

# Impressões de uma viagem medica aos Estados Unidos

por

Adair Giraes de Araujo

Não é facil a tarefa a que me proponho hoje perante vós: transmitir a um nucleo de colégas as impressões sentidas atravez de uma viagem como a que venho de realizar, focalizando seus aspétos mais interessantes, deixando de lado seus detalhes inuteis e fazendo passar tudo pelo crivo de uma critica justa e imparcial. Procurarei esta noite viajar convosco por todos os centros medicos que percorri, falar-vos do progresso que lá observei, transformar em palavras as impressões tumultuosas, os panoramas até então desconhecidos para mim, que se desenrolaram deante de meus olhos na grande republica Norte-Americana.

Os Estados Unidos sempre simbolisaram o progresso. Desde que se desembarca em New York, por toda a parte se vê o indice da supercivilisação, do conforto, do século XX em toda a sua plenitude. Depois de passar uns 3 ou 4 dias em New York, ambientando-me, um pouco, procurando me familiarisar com aquêle povo do qual saí tão cátivo, praticando o idioma no qual ainda estava com a lingua um pouco arastada, resolvi iniciar a peregrinação medica que havia traçado como programa.

A conselho do Embaixador Osvaldo Aranha que se encontrava em New York naquêla ocasião, segui para Wasington onde entrei imediatamente em contáto com a União Pan-Americana. Graças á gentileza do diretor desta modelar organização, que tudo facilita ao Sul-Americano nos Estados Unidos, Mr. L. S. Rowe, pessoa de grande prestígio em seu país, consegui logo cartas de apresentação para todos os centros medicos que desejava conhecer.

Iniciei minha visita por Baltimore. Lá me interessava a Johns Hopkins University, uma das mais antigas e famosas dos Estados Unidos.

O Johns Hopkins Hospital representa a tradição e quasi a historia da medicina Americana. Num predio já bastante velho, mas que ultimamente tem passado por grandes reformas e aumentos, abriga em seu seio uma pleade illustre de clinicos e cirurgiões cujos nomes são hoje internacionais.

Como em todos os demais hospitais que visitei, apenas dois ramos da medicina procurei estudar com todos os seus detalhes: a cirurgia e a urologia. Em Baltimore justamente, nestes dois campos acham-se a frente de seus respectivos serviços dois nomes mundiais: Dean Lewis e Hugh Young.

Dean Lewis é hoje o grande nome da cirurgia Americana. Homem de cerca de 60 anos mas dotado de uma jovialidade extraordinária, ótimo professor e clínico, muito amigo dos estudantes, é uma figura que impressiona logo á primeira vista. Suas aulas, dadas sempre no leito do doente, têm uma concurrencia extraordinaria, pois não só os seus alunos como grande parte do corpo medico do hospital correm a assisti-las. Lewis entretanto já não opera muito. Seus assistentes se encarregam de executar as intervenções que êle indica e nos dias de operação costuma passear pelas diversas salas de cirurgia fiscalizando tudo e resolvendo as dificuldades que tenham aparecido.

O material é abundante e nos dias de operação (segundas, quartas e sextas) nunca ha menos de 8 a 10 casos. Desde o início tive que me habitar ao horario Americano, completamente diverso do nosso. Os serviços hospitalares começam ás 9 ou 9,30 e se prolongam até ás 4 ou 5 da tarde, com um intervalo apenas de 15 a 20 minutos para o almoço.

As intervenções por isto começavam em geral ás 10 ou 11 horas da manhã. Já em Baltimore entrei pois em contáto com o cirurgião Americano, o verdadeiro tipo "standard" da cirurgia. Desde logo me chamou a atenção a organização do "team" cirurgico. Grande numero de auxiliares. Enfermeiras esterelizadas formando um trenadissimo conjunto de instrumentadoras. Em qualquer tempo da intervenção basta o cirurgião estender a mão para ter sempre e exátamente o instrumento que precisa.

A parte da anestesia é também muito interessante. Tanto em Baltimore, como na clinica dos irmãos Mayo e como nos grandes hospitais de New York, ha um corpo de medicos e enfermeiras que tem a seu cargo unicamente tres coisas: anestésias, transfusões de sangue e medicações intra-venosas.

