre nas fezes evacuadas lentamente indica, pois, a presenza de putrefacção ao nível da primeira parte do colon. Mas, sempre que possível o exame coprológico será praticado no momento de uma debacle e dará, então, informações bem mais precisas. Reconhecer-se-á dois tipos de fezes segundo que a mucosa do colon está intacta ou não. Si a mucosa não está inflamada ou está pouco, as evacuações tem uma reacção levemente acida, uma coloração amarollada, e odor butyrico. Adherem ao vaso que as contem, são ás vezes, espumosas e fermentam rapidamente por via da sua riqueza em amido e em levados. Conservam o aspecto do conteúdo coecal. Encontra-se nella os pigmentos biliares no estado de estercobilina, que o sublimado córa de vermelho. A amylase é abundante. Ao microscópio as fibras musculares apparecem em estado de resíduos quasi inteiramente digeridos; existem poucos globulos de gordura, as celuljas de feculentos são abundantes e os grãos de amido não desapareceram completamente. Encontram-se numerosas bacterias ou clostridius corados de azul pelo iodo. A acidez volatil mais ou menos elevada traduz a intensidade das fermentações coecas.

A simples constatação de uma evacuação deste typo mostra que as fezes provém do cæcum mas não permitem concluir em uma lesão delle. Pôde-se observar fezes analogas em toda evacuação rapida do colon, sob uma influenza-nervosa ou mesmo com lesões situadas longe do cæcum. Esta syndrome coprológico toma, porém, um valor real quando outras signaes clinicos indicam que o cæcum está comprometido.

Si a estase coecal é accentuada, e não ha lesão da mucosa, as fermentações podem tomar uma actividade anormal.

As fezes são mais arejadas, espumosas, e desprendem

uma quantidade consideravel de gases. As bacterias pululam assim como os clostridios; a acidez é forte.

Si a mucosa está profundamente alterada, o aspecto das fezes se modifica grandemente. Produz, então, uma abundante secreção serosa ou sero-albuminosa que se putrefaz e dá uma reacção alcalina, um odor característico e uma coloração tanto mais escura quanto a putrefacção é mais intensa. Encontram-se, ás vezes, pequenos fragmentos de muco provenientes do cecum ou da ultima porção do delgado, corados de amarelo pela bilirrhina.

Existe, como em todo conteúdo cecal, algumas fibras musculares e gorduras em pequena quantidade. Mas o que domina, são os grãos de amido não atacados. Ao mesmo tempo as bacterias ou clostridios são raros ou faltam. A pouca acidez volatil, apesar da travessia rápida dos colons, traduz a intensidade das putrefacções cœcaes.

3." — Todos estes doentes apresentam perturbações mais ou menos accentuadas de seu estado geral. É uma consequencia habitual da constipação cecal. Na constipação, o ponto do colon onde são retidas as fezes, domina a symptomatologia. Si as fezes estagnam ao nível do S ilíaco ou do rectum, a retenção pode se prolongar longo tempo sem grandes inconvenientes. São reduzidas, com efeito, ao estado de scybalias duras, disseccadas, nas quais quasi toda a vida bacteriana se extingue: é um corpo estranho que o doente guarda em seu colon terminal; não é uma substancia toxica. As desordens que accarretam em tais condições são quasi que exclusivamente de ordem mecanica e nosso distinto collega Martim Gomes em sua brilhante conferencia do mez passado, dellas se occupou profiscentemente; como deveis estar bem lembrados.

Não acontece o mesmo quando a retenção se produz ao nível do cecum, em um ponto onde as fezes são ainda líquidas e onde a mucosa absorve facilmente. Todos os resíduos da digestão, hydrocarbonos, gorduras, albumina, podem dar origem a productos mais ou menos toxicos que serão absorvidos e acarretarão modificações do estado geral tão frequentes nestes doentes. Estas perturbações são tanto mais accentuadas quanto a diarréa é mais rara.

Se observa uma anemia mais ou menos accentuada correspondendo á uma diminuição dos globulos vermelhos. A pelle toma uma coloração escura, accentuada nas dobras de flexão e nas partes comprimidas pelas vestes. Emfim, a pelle, ordinariamente, é secca e os doentes têm frequentemente as mãos frias.

Queixam-se de uma fadiga habitual, de um mau estar ligado ao estado de indigestão chronica no qual vivem. As tendencias neurasthenicas se desenvolvem rapidamente assim como as perturbações psychicas nos predispostos.

Muitas vezes soffrem *demigraines* ou *cephalées* reincidentes as quais um laxante, oportunamente tomado, faz desaparecer. Emfim, pode-se notar perturbações das vias digestivas superiores. Durante os periodos de constipação os doentes accusam uma distensão penosa da região gastrica após as refeições. A lingua é habitualmente carregada, sobretudo em sua parte posterior. Os productos volatileis absorvidos ao nível do cecum e que são eliminados em parte durante a travessia pulmonar e acarretados pelo ar expirado, devem gozar seu papel neste estado subárral da lingua e no mau halito, ás vezes insupportável, de tais doentes.

Eis o conjunto de perturbações principaes, perfeitamente caracteristicos, e que constituem a syndrome commun em todos os casos. Longe iríamos e nos affastariam os do objectivo, si tentassem traçar o quadro clinico com-

pleto da auto-intoxicação intestinal, tal como ás vezes se apresenta.

O numero de operados com o diagnostico de appendicite chronica e nos quaes a suppressão do appendice não trouxe a cessação das dores é bastante consideravel para ter atraído a attenção dos cirurgiões e para tê-los incitado a procurar além a causa destas dores. Jackson, como muitos outros, tivera tais dissabores e não foi senão em 1902, á luz de constatações anatomicas, feitas em uma operada, que elle pôde edificar a historia de uma lesão da qual não está longe de fazer uma entidade anatomica e clínica e que descreveu sob o nome de *pericolite membranosa*.

