TOMO V FASCICULO II

ARQUIVOS BRASILEIROS
DE
CIRURGIA E ORTOPEDIA

DIRETOR
Prof. BARROS LIMA

DEZEMBRO — 1937
RECIFE

SUMARIO

Paginas

PROF. ARNOBIO MARQUES 123

Artigos Originais

CANCER DO COLOS — PROF. FERNANDO LUZ 134
TRATAMENTO ORTOPEDICO DAS FRATURAS DIAFISARIAS DA PERNA — PROF. BARROS LIMA 161
ASPECTOS DA CALCULOSE URETRAL — DR. ALCINO COIMBRA 199

Revista das revistas

CUIDADOS PRE-OPERATORIOS NAS INTERVENÇÕES ABDOMINAIS — DR. JOSE' HENRIQUES 241

A Cirurgia no Brasil

Piragibe Nogueira — Raqui percaina em Cirurgia gastro-duodenal; **Clovis de Almeida** — Injeções prostaticas e suas vias de introdução; **Peixoto, G.** — Apofise supra-epitrocleana; **Rodrigues, F.** — Sindrome post-traumatica de Kunmell 259

Livros

Notas e noticias

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

PREÇO DE ASSINATURA

Brasil . . . . . 20$000

Estrangeiro . . . . . 30$000

Redação e Administração — Rua da Imperatriz, 83-1.° andar

RECIFE — BRASIL

Prof. Arnobio Marques

Os ***Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia*** *se associam ás homenagens prestadas pelas Sociedades Medicas de Pernambuco e pela Faculdade de Medicina do Recife*

Prof. Arnobio Marques

Homenagem das Sociedades Medicas de Pernambuco

Discurso do Prof. João Amorim

"Meus senhores! — Nesta reunião, congregam-se todas as associações medicas do Recife, para comemorarem com solenidade e pompa adequadas, o fato auspicioso e invulgar da celebração do cincoentenario da formatura do grande e notavel medico pernambucano Arnobio Marques.

A Sociedade de Medicina de Pernambuco, que tomou a iniciativa desta reunião, escolheu-me para interpretar o seu jubilo e satisfação por acontecimento tão memoravel e si bem que não fosse feliz na escolha, pois com sinceridade vos afirmo que outros poderiam desempenhar com mais propriedade e brilho tão conspicua e delicada tarefa, eis-me aqui na situação de quem não tem o direito de recusar o seu pequeno e fragil concurso a uma tal celebração, vistos os laços de admiração, afeto e apreço que me ligam, de longa data, com honra inestimavel para mim, á pessôa do homenageado.

Alfredo Arnobio Marques, pernambucano nascido em Recife, aos 20 de fevereiro de 1866, recebeu o grão de Doutor em Medicina, em dezembro de 1887, na Faculdade da Baía.

Se ele tinha pendores pelos estudos medicos, pode-se afirmar que a vocação para Cirurgia cêdo se lhe revelou tambem, pois a sua tése de doutoramento versava sobre *Fraturas da tibia complicadas de feridas e seu tratamento*.

Fato este perfeitamente explicavel pelos progressos

da medicina que estava já muito longe da época em que *Susrutas* escreveu o seu *Avur-Véda — livro da ciencia da vida* — no qual resaltava: "Só a reunião da medicina e da cirurgia póde formar um medico perfeito. Aquele que fosse ignorante de um desses ramos assemelhar-se-ia a um passaro que só tivesse uma aza".

Mas antes aqueles progressos permitiam cada vez mais a multiplicação vertiginosa de novas aquisições cientificas e justificavam cada vez mais a especialização.

E a esse proposito, dois fatos significativos se podem logo resaltar na vida cientifica de Arnobio Marques e que fundamentam o reconhecimento da sua variada cultura como igualmente a elevada orientação dos seus estudos.

O primeiro é que ele, cirurgião por vocação, não se cantonou na esfera dessas especulações e ao par de trabalhos que publicou como: *Dois casos de tiroïdectomia*, 1899; *Fibroma do pescoço*, 1900; *Aneurismas carotidianos*, 1901; *Traitement de l'elephantiasis da scrotum*, *Presse Médicale, Paris*, 1903; *Ligadura da aorta*, 1905 *O serviço do prof. Hartmann*, 1906; *O serviço do prof. Guyon*, 1906; *Ferimentos penetrantes do torax*, 1907; *Atresia do orificio bucal*, 1908: *Da intervenção cirurgica nos aneurismas; Tratamnto dos aneurismas; Aneurismas do pé*, 1920; *Aneurismas da mão*, 1920; dava á lume trabalhos de outra natureza, como aquele publicado em 1888 e intitulado; *Do Jaborandy na terapeutica do soluço;* aprimorava os seus conhecimentos humanisticos lecionando na Escola Normanos a catedra de Historia Natural no Ginasio Pernambucano e na Escola de Farmacia do Recife. E nisto ele estava conformado ao postulado do competente e autorizado Billroth que dizia: "*a cirurgia não consiste só na arte de operar; e não basta para ser bom cirurgião uma certa habilidade manual*".

O segundo fato significativo do seu valor e da sua aptidão é que, quando não havia ainda em Recife, serviço hospitalar especialmente organizado, ele se notabilisou por estudos e intervenções cirurgicas no dominio especializado da Urologia, publicando em 1896, *Talha hipogastrica*, que marcou época nos anais da cirur-

gia pernambucana; *Estudo sobre os calculos vesicais em Pernambuco,* 1900; memoria que lhe valeu o titulo de membro correspondente da Academia Nacional de Medicina; *Calculo vesical formado em torno de sonda de Pezzer,* 1901; *Cistite gangrenosa,* 1905; *Corpo extranho da bexiga,* 1907; trabalhos que sem favor ou condescendencia lhe abriram as portas da Societé Internationale d'Urologia de Paris, de que é membro. A sua memoria intitulada *Cocainização sub-arachnoidiana,* prova ter sido ele quem empregou esse método pela primeira vez em Recife, em 1901.

Faz parte da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e da Sociedade de Cirurgia de Recife; e está ainda bem viva na memoria de todos como por dilatados anos exerceu o cargo de Chefe de Clinica Cirurgica no Hospital D. Pedro II, e no Hospital Português.

Quanto a nossa atual Sociedade de Medicina de Pernambuco a que pertenceu por longos anos, foi um dos esteios em que ela fundou a sua reorganização em 1898, tendo colaborado no unico numero dos Anais daquele ano, com o seu notavel trabalho — *Tratamento dos grandes esmagamentos.*

Otavio de Freitas no seu livro — *Os nossos medicos e a nossa medicina,* publicado em 1904, fez dois prognosticos sobre Arnobio Marques os quais auspiciosamente se cumpriram.

No primeiro dizia: "pelas suas habilitações e pelo seu acurado estudo e inteligencia aprimorada, tende a assumir a supremacia da arte de operar em Pernambuco, como já assumiu a chefia pelo afastamento de Malaquias Gonçalves. E a verdade, que está vivida em todos nós é que assim foi e por largos anos Arnobio dominou por completo a clinica cirurgica, não só em Recife, mas em todo Pernambuco e nos Estados vizinhos, donde lhe acorriam os clientes para a sua clinica particular ou para os seus afamados serviços do Hospital D. Pedro II e do Real Hospital Português de Beneficencia.

E mais vos direi: não eram só os clientes que acorriam, senão tambem os colegas na ancia de ouvir a sua autorizada opinião ou para colher os frutos da sua ex-

perimentada e amadurecida observação clinica, no discernir e orientar a solução das situações dificeis.

E releva aqui dizer: não foram somente aquelas qualidades acima referidas que o encaminharam pela estrada larga e promissora de uma grande clientela e de um brilhante e invejavel futuro.

E' preciso proclamar a *sua bondade* e o seu carinho pelos seus doentes, de qualquer categoria que fossem, particularmente os pobres indigentes do hospital, para quem o seu nome que se tornou popularissimo nesta cidade, era o simbolo da salvação para os seus males e a garantia de uma confiança e tranquilidade incalculaveis! A *sua prudencia* no decidir as intervenções, bem meditadas as condições organicas do paciente e bem pesados os elementos do prognostico, transformavam em cifras crescentes as probabilidades do exito que coroava a sua utilissima atividade.

A *serenidade e a calma* que o não faziam recuar nas situações imprevistas e antes o impeliam, como naturalidade e presteza, a dominá-las.

Bem razão portanto tinha Billroth ao enunciar o seu postulado!

* * *

O outro prognostico de Otavio de Freitas era assim enunciado: "ele tambem, teria sido um magnifico professor de Cirurgia, se ao em vez dos afanosos trabalhos de clinico se inclinasse ao magisterio medico".

Pois bem, fundada em 1915 a nossa Faculdade de Medicina do Recife, o seu nome foi naturalmente indicado para preencher uma das cadeiras de clinica cirurgica, no exercicio da qual veiu-lhe colher a aposentadoria — depois de um tirocinio que honraria qualquer outra Faculdade de maiores tradições; pela revelação de cultura, pelo zêlo e assiduidade de catedratico, pelo cunho pratico e eminentemente proveitoso da orientação didatica, pela diginidade e elevação com que era exercido o superior magisterio.

* * *

Quando o governo do Estado em 1917, teve a lembrança de nomeá-lo diretor geral da Instrução Publica,

a muitos pareceu estranhavel o fato, pelo desconhecimento da extensão da sua cultura cientifica e pela ignorancia em que laboravam dos seus conhecimentos atualizados de pedagogia.

Entretanto a sua passagem no cargo ficou assinalada por iniciativas fecundas e memoraveis, das quais eu quero apenas destacar uma: a creação do serviço dentario escolar, de vantagens importantissimas, indiscutiveis, que de todos são conhecidas, quer no ponto de vista da frequencia ou assiduidade, da nutrição e consequentemente do desenvolvimento fisico do escolar; quer do ponto de vista da prevenção das infecções focais, etc.; fase primeira de um programa que deveria proseguir necessariamente até a instituição das clinicas escolares que infelizmente ainda hoje não possuimos.

* * *

Meus senhores"

Tarefa ingente é estudar a personalidade complexa e singular do professor Arnobio Marques; e que muito propria seria para desafiar a argucia e perspicacia de um profundo psicologo. Não tenho eu a vã pretensão de fazê-lo. Nesta desalinhada resenha da sua vida de medico, vou aflorando apenas as diversas facetas, de onde as chispas do estonteante brilho ou a beleza moral das suas ações vão me ferindo a retina ou o sentimento.

Mas senhores — analisar, perfuntoriamente mesmo a vida de Arnobio Marques é o mesmo que fazer a apologetica das maximas virtudes do sacerdocio memedico!

* * *

Cincoenta anos de vida de medico!

Meditai um pouco o que isso póde representar!

No diuturno exercicio da afanosa clinica civil e hospitalar! Na ação social da nobre profissão e na catedra do magisterio! Ensinando pela palavra e pelas ações; pelo saber e pelo exemplo! Cincoenta anos de vida profissional norteada pelo estudo, pela ética, pelo zêlo e amôr da propria profissão!

Quanto sacrificio! Quantas canseiras! Quantas vigilias!

Veressaief, medico russo, publicando as suas memorias, comenta a certa altura os seus sete primeiros anos de profissão, escrevendo: "Havia sete anos que eu praticava a medicina; como vivi eu durante esses sete anos? Minha existencia não tinha sido senão uma longa e cruel irrisão de tudo o que eu mesmo deveria ordenar aos meus clientes. Durante todo esse tempo meus nervos haviam ficado tensos ao mais alto grão e afim de poder suportar impunemente esta tensão, foi-me necessario dispender uma enorme reserva de forças; pois eu era obrigado a viver de tal modo que a resistencia mais energica acabaria por ser abalada. As ferias não existiam para mim e nenhum repouso tinha assegurado; não havia momento, durante meu sono ou minhas refeições em que se não me viesse chamar e reter durante horas seguidas; sem que ninguem cuidasse de saber se eu estava em estado de suportar tal esgotamento... A alegria e o amôr da vida são abolidos e consequencia ainda mais horrivel, o poder de se devotar, a capacidade de sentir com toda a sua alma as miserias dos outros desaparecem tambem. E entretanto eu sinto que elas estão sempre, em qualquer parte, diante de mim, e que se eu ensaio por exemplo viver uma vida mais normal, essas faculdades são renascer, e me parecerá de novo que minh'alma transborda de energia e amôr".

E prosegue: "Eu sou privado mesmo das alegrias domesticas; não posso acariciar meu filho como desejaria, pois, a todo instante se me impõe o pensamento de que lhe poderia transmitir os germens das doenças de que tive de tratar durante o dia!"

A' quasi todos vós que me escutais e exerceis a clinica essa historia não é inteiramente desconhecida. E é o comentario de apenas 7 anos de vida de um medico!

O que será então cincoenta anos de vida profissional de medico!

Quanta renuncia! Quantas desilusões!

Quanto beneficio que se espalha; quanta ingratidão que se recolhe! Já o insigne, o incomparavel, o ines-

quecivel mestre Miguel Couto sentenciava: *"sem duvida os trabalhos são como mil e os frutos como um"*.

Mas o animo forte, a conciencia serena e o coração tranquilo.

E a *modestia* — não a falsa, que trái muita vez a preocupação de se exibir —; mas a verdadeira — espontanea, que é esplendente, que encanta, que edifica e que seduz —; como um véo diafano, a mal encobrir o fulgor das grandes ações e a pureza cristalina das intenções mais nobres!

E o *carater* — formado e pautado nas rigidas regras de uma sã moral — singularizando todos os atos de uma longa vida, nas suas multiplas relações e contactos com a sociedade em geral, com os colégas, com os discipulos, como clientes de todas as categorias e camadas, de todos os niveis intelectuais e morais!

* * *

Aos moços que abraçam a carreira medica sem a nitida compreensão da sua sublimidade; sem o apoio das regras formais da deontologia e da diceologia a ensinar-lhes os deveres e os direitos; dos que tendem para a mercantilização da nobre profissão; aos que se despersonalizam na clandestina comunidade de interesses com os boticarios; aos que se degradam na deslealdade dos processos da concurrencia; eu posso dizer: analisai e meditai na vida deste grande medico e nela encontrareis as diretrizes seguras que vos hão de ensinar a honrar e a dignificar a profissão!

Porque ela é um exemplo!

Ela é um modelo!

* * *

Uma pequena sombra apenas obscurece a plenitude da nossa alegria; diminúe um pouco a intensidade ruidosa desta comemoração e restringe um tanto a faustosa expressão desta solenidade. E' a circunstancia fatal e impiedosa, que tão sentida e compungentemente lamentamos, que afastou precoce e definitivamente do

vasto cenario da sua atividade e priva-nos da presença aqui, neste momento, do nosso homenageado.

Mas ele saberá que esta Sociedade de Medicina de Pernambuco, guarda ciosa e fiel das tradições da classe medica de Pernambuco, recolhe desde já, ao seu valioso escrinio, como joia de subido valor intrinseco o conjunto das virtudes e atributos que integram a sua singular personalidade.

E saberá, tambem, que nós, os seus amigos, os seus admiradores; nós os seus colégas da Sociedade de Medicina de Pernambuco não o esquecemos; e da quietude do seu retiro e através da penumbra onde concentra o seu isolamento, vislumbramos ainda luzes, clarões, cujos raios iluminam caminhos e orientam viandantes das grandes jornadas pela ciencia e pela humanidade!"

Discurso do Dr. Eduardo Wanderley Filho

Nas ultimas paginas do grande e notavel livro de Axel Munthe há um grandioso conteúdo emocional. E daí decorre um valor artistico inestimavel. E tambem a amarga tristeza e fria sensação inexplicavel das contingencias humanas. Mas "o livro de San Michele é o livro da vida". E é dela que "o manancial da sabedoria brota em nós na silenciosa profundidade das nossas idéas solitarias e dentro dos proprios senhos. A agua dessa fonte é clara e fria como a verdade, e o sabor amargo como a dôr".

O contraste se evidencia. E porisso se torna mais, muito mais nitido. Do pessimismo triste que a vida se permite de dar á custa de viver e sofrer, muita miseria humana encontra a sua resignada compreensão. Da dignidade de um caracter réto á admiração de uma vida cheia de nobreza, do que transcende das virtudes espirituais á grandeza das emoções mais puras — um momento como o de agora encontra a sua compreensão entusiasta.

A vossa festa, prof. Arnobio, é de grandeza espiritual. E eu vos falo diretamente como se aqui estivesseis a presidir esta reunião de consagração no vosso jubileu.

A Sociedade de Cirurgia de Pernambuco quis que em nome dos cirurgiões pernambucanos eu vos viesse

dizer da nossa vibração unissona numa solenidade que consideramos essencialmente nossa. O vosso nome nos serve de simbolo. E o vosso exemplo de modelo.

Nós vivemos uma época de renovação espiritual. O velho materialismo após guerra. O sem-rumo em que os homens de desencaminharam. A confusão dos espiritos e dos sentimentos. Tudo se transmutou numa nova ordem de idéas. Num novo renascimento. Numa nova necessidade de ordenar a desordem das finalidades da vida, de tornar mais digna a pessôa humana. Digna e respeitavel na sua qualidade de criatura. E o vosso jubileu se comemora com estes ideais em mira. A vossa festa é de grandeza espiritual.

Andréa Majocchi escreveu como autobiografia "uma vida de cirurgião". E "olhando as cousas com olhos mais humanos e nublados de sentimento" poude repetir a mesma imagem de tantos outros e tão repetida e de tanta realidade. Sentiu-se ao fim da vida como aquele que se detém após uma longa viagem onde sempre teve á frente a ardua e dolorosa estrada. E ao deter-se, volta a olhar o velho caminho tão dificil. A visão é porém inteiramente diferente. Todas as cousas impossiveis, todas as minucias desastradas, todos os pequenos obstaculos torturantes — se perdem e se desfazem e se modificam. E' tudo um "bélo panorama". E' tudo a sensação de uma vida superiormente vivida. Nobilitada pelo dever sempre cumprido. Integrada numa compreensão justa de uma suave bondade.

Alfredo Arnobio Marques teve uma formação cultural em base humanistica. Bem se percebe das suas atividades como esta orientação influiu em seu espirito. Exerceu a sua profissão num ambiente muito pouco propicio. Mas á força de sua personalidade soube vencer as dificuldades do meio. Fez cirurgia e grande cirurgia. Os seus trabalhos atestam o valor de sua pratica. Os seus titulos cientificos, a repercussão do seu nome. E a legião dos aliviados pela sua pericia, dos reconhecidos pelo seu esforço salvador para vencer a "grande inimiga" e dar vida a uma vida que queria apagar-se — tudo fez o seu nome gravar-se indelevelmente. Cirurgião completo, concentrou em torno de sua figura toda a cirurgia de nosso meio. Fez escola. E hoje representa em Pernambuco, na repercussão do seu nome, assim

tanto o que José de Mendonça ainda o é no Rio de Janeiro.

E eu me lembro bem. Faz alguns anos eu tambem assisti ás comemorações jubilares do velho mestre. E vi a comoção com que recebia a homenagem dos seus discipulos, que ele tambem mal podia vê-los. Mas que ouvia-os e sentia-os numa vibração que lhe era muito grata.

Aqui tambem, o prof. Arnobio Marques, a solenidade se repete. E em muitos pontos semelhante. Os cirurgiões pernambucanos são os vossos discipulos. Há os que muita vez apelaram para a vossa cultura e experiencia. Há os que mesmo sem terem se aproximado muito vos consideram, sobretudo, o exemplo tipico a seguir. Há os que trabalham com Barros Lima, onde representais o mestre e sois admirado e a todo passo lembrado. Vós fostes o cirurgião completo. O "grande cirurgião cheio de alma", como alguem chamou a Halsted. E nós, cirurgiões, compreendemos a vibração da vossa alma. Vós bem sabeis o que é a alma de cirurgião. Desses como Mangiagalli, que se havia habituado a tudo, salvo a vêr morrer os seus operados. Como Majocchi que quanto mais avançava em idade mais se tornava sensivel á dôr humana. Vós vos lembrais de Jean Louis Faure para quem a alma do cirurgião é uma "alma desconhecida, e as emoções profundas que a enchem e agitam só podem ser analizadas por quem tambem as sentiu. Ela possúe horas de triunfo e embriaguês, e horas de amargor e desolação..." Vós bem podeis sentir as vibrações daqueles como Lériche cuja finalidade acima de tudo sempre foi "aprofundar, através as miragens movediças da clinica e fóra da fria abstração dos livros, o problema da dôr viva". Vós não fostes a fria insensibilidade regrada, junto ao automatismo dos musculos disciplinados. O cirurgião deve e precisa de viver na sensibilidade de uma alma bem formada. Nobre. Digna. Vibrátil e elevada. Num "primado do espirito sobre a materia" Num grande conteúdo emocional para chegar até á arte. Mas vós tendes mais que isso. Fizestes de dois filhos vossos, dois cirurgiões.

Um amigo comum poude dizer-me como influenciastes a formação cultural e cirurgica de Silvio e Roméro. Educados por vós. Orientados e guiados. Neles

se desdobrou a vossa personalidade forte. Como que se desintegrou em duas partes que repetem o todo. Cada um deles possúe de vós o influxo que os totaliza. E esta é que é a vossa grande alegria e a vossa festa de grandeza espiritual.

Pelos vossos dois filhos, continuam as vossas idéas a serem desdobradas, explanadas e escritas. E as mãos ágeis continuam a aliviar o velho sofrimento humano nas operações diarias, nos exames detidos, na habilidade de vencer os obstaculos. E os vossos olhos continuam a vêr.

Vós tendes tudo, prof. Arnobio, tudo que o "grande cirurgião cheio de alma" póde aspirar na continuidade de sua vida.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAÍA

PRIMEIRA CLINICA CIRURGICA

Diretor: Prof. Fernando Luz

Cancer dos colos

Prof. Fernando Luz
Catedratico de Clinica Cirurgica

O problema cirurgico do cancer, em todos os seus aspectos, está a desafiar o esforço e a argucia dos cirurgiões.

Si ainda não conhecemos a causa e o mecanismo da manifestação desse terrivel mal, que vai devastando a humanidade, a despeito do estudo acurado de multiplos centros de investigação do cancer, espalhados por todo o mundo, por outro lado, a terapeutica eficaz e radical para sua cura ainda não foi descoberta, embora melhorem as tecnicas dos diversos métodos empregados neste sentido.

Verdade é que o registro clinico e necroscopico vai em linha ascendente na demonstração evidente de melhor diagnostico; vemos, porém, subir proporcionalmente a curva da mortalidade pelo cancer.

E por que é o fato assim observado? Será que na verdade aumenta o morbus, disseminando-se pela humanidade? Ou é um melhor conhecimento de seu aspecto clinico e de suas caracteristicas anatomo-patologicas, que o fazem mais vezes registrado? São perguntas que a cada momento vemos feitas entre nós e dos leigos para nós, e que ficamos sem podê-las responder em conciencia, comprovando ou documentando as respostas. Pensamos ser a progressão assustadora dos casos de cancer, em geral aumentando de ano para ano, em um melhor acerto diagnostico pelo avanço da nossa

ciencia-arte; mas, não padece duvida falharem nossos métodos terapeuticos, por falta de diagnostico precoce do mal traiçoeiro, que, corroendo os tecidos, faz suas metastases, invade todo o organismo com seus poderosos tentaculos, antes que o cirurgião encontre base para um diagnostico de certeza, e, peior ainda, sem que o doente se aperceba do incendio irrompido na intimidade de seus tecidos, não ligando importancia alguma a sinais funcionais, unicos até então na fenomenologia clinica.

E mais do que em quaquer outra localização, é a dos colos aquela em que o diagnostico precoce do cancer avulta em dificuldades para a indicação da terapeutica salvadora.

Obvio será procurar a explicativa da asserção, pois a anatomia do grosso intestino, a sua função, muitas vezes perturbada por causas diversas, a evolução lenta do mal nele localizado, por elas tão somente constituem causas de erros diagnosticos ou de acertos tardios; de outro lado, a falta de consulta por parte do doente, já por displicencia, já por dificuldades da vida, faz com que nos cheguem os portadores deste terrivel mal, com complicações da doença, das quais a oclusão intestinal, a melena e a perfuração intestinal constituem quadros clinicos especiais.

Entre nós, seja-nos licito proclamar, é causa comum e constante de diagnosticos tardios e de terapeuticas sem efeito salutar, a falta de educação cirurgica, caracterizada por exames superficiais, sem uma anamnése aprofundada, com dispensa de exames trabalhosos e dificeis na utilização de meios propedeuticos instrumentais modernos, sem o socorro utilissimo do laboratorio nas suas investigações fecundas, despresando o soberbo recurso do exame radiologico, ou quando pedindo-o, não procurando estudar os seus esclarecimentos, interpretando erroneamente as suas sombras.

Tudo isto acrescido da mania enraigada em nossa mentalidade, qual a de "pensar sifiliticamente", seguindo um preconceito oriundo de uma frase feita por um dos genios da nossa classe e filho deste grandioso Estado, o notavel Prof. A. Austregesilo, que, em arroubo de eloquencia, começou sua conferencia sobre "Sifilis do aparelho circulatorio e respiratorio", com o se-

guinte moto: "*Em clinica convem pensar sifiliticamente*".

E assim sendo, em vez de um estudo mais aprofundado do doente, no firmar um diagnostico anatomico ou nosologico seguro, procurams nos enganar, enganando nossos doentes, na experiencia prolongada de tratamento especifico, que, si não agravar o mal do doente, adia a aplicação de terapeutica mais agressiva e de efeitos talvez mais salutares.

* * *

Constitúe o cancer do colo uma manifestação clinica que desafia a nossa argucia, a despeito de interesse no exame clinico, merecendo cuidadoso estudo, pois, anatomicamente, as duas porções do colo, a direita e a esquerda, teem caracteristicas especiais, que valem a pena estudadas na elucidação do problema terapeutico cirurgico.

De fato, desde a origem embriogenica até a constituição anatomica são elas diversas, como provam ser a porção direita do colo nutrida pela mesenterica superior, ao passo que a esquerda, acha sua nutrição da arteria mesenterica inferior, juntamente com a hemorroidaria superior e as sigmoidianas. Do mesmo modo, o sistema linfatico do colo direito está adstrito ao meso, ás paredes intestinais, si assim se póde dizer, ao passo que a drenagem linfatica do colo esquerdo é extensissima, tomando diversas direções, chegando msmo até o figado. Do mesmo modo o vago e o mesenterico superior inervam o colo direito, ao passo que o sacral e o mesenterico inferior a metade esquerda do colo.

Os dados anatomicos acima citados são bem necessarios para a explicativa de manifestações clinicas diversas e de terapeutica cirurgica variavel, em se tratando de cancer do colo direito ou do esquerdo.

De outro lado a contingencia fisiologica, o seu dinamismo, a natureza de seu conteúdo intestinal e o seu transito, são fatores que concorrem para a diferenciação a que nos leva a anatomia. Assim, na porção direita as fezes são mais liquidas, demoram mais tempo em contacto de suas paredes, ao passo que na esquerda são

pastosas e se tornam cada vez mais solidas, a medida que se aproximam da porção terminal do tubo digestivo.