A anestesia local é muito pouco usada. Já o mesmo não se diz da raqui-anestesia, da epidural e da trans-sacra. Entretanto os anestésicos que estão mais em uso atualmente são o protoxido de azoto e o ciclopropano, sós ou associados a um pouco de éter. Os modernos aparelhos para estas anestésias, gazogas são simplesmente notaveis. Trabalhando em circuito fechado e sob pressão, são providos em geral de 6 tubos: 2 com oxigenio, 2 com gaz carbonico, 1 com protoxido de azoto e 1 com ciclopropano. Controles automaticos permitem que o anestesista saiba exatamente quanto de cada um destes gazes está tomando o doente num dado momento. Conforme suas necessidades, aumenta ou diminue os gazes anestésicos, administra só oxigenio ou só gaz carbonico, enfim regula a sua vontade a composição do que o doente respira. O proprio aparelho permite associar um pouco de éter, necessario quando se precisa de um silencio abdominal mais completo. Num grafico especial que acompanha depois a ficha do doente, o anestesista anota, de 2 em 2 minutos, a respiração, o pulso e a pressão arterial. Interessante notar que nenhum doente vai para a mesa de operações sem um esfigmomanometro no braço.

Todos os assistentes de Lewis operam mais ou menos com a mesma técnica e não ha nomes a destacar: lentos, com grande cuidado para

a hemostasia, desdobram a intervenção em seus tempos classicos, grande precisão, sem golpes de grande brilho ou audacia. Incisões muito grandes, grande proteção do campo operatorio com compressas molhadas em soro quente, uso constante do aspirador.

Tive oportunidade de observar diversas gastrectomias, todas élas pela técnica de Hofmeister-Polya. Amputações de seio nas quais não vi usarem o bisturi elétrico. Colécistectomias e algumas colecistostomias, operação esta que reúne um numero bem apreciavel de adeptos para o tratamento das colecistites. Os agraifes de Michel e a agulha de Reverdin (tão nossos conhecidos) aqui, como em qualquer outro centro Americano que visitei, não são usados. A pele é suturada em pontos separados com seda ou crina. Outro detalhe interessante que me chamou a atenção foi o uso da seda na sutura do peritoneo.

Além de Lewis trabalha no Johns Hopkins Hospital uma grande autoridade em cirurgia nervosa: Walter Dandy. Opera com grande habilidade e relativa rapidêz, enorme aparato, lampada frontal, seis ou mais auxiliares.

O outro serviço de Baltimore que me interessava era o de Young, cognominado, e muito justamente, o principe da Urologia americana. Infelizmente nos 12 dias que passei no Johns Hopkins Hospital o Professor Young se encontrava em ferias e não o pude conhecer pessoalmente. Seu chefe de clinica e substituto, Colston é também uma grande figura e segue de perto os passos do mestre. Seu nome está em grande evidencia atualmente nos Estados Unidos por ter sido êle quem, em colaboração com Dees, iniciou o emprego da para-amino-benzeno-sulfonamida ou sulfanilamida nas infecções gonocócicas.

São também muito interessantes os seus trabalhos sobre tumores de bexiga. Sobre os mesmos acaba de escrever uma monografia baseada em 98 casos nos quais usou os mais variados tratamentos. Só aconselha a cistectomia total ou parcial quando a radioterapia profunda e o radium falharam; estes dois ultimos processos têm o seu maior sucêso nos casos de tumores pouco infiltrados e nos de tipo papilar. Quando faz a cistectomia total costuma implantar os ureteres na sigmoide ou na pele, como fez num caso que tive oportunidade de observar. Homem sêco, de poucas palavras, é um grande trabalhador, sendo o primeiro a chegar e o ultimo a sair do seu serviço.

No departamento ambulatorio onde são atendidos os blenorragicos a sulfanilamida é muito empregada. Nos casos agudos é a unica terapeutica usada e nos chronicos ou naquêles em que ha reparos gonocócicos, estes são atacados pelos processos classicos. Como antisepticos locais estão em primeira linha o argirol, a acriflavina e o rivanol.

A terapeutica pela febre está, pelo menos na blenorragia, completamente abandonada em Baltimore. Os riscos que o doente corre, a dificuldade de técnica e o grande numero de sessões necessario muitas vezes para a cura, contrastam flagrantemente com a relativa benignidade da doença. O aparelhamento é complicado e exige um "team" especializado de medicos e enfermeiras em constante vigilancia ao doente.