Depois de uma experiência de 10 annos, o autor americano traça em uma substancial memoria, o quadro desta affecção tão curiosa e ainda pouco conhecida, nos *Annals of Surgery* 1913. Assim, não poderíamos andar melhor, do que trazendo para aqui o resumo deste interessante trabalho, aparecido nos Arch. das M. do App. Dig. no n.º 9 do mesmo anno 1913.

Eis, em primeiro lugar, brevemente relatado, o caso da doente na qual Jackson fez, por acaso, e pela primeira vez, suas constatações anatomicas. Tratava-se de uma jovem enfermeira, cujo passado era, em apparença, o da appendicite chronica com uma evolução intercortada de crises dolorosas.

Mas, no curso destas crises, não houve nunca modificações nem para o lado da temperatura nem do pulso e parecia que este não era o quadro nem da app. aguda nem da peritonite.

A palpação, toda fossa ilíaca direita era sensível, mas não havia localização precisa no ponto classico. O autor tornou a vel-a quatro annos mais tarde. No intervalo se deixou operar e seu appendice foi amputado. Mas, tendo as dores continuado, foi operado uma segunda vez: tiraram-lhe um ovario. Continuaram-lhe ainda as dores! Um medico consultado opinou pela extracção do outro ovario. Não partilhando desta maneira de ver e, diante da insistencia da doente, Jackson resignou-se a tentar a laparatomia exploradora.

A pequena bacia estava intacta. Intacto tambem o cecum e nem sombra de adherencia a seu nível.

Entretanto, para o lado do colon ascendente, havia lesões que chamaram imediatamente a attenção do operador.

Desde a embocadura do ileon até ao angulo sub-hepatico, este segmento do intestino grosso estava recoberto por uma membrana transparente, parecendo forrar o peritoneo colico, do qual era perfeitamente independente e sobre o qual se movia livremente. Originada do peritoneo parietal, para fora do colon, se perdia para dentro sobre o meso colon transverso; em cima, no peritoneo parietal posterior.

O colon ascendente, encurtado e estreito, amontoara-se na fossa lumbar e difficilmente podia ser atraído até a ferida. Não adheria a orgão algum e a membrana peritonea não lembrava em nada as laminas de adherencia peritoneaes. Parecia mesmo, sobre este ponto, ser uma formação anatomica super-ajuntada, mas não de ordem pathologica, pois a idéa não veiu então ao autor de achar uma correlação qualquer entre ella e as dores de que se queixava a doente. Por esta razão elle não tocou nella e limitou-se a fechar o abdome.

Naturalmente, as dores persistiram e Jackson não encontrou nada melhor par a explicá-las do que atribui-las á neurasthenia!...

Hoje, a custa de numerosos outros factos, o papel gozado por esta membrana pericolica lhe parece demonstrado e é a ella que elle aconselha se dirigirem para evitar as perturbações funcionaes de que é a causa primeira.

No curso das intervenções sobre o vivo, eis os diversos aspectos sobre os quaes Jackson viu a membrana pericolica. Ora, partindo do peritonco parietal immediatamente para fóra do cæcum, se dirige directamente para cima e desapparece sobre o ligado, perdendo-se no meso colón transverso. Oratermina sob a face inferior do ligado adiante do ponto de reflexão normal do peritoneo.

Umas vezes parece nascer em cima e descer sobre o colon ascendente e terminar ao nível da juncção cœcal. Outras vezes ella cruza sobre o colon transverso e lhe imprime uma direcção paralella a do colon ascendente. Em um caso a membrana era tão densa e espessa que tinha perdido a sua transparencia e occultava intimamente o colon subjacente. Como ultima modalidade o autor a viu attingir os 30 primeiros cm. do jejuno que comprimia, dando lugar a symptomas de estenose pylorica que tinham motivado a intervenção. Nos casos recentes, a membrana deixava ao intestino pouco mais ou menos toda sua liberdade o que não acontece nos casos antigos em que ella determina para o lado do intestino cotovelos e deformações taes que equivalem a uma obstrucção mais ou menos completa. Facto notável, o cæcum quasi nunca está em relaçao com a membrana. E' encontrado geralmente distendido e mais delgado que o colon suprajacente. O appendice é, geralmente normal, salvo quando elle está em posição ascendente sobre o lado externo do cæcum. Então, pela membrana está applicado ao colon. (Obs. IV)

Etiologia. As numerosas hypotheses emitidas a este respeito pôdem se resumir a tres theorias principaes: Congenita, mechanica e inflammatoria.

I. *Theoria congenita:* Para Mayo, se trata do peritoneo normal que não se applicou intimamente ao colon. Keller (de Galveston) pensa que a membrana não é mais do que o prolongamente estirado e adelgado do bordo do grande epiploon adherente ainda ao colon ascendente antes da torsão e desclida do grosso intestino. Cita como provas a disposição dos vasos e a continuidade muito frequente da membrana com o grande epiploon. Esta maneira de ver é tambem a de Cotti (de Lyon). Segundo Jackson si a membrana fosse de origem congenita deveria ter sido notada em crianças e todas as observações publicadas até então dizem respeito a adultos. Lavaenf — Jornal de cirurgia — 1914 — fez estudos a este respeito e em 50 necropsias de crianças encontrou em 19 (38%) a persistência do diverticulo epiploico; em alguns casos com disposições identicas ás citadas por Jackson o que vem apoiar esta theoria.

2.º *Theoria mechanica.* E' a theoria de Arbuthnot Lane que descreveu, ao nível da terminação do ileon e sobre o colon, uma série de cotovelos e adherencias, destinadas primitivamente a opporem-se á queda dos diversos segmentos do intestino grosso, mas que, ultrapassando o fim, podem ás vezes tornarem-se causa de obstrucção. Tudo seria determinado pela constipaçao. Jackson crê, ao contrario, que estas adherencias não são senão sua membrana pericolica e que, longe de ser causa, a constipaçao é um efecto destas adherencias que trazem grande impedimento á mobilidade e á permeabilidade do intestino.