* * *

O quadro clinico do cancer do colo nada tem de especial, podendo ser confundido com simples perturbações funcionais, (constipação cronica), como tambem com manifestações sintomaticas de outras doenças nele localizadas, (colite ulcerosa, diverticulose, tiflite, apendicite cronica, fecaloma em megacolo, tuberculose hipertrofica do cego, etc.), e mais ainda com doenças de outros orgão, (ptose renal, rim poliquistico, pionefrose, etc.). Ademais, o cancer do colo predispõe tanto á oclusão intestinal, já aguda, já cronica, que muitas vezes seu diagnostico vem a ser achado operatorio de um operado por esta manifestação. Assim aconteceu na doente da observação do registro de minha clinica n.º 2113, que passo a ler:

A. M. S., branca, viuva, com 63 anos de idade, brasileira, residente em Mundo Novo, foi internada em meu serviço no "Hospital Português" no dia 13 de Março de 1937, queixando-se de que a 20 de Setembro de 1936 apresentara diarréa com dores intestinais, tendo sido medicada com Fuadina e tartaro emetico. Em Novembro começou a sofrer de prisão de ventre, necessitando do uso de lavagens intestinais, até que a 21 de Janeiro p. p. sentiu-se peior, vomitando tudo que tomava, não mais defecando nem expelindo gazes pelo anus Entretanto ainda se levantava e se alimentava peiorando depois a tal ponto, que o medico lhe aconselhou vir para a Baía, afim de ser operada de oclução intestinal. Nada de importante em seu passado. Pais falecidos. Sete irmãos vivos. Casada em 1888 teve 15 filhos, estando doze vivos e sadios. Apresentava-se em decubito dorsal, facies de sofrimento, ventre distendido, soluços, vomitando tudo que tomava. Ao exame, coração com tons abafados, pulmões respirando mal. Ventre enormemente distendido, com timpanismo em toda a área abdominal; á palpação percebe-se o colo gresso, distendido, não doloroso, sentindo-se do lado direito uma massa com movimentos peritalticos bem acentuados e á escuta ruidos hidro-aericos bem caracterizados. Ao toque retal, nada se sente, estando o reto completamente vasio. Feita a exploração radiologica por meio de

um clister de bario, verificou-se encher-se completamente o reto, mas nada passar para o colo pelvico, devido a algum embaraço aí localizado. Com o diagnostico de volvulo do colo pelvico (45 dias) resolvemos operá-la, a despeito do estado geral ruim. No dia 14 de Março de 1937, praticamos a laporatomia mediana sub-umbelical, com exteriorização da alça omega e fixação no angulo inferior da incisão usando da anestesia regional pela Escurocaina a ½ %, terminada pela narcose geral pela cloretila. Tivemos os seguintes achados operatorios: Aberta a cavidade peritoneal, de logo o colo pelvico se apresentou com suas paredes enormemente dilatadas. Introduzida a mão na cavidade abdominal o intestino delgado tambem dilatado, poude ser exteriorizado, verificando-se na porção terminal do colo pelvico um anel espessado, da largura de cinco centimetros, causa da oclusão. Resolvemos fazer a exteriorização da alça omega, suturando a parede em parte e fixando-a no angulo inferior. Depois de fixada e suturada á parede introduzimos um trocate grosso na luz intestinal, dando saída a grande quantidade de gazes e de fezes liquidas. A doente é lavada ao leito onde sofre tratamento tonico, mas apesar das fézes continuarem a saír, através do dreno colocado no intestino, teve um colapso cardiaco ás dezoito horas do mesmo dia, falecendo.

* * *

Querendo estudar a sintomatologia do cancer do colo, poderiamos dividir a sua manifestação clinica em sintomas de inicio do mal, de periodo de estado e de generalização, entretanto preferimos estudar os sintomas separadamente, sem esta descriminação, pois dificil é dizer-se quando está o mal em seu inicio real, qual o periodo de estado. Por serem os primeiros a se manifestarem e por terem grande importancia no diagnostico precoce do mal, começaremos estudando os sintomas funcionais, representados pela constipação de ventre e pela diarréa.

A prisão de ventre é mais comumente encontrada nos tumores do colo pelvico, e caracterizada por fézes ovilhadas, resecadas, duras, outras vezes achatadas (quando o tumôr tem séde pelvica inferior) que necessitam o uso de laxativos ou de lavagens intestinais para serem expelidas, sendo muitas vezes acompanhadas de

catarro e de sangue, semelhando á enterocolite, como na observação do registro n.º 2051.

J. L., 42 anos de idade, brasileira, branca, solteira, enfermeira, residindo á Ladeira da Poeira em S. Salvador da

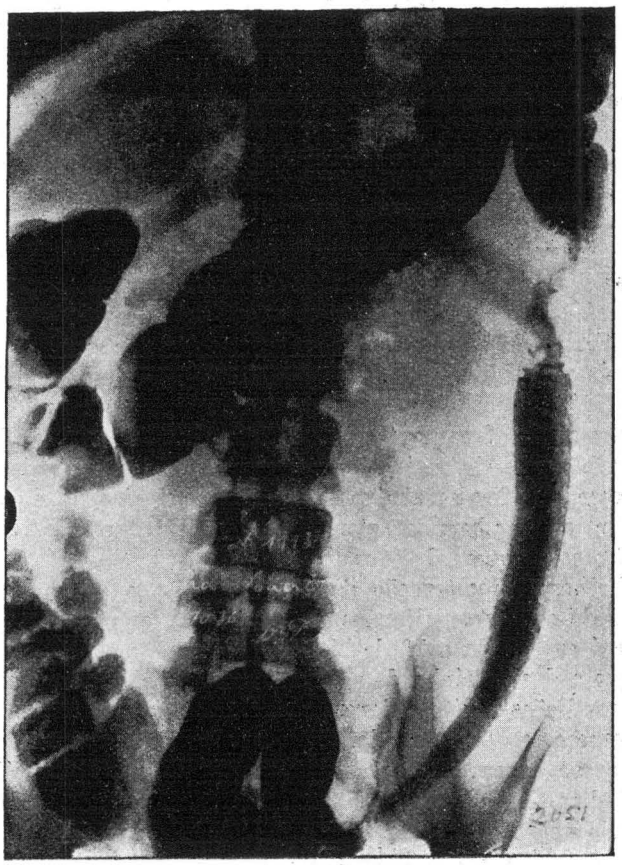


Fig. 1 — Radiografio — Imagem de cancer anular do colo esquerdo

Baía, foi por nós vista no dia 14 de Setembro de 1936, queixando-se de que havia muito tempo sofria dos intestinos, com colicas, prisão de ventre, deitando catarro com sangue, até que em Julho teve um calafrio forte com febre alta, colicas for-

tissimas perdendo na ocasião grande quantidade de sangue pelo anus. Melhorou depois disso, mas logo em seguida voltaram as colicas com catarro e sangue, perdendo muito do peso e se sentindo fraca e anemica. Nos seus antecedentes, registram-se pai vivo e sadio, mãe falecida de *cancer do útero*. Teve treze irmãos, estando 6 vivos e sadios. Em criança gosou saúde, apenas tendo tido, de doença mais séria, pleuris aos seis anos de idade. Menarca aos dezeseis anos, regras regulares, sendo que ultimamente tem tido colicas uterinas e maior abundancia de perdas. Não tem apetite, a digestão é dificil, com prisão de ventre, seguida da expulsão de catarro com sangue. Ao exame clinico, coração e pulmões bons. Abdomen de aspecto normal, não distendido. Figado e baço em seus limites normais. Rins não apalpaveis. Não ha ganglios inguino-crurais desenvolvidos. Nada se sente á apalpação do abdomen, apenas defesa da parede á esquerda, onde por uma apalpação mais cuidadosa consegue-se sentir um tumôr do volume de uma lima, abaixo do angulo esplenico do colo, tumôr sensivel, regular e pouco mobilizavel. Ao toque retal nada de importancia. A' retos-copia percebe-se mucosa retal normal, encontrando-se entretanto alguns fragmentos de coagulos sanguineos, que vêm indubitavelmente de mais alto. A' exploração radiologica com contraste, verifica-se abaixo do angulo esplenico do colo uma imagem lacunar bem caracteristica, como se vê na figura 1, estando o colo aquem deste muito dilatado.

Urinas sem alteração de monta. Feito o diagnostico de cancer do colo, aconselhamos a intervenção, que entretanto sómente é executada a 19 de Novembro do mesmo ano, pelo pavor que a doente tinha de se operar. Estavam nesta época as suas condições muito peiores, grande emagrecimento, pele de côr terrosa, anemia grande, tendo continuado as hemorragias a se processarem. Raquianestesia pela Tropococaina (0,06), auxiliada pelo Balsoformio com a mascara de Ombrédane, ministrada pelo Dr. Rui Maltez; operação na Materinade Climerio de Oliveira, sendo operadores o autor, Prof. Dr. Aristides Maltez e Dr. Antonio Maltez. Consistiu em laporatomia paralateral esquerda, alta, do rebordo costal até dois dedos abaixo da linha umbelical seguida de reseção do colo esquerdo (15 centimetros) e colo-colostomia termino-terminal, segundo a tecnica, tendo durado uma hora e quarenta minutos, sem acidentes, nem incidentes. Foram encontrados os seguintes achados operatorios: Aberto o peritoneo, a mão exploradora encontra e reconhçce ser o tumôr do colo esquerdo, ao qual adere o delga-

do e o grande epiploon, que se apresenta infiltrado, necessitando ser resecado. Assim libertado o tumôr, póde se exteriorizar o colo esquerdo, que é resecado dois dedos acima e abaixo do tumôr, com excisão de meso em V, seguida de anastomose colo-colica termino-terminal, com três planos de sutura, sendo o primeiro a catgut e os demais a fio de linho em agulhas Sertix de Bruneau. Drenagem com tubo de cautchú n.º 30. Sutura da pele a crina. Sequencias normais até o dia 21, quando se encontra o penso inundado de liquido caracteristico de infecção colibacilar. No quinto dia verifica-se escapamento de

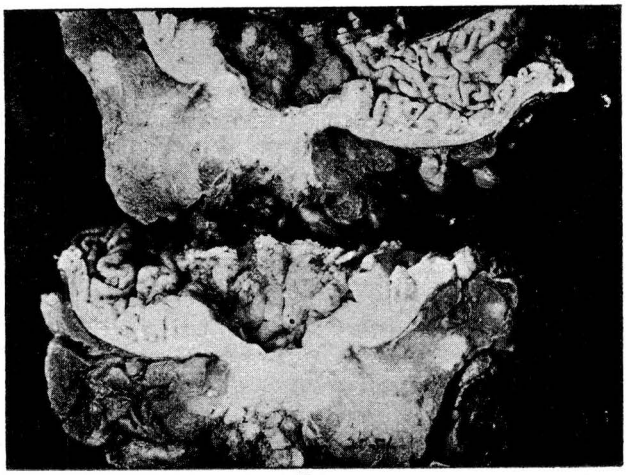


Fig. 2 — Corte longitudinal do tumôr resecado

fézes pelo orificio cutaneo de drenagem. Retirada dos pontos e abertura larga da pele e da aponeurose, para melhor drenagem. Pensos repetidos para limpeza das fézes que se escapam, até que no dia 7 de Dezembro aparecem dejeções diarreicas pelo anus e dois dia depois a fistula estercoral se fecha, processando-se a cicatrização lentamente. Em Janeiro teve alta completamente curada, operatoriamente, podendo defecar diariamente sem colicas, nem catarro. Com uma estação de convalescença em uma praia o estado geral rapidamente transformou-se, aumentando o seu peso de doze quilos, até que em Março reassumiu a direção do hospital onde trabalhava, funcionando normalmente seu intestino.

* * *

A diarréa é outra manifestação funcional, caracterizada por dejeções frequentes (de cinco a doze vezes ao dia), constituida por fézes sanguinolentas, mal ligadas, em fermentação franca, extraordinariamente fetidas.

Outras vezes, porém, estes sintomas funcionais não existem, passando bem o doente, defecando todos os dias, sem auxilio de laxativos, como aconteceu com alguns doentes que ensejaram as nossas considerações.

Como acabamos de vêr, a prisão de ventre aparecida repentinamente em individuos que nunca sofreram do mal, tendo passado dos quarenta anos, assim como a diarréa sanguinolenta, que não cede á medicação comum, devem conduzir o clinico á suspeita de cancer do colo, motivando um estudo mais acurado do doente.

Perturbações digestivas, dispeticas, com diminuição do apetite, acompanham as perturbações funcionais do intestino, e quando observadas em individuos que até então tinham perfeita saúde com bôa digestão, devem ser levadas em conta na suspeita diagnostica de cancer do colo.

A dôr infelizmente só se manifesta no periodo de estado, quando o tumôr atingiu certo volume, com reação inflamatoria para o peritoneo, com ulceração da mucosa. Surdas no começo, acompanham-se ás vezes de verdadeiras colicas intestinais, como no caso da observação abaixo descrita, registrada sob o n.º 1087.

C. M., com quarenta e três anos de idade, brasileiro, casado, branco, comerciante, residente em Sta. Inês, deu entrada no "Hospital Sta. Isabel", Enfermaria S. José, no dia 2 de Junho de 1931. Queixava-se de que havia dois anos que vinha sofrendo de dores no ventre, do lado direito do umbigo, em fórma de colicas, acompanhadas ás vezes de diarréa com catarro e sangue. Pais falecidos de causa desconhecida, seis irmãos sadios. Nada de importante em seu passado morbido. Estado geral precario, anemia grande, coloração da pele semelhando á cêra, edema dos membros inferiores. Coração com abafamento dos diversos tons. Ventre distendido, com abaúlamento da fossa iliaca direita onde se encontra á apalpação um tumôr duro do volume de uma lima, preso aos planos profundos. Nada de albumina, nem glicose nas urinas. Pela radiogra-

fia dos intestinos com enema opaco, vê-se o cego se encher deixando uma imagem lacunar grande, estando a porção distal limitrofe do tumôr em fórma de amputação. Diagnosticado lateralizada, com reseção de dez centimetros de jejuno, do cego e apendice, do colo direito e de parte do transverso, fazendo-se em seguida a jejuno-colo-anastomose termino-terminal, sendo a anestesia feita pela solução de Novocaina com adrenalina por infiltração, ajudada com narcose pelo cloroformio dada pelo Dr. Alfredo Boureou. Operação praticada pelo autor, auxiliado pelos assistentes. Drs. Tillemont Fontes e Alberto do Rio, tendo durado duas horas. Os achados operatorios foram os seguintes: Tumôr cegal aderente ao grande epiploon, outro tumôr no colon transverso perto do angulo esplenico, alguns ganglios parietais. Drenagem com Mikulicz. O doente faleceu pela madrugada do dia 2 de Julho de 1931 por choque operatorio.

* * *

As dores são mais comumente encontradas nos canceres do colo esquerdo principalmente do colo pelvico, constituindo a sindrome de *Koenig*, caracterizada pela distensão do ventre, que se torna tenso e duro, podendo-se vêr as alças intestinais se desenharem sob a parede abdominal, progredindo para a fossa iliaca esquerda, até que repentinamente tudo desaparece, ouvindo-se um ruido hidro-aerico caracteristico, e sentindo a doente amainarem-se seus sofrimentos, terminando a cris com uma *déblace* diarreica. Outras vezes a irradiação da dôr que é surda se faz em diversas direções, dependendo das aderencias aos orgãos vizinhos e da localização do cancer.

A hemorragia é, ás vezes, um sintoma denunciador do mal e se processa sem causa ocasional alguma, sem dôr mais forte, abundante, constituida por grandes coagulos, como aconteceu ao doente da observação de registro n.º 1118, que passo a lêr:

J. J. S., com 58 anos de idade, brasileiro, branco, lavrador casado, residente em Barracão, Estado da Baía, entrou no "Hospital Português" a 10 de Maio de 1932, queixando-se de que ha dezesete anos sofre de prisão de ventre e de hemorroidas, perdendo sangue de vez em quando. Ha trinta dias atrás

sentiu dôr lombar forte e teve hemorragia pelo reto bem abundante. Nos antecedentes da familia, pai falecido de reumatismo, mãe de parto. Teve cinco irmãos, estando três vivos e sadios. Casado em 1914 teve a esposa oito filhos estando sómente três vivos. Em criança sempre sadio; nunca teve doença grave. Em rapaz teve blenorragia e cancros venereos. Não tem apetite, a digestão é ruim, prisão de ventre, nunca teve diarréa, nem perdeu sangue a não ser quando atacado de hemorroidas. Urina mal com dificuldade, principalmente quando tem ataques hemorroidarios. Coração com tons abafados; pulmões respirando mal. Ventre flacido, não distendido, sentindo-se á apalpação um tumôr irregular, duro, com diversos nucleos, movel para linha xifoumbelical, a qual é ultrapassada, e tambem para cima e para baixo. Estudado bem o doente e preparado convenientemente, foi-lhe praticada a laporotomia exploradora mediana no dia 14 de Junho de 1932, com anestesia regional pelo Escurocaina por infiltração. Encontra-se tumôr de localização no colo transverso, propagando-se ao colo direito, com metastases nos ganglios do mesenterio e do epiploon gastrocolico por isso julgado inoperavel, pelo que fez-se a sutura da parede abdominal, sem drenagem. Sequencias normais. Retirada dos pontos de sutura no sexto dia, cicatrização per primam. Alta por curado no dia 26 de Junho de 1932, não tendo dado mais noticias a seu respeito.

* * *

Outras vezes a hemorragia é discreta, vem acompanhando as fézes na defecação, que é feita muitas vezes ao dia, sendo comum haver perda de sangue com catarro, em pequenos e abundandes fragmentos, saindo ás vezes isoladamente, acompanhado de tenesmos, como na doente da observação n.º 2051 já descrita acima.

O tumôr sempre existente no cancer do colo, não é entretanto facilmente sentido á apalpação manual, principalmente no inicio da doença, pois sua localização profunda (colo pelvico, angulo esplenico e porções proximais do colo esquerdo) e a espessura da parede abdominal, ás vezes observada, dificulta a apalpação eficiente.

Entretanto sabendo-se aplicar o método apalpatorio por deslisamento dos dedos, pode-se senti-lo muitas

vezes como aconteceu no caso da nossa observada n.º 2051.

Outras vezes o tumôr é volumoso, ovoide, duro, irregular, situado na fossa iliaca, levantando a parede abdominal anterior, principalmente quando tem séde no cego, como na observação n.º 618, que passa a lêr:

M. A. S., 42 anos, casado, lavrador, brasileiro, de côr branca, residindo no Matatú, deu entrada em meu consultorio em 14 de Junho de 1929, queixando-se de se sentir havia algum tempo gripado, com pontadas nas costas, tosse, bronquite, coceiras pelo corpo, sentindo um engorgitamento da verilha esquerda, que foi tratado com injeções de Neosalvarsan, sem resultado, tendo aumentado as dôres pelo corpo. Nos seus antecedentes de familia: pai falecido de *cancer do estomago* e mãe do *útero*, talvez *cancer* tambem. Tem duas irmãs, estando presentemente uma doente de *cancer do útero*. Casado em 1916 a esposa teve três abortos e oito filhos estando sómente quatro vivos. Em criança teve reumatismo articular agudo. Na idade adulta gripe e paludismo. Cancro sifilitico em 1913 com reumatismo. Tem apetite, a digestão é bôa, não tem prisão de ventre, nem diarréa. Dorme bem e urina regularmente. Ao exame geral, encontramos coração com reforço aortico. Pulmões bons. Figado e baço em bôas condições. Rins não apalpaveis nem dolorosos. Na fossa iliaca direita á apalpação percebe-se uma massa tumoral, dura, fixa, regular, parecendo fazer parte do osso iliaco, chegando até dois dedos atravessados da espinha iliaca antero-superior direita. No cordão espermatico esquerdo percebe-se um tumôr tenso, flutuante, (quisto ou hidrocele do cordão). Pequenos ganglios inguino-crurais. Feitas radiografias, uma sem contraste a verificar o osso iliaco, a qual demonstra a inexistencia de qualquer alteração deste osso; outra com contraste, que é interpretada pela "inexistencia de deformação do cego, o colon ascendente abaixado. O tumor que existe é extra-intestinal, estando o cego aderente ao tumôr".

A idéa de sifilis predominou e tratamento antisifilitico energico pelo Neosalvarsan, Iodoarshytone foi instituido sem resultado, até que em Agosto de 1929, o tumôr iliaco tornara-se maior e mais doloroso, acompanhado de ligeira elevação termica. Uma operação é proposta e não aceita pelo doente, que se retira para o interior do Estado, até que a 25 de Outubro de 1929 teve uma oclusão intestinal aguda, que cedeu com

lavagens intestinais e oleo de ricino internamente. Volta á Capital, recolhendo-se ao "Sanatorio Espanhol", com prisão de ventre, fézes fetidas, temperatura de 38,2 á tarde. Ao exame o tumôr, reduzido ao volume de um ovo de perúa, fixo, não do-

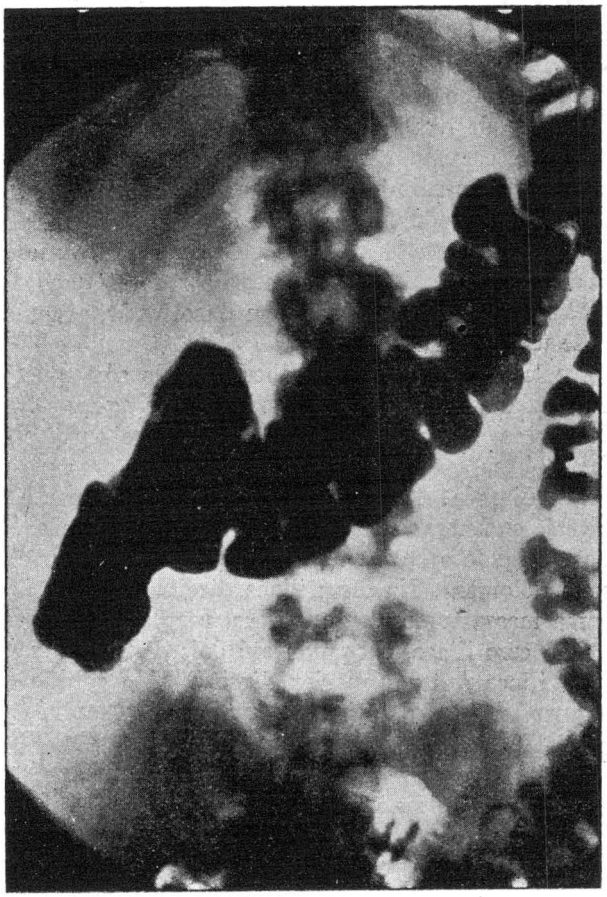


Fig. 3 — Radiografia do cego, séde do cancer

loroso á apalpação, queixando-se o doente de dores em torno do umbigo, quando acaba de comer. Depois de suficientemente estudado o doente, se lhe propõe uma intervenção cirurgica, que foi aceita e executada no dia 11 de Novembro de 1929, no "Sanatorio Espanhol", pelo autor, auxiliado pelos Drs. Al-

berto do Rio e Matias Bittencourt, sendo a anestesia praticada pelo Dr. Alfredo Boureau, com cloroformio pela mascara simples. A intervenção que consistiu em reseção da porção terminal do jejuno, do cego e apendice e de parte do colo ascendente, com jejuno-sigmoidostomia latero-lateral e exclusão do grosso intestino restante, durou cerca de duas horas, tendo se observado os seguintes achados operatorios: Incisão lateral direita do abdomen, obliqua, que leva á cavidade peritoneal onde se encontra um tumôr do cego, abrangendo o apendice que está grosso e turgido, tendo preso a ele uma alça do intestino delgado, porção terminal do jejuno, que está tambem infiltrado pelo tumôr; o epiploon tambem adere a ele, podendo ser des-

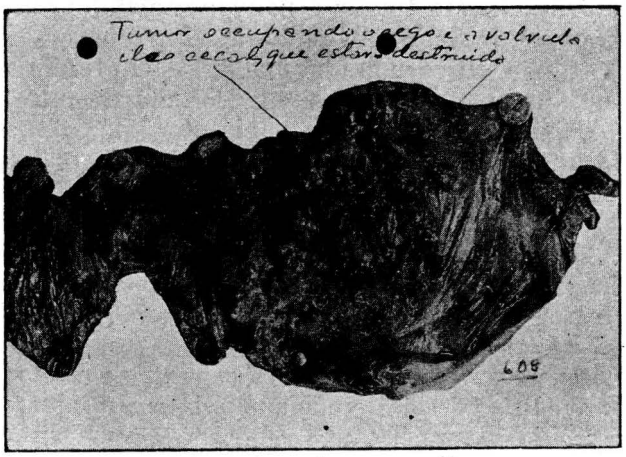


Fig. 4 — Peça compreendendo o cego

colado e solto, permitindo descolar o grosso intestino (cego) com o tumôr e exteriorizá-lo, resolvendo-se resecar a porção terminal do jejuno, quinze centimetros da valvula de Bauhin secção do meso, descolamento do cego e do colo ascendente, até perto do angulo hepatico-secção do grosso intestino nesse ponto, fechando-se imediatamente a superficie de secção por uma sutura a catgut e a fio de linho. Sutura em bolsa do jejuno seccionado e anastomose latero-lateral isoperistaltica do jejuno no colo pelvico, segundo tecnica.

As sequencias operatorias foram bôas, podendo-se retirar o Mikulicz no dia 13 de Novembro. Os pontos de sutura no dia 20, tendo alta curado operatoriamente no dia 8 de Dezem-

bro de 1929. A peça retirada e aberta demonstrou haver infiltração de parte do jejuno, com ulceração da valvula ileocegal, cego invadido pelo tumôr, tendo a mucosa cheia de granulações; apendice duro, turgido, grosso, infiltrado; colo ascendente normal; ganglios mesentericos com metastases. Estudado histologicamente, verificou-se: epitelioma do cego.

O doente ainda permaneceu bem durante oito meses, tendo engordado e melhorado do estado geral, mas em Agosto de 1930 é visto por nós em franca cachexia cancerosa e veio a falecer em Novembro de 1930.

* * *

Outras vezes o tumôr é pequeno, ovoide, duro, regular, movel, quando tem séde no colo transverso.

A ascite é observada algumas vezes em tumores malignos do colo, sendo um sinal evidente de metastases para o figado, perturbando a circulação portal, como aconteceu á nossa observada n.º 1724, cuja observação aqui se segue:

R. M. da C., com 58 anos de idade, preta, solteira, serviço domestico, natural da Baía, residente á Avenida 7, n.º 272. Em Maio de 1933, notou estar o seu ventre a crescer, produzindo-lhe falta de ar, sentindo ao mesmo tempo fraqueza geral, até que em Novembro o ventre aumentou a ponto de lhe tirar o ar. Pais falecidos, sendo a mãe de *cancer da mama* aos 18 anos. Teve nove irmãos, estando apenas um vivo. Em criança sempre sadia, nunca teve doença grave, a não ser paludismo em 1904. Regrada aos 13 anos, periodos normais, tendo tido metrorragias na menopausa. Nada sente no ventre, nem teve colica alguma, defecando todos os dias. Coração fraco. Pulmões respirando bem. Ventre enormemente distendido, com massicez na base e timpanismo ao nivel do umbigo, denotando grande quantidade de liquido ascitico. Puncionado o ventre com trocate poude-se então apalpar um tumôr no hipocondrio esquerdo, do volume de uma laranja, ligeiramente movel.

Feito o diagnostico de cancer do colo transverso, foi a laparotomia exploradora realizada no dia 24 de Fevereiro de 1934, com anestesia por infiltração pela Scurocaina, sendo operador o autor, tendo como auxiliares os Drs. Matias Bittencourt e Alfredo Boureau. Foram estes os achados operatorios:

A' abertura do periotoneo, grande quantidade de liquido ascitico, hemorragico, se escôa pela ferida operatoria. Alças do delgado afloram á bordas da incisão, já cobertas de granulações avermelhadas. A mão exploradora tambem encontra o periotoneo, assim como o figado infiltrado pelas mesmas granulações. No colo transverso, angulo esplenico, encontra-se um tumôr do volume de um ovo de perúa, que póde ser exteriorizado, verificando-se uma atresia do colo transverso, motivado por massa tumoral, com ganglios esparsos no mesenterio. As sequencias operatorias foram normais, processando-se a cicatrização *perprimum*. A doente sobreviveu cerca de dois meses, vindo a falecer a 6 de Maio de 1934, em franca cachexia.

* * *

Ao lado destes sintomas locais vamos ás vezes observar fenomenos gerais, representados por anorexia, emagrecimento, fraqueza geral, astenia, com elevação da temperatura axilar, que nos leva muitas vezes a erro diagnostico, (abcesso apendicular), como aconteceu no caso da observação n.º 2112.