Entretanto o que mais encanta ao Urologista na clinica de Young é a técnica perfeita e apurada da prostatectomia perineal. Neste particular a escola de Baltimore é inexcelsível. Uma prostatectomia perineal feita por qualquer um dos seus assistentes é uma operação que impressiona pela sua elegancia. Graças a este grande treinamento de seus assistentes, a mortalidade tem andado nestes ultimos anos pelos arredores de 1,8% o que é ótimo para tratamento cirurgico da hipertrófia prostática. Afirnam ser rara a fistula e, de fato, tendo visto diversos doentes operados já ha algum tempo todos estavam com a sua cicatrização perfeita. Alguns poucos casos de incontinencia corrigida com uma plastica de esfíncter. Pessoalmente o Professor Young já teve oportunidade de operar 230 casos sucessivos sem uma só morte o que constitue sem duvida um record difficil de ser igualado. Entretanto em prostatas muito volumosas, ainda fazem a operação de Freyer.

A ressecção endoscópica da prostata teve em Baltimore uma das suas origens, pois os aparelhos de corte a frio, tipo "punch" são originaes de Young. Entretanto a ressecção trans-uretral nao é muito usada em Johns Hopkins. Para Young éla encontra suas indicações unicamente nos lobos medianos, barras prostáticas e esclerose do cólo. Todos os demais, excepto as prostatas muito volumosas, devem ser tratados pela prostatectomia perineal.

Tambem no departamento de Urologia a raqui-anestesia excede, larga-manu, todas as demais. A urografia excretoria é feita sistematicamente, como exame de rotina, em todos os doentes que baixam ao servico. Só quando os seus resultados são insuficientes ou si ha alguma indicação especial é que recorrem á pielografia ascendente.

---

De Baltimore me dirigi á Clinica dos Irmãos Mayo em Rochester, no Estado de Minnesota. E' sem duvida a organização medica mais perfeita dos Estados Unidos. Situada numa pequena cidade de 20.000 habitantes, atrai doentes de todas as partes do país. Só no ano de 1937 passaram pela clinica 80.000 doentes dos quais 20.000, isto é, uma quarta parte, foram operados. Só aí temos uma média de mais de 50 intervenções por dia... Já ás 8 horas da manhã começam os serviços cirurgicos nos diversos hospitais que constituem o clinica; muitas vezes só voltei para casa depois de 6 horas da tarde, após um intenso dia cirurgico, no qual só se tinha tido  $\frac{1}{2}$  hora para o almoço.

A descrição detalhada da clinica já foi feita por mim atravez de um artigo publicado na imprensa local. Rapidamente por isto darei agora a sua organização:

Um edificio chefe, o Edificio das Clinicas, para onde o doente vai logo que chega e onde éle é minuciosamente examinado. Nos seus 18 andares os mais completos aparelhamentos de diagnostico que até hoje vi. Possui tambem ótima bibliotéca, salões para conferencias, projeções de films científicos, etc. Depois de examinado e uma vêz diagnosticado o seu mal, o doente baixa ao hospital ou para se submeter a uma

intervenção julgada necessaria ou para fazer exames mais minuciosos que exigem hospitalisação. Sob a dependencia da clinica existem os seguintes hospitais:

1.º — Colonial — para cirurgia geral e cirurgia urológica. Tem 10 salas de operações e capacidade para 290 doentes.

2.º — Kahler — para cirurgia geral, cirurgia do cancer e da tireoide. 6 salas de operações e 370 leitos.

3.º — Worral — para oto-rino-laringologia, oftalmologia e odontologia. 9 salas de operações — 205 doentes.

4.º — Worral-Annex — dermato-sifilografia e doenças ano-retais.

5.º — Curie — para radio- e radium-terapia.

6.º — St. Mary — o maior hospital exclusivamente cirurgico dos Estados Unidos — 16 salas de operações e capacidade para 1.600 doentes.