3.º *Theoria inflammatoria.* A inflamação teria por ponto de partida o colon em si ou num orgão adjacente. Para certos autores o orgão mais responsavel é o appen-

dice. Vem em seguida a vesicula biliar. Mesmo quando estes orgãos foram suprimidos as adherencias pericolicas que provocaram persistem e com elles as perturbações funcionaes. (Obs. III) Mas, em geral, se admite que a infecção tem sua origem no colon mesmo. Tratar-se-ia quasi sempre de infecções attenuadas e mais ou menos prolongadas. Em fim de contas, Jackson é de opinião que a membrana pericolica reconhece provavelmente uma multidão de causas. Ha casos onde a origem inflammatoria é fóra de dúvida; outros, onde a origem congenita parece certa.

Mas, na maioria dos casos, elle admite que se trata de infecções muito attenuadas tendo sua fonte na luz do grosso intestino.

Symptoms. Jackson impressionou-se de tal modo com a concordancia dos symptoms na maioria dos casos que observou que foi levado á concepção de uma entidade clínica cujo diagnosticó podia-se e deve-se fazer antes da intervenção. Sua experiença é baseada sobre uma série de 35 casos e é sobre este conjunto que se julgava autorizado a lançar as bases da syndrome clínica da qual vamos passar em revista os elementos essenciais:

I — *Dôr.* — E' o symptom dominante, o que leva o doente ao cirurgião. Sua intensidade é variavel. A principio, os intervallos de calma são numerosos e longos, mas logo se fazem mais raros e, em um momento dado, as dores tornam-se continuas, com exacerbâncias. Se diffundem á toda a metade do abdômen as vezes com predilecção para a região cœcal ou para o angulo sub-hepatico.

Geralmente as crises não se acompanham de febre nem de alteração do pulso. Mais raramente se localizam no epigastro.

2.º — *Sensibilidade e pressão.*

E' diffusa, não se acompanha de contractura da parede. Pôde dar lugar á uma hyperesthesia cutanea, tornando insopportável o contacto da roupa. No meio das dores diffusas e predominando na metade D. do ventre, nota-se, muitas vezes, pontos mais particularmente sensíveis; na região do appendice e sob o rebordo costal.

São estas localizações que fazem desviar o diagnosticó para o lado do ovario, do appendice e da vesicula. Mas, procurando bem, vê-se que os symptoms particulares desta serie de affecções fazem falta.

3.º — *Constipaçao.*

Nos casos typicos ella existe, rebelde. Não é raro que uma bona evacuação do intestino traga uma melhora, mas esta é geralmente de pouca duração. A constipaçao pôde preceder á dor de varios annos. Em geral, quando as dores se installam a constipaçao se accentua.

4.º — *Tympanismo.*

Sobre tudo para o baixo ventre e é devido á distenção do caecum. A palpaçao permite verificar esta distenção e ella provoca ao mesmo tempo gargarejos. A pressão sobre o cæcum, favorecendo a passagem dos gizes, traz muitas vezes, alivio. E' neste sentido que actua a massagem abdominal bem conduzida.

5.º — *Diarréa mucosa.*

Nos casos antigos, a constipaçao alterna com a diarréa. Mesmo nos casos leves é raro que um exame attento não descubra numa certa quantidade de mucus nas fezes.

6.º — *Perturbações gastricas.*

As perturbações da digestão faltam raramente e condu-

zem frequentemente ao diagnostico de gastrite chronica ou de ulcera simples. (Obs. I) Nem a diéta, nem mesmo o jejum têm ação sobre elles. Nem guardam nenhuma relação com o tempo da digestão. Após a administração de um purgativo elles se attenuam ou mesmo desapparecem para voltar logo.

7.º — *Emmagrecimento e hypotonia.*

A medida que a afecção evolue ella compromette a nutrição do individuo o qual entra a emmagrecer; seus músculos perdem a tonicidade; sente-se fatigado, sua tez torna-se terrosa. Em um momento dado vê-se instalar o quadro completo da auto-intoxicação.

8.º — *Neurasthenia.*

E' o termo do estado morbido. Os diversos symptoms se exageram.

Diagnóstico.

Jackson o acha relativamente facil e nunca o fez que a operação não confirmasse. O exame radioescópico, após ingestão de bismutha, fornecem dados preciosos, mostrando uma estagnação na região ileo-cecal, muitas vezes com dilatação e ptose do caecum. Elle pôe também em evidencia, por exames repetidos, o retardamento da circulação das matérias nos pontos onde a membrana realizou um certo grão de obstrução; fim do ileon, caecum, angulo sub-hepatico etc. O exame coprologico pôde dar também, informações preciosas sobre o estado da digestão intestinal, da mucosa do colon, do grão das putrefacções e fermentações etc. como já vimos na 1.ª parte deste estudo.

Sob o ponto de vista do *diagnóstico diferencial* ha algumas afecções com as quais a confusão é possível. São: a appendicite a cholecystite, a ulcera do estomago, a ovarite, acolite chronica, o cotovelo ou dobrão de Lane, e a lithiasi renal. Segundo o autor os principaes elementos do diagnóstico são:

1) *Appendicite chronica.*

E' a causa de erro, a mais frequente, acarretando muitas vezes uma intervenção inutil. (Obs. III e IV) A dor é nella mais localizada, as vezes em um ponto extremamente preciso e despertado pela simples pressão da polpa do index.

Na pericolite, ao contrario, é diffusa e não pôde ser localizada nem mesmo com toda a mão. E, quando se pede ao doente para mostrá-la elle designa toda a metade D. de seu abdomen. E' verdade que ao lado da dor diffusa pôde haver regiões se destacando do conjunto por uma sensibilidade mais viva; ponto de M. Burney por via da dilatação do caecum e a região sub-costal, correspondendo ao angulo direito do colon.

Mas, mesmo então, estas localizações não têm a presisão das da appendicite ou da cholecystite chronica.

De resto, é classico observar, na appendicite, a dor no epigastro e não é sinão no momento de uma reacção peritoneal na região do appendice que os signaes se localizam nitidamente na fossa iliaca.

Na pericolite, a dor quasi nunca vai ao epigastro. Pôde haver perturbações gastricas mas raramente dor localizada no estomago.