C. M. R., 60 anos, brasileira, parda, solteira, profissão domestica, residente em Massaranduba, entrou no Hospital Sta. Isabel, Enfermaria Sta. Marta, em 20 de Junho de 1936. Ha cerca de dois anos vem sentindo cansaço, tonturas e dores pelo corpo, com predominancia no ventre. Pais falecidos de causa ignorada. Teve 13 irmãos, estando sete vivos e sadios. No seu passado tem sarampão, catapora, paludismo e gripes. Menarca aos quatorze anos, com regras regulares e periodicas. Menopausa aos 45 anos, sem acidentes. Apetite regular, digestão bôa, não tem prisão de ventre. Urina regularmente. Coração com abafamento da primeira bulha no fóco aortico. Pulmões bem ventilados. Figado e baço nos seus limites normais. Não ha ganglios inguino-crurais. Reflexos patelares normais. Ventre chato de pele normal. A' apalpação percebe-se no quadrante inferior direito um tumôr globuloso, duro, regular e tenso, do volume de uma tangerina, doloroso á pressão, fixado fortemente ao iliaco direito. Ao toque vaginal nada de anormal. Praticados os exames de laboratorio, e julgada a doente em condições regulares, é resolvida a operação, que é praticada no dia 10 de Agosto de 1936, sob anestesia raquiana com 0,05 centigramos de tropococaina, que deu anestesia su-

ficiente até o final da operação, quando foi lhe ministrado o cloroformio com mascara pelo Dr. Alfredo Boureau. Laparotomia lateral direita para reseção do jejuno, do cego, do apendice e do colo ascendente, com anastomose termino-terminal do jejuno no colo ascendente, segundo a tecnica, executado pelo autor, tendo por auxiliares o Dr. Alberto do Rio e interno Fernando Luz Filho. Os achados operatorios foram os seguintes: Cego cheio por um tumôr duro e fibroso, preso ao osso iliaco; apendice grosso e volumoso; secção de dez centimetros do jejuno terminal, descolamento do cego, que adere fortemente á parede ossea, necessitando ser solto a golpes de tesoura, descolamento do colo ascendente e secção do angulo esplenico e reseção até a altura do colo transverso; anastomose termino-terminal do jejuno ao colo transverso; drenagem com dois drenos n.º 30; sutura da parede. As sequencias não foram ruins, pois a sutura intestinal uniu perfeitamente não se formando fistula, mas a parede abdominal supurou profusamente, infectada pelo colli bacillus, de modo que a cicatrização completa apenas se processou a 11 de Outubro de 1936, quando teve alta por curada operatoriamente. Em Março do corrente ano voltou á consulta da clinica, por estar com eventração post-operatoria, percebendo-se através da brecha da parede dois nucleos duros, presos ao osso iliaco, parecendo metastases.

* * *

A elevação de temperatura é consequencia de fenomenos inflamatorios locais, com propagação á mucosa intestinal e ao peritoneo de vizinhança.

* * *

Evolução — Os canceres do colo tem marcha sempre lenta, levando anos para atingirem a grandes volumes, terminando-se por morte devido a intoxicação dupla: estercoral e cancerosa.

São entretanto sujeitos a complicações, dentre elas a mais encontrada é a oclusão intestinal, já por torsão (colo pelvico) já por invaginação, já por atresia provocando uma obstrução cronica, como aconteceu na observação n.º 2113, que já foi descrita.

Ulcerado que seja o cancer do colo, naturalmente ha facilidade na infecção das paredes intestinais, mo-

tivando uma inflamação, que se poderá terminar por um verdadeiro abcesso, que se propaga ao peritoneo de vizinhança e poderá originar uma fistula, aberta para a pele da parede abdominal ou para a bexiga, causando disuria, hematurias, presença de materias fecais nas urinas e pneumaturia (Bérard e Murard). No final de sua evolução, se uma oclusão ou uma perfuração não forem o termino fatal, apresenta-se a ascite, com todas as suas caracteristicas, mais observadas nos canceres do colo esquerdo, principalmente quando metastases se fazem para o peritoneo e para o figado, como na observação n.º 1724 acima descrita.

* * *

Diagnostico — Baseado nos sintomas e na anamnese, ninguem poderá de sã conciencia firmar diagnostico de cancer do colo, pois a apalpação simples nem sempre nos poderá fornecer dados seguros, mas com o auxilio da retosigmoidoscopia e principalmente do exame ou estudo radiologico com enema de contraste, desde que seja lembrada a hipotese, a confirmação será absoluta, auxiliada pelo exame de laboratorio, no estudar microscopicamente as fézes com o fito de encontrar melena microscopica, no pesquisar as diversas reações serologicas, principalmente a do nossos ilustre patricio Dr. Botelho, no contar os eritrocitos e os leucocitos. Entretanto nem sempre é facil a interpretação radiologica podendo as imagens nos induzirem a erros, como aconteceu na observação n.º 608, onde o laudo do radiologista declarava "inexistencia de deformação do cego, o colo ascendente está abaixado", "o tumor que existe é extraintestinal, estando o cego aderente a ele". A intervenção praticada e na peça retirada, verificou-se tumôr do cego extenso e difundido, conforme se póde verificar na figura 3.

A retoscopia ou a sigmoidoscopia, melhor dizendo, póde ser um meio propedeutico de grande valor para o diagnostico do cancer do colo, principalmente quando tiver séde na porção mais inferior do colo pelvico, quando poderá ser visto e estudado. Outras vezes, porém, não se podendo vêr o tumôr pela sua localização alta, colo esquerdo ou direito, a retoscopia poderá encontrar

dados indiretos, denunciadores de tumôr alto. Assim, em individuo que teve hemorragia intestinal abundante, sem lesão alguma do reto, verificada pela retoscopia, mas no qual se encontram nas paredes retais e sigmoidais pequenos coagulos vermelho escuro, se poderá com

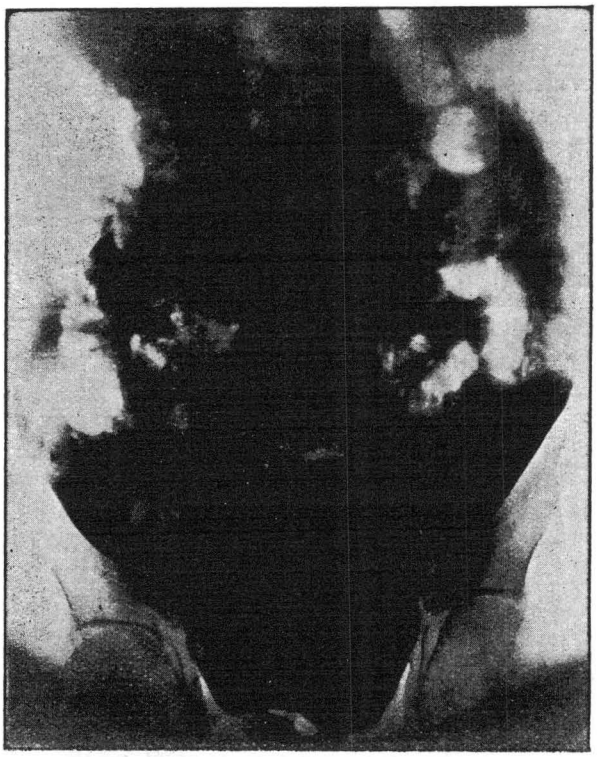


Fig. 5 — Radiografia de cancer do colo, onde se vê a substancia do contraste espalhada na cavidade peritoneal

muita probabilidade pensar em cancer do colo esquerdo, como aconteceu na observação n.º 2051. Deverá este exame radiologico ser praticado de diversas maneiras. Assim o exame simples, sem contraste, observando as imagens hidroaericas, denunciadoras de distensão do colo por gazes, deve ser usada nos casos de oclusão com tumôr. A administração oral de meio de

contraste, é bom meio propedeutico de exame do colo, pois evita a distensão mecanica produzida pelo enema, dando imagens mais verdadeiras e de mais facil interpretação. E' que o enema opaco introduzido sobre pressão no intestino grosso além do distender o intestino e deformar as imagens dificultando a sua interpretação, não é isento de perigo e as perfurações se podem fazer muito facilmente, como demonstra a radiografia aqui presente, tirada em um doente já cachetico e portador de cancer do colo pelvico, no qual o enema provocou a rutura do intestino e a morte em poucas horas por peritonite e colapso.

Por isso, hoje se prefere o estudo radiologico sem distensão, enchendo sem pressão o grosso intestino e em seguida mandando o doente evacuar a substancia de contraste, para estudar os relevos das dobras da mucosa e as impregnações das superficies ulceradas ou dos diverticulos. Gilbert e Kadrnka preferem as substancias coloidais (umbrathor). Assim eles se exprimem: — "O neoplasma maligno destróe precocemente a mucosa; daí resulta ao exame do relevo uma imagem radiologica por subtração; o relevo aparece ora irregular, ora multilacunar (formações mamilonadas), ora confusa (*aspect en écalaboussure*). A mucosa vizinha que está bem conservada, se detem de maneira brusca em torno do tumôr. Todavia este aspecto de relevo não nos esclarece sobre a extensão em profundidade; recorre-se então á insuflação complementar (sob contrôle escopico), si a parede estiver invadida, sua perda de elasticidade fará obstaculo á distensão". (Gilbert e Kadrnka).

Seja como fôr, o estudo radiologico é de fato de grande valor no diagnostico do cancer, em inicio, apresentando-se nestes casos falhas, amputações, deformações, que bem estudadas nos levam a diagnostico mais ou menos seguro. A contragosto, porém, erramos comum e facilmente nos casos de tumores intestinais, interpretando mal as sombras, ou desejando descobrir lesões onde tudo está normal.

Os canceres do colo, a despeito do estudo radiologico e á sua revelia vão passando sem diagnostico, por se confundirem facilmente com tumores do colo esquerdo as colites ulcerosas, as colites muco membranosas, as diverticuloses do grosso intestino, e com os do direi-

to, as apendicites supuradas, a tuberculose hipertrofica do cego, para só falar em lesões do grosso intestino, porque os abcessos da fossa iliaca, com sarcomas do osso iliaco, sifilis dos ganglios iliacos, linfo-granulomatoses abdominais, tumores inflamatorios, tumores dos ovarios, salpingites, etc., têm sido confundidos.

Servirá de criterio para diagnostico diferençado o estudo radiologico, já do proprio intestino demonstrando a existencia de faltas, de estenoses, de amputações de imagens, já do ureterio pelo cateterismo ureteral com sonda opaca, ou pelo uretero-pielograma ascendente ou descendente, no demonstrar os desvios do orgão. As imagens da colite ulcerosa, da colite cronica muco-membranosa, da diverticulose do grosso intestino, da apendicite cronica não podem absolutamente ser confundidas com as de um cancer, entretanto a da tuberculose hipertrofica lhe é muito semelhante, necessitando de exames de laboratorio, de um estudo anamnesico mais acurado á diferenciação. Haja vista a seguinte observação registrada sob o n.º 2114:

D.F. E., brasileiro, com 78 anos de idade, pardo, casado, maritimo, residente em Maragogipe, deu entrada no Hospital Sta. Isabel, Enfermaria S. José, no dia 17 de Fevereiro de 1937, contando que ha cinco meses passados quando empurrava uma canôa notou o aparecimento de um caroço do lado direito do abdomen, acompanhado de dores após as refeições. O caroço tem aumentado gradativamente de volume, sem perturbação alguma para a defecação. Pais mortos. Tem dois irmãos vivos e dois falecidos. Varicela e sarampão na infancia. Paludismo aos 24 anos. Bôa digestão, não tendo prisão de ventre, nem diarréa. E' tabagista. Ao exame clinico, notamos individuo desnutrido, panicule adiposa não desenvolvido, mucosas pouco coradas. Bulhas abafadas. Pulso frequente e fraco. Pulmão respirando bem. Lingua saburrosa. Ventre não distendido. Figado normal. Na fossa iliaca direita percebe-se um aumento de volume, constituido por um tumôr, do volume de uma laranja grande, pouco movel, de consistencia homogenea, de superficie lisa. A' percussão a zona do tumôr é submacissa. Wassermann ngeativo. Mx = 11, Mn. = 7,0. Ao exame radiologico encontramos bom enchimento de todo o colo, entretanto tem o angulo hepatico abaixado e a imagem do cego se

apresenta completamente deformada, com imagem lacunar, tipica confirmando ser um tumôr do cego.

Fig. 6 — Imagem radiologica do cego deformado, com imagem lacunar

Depois de estudo cuidadoso é o doente operado, com o diagnostico de tumôr da fossa iliaca direita, no dia 9 de Março de 1936, por laparotomia direita, Jalaguier, para reseção de dez centimetros do jejuno, do cego, do apendice vermiforme, do colo ascendente e da metade do transverso. Imeditamente fizemos a jejuno-colostomia termino-terminal pelo autor, auxiliados pelos Drs. Alfredo Boureau, Alberto do Rio e Fernando G. Luz. Anestesia regional pela Novocaina a ½ %, e balsoformio pela mascara de Ombrédane, tendo gasto oitenta cc. de solução de Novocaina a ½ % e 20 cc. de solução a 1 %, tendo durado a operação uma hora e vinte minutos; encontrando os seguintes achados operatorios: Aberta a cavidade peritoneal encontra-se o cego aderente ao peritoneo parietal, desmancham-se as aderencias com facilidade. O cego, endurecido, é infiltrado, grande e duro, foi dificil de ser identificado, estando preso á bexiga. Desfeitas as aderencias, ataca-se o cego pela sua face externa, incisando-se o peritoneo parietal, verificando a possibilidade de ser retirado o tumôr. Secciona-se o

jejuno a 10 centimetros da valvula de Bauhin, fazendo-se a colectomia total direita, com anastomose subsequente. O doente muito fraco viveu ainda três dias e veiu a falecer. A peça estudada no Gabinete de Anatomia Patologica da Faculdade de Medicina foi diagnosticada de "Tuberculoma do cego".

* * *

Os raios X podem entretanto auxiliar o diagnostico orientando-nos. Assim em um caso que tivemos de uma doente que, repentinamente pela madrugada, acorda

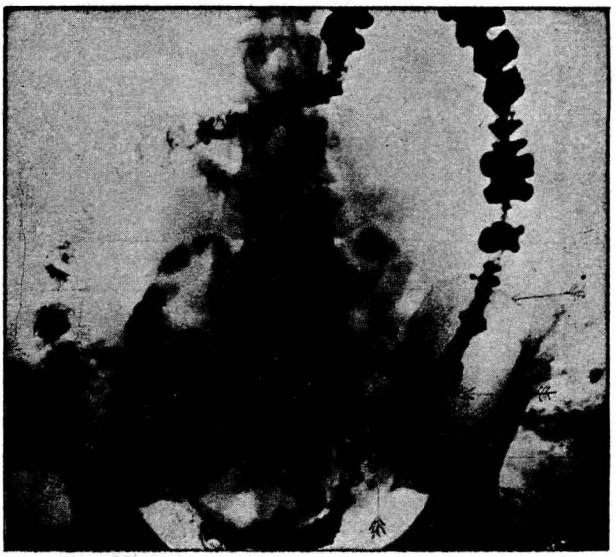


Fig. 7 — Diverticulose do cego

com colicas intestinais, indo ao bacio e eliminando grande quantidade de coagulos de sangue, e que medicada convenientemente ainda continúa a perder sangue, podemos fazer o diagnostico usando deste excelente meio de exploração. A retosigmoidoscopia em nada nos auxiliou, mas com um enema opaco de bario podemos firmar o diagnostico de diverticulose do colo, excluindo de logo a hipotese de cancer, conforme se vê na figura 7.

Vêmos, portanto, não ser o diagnostico de cancer do colo muito facil de ser feito, e, para tanto, nenhum fator póde concorrer com mais eficiencia do que a idéa de poder ser o caso de tumôr maligno do grosso intestino, o que nem sempre acontece, motivando erros de diagnostico tão comuns e surpresas de achados operatorios.

Não fica sem cabimento o lembrar que para tirar as duvidas em casos que taes foi criada a laparotomia exploradora, recurso propedeutico ousado, mas seguro, quando feito com conciencia, pois, muita vez, em logar de estar a perder tempo no querer diagnosticar ou tratar medicamente, manifestações abdominais, rebeldes á terapeutica apropriada ou indicada para o caso imaginado, será melhor ir verificar pela laparotomia e usar da tatica cirurgica apropriada. Infelizmente é o que se passa entre nós, pelo menos na Baia onde *por fas ou por nefas*, os casos de cancer do colo só nos chegam ás mãos em seus ultimos periodos, já inflamados, com metastases, enfim inoperaveis quasi.

E' verdade, como diz Gemill, que os casos tratados cirurgicamente teem como *causa mortis* a infecção, entretanto a mortalidade cái de 100 % para 60 ou 70 %, o que já é algum resultado.

* * *

Qual é portanto esta terapeutica? E' indubitavelmente a cirurgia operatoria, que foi muito bem classificada por Bertrand e Corajod em métodos paliativos e radicais.

Métodos paliativos: —

a) Externos: cecostomia
anus transverso
anus iliaco esquerdo.

b) Internos:

Ileo-sigmoidostomia
Ileo-retostomia
Cego-sigmoidostomia
Colo-colostomia.

Métodos radicais: — Colectomia.

a) Colectomia intra-abdominal com restabelecimento imediato e completo da continuidade.

1.º Segmentar:

Processo de Reybard
" " Tixier
" " Mummery.

2.º Extensa:

Hemicolectomia esquerda
Colectomia total ou sub-total.
(Lane-Taylor-Pauchet).

b) Colectomia intra-abdominal, com restabelecimento imediato, mas parcial da continuidade e anus *in situ*.

Bouilly-Volckmann (primeira maneira)
Delore.

c) Colectomia intra-abdominal sem nenhum restabelecimento da continuidade: anus definitivo.

Operação de Hartmann.

d) Colectomia extra-abdominal: Exteriorização.

1.º Com reseção imediata: Bouilly-Volkmann-Hartmann-Paul
2.º Com reseção retardada: Bloch-Mikulicz-Quenu-Cruet-Schwartz.

e) Colectomias por vias perineal, sagrada ou abdomino-perineal.

Reseção Kraske-Delbet.
Amputação perineal, trans-anal e abdomino-perineal do reto.

Saber indicar cada processo acima nomeado é a tarefa mais dificil do cirurgião, principalmente se ele quizer, como pensamos deva proceder, ter o consentimento do doente na execução da intervenção. Não ha quem queira facilmente aceitar a proposta de um anus iliaco, mesmo provisorio, e muito trabalho e esforço deverá ser dispendido pelo cirurgião no convencer-lhe da necessidade e da utilidade da medida, muitas vezes salvadora.

As intervenções para cura do cancer do colo podem ser feitas, de acôrdo com o esquema acima descrito, em um tempo, em dois tempos e em três tempos. Não ha duvida ser a operação feita em um só tempo, e radical pela colectomia segmentar ou total, mais atraente para o cirurgião e mais agradavel para o doente, que em um só ato operatorio se liberta de um tumôr que poderia ou antes teria de lhe levar á sepultura. Nos nossos casos é o método que temos dado preferencia e nossa mortalidade post-operatoria tem sido de 1 para 4 curados operatoriamente.

Entretanto as cifras das estatisticas de Settemund, Smelutz, Hartmann acusam uma mortalidade média de 44 %. Turner reduziu a sua cifra de mortalidade a 17,3 %. Embora na França ainda se pratique a exerése com anastomose termino-terminal ou latero-lateral imediata, nos casos de cancer do colo sem complicação, ha entretanto uma grande tendencia para a derivação prévia por anastomose ileocolica e reseção intestinal com quinze a trinta dias depois.

E' a conduta advogada por J. Gousset que fundamenta a sua opinião com a estatistica de Wakeley e Rutherford que em vinte canceres do colo, fez dexeseis hemicolectomias largas, das quais uma em um tempo com uma morte e quinze em ileo transverso anastomose previa sem nenhuma morte. Fraser e Dott viram com este método a mortalidade cair de 30 % a 10 %. A. Gosset e seus discipulos praticaram treze hemicolectomias direitas em dois tempos com exclusão previa sem nenhuma morte. Rankin encontrou em 150 hemicolectomias direitas por cancer, 12 % de mortalidade. A grande vantagem da anastomose previa é a drenagem melhor com desintoxicação rapida modificando o estado geral; é a redução do tumôr por desinflamação devida

á suspensão da passagem das fézes pelo tumôr, irritando-o; é a melhoria das condições locais do peritoneo, tornando mais facil o ato operatorio da colectomia. Nos canceres infectados ou nos complicados de oclusão e de perfuração, a conduta só póde ser o estabelecimento do anus cegal, jejunal, transverso ou iliaco esquerdo, desviando o curso das fézes e melhorando a estercoremia, para em segundo tempo ser feita a colectomia... Ou então exteriorização da alça, séde do cancer, com reseção imediata do intestino doente ou sem reseção, esperando que a ferida parietal cicatrize para então em segundo tempo seccioná-la. Ainda podemos, ás vezes, julgar o caso inoperavel por metastase generalizada, e neste caso apenas um anus iliaco, transverso, cegal, ou iliaco direito, no intuito de desviar o curso das fézes, fazendo desaparecer a irritação constante delas sobre o tumôr. As variantes e os processos diversos Bloch, Mikulicz, Quenu, Cruet e Schwartz serão empregadas de acôrdo com os casos clinicos e em localizações diversas.

Resumido a nossa lição vêmos que contamos com 9 casos de cancer do colo, sendo três do colo esquerdo e seis do direito, dos quais quatro de localização cegal e dois do colo direito e três do esquerdo.

Foram operados de colectomia larga com anastomose imediata termino-terminal 4, tendo falecido no periodo post-operatorio 2, sem operação 1. De anus iliaco faleceu um. Foram julgados inoperaveis 2. Tinham membro da familia com cancer 3, sendo um com pai, mãe e irmã, outro mãe e outro irmão. A sobrevida tem sido de dois anos. As recidivas já foram observadas em dois doentes. Sempre fazemos drenagem ás vezes com Mikulicz. Só houve desunião da sutura em um caso, formando-se fistula que cedeu expontaneamente.

E' portanto operação que deve ser executada, a colectomia por cancer do grosso intestino, melhorando a estatistica ainda alarmante com diagnostico mais precoce.

Recife, 9 de Junho de 1937.

HOSPITAL SANTO AMARO

CLINICA CIRURGICA E ORTOPEDICA

Serviço do Prof. Barros Lima

Tratamento ortopedico das fraturas diafisarias da perna

Dr. Barros Lima
Catedratico de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica da Faculdade de Medicina do Recife

E' intuito nosso expôr a fórma por que compreendemos a terapeutica das fraturas diafisarias dos ossos da perna.

Não crêmos aí assunto inteiramente despido de importancia, pois que ha aspectos ainda controversos e sobre os quais ha sempre interesse de discutir.

Estudaremos as lesões diafisarias dos dois ossos, da tibia e do peroneo isoladamente, mas compreenderemos tambem na nossa palestra as chamadas fraturas supramaleolares, pois motivos não ha, abordando questões de terapeutica exclusivamente, para tê-las em capitulo diverso.

Nas considerações que se vão seguir o problema ortopedico fundamental para a cura precisa das fraturas diafisarias se firma numa orientação justa dos fragmentos que faça o eixo da tibia alcançar a superficie astragalica em determinada situação, afim de que bem se distribúa a carga do corpo que por ela é transmitida.

Nas lesões com localização baixa, nas soluções de continuidade supra-maleolares, o problema não é diverso; tem-se que procurar uma bôa orientação dos fragmentos para que o apoio sobre a superficie articular normalmente se processe. Não ha que cuidar da deficiencia de apoio lateral tal qual se observa nas le-

sões maleolares, porque nas lesões puras com aquela localização não é por modificação de apoio lateral que a orientação anomala da superficie tibio articular se processa.

Boppe que cuida das fraturas da perna no Tratado de Cirurgia Ortopedica de Ombredanne e Mathieu encara o problema do mesmo modo pois que aí se não encontram referencias ás fraturas supra-maleolares, incluidas que estão elas no grande grupo das lesões de diafise.

Do mesmo modo estudaremos as lesões, peculiares á infancia, conhecidas com a designação de disjunções epifisarias, pois que são precisamente semelhantes, no que diz respeito á terapeutica imediata, ás fraturas supra-maleolares; diferem apenas pela possibilidade de complicações da osteogenese acrescidas, entretanto só surgidas tardiamente e sem que nos seja dado, quasi sempre, mais que constatá-las.

O nosso estudo compreenderá pois:

a) as fraturas diafisarias dos dois ossos da perna;
b) as fraturas diafisarias da tibia;
c) as fraturas diafisarias do peroneo;
d) as fraturas supra-maleolares;
e) as disjuncões epifisarias do extremo inferior da tibia.

* * *

Como para qualquer lesão ossea ao tratamento das fraturas diafisarias da perna deve preceder estudo minucioso, clinico e radiologico, que permita conhecer as condicões reais da alteracão havida.

A situação superficial do principal osso da perna, a facilidade de apreciacão de pontos de reparo nele e nos segmentos vizinhos do membro, asseguram já, só ao exame clinico, o reconhecimento de alteracões da fórma de desvios do eixo que importa bem fazer para que sejam posteriormente evitadas as suas maleficas consequencias sobre a funcão.

A inspeção denotará, pela altura dos maleolos comparada á do lado oposto, a existencia de encurtamentos, assim como comprovará a presença de acotovelamentos, desvios angulares a exigir compensação. Palpando

o membro serão reconhecidas saliencias anormais, depressões que confirmam o deslocar-se para o lado dos fragmentos osseos, o deslisar para o alto, justificador de encurtamento, que já a inspeção prevía, mas que vái ser devidamente confirmado por cuidadosa mensuração.

Ha, pois, em clinica, elementos valiosos para o exato juizo (eu não digo só para o reconhecimento da lesão) da situação dos segmentos osseos em um foco de fratura da perna.

Não estaria assim, sem elementos de agir, o profissional que, agindo em centros distantes, não tivesse a seu alcance os elementos que a ciencia moderna nos proporciona, felizmente, para maior bem dos que se entregam aos nossos cuidados.

Nos nossos meios, entretanto, o cirurgião descura um tanto (neste e em semelhantes quadros de lesão ossea) os conhecimentos da clinica, pedindo aos Raios X a determinação exata do estado do foco de fratura. E' mistér, todavia, não esquecer que uma bôa radiografia não prescinde de exame clinico cuidadoso. O raio central deve alcançar o membro em face do segmento lesado e é pois o clinico que, com os meios propedeuticos de longa data ao seu alcance, deve proporcionar a localização da lesão que vai dar margem á clichés radiograficos tecnicamente perfeitos.

Doutra parte é preciso tambem ter em vista que a eficiencia mesmo dos Raios X, deste meio diagnostico soberano que é posto á disposição do clinico, acresce as nossas responsabilidades pois que não nos é dado desconhecer situações que poderiam ser prejudiciais se não devidamente remediadas.

Nem sempre é sem aborrecimentos que conseguimos convencer os radiologistas de que a sua contribuição póde ser muito maior, mui mais precisa, firmando exigencias mesmo quanto a aspectos da sua propria tecnica.

A radiologia ossea é um tanto desprezada nos Institutos de Radiologia, nos livros da especialidade e é ao contacto dos traumatologistas, dos cirurgiões, dos ortopedistas, que teremos de colher minucias de tecnica que fazem tirar aos Raios de Roentgen, em materia de patologia ossea, toda a quota de conhecimentos que eles são capazes de fornecer,

Excusem, pois, os colégas paraibanos se detemo-nos um tanto em recomendações pueris, digamos assim, mas que a pratica clinica nos tem demonstrado frequentemente esquecidas pelo desprezo com que as questões da nossa patologia especializada são abordadas pelos grandes tecnicos da radiologia.

* * *

Para radiografias em fraturas diafisarias da perna devem-se utilisar chapas de grande formato e ter atenção em que a zona lesada corresponda aproximadamente ao centro da imagem, pois quando está deslocada para um dos extremos, a radiografia habitualmente não tem valor e é responsavel, quando se teima em utilizá-la, por mui máos resultados, como o afirma Schneck, uma vez que não é a lesão ossea que sobretudo interessa, mas a justa apreciação da posição dos eixos fragmentarios de que tudo afinal depende nas lesões deste tipo.

Um outro motivo ainda exigirá radiografias que alcancem segmentos osseos distantes da região lesada. As fraturas da tibia, que habitualmente servem para a localização dos raios, se fazem frequentemente acompanhar por lesões do peroneo, nem sempre localizadas á mesma altura; radiografia demasiado pequena, póde deixar ignorada solução de continuidade complementar cuja importancia nem sempre é despresivel pela soma de perturbações que por si póde acarretar.

