

ARCHIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Publicação mensal:

| | |
|-------------------|--------|
| Anno | 208000 |
| Semestre | 128000 |
| Anual | 280000 |
| Extrangeiro | 308000 |

Comissão de Revista:

Prof. Dr. Raul Bittencourt, livre docente de psychiatria.
Prof. Dr. Raul Moreira, subst. da clin. ped. da Fac. de Med.
Dr. Carlos Hofmeister, do serv. de urea da S. C. da Miseric.

DIRECTOR: PROF. ARGYMIRO CHAVES GALVÃO

Cathedralico da Faculdade de Medicina

A nossa Revista

Assignala o presente numero dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, o terceiro anno de sua publicação, após a sua entrega á nossa direcção.

Uma simples coincidencia fez com que ao iniciar o seu terceiro periodo, o Orgão da Sociedade de Medicina pudesse se apresentar em melhores condições.

De facto, contamos agora tambem com o auxilio material da propria Sociedade de Medicina e mais do que isso, com o concurso intellectual de um apreciavel numero de collegas, os quaes puizeram sua valiosa operosidade intellectual ao serviço do unico jornal que, actualmente, no Rio Grande do Sul, reflectirá integralmente o sentir da nossa collectividade medica.

Em tues condições, contamos manter varias secções capazes de fornecerem ao nosso illustrado corpo medico as mais recentes novidades sobre cirurgia, clinica medica, pediatria, oto-rhino-laryngologia, radiologia, therapeutica etc.

A effectuação desse projecto marcará na vida dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, uma phase nova, e para tal concorrendo com valioso auxilio os illustrados clinicos e especialistas Drs. Guerra Blessmann, Annes Dias, Saint-Pastous, Pereira Filho, Paula Esteves, Walter Castilho,

Donato di Donato, Felicissimo Difini, Carlos Hofmeister, Frederico Falk, Raul Moreira, Raul Bittencourt, Ulysses de Nonohay, Renato Barbosa, Fabio Barros, e outros que longo seria citar.

No numero de hoje, assignalamos o facto acima salientado, homenageando um dos maiores vultos da medicina Rio Grandense.

Tal homenagem acha-se expressa na transcripção em idioma francez, do artigo „Le Pronostic des néphrites chroniques“ e da autoria do acatado clinico Prof. Annes Díus.

Nome illustre no seio da corporação medica nacional, já citado além das fronteiras do nosso paiz, no conjunto de todos os que nos têm honrado com os seus valiosos trabalhos, o nome do infatigavel obreiro da medicina Rio Grandense fica em relevo, pois já se acha gravado nas paginas de suas preciosas Licções de „Clinica Medica“ livros onde de forma crystalina se espelha toda a sua vasta cultura.

Justo é pois, que o seu nome aureolado pelo saber, pelo seu prestigio e valor moral, como ora o fazemos, fique gravado nas paginas de nossa Revista, reflectindo assim uma singela, mas muito sincera homenagem do Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

A. G.

A MEDICINA RIO GRANDENSE NO EXTRANGEIRO

LE PRONOSTIC DES NÉPHRITES CHRONIQUES

QUELQUES ASPECTS

Par Annes Dias, Professeur à la Faculté de Porto Alegre (Brésil).

(Transcripto de „La Presse Médicale“ n. 78 — de 29-8-1928).



Sujet toujours d'actualité pour lequel on croit parfois avoir atteint la perfection scientifique, le pronostic des néphrites chroniques est continuellement remis en question, car la clinique découvre toujours de nouveaux problèmes à résoudre. C'est qu'elle ne se borne pas à l'étude d'un organisme ou d'une fonction, mais considère un organisme dans son ensemble et dans toutes ses particularités; les conclusions pronostiques ne valent que pour un sujet donné parce que les interactions organiques varient avec chaque individu. On a tendance actuellement à établir le pronostic du mal de Bright sur l'ensemble de l'organisme, plutôt que sur le seul état des reins. Dans la conception ancienne, c'était principalement au delà des reins que le médecin allait chercher ses éléments d'appreciation; aujourd'hui c'est en deçà

du filtre rénal, en plein organisme, dans le sang. C'est là encore centrer sur le rein puisque l'on recherche précisément, dans le sang, les substances que le rein ne peut plus filtrer. Nous allons actuellement plus loin encore: nous considérons non seulement l'excrétion rénale, mais encore l'ensemble du métabolisme des brightiques chroniques. Quant à la néphrite oedématueuse, si certains continuent à attribuer au seul rein la rétention hydrosaline, d'autres reconnaissent une importance primordiale à l'hydrophilie des tissus ou aux modifications subies par les albumines et les lipoides du sang. La néphrite hypertensive provoque les mêmes divergences; pour les uns, l'hypertension est intimement liée à la lésion rénale, d'autres rejettent complètement ce déterminisme. Dans la néphrite urémigène, les anciens travaux de Widal, qui envisageaient l'imperméabilité rénale élective pour l'urée, de même que ceux qui suivirent, cherchent à établir un parallélisme étroit entre le taux de l'azotémie et la gravité du pronostic. Tout en faisant état de la valeur du trouble métabolique, il les considérait comme une conséquence directe et inéluctable du degré de l'insuffisance rénale. Cette proposition, qui se vérifie le plus souvent en clinique, amena certains auteurs à établir leur pronostic sur le seul chiffre de l'urée sanguine; Pasteur Vallery-Radot le dit explicitement: «L'azotémie est la preuve nécessaire et suffisante».

Azotémie. — La clinique s'accorde mal de jugements définitifs, car ils sont susceptibles d'induire le médecin en erreur. En effet, un individu peut mourir urémique avec une azotémie légère, et, d'autre part, un grand azotémique peut dépasser largement le terme fixé par ces règles draconiennes. Les exemples ne manquent pas, il nous suffit de citer les cas d'Achard, de Chabanier (un brightique avec une azotémie de 3 gr. vécut trois ans), de Mosny, Javal et Lévy-Bruhl (des cas avec plus de

4 gr. d'urée dont la vie se prolongea pendant plusieurs mois); Teissier nous parle de malades qui vécurent quinze mois avec 4 gr. 5 d'urée et d'un autre qui subsista huit mois avec 3 gr. 5. Malgré la rareté de ces cas, il convient de ne point formuler d'emblée un pronostic aussi préemptoire et d'interroger au préalable, non seulement le rein, mais l'organisme tout entier.

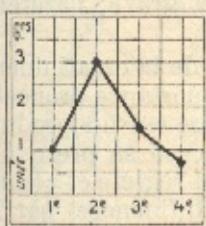


Figure 1.

Sans doute l'étude de l'azotémie a une importance primordiale dans l'établissement du pronostic; sa valeur est incontestable mais la physio-pathologie des néphrites chroniques ne saurait s'en contenter. Ajoutons que les chiffres de l'azotémie ne doivent être appréciés qu'en fonction d'un organisme donné et en tenant compte de certaines causes d'erreurs, dont le médecin doit toujours se méfier. Voyons quelques-unes d'entre elles et attachons-nous à les éliminer.

1.^o *Un seul examen d'urée n'a pas de valeur:* les recherches doivent être pratiquées en série. Chevassu, au cours du dernier Congrès Français d'Urologie (Août 1927), dit très justement que «les résultats obtenus par l'exploration fonctionnelle du rein indiquent seulement l'état de ce dernier au moment de l'exploration»; qu'il est illogique et dangereux de considérer le fonctionnement pathologique comme stable; que «pour connaître la direction d'une ligne, il faut connaître deux points» et, qu'«ainsi, il est prudent de faire au moins deux dosages». Nous croyons que deux examens ne suffisent pas; le deuxième, par exemple, pratiqué deux ou trois jours après le premier, peut accuser une élévation d'azotémie, or ce chiffre peut avoir été précédé, entre le premier et le deuxième dosage, d'un autre chiffre plus élevé, de sorte qu'en réalité la courbe générale est en baisse; ce qu'établira alors une troisième recherche. Si nous ne nous sommes appuyé que sur les deux premières, nous serons mal fondé à parler d'azo-

témie progressive. La courbe ci-jointe illustre cette éventualité qui n'est pas rare en clinique.

2.^o *L'urée doit être dosée en même temps que d'autres éléments de pronostic importants, tels que la créatinine, la réserve alcaline et le calcium.* Si généralement, dans les cas graves, l'azotémie et la créatininémie marchent de pair (fig. 2 ou 3), il n'en est pas toujours ainsi; leurs courbes peuvent diverger, et le médecin a le devoir de se prononcer entre ces deux éléments de pronostic. La figure 4 illustre un de ces cas où l'urée dut céder le pas à la créatinine.

Plusieurs de ces observations nous permettent d'affirmer qu'en cas de baisse importante de la créatinine cette dernière doit emporter la décision. Il en est de même de la réserve alcaline, ce qu'a permis à Delore de dire: qu'avec une même azotémie l'on peut trouver une réserve alcaline, parfois normale, parfois diminuée; qu'en cas de divergence des courbes de l'urée et de l'acidose ou de fixité de l'urée avec variation de l'acidose, la décision

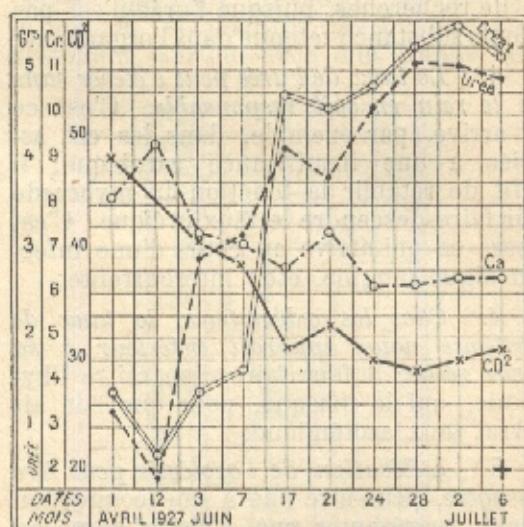


Figure 2.

appartient encore à cette dernière. Le même auteur rappelle que dans deux cas avec azotémie constante de 3,5 et de 4,5 durant plus de quinze mois le chiffre de la réserve alcaline est demeuré normal. Quant au calcium, nous avons vérifié le parallélisme étroit qui existe entre sa courbe et celle de la réserve alcaline; il baisse notablement dans les cas graves (fig. 2). Cette recherche du calcium rend bien com-

pte du déséquilibre métabolique puisque, contrairement aux autres substances, il n'est pas retenu dans le sang; elle témoigne incontestablement d'un déficit. Dans nos études relatives à la pathogénie de l'urémie convulsive, nous avons montré le rôle de cette calcopénie dans l'hyper-excitabilité du système nerveux. Le calcium constitue une sorte de vernis protecteur de la cellule nerveuse; son déficit expose cette dernière sans défense à l'irritation toxique.