Os hospitais não pertencem á Clinica mas sim a uma sociedade anónima, a Kahler Corporation. Os cirurgiões, em numero superior a 50, recebem a mesma remuneração mensal, qualquer que seja o numero de doentes por êles atendido. Os directores dos diversos departamentos se esforçam sempre entretanto para que este numero seja equilibrado. O doente pode escolher medico si quizer, mas em geral se submete ao que lhe é determinado pelo chefe do departamento que consulta. Os honorarios variam sempre de acordo com as posses do doente. Para controle destas a Clinica possui um departamento especial. Si o doente é reconhecidamente pobre não paga a consulta, os exames, a intervenção. A hospitalisação entretanto nunca é gratuita.

O departamento cirurgico é chefiado por J. C. Masson e está dividido em 13 secções: Cirurgia geral, cirurgia nervosa, ortopedia, cirurgia torácica, endoscopia trans-oral, cirurgia trans-uretral, anestesia-transfusão-medicacão intravenosa, anatomia patologica, laringologia — cirurgia oral e plastica, oto-rino-laringologia, oftalmologia, proctologia e cirurgia dentaria.

Todos os cirurgiões da Clinica são bons técnicos mas sem duvida destacam-se alguns nomes: Masson, Pemberton, Harrington, Walters, Counsellor, Priestley, Braasch e Thompson. Os irmãos Mayo com 77 e 74 anos respectivamente, assim como Cabot e Balfour, o actual director da Clinica, já não operam mais.

Um dos aspéctos que mais impressiona na Mayo Clinic é o grande desenvolvimento e o grande cuidado que dão á anatomia patologica. Durante uma intervenção cirurgica, quando qualquer peça é retirada, um botão eléctrico chama logo um anatomo-patologista ao qual éla é entregue. Muitas vezes ainda não está fechado o peritoneo e já volta o anatomo-patologista com o resultado do exame histologico e a peça devidamente cortada passa de mão em mão por toda a assistencia. Si deste resultado pode depender uma modificação qualquer da técnica a ser seguida, o cirurgião não espera mais do que 1 ou 2 minutos por êle. O Museu de anatomo-patologia é notavel pela quantidade e variedade de peças.

A técnica em geral, mais apurada sem duvida do que em Baltimo-

re, segue entretanto em suas grandes linhas o comum das técnicas Americanas: incisões muito grandes, relativa lentidão, desdobramento matematico dos tempos operatorios. Diga-se de passagem que em nenhum centro Americano o fator "velocidade operatoria" é levado em conta.

Operam com tres auxiliares e duas instrumentadoras. A abundancia de material é tão grande que raramente um instrumento, uma simples pinga de Kocher por exemplo, é empregada duas vezes. A 1.<sup>a</sup> instrumentadora a um gesto do cirurgião fornece-lhe a pinga ou o instrumento que deseja; depois de usada o cirurgião entrega-o á 2.<sup>a</sup> instrumentadora que já se encarrega de o mandar para nova esterelisação...

Como anestésias empregam em ordem decrescente: protoxido de azoto, ciclopropano, éter, raqui-anestesia, trans-sacra, epidural e evipan sodico na veia. A este ultimo costumam associar na mesma seringa 1,5cc. de coramina. A's mais das vezes usam uma mistura dos tres primeiros, isto é, protoxido, ciclopropano e éter, em proporções determinadas. Excusado dizer que aos dois primeiros sempre é preciso acrescentar oxigenio e gaz carbonico. Graças a seus esplendidos aparelhos, semelhantes aos de Baltimore, estas anestésias mixtas são muito simples. Mesmo cuidado quanto ao pulso, respiração e pressão.

Notavel é sem duvida a maneira pela qual na Clinica Mayo é feita a reseccão endoscopica da prostata. Ao contrario de . . . oung que, como vimos, só a pratica em poucas indicações, Thompson e Cook fazem-na por assim dizer em todos os casos. O primeiro aparelho usado na Clinica para a reseccão trans-uretral foi o de Braasch Bumpus, aparelho de corte a frio e modificação do "punch" de Young. Devido á dificuldade do controle da hemorragia e outros inconvenientes foi abandonado e Thompson, chefe da secção de reseccão, passou a usar o aparelho de Mc Carthy. Os resultados pouco brilhantes foram atribuidos por Thompson ao uso da corrente elétrica para o corte. Por este motivo voltou este urologista a estudar o aparelho de Braasch-Bumpus e em 1935 introduziu no mesmo uma serie de modificações que lhe corrigiram os defeitos segundo sua opinião. De então para cá passou a usar só o seu aparelho. Em 1936 foram feitas na Mayo Clinic com este aparelho e segundo a técnica de Thompson, 600 reseccões e em 1937 este numero já havia subido a 864; durante este mesmo periodo foram feitas 6 prostatectomias perineais e 0 hipogastrica. A mortalidade foi nestes dois anos de 0,75% para a reseccão endoscopica. E' a melhor estatística Americana. Antes de fazer a reseccão Thompson faz um minuciosissimo estudo do tipo do adenoma, quer sob o ponto de vista endoscopico, quer principalmente sob o ponto de vista radiologico. A uretro-prostatografia é feita sistematicamente em todos os doentes segundo uma técnica semelhante á de Alcock e Flock, isto é, com uma geléa opaca a base de lipiodol.