Tendo-se em mira sobretudo apreciar a alteração havida no eixo do membro, é conselho tecnico interessante dispôr a perna ou pelo menos o seu fragmento maior paralelo á margem do filme e, na hipotese de realizar as radiografias em dois planos em uma mesma pelicula, cuidar que os segmentos osseos tenham orientação semelhante em ambos os clichés afim de obter que a parte que se deseja particularmente estudar, (foco de fratura, fenda articular) tenha a sua imagem na mesma altura.

E' este conselho comumente esquecido, mas não representa, segundo a experiencia de Schneck, "pedanteria incompreensivel e sem finalidade" pois que na apreciação dos desvios angulares importa sobretudo reconhecer o seu valor relativo; alcançar ete objetivo é

positivamente tanto mais simples quanto mais a perna se aproxima da orientação vertical ou horisontal dada pelas margens do filme, porque então a imaginação se dispensa de criar linhas de referencia já tão objetivamente traçadas.

E' exigencia fundamental ainda, (eu poderia até me dispensar de refiri-la tanto é universalmente aceita) a de tomar duas radiografias em planos perpendiculares não só afim de formar uma idéa do desvio real dos fragmentos, como mesmo de não invalidar a diagnose clinica de fratura, por não mostrar, radiografia em uma só direção, a solução de continuidade, entretanto bem patente, quando executada a elementar exigencia tecnica a que nos referimos.

Não creiam entretanto os meus colégas que eu suponha alguem, experiente, capaz de esquecê-la; recordo-a apenas para lembrar que em questão de fraturas e particularmente nas da perna, os Raios X fornecem elemento ao contrôle da evolução, pela demonstração de desvios que se reproduzem, apesar da aparelhagem, de zonas que se calcificam e se reabsorvem, que para esse fim temos que repetir as radiografias e constantemente compará-las e daí decorre a necessidade de fixar certas posições, repetindo-as em cada novo filme, pois só assim poderemos ter imagens sem as causas de erro que as fariam inuteis para uma precisa comparação.

Duas radiografias em planos perpendiculares seriam exequiveis em muitas orientações; demonstrariam a fraura e, até certo ponto, o desvio; mas dificilmente o radiologista poderia reproduzi-las nos novos filmes, afastando assim as possibilidades de contrôle realmente valioso se si não tomasse o habito de realizá-las sempre segundo a mesma orientação do membro.

Desta fórma para a pratica devem ser aceitos exclusivamente aqueles planos que, graças aos pontos de orientação do corpo, possam ser com segurança repetidos em posteriores radiografias; isto envolve positivamente a recomendação, pelo menos no segmento que estudamos, de condenar as radiografias obliquas, devendo ser o membro orientado de face, com a rotula diretamente para cima e de perfil em plano que lhe exige rotação precisa de 90°.

* * *

Na leitura das radiografias é possivel colher dados da maior importancia para a condução do tratamento.

Importa conhecer se a lesão se faz em um só ou nos dois ossos pois que, exclusiva da tibia, oferece por vezes grandes dificuldade para a reposição; o peroneo intacto cria-lhe obstaculos por vezes insuperaveis, permanecendo a tendencia para a angulação para dentro, em varus, só dominada pela extensão continua ou pela osteoclasia do osso vizinho.

Do mesmo modo interessa o conhecimento do tipo de fratura pois que se as fissuras não pedem correção e a intervenção se limita á contenção pelo tempo necessario á exata consolidação; se as fraturas transversas reduzem-se com dificuldade por ser necessario acentuado afastamento dos fragmentos, hipercorreção do desvio longitudinal, para que se desengrenem os dentes das superficies osseas e se torne possivel a compensação de desvios de outra ordem (laterais sobretudo) porventura existentes, e mantem-se com mais facilidade após a reposição, representando assim casos favoraveis aos métodos ambulatorios, nas fraturas obliquas e espiroides, entretanto, o problema de tratamento se altera pois que não reduzem-se bem e contem-se mal, de modo a obrigar a indicações terapeuticas doutra ordem, entretanto ainda compreendidas entre os métodos ortopedicos, embora certos traumatologistas entendam que as dificuldades são de ordem a exigir mesmo (sobretudo nas espiroides), intervenções sangrentas, uma vez que a sua cura se complica, com frequencia, pela impossibilidade de alcançar de outro modo uma bôa reposição.

Importa ainda observar a natureza e direção dos desvios existentes. Comprova-se o cavalgamento, o desvio longitudinal, facilmente nas fraturas transversas pela superposição das imagens osseas e nas obliquas e espiroides pela diferença de nivel existente entre o extremo em bico de flauta e o entalhe que na cortical do outro fragmento denota o ponto donde deve ter se separado

Desvios de seio interno (varus), externo (valgum), anteriores ou posteriores, serão tambem comprovados apreciando ou a angulação que fazem os eixos dos se-

gmentos proximal e distal no foco de fratura ou, nas lesões supra-maleolares, a fórma por que o eixo da porção proximal, prolongado, alcança a superficie articular superior do astragalo. Nas radiografias de face é possivel apreciar muito bem a superficie articular tibiotarsica levando em consideração que o angulo que constitúe com a diafise afasta-se normalmente de poucos gráos do angulo reto, segundo o afirma Schnech, é dado ter o valor dos desvios neste sentido.

Nas radiografias de perfil, porém, as dificuldades são maiores, pois não fórma a superficie articular linha reta precisa.

E' então conselho util constitui-la para referencia unindo imaginariamente as margens articulares anterior e posterior (na tibia) por linha sobre a qual deve cair tambem, perpendicularmente, o eixo diafisario da tibia prolongado.

Por fim o desvio em rotação será apreciado. Conhecida a orientação do segmento superior, pela posição típica em que são batidas as radiografias, a rotação define-se no cliché com a posição tomada pelo segmento inferior, sobretudo traduzida pela visibilidade e situação dos maleolos.

Conhecimentos uteis, pois, os que a leitura de radiografias perfeitas podem dar, asseguram a escolha exata dos métodos de redução e contenção que o cirurgião deverá utilizar, decidem particularmente si um dado caso melhor será cuidado com ou sem manobras para reposição, com imediata fixação em gesso ou com extensão continua e duradoura.

Permitirão os Raios X, aproximados dos conhecimentos que a pratica clinica tem já acumulado, indicar desde logo o método de tratamento de eficacia mais precisa, pois que só assim podem ser colhidos os almejados resultados.

Evitam-se as tentativas aparentemente inocentes, mas que prejudicam afinal, pois que vão adiar a aplicação do método util para época em que já a sua eficacia não é tão certa. E' esta exigencia que os Raios X deixam, mais que qualquer outro processo semiotico, satisfazer, que constitúe um dos principios fundamentais em terapeutica que Paul Deuticke e Fritz Martys brilhantemente defendem.

Escolhido o processo, é preciso utilizá-lo precocemente, pois que retardar as manobras de redução seria dificultá-las, segundo o nosso opinar e o da maioria dos que se têm ocupado do assunto.

Bohler e Felsenreich entretanto, fazem excepção a este modo de vêr, praticando a redução 6 a 8 dias após o traumatismo, por sentir que executando-a antes, ao declinar a tumefação, frequentemente se reproduzem os desvios corrigidos.

Esta pratica, porém, está em desacôrdo com as normas que o proprio Bohler indica para a cura de fraturas com outra localização e daí não ser aceita com frequencia.

Agindo precocemente o cirurgião encontra mais facilidades de alcançar o seu fim, remove mais prontamente compressões anormais que são evidentemente responsaveis em grande quota pelas perturbações circulatorias e se tiver sabido indicar e realizar o processo de contenção, se substituir o gesso quando o edema se fôr, conseguirá evitar que desvios recomecem.

E' a pratica que está contida na afirmação de Wilson e Cochrane para quem "as dificuldades para obter a completa reposição dos ossos por manipulação crescem grandemente com o correr do tempo", no primeiro principio fundamental do método de tratamento de Paul Deuticke e Fritz Martys que exige, para cada doente, tratamento imediato e conveniente, e na conclusão de Merle d'Aubigné e Creyssel em relatorio ao Congresso Francês de Cirurgia de 1937 — de que, retardando-a, as possibilidades de obter redução perfeita são menores, tornando-se, além disso, penoso o periodo de espera para os feridos

Wilson e Cochrane justificando sua afirmativa escrevem que "nas primeiras 2 horas a redução é normalmente muito facil, porque os musculos estão relaxados e a tumefação não é grande. No fim de 10 a 12 horas, surgiu consideravel exudação e os musculos, contraidos, mantem os ossos em posição anormal. A redução será então mais dificil e dará menos percentagem de sucessos. Passados dias torna-se quasi impossivel assegurar reposição em casos de severas deformidades. Os tecidos perderam a sua elasticidade por haver começado a organização dos exudatos e os musculos não podem com-

pletamente relaxar-se. As manobras de redução neste periodo expõem os tecidos ao risco de novas lacerações que provavelmente teem efeito de retardar a volta da função".

Paul Deutick e Fritz Martys defendem a sua exigencia afirmando que já poucas horas depois da lesão a musculatura da extremidade fraturada entra em tetanização e adapta-se, reduzindo o seu comprimento, ao encurtamento e á anomalia de posição provocada pela fratura. Tanto mais tempo decorre tanto mais dificil e brutal serão a extensão ou as manobras de reposição.

Mesmo para a circulação sanguinea é importante cuidar imediatamente da fratura, asseveram ainda os autores alemães citados, apresentando casos em que as pulsações da arteria dorsal do pé não eram palpaveis ou o eram francamente antes da redução, e tornaram-se mui sensiveis logo após, pelo afastamento, por extensão ou manobra de redução outra, da compressão ou estrangulamento mesmo, do vaso, por parte dos fragmentos osseos deslocados.

Merle d'Aubigné e Creyssel julgando que ha interesse em praticar provisoriamente a extensão continua, se se é forçado a esperar por ter visto o doente demasiado tarde, preferem entretanto a redução de urgencia, antes da aparição do edema ou quando ainda moderado, toda vez que esta pratica é ainda possivel.

* * *

Antes de começar as manobras que tendem a repôr os fragmentos osseos em sua justa posição importa alcançar a anestesia que vai permitir realizá-la sem as contrações musculares que lhe criam o obstaculo mais temivel. Embora prtidario da anestesia no fóco da fratura quando localizada esta em outros segmentos do esqueleto entendemos que, na região que estudamos, será muitas vezes insuficiente para permitir a execução exata das manobras exigidas.

Pedem todas elas tração mui forte, por vezes, sobre o pé, por laços ou por fios metalicos profundamente implantados, e contra-tração no concavo popliteo ou região perineal, e isto se não faz sem dôr, se a anestesia não alcança as regiões de apoio.

A raquianestesia e a narcose resolvem entretanto mui bem o problema, extendendo ou generalizando as zonas insensiveis. Vão para elas assim as nossas preferencias.

* * *

E' agora a oportunidade de iniciar as manobras de redução.

Por cinco fórmas diversas poderá o cirurgião praticá-la: redução por tração manual, por gravidade, por pesos em mesa comum, em quadro metalico especial, em mesa ortopedica.

A redução por tração manual foi por muito tempo a mais utilizada e continúa ainda hoje a ser praticada em muitos Serviços.

A extensão é feita por auxiliar que, segurando solidamente o pé em angulo reto sobre a perna, exerce trações continuas e progressivas. A contra-extensão está a cargo de outro auxiliar que abraça a coxa com as duas mãos, ficando reservada ao cirurgião a missão de coaptar os fragmentos, fazendo desaparecer o deslocamento lateral e a angulação, por pressão direta, quando extensão e contra-extensão tiverem feito desaparecer o desvio longitudinal.

Em fórma mais util pode-se praticá-la, segundo o descrevem Wilson e Cochrane, com o doente sobre mesa solida, em decubito dorsal, as nadegas proximas ao bordo, o membro são colocado sobre uma cadeira enquanto o doente está entregue ao auxiliar que deve exercer a tração. O tornozelo e o pé serão envolvidos com feltro ou algodão para que se possa sobre eles exercer força tratora por intermedio de faixa de flanela que cerca o tornozelo em fórma de laço e o dorso do assistente por suas duas extremidades livres posteriormente nodadas, segundo manobra já indicada por Hennequin.

Inclinando o corpo para traz estabelece o auxiliar a tração, enquanto mantem, doutra parte, o pé em bôa atitude no sentido da flexo-extensão.

A contra-extensão se faz ou fixando o doente á mesa, ou por meio de um segundo auxiliar que detem de modo semelhante o joelho em flexão.

* * *

Assim exercido o método tem desvantagens evidentes e não deve pois continuar a ser aplicado sinão em logares em que escasseiam recursos de outra ordem.

Atente-se que a extensão deve ser mantida por todo o tempo necessario á redução e á contenção, que deve ser forte para vencer o cavalgamento e para dar por vezes a hipercorreção necessaria ao desengrenar das saliencias osseas na linha de fratura, que alcança 80 a 130 quilogramos segundo o intervalo que separa o momento do trausmatismo da redução, de acôrdo com a experiencia de Tanton, e verse-á que a tração manual é muitas vezes insuficiente, pois que os auxiliares se cançam, exercem força descontinua e irregular, perturbando assim a redução.

Doutra parte a experiencia ensina que, fazendo a tração, o auxiliar instintivamente impele o calcanhar para diante, que, procurando pôr o pé em angulo reto, dada a retração da musculatura posterior, o movimento não se processa na tibio-tarsica, mas na propria haste diafisaria, no foco de fratura, que, realizando aparelhagem de contenção[a], como complemento desta fórma de tratamento, a perna está mantida apenas em suas extremidades, e que estes três fatores juntam-se para determinar inflexão no foco de fratura, para projetar a extremidade superior do fragmento inferior para traz, levando-o a constituir com o superior angulo obtuso aberto para diante e cujo vertice, correspondente ao traço de fratura, se introduz na massa dos musculos posteriores que lhe não oferecem resistencia.

Constitue-se assim aquela *deformação em arco de circulo de concavidade anterior* de que nos fala Tanton e que póde ser reconhecida, deitado o doente sobre um plano rigido, pela observação de que a perna não tem contacto com a mesa sinão ao nivel da pantorrilha, ficando no ar o calcanhar.

São estes fatos desvantagens tão evidentes que a tração manual é prontamente abandonada por métodos outros que podem mais seguramente evitá-los.

* * *

Como fórma de transição para as reducções por tração continua momentanea é interessante citar a pratica que Wilson e Cochrane designam por *gravity method*.

O doente é colocado em decubito dorsal no extremo de uma mesa, pendentes as duas coxas. O membro são repousa sobre uma cadeira enquanto o doente é posto sobre uma segunda, cuja altura corresponda á da mesa, de modo que "a parte inferior da face posterior da coxa repouse sobre o espaldar devidamente acolchoado, enquanto a perna cai verticalmente com o joelho fletido em angulo reto".

"Nesta posição, explicam ainda Wilson e Cochrane, o peso do pé e da porção inferior da perna dão a tração necessaria e é facil a um assistente manter o alinhamento por ligeira pressão sobre o pé. A posição fletida do joelho assegura relaxamento muscular e favorece a redução".

Método util em certas oportunidades, não será eficaz quando o cavalgamento for grande, quando importante a retração da musculatura posterior, quando afastado o momento da redução da ocasião do traumatismo, e sobretudo não diminuirá a possibilidade de angulação de seio anterior quando procurar, o cirurgião, dar atitude conveniente ao pé, reduzindo-lhe o equinismo.

* * *

A aplicação do método ambulatorio de Delbet introduz uma outra fórma de reduzir as fraturas da perna: redução por tração continua em mesa comum.

Deita-se o doente sobre uma mesa cuja extremidade que corresponde ao pé é levantada para que o peso do corpo faça a contra-extensão.

A extensão é assegurada por estribo que se constróe as custas de faixas e a que se ligam a corda e os pesos de tração.

Assim executada a redução se faz bem, pois que gradativamente cede a contratura muscular; desde que o membro repousa sobre a mesa pelo calcanhar e pela pantorrilha não póde haver angulação no plano sagital e a frontal desaparecerá com o cuidado do cirurgião de

deslocar para dentro ou para fóra a corda de tração, segundo as determinações de linhas de orientação que a seguir definiremos.

Método bem mais preciso quanto á fase de coaptação, é incomodo, porém, para a contenção, somente executada sem tropeços quando se utilisa o aparelho contensor segundo as normas de Delbet, pois que as circulares gessadas encontrariam grande obstaculo para colocação no apoio do membro por sua face posterior.

* * *

Bohler reduz utilisando um quadro especial, desmontavel, e ao qual estão apensas barras e parafusos que permitem suspender e extender a perna. A perna é suspensa neste aparelho de tração de modo a ficar o joelho em flexão de 90 gráos, o que assegura relaxamento dos gemeos. "Como nesta posição, diz Bohler, os tendões flexores da parte interna do concavo popliteo salientam-se mais que os da externa, se a barra transversal da curva fosse reta a perna ficaria em adução, ou, em caso de fratura, o fragmento central por-se-ia em adução enquanto o distal colocar-se-ia em abdução, originando-se, portanto, uma posição de valgus entre os dois". Daí a sua idéa de escavar esta barra transversal em sua parte interna, afim de que na concavidade constituida viessem se alojar os tendões flexores deste lado.

Suspensa a perna, já colocado no calcaneo o fio ou a pinça de tração, o cirurgião interpõe um dinamometro entre a alça desta pinça e um gancho fixado a um parafuso por intermedio de cujas voltas vai ser estabelecida a força tratora.

Quando o dinamometro indicar 20 a 25 quilogramos tem-se alcançado força suficiente para corrigir os maiores encurtamentos e para fazer desaparecer desvios de outra ordem porventura existentes.

* * *

O quadro de Bohler é evidente aperfeiçoamento na tecnica de reduzir as fraturas da perna. Entretanto a nós parece que duas criticas poder-lhe-iam ser feitas:

1.º — ser possivel ainda a constituição de desvio angular de seio anterior, ao realizar a contenção, sobretudo porque se diminúe por vezes (para 10 a 15 quilogramos) a força tratora, afim de evitar diastase dos fragmentos prejudicial á consolidação; 2.º — não permitir aparelhar, além do joelho, em atitude de extensão util á marcha.

* * *

E por isso as nossas preferencias inclinam-se para a tração em mesa ortopedica.

No nosso Serviço utilisamos a tração em mesa ortopedica de Hawley; reduzimos com o joelho em extensão, ou flexão mui ligeira por suspensão na barra horisontal superior, fazemos a tração com parafuso existente ao extremo das barras horisontais inferiores e a contra-tração por apoio da bacia á haste vertical que completa o pelvisuporte.

Evidentemente fazendo a redução com o membro em extensão no joelho dificultamos a compensação do desvio longitudinal, a coaptação dos fragmentos; entretanto este objetivo póde ser alcançado aumentando a força tratora e o acrescimo que então se faz de tensão na musculatura posterior do membro tem a vantagem de contrariar o desvio do extremo superiar do fragmento inferior para traz, de evitar a constituição da angulação de seio anterior.

Aliás se o cirurgião ainda a temesse uma faixa de flanela ou gaze constituindo alça na parte posterior da perna, em face do foco de fratura, suspensa á barra horisontal superior e incorporada ao gesso no momento da contenção, seria suficinte para tranquilizá-lo.

* * *

Sobre o quadro apropriado ou sobre a mesa ortopedica a tração se faz no extremo inferior do membro, por intermedio de laços que apoiam no dorso do pé e acima da saliencia do calcanhar, de pinças especiais (Schmerz, Bohler, Cuneo, Berard) que se firmam sobre o osso, de cravos e de fios que o transfixam inteiramente e por fim, de faixas metalicas que transitam, segun-

do Finochietto, para diante do tendão de Achilles, acima do calcaneo.

Modernamente as preferencias vão para as trações que se fazem diretamente sobre o osso; Bohler aceita as pinças e as faz penetrar, por seus extremos, de um e d'outro lado do calcaneo; localizadas neste osso não enxerga desvantagens porque a ampliação do seu diametro transverso firma o apoio tanto mais quanto maior a tração se faz, não deixando que se porduza aquele deslizamento que faz a pinça perigosa em outros segmentos do esqueleto.

No entretanto não exclúe a utilização de cravos que atravessem o osso e dar-lhes-á mesmo preferencia quando lhe parecer que devem ser englobados no gesso como complemento da contenção.

Os cravos através dos ossos, como instrumento de tração, devem a sua existencia á imaginação de Codivilla e á pratica de Steinmann, pois que se o cirurgião italiano primeiro utilizou-o foi Steinmann quem, aplicando-o á cura das fraturas, fez a sua divulgação.

Podendo ser aceitos sem discussão pela facilidade com que se deixam introduzir no calcaneo e pela eficacia das trações que por seu intermedio se transmitem, os cravos são modernamente substituidos, por numero elevado de cirurgiões, pelos fios a Klapp-Kirschner pois que estes tem a vantagem de servir tambem, com inconvenientes menores que os cravos, á extensão continua, se se demonstrar que a contenção imediata em gesso não é aconselhavel em dado caso clinico cuja redução se executa.

São os fios metalicos que hoje são habitualmente escolhidos, poucos utilizando ainda as pinças, os cravos ou as fitas a Finochietto para diretamente sobre o osso deixar agir a força extensora.

* * *

Introduzindo-os, o cirurgião deve cuidar de bem determinar a sua localização pois que assim intervirá desde logo no sentido de dar ao pé posição funcional util ao tempo que compensa os outros desvios propriamente determinados pela lesão da diafise.

A maioria dos traumatologistas evita a tração so-

bre o fragmento tibial; segundo a afirmação de Merle d'Aubigné e Creyssel aí localizado, o fio provoca "movimento de bascula, para diante ou para traz mui dificil de prevenir e ainda mais de corrigir e susceptivel de comprometer a redução e mesmo a consolidação". Klapp e Ruckert com mais minucias ainda justificam as desvantagens da localização tibial do fio trator: "o fragmento inferior costuma deslocar-se para diante pela ação predominante dos gastrocnemicos", escrevem. "Colocando-se os fios acima dos maleolos a ação de alavanca dos musculos da pantorrilha ainda se fortifica, deslocando-se ainda mais para diante o fragmento inferior".

Aplicada sobre o calcaneo a extensão terá a "vantagem de manter o pé em angulo reto ou em flexão dorsal, de contrabalançar diretamente a ação das poderosas massas musculares da pantorrilha", desde que saiba o cirurgião dar posição conveniente, em relação ao eixo da perna, ao fio trator. Para isto é conselho aceito o de deslocá-lo para traz, fazendo-o implantar no prolongamento do bordo posterior dos ossos da perna, tomando o cuidado de colocá-lo abaixo do apice do maleolo externo (cerca de 2 dedos transversos) afim de evitar lesão dos tendões peroneiros.

* * *

Compensado o desvio longitudinal, o calvalgamento, por tração e contração, desaparecem simultaneamente os outros se a extensão se faz obedecendo á linha de orientação do membro. Somente o desvio lateral persiste por vezes, mas é facilimo fazê-lo compensar, completando as manobras, por compressões laterais quando o cavalgabento se achar inteiramente corrigido ou mesmo hipercorreto.

* * *

E assim estão completas as manobras de redução.

E' a oportunidade de fixar o resultado alcançado, de realizar a contenção. Entretanto cabe uma verificação antes de fazê-lo e esta será praticada quer aproveitando os conhecimentos da semeiotica clinica habitual, quer utilizando radioscopias e radiografias de contrôle,

Comumente o cirurgião se cinge á apreciação dos dados clinicos, reservando o exame radiografico para outra oportunidade, para quando realizada a contenção, pois que então se tem traduzido o resultado das manobras exercidas e á manutenção do qual se comete a tarefa da cura definitiva.

No entretanto ha quem opine pelo contrôle logo após a redução por não confiar devidamente nos dados que a clinica póde fornecer; é esta por exemplo a pratica de Bohler e ha de se convir que o seu tirocinio justifica reservas em torno do modo de agir que adotamos, embora grandemente aceito.

Clinicamente estaremos satisfeitos com a redução quando apreciarmos:

a) — que a linha formada pela crista da tibia, prolongada, alcança o primeiro espaço metatarsiano;

b) — que a espinha iliaca antero-superior, o meio da rotula e a face interna do primeiro pedarticulo estão em uma mesma linha reta;

c) — que o calcanhar e a pantorrilha estão em um mesmo plano horisontal;

d) — que a crista da tibia não mostra saliciencias ou depressões á palpação;

e) — que a perna tem o mesmo comprimento que a do lado oposto, medida da interlinha articular do joelho ao vertice de um dos maleolos.

* * *

Convictos que a redução é suficiente procuraremos fixá-la. E' a ocasião de recordar o segundo principio da pratica de Deuticke e Fritz Martys, é a vez de justamente escolher o método que deve ser mais preciso como meio de contenção, firmando-se na observação radiografica inicial, na experiencia que se tem de casos anteriores, e em manobras que podem ser realizadas para comprovar o gráo de fixidez da redução alcançada.

Dois grandes processos podem servir á contenção de uma fratura reduzida (aparelhagem imediata em gesso, extensão continua) e a apreciação exata dos dados referidos é que vai assegurar a escolha judiciosa do método a seguir.

Deuticke e Fritz Martys assentam que a contenção com aparelho gessado é util nas fissuras, nas fraturas sub-periosteas, nas fraturas transversas de qualquer variedade, desde que não exista cavalgamento ou mobilidade anormal consideravel e em certas fraturas obliquas.

Aconselham aproveitar, para determinar se a uma fratura convem a aparelhagem imediata em gesso, as manobras necessarias ao controle radioscopico; extende-se o membro doente para a radioscopia em posição de face, volta-se-o para o lado, acompanhando o rodar do corpo, para o exame de perfil, e se com estas manobras a redução se mantem é porque as superficies de fratura estão suficientemente engrenadas, convindo o caso á contenção em gesso; se porém a redução não persiste, apesar dos cuidados ao rodar o membro, não está indicada a fixação primaria, sendo preferivel a extensão continua como fórma de contenção.

Firmado nestas manobras a experiencia demonstra que as fraturas obliquas se dicotomisam em dois grupos; num as superficies osseas se justapõem de tal fórma que a redução persiste por todo o tempo através das modificações necessarias ás radioscopias de controle, noutro a redução é instavel e desaparece á menor alteração das forças de tração, da posição do membro.

Isto corresponde aliás, segundo o afirmam recentemente Merle d'Aubigné e Creyssel e segundo é facil determinar por cada um de nós, o estado anatomico particular das proprias fraturas que costumamos seriar entre as obliquas.

Não constitúe, evidentemente, este tipo agrupamento homogeneo. Conpreende lesões obliquas em uma radiografia, transversais noutra, obliqua em parte do trajeto, transversais noutra porção, ao lado de "fraturas espiroides de traço curto, analogas em seu mecanismo, sua localização, suas tendencias evolutivas, ás que são classificadas por todos no grupo das espiroides verdadeiras". Merle d'Aubigné e Creyssel.

E daí a conclusão de que as fraturas obliquas da primeira variedade deveriam ser seriadas no grupo das transversas, obedecendo áquela sugestão dos autores franceses, pratica e valiosa para a indicação terapeutica, de fazer desaparecer o tipo obliquo, filiando "em uma

mesma classe as fraturas ditas transversais e as chamadas obliquas que não são espiroides desconhecidas".

E a este novo agrupamento, assim compreendido, é que estaria reservada a indicação da contenção imediata por aparelho gessado.

Claro que tambem aí nós poderiamos encontrar excepções, algumas das quais legitimariam a aplicação das manobras que Deuticke e Martys prescrevem e a que já nos referimos.

E' o que podemos deduzir das excepções que estes autores alemães firmam ás indicações de contenção primaria nas fraturas transversas, ao escrever que não são para tal apropriadas:

a)—as graves fraturas abertas com forte contaminação ou descolamento da pele, nas quais, apesar da limpesa cirurgica conveniente da ferida, é de esperar surja osteomielite;

b)—as fraturas transversas com superficie inteiramente lisa e nas quais nenhuma saliencia existe que assegure o seu engrenamento;

c)—as fraturas transversas nas quais existe fragmento cuneiforme que ultrapassa metade da largura da diafise, pois que então, mesmo que os fragmentos se deixem engrenar bem, as superficies de contacto são demasiado pequenas, podendo sobrevir facilmente deslizamento secundario.