2) *Cholecystite.* O cotovelo frequente do angulo sub-hepatico do colon e a dor que provoca explicam que se tenha incriminado, erradamente, a vesícula biliar.

O diagnóstico não é sempre facil, pois, mesmo com uma cholecystite calculosa inveterada, ictericia e colica hepá-

tica podem faltar. O unico elemento é a localização da dor; diffusa na peric., ella assenta justamente sob a 9.ª costela quando a vesícula está em scena. Tambem na pericolite as irradiações para a espadua, faltam em geral.

3) *Ulcera do estomago.* As perturbações digestivas são muito freqüentes e as vezes tão predominantes na pericolite que é forçoso pensar na ulcera. Mas não revestem nenhum tipo definido e sobre tudo não estão absolutamente em relação com a ingestão dos alimentos. Só as evacuações intestinais têm influencia sobre elles.

4.º *Ovarite.* O erro se explica pela queda frequente no pelvis do cæcum distendido.

Um exame ginecologico minucioso permite quasi sempre relacionar as dores à sua verdadeira causa.

5.º *Colite chronica.* O que caracteriza a colite é a diarrhoea com expulsão abundante de mucos.

Na pericolite membranosa a diarrhoea é relativamente rara e o muco pouco abundante. Longe de fazer da colite uma causa possivel da pericolite, Jackson quer que seja a estase devida à membrana que, com o tempo, determina uma inflamação chronica do grosso intestino.

6.º *Cotovelo de Lane.* (Lane's Kink). Em sua forma typica e isolada esta lesão simula antes a appendicite chronica do que a molestia de Jackson, com esta diferença que a dor, bem localizada, assenta um pouco mais em baixo e perto da linha mediana. Em caso de duvida o exame radioescópico permite distinguir o cotovelo da appendicite. Mas, as vezes, associam-se estas duas (peric. e cot. Lane) e, em tues casos se confundem. Por isto é de praxe, quando se opéra, inspeccionar a terminação do ilíaco.

7.º *Lithiasi renal.* Jackson supõe o erro theoricamente possivel. Com efecto, elle nunca foi cometido e a lithiasi renal comporta signaes tales que a confusão não parece muito provável.

TRATAMENTO

O autor encara successivamente o tratamento medico e o cirurgico.

I — TRATAMENTO MEDICO

Nos casos recentes, quando a membrana não teve ainda tempo de provocar perturbações mecanicas, um tratamento não operatorio pôde ser instituido e dar bons resultados. As linhas geraes deste tratamento são as seguin-

1) assegurar uma evacuação perfeita do intestino grosso. 2) instituir um regimen dietetico que erduza ao minimo os phenomenos de fermentação e de putrefacções intestinais. 3) estimular (p. ex. com a massagem) a tonicidade enfraquecida da parede colica. 4) realizar a antisepsia intestinal por meio de lavagnes ou de medicamentos judiciosamente empregados. 5) emfim, pelo emprego de cintos apropriados, remediar os vicios da posição e as mal formações possíveis do intestino.

II — TRATAMENTO CIRURGICO

As tentativas operatorias variaram segundo a concepção sobre a natureza da molestia. Lane, atribuindo papel principal á constipação, procurou combatê-la a principio reduzindo o circuito colico pela ileo-sigmoidostomia; mais tarde supprimindo todo ou quasi todo o grosso intestino. Mas a colectomia comportava uma mortalidade elevada e o cirurgião inglez parece querer voltar á ileo-sigmoidostomia com uma modificação de technica, impedindo o refluxo de uma parte das matérias na metade direita do colon. Subscreve que logo ocupam hoje a cæcostomia e a appendicostomia no tratamento das colites chronicas graves. Jackson está

convencido que bom número destas colites não são, na realidade, sinão pericolites. Enquanto a fistula persiste, tudo vai bem. Fechada, todos os symptomas reapparecem.

E' preciso evitar o obstáculo mecanico, a membrana e em seguida, si ha razão para isto estabelecer a fistula afim de tratar-se directamente a mucosa suposta alterada. Outros, tendo em vista o cæcum prolabado e móvel, preconizaram o "cæco pexia". Outros, ainda, só encarando a dilatação do cæcum, recorreram ao franzimento (plication) do órgão. Mas, no entender de Jackson, mobilidade e dilatação cæcal, sendo uma consequencia do obstáculo no colon ascendente, o efecto destas intervenções só poderá ser transitorio. Para elle a therapeutica cirurgica deve visar dois pontos essenciais: o primeiro, consiste em *remover o obstáculo*, representado pela membrana; o segundo, complementar do primeiro, consiste em *combater a atonia e a grande mobilidade* do cæcum por um dos processos mencionados acima. Esta conducta foi dictada a Jackson por alguns insucessos que seguiram-se ás suas primeiras operações, quando limitava-se exclusivamente a atacar á membrana, sobretudo nos casos antigos e grave.

Entre a "cæco-pexia" e o franzimento do cæcum, elle dá preferencia a este ultimo que pode ser praticado no sentido vertical ou transversal.

Quanto á membrana, Jackson preconiza sua extirpação completa, aliás facil de realizar.

Em resumo, não ha um methodo que possa ser adoptado em todos os casos e o cirurgião deve estar armado em face das numerosas eventualidades que podem se apresentar com a abertura do ventre. O methodo de escolha consiste na excisão da membrana seguida de franzimento do cæcum. A drenagem directa por entero-anastomose (cæco-sigmoidostomia sobretudo) e a colectomia parcial, são methodos de excepção.

LINGUAGEM MEDICA

pelo Dr. Raul Pilla

ESFREGADO

Procurando uma tradução adequada para o vocabulário francês *frottis*, aceita e preconiza o ilustre Dr. Plácido Barbosa o termo ESFREGAÇO, adoptado no Instituto Osvaldo Cruz, do Rio-de-Janeiro, sem aludir ao emprégo do termo ESFREGADO, nesta secção lembrado para traduzir com propriedade a referida expressão francesa.

Igualmente, o ilustre colega DR. R. M., ao fazer a sua critica a *esfregaço*, não fez nenhuma referência a *esfregado*.