Ces faits cliniques montrent d'une façon péremptoire que le médecin ne doit pas se limiter à la détermination du taux de l'urée dans l'établissement de son pronostic; Widal, d'ailleurs avait déjà attiré l'attention sur les *accalmies traitrasses de l'azotémie*. Il y a des cas qui présentent une évolution mortelle, malgré la courbe descendante de l'urée (fig. 4). Catalano, dans la statistique qu'il établit à l'occasion de la créatininémie, signale quelques cas mortels de néphrite, avec une azotémie discrète de 0,60-0,40-0,36-0,30. Cet exposé démontre donc qu'il convient d'asseoir son jugement clinique sur tout un ensemble de recherches, puisque l'urée n'est pas la seule substance retenue dans l'organisme;

3.^o *Le taux de l'urée peut s'élèver sans que le rein en soit responsable.* C'est ce qui arrive, par exemple, dans les cas associés à une insuffisance cardiaque; il suffit de rétablir la fonction du myocarde pour faire descendre le taux uréique. C'est encore ce qui arrive au cours d'une infection aiguë (angine, etc.) intercurrente;

4.^o *Chez les œdémateux, le taux de l'azotémie nous apparaît inférieur à sa valeur réelle;* il faut faire disparaître l'hypodrémie, qui la masque, pour que l'on ait le vrai taux azotémique;

5.^o *L'élévation de l'azotémie peut être passagère,* peut être due à une congestion rénale, représenter une poussée aiguë au cours de l'évolution d'une néphrite chronique. Dans les néphrites aiguës l'azotémie n'a point de valeur pronostique. Des azotémies vraiment énormes peuvent céder rapidement. Rappelons que dans la néphrite aiguë *le rein est malade, mais le reste de l'organisme ne l'est pas;* que dans la néphrite chronique azotémique, au contraire, *le rein et l'ensemble de l'organisme sont malades.* Il faut donc faire état, dans le pronostic, des éléments subsidiaires fournis par les divers appareils;

6.^o Ainsi, bien que l'azotémie reste fixe, le pronostic est susceptible de varier selon les indications fournies par d'autres organes ou par d'autres recherches;

7.^o Une azotémie qui cède à la diète est de bon augure; le cas contraire témoigne d'un trouble métabolique sérieux;

8.^o L'azotémie passagère ne comporte pas d'indication pronostique; l'azotémie permanente est grave; l'azotémie progressive est fatale.

La courbe de la créatininémie présente une grande importance pronostique. Comme la créatinine est un produit endogène, dont le chiffre, en sa presque totalité, est indépendant du régime et comme sa courbe est très peu influencée par les troubles circulatoires et par la quantité d'urine excrétée, elle constitue en clinique un guide très précieux, surtout si son augmentation est progressive. À ce propos les nombreux cas de néphrite chronique, que nous avons étudiés, nous autorisent à formuler les conclusions suivantes:

1.^o La créatininémie progressive est fatale, si son chiffre atteint 8 ou 9 millig.;

2.^o Les chiffres élevés de créatinine, coïncidant avec la baisse du calcium, permettent de prévoir des accidents convulsifs;

3.^o La créatinine présente généralement une courbe parallèle à celle du l'urée;

4.^o Quand l'urée baisse et la créatinine monte, ce sont les indications de cette dernière qui doivent primer;

5.^o Dans les néphrites aiguës, l'augmentation de la créatinine est beaucoup moins accentuée que celle de l'urée;

6.^o Dans l'appréciation de la créatinine, l'autophagie est la principale cause d'erreur; on élimine en prescrivant un régime hydro-carboné;

7.^o Ici, comme dans l'étude de l'urée, il faut multiplier les dosages pour avoir la courbe exacte;

8.^o Comme dans la néphrite azotémique, le trouble du métabolisme azoté domine et comme la créatinine est un produit terminal endogène (Mac Lead) et l'expression sanguine plus exacte de l'insuffisance rénale (Marshall et Kolls), sa valeur pronostique est considérable;

9.^o Dans la néphrite chronique l'élévation croissante du taux de la créatininémie, qui atteint 8 à 10 milligr. pour 100 est fatale, quel que soit le chiffre de l'urée.

Dans certaines dystrophies, on peut observer une augmentation du taux de la créatinine sanguine, indice d'un trouble nutritif; ainsi dans un cas de diabète insipide nous avons vu ce taux s'élever sous l'influence des injections de pituitrine. Les statistiques de Catalano nous montrent que

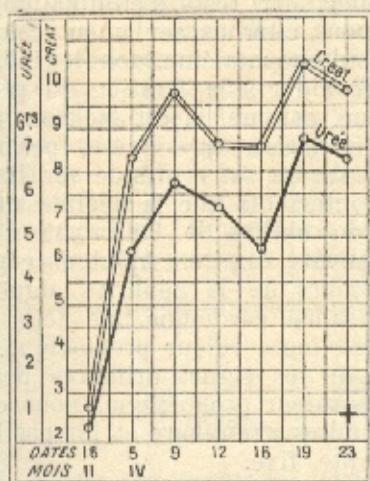


Figure 3.

c'est dans les néphropathies et dans les maladies de la nutrition que la créatininémie se montre la plus élevée. C'est dire qu'il faut toujours faire état de la clinique et se rappeler que la valeur pronostique de la créatininæ intéresse *exclusivement la néphrite chronique*. La clinique ne saurait se passer du laboratoire, mais c'est elle qui décide en dernier ressort; et, pour se prononcer à bon escient, il faut: *a*) que plusieurs recherches soient faites, c'est-à-dire que les courbes de la créatinine, de l'urée, etc. soient établies; *b*) que l'observation clinique soit poursuivie pendant un temps suffisamment prolongé pour établir un pronostic; *c*) qu'on ne demande pas à cette recherche plus qu'elle ne peut donner; *d*) un seul dosage n'a pas de valeur, parce qu'on ignore de la sorte tout de la courbe; *e*) le néphritique peut mourir avec une créatininémie discrète, comme avec une azotémie normale; le pronostic dans ces cas doit donc faire appel à d'autres éléments d'appréciation.

Plus on pénètre ce sujet, plus l'on perçoit le besoin de multiplier les investigations pronostiques, chaque malade posant des problèmes qui lui sont propres; certains tests s'ajoutent aux autres, et leur groupement diminue les chances d'erreur,

etc. C'est pourquoi nous exigeons actuellement, dans les cas de mal de Bright, les examens suivants: urée, créatinine, calcium et réserve alcaline. Ces investigations solides et sérieuses peuvent seules être mises en balance avec l'examen clinique.

SIGNES CLINIQUES DE VALEUR PRONOSTIQUE. — La rétinite a toujours été considérée comme un signe très grave, permettant rarement une survie supérieure à deux ans. Des travaux récents inclinent à rapporter la rétinite à l'hypertension, ce qui expliquerait sa valeur pronostique. La péricardite est également une ombre au tableau de l'azotémie, bien que sa régression soit possible (Achard); son apparition annonce généralement, à brève échéance, le terme fatal. L'anémie peut être très accentuée et affecter le type pernicieux, ce qui arrive d'ordinaire dans les cas très graves. Parmi les signes circulatoires, deux nous intéressent particulièrement au point de vue du pronostic: l'hypertension et l'insuffisance myocardique; l'interprétation de la première demande à être discutée; si parfois la tension élevée représente un danger de plus pour le malade, en d'autres cas l'hypertension systolique, surtout avec une grande diffé-

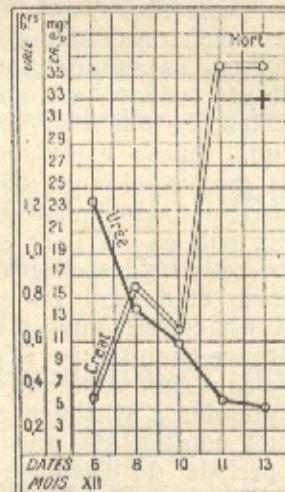


Figure 4.

rentielle, représente peut-être, pour le néphritique, le seul moyen d'assurer une élimination rénale raisonnable; la polyurie compenserait l'incapacité de concentration urinaire; dans cette dernière éventualité, le danger pour le malade réside dans la baisse de la tension maxima, qui cause

une oligurie, et l'augmentation des rétentions toxiques. La gravité s'accentue encore si la diminution de la pression systolique coïncide avec l'élévation de la tension diastolique; le déséquilibre tensionnel atteste en effet la faillite myocardique. Dans de telles conditions cliniques un pronostic, qui s'appuierait exclusivement sur l'investigation de la fonction rénale, serait malvenu, puisque le malade est un cardiaque plus qu'un rénal. Les tests urinaires, ceux de l'urée sanguine, de l'acidose et de la phénolsulfonephthaléine sont très souvent mis en échec par la présence de troubles circulatoires; celui de la créatinine l'est moins souvent. Le pronostic chez les individus qui présentent un tableau cardio-réno-vasculaire est si complexe que ce n'es qu'après avoir résolu la question de l'insuffisance cardiaque que le clinicien pourra prendre en considération la néphrite chronique. L'artério-sclérose, l'hypertension et l'insuffisance cardiaque comportent chacune des dangers qui s'ajoutent à ceux de l'azotémie. L'hypertension diastolique est un élément de pronostic grave, puisque elle atteste une gène marquée de la circulation périphérique et compromet le travail cardiaque. *Signes digestifs:* la signification défavorable attribuée aux vomissements répétés est bien connue. Quant à la saccharoestomatomycose buccale au muguet, sa signification pronostique n'avait pas échappé aux cliniciens de tous les temps; ce qui manque au médecin pour qu'il puisse expliquer scientifiquement la gravité clinique de ce signe, c'est sa liaison pathogénique avec l'urémie. Nos travaux publiés en 1922 sont venus montrer que cette mycose buccale coïncide avec l'acidose et dépend entièrement de celle-ci. Il est certain que la réserve alcaline se trouve compromise, d'où sa gravité. Un autre signe clinique, que nous fûmes le premier à attribuer à l'acidose est le hoquet continu qui peut apparaître déjà à la période de l'acidose d'alarme, quand le chiffre de gaz carbonique dépasse encore 40 pour 100. Nous avons eu souvent l'occasion de vérifier la gravité du pronostic de la parésie vésicale chez les urémiques. Il en est de même, pourrions-nous dire, de la paralysie intestinale, lorsqu'elle atteint les néphritiques diarrhéiques; rapidement un tympanisme abdominal marqué s'y ajoute. Quant aux convulsions et aux accidents myocloniques, ils

annoncent généralement à brève échéance le dénouement fatal. Les convulsions s'observent principalement dans les cas où une créatininémie accentuée s'accompagne de calcipénie. L'hypercréatininémie mène à l'urémie convulsive; l'hyperazotémie et l'acidose mènent au coma.

Quant aux tests d'élimination provoquée, nous citerons seulement celui de la phénolsulfonephthaléine, dont les indications peuvent aider à la fixation du pronostic. Bien que, comme l'a dit Jackson, une élimination basse, très basse, permet une longue survie sans grande souffrance, il est incontestable que la décroissance graduelle du chiffre de l'élimination est de fort mauvais augure. Ajoutons cependant qu'au cours de la néphrite aiguë et de l'insuffisance cardiaque une telle constatation perd toute valeur pronostique.

Parmi les signes urinaires possédant quelque valeur pronostique, nous citerons les cylindres granuleux et l'hyposthénurie persistante, fixe.