* * *

A's fraturas espiroides, ás fraturas cominutivas não convem a contenção imediata com aparelho gessado; assentam ainda Deuticke e Fritz Martys e exceptuam apenas as fissuras e fraturas sub-periosteas que, mesmo espiroides, não mostrem cavalgamento ou mobilidade acentuada. Para elas, como para as transversas que não se deixam engrenar ou em que se póde temer osteomielite tardia, indicam a extensão continua como fase primeira da cura ortopedica a que sempre recorrem na terapeutica das fraturas diafisarias da perna.

De acôrdo com a sua experiencia e com o principio de utilizar inicialmente a terapeutica mais eficaz, acen-

tuam que nem mesmo ás fraturas espiroides sem desvio deve o gesso ser primitivamente indicado.

"Sente-se sempre inclinação a gessar primariamente as fraturas por torsão em que não ha desvio", escrevem. "Em alguns casos obtêm-se bons resultados com esta pratica. A maioria porém mostra que a posição, inicialmente ideal, sofre uma notavel peiora, encurtamento e deslocamento lateral das extremidades osseas, no curso das duas semanas que se seguem. Este encurtamento alcança quasi sempre 1 e meio a 2 centimetros e o desvio lateral ao menos metade da largura da diafise".

Daí concluem que "a fixação primaria nas fraturas por torsão não póde alcançar a finalidade do nosso tratamento", afirmando terem tratado, nos ultimos anos, toda fratura por torsão, de principio, pelo processo de extensão, e com tanto mais convicção quanto o perigo da cura retardada, das pseudoartroses é minimo nas lesões deste tipo, certamente porque então, como o querem Merle d'Aubigné e Creyssel, o contacto lateral das superficies osseas lesadas é sempre mais importante que o contacto terminal nas fraturas transversas.

* * *

Realizando a fixação primaria damos preferencia ao aparelho de gesso circular, opinamos que se imobilise ao mesmo tempo, o joelho e a tibio-tarsica ao lado da haste ossea fraturada.

Poder-se-ia utilizar, e o tem sido com proveito, aparelhos que deixem as articulações vizinhas livres, tal qual o ambulatorio de Delbet, mas nós nos cingimos á pratica aconselhada para ficar fiel ás normas classicas em ortopedia que só considera imobilizada uma dada região quando estão fixadas no mesmo tutor as articulações que lhe estão acima e abaixo.

O aparelho tipo Delbet, aplicado desde as primeiras horas "sacrifica um pouco ao desejo de restituição funcional rapida o rigor de imobilização dos fragmentos", dizem com razão Merle d'Aubigné e Creyssel, e se ele é entretanto muitas vezes aceito é porque evita as rigezas articulares, tantas vezes rebelde em desaparecer.

A pratica de imobilizar as articulações permitindo entretanto a marcha precocemente tem se mostrado do

mesmo modo eficaz, pois que as cartilagens articulares se manteem integras por muito tempo (Risak) e a musculatura se contrai de modo suficiente para ativar a circulação e entretê-la na quantum necessario ao seu justo jogo funcional.

A pratica de Bohler demonstra que as crianças saem do aparelho com as suas articulações normais e que nos adultos a pequena rigidez residual prontamente cessa.

* * *

A eficacia do aparelho gessado como agente de contenção é a questão que sobretudo deve ser discutida. "O perigo do deslocamento secundario dos fragmentos no gesso é a censura comum que se póde fazer a todos os métodos", "é o argumento mais forte contra o método ortopedico classico", dizem Merle d'Aubigné e Creyssel.

Examinando entretanto mais detidamente o assunto são os proprios autores franceses, relatores no Congresso Francês de Cirurgia de 1937 que assentam depender este deslocamento secundario do tipo de fratura e do estado das partes moles. "Em caso de fratura transversal exatamente reduzida, escrevem esclarecendo o seu pensamento, a redução se mantem muitas vezes se os fragmentos estão mais ou menos engrenados, mas um ligeiro deslocamento angular póde se produzir no gesso". "Se se trata de uma fratura espiroide, de uma fratura muito obliqua ou cominutiva, o deslocamento secundario é, ao contrario, quasi sempre constante. Se é ligeiro, se o eixo continúa perfeito, o que é mais habitual. este deslocamento póde não comprometer o resultado. Mas é temivel no caso contrario". E formúla a seguir as hipoteses mais frequentes de evolução desagradavel considerando:

1.º — que nos casos em que ha perda de contacto das superficies fraturadas por não ter sido perfeita a redução inicial ou por falhar a contenção, a pseudoartrose é de temer;

2.º — que se perdura ou surge encurtamento apreciavel, a sua repercussão funcional é sempre funesta;

3.º — que este resultado funcional estará tambem grandemente comprometido quando se produz angulação dos fragmentos ou se agrava desvio ligeiro considerado a principio como desprezivel.

Lembram ainda Merle d'Aubigné e Creyssel o valor que póde ter o estado das partes moles para a evolução tardia de uma dessas fraturas, recordando que "se o membro está edemaciado, as probabilidades de deslocamento serão evidentemente muito maiores quando o edema se reabsorver", para concluir que a fixação primaria com aparelho gessado exige cuidados e mesmo substituição se foi executado em oportunidade em que era grande o edema, mas que sobretudo a sua indicação é variavel segundo o tipo de fratura.

E' pois a exigencia que formulou Paul Deuticke e Fritz Martys e com a qual estamos inteiramente de acôrdo, segundo vos afirmamos já ao cuidar das indicações da contenção.

* * *

Não é diverso tambem o opinar de Bohler quando prescreve nas fraturas obliquas e cominutivas em que, "após a redução, é dificil a contenção absoluta da posição adquirida até á consolidação", transfixar os ossos com hastes metalicas que são solidarizadas aos aparelhos gessados.

E' exigencia que repetidamente formúla para fraturas deste tipo e é de concluir pois que satisfaz-se para os outros com a indicação de conter suficientemente com o simples gessado.

* * *

Tem-se pois de aceitar que ha tipos de fratura a que convem a fixação em gessso e que corretamente executada e controlada póde ela assegurar bons resultados definitivos; mas depreende-se tambem que ha fraturas outras a que o gesso, em aplicação primaria, não seria u'il.

Já as conhecemos e consideramo-las, com Deuticke

e Martys, indicação para a extensão continua, afim de cingir-nos á pratica que até agora temos adotado.

Entretanto é interessante lembrar-vos que entre a contenção exclusiva com gesso e a extensão continua, ha toda uma serie de métodos modernos que podem ter a sua aplicação, restringindo o ambito da extensão, permitindo ao mesmo tempo a mobilização mais pronta do enfermo, com as suas favoraveis consequencias.

São métodos de aplicação simples e proveitosa segundo já se tem demonstrado, que teem a sua razão de existir pois, e que terão provavelmente tambem a nossa aceitação quando nos surgir a oportunidade de utilizá-los.

Queremos referir-nos á contenção com hastes metalicas fixadas nos ossos e no gesso a um tempo, utilizadas por Bohler a distancia do foco de fratura e por cirurgiões outros por transfixação dos fragmentos em face da propria solução de continuidade, de modo a levá-los a verdadeira sintese.

* * *

Bohler, alcançada a redução com o seu quadro, nas fraturas obliquas e cominitivas, crava haste metalica de 15 centimetros de comprimento e 4 milimetros de diametro, através de cada epifise da tibia em ponto de transição para a diafise, ou através do proprio calcaneo se a lesão ossea muito se aproxima da articulação tibio-tarsica, circulando-as depois com faixas de gesso que, por fazerem parte do aparelho de imobilização, devem solidamente fixá-las.

Não "atravessarão jamais as superficies de fratura", é exigencia formal de Bohler que faz a sua tecnica inteiramente diversa da que prescrevem Koenig, Magnus, Pouyanne, Godard, Creyssel, Radulesco, e Merle d'Aubigné.

O que defendem estes autores é o método que, por fórma sub-cutanea, só é aplicado ás fraturas obliquas ou espiroides, áquelas que precisamente se não conteem bem com o aparelho gessado simples.

Conhecido desde algum tempo foi utilizado por Koenig, Magnus, Sommer, Pouyanne, do serviço de Ro-

cher, em Bordeaux, Godard, Creyssel, Cosson, Merle d'Aubigné, Radulesco, quer sob a fórma de haste metalica rigida, quer sob a de fio do tipo proprio para a tração a Kirschner.

Constante o deslocar secundario das lesões deste tipo quando primitivamente contidas de acôrdo com a norma classica, fios transfixando os dois fragmentos perpendicularmente ao foco de fratura deviam coibir precisamente o seu deslizar. Foi com esta idéa que a sua utilização se fez e a pratica parece haver demonstrado as vantagens previstas. Pelo menos é o que se depreende do trabalho de Pouyanne, publicado em Revue d'Orthopedie, janeiro de 1936, das observações de Berard, Creyssel e Colson referidas á Sociedade de Cirurgia de Lyon e enfim do relatorio de Creyssel e Aubigné apresentado ao recente Congresso Francês de Cirurgia em outubro de 1937.

"Limitamo-nos, diz Pouyanne, uma vez a redução em longitude alcançada (sob anestesia) por simples tração sobre o pé, a transfixar por um fio os dois fragmentos; a reascenção do segmento inferior tornando-se assim impossivel, temos aplicado em seguida uma simples bota gessada que, englobando as duas extremidades do fio, dava-lhe um solido ponto de apoio e prevenia assim todo risco de deslocamento secundario".

O conjunto da operação faz-se sobre controle radioscopico.

"Refletindo pareceu-nos em seguida, escreve ainda Pouyanne, que ha talvez ainda cousa melhor a realizar: se com efeito se dirige o fio perpendicularmente ao plano de fratura observa-se, ao menos teoricamente, que a contração muscular que tende a fazer cavalgar os fragmentos, apoiá-los-á ao contrario mais estreitamente um contra o outro tomando ponto de apoio sobre o fio, e que assim obter-se-á coaptação ainda mais perfeita".

Embora o tivesse empregado uma só vez ao tempo de sua comunicação, a impressão que lhe fica do método é a de "simplicidade de aplicação" e de "inocuidade pouco mais ou menos absoluta, sobretudo relativamente ás outras tecnicas de osteosintese, temporaria ou permanente, inocuidade devida de uma parte ao pequeno volume do material metalico, que deve ser inoxidavel, de outra á sua penetração transcutanea, sem trau-

matismo suplementar e com riscos de infecção reduzidos ao minimo".

Por sua vez afirmam Berard, Creyssel e Colson que "imediatamente está a contenção realizada".

"Sobre os 6 casos tratados, escrevem continuando a sua comunicação á Sociedade de Cirurgia de Lyon, temos podido fazer o gesso, mudá-lo, efetuar correções secundarias sem observar escorregamento dos fragmentos. Secundariamente podemos retirar os fios sem ter de registrar a menor infecção e doutra parte temos obtido até ao momento atual três consolidações em prazos normais; 35 e 40 dias para duas fraturas espiroides baixas, 2 meses para uma fratura da parte média por choque direto. Sem levar o paradoxo até dizer que a perfuração constitúe tratamento preventivo do retardar de consolidação, cremo-nos autorizados a sustentar que não traz nenhuma modiifcação desfavoravel ao processo de formação do calo".

Por sua vez Merle d'Aubigné e Creyssel confessam que estes métodos lhes "teem dado excelentes resultados nas fraturas espiroides", acrescentando "que a solidez da fixação parece de todo suficiente, com a condição, bem entendido, que seja completada por aparelho gessado".

"Os riscos de infecção não são naturalmente desprezíveis e a aplicação destes métodos requer precauções de asepsia quasi tão grandes quanto as que se exige para uma osteosintese ordinaria... A repercussão sobre a consolidação ossea póde, parece, ser considerada como nula por causa do fraco volume do material metalico". E daí decorre cura mais rapidamente alcançada, com incapacidade temporaria mui limitada, tal qual se depreende das estatisticas multiplas apresentadas pelos relatores ao XLVI Congresso Francês de Cirurgia, em outubro de 1937.

* * *

Em favor ainda das sinteses deste tipo poderiam falar as duas observações de Godard, apresentadas á Academia de Cirurgia de França, em fevereiro de 1936 e duas nossas inéditas referentes todas a fraturas do femur.

Firmadas nos mesmos principios e alcançando resultados satisfatorios, as sinteses nelas adotadas confirmariam os pontos de vista defendidos pelos cirurgiões que as teem empregado nas lesões de outros segmentos do esqueleto.

* * *

Quanto á tecnica ligeiras variantes podem ser referidas; duas entretanto merecem ser citadas porque podem melhorar as condições de adaptação das superficies osseas, porque podem evidentemente diminuir perigos de infecção para foco de fratura que é posto em contacto com o meio exterior.

Realmente a tecnica que Poyanne e Godard aconselham transfixar o foco com aste metalica que é firmada pelos seus dois extremos ao aparelho gessado; ha assim dois orificios, puntiformes embora, que estabelecem comunicação entre a região lesada e o meio exterior, com as suas evidentes possibilidades de contaminação profunda

A tecnica aceita por Creyssel e Colson é um tanto diversa, pois que quando o fio fixador está em bom logar, quando um 2.° fio paralelo ao 1.° foi introduzido, quando a fixação perfeita foi alcançada, segundo a comprovação dada pelo relaxamento da tração, as hastes metalicas são seccionadas por meio de pinça cortante, ao nivel dos tegumentos deprimidos, e o pequeno orificio que exclusivamente fica após cessar a depressão das partes moles, obturado com penso a mastisol ou colodion

De fato a idéa de Creyssel e Colson deve servir para evitar a possivel contaminação do foco de fratura; o contacto deste foco com o exterior se processa apenas durante ligeiro prazo necessario á travessia dos ossos pelo fio, durante a execução da perfuração, feita entretanto com os rigores de asepsia que a cirurgia moderna ensina e exige. Não ha que temer pois contaminação e o problema estaria assim definitivamente resolvido se a resistencia do fio não permitisse encurvameneo com consequente deslizar dos fragmentos osseos no plano da lesão, desde que não está distendido, fixado pelos seus dois extremos.

A utilização do fio, á fórma de Creyssel e Colson, não nos parece fugir a esta critica; é entretanto tal tecnica razoabilissima se se faz uso de haste metalica mais forte, incapaz de vergar sob a ação da força de deslisamento que a retração muscular irá desencandear tão logo cesse a tração.

A modificação de Merle d'Aubigné mantendo a idéa de excluir a zona fraturada de contacto com o exterior, corrige as possibilidades de encurvamento do fio metalico, acrescendo vantagem de melhor adaptação das superficies fraturadas, com as suas consequencias salutares.

Constitúe porém verdadeira operação pois que, aproveitando os fatos adquiridos com a utilização dos fios a Kirschner, assemelha-se á fórma especial de sintese ossea descrita com o nome de boulonnage pelos cirurgiões franceses e rumenos.

E' tambem como a designa Merle d'Aubigné ao descrever a sua tecnica; " o unico ponto delicado, começa, uma vez a redução obtida, é colocar a cavilha em bom logar de modo a que haja pega solida sobre cada um dos dois fragmentos". Daí haver imaginado *estribo guia* munido, em uma das extremidades, de duas pontas que vão apoiar sobre uma das faces do osso, enquanto na outra existe um trocart que, atravessando as partes moles, põe-se em contacto com a face oposta. A proximadas as duas extremidades por meio de parafuso apropriado, alcança-se a adaptação das superficies osseas e a fixação do proprio estribo, cuja atitude póde então ser radiograficamente comprovada.

Nas fraturas espiroides Merle d'Aubigné aconselha colocar as duas pontas do estribo sobre a face interna da tibia, mais ou menos perpendicularmente e introduzir o trocart por fóra, na sua face externa fazendo-o tangenciar o bordo anterior do peroneo. Para assegurar-se da exata colocação do condutor considera meio mais simples realizar radiografia com a empola colocada de modo que o raio normal seja paralelo ao plano de fratura, isto é, obliquo para traz e para dentro na mór parte dos casos. Com esta orientação o plano de fratura apresentar-se-á como um traço linear e o estribo que lhe está então perpendicular demonstra nitidamente a sua situação, a orientação que deve ser dada

ao fio fixador, pelo contacto das suas pontas com as superficies do osso lesado.

"Na luz do trocart cujo mandril é então retirado, faz-se deslisar a haste *raiada* que tem comprimento e calibre de um fio de Kirschner, sendo modelada em sua extremidade em lingua de aspide", fazendo-se a sua propulsão por intermedio de perfurador de mão ou de motor eletrico.

Secciona-se a parte da haste metalica que atravessa a pele, para dentro, na parte estreitada que se segue á ponta; introduz-se então na parte interna uma arruela e uma porca e na externa uma porca apenas; apertando-as suficientemente contra o osso por duas pequenas incisões então feitas assegura-se *boulonnage* semelhante á que de muito tempo existia, com o mesmo nome, como processo de sintese já devidamente comprovado.

As hastes metalicas são depois seccionadas abaixo da pele e a ferida cutanea suturada antes de ser posto o aparelho gessado .

E' esta uma tecnica que já diverge pois consideravelmente das fixações com o fio de Kirschner prescritas por Pouyanne, Godard, Creyssel, embora aproveitando ensinamentos que dela derivaram.

Excelentes os resultados que podem dar, segundo a experiencia de Merle d'Aubigné, exige material mais complexo e por isso bem póde figurar ao lado de métodos outros da terapeutica cruenta.

* * *

Uma outra fórma de conter é dada pela extensão continua.

Vimos já que fraturas existem a que não convém a fixação primaria em gesso. A contenção assegurada por fios metalicos que transfixam o osso, solidarizando-o com as camadas do aparelho gessado, não está suficientemente generalizada para que se possa acreditar banido o método de extensão continua como fórma de manutenção da redução alcançada.

Deuticke e Fritz Martys descrevendo a sua experiencia em torno de casos de fraturas diafisarias da perna asseguram nunca haver utilizado método de fixação da ordem dos de Bohler, porque, de acôrdo com o seu

modo de vêr, suas vantagens e perigos não estão em justa proporção. Ao contrario referem pratica extensa da contenção por extensão.

Estudando-lhe meritos e demeritos, Deuticke e Fritz Martys reconhecem á extensão vantagens de evitar os encurtamentos, de dar curas sem desvios se se tomam os cuidados preliminares de trações laterais, de posição conveniente, segundo linhas que normalmente devem dar a orientação do membro, de permitir a vigilancia do foco nas fraturas expostas e mesmo a realização facil de incisões porventura necessarias á drenagem, mas comprovam tambem desvantagens que referem a varios itens detendo-se sobre cada um deles, a citar o que a experiencia sua tem conseguido comprovar.

E' assim que:

a) ha perigo de infecção por intermedio das pinças e dos fios que servem á extensão; não surge porém este acidente com frequencia pois que somente em 6 dos 506 casos em que a extensão ossea foi feita surgiu supuração no logar de penetração da pinça ou do fio e esta desapareceu rapidamente em 5 casos, apenas afastada a pinça, somente em um sendo necessaria incisão complementar para a cura de fleigmão das partes moles então existente;

b) o doente é imobilizado no leito pelo menos durante duas semanas, e daí deriva a possibilidade maior de embolias, infartos pulmonares talvez provocados por inflamações ligeiras e perturbações da circulação venosa devidas as pressões anormais no concavo popliteo, sobretudo por falta de contrações musculares ativas;

c) ha demora de consolidação e por vezes pseudoartroses; conhece-se a ação retardadoura sobre a formação do calo osseo das forças que agem determinando tração no foco de fratura, compreende-se que esta ação será ainda mais prejudicial se se chegar a fazer desaparecer o contacto entre as superficies osseas, e alcança-se por isto que se nas lesões espiroides as superficies osseas deslisam uma sobre as outras conservando contacto que se torna mesmo mais intimo pelo crescer das perssões laterais com o aumento da tensão dos musculos, nas transversais o perigo cresce pois que a extensão continua póde chegar a determinar o afastamento

dos fragmentos, á constituição de uma fenda entre as superficie de fratura do osso interrompido; daí pois necessidade de controle radiografico que assegure a diminuição ou suspensão dos pesos tratores, tão logo aparecida a separação prejudicial.

Deuticke e Fritz Martys realizaram estatistica interessante entre os portadores de lesões transversas da tibia que tiveram oportunidade de remediar, quer contendo com a fixação primaria, quer com a extensão duradoura, e comprovaram:

	Tratados	
	Em extensão	Em gesso primario
Numero de casos	35	35
Duração media de hospitalisação	34	9 dias
Duração media de imobilisação	28 semanas	12 semanas
Duração media de incapacidade	9 mezes	5 mezes
Consolidação retardada	5 casos	1 caso
Necessidade de perfuração a Beck	4 casos	0 caso

d'aí concluirem mui justamente que o tratamento por extensão determina indubitavelmente retardamento na cura da fratura; variavl segundo sua fórma anatomica é mais claro nas fraturas transversais nas quais póde surgir, como consequencia mesmo, tendencia á formação de pseudoartroses;

d) dores no logar de implantação do fio ou da pinça, foram determinadas em pequeno numero de casos; de pouca importancia se modificavam com as variações do tempo e não impediam em geral atividades profissionais ou esportivas;

e) alterações da tibio-tarsica por distenção do aparelho ligamentar; procuraram os autores alemãs determinar em seus observados o valor da objeção e para isto compararam resultados definitivos alcançados em fraturas simples com cura de duração normal e reposição anatomica ideal; viram 123 doentes tratados por extensão e 53 primariamente gessados, comprovando para os primeiros. 105 (85 %) curas funcionais ideais e 18 (15 %) limitadas, enquanto nos segundos tiveram 49 (93 %) resultados ideais do ponto de vista da função para

4 (7 %) apenas com função limitada; de modo mais explicito ainda Merle dAubigné e Creyssel referem-se aos inconvenientes desta ordem, pois que se não veem desvantagens na distenção da tibio-tarsica, afirmam que a maior parte dos feridos tratados de modo prolongado pelo fio transcalcaneano, apresenta rigeza pronunciada e muitas vezes dolorosa da sub-astragalica; no entretanto a conclusão definitiva de Paul Deuticke e Fritz Martys derivada da comparação em suas estatisticas, é que tais inconvenientes são tão pequenos e tão pouco seguros que não podem influir sobre a escolha do método de contenção a adotar;

f) é mais desagradavel para o doente e ligeiramente doloroso.

Reconhece-se positivamente o valor de certos destes argumentos, mas como de um lado a experiencia tem decidido que para cura funcional bôa importa redução e contenção exatas e que deem situação anatomica perfeita e d'outro que, sem continuamente distender a musculatura não se mantem a redução de determinados tipos de fraturas, acredita-se que a extensão ainda está legitimada, pesando muito mais os seus beneficios que as desvantagens ligeiras que ao método é possivel apontar.

* * *

Como fórma de realizá-la aceitamos nós, como a maioria dos atuais traumatologistas, a tração sobre o esqueleto. Os meritos deste método estão de tal fórma compreendidos e divulgados que não ha mistér novamente referi-los; importa apenas discutir certas minucias de tecnica peculiares ás fraturas que estudamos, para que tenhamos abordado o problema tal qual o compreendemos.

Diremos assim que é no calcaneo que preferimos inserir o fio por intermedio do qual deve a tração ser exercida; e no calcaneo nós o deixamos colocado precisamente no mesmo ponto em que serviu ás manobras de redução.

Certos cirurgiões entretanto, partidarios da tração direta tambem, dão preferencia ás pinças para transmitir ao osso a ação das forças que devem determiná-la;

para as fraturas da perna a escolha não tem inconvenientes pois que a fórma do calcaneo, alargando-se transversalmente para baixo, assegura a impossibilidade de que derrape a pinça, segundo o assegura a experiencia de Bohler.

* * *

Tem importancia a atitude que se deve dar ao membro durante o periodo em que age a tração.

Não é por vezes simples determiná-la e Deuticke e Fritz Martys exprimem as dificuldades afirmando que "muitas fraturas repoem-se melhor em posição de extensão da articulação do joelho, enquanto outros tipos requerem ligeira ou forte flexão do joelho e da coxo-femoral", daí concluindo que "a extremidade estará pois em precisa atitude quando os diversos musculos que agem sobre os fragmentos osseos estejam em equilibrio por tensão e distensão conveniente, de modo a mantê-los em contacto e segundo o justo eixo, sem auxilio de trações laterais ou pressões de pelotas".

Por isto prefere a goteira universal de Eiselsberg com a qual póde obter com facilidade modificações de angulação no joelho e na coxo-femoral sem que se altere a ação da tração; como d'outra parte tem de seu uso larga experiencia, julga possivel determinar, de principio, a atitude necessaria para que o membro fraturado chegue á consolidação sem interferencia de forças laterais secundarias.

Bohler utiliza goteira semelhante á de Braun, Klapp e Ruchart do mesmo modo a aconselham, mas acentuam que o gráo de flexão deve ser regulado segundo a altura da fratura, pois que assim se inflúe sobre a posição do fragmento superior.

Aconselha a este proposito, para as lesões do terço médio e inferior, flexão de cerca de 30 gráos e para as do terço superior, extenção de cerca de 170 gráos, afim de levar o fragmento inferior na direção do superior, arrastado para diante por tração do quadriceps.

* * *

Interessa-nos conhecer agora qual a carga média que se deve dar ao fio ou pinça para manter a redução que tração mais forte determinara, para lutar contra tendencia á contração e retração da musculatura, contra a possibilidade pois de desvios secundarios.

Se forças de 5 a 10 quilogramos (por vezes mesmo mais) são necessarias para alcançar exata reposição dos fragmentos osseos, pesos mui menores bastam para mantê-la. Nas fraturas espiroides, obliquas, em que é pequeno o apoio das superficies osseas fraturadas, em que ha larga tendencia a deslizar secundario pois, aconselha-se tração equivalente a 5 quilogramos, durante a primeira semana, tração que se faz descer gradativamente nas semanas seguintes até dois quilogramos; as lesões transversas, ao contrario, pedem pesos iniciais de 2 a 3 quilos, tambem progressivamente diminuidos nas semanas que se seguem.

* * *

Reduzida e mantida a redução pela extensão continua, o cirurgião deve decidir quando é tempo de interrompê-la, quando a organização do calo assegura que desvio secundario se não dará dentro do aparelho gessado que, substituindo a extensão, vai permitir ao doente marchar, para que a cura se complete sem as rigezas que a imobilização prolongada em leito póde dar.

Merle d'Aubigné e Creyssel em suas observações concluiram que a tração demasiadamente prolongada (acima de 17 dias) por fio transcalcaneano provoca "rigeza pronunciada e muitas vezes dolorosa da sub-astragalica", determinando assim um espaço de tempo além do qual o método vai se fazendo prejudicial.

Doutra parte a experiencia ensina que "a duração da tração regula-se segundo a especie de fratura" (Klapp e Rickert), e a idade do doente particularmente, existindo casos em que aparelhos gessados para a marcha estão justificados após 8 a 10 dias, ao lado de outros em que 3 e mais semanas são exigidas para que não surjam desvios secundarios.

Reconhecendo embora as desvantagens de prolongar a extensão é pratica sensata a aconselhada por Paul Deuticke e Fritz Martys: interrompê-la apenas quando a perna quebrada mostra já certa fixidez indicada pela capacidade do paciente de erguê-la ativamente quando os pesos são suspensos. A sua larga experiencia demonstra que isto se alcança, em média, com 21 dias para as fraturas fechadas e com 32 e meio para as complicadas por lesão dos tegumentos e infecção.

Como se vê estão assim estas médias de imobilização por extensão muito aproximadas das referidas por Merle d'Aubigné e Creyssel para que comecem os seus inconvenientes, o que realmente é observação em favor da utilização mais frequente da extensão como fase primeira de contenção em determinadas fraturas dos ossos da perna.

Alcançada aquela situação que Deuticke e Fritz Martys descrevem, está exercida a sua função e é a oportunidade de fazê-la cessar, pois que a imobilização em gesso que a substitúe vai permitir marchar apoiado sobre o membro, vai assegurar calcificação mais pronta e sem os inconvenientes de rijezas articulares duradouras.

* * *

Através de todas as fases desta terapeutica, no periodo de extensão, na época de imobilização definitiva, um cuidado não póde ser esquecido; é necessario comprovar a situação dos fragmentos, realizando radiografias que, unicas capazes de precisamente defini-la.