Inicia os cortes atacando primeiro um lado do tumor, depois o outro e finalmente o centro. O tempo medio de suas ultimas 1.000 reseccões foi de 38 minutos. Nunca leva mais de uma hora preferindo levar a cabo a intervenção em 2 a 3 sessões do que ficar com o doente mais de 1 hora na mesa. Raqui-anestesia ou evipan endovenoso. Quasi sem-

pre depois de terminada a reseccão faz uma forte aspiração vesical para retirar pequenos fragmentos de prostata que tenham caído dentro da bexiga. Coagula levemente, o menos possivel sempre, um ou outro vaso que esteja sangrando um pouco mais. Controla a hemorragia "en vappe" da loja prostática por meio da sonda balão de Folley, instrumento hoje usado indistintamente por todos os reseccionistas Norte-americanos. Tem retirado até 750,0 de prostata por este método e frequentemente tira mais de 200,0. Só considera uma reseccão terminada quando, com o aparelho colocado ao nivel ou um pouco acima do verumontano, pode ver sem dificuldade o trigono e, melhor ainda, os orificios ureterais. E' de opinião que o processo pode ser empregado em todos os casos de hipertrofia prostática qualquer que seja o seu tamanho.

Retira a sonda-balão de Folley no dia seguinte da intervenção. Substitui-a por uma sonda comum que deixa mais 3 ou 4 dias. Nesta ocasião retira a sonda e manda o doente levantar. Si ha disuria e polaciúria coloca novamente a sonda por mais um ou dois dias. O tempo medio de hospitalisação dos doentes é de 11 dias.

Perguntando a Thompson o que julgava do aparelho de Mc Carthy respondeu-me: ótimo, mas exige mãos muito habéis e experimentadas; durante o tempo que o usei tive alguns casos de incontinencia post-operatoria por lesão do esfíncter externo e tambem algumas fistulas retais; atribuo estes accidentes á corrente elétrica pois depois que passei a usar o "punch" nunca mais os observei. Sei entretanto de alguns reseccionistas Americanos como Alcock, por exemplo, que usam o Mc Carthy e tem resultados tão bons quanto os meus.

A sulfanilamida tambem fez a sua invasão na Clinica Mayo. Cook, encarregado dos serviços de Ambulatorio, empregou-a em doses um pouco menores que as preconizadas por Colston. Inicia por 3,0 e baixa logo no 3.º dia para 1,5 e depois para 0,90. Associa-a sempre ao tratamento local pela acriflavina ou rivanol. Usou durante algum tempo a piretoterapia para as infeções blenorragicas. Tive oportunidade de lá ver o Kettering Hypertherm, o aparelho de febre artificial produzida por ar acondicionado e fabricado pela General Motors. E' opinião de Cook que a febre artificial falha mais nas blenorragias do que a sulfanilamida e que os casos que não melhoram com esta tambem não melhoram com a febre. Teve um caso de morte que o fez abandonar completamente o processo. Reservam-no unicamente para os casos graves de sífilis nervosa, coréa, etc.

---

Depois da visita á Clinica Mayo me dirigi a New York onde permaneci 2 meses. New York é uma Babel sob todos os pontos de vista. O medico que quiser apenas conhecer todos os seus hospitais, precisa mais de um ano, pois o seu numero sobe a 450 . . Limitei-me a frequentar com assiduidade os dois principais a meu ver, a saber o New York (da Cornell University) e o Presbyterian (da Columbia). Acidentalmente, quando havia operações interessantes marcadas no boletim que

diariamente é distribuído aos médicos visitantes, vim a conhecer também alguns outros. Tive assim oportunidade de conhecer o Joint Diseases, o St. Lukes, Post-Graduate, Polyclinic, Belevue, Morrisania, Brooklin, Mount-Sinai, Midtown, Doctors, William Park, etc.