On peut donc dire, en terme de conclusion, qu'en dépit de notables progrès, qui permettent, dans certains cas de néphrite chronique, une précision vraiment scientifique dans l'assiette du pronostic, le clinicien doit être convaincu que les règles de pronostic ne valent que comme indication d'ordre général et que chaque cas clinique est un cas d'espèce. S'il est vrai que le progrès réalisé est immense, il n'est pas moins démontré, par l'observation clinique, que la solution d'un problème de cet ordre ne saurait se contenter d'un seul chiffre fourni par le laboratoire. C'est que les équations sont rares en médecine et que, lorsqu'elles se présentent, elles comportent toujours plusieurs inconnues. Les résultats du laboratoire doivent être sérieux et confrontés avec les signes cliniques. Comme l'a dit récemment Quinby, les tests de laboratoire, quoique indispensables, ne représentent qu'un supplément d'enquête, qui ne saurait dispenser de l'observation directe du malade. Kojen démontre qu'il est impossible de remplacer l'art médical par des examens de laboratoire; le résultat et la décision dépendront donc de l'observation clinique et de la valeur personnelle du médecin.

L'art et la science se combinent en pareil cas, car chaque malade est un cas particulier, qui possède en propre ses particularités, ses causes d'erreurs.

Les perturbations organiques sont si nombreuses et si complexes, si discordantes parfois, que seul un bilan méticuleux des signes et des symptômes laissera aux éléments de pronostic leur valeur respective et permettra de juger en toute connaissance de cause des questions si délicates sur lesquelles le médecin est appelé à se prononcer. En présence des causes d'erreurs que personne ne conteste et de la multiplicité des investigations possibles on ne comprend pas que celui-ci se renferme dans un exclusivisme que rien ne justifie. Il ne faut pas oublier les grandes difficultés du pronostic; le diagnostic est l'affirmation du présent, le pronostic celui de l'avenir. Si pour formuler le premier nous

recourons à la multiplicité des éléments que le tableau clinique nous offre, pourquoi ne pas nous entourer des mêmes précautions pour formuler le second?

Pour établir un pronostic nous devons nous rendre compte non seulement des troubles actuels mais de l'état de l'organisme et, principalement, de la capacité réactionnelle de l'organisme, dont le jeu merveilleux peut dénouer des situations désespérées, rétablir la fonction de tel ou tel organe, assurer des compensations, éveiller les synergies latentes, rétablir ce qui semblait définitivement détruit, stimuler les énergies défaillantes et rendre à l'organisme en désarroi son parfait équilibre.

AVISO

Para não perdermos matéria de oportuná publicação e principalmente para normalizar a expedição da nossa revista, condensamos no presente numero a matéria de Outubro e Novembro.

Achando-se assim normalizada a publicação dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, valemo-nos do ensejo para apresentando mais uma vez as nossas desculpas aos nossos illustres anunciantes, ao mesmo tempo agradecermos a bondade com que sempre aceitaram o motivo que forçou a retardar a saída do nosso jornal.

R.



O melhor substituto do leite materno. Recomendado com grande sucesso pelas autoridades médicas de todo o mundo.

Amostras e literaturas

C.ia Nestlé

Caixa postal 602

PORTO ALEGRE

Estudo anatomo-clínico-radiológico da Sacralização da 5.^a vértebra lombar

Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, no mês de Agosto de 1928

Dr. Saint-Pastous.

A Sacralização da 5.^a vértebra lombar não é simplesmente uma anomalia de mero valor anatomico, mas tem, ao contrario, significação pathologica intimamente vinculada ás affecções cirúrgicas do rache e da bacia ossea, ás syndromes dolorosas das cavidades abdominal e pelvica, como ainda ao dominio da obstetricia.

Tão vasta é a sua repercussão no terreno da pathologia e da clínica geral que a encontramos em orthopedia creando escolioses lombares, em obstetricia occasionando deformações da bacia, em clínica geral similando o Mal de Pott, a lithiase reno-ureteral, a appendicite chronica, a neuro-radicular, a neuralgia sciatica, a sacrocoxalgia, etc.

A historia médica da Sacralização fez a sua evolução em tres éras distintas: a éra anatomico, a éra cirúrgica e a éra clínica. Foram os anatomicistas, com suas verificações no esqueleto, que assignaram os primeiros casos de Sacralização. Viéram, a seguir, o cirurgião e o orthopedista, e entre elles Adams, Kleinschmitt, Goldthwait, marcando a éra cirúrgica. Por ultimo, os clínicos abriram o periodo aureo da Sacralização, destacando-se entre outros, com notaveis trabalhos, Richards em Norte America, Japiot, Nové Josserand e Rendu em França, Bertholotti e Rossi na Italia.

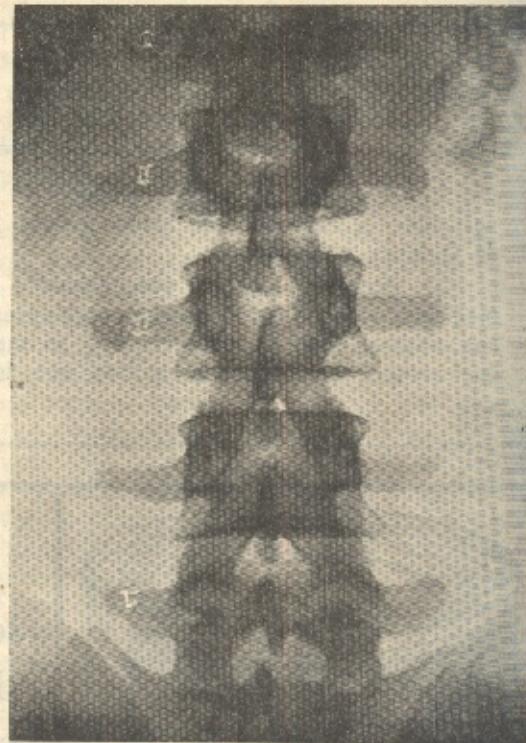
De diagnostico clínico nem sempre facil, e muitas vezes impossível, é a Sacralização uma anomalia muito mais frequente do que habitualmente se presume.

Com o intuito de comprovar a frequencia e o interesse clínico dessa anomalia, é que resolvemos trazer ao vosso conhecimento o nosso subsídio de 14 casos de sacralização, reunidos no curto periodo de menos de um anno.

Constitue uma cifra verdadeiramente elevada esta contribuição de 14 casos, por não representarem elles a resultante de pesquisas systematicas.

A estatística elaborada em nosso meio confirma os dados computados pelos autores que se têm dedicado a estes estudos. Assim, por ex.: Rossi encontrou 7 vezes

a Sacralização em 400 radiographies tomadas ao accaso, e 22 vezes em 800 doentes de dôres lombares; Arcelin comunicou á Sociedade de Scienças Médicas de Lyon 14 casos de Sacralização em doentes suspeitos de lithiase renal; Josserand refere 5 casos; Richards em 60 doentes examinados verificou a Sacralização em 90% dos casos.



Columna lumbar normal

As apophyses transversas da 5.^a vértebra lombar mostram-se destacadas do sacro e do ilíaco.

A anomalia anatomico designada por Sacralização da 5.^a vértebra lombar, consiste na deformação dessa vértebra, cujas apophyses transversas se hypertrophiam, contrahindo relações de contiguidade e de fusão com as azas do sacro e com o osso ilíaco.

A 5.^a vértebra lombar, a 12.^a dorsal e a 7.^a cervical marcam a transição dos segmentos lombar, dorsal e cervical da

columna vertebral, participando respectivamente dos caracteres anatomicos proprios ás regiões confinantes.

Essa participação simultanea de caracteres morphologicos vizinhos não se opera, entretanto, de um modo sempre regular e equitativo, succedendo muitas vêzes que a vertebra limitrophe assimile por tal fórmula as caracteristicas do segmento vertebral immediato que chega a



Sacralização dupla symetrica

As duas apophyses transversas da 5.^a vertebra lombar, hypertrophiadas e abertas em fórmula de azas de borboleta, soldaram-se com o sacro e o ilíaco.

perder sua feição original, para dar lugar á formação de uma anomalia.

Entre o typo anatomicamente normal da 5.^a vertebra lombar e a fórmula acabada da sacralização total, com completa assimilação dessa vertebra pelo sacro, permeiam as modalidades intermedias, que se traduzem ora por uma hypertrophia parcial e moderada das apophyses transversas, ora por uma hypertrophia maior, que põe essas apophyses em contacto mais ou menos intimo com o ilíaco e o sacro. Segundo a opinião dos anatomistas, ha

Sacralização sempre que existir uma hypertrophia das apophyses transversas da 5.^a lombar, mesmo que ellas não se ponham em contacto com o sacro e o ilíaco.

Quando normaes, as apophyses transversas da 5.^a lombar são ascendentes, estreitas e afiladas; nos casos de sacralização, ellas alongam-se, alargam-se em sua extremidade livre, abrem-se em fórmula de aza, estabelecem contacto com o ilíaco e com o sacro, soldam-se com elles, e por fim, no grão mais completo, apophyses transversas e corpo da 5.^a lombar fundem-se com os ossos sacro e ilíaco, assimilando-se mutuamente.

O contacto das apophyses transversas com o sacro e o ilíaco é ás vêzes apenas uma relação de contiguidade, em outros casos, porém, é a expressão de uma verdadeira soldadura ossea.

Contrariando a opinião de Richards, Nové Josserand tem observado que os accidentes da sacralização são communs mesmo quando não se tenha processado uma relação de intimo contacto osseo entre as apophyses transversas e os ossos da bacia. A. Léri considera, entretanto, como erronea e abusiva a interpretação dada pelos anatomistas e radiologistas ás fórmulas intermediarias de Sacralização, catalogadas como 1.^o grão dessa anomalia (Classificação de Le Double).

Essa anomalia hypertrophiante não atinge sempre as duas apophyses, ficando ás vêzes uma delas normal; são os casos de sacralização unilateral. Nos casos de sacralização dupla ou bilateral, a hypertrophia pôde ser symetrica ou asymmetrica.

Quando a assimilião da 5.^a lombar pelo sacro é completa, existe então a sacralização total; nesse caso, o corpo e as apophyses transversas da 5.^a vertebra lombar confundem-se tão intimamente com as vertebrais e as azas do sacro, que nem sempre é facil dizer si se trata de sacralização da 5.^a lombar, ou de uma lombalização da 1.^a vertebra sacra.

A sacralização da 5.^a lombar possue duas modalidades anatomo-clínicas; na primeira, ella é latente, sem exteriorização clinica, podendo assim permanecer indefinidamente; na segunda, a sacralização se denuncia clinicamente por um symptoma caracteristico, constante e tenaz, que é a dôr.

Na forma latente, a sacralização passará despercebida ou, então, sua verifica-

ção será a surpresa de um exame radiológico praticado com outro fim qualquer.

As fórmas latentes podem persistir como tales longo tempo, sendo commun que a dôr se venha manifestar logo após um traumatismo ou um surto rheumatismal, segundo tem verificado Bertholotti.

Rossi admite que a dôr da sacralização se exterioriza depois dos 20 annos,

ao contrario, em que prevalecem as dôres de irradiação, occasionando maiores dificuldades e confusões na tarefa do diagnóstico e da sua etiologia. É citado o caso de uma mulher torturada por uma dôr tão cruciante na região coccygiana que não lhe permittia ficar sentada muito tempo; essa hyperesthesia coccygiana éra o reflexo de uma sacralização.