Merle d'Aubigné e Creyssel escrevem que ha um ponto nesta terapeutica "sobre o qual não seria preciso demasiado insistir: a necessidade de vigilancia clinica e sobretudo radiografica rigorosa; durante os primeiros dias e até que se tenha obtido bôa redução, pode-se ser obrigado a radiografar o membro todos os dias; uma vez a redução correta obtida deve-se tomar um cliché ao menos de 10 em 10 dias", até que se haja chegado á fase de contenção em gesso.

O controle radiografico deve-se exercer primeiramente no sentido de comprovar a fórma de redução; deve buscar a situação do eixo dos fragmentos diafisarios entre si e em relação com as superficies articulares

vizinhas, guiando-se por pontos de referencia já de nós conhecidos, mas deve pesquisar tambem sinais que deem indicação de como a evolução do calo osseo se processa.

Comprovando o comportar-se do eixo diafisario considerá-lo-á como linha que transita pelo canal medular igualmente afastada das duas corticais e procurará verificar, traçando-a nos dois fragmentos se constituem ou não anormal angulação.

Schneck recorda a este proposito a existencia na tibia de ligeira concavidade, normalmente orientada para dentro, que tende a desaparecer pela distensão que as trações longitudinais asseguram, ocasionando deformidade em valgus.

Dificil que é determinar o eixo do segmento inferior nas fraturas supra-maleolares, a apreciação da reposição exata se faz determinando a fórma por que o eixo do segmento proximal alcança a superficie superior do astragalo, relembrando nesta apreciação os conselhos de Schneck para determinação de desvios porventuras existentes nas lesões deste tipo.

Ligeiro deslocamento para os lados persistente nas fraturas espiroides e em certas fraturas transversais póde ser permitido desde que se processe sem angulação.

Quando esta existe mesmo de pequena importancia (5 gráos) sintomatologia especial póde gradativamente surgir, pela inadaptação das superficies articulares vizinhas.

Na contenção por extensão, particularmente, é preciso ter cuidado de repetir os exames radiograficos afim de comprovar possivel hiper-redução que dificultaria a genese do calo, favorecendo pseudo-artroses. Uma fenda pequena é admissivel particularmente nas fraturas transversas em que a superficie dentada da secção ossea não permite mais exata coaptação. Quando porém esta fenda adquire mais valor, ou perdura muito tempo, surge o perigo de que o calo se não possa convenientemente organizar. Daí a necessidade de bem verificá-la em seus detalhes, levando em consideração as suas modificações nos clichés sucessivos, como elemento preciso de apreciação de evolução da cura.

Se a tração serviu apenas como meio de redução, se contenção se faz com aparelho de gesso que permite

autorizar a marcha, não ha muito que temer da existencia de ligeira separação desta ordem. A tensão muscular aproxima as extremidades osseas e a marcha a completa, afastando a hipotese de má consolidação.

Se porém a contenção se faz por força de tração continuada, ou por fios encravados nos fragmentos osseos acima e abaixo da lesão, á maneira de Bohler, ha o perigo de que fenda se produza ou persista de fórma duradoura, com as suas tardias consequencias de consolidação retardada ou mesmo pseudoartrose.

E' contingencia sobretudo de temer nas lesões dos dois ossos ou nas lesões duplas de um só osso pois que na primeira hipotese a consolidação definitiva do peroneo com ligeira angulação dificulta a adaptação das superficeis osseas da tibia e na segunda obstaculos se somam para compensar encurtamento em um dos focos sem hipercorrigir o outro e para fazer atravessar esta zona em que ha hipercorreção por osteogenese muitas vezes alterada pelas proprias perturbações circulatorias determinadas pela lesão repetida.

Verificará ainda o cirurgião como se processa o calo e daí tirará elementos que juntos á apreciação clinica de mobilidade, de capacidade funcional, de desaparecimento de qualquer sensação de dôr ao fazer agir sobre o membro o peso do corpo assegurarão o caracter da cura e a possibilidade de abandonar ou não definitivamente a aparelhagem de contenção sem temor de reprodução de desvios, mais ou menos importantes.

* * *

Na apreciação de radiografias reiteradas é possivel comprovar o aparecimento de desvios angulares cujas consequencias serão prejudiciais á capacidade funcional das articulações vizinhas. Importa reconhecê-los em tempo, sobretudo porque é muito facil compensá-los, quer utilizando a norma prescrita por Wilson e Cocchrane, quer servindo-se, como nós o fazemos, da correção por etapas que Gocht aconselha para a correção de deformidade em flexão em face das articulações.

Wilson e Cocchrane seccionam transversalmente o aparelho gesssado em pouco mais de metade de sua circunferencia ao nivel da fratura, localizada a porção que

não está cortada no lado do apice da deformidade. Pastas de algodão são gradativamente colocadas entre os bordos da fenda constituida no gesso, assim separando-os e corrigindo a deformidade.

Gocht do mesmo modo secciona o aparelho gessado no lado da abertura do angulo, talvez em menor extensão, e retira no lado oposto, em face do apice da deformidade, uma cunha de gesso, semelhante a fatia de melão, conservando solidarizadas as porções superior e inferior por partes do aparelho gessado estreitas e que separam nos dois extremos as aberturas feitas. Com um afastador especial (Gipsspreizer) semelhante ao abridor de boca de Heule são os bordos da fenda afastados enquanto se aproximam os da janela realizada no lado oposto; assim se compensa o angulo e desaparece a deformidade.

Nada mais resta sinão preencher a abertura provocada no aparelho no seu lado concavo, com blocos de cortica que a mantenham, e cobrir o todo, fortificando-o, com faixas gessadas.

* * *

Assim agindo alcançaremos quasi sempre resultados satisfatorios, sem recorrer aos métodos sangrentos. A contenção diversamente assegurada segundo o tipo da lesão, a vigilancia cuidadosa permitem prescindir das tecnicas mais complexas que os caracterizam.

Não sendo embora opinião universalmente aceita pois que cirurgiões existem que ás intervenções cruentas recorrem amiudadamente, pensando só nelas encontrar as garantias de redução e sobretudo de contenção perfeitas exigidas para bons resutados anatomico e funcional, tem sido pratica por nós aceita, pois que só temos recorrido a métodos desta ordem nas lesões abertas e mesmo assim limitada a nossa acão ao cuidado cirurgico da ferida das partes moles e á redução dos fragmentos osseos desviados, cometida ainda a contenção a manobras ortopedicas semelhantes ás que formam o conjunto ou parte dos métodos de que vos falamos.

Não sendo numerosa a nossa pratica tem sido entretanto de molde a satisfazer-nos pois que só tivemos constituida uma pseudoartrose e esta mesma em doente

que inicialmente estivera aos cuidados de um outro profissional.

Embora não fosse precisa a redução anatomica os resultados funcionais poderam ser classificados quasi sempre como bons, pois que ligeira redução nas atividades das articulações vizinhas tendiam ao desaparecimento nos meses que se seguiam ao termino da imobilização.

A nossa observação se superpõe pois á de Paul Deuticke e Fritz Martys na conclusão de que se póde realizar a cura da grande maioria das lesões dos ossos da perna em sua porção diafisaria, sem recorrer ás intervenções sangrentas, uma vez que os métodos ortopedicos modernos nos dão elementos para realizá-lo com proveito, se se atem a determinados e rigorosos principios em sua indicação.

HOSPITAL SANTO AMARO
CLINICA CIRURGICA E ORTOPEDICA
Serviço do Prof. Barros Lima

Aspectos da calculose uretral

Dr. Alcino Coimbra
Assistente

A calculose uretral, enfermidade tida como rara em determinadas regiões e frequente em outras, oferece aspectos nem sempre compendiados, e que entretanto fazem parte dos quadros comuns com que se apresenta. Já quanto á sintomatologia, já no que respeita ao tratamento, e ainda nos meios de investigação diagnostica, como com referencia ás complicações que podem originar, alem de outros angulos, ha sempre o que comentar e considerar. Aqui estão inclusas 32 observações dos Serviços do Prof. Barros Lima, que fornecem alguma margem para ligeiros reparos.

SINDROMES

A sintomatologia dos calculos da uretra é bastante complexa, impedindo, assim, a sistematização metodica de uma sindrome unica. Ela observa, antes, a uma serie progressiva que vai desde a dôr isolada, fugaz, ate aos quadros angustiosos da gangrena, do abcesso, de graves complicações seticas. De uma afecção benigna, como é geralmente julgada, ela se póde tornar de uma grande malignidade, chegando a matar o enfermo. Si, por um lado, a constituição do individuo póde opôr barreiras consideraveis, por outro a extensão das lesões póde imprimir um rumo completamente diferente aos fatos. De inicio, o que chama a atenção do profissional

é a diversidade de quadros para uma mesma enfermidade, Marchini narra um caso em que o doente foi portador de um volumoso calculo, durante 1 anos, de evolução torpida, sem sintomatologia de calculo; os unicos e raros sinais se resumiam em pruridos que obrigavam o enfermo a se coçar intensamente, depois do que, fluiam algumas gotas de sangue na uretra, e mições ás vezes interrompidas. O doente anteriormente não sofrera de quadros renais nem cisticos. O calculo foi um achado durante a intervenção a que se submetera o paciente, ante o diagnostico de fibromioma.

Camelot conta um caso em que o enfermo suportou por varios anos um calculo na uretra prostatica, que após a operação pesou 110 gramas; durante 6 anos o unico sintoma fôra somente comichão ao urinar. Certo dia, porém, o quadro muda completamente, e aparecem dores, piuria, hematurias, mições frequentes, etc. A observação 176 A, aqui inclusa, mostra um dos quadros mais simples com que se póde apresentar um calculo de uretra; quadro esse em que a prudencia do medico procurará por este ou aquele meio suspreender o calculo, si houver, pois embora sejam sintomas os mais diversos, todos eles se processam num campo de amplas probabilidades.

Já a observação 4180 fornece um quadro bastante rico em variedade de sinais e em gravidade; nesse caso o diagnostico de "*phimosis congenita*, calculo do meato. fleimão urinoso e gangrena do penis" mostra com que roupagem o calculo uretral póde se apresentar. São três os "pivots" principais em torno dos quais gira todo o variado cortejo de sintomas e suas consequencias: a dôr, a retenção, parcial ou total, e a infiltração urinosa, fistulada ou não, abcedada, gangrenada, etc.

Assim, teriamos três sindromes principais: Sindrome A, sindrome B, e sindrome C.

Na sindrome A, a dôr se mostra sob a fórma de colica, qualquer que seja sua séde, e é devida a espasmo da uretra provocado pela ação irritante do corpo extranho. Esse elemento subjetivo se apresenta sob inumeras fórmas. Ora é a dôr fugaz, rapida, como uma pontada, anunciando a decida do calculo para a uretra; ora, é dôr permanente ás mições que se tornam um verdadeiro martirio para os enfermos; algumas vezes ela desaparece

após as mições, ou mesmo totalmente, fazendo-se o crescimento do calculo duma maneira incidiosa como no caso de Desnos. Outras vezes ela tem o aspecto paroxistico, como no caso de Perrin, em que uma mulher sentiu bruscamente no fim duma mição uma dôr violenta que logo desapareceu, para voltar posteriormente sob fórma periodica. A's vezes a dôr se apresenta sob uma fórma surda, pouco incomoda. Em certos doentes, porém, ela é tenaz, não os deixa andar, nem sentar, a posição de pé constitúe um martirio. Nas crianças a dôr se traduz por gritos, ás vezes os pequenos enfermos passam horas chorando; e póde assumir intensidade violenta, fazendo-os rolar pelo chão, se debatendo, tal como nas observações 322 e 2453. Não são raros os casos de prolapso retal, como no caso de De Luca, e de defecação involuntaria. No H. Infantil de Recife tais fatos se sucedem ás vezes. Vi, certa ocasião, um doentinho de 10 anos, ao pretender urinar, gemer, soltar gritos guturais, se contorcer espasmodicamente, puxar um cano de esgoto preso á parede, a ponto de fazê-lo oscilar; e, por fim, após um longo suplicio, para verter algumas gotas de urina, o doentinho tinha defecado involuntariamente. Ainda em outra ocasião, uma criança de 18 meses aproximadamente, deixára de defecar desde os primeiros sinais de dôr acompanhados de disuria; tratava-se dum fenomeno inverso ao anterior. Algumas vezes a dôr obriga o enfermo a fazer manobras especiais, como nas observações 212, 165 e 3682, que consistem, as mais das vezes, em trações sobre o penis, agachar-se sobre os calcanhares, fazer trações sobre o escroto e testiculos. O doente de Camelot no início de sua molestia, sentia somente comichão ao urinar, para experimentar, no fim, fortes dôres na região perineal, sob a mórma de queimaduras, e tenesmo vesical. Na observação 120 M. o enfermo, de 18 anos, sentia dores crescentes a ponto de ter vertigens.

A dôr se faz acompanhar da disuria que é o melhor sinal de ordem objetiva. A disuria vai desde a simples dificuldade de urinar até á retenção parcial ou total, e á incontinencia. Em todas as observações aqui transcritas, dos hospitais Infantil e Santo Amaro, existe a disuria, entre os primeiros sinais fisicos. As de nu-

meros: 3682, 165, 2664, 2453, 4290, do H. Infantil, e as 2592, 120 M., do H. Santo Amaro estão incluidas na sindrome A.

Nessa sindrome os enfermos apresentam os gráos incipientes duma disuria: urinam com dificuldade; mições dolorosas; jato interrompido, filiforme, com trajeto helicoidal.

Difficilmente as cousas permanecem nesse pé; via de regra isso é o preludio de fenomenos mais importantes. Si o enfermo não expele espontanamente o seu calculo, si o medico não intervém, livrando-o daquele corpo extranho, o paciente irá percorrer, fatalmente, uma via-crucis até á retenção, e á peri-uretrite, dado o crescimento permanente da pedra, e os disturbios que sua presença poderá causar. Os enfermos das observações 3686 do H. Infantil, 3561 e 120 M. do H. Santo Amaro, expeliram espontaneamente os seus calculos.

A's vezes o quadro se complica com o aparecimento de outros fenomenos: hematurias (obs. 4290 — H. I. — 2662 — H. I. —, 2592 — H. S. A. —, 3561 — H. S. A. —, 120 M. — H. S. A. —); urinas turvas (obs. 2664 e 4290 — H. I. —); não raro nota-se a presença de areias, na urina, quer nesta sindrome, quer em outra. (Obs. 120 M. — H. S. A. —, 2462 e 3277 — H. I. —). E'dificil de se apurar as causas que condicionam essa sindrome, como as demais, de um modo completo. Parece que o tamanho do calculo, a séde de localização, a idade, a côr, etiologia, não teem influencia direta. Assim é que vêmos calculos pequenos darem grandes obstruções, e calculos grandes permitirem o escoamento das urinas; os mesmos fatos se verificam para calculos do meato e das outras porções da uretra; para crianças e adultos, individuos de côr negra e branca, etc. (Obs. já citadas na sindrome A.)

E' bem verdade que a disuria faz sempre parte da historia do enfermo, constituindo assim um elemento falho, sujeito a erros e á sonegação da verdade. Convém, entretanto, ficar patente que a bôa semiotica exige os dados do enfermo, extraindo deles uma forte base para o diagnostico; além do mais, para se chegar a uma dificilima, quasi impossivel, certeza absoluta, seria necessario pôr os enfermos sob observação durante um certo tempo, o que é praticamente inexequivel nos hospitais de caridade, salvo em determinadas afecções. A disuria

ora tem marcha progressiva; inicia-se por uma ligeira dificuldade de urinar, dificuldade essa que vai aumentando aos poucos até á mição de gota a gota, ou á retenção completa. Outras vezes a retenção é subita; o calculo oblitera totalmente a luz da uretra, produzindo um "engasgamento", de modo repentino, como nas observações 208, 3686, 322, do H. Infantil. As observações 3953, 4480, 4203 do H. Infantil, e 2399 M. 3027 M. do H. Santo Amaro são flagrantes perfeitos da marcha progressiva duma "dismicção" por diminuição, até a retenção completa. A observação 176 A., do H. Infantil é obscura; as informações não permitem classificá-la entre as retenções progressivas ou entre as repentinas. Merece destaque a retenção parcial, de gota a gota, que quasi sempre é de carater progressivo, confirmadas pela presença do globo vesical.

Inicia-se por uma simples dificuldade, que em tempo variavel de meses ou anos, se vai acentuando até a micção de gota a gota. Não seria demais supôr que esses enfermos seriam futuras vitimas de retenção completa, num futuro proximo, si não se tivessem apresentado oportunamente a um hospital. As observações 1713, 89, 3783, 3895, 2462, 212, 3277 do H. Infantil, e 511 M. do H. Santo Amaro, mostram os diversos estagios por que passam esses candidatos á retenção, a exemplo do que se viu com os enfermos 3953, 4480 e os seguintes. Durrieux (d'Alger), tratando de calculos da uretra prostatica, diz que a retenção seria sempre devida a calculos, ás vezes de pequeno tamanho, lançados da bexiga á luz da uretra, que provocaria um espasmo do esfinter; não sucedendo o mesmo com aqueles que elegeram a porção prostatica para sua residencia, porque se faria um "accoutumance" da uretra, formando-se uma pequena loja onde se encaixaria o calculo, enquanto que as urinas cavariam regos entre a superficie da pedra e a parede uretral. Para ilustrar, esse autor cita uma observação pessoal em que o enfermo sofria perturbações periodicas da mição, e que, á exploração, com explorador metalico, ele teve a sensação de ter impelido um calculo para a bexiga; aconselhou repouso, banhos quentes e diureticos, vindo o enfermo a expelir naturalmente a pedra quando urinava no banho. Na observação do H. Infantil 2453 o enfermo urinava

de gota a gota, mição muito dolorosa, quadro esse que se agravou a ponto da criança passar horas chorando, debatendo-se e se arrastando pelo chão. Esse caso póde ser francamente classificado nas retenções parciais, e se tratava de um calculo da porção prostatica da uretra.

A sindrome C. seria caracterizada pelos fenomenos de peri-uretrite. O calculo se comportaria como um corpo extranho na uretra. O traumatismo causado pela sua presença irritaria os tecidos vizinhos, servindo essa irritação para preparar um terreno verdadeiramente propicio á infecção. Essa irritação poderá ser em maior ou menor gráo, de acôrdo com o volume e a fórma da pedra, bem como com o estado bom ou máo das urinas. Não seria, pois, como diz Tourneux, o estreitamento em si a causa eficiente da peri-uretrite, e sim as lesões da propria uretra. A urina, por sua vez, não poderia ser incriminada como unico agente, mas constitúe, sem duvida, um ótimo agente de disseminação, mormente quando já ha rutura da uretra.

As cousas, porém, não param aí, pois a flora patologica que existe normalmente em todas as uretras aumenta extraordinariamente de virulencia, em face da retenção e dos fenomenos reacionais que se passam em torno da região comprometida; os germens que viviam em estado latente provocam modificações reacionais tais, pelo que devem ser temidos. Diz Tourneux que os microbios que produzem os diversos acidentes infecciosos pertencem a diferentes especies, e, de acôrdo com a especie, ter-se-á essa ou aquela fórma de peri-uretrite; ora são piogenos vulgares, entre eles o coli-bacilo, o estreptococus e o estaphylococus; ora os temiveis anaerobios, o bacilo fragilis, o subtilis, o perfrigens, etc. De acôrdo com a sua apresentação, ora uma especie isolada, ora associação de varias especies, ter-se-á desde um simples e pequeno abcesso de facil resolução espontanea, até o fleigmão gangrenoso, tão temivel por suas complicações toxinhemicas ou piohemicas (Tourneux). Esse autor acima citado estuda três fórmas de peri-uretrites, de acórdo com os germes: gangrenosa, fleigmonosa e esclerosa. Num seu enfermo de peri-uretrite gangrenosa, ele encontrou o bacilo perfringens; num outro de peri-uretrite fleigmonosa, encontrou o estrepto-

cocos associado ao coli-bacilo; e num terceiro de periuretrite esclerosa, foi achado o estaphylococcus. "Entretanto, ao lado da variedade microbiana, que justifica numa muito grande medida a gravidade apresentada por certas peri-uretrites, convém igualmente se ter em conta o estado geral do enfermo, porque é muito certo que as fórmas gangrenosas se manifestam mais frequentemente e tambem mais facilmente nos individuos tarados, etilistas ou infectados, do que naqueles que até então permaneceram indenes de qualquer lesão organica" (Tourneux). Uma das complicações das periuretrites, frequentemente encontradas nas observações aqui apresentadas é a fistula. Segundo os recentes estudos, esta se processaria pela perfuração da uretra de fóra para dentro, e não de dentro para fóra, como se julgava anteriormente. Este acidente é devido tão somente ás arremetidas inflamatorias peri-uretrais. A perfuração da pele, extravasando urina para o exterior, constituiria um acidente secundario, provocado pela ação prejudicial da urina já infectada, em tecido inflamatorio de resistencia comprometida. As observações numeros: 3953, 212 e 536 M. tratam de enfermos que sofriam de fistulas uretrais, por onde se escoava urina. A de numero 3686 pertence a um pequeno enfermo com 9 meses de idade, que apresentava um abcesso peri-uretral, com canal integro. E as de numeros 4480 e 3027 M. são de dois casos de fleigmão gangrenoso. Os três casos citados por T. de Freitas são nitidamente de periuretrite fleigmonosa, sendo que o ultimo teve consequencias bem graves de ordem seticemicas das quais veio o enfermo a falecer.

FREQUENCIA

Parece, que ha uma serie de elementos que se congregam e se auxiliam mutuamente: a agua, a alimentação, a condição social, a idade, o sexo, os estados anormais das vias urinarias, e o individuo, — principalmente o individuo. O individuo mais sujeito ás ações maleficas da agua má, da alimentação defeituosa, do desconforto de uma vida miseravel, das enfermidades do aparelho urinario, acressentando-se a isso as condições anatomicas do sexo e das diversas idades, é esse individuo que maior tributo paga á calculose uretral. Ha um

ponto da questão que tambem merece um destacado reparo. E' o que se refere á séde de origem do calculo.

Não se póde falar em calculo da uretra sem compreender os calculos dos rins, ureteres, e bexiga; e isso porque, embora não havendo duvidas sobre a existencia de calculos autochtones, grande numero, senão a maior parte das pedra uretrais, provém das migrações. Para explicar, pois, a frequencia daquela ter-se-ia que explicar a frequencia desta. Para fazer tal estudo parece que se deve encarar antes de tudo o individuo, o aparelho digestivo, o figado e o aparelho urinario. Será isso só bastante? Os elementos do sangue e as sédes hematopoieticas certamente contribuirão de modo que ainda não está suficientemente esclarecido. Embora, como diz S. Marques, o maior numero de enfermos de urolitiase aqui em Pernambuco provenha de regiões com predominancia calcarea na sua estrutura geologica, parece certo, entretanto, que ha outras causas, de origem individual, e que ainda não estão convenientemente explicadas. "Civiale que é contrario á influencia das aguas na litiase vesical, mostra que em varias localidades da Alemanha e Inglaterra, as aguas ainda que duras e incrustantes não somente não produzem calculos nos que as bebem, como gosam de fama de litotripticas. As aguas de Cambridge são muito calcareas, e, entretanto, os calculos aí são muito menos numerosos que em Norwich onde não existe essa causa predisponente. Stamn diz que uma agua calcarea predispõe á formação dos calculos, diminuindo a acidez da urina; Cantanni afirma que uma agua desprovida de sais calcareos favorece á formação dos calculos, aumentando a acidez de urina". (S. Marques). Além do mais o numero de enfermos cujas observações são transcritas aqui, e bastante diminuto diante do quadro geral das enfermidades, do numero de habitantes das diversas localidades.

Parece que si de fato a constituição da agua tem uma ação tão prepoderante, e uma vez que não ha grande divergencia de alimentação numa mesma região que está pouco sujeita a influencias extranhas, o contingente de calculos aqui em Pernambuco devia ser muito maior. Si o individuo, porém, por uma deficien-

cia constitucional, acarretando ou não modificações fisiologicas, deixa de neutralizar ou "boicotar" os elementos extranhos ou em excesso que ele ingere com a agua e a alimentação pouco cuidada, esse individuo será um terreno propicio ao calculo.

E' claro que não se póde diminuir a ação nefasta das aguas improprias para beber, e as estatisticas são o testemunho; deve-se, porém, tambem atender ás condições individuais que parecem ser o ponto dominante da questão.

Quanto á idade, pode-se dizer de um modo geral que as crianças pagam maior tributo que os adultos; é o que se póde concluir da estatistica abaixo. Em 32 casos aqui apresentados, 24 são de crianças de 9 meses até 10 anos. Teodorico de Freitas relata 3 casos por si estudados e que si referiam a crianças de 2, 3 e 4 anos respectivamente, em trabalho de outra clinica do mesmo hospital onde foi colhida a maior parte das observações aqui transcritas. Diamantis diz que no Egito, após a bilhiarsiose, a enfermidade mais frequente é a calculose infantil, "de diagnostico facil e de facil tratamento". Oraison diz que os calculos da uretra se apresentam sobretudo na criança e na idade madura, entre 1 e 10 anos de uma parte, e entre 31 e 40 anos de outra. Procura explicar essas preferencias dizendo que na criança seria devido á ausencia da prostata; na idade madura, em virtude da propria frequencia da litiase nesse periodo da vida. Quanto á imunidade dos velhos seria uma consequencia da presença da prostata. Macera e Messina dizem que de 1894 até 1922, em Buenos-Aires, só tinham sido assinalados 22 casos de calculos da uretra e que as crianças e os velhos são os mais afectados, enquanto que os adultos raramente o são. Bocay, de Buda-Pest, tem uma estatistica de 1621 casos de meninos calculosos, entre 3 e 4 anos. Emile Burckardt, encarando o assunto de um modo geral, diz que a frequencia seria de um calculoso para mil enfermos diversos; Britnew encontrou 8,2 para mil, Heinrich Koch acha que os calculos uretrais são rarissimos e que a idade não tem influencia. Pozzo cita um caso em que o enfermo tinha 59 anos. O enfermo de Tolson tinha 60 anos. O de Israel tinha 67 anos, e vinte anos antes tinha sofrido uma colica nefretica com expulsão de areias. Nas

observações aqui transcritas ha 24 casos de 9 meses a 10 anos; 4 de 11 a 18 anos; e 4 de 25 a 46 anos. Nota-se, pois, que após a acentuada preferencia pela infancia, 4 jovens e 4 adultos constituem uma fraca minoria. Não houve nenhum caso em velho. Esta estatistica vem confirmar o que diz Oraison, de acôrdo com Kauffmann. S. Marques, no seu trabalho de conjunto sobre a "calculose urinaria" acredita haver preferencia da urolitiase pela criança e que os calculos assinalados na idade adulta seriam formações vindas de tenra idade e que somente então fizeram chamar a atenção sobre si. Essa opinião é perfeitamente razoavel. E' pelo menos o que se tem observado nos 32 enfermos da estatistica junta e que se referem a enfermos duma determinada região — Pernambuco.

Quanto a frequencia de enfermos segundo os diversos anos, não se póde chegar a qualquer conclusão, e mesmo carece de maior importancia, pelo menos por enquanto. Nota-se, entretanto, segundo o quadr abaixo, que em 1930 e 1935 o numero de enfermos se elevou á 7 em cada ano; os 3 observados de Teodorico de Freitas, internados em outro Serviço do mesmo hospital, são de 1935, o que elevaria o total de 7 para 10 enfermos, nesse ano. Depois segue-se 1936, com 5; 1934, com 4; 1929, com 3; 1931 e 1932, com 1 cada um; em 1933 não houve nenhum caso; e nos 5 primeiros meses deste, 1937, já foram internados 3 enfermos de calculose uretral, todos os três, crianças.

Merece tambem reparo a procedencia dos diversos enfermos, pois, segundo S. Marques, ha que atender ás condições hidrogeologicas das diversas regiões, para se tirar conclusões de ordem etiologica. Assim sendo, o quadro abaixo descriminará os diferentes municipios de Pernambuco que contribuiram com enfermos de calculos uretrais. Nota-se que Recife, a Capital do Estado, deu 6 casos; os dois municipios seguintes deram 3 cada um; os seis outros, deram 2 cada um; e os restantes, 1 cada um. Convém notar que se deve atender tambem á densidad de população de cada uma dessas regiões. Recife, que fornece maior contingente, tem 450.000 habitantes, e o municipio mais populoso dos abaixo citados não vai além de 100.000.