Os vultos que mais me impressionaram em New York foram: Lowsley, Squier, Mc Fee, Sydney Ritter, Peterson, Kirwin, Cooper, Chase, Colp, Hyman, Beer, Albee e Duff. Mc Carthy não tem mais serviço hospitalar e só se pode ver operá-lo em sua clínica particular, o que só consegui uma vez.

Lowsley é o diretor do serviço de Urologia do New York Hospital. Uma das técnicas mais apuradas que vi, é um grande amigo da América do Sul e do Brasil onde já estive. Tive oportunidade de vê-lo praticar diversas vezes uma intervenção bastante interessante e a que ele denomina-plástica para a impotência. Acha-a indicada em todos os casos de ereção incompleta ou difícil que tenham por causa: a) traumatismos perineais (cirúrgicos ou não); b) lesões inflamatórias do perineo resultando na formação de tecido cicatricial; e) falta de tonicidade muscular e i) idade avançada. A intervenção consiste essencialmente no encurtamento dos músculos bulbo-cavernosos e isquio-cavernosos através duma incisão em Y feita no perineo. Ao mesmo tempo põe uma ligadura parcialmente constritora nas veias dorsais do pênis ao nível do ligamento suspensor. Com isto obtém modificações de ordem circulatória para o lado dos corpos cavernosos, uma estase parcial dos mesmos que facilitam a ereção nos casos em que ela era difícil. Para este encurtamento usa um catgut especial, em forma de fita, afim de não mortificar o tecido muscular. Esta intervenção lhe deu bons resultados em cerca de 80% dos doentes operados.

Com este mesmo catgut em forma de fita Lowsley pratica nefropexias e nefrostomias por técnicas originais. Nas nefrostomias principalmente é muito interessante o seu processo pois faz o fechamento da brecha renal sem passar nenhuma agulha ou fio pelo parênquima, graças unicamente à capsula e ao catgut em fita.

Para ressecções prostáticas usa o aparelho de Mc Carthy ou o último modelo do aparelho de Kirwin, seu chefe de clínica. Os três processos para tratamento da hipertrofia prostática, a saber, prostatectomias perineal e hipogástrica e ressecção endoscópica, são usados na clínica de Lowsley. Assim esquematiza ele as suas indicações: usa a hipogástrica nas prostatas muito grandes, com lobos laterais fazendo uma saliência muito grande para dentro da bexiga; usa a perineal em prostatas de tamanho médio, cujos lobos laterais se desenvolvem mais para a luz da uretra posterior do que para dentro da cavidade vesical, e quando há dados clínicos ou anatomo-patológicos que permitam afirmar uma degeneração maligna do tumor; usa a ressecção trans-uretral nas prostatas pequenas, barras prostáticas, molestia do cólo, lobos medianos isolados, qualquer que seja o seu tamanho. No ano de 1937 as proporções respectivas dessas três intervenções foram: 65% de ressecções trans-uretrais, 25% de prostatectomias perineais e 10% de hipogástricas.



Usa a sulfanilamida parcimoniosamente, sempre associada á terapeutica local, empregando como antiseptico a acriflavina. Para êle a sulfanilamida só. é incapaz de curar uma blenorrágia; fazendo ceder rapidamente os phenomenos agudos, desaparecer a secreção, clarear a urina, permite que se passe mais rapidamente aos tratamentos mais energicos como sejam as dilatações e as massagens. Lowsley por mais de uma vez chamava-nos para mostrar ao microscopio laminas de doentes absolutamente asintomaticos graças á sulfanilamida e nas quais ainda se encontravam germes de Neisser... Ajuda muito, dizia êle, mas **sózinha** só cura uma pequena percentagem de doentes.

Pertence tambem ao grupo da urologistas que abandonou completamente a febre artificial no tratamento da blenorrágia. Os motivos que alega para isto são os mesmos que já salientei quando me referi a este ponto em Baltimore e na Clínica Mayo.