Via de regra, porém, a dôr é localizada na região sacro-lombar, na linha mediana nos casos de sacralização dupla; à esquerda ou à direita, quando a sacralização é unilateral. Neste ultimo caso a dor é quasi sempre do lado da sacralização, admittindo, entretanto, Richards a possibilidade excepcional de uma locali-



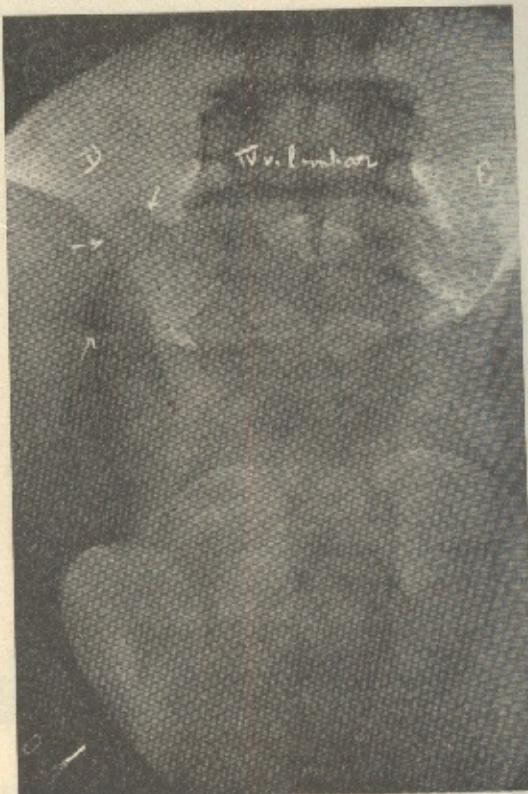
Sacralização dupla symetrica

As duas apophyses transversas da 5.^a vertebra lombar, hypertrophiadas em forma de azas, soldaram-se inteiramente ao sacro e ao ilíaco.

época em que se faz completa a ossificação da bacia.

A dôr é, pois, o symptomá clinico dominante da sacralização da 5.^a vertebra lombar. A séde do accidente doloroso é a propria séde da anomalia, variando com o seu tipo anatomico. A localização da dôr não é, entretanto, fixa, porque ella produz irradiações, que se propagam ao longo do nervo sciatico, ou na direcção do ischion, do coccyx, do flanco, simulando os caracteres de neuralgias e neurites.

A dôr original não é sempre a mais intensa e a que mais chama a attenção do paciente e do seu medico; casos ha-



Sacralização dupla asymmetrica

A apophysis transversa esquerda está hypertrophiada, e a direita em forma de aza está em intimo contacto com o ilíaco e o sacro, tendo absorvido parte da aza deste osso.

zação no lado opposto, o que elle attribue a uma especie de entorse da articulação sacro-iliaca do lado sâo, que se contrapõe em esforço de compensação ao desequilíbrio provocado pela asymetria da 5.^a lombar sacralizada.

Antes de investigar o mecanismo etiopathogenico da dôr na sacralização da 5.^a lombar, cumpre esclarecer si a dôr é realmente um efeito da anomalia, ou si entre uma e outra não vae apenas uma relação de coincidencia. Esta ultima suposição seria apparentemente justificada pelas formas latentes de sacralização, em que a dôr não se manifesta, ou só se declara tardiamente, e muitas vêzes depois de um traumatismo ou de uma crise rheumatismal.

A localização rigorosamente exacta da dôr na séde da sacralização e a falta de outras causas determinantes da dôr constituem, na opinião dos autores, um argumento decisivo sobre a verdadeira relação de causa e efeito entre a sacralização e o accidente doloroso.

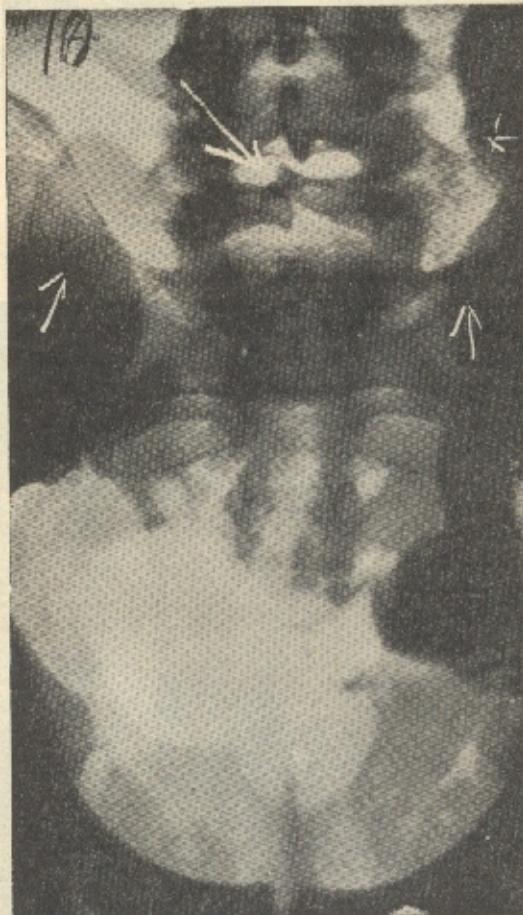
O mecanismo etiopathogenico da dôr deu origem a duas interpretações: a theo-

1.^a Compressão dos tecidos molles pelas apophyses hypertrophiadas.

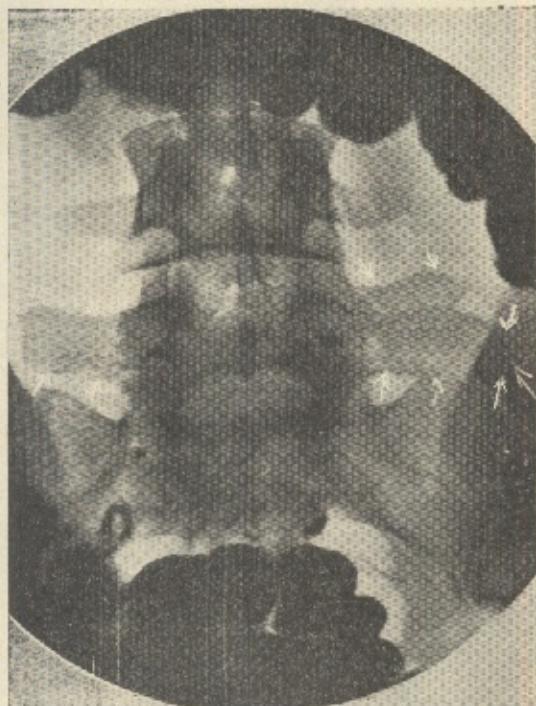
2.^a Irritação inflammatoria das bolsas serosas.

3.^a Estiramentos ligamentosos das articulações sacro-iliacas.

4.^a Compressão dos nervos nos orifícios de emergencia.



Sacralização dupla simétrica
e
Rachischiso ou Espondylolischise
(Spina bifida occulta)



Sacralização dupla assimétrica

A apophyse transversa esquerda da 5.^a lombar, grandemente hypertrophiada, está em contacto com o sacro e o ilíaco.

A apophyse transversa direita, embora destaca da do sacro, apresenta já um certo grau de hypertrofia.

ria mecanica dos americanos e a theoria nervosa dos autores italianos.

A theoria americana attribue a dôr a um efeito mecanico:

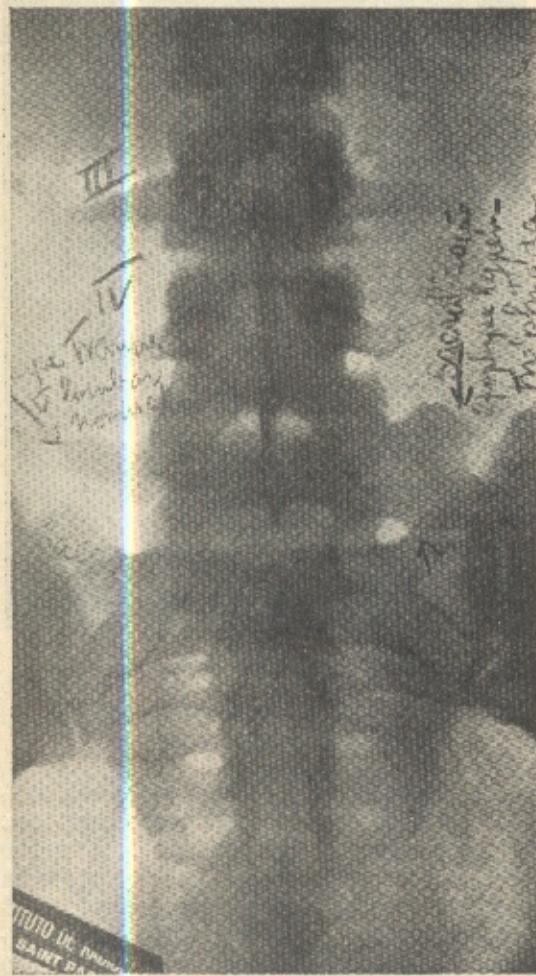
A theoria nervosa dos italianos responsabilisa pela dôr uma lesão nervosa: neuroradiculite por compressão do 5.^o nervo lombar, que muitas vêzes se accompanha de graves perturbações, como sejam: flaccidez muscular, zonas hyperesthesia, diminuição dos reflexos tendineos, reducção da excitabilidade e da reacção de degenerescencia de certos musculares.

Nové Josserand, considerando que as theorias mecanica e nervosa não satisfa-



Sacralização dupla assimétrica

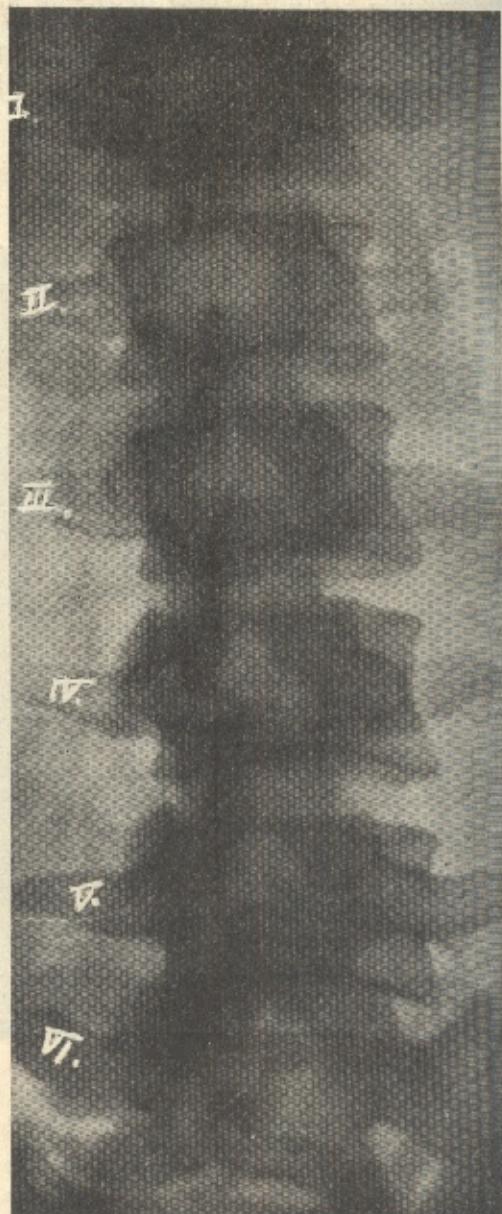
zem, quando admittidas isoladamente, e fundamentando-se na frequencia de coe-