FREQUENCIA	SEGUNDO A IDADE	
9 Meses:	3895; 176 A. 3686;	3
18 " :	2462;	1
2 Anos :	3277; 4203;	2
3 " :	2453; 3953; 5235; 5197;	4
4 " "	89; 3682; 322; 4480; 5307; 2593	6
5 " :	38; 212;	2
6 " :	165;1713; 208;	3
7 " :	3783;	1
10 " :	2664; 4290;	2
11 " :	4734;	1
14 " :	2399 M.; 3561;	2
18 " :	120; M.;	1
25 " :	526 M.;	1
38 " :	2257 M.; 3027 M.;	2
46 " :	511 M.;	1
		32

FERQUENCIA	SEGUNDO O ANO	
1929:	89; 38; 2592;	3
1930:	165;208; 176 A.; 212; 526 M.; 511 M.; 120 M.;	7
1931:	322;	1
1932:	1713;	1
1933:	——	
1934:	2664; 2462; 2453; 2257.M.:	4
1935:	3277; 3682; 3783; 3895; 3953; 3686 2399;	7
1036:	4290; 4203; 4480; 4734; 3027 M.;	5
1937:	5307; 5235; 5197; (até maio)	3

FREQUENCIA	SEGUNDO A PROCEDENCIA	
Recife :	89; 322; 212; 526 M.; 2257 M.; 3561;	6
Olinda :	2462; 3277; 120:	3
Limoeiro :	2664; 165; 4203;	3
Surubim :	4290; 3682;	2
Vitoria :	5307; 5235;	2
Aliança :	2453; 3027 M.; 511 M.;	3
Escada :	3783; 2399 M.;	2
Morenos :	1713; 176 A;	2
Nazaré :	3686; 38;	2
Páo d'Alho :	3895; 4480;	2

Iguarassú	:	208;	1
Gravatá	:	3953;	1
Catende	:	4734;	1
Vertente	:	5197	1
			31

De um modo geral, a frequencia da calculose uretral estaria intimamente ligada á etiologia. Esta, por sua vez, continúa sendo bastante controvertida, muito embora haja, entre as diversas explicações, as favoritas que teem por si opiniões abalizadas. Ultimamente, porém, tem-se procurado incriminar uma avitaminose, oriunda duma alimentação miseravel ou defeituosa, que provocaria o desequilibrio do metabolismo do calcio, vindo esse, por sua vez, produzir a calculose.

Entre nós as classes são muito mal alimentadas, pode-se mesmo dizer que o brasileiro em geral se alimenta mal, quer em quantidade, como em qualidade, como tambem na manipulação dos alimentos. Embora seja um povo relativamente novo politicamente, é, entretanto formado de caldeamento de raças antigas, com suas taras e vicios.

Gilberto Freire expõe com clareza que especialmente o brasileiro do nordeste se alimenta mal desde os tempos coloniais, quando os campos de cultura e tambem de cobiça absorviam toda a atenção e elementos de ordem material de que podia dipôr o colonizador imprudente. Não havia frutas, legumes nem cereais, em quantidade suficiente para alimentação das populações. A propria carne verde era escassa e má. Esse estado de cousas tem persistido até hoje, tornando o homem da região uma vitima inerme, sempre exposta, qual uma presa facil, a todas enfermidades que lhe queiram aniquilar. A verminose, o paludismo, a tuberculose, o cancer cuja marcha está em franca progressão, e muitos outros males campeiam quasi impunemente, de norte a sul. Ainda não ha um padrão de vida conciente em equilibrio com as necessidades biologicas, quer qualitativamente como quantitativamente; como tambem ainda não se iniciou uma campanha de educação sanitaria que melhorasse ou sanasse esse aspecto. Faz falta tambem um orgão publico que controlasse os

preços e a variedade dos generos alimenticios, e os puzesse dentro dos salarios. Ultimamente se tem ventilado mais essa questão, e já alguns autores teem iniciado o estudo; resta, porém, intensificar os trabalhos, e aguardar os bons resultados. Muito embora a ação da má alimentação se estenda a todas as classes indistintamente, pois se trata duma pratica facilmente violavel, as classes mais desfavorecidas são as mais sujeitas, porque dependem da educação deficiente, máo estado pecuniario, e região em que são forçadas a viver. S. Marques, Heister, Baglive e Thompson, entre outros, são da mesma opinião. Ora, diante de tais fatos, é perfeitamente razoavel se atribuir a calculose urinaria em geral a um estado de carencia, muito embora ainda não se tenha dado a ultima palavra sobre o assunto.

* * *

Quanto ao sexo, ha evidentemente uma acentuada predominancia do sexo masculino. Os 32 casos aqui transcritos se referem todos ao sexo masculino, quer em crianças, quer em adultos. Tal como tem sido dito pelos diversos autores que estudaram o assunto, a razão dessa predominaicia estaria nas condições anatomicas da uretra masculina que oferece um muito maior numero de obstaculos que a uretra femenina; obstaculos esses que ainda mais crescem de numero em virtude de certos estados patologicos. A uretra da mulher é mais curta que a do homem, não possúe os acotovelamentos nem os estrangulamentos anatomicos que a do homem; e é mais dilatavel, que a do homem. Na uretra masculina, cada um dos seus segmentos classicos, tais a prostatica, o colo vesico-prostatico, a membranosa, a bulbar, o angulo peniano, e por ultimo a fosseta navicular, e o meato constitúe um obstaculo á expulsão de sais normais ou anormais, de areias e dos proprios calculos migradores que, aí se detendo, vão crescer até o ponto em que a natureza reage, produzindo todo o cortejo de consequencias que se conhece. Além disso, a blenorragia, os corpos extranhos, os traumatismos são outros tantos fatores aos quais a uretra masculina está mais exposta que a da mulher. Um exemplo frisante do papel do traumatismo está no caso citado por Howard

L. Tolson, em que um doente com 60 anos sofrera tempos atrás uma amputação de penis por indicação falsa de cancer, e que desde então urinava mal. Sobreveio-lhe uma retenção, e um medico, mediante meatotomia, extraiu varios calculos. Nova retenção, e uma cistotomia permitiu tirar oito calculos alojados no coto de uretra. No caso de Liston o enfermo de 57 anos, quando criança tinha imaginado deter sua incontinencia noturna passando em torno do penis um anel de cobre. No dia seguinte o edema lhe impediu de tirar o anel que ele guardou durante 47 anos até quando Liston lhe tirou um calculo da uretra no centro do qual ele achou dois terços do anel de cobre. Nesse caso o traumatismo e o corpo extranho, conjugados, estão bem evidentes.

* * *

A distribuição dos calculos, quanto á séde, tem que se limitar aos segmentos uretrais citados acima. Parece, mesmo, que não ha noticia de qualquer discordancia a tal respeito. Das 32 observações aqui transcritas, 12 são de calculo do meato e fosseta navicular; 1 da uretra membranosa; 1 do angulo peno-escrotal, mas, muito movel, foi-se localizar no meato, de onde foi tirado por pinçamento; 11 da uretra prostatica; 1 vesico-prostatico; 2 expeliram espontaneamente o calculo; dois omissos quanto á séde. Na verdade, parece que não poderia suceder de outra fórma, salvo si se tratasse de uma infecção anterior localizada, como na blenorragica, por exemplo. Em tais casos, os diverticulos, os falsos caminhos, os estreidos, poderiam ser séde de calculos. Talvez o enfermo da observacão 3027 M., citada acima entre as omissas, estivesse num desses casos, pois dois anos antes ele sofrera uma uretrotomia interna para curar uma estenose uretral. Afóra, porém, as interferencias patologicas e extranhas, é perfeitamente razoavel que os calculos se alojem contra os diversos obstaculos encontrados no seu curso, quer sob a fórma de sais, quer como areias, quer como calculos migradores. A força de expulsão nascida nas contrações da bexiga é bastante forte para não permitir que esses elementos se acolem simplesmente á parede da uretra, sem que algo os de-

tenha. E' bem possivel mesmo que nesses casos nem a propria fórma acidentada da pedra tenha influencia na escolha da sua séde de permanencia e crescimento. Nos casos aqui citados em que houve expulsão espontanea de calculo, já estes eram de tal ordem que despertaram sintomas, provocaram retenções, criaram em suma, situações que trouxeram os pacientes ao hospital, a procura de tratamento e de alivio para os sofrimentos que os calculos lhes impunham. Ora, si essas pedra poderiam franquear impunemente os diversos obstaculos encontrados no seu caminho, certo que não se iriam alojar num trecho de conduto livre, onde a urina corre impetuosamente; salvo, como foi dito acima, si tais trechos que deveriam ter luz completamente livre, estiverem obstruidos total ou parcialmente por algum elemento de ordem patologica.

* * *

Terá a côr alguma influencia? Das 32 observações aqui presentes, 15 se referem a pardos, 14 a brancos, 1 a preto, e duas omissas. Três fatos chamam logo a atenção: a quasi perfeita equivalencia entre brancos e pardos; a preferencia por essas duas cores; e a quasi nula percentagem de pretos. Pousson e Carles são de opinião que a raça tem papel prepoderante na predisposição á calculose. O argumento, porém, em que se baseia S. Marques, de que tudo se resume a uma questão de proporção entre os individuos de raças diferentes numa determinada região, parece bastante aceitavel. No Brasil, pelo menos, que, como foi dito anteriormente, não houve, desde o seu descobrimento, uma raça definida, e sim uma mescla, com predominancia numerica de uma em detrimento de numero de outras, os fatos deixam concluir que na verdade a influencia da raca parece praticamente nula, tudo se passando em função do numero de individuos das determinadas raças. Assim sendo, a raça branca e o tipo mestiço que foi crescendo paralelo ao branco, teem franca predominancia sobre o negro que sempre constituiu a minoria. A equivalencia entre brancos e pardos encontraria talvez uma explicação plausivel, não só na equivalencia do numero

de habitantes, como ainda na intima aproximação de ambos, no sangue, nos habitos, e nas taras e vicios.

DIAGNOSTICO

O diagnostico da calculose uretral póde por vezes se tornar de grande dificuldade, mas na maioria dos casos, com os elementos de que hoje se póde lançar mão, é relativamente facil. Os sinais subjetivos são frequentemente duma riqueza extraordinaria; os comemorativos, a dôr, a disuria, os gestos desesperados, teem uma eloquencia propria que muito auxilia o facultativo. Os sinais fisicos, tais a retenção parcial ou total, o globo vesical e os fenomenos de peri-uretrite, constituem outro importante contingente para facilitar o diagnostico.

E finalmente, o exame: a exploração da uretra, a palpação, o toque retal, brilhantemente encerrado pelos Raios X. E' bem verdade que ha casos frustos, outros em que falta a grande maioria dos elementos ordinarios. A's vezes encontra-se apenas uma simples disuria acompanhada ou não de dôr; em outras ocasiões, ha somente uma dôr; de fórma colica, sem nenhum outro sintoma. Em tais casos não se deve poupar exames, e sim repeti-los, sempre vigilante e cuidadoso. Suponha-se um pequeno calculo que foi lançado da bexiga á uretra prostatica ou ao colo, despertando uma viva dôr colica; si se fizer um cateterismo intempestivo, impelir-se-á o pequenino calculo novamente para a bexiga sem que se tenha podido ter qualquer sensação de choque na ponta do explorador. Na cavidade vesical, o calculo, em virtude de seu pequeno tamanho, póde fugir ao explorador; eis porque se exige grande habilidade e pratica, bem como um estado de repleção liquida da cavidade, que varia entre diversos autores. Quando todos os elementos habituais forem insuficientes, os Raios X poderão trazer luz necessaria. Antes, porém, de que tal se de, deve-se ter como praxe obrigatoria a chapa radiografica de todo enfermo suspeito de calculose. No inicio, possuia-se somente a radiografia simples; hoje, porém, ha tambem a uretrografia por contraste. Nos casos, pois, em que se tratar de pedras transparentes aos Raios, a uretrografia tirará as duvidas, indo mais longe, até, em determinados detalhes. A ortodoxia

a esse respeito deve ser tal que mesmo diante de um calculo já em parte exteriorizado, quer pelo meato, quer por uma fistula, praticar-se-á sempre a radiografia, afim de se investigar o numero de calculos, a séde real, fórma, tamanho e possiveis lesões do canal. Silvio Rolando considera como "fato negativo" a insuficiencia da radiografia, baseado num seu enfermo cuja radiografia revelára a presença de pequenas manchas na bexiga, e que feita uma cistotomia não foram encontrados calculos na bexiga, e sim na uretra prostatica, de onde foram retirados em numero de seis, constituidos de acido urico. Talvez nesse caso a uretrografia désse melhores ensinamentos. Cassuto enaltece esse complemento da radiografia, e, entre outros casos, cita um em que injetou o contraste (lipiodol) até a bexiga obtendo mão resultado; mas no dia seguinte, tirando uma nova radiografia, o calculo que se impregnara do contraste, forneceu uma ótima imagem.

TRATAMENTO

Não ha uma terapeutica padrão para a cura dos calculos da uretra. Charaka, um indú dizia que eles, de inicio, devem ser tratados por medicamentos; fala, entretanto, da extração duma pedra por meio de injeções e pelo emprego dum gancho. Galeno, indicava, para fazer cessar a obstrução do canal por pedra, deitar o paciente e rolá-lo de maneira a fazer recair a pedra na bexiga; si esse processo não der resultado, ele aconselha empurrá-la com um cateter. Albucazis propôs quebrar a pedra com auxilio duma especie de verruma ou berbequim. Ambroise Paré aconselhou trazer o calculo á extremidade do penis, introduzindo oleo de amendoas dôces, e procurar tirá-lo, então, com pequenos ganchos; si não dér resultado, introduzir um tira-fundo com sua canula para quebrar a pedra; quando a pedra era volumosa ou a retenção completa ele praticava uma incisão lateral após ter puchado fortemente a pele do penis, afim de que as duas feridas não se superpuzessem. Fabrice de Hilden, por sua vez, inventou pinças, semelhantes ás de Hunter, para a extração de calculos. Oraison diz com razão que o tratamento da calculose uretral varia com o volume, a séde do calculo, a mobi-

lidade, e o estado do canal; deve-se ajuntar a fórma e consistencia, pois os calculos em ampulheta, ou de fórma muito irregular, bem como os de consistencia dura, resitente ás manobras da fragmentação, frequentemente forçam a se mudar a orientação terapeutica escolhida inicialmente. Não termina, porém, aí a longa serie de processos propostos para a cura da uretrolitiase. Ainda se tem tentado extrair a pedra pelas vias naturais,, quando pequena e que se acha na uretra anterior sadia, por meio de pressões de traz para a frente, injeções oleosas, insuflação de ar, dilatação progressiva da uretra adiante do calculo, sução da glande aconselhada e praticada por Franco, a manobra do "serre-noeud" semelhante a que se usa para tirar com um cordel a rolha duma garrafa, o método de Créquy. Atualmente utiliza-se a cureta de Wolkmann, a cureta articulada de Leroy d'Etiolles, o gancho de Janet, a cureta de Collin, etc., etc. A litotricia praticada pelos arabes e por Franco tem sido indicada, para o que Nelaton inventou um engenhoso instrumento.

Guiard faz o elogio da litotricia aplicada ao tratamento dos calculos da região prostatica, em uretras permeaveis e quando a pedra póde ser apanhada pelo litotritor. Não se encontra com facilidade maiores referencias a esse método. Com excepção de Guiard, os demais autores aqui citados teem utilizado quasi sistematicamente a talha uretral ou hipogastrica. Certamente a "grande maioria partidaria da litotricia" (Silvio Marques), se refere á calculose vesical. Na verdade, a primeira impressão é que a litotricia tem grandes e graves contraindicações na calculose uretral. Ha primeiramente a encarar o calibre da uretra, já de si bastante exiguo; a luz quasi sempre totalmente obstruida pela pedra a ponto de não permitir a passagem de qualquer corpo; as reações de defeza por parte da parede uretral, que, de acôrdo com a intensidade, dificultam até o cateterismo explorador; o perigo de se pegar a mucosa uretral, colada á pedra; a dureza do calculo exigindo grandes esforços e violentas manobras, correndo-se o risco de não conseguir fragmentar o calculo. Em suma, são tão restritos os casos em qu todas as formalidades para uma bôa litotricia uretral são preenchidas, que passam quasi des-

apercebidos. Nas observações aqui transcritas, nenhuma vez se lançou mão desse método, sem que houvesse comprometimento dos resultados brilhantes conseguidos com outros métodos.

Tem-se tentado a decomposição do calculo por meio de agentes quimicos e da eletricidade. Nenhum desses meios, porém, conseguiu uma posição definitiva, pois ora dão, ora não dão resultado, sem contar ainda com os traumatismos que alguns deles poderão provocar. Muito embora ainda hoje se recorra a uma extensa escala de métodos, procura-se sempre uma indicação mais racional, baseada mesmo nessas experiencias anteriores. P. A. Jacobs, de Cleveland, ensaiou ha alguns anos uma nova tecnica, que consiste em se introduzir um feixe de sondas finas, uma a uma, num total de 15 a 20 filiformes, até ultrapassr o calculo, puchando-se em seguida em conjunto; diz o autor que experimentou com sucesso uma vez em um doente, e fez nove experiencias em cadaver, todas bem sucedidas; alega que esse método é menos traumatizante, e que não tem perigo de se propagar a infecção.

A tendencia moderna, porém, projeta-se num só sentido que compreender duas indicações.

Tem sido esse o criterio seguido no conjunto das observações aqui transcritas, e cujos resultados nada deixam a desejar. Ha casos que curam sem intervenção sangrenta ao lado de outros que sistematicamente a exigem. Entre os primeiros citam-se varias manobras simples, praticas para as quaes não se tem necessidade de instrumental cirurgico. Ha calculos que pela sua fórma regular e volume discreto, são expelidos espontaneamente, ou mesmo após lavagem, ou ainda após introdução de oleo na uretra. Quando a pedra se detem no meato, si as cousas são possiveis, um simples pinçamente é o bastante para livrar o enfermo dos seus sofrimentos. Barros Lima tem um caso em que uma simples manobra de distensão, represando na altura do meato o jato urinario e soltando-o de vez, foi o bastante para que a pedra fosse expelida. Uma singela tentacanula presta reais beneficios quando um pequeno calculo está encravado ou detido no meato. Si as cousas são mais complexas, quer porque a pedra, embora no meato, na fosseta navicular, está profundamente

encravada ou seu volume é exagerado ou ainda sua fórma irregular, a consistencia é dura a ponto de não permitir uma fragmentação; quer porque o calculo se acha localizado noutro "habitat" mais profundo como o angulo peniano, o fundo de saco bulbar, as porções prostatica e membranosa, o colo vesical, etc.; quer se localisem contra obstaculos normais ou patologicos que se estabeleçam no percurso uretral, nesses casos não convém aguardar ou contar com o acaso, pois os processos cirurgicos são eficientes, e são talvez os unicos eficientes. A meatotomia, as uretrotomias externas, quer peniana quer perineal, e a talha hipogastrica, (Cathelin chama esta ultima de "via ideal" para os calculos da uretra posterior), são métodos simples, rapidos, sem graves consequencias para o enfermo, e que dão ao operador a certeza do que está fazendo. Quando a pedra está localizada na uretra anterior tudo se resume, quasi sempre, numa uretrotomia externa, pegada do calculo, e drenagem simples. Já na uretra posterior as cousas podem apresentar maior complexidade. Ora, é o calculo de grande volume, exigindo uma incisão mais extensa que a classica botoeira, e maiores cuidados, como no caso de Camelot. Outras vezes a pedra tem a fórma de ampulheta e é vesico-uretral, como no caso de Curtillee, citado por Durrieux (d'Alger). Barros Lima, tem um caso que pretendeu resolver por via baixa, mas, diante do volume da pedra, preferiu repeli-la para dentro da bexiga, onde foi buscá-la por talha hipogastrica. Mesmo a talha suprapubica póde apresentar surpresas, como no enfermo de Bouchard, em que houve grande dificuldade em se tirar o calculo porque ele se achava fortemente encravado numa pequena loja prostatica. E' muito conhecido o caso de Gencuville, dum calculo que pesava 160 gramas; nesse caso, diante do volume da pedra, a botoeira simples ou a uretrotomia externa classica não bastaram; foi necessario se recorrer a uma outra incisão pre-retal, o que se poderia chamar "um artificio de tecnica", tal como nos dois casos de Barros Lima aqui citados. Cathelin aconselha que se ponha um dedo na uretra, além do calculo, para que haja obstaculo á sua fuga enquanto se procura fazer a pegada.

Nos casos em que ha complicações, mormente em

se tratando da sindrome C., as cousas se passam de modo diverso e a orientação terapeutica tem que atender aos diferentes acidentes e suas consequencias, ás vezes bem graves.

Na peri uretrite fleigmonosa pode-se tentar o tratamento abortivo por meio de compressas quentes, renovadas de duas em duas horas. Verificado, porém, que o processo não regride, e persistem os sintomas ou se agravam, não se deve hesitar nem demorar mais em recorrer á intervenção. Essa consistirá numa longa incisão linear e profunda sobre a tumefação, abrindo completamente o foco; romper-se-á as trabeculas que dificultarão a drenagem, e se drenará amplamente, tendo-se o cuidado de, antes de intervir, pôr um reparo na uretra afim de não atingi-la intempestivamente com o bisturí; si necessario, far-se-ão outras incisões complementares. O penso deverá ser renovado duas vezes ao dia, se acompanhando de extensas lavagens com agua oxigenada, solução de oxicianureto de mercurio, etc. Posteriormente, então, cuidar-se-á da uretra. E' util acompanhar o tratamento com vacinas.

Na gangrenosa deve-se abrir imediatamente o fleigmão difuso e procurar circunscrever o fóco. Depois de tudo convenientemente aberto por varias incisões espaçadas que porão em liberdade a serosidade e os retalhos de esfacelo, far-se-á grandes lavagens e curativos humidos renovados constantemente. Não se deve esquecer o tratamento do estado geral, utilizando-se de tonicos e sôro artificial; bem como combater os fenomenos seticos por meio de vacinas e sóros. Posteriormente, então, tratar-se-á a uretra.

No caso de fistula, ela tenderá a desaparecer espontaneamente após a ablação dos calculos; si isso não suceder, far-se-á nova intervenção para cura de fistula, sem maiores consequencias ou complicações. No enfermo da observação 3027 M., persistiu uma fistula operatoria, após a cura da enfermidade que o trouxera ao hospital, pelo que ficou de voltar ao Serviço, afim de se submeter a essa pequena intervenção complementar. Voltou 57 dias depois, porém não quiz mais ser operado, retirando-se no mesmo estado de cura parcial.

Convém salientar que podem estar presentes ou

surgirem sob a fórma duma consequencia, complicações extremamente graves.

O epitelioma, por exemplo, embora seja uma raridade, e entretanto observado ora acompanhando a evolução da calculose, ora parecendo uma consequencia

Mariachess cita o caso dum enfermo possuidor dum calculo uretral desde a idade de 10 anos, que não o incomodava; 50 anos depois, como sentisse dificuldades na micção, foi operado pelo autor que praticou uma uretrotomia externa, e extraiu o calculo, constatando então a existencia dum epitelioma na loja ocupada pelo calculo, o que motivou emasculação total. Barros Lima operou um enfermo, portador de calculo da uretra, no qual foi constatado o aparecimento de um epitelioma no local do calculo, algum tempo após a intervenção, e de que veio o enfermo a falecer meses depois.

OBSERVAÇÃO 5235

J. C., 3 anos, côr branca, natural de Pernambuco, procedente de Vitória.

H. Infaltil — Entrada em 19-3-1937.

Conta o pai da criança que o pequeno tem dificuldade da mição e faz sentido dôres. A mição é muitas vezes interrompida bruscamente. Um seu irmão sofreu do mesmo mal, tendo sido operado para retirada de calculo da bexiga.

Ex.: Prepucio muito estreitado e longo Orificio externo quasi puntiforme. Impossibilidade de descobrir a glande. Mição dolorosa e dificil.

O cateterismo explorador encontra obstaculo ao nivel da uretra posterior.

A palpação da uretra por toque retal revela neste mesmo local uma pequena tumefação.

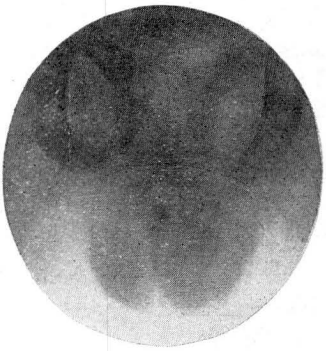
R. X. ficha 2542. Calculo da uretra posterior. — Dr. M. Fagundes.

Em 24-3-1937 Reg. — 5000 — Talha hipogastrica. — Dr. Barros Lima. Eter.

Curado em 2-4-1937.

OBSERVAÇÃO 4734

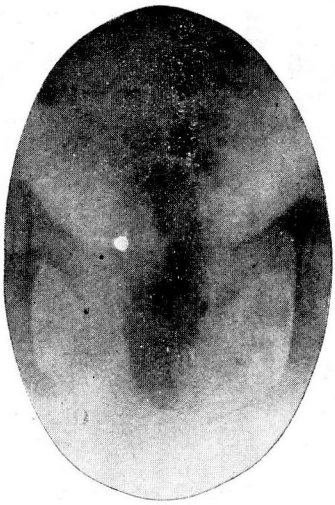
J. I., 11 anos, côr parda, natural de Pernambuco, procedente de Catende.



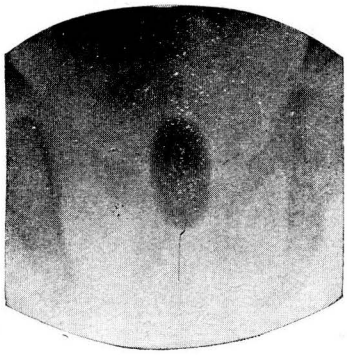
Obs. 5235 — Calculo uretral

Obs. 4734 — Calculo uretro-vesical

Obs. 38 — Calculo uretro-vesical



Obs. 165 — Calculo uretral



Obs. 3682 — Calculo uretro vesical

Entrada em 30-9-936 — Calculo vesical e uretral.

Desde um ano que vem padecendo grandes dores quando urina. Sua mição é interrompida e dolorosa, arrastando-se pelo solo assim exprimindo as dores que sente.

Ex.: Criança de constituição franzina, palida e com facies sofredora. Por ocasião da mição experimenta fortes dores, fazendo então tração sobre o penis com a mão direita. Urina por vezes sanguinolentas. O exame radiologico veio esclarecer o caso.

R. X. 2352 — Duas concreções opacas de fórma ovalar, uma destacando-se ao nivel da bexiga e outra ao nivel da uretra posterior. — Dr. M. Fagundes.

Em 7-10-36 — Reg. 4584 — Talha hipogastrica — Pelo Prof. Barros Lima, e auxiliado por Dr. Marcio Araújo, sob anestesia geral. (I. Maria Luisa).

Alta em 5- 12-1936. Curado.

OBSERVAÇÃO 38

J F. S., 5 anos, côr parda, natural de Pernambuco, procedente de Nazaré.

Entrada em 31-7-29. Calculo da uretra

Pais vivos e gosando saúde, tiveram 3 filhos, todos vivos.

Diz a genitora da criança que esta vem doente ha 3 anos, sente dificuldade em urinar e o faz de gota em gota, algumas vezes tem já urinado sangue; foi observado que algumas vezes ao urinar com tanta força expeliu duas pedrinhas, ficando com grande sofrimento e gotejando sangue.

Ex.: Todos os aparelhos estão normais, com excepção do genito urinario, que se apresenta anormal. A criança tem dificuldade em urinar, ha retensão de urina apresentando mesmo o baixo ventre crescido. Ha dôr no principio da mição e esta começa por gotas depois por jato interrompido e seguido de gotas repetidas, acompanhadas de sangue. Pelo cateterismo percebe-se atrito, a urina é turva, ás vezes começa a urinar bem qundo termina bruscamente.

R. X. ficha n.º 44 — Bexiga: Grande concreção densa e volumosa de fórma oval medindo 0,035 de eixo longitudinal por 0,008 de eixo transversal. A. Lins.