Assim é que eu desconhecia por completo este último termo e a él cheguei por simples analogia, levado que fui, após a leitura do artigo do Dr. R. M. nesta revista, a procurar um sucedâneo conveniente para *esfregaço*.

Acontece, porém, que o termo lembrado, *esfregado*, já era usado na acepção de *esfregaço* e, mais do que isto, estava já abonado por uma verdadeira autoridade. Devo o conhecimento do facto, que ignorava, à gentileza de um ilustre colega, a quem deixo aqui os meus agradecimentos.

Com efeito, *esfregado*, e não *esfregaço*, emprega o ilustre professor Raul Leitão da Cunha em seus dois livros, *Microbiologia e Técnica de Anatomia Patologica*. Portanto, se não bastasse os argumentos já aduzidos para justificar o termo, seria suficiente a autorizá-lo o emprégo, que déle fez o Ilustre professor da Faculdade do Rio-de-Janeiro.

Quanto a mim, só devo congratular-me com a coincidência, que vem demonstrar o bom fundamento do vocabulário em questão.

REVISTA DAS REVISTAS

James Norment Baker — Hernia da bexiga. — *Annals of surgery* — May 1922. — Inspirado em um caso de hernia inguinal estrangulada em que uma parte da parede interna e posterior do sacco era constituída por um verdadeiro divertículo da bexiga, que foi aberto durante a operação e fechado com uma sutura dupla de catgut chromado o A. faz em resumo um estudo sobre as hernias da bexiga e chega as seguintes deduções práticas: em todas as grandes hernias inguinales, especialmente nas de individuos com idade avançada e nos que manifestam hypertrophy prostática ou outros signaes de função vesical perturbada, a possibilidade de comprometimento da bexiga deve sempre ser admittida e com a devida cautela observada. O mesmo devemos fazer em todas as hernias inguinales directas, sem ntar o tamanho e a idade e em todas as operações por reprodução de hernias. Isto se justifica porque as reproduções são notoriamente do tipo directo e porque adherencias e distorções do cólo do sacco desde a primeira operação podem determinar tracção e deslocamento da hexiga. Em todas as hernias que apresentam uma quantidade anormal de tecido gorduroso, intimamente associado com o sacco ou na vizinhança da fossa inguinal média, a possibilidade de traumatismo da bexiga é aumentada e este signal de perigo nunca deve ser esquecido.

Pathogenia, tratamento e prophylaxia dos prolapsos uterinos, por A. Mayer. — (*Zeitschr. f. Aerztl. Fortb.*)

Após um acurado estudo sobre as numerosas theories pathogenicas do prolápso uterino, Mayer conclue que a pressão de cima para baixo (pressão intra-abdominal, tumores e proprio peso do órgão) é o grande factor destes prolapsos uma vez diminuídos na sua resistencia os meios de fixação do utero no seu lugar.

Menciona os interessantes estudos de Halbau e Tandler; estes dous pesquisadores consideram os prolapsos como si hernias fossem. Toda vez que o hiato genital não é suficientemente fechado, a pressão intra-abdominal impelle os órgãos, parcial ou totalmente através deste "ponto henniario", d'ahi, retrocele, cystocele, alongamento da cervix e prolápso uterino.

Das causas que diminuem a resistencia deste hiato genital, realça primiparas edosas, intervenções obstétricas, trabalhos physicos exagerados; entretanto dá efficiente importancia ao factor decorrente da preparação e apparição lenta e gradativa dos prolapsos, acredita mesmo numa predisposição individual.

Para Mayer, a influencia do traumatismo como causa directa primitiva é muito rara; quasi sempre, este factor causal, entra como elemento secundario, ocasional. Via de regra um traumatismo agrava um prolápso anteriormente existente.

O tratamento dos prolapsos comprehende o uso de "anels" e pessarios; therapeutica, aliás, muito prolongada, grande numero de vezes mal tolerada pelas pacientes, apresentando tambem suas multifarias contra-indicações.

A seguir ventila a questão muito importante do prolápso uterino, complicando a gravidez, parto e puerperio em suas diversas phases; tambem chama a attenção para a esterilidade consecutiva a estes deslocamentos uterinos.

O tratamento operatorio tem suas precisas indicações e contra-indicações. Os methodos operatorios consistem em suspensão do utero, intervenções vagino-perineas, e finalmente, os methodos mixtos, que consistem na combinação dos dous precedentes.

Qualquer que seja o metodo operatorio escolhido, deve-se com Kronig-Döderlein, ter em mira tres pontos principaes na technica cirurgica: 1.º posição do utero; 2.º largura do hiato genital no periodo de repouso dos musculos respectivos, bem como a potencia do elevador do anus; e 3.º as relações entre a vagina e os musculos perineas.

A prophylaxia do prolapsus deve encarar o problema do parto sob as multiplas modalidades clinicas e portanto therapeuticas; as intervenções manuas ou instrumentais, principalmente nas primiparas. Evitar durante o puerperio o levantar e trabalhar precoce, maximamente, após um parto laborioso com ou sem intervenção.

Meyer, conclue seu bello trabalho, declarando que o problema do prolapsus deve ser resolvido ainda sob o ponto de vista anatomico, cirurgico e social.

O diagnostico da variola pela inoculação da cornea do coelho, Dr. W. H. Hoffmann — (Cronica medico-quirurgica de La Habana, Setembro 1921). — Quando se fazem pequenas lesões superficiais na cornea do coelho, e estas sendo infectadas com material proveniente de casos de variola, aparece no fim de 24 a 36 horas, uma proliferação do epithelio no lugar da inoculação, que mui cedo mostram uma grande tendencia de invasão das partes vizinhas, causando uma descamação epithelial nas partes centraes; é esta a base do metodo de Paul para o diagnostico da variola. O resultado é positivo em 90 à 95 % dos casos.

A varicella não dá uma reacção semelhante; a vacina é um tanto parecida, porém as proliferações são mais difusas e mais confluentes.