Sacralização unilateral

Apophyse transversa esquerda hypertrophiada em forma de aza, em contacto com o sacro e o ilíaco. Apophyse transversa direita normal.

xistência da sacralização com a rachischise, levantou a hypothese de ser a dôr uma consequencia de uma perturbação nas relações da medulla e do rache, provocando uma distensão dolorosa das raizes nervosas. Justificando sua concepção, Josserand invoca a frequente coexistencia da sacralização e da rachischise, tendo-as obser-



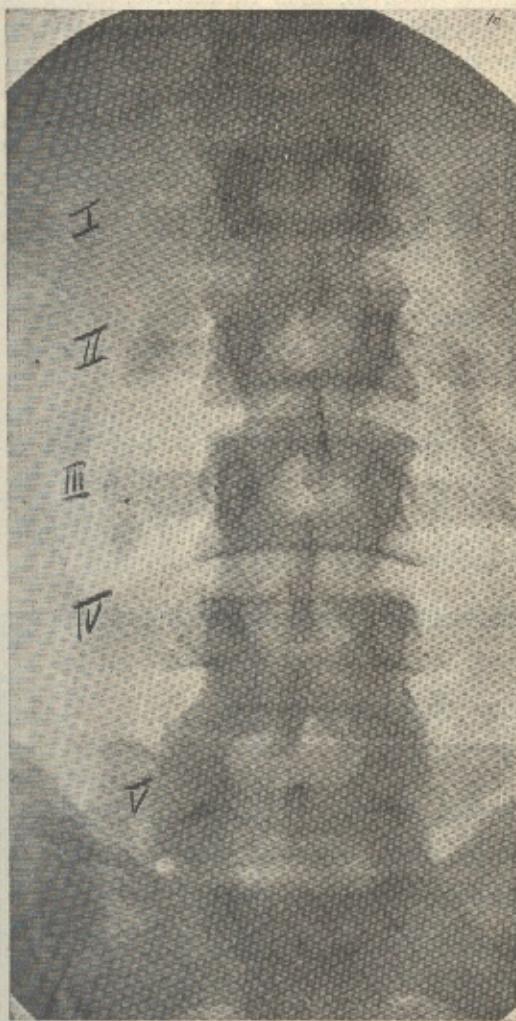
Sacralização unilateral

Apophyse transversa esquerda hypertrophiada em forma de aza; apophyse transversa direita normal.

Columna lombar com 6 vértebras.

vado 3 vezes em 19 casos, e Rossi 2 vezes em 22 casos.

A dôr da sacralização é às vezes continua, exacerbando-se com a marcha e a fadiga; é, outras vezes, intermitente, sobrevindo após longos intervallos. Casos ha em que explode subitamente e com tão



Sacralização unilateral

A apophyse transversa direita, hypertrophiada em forma de aza, põe-se em contacto com o ilíaco e o sacro.

Apophyse transversa esquerda normal.

intensa violencia que obriga o paciente a deitar e permanecer immovel certo tempo.

O diagnostico anatomico da sacralização é possivel. Os signaes objectivos são: o achatamento e o encurtamento da columna lombar na sacralização dupla; a escoliose, a asymetria das regiões sacro-

iliacas e a inclinação da bacia nas fórmas unilateraes.

Quando bem caracterizados os signaes anatomicos e os symptomas clinicos, será mais ou menos facil ao medico suspeitar a sacralização.

O diagnostico de certeza, porem, só é fornecido pelo exame radiographic, ora confirmando o diagnostico clinico, ora constatando, e às vezes com surpresa, a presença de uma sacralização latente, ou seguida do accidente doloroso.

O diagnostico é facil e seguro, desde que a technica empregada tenha sido pre-cisa e exacta, o que se consegue mantendo a bacia e a columna lombar em perfeita symetria e evitando as incidencias obliquas do feixe irradiante. Qualquer desvio dessas duas condições pôde determinar causas de erro e falsas interpretações.

Como therapeutica, preconizam os autores americanos a intervenção cirurgica, cujos resultados têm sido contestados.

Melhores effeitos produz a physiotherapy, especialmente a radiotherapy profunda.

A nossa Estatistica

Número total: 14 casos de Sacralização.

Em 4 casos havia dôr sacro-lombar, com suspeita clinica de sacralização em dois casos, confirmada pelo exame radiographic.

Em 7 casos havia diagnostico clinico de lithiase renal, confirmado radiographicamente em 2 casos.

Em 3 casos havia diagnostico clinico de appendicite chronica, confirmado em 1 caso.

Em 2 casos havia diagnostico clinico de lithiase biliar, confirmado em ambos pela cholecystographia.

Em 1 caso a dôr sobreveiu após violento traumatismo.

Não nos foi possivel colher dados sobre os resultados therapeuticos.

Modalidades anatomicas de nossos casos

4 casos de sacralização total.

4 casos de sacralização dupla symetrica.

2 casos de sacralização dupla asymmetrica.

3 casos de sacralização unilateral, sendo em 2 a sacralização do lado esquerdo e em 1 do lado direito.

1 caso de sacralização dupla asymmetrica com rachschise.

Modalidades clinicas

Dos 14 casos, 8 casos no homem, 6 casos na mulher.

6 casos entre 20 e 30 annos.

7 " " 30 e 40 "

1 caso " 40 e 50 annos.

Só em 2 casos houve suspeita clinica de sacralização.

A lithiase renal foi suspeitada em 7 casos.

A appendicite chronica em 3 casos.

A lithiase biliar em 2 casos.

Em 1 caso havia coincidencia de rachischise.

Conclusões

1.^o A Sacralização é uma anomalia muito frequente, tanto no homem como na mulher.

2.^o A Sacralização costuma manifestar-se clinicamente pelo accidente doloroso depois dos 20 annos.

3.^o A época da manifestação dolorosa da sacralização corresponde ao periodo de completa ossificação da bacia.

4.^o O symptoma clinico dominante da sacralização é a dôr sacro-lombar, com irradiações diversas.

5.^o A Sacralização pôde permanecer latente indefinidamente.

6.^o É commun que a Sacralização, até então latente, se torne dolorosa logo após um traumatismo ou uma crise rheumatica.

7.^o O diagnostico clinico da sacralização é possivel, mas raramente.

8.^o Só o exame radiographico tem valor decisivo e real.

9.^o A sacralização pôde occasionar escolioses da columna e desvios da bacia ossea com claudicação dos membros inferiores; ella pôde simular clinicamente:

a) O Mal de Pott.

b) A lithiase reno-uretheral.

c) A appendicite chronica.

d) A neuroradiculite.

e) A neuralgia e a neurite sciaticas.

f) A sacrocoxalgia.

10.^o Em todos os casos clinicos dessas entidades pathologicas não bem caracterizados, é preciso pensar na sacralização da 5.^a vertebra lombar, impondo-se ao diagnostico differencial o exame radiographico da columna sacro-lombar.

Aos Senhores Medicos

Para minorar o sofrimento alheio, lançam Vs. Ss. mão de todos os recursos da sciencia! Pois bem, deveis tambem procurar minorar a perda incomparavel que terão vossas extremosas esposas e queridos filhinhos quando a morte vos colher, fazendo o vosso seguro de vida na

Companhia Italo-Brasileira de Seguros Geraes

por ser a Companhia nacional que maiores vantagens vos oferece pelas suas modicas tarifas e liberalidade de suas Aplices.

Séde — São Paulo

Capital inteiramente realizado

5.000:000\$000

Filial de Porto Alegre

Rua Paysandu 357

Phone 5918 — Telegr.: „Italbraseg“

NOTAS CIRURGICAS

Da gastro-pylorrectomia no tratamento das ulceras gastricas e duodenae

Guerra Blessmann.

E' fóra de dúvida que uma nova classe de doentes a nós se apresenta, desde alguns annos, após o dilatado uso das intervenções por ulcera gastrica ou duodenal.

São, em geral, pacientes que foram operados, uma ou mais vezes, e que continuam a apresentar perturbações do apparelho gastro-intestinal, em alguns casos com symptomatologia indentica a que accusavam antes das intervenções, em outros com symptomatologia mais ou menos diversa.

Não é sempre facil então o diagnóstico, e com dificuldades innumerias lucta o clinico que não consegue dados exactos sobre a historia anterior e que desconhece a natureza da intervenção executada.

Em quasi todos os centros cirurgicos foi durante muito tempo empregada, quasi exclusivamente, a gastro-enterostomia, como a operação ideal nas ulceras gastricas e duodenae.

Ao compulsar as estatísticas destes casos podemos concluir que apenas 25% dos doentes assim tratados podem ser considerados como curados. Nos 75% restantes, cincuenta continuam com as perturbações antigas e 25% apresentam nova symptomatologia. Quer o velho, quer o novo quadro morbido aparecem, ou logo após a intervenção, ou depois de um periodo mais ou menos longo de acalmia e consideravel melhora, quando o doente é tido até como curado.

Dôres, hemorragias e estase são os phenomenos que mais frequentemente apprehendemos.

Quando a lesão antiga nada lucrou com a gastro enterostomia são identicas as symptomatologias, pré- e post-operatoria.

Desde que surja a ulcera peptica do jejunio é quasi sempre um pouco diverso o quadro morbido. Ahi a dor, expontanea ou prococada, é localizada á esquerda, e pôde não ter relação com a alimentação: Hemorragias frequentes que anteriormente não tinham sido observadas, ou só raras vezes surgiam, falam em favor desta nova localização.

Os signaes de estase, em doentes com anterior estenose pylorica podem ser produ-

sidos em consequencia de obliteração da boca anastomotica, ou por posição defeituosa desta ou por adherencias e cotovellos que estreitam a luz da alça jejunal afferente. Adherencias, blastomas malignos ao nível da boca anastomotica são tambem observados, mas mais raramente. Transformação maligna da cicatriz da ulcera pôde tambem explicar o novo apparecimento de symptomas.

Deve ficar bem patente que si alguns accidentes posteriores á gastro enterostomia podem ser levados á conta de technica impropria ou defeituosa, aquelles que citamos, inesperadamente surgem, com rigorosa technica, até quando empregados por cirugiões de maior competencia: são insucessos que precisam ser ligados á este metodo cirurgico empregado e não aos defeitos de uma technica particular.

Si mais communs são as perturbações que citamos, não menos incommodas e graves são as alterações decorrentes de um esvaziamento rapido de conteúdo gastrico hyperacido, acarretando desordens de nutrição e outras, como facil é comprehender, em doentes que, alem das manifestações de hyperacidez, accusam alternativas de diarréa e prisão de ventre, oriundas de uma deficiente alcalinisação ao nível do intestino.

Bem mais raros felizmente, pois se apresentam sempre com aspecto mais grave, são os casos de fistula gastro jejunocolica. Complicação séria, rapidamente acarretando grave desuntrição, tem formal e urgente indicação operatoria. Lembro-me de um caso destes, já ha alguns annos, que tratei suturando a abertura no colon e refazendo então a anastomose, pelo processo de Roux. Não logrei mais informações deste paciente, em todo o caso confesso que hoje o metodo que empregaria seria diverso.

Até aqui os casos confirmados de ulcera tratados pela gastro-enterostomia.