Lowsley, assim como um grande grupo de especialistas Americanos, é um defensor do acido mandelico como antiseptico e acidificante urinario. Considera-o indicado em todos os casos em que a infecção é produzida pelo coli-bacilo. Naturalmente quando ha uma causa local, como retenção, obstaculos etc., a sua remoção se impõe ao lado da terapeutica pelo acido mandelico. Nas infecções estafilo e estreptococcicas julga a sulfanilamida muito superior ao mandelato de amonio.

A biopsia da prostata é outra pratica bastante corrente no serviço Lowsley. Possui para isto uma pinça original e nos casos suspeitos, sob a ação de anestesia local, faz a retirada desse pequeno fragmento que é enviado ao laboratorio. A pinça é introduzida pelo perineo, collocando-se o indicador da outra mão no réto afim de servir como guia e mesmo evitar o ferimento deste órgão.

Peterson, seu chefe de ambulatorio, que é aliás quem se encarrega destes estudos sobre a sulfanilamida, é um grande partidario das dilatações dos ejaguladores nas vesiculites cronicas. Tem para isto um aparelho especial bastante pratico. Para êle a lavagem das vesiculas não tem o minimo valor pois segundo deduziu de demorados estudos experimentais que realizou, de duas uma: ou os ejaculadores estão normais, isto é, francamente permeaveis, e o liquido injetado sai logo para a uretra e bexiga, ou estão obstruidos, estreitados e a lavagem só poderá contribuir para irritar ainda mais a vesicula, mantendo em contacto com ella o antiseptico por um tempo prolongado demais.

Mc Fee foi um dos cirurgiões de mais recursos que conheci. Trabalha no New York e no St. Lukes Hospital e suas operações tem sempre uma grande assistencia. Grande anatomista, opera sempre com o traumatismo minimo e hemostasia perfeita. Apenas muito lentamente: recordo-me duma resecção abdomino-perineal do réto que fez no St. Lukes Hospital e exigida por um cancer — foi sem duvida uma operação magistral, uma verdadeira sucessão de gravuras de livro, mas levou 2 horas e 1/2.

Cooper, Chase, Colp, Duff foram outros tantos cirurgiões que tive oportunidade de conhecer mais de perto. O departamento de cirurgia gastrica, um dos que mais me interessava, tambem possui ótimos téc-

nicos. A gastrectomia entrou definitivamente, como vencedora neste terreno e pouquíssimas foram as gastro-entero-anastomoses a que assisti. O Hofmeister-Polya classico, ou com leves modificações, continua sendo o processo mais usado.

Fred Albee, o grande ortopedista Americano é sem duvida um dos maiores amigos do Brasil em New York, honrou-me com um convite para uma sessão operatoria em seu hospital particular. Assisti numa manhã a uma laminectomia perfeita sob todos os pontos de vista e a uma ressecção do maxilar inferior por sarcoma em um menino de 12 anos: ressecado o maxilar, o Prof. Albee substituiu-o por um fragmento de tibia ao qual deu exatamente o mesmo feitio da porção extirpada.

Francis Hagner, professor da George Washington University, é um urologista que tem se notabilizado ultimamente nos Estados Unidos por uma operação plastica que fez para corrigir a esterilidade do homem consequente á orqui-epididienite blenorragica. A sua intervenção é uma anastomose epididimo deferencial. Durante a intervenção já faz o exame microscopico do conteúdo epididimico e procura anastomosar o melhor deferente com o epididimo que fornece espermatozoides em maior numero e com maior motilidade. Por este motivo faz ás vezes anastomoses cruzadas. Já operou 104 casos com sucesso de exactamente 50%, 38 na primeira intervenção e 12 após uma segunda. A percentagem de falhas é sem duvida grande, mas o risco operatorio é nulo e além disto é o unico recurso que têm estes doentes. Atribue ao uso de suturas de prata, o fato de ser êle o cirurgião que tem a melhor estatística no genero.