O lado pratico do metodo de Paul reside no facto de que, os focos de infecção corneana do coelho não sendo suficientemente apparentes no olho vivo, as lesões tornam-se muito nitidas no olho enucleado e imerso numa solução alcoolica de bichloreto de mercurio.

WEBER

Lombard — (Alger) — Callo tumido do humero. — (Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, Julho 1921 pag. 36). — As crianças muitas vezes apresentam, ao nível de um osso longo fracturado, callos volumosos, podendo parecer tumores; particularmente no femur e no humero uma fractura parcial, com encravamento ou subperiostica, pode passar despercebida, porém varios meses depois aparece uma tumefação dura, ossea, com dilatação das veias subcutâneas; pensamos em um osteosarcoma. Operamos, e sob uma delgada linha osssea, cahimmos em tecido de cor vermelha, carnudo e fibroso; o exame histologico mostra no centro, cellulas volumosas de nucleos fusiformes (o que confirmaria o diagnostico de sarcoma) porém, nas extremidades, contíguo ao osso são, encontramos osteoblastos, traves osseas em via de desenvolvimento, e na realidade o tumor é um *callo*.

Outras vezes, a intervenção conduz a uma cavidade de varias lojas, sem parede propria e contendo um liquido seroso ou hemático. Em ambos os casos a operação conservadora é seguida de cura durável; porém, convém saber que, abandonados estes *callos tumidos* ficam estacionarios e não prejudicam a função do membro; muito melhor, as *fracturas iterativas* de que elas podem ser a sede condamnam a uma consolidação perfeita.

O autor cita o caso seguinte: um pequeno arabe, de 4 anos, teve uma fractura acima do cotovelo, immobilizado por talas; no levantamento do apparelho, o braço, no seu

terço inferior é tumofeito e ligeiramente deformado. Esta tumefacção nunca retrocedeu (fig. 1), porém, o menino não teve prejuizo algum, pois trabalhava como jardineiro. Com 16 annos, queda de um tramway, fractura do humero. A radiographia mostra um humero tumofeito na parte inferior da diaphyse, uma delgada casca ossea (fig. 2) circumscreve uma especie de tumor, de fundo claro com traves osseas; fractura na parte superior do tumor — apparelho de gesso que é levantado ao cabo de 20 dias; nova radiographia (fig. 3), verificou-se um trabalho de condensação no tumor e uma bainha pericística reune os dois fragmentos. Um mes depois, o paciente recuperou o uso de seu braço.

NOGUEIRA FLORES

A. Barthelemy — Algumas noções recente sobre o sys-thema nodoso — Gaz. des Hopitaux n.º 41 — 27 de Maio de 1920.

O erythema nodoso é uma affecção de symptomas geraes, via de regra leves, e seguidos de symptomas locaes; tem uma duração media de 3 a 6 semanas, sob a forma de surtos successivos.

O autor afirma que ha um erythema nodoso "syndromico", que pode ser produzido, ao menos por duas infecções differentes, a tuberculose e syphilis, pois o agente pathogénico d'estas infecções, foi achado nos nodulos.

Além d'isso, é muito provavel que numerosas infecções constituam a base do erythema nodoso, pois a hemocultura foi farta vez positiva para agentes pathogenicos diversos.

Chega-se assim, ao desmembramento pathogenico do erythema nodoso, que aliás, não é mais do que um dos elementos do erythema polymorpho, tão frequente no evolver das infecções e intoxicações as mais diversas.

Barthelemy, considera o erythema nodoso como um modo de reacção muito geral dos tegumentos, em relação á toxinas as mais diversas, microbianas ou não microbianas. Conclue comparando as roseolas com os erythemas nodosos.

Weber

E. Sergeant — Glandula thyroide e rheumatismo. — (Archivos de Medicina, Cirugia y Especial, n.º 43, Abril 1922).

Admitte-se a existencia de relações entre as diversas formas de rheumatismo articular, agudo ou chronico e as perturbações funcionaes da thyroide. Tem-se observado, que os accessos agudos de rheumatismo articular acompanharem-se de signaes thyroideos, e quando a acção medicamentosa do salicylato de sodio falhava, sua acção therapeutica se fazia sentir administrando thyroïdina, suprindo, assim, a insufficiencia da glandula. E' tambem de observação, aparecer rheumatismo chronico durante um syndroma de insufficiencia thyroidica, que, clinicamente se manifesta por psorias, mixedema ou esclerodermia.

Weber

N. Aurs Nicolaysen — Um caso de ruptura espontanea da bexiga, curado sem operação. — Acta Chirurg, Scandina-via, Vol. 54, fasc. 5, Abril 1922.

O auetor relata minuciosamente um caso de ruptura espontanea da bexiga, no qual, em absoluto está excluída a influencia d'um trauma. Uma vez feito o diagnostico, indicou á intervençā cirurgica, com o que entraram em desacordo os parentes, pelo estado desesperador do paciente. Limitou-se, portanto ao catheterismo de demora; teve alta curado, 33 dias após a sua entrada ao hospital.

Quanto a causa d'esta ruptura espontânea, Nicolay-sen incriminou não só a natureza luetica do paciente, bem como uma perturbação vesical de origem nervosa central.

Chama muito a attenção sobre os signaes uremicos, como verificou pelas dosagens de uréa sanguinea e urinaria; mostra ainda o grande interesse pratico do seu caso de cura pela therapeutica conservadora.

Saliente ainda o exame do liquido catheterizado, como factor decisivo para o diagnosticó.

Contra-indicação da intervenção são os estados uremicos em muitos desses casos, confirmados pela retenção azotada, indicando então, o methodo conservador.

Weber

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DE ESTUDOS MEDICOS DO "VEREIN FÜR AERZT-LICHE FORTBILDUNG" DE BERLIM

La Asociación de Médicos de Berlin (Verein fuer Arzliche Fortbildung in Berlin) empeñada en contribuir en la medida de sus facultades a que los adelantos y progresos de la Medicina estén al alcance de todos los colegas inaugurará a principios de octubre de este año cursos que abarcan todos los ramos de lo Medicina. Estos cursos están destinados a los médicos prácticos y especialmente a los colegas hispano-americanos. En ellos se estudiará todo lo más reciente en las diversas especialidades de la Medicina, no solo desde el punto de vista científico y teórico, sino práctico, y los médicos que tomen participación en estos cursos asistirán a clases prácticas de clínica.