Alarguemos um pouco mais as nossas investigações em pacientes que sofreram intervenções gastricas e vamos encontrar muitos em que uma gastro-enterostomia foi feita, sem que a ulcera fosse encontrada.

Ahi, em geral, o desastre é maior e esta operação peiora o estado do doente. Neurosses gastricas, gastrophtoses, perturbações gastricas de causa obscura, só podem ser agravadas com tal intervenção.

Doentes portadores de outras lesões abdominaes — da vesicula biliar, do fígado, do rim, do appendice, do intestino, dos órgãos genitais na mulher — sofreram uma gastro enterostomia, sem que entretanto, na melhor das hypotheses, tenham logrado a minima melhora.

Tambem outros casos de molestias geraes e molestia cardiaca como é facil comprehendender, nada lucram com a operação.

Assim, bem necessario se torna que antes de fazer uma intervenção sobre o estomago, tenhamos com todo o cuidado investigado e apoiado o nosso diagnostico.

Ao cirurgião cabe a obrigação de aberto o ventre explorar-o á procura da ulcera e de outras lesões (principalmente da vesicula biliar e do appendice) que podem acompanhá-la.

Quando aquella não fôr encontrada, mais cuidadosa deve ser a exploração dos outros órgãos, assim de ser firmado um diagnostico definitivo, ou de ser feita uma therapeutica radical e indicada.

Nada justifica a execução de uma gastro-enterostomia sem indicação, pois não só ella não pôde ser tida como *prophylatica*, como ás mais das vezes traz para o paciente as mais sérias perturbações.

Parece-me que á vista do exposto, fica perfeitamente patente a necessidade que temos de bem examinar, aprofundando as pesquisas, todos os pacientes que a nós se apresentam depois de uma ou mais intervenções gastricas, as quaes não conseguiram alliviar os de seus males. Somos procurados por um individuo que sofreu uma intervenção por ulcera gastrica ou duodenal confirmada e continua elle com a sua lesão em evolução, ou apresenta um quadro morbido agora um pouco diverso do anterior e deve ter uma das complicações decorrentes do methodo cirurgico empregado? Ou consulta-nos um paciente que com a intervenção desnecessaria nada lucrou, porque era falta do diagnostico então apoiado em exame insufficiente ou symptomatologia escassa e obscura?

Eis ahi as perguntas que conscientemente temos que nos fazer sempre que depararmos com casos semelhantes.

Como mais corrente entre os varios processos de gastro-enterostomia, foi sempre empregado por nós e a maioria dos autores o posterior, transmesocolico. Outros, raros, empregavam systematicamente outras technicas. É bem de ver que em alguns casos, não frequentes, quando aquella intervenção era impossivel, todos recorriam a um dos outros processos.

Cêdo começaram os insuccessos de todas as technicas; e os setenta e cinco por cento dos doentes operados voltavam a preoccupar os cirurgiões que em grande cópia de trabalhos procuraram manter os creditos da gastro-enteroanastomose, procurando corrigir-lhe os defeitos que poderiam parecer-lhes responsaveis pelos desastres.

Localização da boca anastomotica, anastomose peristaltica, ou anti-peristaltica, material de sutura empregado, uso de pinças de coprostase, alem de outras, tudo foi revisto e modificado, sem que as estatisticas mostrassem diferença apreciavel.

Era que o mal residia não no modo de fazer a gastro-enterostomia, mas no seu proprio emprego como methodo de escolha para o tratamento das ulceras gastricas e duodenais.

Hoje, que varios annos são passados e que a gastro pylorectomia tem sido empregada mais largamente, graças á obtenção de menor mortalidade por meios que adiante exporemos, um estudo comparativo pôde ser feito e sem duvida a esta cabe o direito de ser o methodo cirurgico que merece maior indicação nestes casos.

Era, não ha muito, a gastro-pylorectomia intervenção ousada, com mortalidade muito maior do que a gastro-enteroanastomose e por isto esteve sempre relegada a plano inferior relativamente á sua indicação.

Medidas acanteladoras surgiram de varios trabalhos, e agora a mortalidade da gastro-pylorectomia é identica a da gastro-enterostomia.

Vaccinação prévia dos doentes, regime pré-operatorio bem regulado, modificação do estado geral pela transfusão de sangue pré- e postoperatoria, o emprego da diathermia durante a intervenção, são systematicamente usados em alguns serviços e tidos principalmente a primeira e as duas ultimas, como medidas indispensaveis para assegurar um bom resultado.

Entretanto é de notar que tambem ninguem obscurece a importancia do emprego da anesthesia regional, e a nosso vêr, cabe sem duvida a esta o papel mais saliente na justificativa da melhoria dos resultados.

Com ella desapparece o choque post-operatorio e não são observadas em grande numero as complicações pulmonares que corriam por conta da anesthesia geral ou do decubito post operatorio dos doentes. Com os methodos de anesthesia esplanchnica de Braun-Finsterer, ou de Kappis, — os dois que julgamos mais indicados — o estado geral dos doentes nos dias que se seguem a intervenção é excellente. Começam a se alimentar cedo e desde logo recostados no leito dão á todos uma agradável impressão.

Já ha alguns annos que emprego a primeira destas technicas e ultimamente venho tambem utilisando a segunda, que tem certamente uma vantagem, ao lado de uma desvantagem apenas apparente.

Estas é que em 25% dos casos a anesthesia esplanchnica pelo methodo de Kappis, conforme o que se diz, falha, necessitando o emprego de anesthesia geral. Mas, é rarissimo que com technica bem conduzido esta falha seja completa.

Quando o doente se queixa ou reage é necessario administrar-lhe algumas baforadas de ether, (até 3 com o app. de Ombredaune, na maioria dos casos) e logo depois pôde ser suspensa completamente ou quasi completamente (app. de Ombredaune em 1 ou 0).

Que a anesthesia esplanchnica não falhou nestes casos de um modo total, atestam, a pouca quantidade de anesthesico geral empregada e o silencio abdominal que muito auxilia o operador.

Faz-se assim uma associação anesthetica inócuia (anoci-association) tão preconizada por Crile.

A vantagem da technica de Kappis reside no facto que logo após a abertura do ventre pôde-se sem incommodo para o paciente, fazer as manipulações e explorações visceraes necessarias.

E' sempre doloroso na technica de Braun pura ou n'aquelle que denominamos Braun-Finsterer o tempo das manobras de afastamento e de introducção da agulha para a anesthesia.

Não se deve olvidar que tambem para este tempo é aconselhavel, senão indispens-

savel, em alguns pacientes, administrar um anesthesico geral.

Com os cuidados imprescendiveis e para nós, principalmente com o mais largo emprego da anesthesia esplanchnica, fica como methodo ideal de tratamento na ulcera gastrica — a gastro-pylorpectomia — pois só ella será capaz de dar-nos a esperança de melhor exito na cura do nosso paciente.

A technica a emplegar varia com a localisação da ulcera e a sua variedade, bem como a extenção da ressecção gastrica com o grau de hyperacidez. A dosagem da acidez total tem hoje, para o cirurgião grande valor, pois nos casos de acidez exagerada a ressecção tem de ser mais extensa. Assim evita-se o papel que representa a hyperacidez na evolução da ulcera peptica do jejunio, quer contribuindo directamente para o seu aparecimento, como querem poucos, quer servindo como obstaculo á sua cicatrisação como aceitam todos.

Está ahi um dos defeitos da gastro-enteroanastomose, pois com esta technica absolutamente nenhuma modificação se obtém no grão elevado de acidez.

Sabemos que cerca de 80% dos carcinomas gastricos se desenvolvem na base de ulceras cicatrizadas, e si bem que seja bem menor o numero de carcinomas desenvolvidos nas cicatrizes de ulceras em gastro-enterostomizados, é logico concluir que até para a prophylaxia do cancer gastrico a gastro-pylorpectomia é indicada.

Em resumo, retirando a ulcera, a gastro-pylorpectomia supera a gastro-enterostomia, porque faz desapparecer completamente aquella classe de pacientes que nos volta ao consultorio, reproduzindo depois da operação a mesma symptomatologia pré-operatoria.

São muitissimo resumidos e até discutidos os casos de ulceras pepticas jejuinaes após gastro-pylorpectomias e assim não temos que contar com esta lesão e suas mais temíveis e frequentes complicações (fistula gastro-jejunocolica e perfuração).

Só pela gastro-pylorpectomia é que fazemos alguma prophylaxia do cancer gastrico.

Na ulcera duodenal tambem consideramos sempre que houver hyperacidez — indicada a gastro pylorpectomia.

Assim esta deve ser o tratamento cirúrgico de escolha nas úlceras gástricas e indicada nas duodenais sempre que houver hyper-acidez.

Em outros termos, a gastro-enteroanastomose deve viver da contraindicação da gastro-pylorrectomia e é sómente bem indicada nos casos de úlcera duodenal sem hyper-acidez.

E' da maior importância ter sempre presente tais conclusões, pois é bem certo que via de regra estes doentes, quando desesperados de cura por um tratamento médico por demais prolongado, procuram o cirurgião, depositando na intervenção suas derradeiras esperanças.

Não terminaremos sem esclarecermos que para nós cabe, sem dúvida, ao médico o tratamento inicial das úlceras gástricas e duodenais.

Com os meios terapêuticos a seu dispôr, conseguirá a cura de muitos casos, mas não deve esquecer que com a medicação e o regime a cura é obtida dentro de um certo prazo e que como atestado de sua competência não pode retardar ao paciente a confissão necessária da impotência dos meios que pode empregar, indicando-lhe então a intervenção cirúrgica. Ao cirurgião toca escolher dentre os meios que dispõe o melhor processo e a técnica mais indicada.

A narcose pelo chlorureto de ethyla terá perigos?

Em geral, o chlorureto de ethyla é considerado como um dos mais inófensivos anestésicos gerais. Esta teoria ultimamente sofreu um grande baque, graças às investigações do Dr. Hayward, de Berlim, que conseguiu reunir uma série de casos de morte, de preferência entre crianças.

Em nosso serviço hospitalar da Santa Casa desta Capital continuamos a empregar o

etileno, na maioria das pequenas intervenções, por causa da rapidez com que se consegue a narcose. Mas, quer-nos parecer que o perigo dessa substância consiste na rapidez com que os diversos períodos da anestesia se sucedem.

O paciente que, neste momento, ainda se agita, segundos depois está em narcose profunda e já as pupilas se apresentam enormemente dilatadas, anunciam o perigo.

O segredo para o anesthetista será, pois, saber manter o verdadeiro período cirúrgico da narcose.

F.



Optica Moderna Foernges Irmãos

Opticos-Especialistas
Andradadas 308-310

Porto Alegre

Oculos, Pincenez Modernos, Binoculos
Thermometros Casella

Grande stock em Olhos artificiales

Especialistas no preparo científico
das Lentes receitadas pelos Srs.
Medicos Oculistas

Officina para concertar e ajustar:

**Binoculos,
Theodolitos, Microscopios,
Refractometros,
Cystoscopios etc. etc.**

Syndicato Medico Rio-Grandense

These apresentada ao 1.^o Congresso Municipal de Saude Publica, Medicina Social e Hospitaes, realizado em Abril de 1928, na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul.

SUMMARIO

- I. — Processos de solidariedade.
- II. — Syndicalização.
- III. — A solidariedade no Brasil.
- IV. — Necessidade da syndicalização da classe médica rio-grandense.
- V. — Esboço dos preliminares de organização do „Syndicato Medico Rio Grandense“.
- VI. — Conclusões.