Sydney Ritter, chefe de clinica de Mc Carthy, é o urologista dos hospitais Midtown, Polyclinic e Joint Diseases. Partidario da ressecção prostatica trans-uretral nos casos em que éla é indicada (prostatas não muito grandes) pratica-a sempre com um dos aparelhos de Mc Carthy: o de corte elétrico ou, o mais recente, um aparelho tipo "punch". Prefere este ultimo quando tem que trabalhar perto do verumontano pois acha muito perigoso manejar com correntes elétricas perto deste órgão. Como todos os demais usa sistematicamente a sonda-balão de Folley depois da intervenção. Ritter admite, como Peterson, que o tratamento basico das vesiculites cronicas deva ser a dilatação dos canais ejaculadores e que as lavagens devem ser deixadas só para casos especialissimos. São tambem notaveis os trabalhos deste autor sobre a enervação renal que pratica com grande habilidade. Pratica-a especialmente nos casos de nefralgias rebeldes, pequenas hidronefroses, associada á nefropexia ou não. Em muitos casos faz ao mesmo tempo descapsulação.

Squier, outro eminente urologista que conheci, dirige a clinica Urologica do Presbiterian Hospital. Conservador ao extremo, usa até hoje exclusivamente a operação de Freyer na qual é aliás muito habil. Indagando sua opinião sobre a perineal e a trans-uretral respondeu-me: estou com 60 anos e sempre fiz a operação de Freyer que me dá uma mortalidade de 6%; julgo que qualquer outra técnica que viesse a adotar agora aumentaria o meu indice letal — isto é para os moços...

Um serviço bastante interessante que visitei também em New York, foi uma organização que trabalha anexa ao William Park Hospital. É a "Convalescent Serum Center" e, como o seu nome indica, ocupa-se exclusivamente da terapêutica pelos soros de convalescentes. A organização já tem similares em Chicago, Milwaukee, Philadelphia e Providence. Tem em "stock" soros de convalescentes de sarampo, escarlatina, erisipela, poliomielite e estudos estão sendo feitos com a coqueluche, a pneumosia e outros. O departamento não tem mãos a medir pois estes soros são principalmente muito empregados a título profilático por ocasião das epidemias de algumas destas molestias. Os doadores são rigorosamente examinados, passam por um Wassermann e um Khan negativos e depois vendem o seu soro a muito bom preço...

São estes, em grandes traços, os aspectos mais interessantes da ciência médica Norte-Americana. Sob o ponto de vista cirúrgico, pode-se dizer que o Americano chegou à perfeição não tanto pela sua técnica individual, mas pela sua organização. Como vistes, não há grandes vultos que se destaquem pela sua extraordinária elegância operatoria, não há em suma verdadeiros artistas do bisturi como nos grandes centros Europeus. Ao contrario, disse mesmo no principio da minha cronica, que o cirurgião Americano realiza o verdadeiro tipo "standard" da cirurgia. Mas a sua organização hospitalar é tão perfeita, os exames dos doentes são tão numerosos e apurados, o serviço de enfermagem sobretudo é tão notavel, que o resultado final é ótimo. O arquivo dos exames a que se submete um doente antes duma intervenção cirúrgica é quasi um livro muitas vezes: electrocardiogramas, tests de metabolismo basico, dosagens sanguineas e outras, provas de função renal, radiografias as mais variadas, etc. O post-operatorio deste doente é seguido em seus minimos detalhes. Durante os tres primeiros dias depois de uma intervenção o enfermo é vigiado dia e noite e nem um instante sequer deixa de ter uma enfermeira a seu lado.

Para que se possa fazer uma idéia do que é a organização dum grande hospital Americano basta que eu vos cite dois fatos: O Presbyterian Hospital, o maior de New York, custou 50.000.000 de dollars, isto é, quasi 1 milhão de contos em nossa moeda; nêle moram, entre medicos, internos, empregados, enfermeiras, engenheiros, técnicos diversos, etc., isto é, gente que se ocupa em ultima analyse exclusivamente do doente, 3.000 pessoas — pois bem, o hospital tem apenas 1.250 leitos! Em outras palavras quasi 2 pessoas e meia para cuidar de cada doente. No New York Hospital, do mesmo modo, moram 2.000 pessoas e sua capacidade é para 1.000 doentes. Comentando com muita justeza a fabulosa despesa de um destes grandes hospitais Americanos, dizia-me o Professor Surraco de Montevideo que foi meu companheiro de viagem: "Com o que esta gente gasta num hospital, você sustentaria e trataria todos os doentes do Rio Grande do Sul..."

Antes de terminar quero agradecer ao Sr. Presidente a oportunidade que me deu para ler esta modesta cronica e a todos vós a atenção que me dispensastes.