Para aquellos que no sepan el alemán se harán cursos especiales en su propio idioma.

Y a fin de que todo quede completamente instalado para la fecha de apertura de los cursos se suplica a los colegas que quieran tomar parte en ellos se inscriban con la mayor anticipación posible.

Los médicos de Berlin, deseosos de estrechar cada dia más las relaciones profesionales y personales con los colegas hispano-americanos abrigan la esperanza de que serán numerosos los que asistan a los próximos cursos, y se alegran ante la perspectiva de conocerlos personalmente, cambiar ideas e impresiones, y al recibirllos como huéspedes de Berlin e hacerles los honores de la capital alemana.

Por más detalles dirigirse al secretario de la Asociación: Dr. Ritter, Berlin W 15, Kurfürstendamm 54.

I. ENFERMEDADES INTERNAS

a) Estudio clínico de la tuberculosis (tuberculosis pulmonar y su tratamiento específico, tratamiento del neumotorax, tratamiento en sanatorios, tuberculosis de los demás órganos).

b) Estudio clínico de las enfermedades del corazón (diagnóstico con los rayos X, medida de la presión de la sangre, electrocardiograma, tratamiento de Albrecht para las enfermedades del corazón, métodos fisioco-terapéuticos).

c) Estudio clínico de las enfermedades de los riñones.

d) Endocrinología.

e) Estudio clínico de las enfermedades de la nutrición y asimilación.

f) Enfermedades infecciosas agudas.

g) Trabajos prácticos en todos los ramos de la medicina interna.

LIVROS DE MEDICINA

THERAPEUTICA DAS MOLESTIAS INTERNAS

(Therapeusis of Internal Diseases)

REMEDIOS E MODOS DE EMPREGAL-OS — TRATAMENTO

Uma obra que abrange a therapeutica em geral, feita por autores que tem empregado os remedios e presenciado os effeitos, analyticamente disposto para que não escape nenhum detalhe de valor. Obra de Frank Billings, S. M., M. D. Professor de Medicina da Universidade de Chicago. Escripta em collaboração com 70 autoridades competentes na materia. Cinco volumes encadernados em panno, com 4.500 paginas e com um indice separado. Preço, 240\$000.

MEDICINA MONOGRAPHICA

(Monographic Medicine)

CLINICA MEDICA — OS MELHORES METHODOS PARA O DIAGNOSTICO

É uma obra de grande valor tanto para o medico como para o cirurgião. Detalha os grandes aadean-tamentos da medicina e acquisições da anatomia pathologica funcional. Explica as enfermidades, os ensaios para o diagnostico, sua differenciação, seu prognostico e methodos de tratamento. Escripta por Lewellys F. Barker, M. D. (Tor.), Ll. D. Professor de Medicina Clínica, na Universidade de Johns Hopkins. Em collaboração com tres outros especialistas proeminentes: Drs. Hewlett, Russel y Elsner. Seis volumes, encadernados em panno, indice separado, com 6.922 paginas, 1.039 gravuras das quaes 26 colo-ridas. Preço, 288\$000.

THERAPEUTICA OPERATORIA — TECHNICA CIRURGICA

(Operative Therapeusis)

O QUE SE DEVE FAZER — MODO DE FAZEL-O

Obra de Alexander Bryan Johnson, Ph., B., M. D. Professor de Cirurgia Clínica no Collegio Medico da Universidade da Columbia, Cirurgião Consultor no Hospital de New-York, etc., etc., Cinco volumes, encadernados em panno, contendo 4.063 paginas e 2.100 gravuras no texto. Preço, 240\$000.

Vende-se na LIVRARIA DO GLOBO
RUA DOS ANDRADAS Ns. 272-274

II. ENFERMEDADES GASTRO-INTESTINALES

- a) Práctica clínica en el diagnóstico y la terapéutica de las enfermedades gastro-intestinales.
- b) Diagnóstico químico de las enfermedades gastro-intestinales con presentaciones de enfermos y trabajos prácticos.
- c) Diagnóstico por medio de los rayos X de las enfermedades gastro-intestinales y de las del esófago. Trabajos prácticos en este diagnóstico.
- d) Trabajos propios e independientes en enfermedades del esófago, estómago e intestinos.

III. ENFERMEDADES DE NIÑOS

En la sección de enfermedades de niños los que asistan a los cursos tendrán ocasión de conocer la fisiología y patología infantiles con el auxilio de trabajos prácticos.

- a) Se harán cursos sobre las enfermedades de los niños de pecho en el ambulatorio y en el hospital.
- b) En los asilos se enseñará el cuidado asistencia y alimentación de niños sanos tomando en consideración las condiciones individuales y se dará enseñanza práctica en la preparación de substancias alimenticias para niños de pecho sanos y enfermos.
- c) Se darán horas de consulta para cuidados de los niños con la asistencia de los que asisten a los cursos.
- d) En laboratorios especiales se podrán estudiar todas las cuestiones que se relacionan con la química clínica, la bacteriología y la serología infantiles.
- e) Por último se tratará por médicos especialistas de la cirugía infantil así como de la enseñanza y tratamiento de las deformidades y anomalías de desarrollo infantiles.

IV. ENFERMEDADES NERVIOSAS Y MENTALES

- a) Diagnóstico de las enfermedades nerviosas.
- b) Electro-diagnóstico y electro-terapéutica.
- c) Inspección y palpación del cuerpo normal, es decir, estudio de la anatomía en el cuerpo vivo.
- d) Clínica psiquiátrica.
- e) Curso práctico de diagnóstico serológico y métodos de examen del líquido lumbar y de la técnica de la función lumbar.
- f) La tabes dorsalis con estudio especial de su terapéutica gimnástica (método de Fraenkel).
- g) Práctica spiquiátrica de medicina legal.
- h) Práctica neurológica.