Dr. Raul Bittencourt

Docente-livre de Clínica Psychiatrica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

1.^o — Processos de Solidariedade

Na rude luta que os seres vivos mantêm com o meio ambiente para garantirem a conservação da vida na superfície do planeta, múltiplos processos de adaptação resaltam, na imensa variedade das funções biológicas.

E' possível, graças às generalizações da philosophia scientifica, reduzil-os a um numero limitado de categorias distintas. Ingenieros fe-lo, com penetrante criterio objectivo, grupando em três grandes classes os meios de adaptação: violencia, simulação e solidariedade. Os dois primeiros aparecem capitalmente nas espécies animaes inferiores e a solidariedade surge nas etapas mais elevadas da evolução zoologica.

No homem, perduram ainda em pronunciada escala os processos adaptativos rudimentares de violencia e simulação, mórmamente nas populações selvagens e barbaras, mas, em compensação, a solidariedade expande-se mais do que em qualquer outra especie, creando o complexo organismo social.

A historia vae demonstrando que, com o correr dos séculos, a humanidade procura abrir mão dos processos de simulação e de violencia, principalmente desta ultima, em proveito de uma crescente solidariedade.

Mesmo depois da grande guerra, em que os povos, num surto de atavismo selvagem, arvoraram a violencia como meio de defesa das suas necessidades económicas, passada a crise aguda e retomando as nações a róta natural de sua evolução historica, os homens voltaram a reconhecer, mais que nunca, ser a solidariedade

o processo adaptativo mais seguro para garantir a plena expansão da vida hygida, que é o maior ideal concreto que a humanidade pôde realizar. Em nossos dias a trama da solidariedade humana tem se estreitado tanto que os problemas chamados *nacionaes* exorbitam já das fronteiras dos paizes, tornando-se continentaes ou mundiaes, e os povos interdependem-se tão nitidamente, por motivos mòraes e económicos, que o appêlo a conselhos arbitraes, que até o principio deste século eram exceção, principiam, a ser, agora, a regra effectiva, multiplicando-se os congressos internacionaes, as conferencias interpopulares, as associações de carácter universal e as ligas permanentes continentaes.

E' o que a linguagem colorida do philosopho contemporaneo Keyserling chama o estado *ecumenico*, para caracterizar a alma cultural do nosso século: estado de universalismo humano.

E', assim, a solidariedade a ambição maior dos homens na busca da felicidade, sempre a prazo curto, pelas contingências da vida fugidia ...

No entanto, pela propria razão de ser a solidariedade o processo adaptativo mais desenvolvido, é tambem o mais complexo e não se cumpre de um só golpe, mas por etapas successivas, penosamente conquistadas.

Aqui, ainda, cabe à generalização scientifica grupar em processos geraes o acérvo de factos colligidos pela observação.

Lalande pondera, analysando a estrutura das variedades, que os aggregatedos humanos são constituidos de duas grandes ordens de elementos individuaes: os que se assemelham, pelo exercicio de uma mesma profissão, e os que se distinguem,

pela diferenciação de suas actividades sociaes, os primeiros estreitando os laços de solidariedade, unidos pelas conveniencias identicas, os segundos tendendo a romperlos, separados pela diversidade de interesses. Dest'arte a solidariedade ao gerar as especificações profissionaes, pela divisão do trabalho social, traz consigo o germen da sua propria destruição.

Nisto concorda o velho spencerismo quando affirmava que a instabilidade das coisas no universo cresce na razão directa do progresso.

Assiste aos homens o dever de impedir a proliferação daquele germen destruidor, bem como o medico, respeitando a indispensavel fauna intestinal, cuida de que se não torne pathogenica.

Temos, assim, a solidariedade separada em dois processos diferenciados: a solidariedade entre os elementos de uma mesma classe (colleguismo), de realização mais facil, e a solidariedade entre as classes (cooperação), de praticidade mais difficult.

Qual o criterio a seguir para conservar a solidariedade herdada na tradição das gerações passadas e desenvolve-la para garantia do progresso humano?

A resposta impõe-se: principiar *realizando o que é mais realizável, a solidariedade dentro das classes.*

Si não houver colleguismo entre os componentes de uma mesma classe, em que as condições sociaes approximam-se até quasi se identificarem, como appellar para a cooperação de classes distinctas, cujos interesses tantas vezes se oppõem e se contradizem?

A solidariedade dentro das classes, o colleguismo, é o pivot da solidariedade humana, o mordente indispensavel á cooperação social, o leito adequado á correnteza dos povos que evolvem.

E é por isso que, no universal rejuvenescimento de nossa era, assiste-se de todos os lados ao movimento espantoso de organização de classes, em todas as nações, sob diversos criterios, em direcções differentes, mas sempre de maneira crescente e universal.

Por toda parte irrompem as associações e ligas commerciaes, industriaes, technico-profissionaes, operarias e intellectuaes. Essas corporações tem, ás vezes, uma orbita vastissima alcançando nações diversas e mais de um continente.

Não ha muitos annos foi creada uma immensa associação mundial de intellec-tuaes escriptores, sabios e artistas, destinada a pregar os novos ideaes do seculo, como vanguarda dos povos e que tomou o limpido titulo de „Claridade“.

Quando nos fixamos, porém, numa mesma nação é que se vê, com nitidez, como se multiplicam esses agrupamentos, guardando sempre uma característica fundamental: condensação de classe.

Tão profunda é a influencia deste movimento que já tem determinado modificações na propria organização politica de certos povos. A Russia sovietica ensaiá o processo de representação funcional, de classe, e o Estado corporativo da Italia fascista possue um regimen equivalente, que acaba de ser adoptado.

A exaltação da solidariedade de classe é uma das características dos tempos actuais.

Do exposto é facil inferir-se a seguinte conclusão:

A solidariedade dentro de cada classe é o fundamento essencial para o ideal de solidariedade humana.

II.^o — Syndicalização

O movimento de solidariedade de classes em nossos dias tem um carácter importante: é o de concentrar *todos* os interesses de uma classe em um só nucleo. Assim, appelando, não para alguns motivos, mas, para todas as razões de colleguismo entre os individuos de uma mesma classe, sóbe ao maximo o vigor da solidariedade e fortalecem-se ao extremo todas as vantagens dahi decorrentes. Actualmente os profissionaes de uma mesma função social não se associam para este ou aquelle determinado fim, mas para todos os fins que comportar a sua profissão.

E' o que se chama a syndicalização.

Poderia ser definida como: a convergência da totalidade dos interesses de uma classe em um só orgão centralizados — o syndicato. —

Esses syndicatos não podem ser acomodados de espirito estreito ou de sectarismo.

Primeiro: porque, como ficou accentuado atraç, não é possivel desenvolver a cooperação entre as classes, sem antes desenvolver o seu fundamento essencial, a solidariedade dentro de cada classe.

Segundo: porque, a propria origem dos syndicatos estando na convergencia de todos os motivos de solidariedade dentro de cada classe, obriga a que elles se orientem segundo o maior motivo, que é a cooperação solidaria de todos os agrupamentos, para beneficio geral da sociedade.

A syndicalização não é só a melhor maneira de organizar uma classe em sua propria defesa; é tambem a maneira mais efficaz de obriga-la á cooperação social.

Formulo assim a seguinte conclusão:

A syndicalização é, na actualidade, o processo normal de organização da solidariedade dentro das classes.

III.^o — A solidariedade no Brasil

E' de observação de todos o fraco espirito associativo do nosso povo e dahi o grau incipiente do senso de solidariedade em que ainda nos encontramos.

Oliveira Vianna tem accentuado este facto em todas as suas obras, de maneira clara e documentada.

Mas, é o proprio Oliveira Vianna que já descobre um movimento inicial de condensação de classes e cooperação social entre nós, quando louva o facto de em meados de 1926 as classes industrial e commercial do estado de S. Paulo terem conferenciado por meio de órgãos centralizadores que as representavam, com o presidente da Republica e com o daquella unidade federativa para tratarem dos seus interesses proprios, que eram ao mesmo tempo uma parcella avultada dos interesses da nação.

Lembremos que no Rio Grande do Sul, alem de antigas corporações industriais e commerciaes, centralizaram-se em syndicato ultimamente, duas importantes classes conservadoras, a dos arrozeiros e a dos criadores, dando oportunidade a entendimentos com os poderes publicos equivalentes aos de S. Paulo.

A Sociedade de Medicina de Porto Alegre, como orgão imperfeito, mas autorizado, da classe medica do Rio Grande do Sul, tem já cooperado consultivamente junto ao governo de nosso Estado, como recentemente acontece no caso da organização de leprosarios.

Essa mesma Sociedade levou de vencida a realização do 9.^o Congresso Medico Brasileiro no Rio Grande do Sul, primeiro que se effectivava entre nós, e graças ao

seu apoio á opportuna iniciativa de um grupo de medicos da cidade do Rio Grande, assistirá á inauguração auspiciosa dos congressos municipaes de Saude Publica e Medicina Social, que se deverão renovar annualmente.

Emfim, no Rio de Janeiro, marcando de maneira incisiva a tendencia que se esboça, a classe medica acaba de fundar o „Syndicato Medico Brasileiro“, cujos estatutos foram aprovados em 9 de Dezembro de 1927.

Tudo isso prova efficientemente que o movimento syndicalizador da actualidade principia já a actuar sobre o nosso povo e a produzir os seus primeiros fructos, realizando o desejo do eminente sociologo acima citado que aconselha a conveniencia desses „nodulos de solidariedade profissional se acolchetarem, se syndicalizarem, se congregarem em vastas Federações Estaduaes ou Nacionaes.“

Dahi se conclue o seguinte:

No Brasil, em que o senso se solidariedade é pouco accentuado, é de vantagem real intensifica-lo pela criação de syndicatos, segundo o movimento de condensação de classes que se esboça em diferentes pontos do paiz.

IV.^o — Necessidade de syndicalização da Classe Medica Rio-Grandense

Esse movimento de condensação de classe que se esboça no paiz impõe, a nós medicos do Rio Grande do Sul, uma attitude dynamica: cooperarmos na tendencia geral, de utilidade provada, syndicalizando a nossa classe.

Fundemos o „SYNDICATO MEDICO RIO-GRANDENSE“.

Crea-lo é obedecer a uma orientação moderna e mundial, é seguir o conselho dos doutrinadores que melhor comprehendem o espirito do seculo, é acompanhar o exemplo do povo uruguayo que, bem perito de nós, creou em 1920 o „Syndicato Medico del Uruguay“, com resultados inestimaveis, é responder ao appelo que os medicos do Rio de Janeiro fazem a toda a nossa classe, fundando o „Syndicato Medico Brasileiro“, é defendermos contra o desvalimento em que, por vezes, nos encontramos em horas imprevistas, na mingua de cohesão, é cooperarmos na iniciativa publica ou privada, com o nosso contingente technico, indispensavel e

de valor igual aos mais altos, porque abrange o amplo programma do saneamento das nossas populações — é cumprir um dever.

A classe medica rio-grandense não será um valor nitidamente definido, enquanto não estiver *organizada*. E a forma moderna de organização de classe é o syndicato.