V. CIRURGIA

- a) Clínica quirúrgica y demostraciones en los hospitales.
- b) Cirugía para el médico práctico en las policlínicas.
- c) Cirugía de accidentes con trabajos prácticos.
- d) Curso de las operaciones plásticas y protesis de parafina.

VI. ORTOPEDIA

- a) Arreglo del aparato de entabillar de Hessing y de su corsé de apoyo.
- b) Práctica en la técnica de yeso.
- c) Trabajos prácticos en el tratamiento de la escoliosis.
- d) Clínica de cirugía ortopédica (encaje de las luxaciones congénitales coxofemorales y su tratamiento posterior, pie zambo, transplante de tendones, ostentomia y osteoclasiá, métodos ortopédicos de enderezamiento, tratamiento de las luxaciones tuberculosas de huesos y articulaciones de las deformaciones raquíditas, plásticas óseas.)

LABORATORIOS M^{ce}. ROBIN

13, Rue de Poissy — Paris

Contra: Molestias nervosas, Fadiga cerebral, Irritabilidade nervosa das senhoras e das moças, alteração neuropathica das crianças. — Dose: 10 a 20 gotas para as crianças, 20 a 30 gotas para os adultos — 40 gotas equivalente a 1 gr. de brometo de potassio.

BROMONE ROBIN

(Peptonato de Bromo) — Bromo orgânico assimilável, não produz bromismo

Recomendado especialmente nos casos de Fraqueza, Depressão nervosa, Neurastenia e Convalescência

STRYCHNARSITOL ROBIN

Empolas)

Combinação muito feliz e inteiramente assimilável de methylarsinato de estrochinina, arsenico e nucleophosphate de cal e soda

Único representante no Brazil: **R. AUBERTEL**

Rua da Alfandega, 114 sob. — Caixa postal 1344 — RIO DE JANEIRO
TELEPHONE N. 4633

N. B. — A quem os senhores meídos pôdem-se dirigir para informações

- e) Curso de protesis.
- f) Pie zambo equino.
- g) Tratamiento operativo del labio leporino y palatum scissum.

h) Introducción en la legislación social y participación en el tratamiento y dictamen de casos de enfermedades provocadas por accidentes.

VII. ENFERMEDADES DE LOS OJOS

- a) Clínica de las enfermedades de los ojos.
- b) Curso oftamoscópico y de examen de los ojos para recetar anteojo.

VIII. CINECOLOGIA Y PARTO

- a) Clínica cinecológica con demostraciones y trabajo práctico.
- b) Práctica de ostetricia.

IX. ENFERMEDADES DE OÍDEOS, NARIZ Y GARGANTA INCLUYENDO LAS PERTURBACIONES DEL LENGUAJE

- a) Clínica de las enfermedades de oídos, nariz y garganta con demostraciones y trabajos prácticos.
- b) Broncoscopia y la laringoscopia.
- c) Examen funcional del aparato vestibular y coclear.
- d) Fonética.
- e) Operaciones en el cadáver.

X. UROLOGÍA

- a) Clínica urológica.
- b) Química y bactereología de la orina.
- c) Endoscopia de la vejiga y uretra incluyendo examen funcional de los rifones.
- d) Operaciones en animales y en el cadáver.
- e) Examen urológico con los rayos X.

XI. DERMATOLOGÍA

- a) Clínica de las enfermedades de la piel y veneras.
- b) Cursos especiales de dermatología (reacciones de Wassermann, Meissner, Sachs-Georgi) cosmética y trabajos prácticos.

XII. FARMACOLOGÍA, MEDICINA LEGAL Y MEDICINA SOCIAL

- a) Curso de medicina legal y práctica de dictámenes de medicina legal.

XIV. FÍSICO-TERAPEUTICA

- a) Diagnóstico y terapéutica con los rayos X.
- b) Tratamiento con los rayos ultra violeta.
- c) Diatermia con corrientes de alta frecuencia.

XIV. FÍSICO-TERAPÉUTICA

- a) Electro-diagnóstico y electro-terapéutica.

- b) Masaje y gimnasia-terapéutica.
- c) Hidro-terapéutica.

XV. BACTEREOLOGIA, MICROSCOPIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA

- a) Curso práctico de bacteriología.
- b) Curso práctico de química clínica y microscopía (serología).
- c) Curso de los métodos de examen químico-microscópicos.
- d) Enfermedades de la sangre y desarrollo de la sangre.
- e) Anatomía patológica y técnica de autopsias.
- f) Curso de histología patológica.

CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DE ESTUDIOS MÉDICOS EN KARLSBAD

La ciudad de Karlsbad (antes Austria, ahora Checoslovaquia) prepara como en otros años un Congreso para la ampliación de estudios médicos en el cual tomarán parte las primeras autoridades médicas del mundo (Abderhalden-Halle, Michaud-Lausanne, Einhorn-New-York, Burke-Buffalo, Robertson-Chicago, Augustin Ganoza-Lima, actual Ministro de Pern en Londres, Stutzin-Berlín etc., etc.) Los cursos abarcarán todos los ramos de la medicina y cirugía, ocupándose principalmente con los progresos los más recientes de las respectivas disciplinas médicas.

El Comité de la Ciudad Karlsbad prestará la mayor atención a los colegas del habla española. Los cursos serán gratuitos, obligándose la dirección del famoso balneario de Karlsbad de procurar la mayor comodidad posible a los colegas ibero-americanos a precios modicos.

El Congreso tendrá lugar del 24-30 de septiembre. La ciudad de Karlsbad abriga la esperanza, que sean numerosos los que asistan a los cursos de Karlsbad, aprovechando al mismo tiempo la oportunidad de conocer las famosas instalaciones médicas del antiguo balneario y las bellezas de sus alrededores. Se suplica a los colegas que quieran tomar parte en estos cursos se inscriban con la mayor anticipación posible.

Por más detalles dirigirse al secretario del Comité Internacional para Ampliación de Estudios Dr. Edgar Ganz, Karlsbad, Checoslovaquia, Haus Pelikan, Alte Wiese.