O direito allegado por um só individuo pôde, às vezes, ser preterido ou violado. Nunca se fez escutar o clamor de toda uma classe sem que, cedo ou tarde, os seus direitos fossem respeitados.

De igual maneira para o dever. O dever precisa de estimulo, suggestão de companheirismo, persuasão dos mais capazes, consciencia da força que o impõe.

E' o que fará o Syndicato Medico.

Temos que lutar contra os medicos negligentes, os desleaes, os ignorantes ou charlatães; contra os doentes que resistem ás praticas modernas da medicina e da hospitalização, por preconceitos caducos, obrigando-nos a um trabalho fatigante e inutil; contra os embusteiros que, em nome de um profissão que nós veneramos e que elles desconhecem, exploram a superstição das massas incultas...

Temos ainda o dever indeclinavel de trabalhar junto aos poderes publicos, apontando-lhes as condições hygienicas e de morbilidade de cada zona do nosso Estado, sugerindo-lhes os meios applicaveis em cada caso para a obra de saneamento e cooperando com os nossos actos profissionaes na indispensavel harmonia entre a iniciativa privada e publica.

E' o que fará o Syndicato Medico.

Mas, o fundamento de tudo isso é o indispensavel estudo das nosographias locaes, feito segundo uma mesma diretriz, o que exige um centro distribuidor de tarefas e providencias, como será o Syndicato Medico.

Elle não virá sómente em proveito de nossa classe; será tambem de valor incontestavel na cooperação social, como obra de patriotismo.

Porque, ao mesmo tempo que espurgarmos do nosso colleguismo os profissionaes que porventura hajam deslustrado o patrimonio da medicina, livraremos a sociedade da sua infestação indigna; sempre que exigirmos dos doentes as normas rigorosas da clinica moderna, facilitamo-lhes o tratamento; e quando denunciarmos

á collectividade o embuste dos que trajam de Hypocrates sem conhecerem a Esculapio, é sobretudo ella, a sociedade, a maior beneficiada.

E, mais ainda do que nestes casos, o Syndicato Medico terá uma função eminentemente social, quando servir de intermediario entre as necessidades sanitarias do povo e a força realisadora do poder publico.

Donde chego á seguinte conclusão:

A classe medica rio-grandense necesita organizar-se em Syndicato, para proveito de toda a collectividade e para proveito proprio.

V.º — Esboço dos Preliminares da Organização do „Syndicato Medico Riograndense“

Tres questões fundamentaes devem aqui ser tratadas:

- 1 — Fonte originaria do Syndicato
- 2 — Plano geral de sua constituição
- 3 — Ambito de actuação.

Entendo que a fonte originaria do Syndicato deve ser a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, velha instituição, creada em fins do seculo passado, de idoneidade e de influencia social cada vez mais crescente. Claro está que a Sociedade de Medicina de Porto Alegre não será fonte exclusiva de organisação do Syndicato, visto como elle pede o concurso de toda a classe medica rio-grandense.

Mas, ha toda a conveniencia em fazela o nucleo central de condensação: aproveita-se assim o maior aggregado medico já existente, o patrimonio das suas tradicões, a força moral da sua respeitabilidade.

Quanto ao plano geral de constituição do Syndicato, duas hypotheses resaltam desde logo: ou a Sociedade de Medicina de Porto Alegre crê o Syndicato á parte, e continua com a sua existencia propria, ou o Syndicato é formado como um desdobramento ou amplificação da Sociedade de Medicina.

Creio que esta ultima hypothese é a preferivel, sob todos os pontos de vista.

Primeiramente não se poderia comprehendere a duplicidade de organização da classe medica, quando a caracteristica da syndicalização está precisamente na fusão de *todos* os interesses de um grupo social em um *unico* orgão centralizador

que o represente. Além do que seriam inconciliáveis as autoridades de um syndicato ou de uma ou varias sociedades de medicina, independentes daquelle.

Em segundo lugar: quem observar a marcha evolutiva da Sociedade de Medicina de Porto Alegre perceberá desde logo que a sua tendencia é precisamente a de syndicalização.

Nasceu como um centro de estudos de medicina entre os collegas de Porto Alegre, e, pouco a pouco, inconscientemente, foi ampliando o seu raio de acção pelas diversas zonas do Estado, pela força do seu prestigio moral, e dilatando o ambito de seu programma que deixou de ser simplesmente especulativo e clinico, para se tornar pratico e social: organiza ou coopera na organização de congressos, colabora com os poderes publicos em consultas ou suggestões.

Assim, a Sociedade de Medicina de Porto Alegre vem naturalmente se transformando em um quasi syndicato medico rio-grandense. Transforma-la de vez em Syndicato é attender a uma situação de facto, que exige estructura especificada a sancção definitiva.

Esta é, pois, a norma mais practica e consentanea com a evolução de nossa classe no Rio Grande do Sul, para effectivar a syndicalização medica: transformar a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, ampliando-a, em Syndicato Medico Rio-Grandense.

É aqui o momento de lembrarmos que tal transformação ampliadora não deve prejudicar o escopo originario da Sociedade: estudo scientifico e clinico da medicina.

Para isso creio que o seguinte plano resolve o problema.

O „Syndicato Medico Rio Grandense“ deverá ser constituído de tres grandes departamentos, submettidos, está claro, a rigorosa centralização:

1) Departamento Scientifico, que continuará e desenvolverá a obra de estudo especulativo e clinico até agora feito pelas sociedades de medicina existentes no Estado (Porto Alegre, Alegrete . . .)

2) Departamento de Medicina Publica, para relacionar o Syndicato com a collectividade rio-grandense e que tratará permanentemente do que até agora era tratado por excepção no seio da Sociedade

de Medicina de Porto Alegre: organização de congressos, interferencia na iniciativa particular attinente a questões sanitarias, suggestões e consultas junto aos governos do Estado e dos municipios.

3) Departamento de Defesa da Classe, cuidando dos interesses internos da classe: codigo de deontologica medica, tribunaes de honra, mutualismo medico, caixa de amparo ás familias dos medicos falecidos, resistencia ás questões imprevistas que vieram prejudicar fundamentalmente a classe, etc.

Finalmente, abordando a questão preliminar do ambito de acção do Syndicato, é claro que elle se dilatará por todo o Estado, tendo Porto Alegre como séde centralizadora, com irradiações em todos os municipios do Rio Grande do Sul.

Daqui inferirei uma ultima conclusão:

O Syndicato Medico Rio Grandense deve aproveitar a tradição e autoridade da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, fazendo com que o Syndicato seja um desdobramento daquelle em tres grandes departamentos, sem prejuízo de centralização:

a) Departamento scientifico, b) Departamento de Medicina Publica, c) Departamento de Defesa da Classe.

Conclusões theoreticas

I

A solidariedade dentro de cada classe é o fundamento essencial para o ideal de solidariedade humana.

II

A syndicalização é, na actualidade, o processo normal de organização da solidariedade dentro das classes.

Conclusões praticas

I

No Brasil, em que o senso de solidariedade é pouco accentuado, é de vantagem real intensifica-lo pela creação de syndicatos, segundo o movimento de condensação de classes, que se esboça em diferentes pontos do paiz.

II

A classe medica rio grandense necesita organizar-se em syndicato, para proveito de toda a collectividade e para proveito proprio.

III

O „Syndicato Medico Rio-Grandense“ deve aproveitar a tradição e autoridade da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, fazendo com que o Syndicato seja um desdobramento daquela em tres grandes departamentos, sem prejuizo de centralização:

- Departamento scientifico,
- Departamento de medicina social,
- Departamento de defesa da classe.

Rio Grande, Abril de 1928.

Moção

O Iº Congresso Municipal de Saude Publica, medicina Social e Hospitais, reunido na cidade do Rio Grande appela á Sociedade de Medicina de Porto Alegre no sentido de promover a criação do „Syndicato Medico Rio-Grandense“, emprestando-lhe o seu integral apoio, é formula votos de que no IIº Congresso Municipal a realizar-se no proximo anno já se possa celebrar entre as conquistas da classe medica do Rio Grande do Sul a sua organização syndical,

OXYUROS

É notoria a inefficacia da medicação interna contra os oxyuros. É que estes parasitas, deprerencia, habitam o grosso intestino, sobretudo o recto. E de suppor que, pelo longo trajecto através do tubo gastro-intestinal, os anthelminticos percam a sua accão, talvez por decomposição ou por absorção. Nem mesmo o Buhilan parece ter resolvido o problema.

Até agora, o tratamento mais efficaz consistia em grandes lavagens intestinais de leite no qual haviam sido servidos alguns dentes de alho. Apezar de medicação caseira, é de bons resultados, tanto que ha 30 annos nosso mestre Professor Rocha Faria já as preconizava.

Ha uns 2 annos, encontrei, em um jornal leigo, uma noticia referente a um novo anthelmintico contra es-a especie de parasitas intestinais, tendo-o empregado em bom numero de casos, sempre com optimo resultado.

Trata-se da cenoura crua. O paciente deve comer duas no 1º dia e duas no segundo. No 3º dia tomará um laxante.

Penso ser de vantagem mandar ingerir as cenouras em jejum, recommendar boa mastigação e talvez uma certa dieta, como se costuma fazer com os outros anthelminticos.

A progenitora de duas mocinhas, para as quaes, após varias outras tentativas infructiferas, institui o novo tratamento, teve a boa idéa de passar as cenouras num ralo. O efecto foi espantoso.

Vantagens do tratamento: é efficaz, o paciente aceita-o com a maior boa vontade, sobretudo as creanças, e é absolutamente inoffensivo. E já que estamos marchando para a epocha das comidas cruas, elle se coopta perfeitamente ás imposições da moda que se inicia.

F. -

Meio pratico e indolor de reduzir a paraphimose

Dr. K. Deichsel, Breslau.

Partindo do principio de que o obstaculo à redução da paraphimose reside, não no anel formado pelo prepucio, e, sim, no edema da glande, o autor mostra a facilidade da redução si conseguirmos fazer desapparecer esse edema.

O meio realmente é simples. Emprega-se uma fita de borracha, de 50 a 75 cm. de comprimento sobre 1 a $1\frac{1}{2}$ de largura. Um pedaço da conhecida tira de Esmarch para a ischemia dos membros, rednzida ás necessarias proporções, presta-se admiravelmente a esse fim.

Sem exagero de pressão, envolve-se a glande com a tira que, pela sua elasticidade, vai aos poucos determinando o desapparecimento do edema.

A cabo de 15 a 20 minutos, a redução é facil, tendo ainda a vantagem de ser indolor e não sangrenta.

Só nos casos mais antigos e naqueles em que houver infecção ou ameaça de mortificação, é preciso recorrer á incisão do anel constrictor.

F.

Dr. Carlos Leite

Prof. da Faculdade de Medicina

Molestias internas, syphilis e pelle

Consultorios: Ph. do Indio, ás 9 horas. Pharmacia Carvalho, ás 15 horas.

Residencia: Voluntarios da Patria, 515. Teleph. 88.

Os „Archivos Rio Grandenses de Medicina“ aceitam anuncios de preparados, casas de material de laboratorio, cirurgia, automoveis, etc. etc.

A Revista sahirá mensalmente e terá grande circulação em todo o Brasil, em especial no Rio Grande do Sul.

Os pedidos de anuncios devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 442 — Porto Alegre.