Em 7-8-929 — Talha hipogastrica com sutura da bexiga, retira-se um calculo encravado na uretra posterior, pesando 7 grms. consistente, duro apresentando 2 saliencias.

Operador — Prof. Barros Lima. Auxiliar: Dr. João Alfredo. 15 minutos de duração.

Sob anestesia geral do Balseformio, por Dr. P. Andrade. Usou licor de alcatrão com urotropina. Vermifugo.

Teve alta em 25 de 8 de 1929.

OBSERVAÇÃO 2592

S. H., 4 anos, branco, masculino.

H. Sto. Amaro — Entrou em 7-1-29.

Vinha ha algum tempo sofrendo dificuldade na mição. O jato de urina era algumas vezes interrompido. Urinou sangue algumas vezes, com dores.

Ao apresentar-se ao exame medico pela primeira vez, não foi possivel o cateterismo completo da uretra.

Exame: Pelo explorador uretral percebem-se pequenos calculos ao nivel da uretra, não permitindo que o mesmo penetre na bexiga.

Tratamento: Em 8-1-29 — Ueretrotomia externa; extração de calculos.

Geral — Eter — Curado.

OBSERVAÇÃO 3561

L. V. S., 14 anos, masculino, solteiro, colegial, procedente de Recife.

H. Sto. Amaro.

O doente diz ter passado uma semana sofrendo dores terriveis, e urinando com dificuldade. Ao fim de 7 dias, numa crise dolorosissima, eliminou um pequeno calculo, ficando desse modo aliviado dos sofrimentos.

Exame: Ligeira hematuria inicial. O cateterismo uretral não acusa a presença de qualquer corpo extranho. Bexiga igualmente livre de qualquer concreção calculosa.

O doente traz consigo o calculo eliminado.

Tratamento: Lavagens antisepticas vesicais. Alta, curado, em 21-2-30.

OBSERVAÇÃO 120 M

P. A. S., 18 anos, branco, natural de Pernambuco. Entrou em 21-2-30.

H. Sto. Amaro. Procedente de Olinda. Masculino.

Diagnostico: Calculo da uretra membranosa.

Ha cerca de um mês começou a sentir fortes dores na bexiga, depois da mição.

Diz que estas dores veem aumentando sempre, a ponto de ter vertigens. De certo tempo para cá nota que na urina existe um deposito semelhante á areia, urinando algumas vezes sangue. Narra que faz grande esforço para urinar, se escoando a urina aos pingos.

Exame: Doente anemiado e emagrecido. Uretra permeavel ao explorador 18. Percebe-se corpo extranho ao fazer a exploração. O toque retal nada revela para a bexiga, mas demonstra durante o cateterismo uma concreção ao nivel da porção membranosa da uretra.

Tratamento: Não houve intervenção. O doente expeliu expontaneamente o calculo.

Curado.

OBSERVAÇÃO 165

B. G., 6 anos, natural de Pernambuco, procedente de Limoeiro. Entrou em 2-7-30. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Sofre de perturbações da mição desde muito pequenino, chorando sempre quando deseja urinar, só o conseguindo por meio de manobras especiais. Tendo peiorado ultimamente, foi trazido a este Hospital.

Exame: O exame é praticado no sentido de molestia do aparelho urinario. O palpar abdominal, combinado com o toque retal, nada demonstra para o lado da bexiga, deixando entretanto perceber um corpo extranho ao nivel da uretra prostatica. Foi requisitado exame radiologico, conforme as suspeitas do diagnostico.

Exame radiologico: Em 4-7-30 — Concreção opaca volumosa, superpondo sua sombra em grande parte á do pubes com o grande eixo no sentido vertical. A topografia e a orientação levam a pensar em calculo da uretra posterior.

Exame urologico: Presença de piocitos, cristais de oxalato de calcio, e fosfato-amoniaco-magnesiano.

Em 9-7-30: Talha hipogastrica, retirando-se um calculo de uretra, pesando 17 grs., comprido, de fórma cilindrica, fragmentando-se com facilidade; drenagem da bexiga — sob raquianestesia pela escurocaina.

Em 29-10-30: Operação para cura de fistula vesico-cuta-

nea; foi feita raquianestesia pela escurocaina, mas não se obtendo resultado, recorreu-se á anestesia geral pelo éter.

Em 17-12-30: Operação para cura defistula vesico-cutanea, sob anestesia geral pelo balsoformio.

Em 13-1-31: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 3682

J. F. S., 5 anos côr parda, natural de Pernambuco, procedente de Surubim. Entrou em 17-6-35. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo vesico-uretral.

A pessôa que trouxe o pequeno nada sabe informar a respeito da evolução da afecção de que ele é portador.

Exame: Mições dolorosas e interrompidas. Criança com facies de sofrimento. Quando urina faz trações no penis. Cateterismo pelo explorador metalico relava a presença de corpo extranho na uretra.

Exame radiologico: Em 17-6-35 — Calculo opaco, tendo seu grande eixo orientado no sentido longitudinal cujo sombra superpõe se parcialmente (pela metade) a da sinfise pubiana.

Em 21-7-35: Talha hipogastrica e extração de um calculo que pesou 7,0 grs., sob anestesia geral pelo éter.

Em 6-8-35: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 2257 M

A. J. N., 39 anos, pardo, masculino, natural de Pernambuco, procedente de Recife. Entrou em 23-11-34.

H. Sto. Amaro.

Diagnostico: Calculo uretral.

Pais vivos gosando saúde. Tem 2 irmãos sadios. Teve na infancia sarampo e varicela. No passado venereo, acusa blenorragia e adenite. Queixa-se que de uns 5 dias para cá tem sentido dificuldade de urinar, só o fazendo quando, com um palito previamente introduzido no meato, observando ou desconfiando que qualquer corpo extranho era o causador dos seus sofrimentos. Não melhorando procurou este Serviço.

Exame: A' inspeção, nada se encontra de anormal. A' palpação, sente se na fossa navicular a existencia de um corpo endurecido, do tamanho de um grão de milho, que torna as mições bastante dolorosas, dificultando-as. Ao exame da uretra, encontra-se dificuldade na passagem de sonda de qualquer calibre.

Tratamento: Em 24-11-34 — Meatotomia e extração de calculo uretral

Alta — Curado, em 26-11-34.

OBSERVAÇÃO 511 M

L. A. P., 46 anos, branco, masculino, natural de Pernambuco, procedente de Lagôa Sêca. Entrou em 29-11-30.

H. Sto. Amaro.

Diagnostico: Estenose da uretra. Calculose uretral.

O doente atribúe o seu mal á blenorragia de que sofreu ha muitos anos. Ficou pouco tempo depois com fortes dores ao nivel da uretra. Ha poucos meses atrás começou a sentir dificuldade na mição, chegando a urinar gota a gota.

Foi a um medico que lhe passou uma sonda, melhorando algum tempo. Como peiorasse novamente, tempos depois, procurou o Hospital.

Exame: Uretra permeavel á sonda n.º 14, até o nivel do angulo peno-escrotal. Nesse nivel percebe-se pela palpação corpo solido de pequena dimensão. O cateterismo uretral deixa perceber resonancia. A sonda filiforme não passa além do obstaculo solido do angulo peno-escrotal.

Exame radiologico: Em 27-11-930 — Sombra mui nitida projetando-se sobre as partes moles abaixo da bacia.

Tratamento: Em 29-11-30 — Extração de calculo uretral, por pinçamento.

O doente voltou ao Serviço, em 11-8-34, sob o numero 2146 M.

Diagnostico: Bloco fistuloso do perineo ; Estenose da uretra; Fistula uretro-perineal.

Exame: Nota-se na face posterior da bolsa escrotal direita varios tuberculos, sendo alguns de dimensões minimas; proximo ao perineo observa-se um tuberculo de dimensões crescidas, apresentando uma coloração rosea carregada acastanhada; Nota-se ainda um pouco abaixo do tuberculo maior um pequeno orificio de fórma circular por onde ha escoamento de urina. Nota-se ainda que o orificio externo do meato encontra-se completamente obstruido não dando passagem á sonda do menor calibre. A' palpação, sente-se que correspondendo á serie de tuberculos os tecidos profundos acham-se aderidos á pele dando a sensação de um tumôr regularmente circunscrito e muito endurecido.

Tratamento: Em 25-8-34 — Talha hipogastrica, sob ra-

quianestesia que não dando resultado, se recorreu á anestesia local pela novocaina.

Em 16-10-34 — Reabertura de talha, com fixação de sonda

Em 14-2-35 — Uretroctomia, sob raquianestesia pela percaina.

Em 27-4-35 — Operação de Hoerteloup, sob anestesia geral pelo cloroformio.

Em 28-3-35 — Uretroplastia, sob raquianestesia pela percaina.

Alta — Falecido, em 15-4-36, por infecção urinaria ascendente; uremia.

OBSERVAÇÃO 4290

J. M. S., 10 anos, branco, natural de Pernambuco, procedente de Surubim. Entrou em 23-3-36. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo uretro-vesical.

Doente ha 5 anos, mição dolorosa, hematuria. Urina turva e fetida.

Exame: Apresenta o penis alongado e o cateterismo revela a presença de corpo extranho.

Exame radiologico: Em 23-3-36 — Calculo opaco, tendo o seu grande eixo orientado no sentido vertical e superpondo sua sombra parcialmente á da sinfise pubiana (mais de 2|3 estão acima da sinfise).

Em 25-3-36: Talha hipogastrica, e extração de um calculo pesando 11,0 grs. sob anestesia geral pelo éter.

O calculo se fragmenta ficando preso a porção uretral. Desencrava-se com um dedo retal e outro intra-vesical. Extração da 2.ª porção. Sutura e drenagem do Retzius.

Em 14-5-36: — Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 2664

F. B., 10 anos, branco, natural de Pernambuco, procedente de Limoeiro. Entrou em 9-4-34. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

A pessôa que trouxe a criança não sabe informar desde quando esta se acha doente; conta, porém, que de um mês para cá o pequeno tem mostrado seus sofrimentos mais acentuados. Queixa-se de fortes dores ás mições; a urina, algumas vezes é ensanguentada, outras é turva.

Exame: Mições dolorosas. A exploração com o resoador

Obs. 511 — Calculo uretral

Obs. 4290 — Calculo uretro-vesical

Obs. 2453 — Calculo uretral

Obs. 2462 — Calculos uretrais

Obs. 212 — Calculo uretral

metalico revela a presença de um corpo extranho na uretra perineal, que é sentido quando se palpa o perineo, entravando as tentativas de penetração do explorador na bexiga. Uretra sangrando com facilidade. Durante todo o decorrer do exame o doente se queixa de fortes dores.

Em 11-4-34: Meatotomia e extração do calculo alojado na fossa navicular, sob anestesia geral pelo balsoformio.

Em 20-4-34: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 4203

S. B., 2 anos, branco, natural de Pernambuco, procedente de Limoeiro. Entrou em 19-2-36. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo do meato.

Inicio da molestia a 3 meses. Nota-se desde então que a criança chora e faz muito esforço para urinar. Ha 3 dias que, mesmo com grande esforço, a mição não é possivel.

Exame: A' exploração da uretra com a tentacanula, esta vai de encontro a um obstaculo duro, produzindo forte atrito. A' palpação da uretra, encontra-se uma tumefação dura e de superficie irregular.

Em 19-2-36: Meatotomia, e extração de calculo, sob anestesia geral pelo cloretila.

Em 21-2-36: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 1713

J. P. C., 6 anos, branco, natural de Pernambuco, procedente de Morenos. Entrou em 20-12-32. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Ha 3 anos a criança teve retenção de urina. Ha cerca de 2 meses começou a sentir dificuldade de urinar, tendo seus males se agravado a ponto de suas mições serem de gota a gota. Sente muitas dores por ocasião das mições, motivo pelo qual troxeram-no a este Serviço.

Exame: — Prepucio edemaciado e avermelhado. Orificio prepucial fechado; consegue-se, entretanto, entreabri-lo e percebe-se no meato a saliencia de um corpo extranho escuro e resistente. O hipogastrio está tenso até quasi o umbigo (globo vesical).

Exame radiologico: Em 20-12-32 — Presença de calculo opaco ao nivel da uretra anterior.

Em 20-12-32: Extração de calculo.

Em 23-12-32: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 3895

S. J. S., 9 meses, branco, natural de Pernambuco, procedente de Pau d'Alho. Entrou em 2-10-35. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo do meato (encravado).

Narram seus genitores que o pequeno sofre perturbações da mição, já ha algum tempo. De 3 dias para cá só tem podido urinar de gota a gota.

Exame: Prepucio de orificio estreitado. Cateterizando-se o meato percebe-se concreção calcarea obstruindo completamente sua luz.

Em 2-10-35: Meatotomia e extração de calculo, sob anestesia geral pelo cloroformio.

Em 4-10-35: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 3783

F. F. S., 7 anos, branco, natural de Pernambuco, procedente de Escada. Entrou em 10-8-35. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Perturbações da mição ha cerca de um ano, urinando de gota a gota. Ha 3 dias, sentindo-se peior, foi visto por um medico do interior, que retirou um pequeno calculo da uretra, por uretrotomia externa perineal, vindo em seguida para este Serviço.

Exame: O doente apresenta-se ao Serviço com uma ferida incisa, com a pele suturada a crina, de 2 centimetros de extensão, situada no perineo; esta não se encontra protegida por curativo. Quando a criança urina, ha escoamento de liquido pela ferida suturada. Ha edema do escroto.

Tratamento: Fez-se saltar os pontos; curativos.

Em 26-8-35: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 208

O. O. F., 6 anos, natural de Pernambuco, procedente de Itapissuma. Entrou em 24-9-30. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra anterior, Fimose.

Notando os da familia que a criança não podia urinar, apesar do esforço que fazia, trouxeram-n'a ao Recife, para a Assistencia Publica, onde extrairam um pequeno calculo, fazendo-se postectomia ao mesmo tempo.

Exame: O doente veiu operado da Assistencia Publica

Exame radiologico: Em 24-9-30 — Ausencia de concreção opaca ao nivel da uretra e da bexiga.

Exame urologico: Indol; Escatol — traços; Cristais de urato de sodio, fosfato-amoniaco-magnesiano. Raras celulas de descamação uretral, e alguns leucocitos.

Em 2-10-30: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 176 A

S. G. F., 9 meses, pardo, natural de Pernambuco, procedente de Morenos. Entrou em 25-7-30. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Veio ao Serviço trazido por seus pais. Não podia urinar, apesar do grande esforço, chorando bastante.

Exame: Não foi possivel o cateterismo. A palpação da glande revela a presença de um corpo extranho de consistencia dura.

Em 25-7-30: Meatotomia e extração de calculo da uretra anterior, sob anestesia geral pelo cloretila.

Em 30-7-30: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 3277

G. M. G., 2 anos, pardo, natural de Pernambuco, procedente de Olinda. Entrou em 13-1-35. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo do meato.

Inicio da molestia ha 3 meses. Mição dolorosa, percebendo-se, ás vezes, no vaso em que urinava algo semelhante á areia.

Exame: A' inspeção, e palpação, percebe-se a região hipogastrica abaulada, dolorosa, e globo vesical. Meato obstruido completamene por concreção calcarea parda carregada. Após a retirada da mesma, o cateter metalico nada revela na uretra e bexiga.

Em 13-1-35: Extração de calculo do meato.

Em 15-1-35: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 89

J. G. S., 4 anos, pardo, natural de Pernambuco, procedente de Recife. Entrou em 25-12-29. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra (do meato, visivel em parte).

Sofre, desde pequenino, dores quando urinava. Peiorando nestes ultimos dias, foi levado á Assistencia Publica, por duas vezes, onde lhe extrairam a urina por cateterismo.

Exame: Penis edemaciado e avermelhado, não permitindo o doentinho a menor palpação. A mição, se fazendo gota a gota, é dolorosissima. Percebe-se ao nivel do meato, pequena concreção regular, parcialmente exteriorizada. Entre a concreção acima referida e a parede uretral, faz-se o escoamento da urina.

Em 6-12-29: Extração de pequeno calculo do meato, pesando 0,50 grs

Exame radiologico: Em 10-12-29 — (Após a extração do calculo) Ausencia de concreção opaca nas regiões uretral e vesical.

Em 12-12-29: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 2399 M

J. P., 14 anos, pardo, masculino, natural de Pernambuco, procedente de Escada. Entrou em 29-3-35. H. Sto. Amaro.

Diagnostico: Calculose uretral e vesical.

Antecedentes hereditarios sem importancia. Conta o paciente que desde a idade de 5 anos, sente dificuldade na mição, embora com vontade frequente. Atribúe a um "esquentamento", dizendo que sentia dores uretrais e corrimento tambem uretral, e que depois disso se pronunciou o seu mal a ponto de não poder urinar. E como a semana passada tivesse peiorado, foi socorrido no Pronto Socorro, e removido para este Serviço.

Exame: Pelos informes do doente conclue-se que o seu mal se assenta nas vias urinarias inferiores (bexiga e uretra). Na região perineal nota-se uma tumefação, na linha mediana, dura, dando a sensação de corpo extranho. Ao cateterismo uretral, com sonda fina, sente-se atrito caracteristico de calculo. Todas as manobras do exame são dolorosissimas para o doente. Solicita-se prova radiografica.

Aparelho genito-urinario: — Urinas turvas, mição dificil em jato.

Aparelho respiratorio: — Sinais clinicos de gripe.

Exame radiologico: Em 4-4-31 — Nota-se que existe nesta prova dois calculos que pela posição estão situados, um na bexiga, e outro na uretra prostatica.

Tratamento: Em 4-4-35 — Talha hipogastrica. Retira-se

um volumoso calculo da bexiga, e em seguida um menor da uretra prostatica. Drenagem vesical. Raquianestesia, pela percaina.

Alta — Falecido, por insuficiencia aguda do figado, em 6-4-35.

OBSERVAÇÃO 2453

M. L., 3 anos, pardo, natural de Pernambuco, procedente de Aliança. Entrou em 8-1-34. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra posterior.

Antecedentes familiares e pessoais sem importancia. Conta seu pai que a criança, com a idade de um ano, começou a sentir dores quando queria urinar; a mição era gota a gota e muito dolorosa. Isto foi-se agravando a ponto de passar horas chorando, debatendo-se e se arrastando pelo chão, pelo que resolveu trazê-la a um hospital onde foi feita uma radiografia, não se obtendo imagem caracteristica.

Exame: Doente de constituição fisica normal relativamente á idade. Pela inspeção dos orgãos genitais externos percebe-se desenvolvimento anormal do prepucio que parece por demais alongado. O toque retal deixa perceber corpo extranho duro, situado ao nivel da porção prostatica da uretra. Não foi praticado o cateterismo vesical.

Exame radiologico: Em 10-1-34 — Concreção opaca de fórma ovoide, projetando-se ao nivel da sinfise pubiana com maior diametro no sentido longitudinal.

Em 10-1-34: Talha hipogastrica. Foi extraido um calculo pesando 2,0 grs., sob raquianestesia pela escurocaina.

Não se percebe pedra na bexiga, mas ligeira rugosidade palpando o orificio int. da uretra; com o dedo no reto e manobras pelo lado da bexiga é possivel fazer vir o calculo a esta cavidade. Extração e sutura da bexiga. Não se põe sonda uretral.

Em 24-1-34: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 2462

J. S. C., 18 meses, pardo, natural de Pernambuco, procedente de Olinda. Entrou em 15-1-34. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Doente desde pequenino, sendo notado que sua urina era turva e havia deposito em fórma de areia. De algum tempo

para cá as mições se tornaram dolorosas, e de gota a gota, sendo necessario, algumas vezes, recorrer á sonda. O doente se apresenta ao Serviço, com dificuldade de urinar.

Exame: O prepucio longo e de orificio capilar. O cateterismo, com sonda metalica, revela a presença de um corpo extranho na uretra perineal, palpavel pelo perineo. Foi extraida a urina por ocasião do exame.

As perturbações desapareceram completamente, 15 dias depois a criança teve nova crise, sendo então praticada uma talha hipogastrica, extraindo-se um calculo semelhante a um grão de café, pesando 0,50 grs., sob raquianestesia pela escurocaina.

Exame radiologico: Em 16-1-34 — Presença de concreção opaca, dando sua imagem abaixo da sinfise pubiana.

Op.: Talha hipogastrica, bexiga distendida com urina infectada.

O calculo não estava na bexiga, passou-se o cateter metalico fazendo-o vir com facilidade da uretra posterior: extração e sutura da bexiga em um plano, drenagem do Retzius a tubo de borracha e sutura da parede.

OBSERVAÇÃO 362

F. S., 4 anos, preto, natural de Pernambuco, procedente de Recife. Entrou em 1-5-31. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Numa certa tarde a criança não poude urinar, apesar da imperiosa vontade, e, sentindo fortes dores, rolava pelo chão; sua genitora fez uso de lavagem intestinal, levando-o por fim, á Assistencia Publica, sendo daí transporado, á noite, para este Serviço, com um calculo palpavel no meato, visivel em parte.

Exame: A palpação releva a presença de concreção dura de 1,5ctms. de comprimento, situado ao nivel do meato uretral.

Tratamento — Em 1-531: Meatotomia, e extração de calculo da uretra, sob raquianestesia pela escurocaina.

Em 4-5-31: Alta — Curado.

Em 7-3-32, o doente voltou ao Serviço, com novas perturbações na mição.

Exame radiologico: Em 7-3-32 — Duas concreções opacas, parecendo grãos de chumbo, projetando-se na região vesical.. Estas concreções não são caracteristicas.

Em 11-3-32: Cistotomia exploradora. Não foi encontrado

calculo. Além do calculo uretral era o doente portador de paralisia infantil daqual se aliviou no Serviço da Clinica Cirurgica Ortopedica.

OBSERVAÇÃO 4480

S. B., 4 anos, pardo, natural de Pernambuco, procedente da Usina Petribú. Entrou em 9-6-36. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo do meato, Fimose congenita, Fleigmão gangrenoso.

Doente desde de pequenino, urinando com alguma dificuldade e esforço, chorando sempre. Ha 4 dias ficou completamente impossibilitado de urinar, apesar do esforço, até que se abriu um orificio por onde tem saido bastante urina.

Exame: Penis aumentado de volume, de coloração avermelhada, e em sua face lateral uma placa de côr negra. Região escrotal edemaciada, dolorosa e rubra; cateterismo revela a presença de concreção calcarea ao nivel da fossa navicular.

Em 16-6-36: Postotomia e extração do calculo, sob anestesia geral pelo éter.

Em 12-7-36: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 3027 M

M. C. S., 39 anos, branco, masculino, natural de Pernambuco, procedente de Aliança. Entrou em 11-9-36. H. Sto. Amaro.

Diagnostico: Calculose uretral; fleigmão gangrenoso; estenose da uretra.

Acusa no passado venereo 2 blenorragias. Conta o observado que ha 2 anos fez neste Serviço uma uretrotomia interna para cura duma estenose uretral. Diz que ha mais de um ano sente dificuldade á mição e até que resolveu procurar o Hospital. Acrescenta que seu mal se agravou ha 4 dias passados, quando notou forte interrupção no trajeto uretral não conseguindo mais urinar normalmente e vindo forte congestão do penis com repleção vesical.

Exame: A' inspeção, nota-se o penis aumentado de volume. O baixo ventre acha se crescido e doloroso á pressão. A exploração da uretra com instrumento metalico deixa perceber atrito na porção média do penis.

Tratamento: Em 14-9-36 — Incisão peniana na extensão de 6 cts., e extração de um calculo do tamanho de um limão pequeno, sob anestesia geral pelo cloretila.

Alta — Curado em parte, pois persistia um trajeto fistuloso na incisão operatoria. O doente se comprometeu a voltar para operar o trajeto fistuloso; em 9-11-36.

O doente voltou em 6-1-37, sob numero 3138 M, para curar a fistula operatoria, mas não quis se submeter ao tratamento, tendo alta a pedido, no mesmo, em 14-1-37.

OBSERVAÇÃO 3686

N. R. S., 9 meses, branco, natural de Pernambuco, procedente de Nazaré. Entrou em 25-6-35. H. Infantil.

Diagnstico: Calculo uretral. Abcesso peri-uretral. Hernia umbelical.

Narram seus genitores que o pequeno se acha com retenção de urina ha 3 dias. Dizem que antes não sentia nada de anormal. Desde então urina sentindo fortes dores, e os orgãos genitais veem aumentando de volume.

Exame: O doentinho apresenta-se ao Serviço com os orgãos genitais aumentados de volume, edemaciados e dolorosos. Escroto com aumento de temperatura local. Na linha mediana do abdomen ha um tumôr, situado na região hipogastrica, que ao cateterismo evacuador regride até desaparecer. Foram extraidas 150 grs. de urina. O cateterismo metalico e o toque retal nada revelam que se possa suspeitar da presença de corpo extranho no trajeto uretro-vesical.

Em 25-6-35: Redução de hernia umbelical, por faixas de adesivo.

Exame radiologico: Em 26-6-36 — Imagem suspeita de calculo ao nivel da bexiga.

Em 26-6-36: O doente expeliu espontaneamente, pela uretra, um pequeno calculo, do tamanho duma pimenta do reino (no mesmo dia da radiografia).

Em 28-6-35: Incisão e drenagem de abcesso peri-uretral, sob anestesia geral pelo cloretila.

Em 5-8-35: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 212

A. S., 5 anos, pardo, natural de Pernambuco, procedente de Recife. Entrou em 1-10-30. H. Infantil.

Diagnostico: Calculos da uretra e da bexiga.

Reside na cidade de Nazaré, estando em Recife ha um mês

somente. Doente desde a idade de 2 anos. Urina, ás vezes, sangue; quasi sempre de gota a gota, puxando o penis para consegui-lo.

Exame: Perineo fistuloso, deixando sair pús e urina. No meato é visivel um corpo extranho, encravado; a palpação do perineo mostra a existencia de um corpo extranho, semelhante ao primeiro, em relação com a uretra. O toque retal revela outro corpo extranho na bexiga.

Exame radiologico: Em 1-10-30 — Duas concreções volumosas, projetando-se abaixo do pubis, na região escrotal.

Em 3-10-30: Talha hipogastrica — foi extraido um calculo da bexiga, pesando 0,70 grs.; extração de dois calculos da uretra, pesando respectivamente 0,20 e 0,50 grs., sob raquianestesia pela escurocaina.

Exame radiologico: Em 17-10-30 — Concreção opaca volumosa, cuja sombra superpõe-se á sinfise pubiana.

Em 22-10-30: Talha hipogastrica, retirando-se um pequeno calculo; e uretrotomia externa, retirando-se outro maior, em fragmentos, sob anestesia geral pelo balsoformio.

Em 1-11-30, o doente, ao urinar, sentiu fortes dores, expelindo pela uretra um pequeno calculo que se perdeu.

Exame radiologico: Em 29-11-30 — Concreção opaca, pouco densa, de fórma ovoide, com o grande eixo orientado no sentido vertical, e projetando-se na região vesical, acima da sinfise pubiana.

Em 29-12-30: Talha hipogastrica; extração de calculo e drenagem, sob anestesia geral pelo balsoformio.

Em 22-7-31: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 3953

E. J. S., 3 anos, pardo, natural, de Pernambuco, procedente de Gravatá. Entrou em 28-10-35 H. Infantil.

Diagnostico: Calculo do meato.

Doente desde a idade de um ano. Ha 15 dias, porém, seus sofrimentos aumentaram, e a criança começou a sentir dificuldade de urinar, até a completa retenção de urina. O penis aumentou de volume, abrindo-se espontaneamente, um trajeto fistuloso por onde sái urina misturada com pús.

Exame: Prepucio aumentado de volume, cobrindo totalmente a glande. No terço médio do penis, na face lateral direita, ha um orificio puntiforme que deixa passar liquido pu-

rulento misturado em urina. Cateterismo uretral, com o tentacanula, revela a presença de corpo extranho encravado na fossa navicular. A' palpação da uretra peniana, percebe-se nodulo resistente ao dedo que explora, dando escoamento de liquido pela fistula, quando se faz compressão.

Exame radiologico: Em 28-10-35 — Pequeno calculo opaco ao nivel da uretra.

Em 28-10-35: Postectomia, metotomia e extração de calculo sob anestesia geal pelo éter.

Em 2-12-35: Alta — Curado.

OBSERVAÇÃO 536 M

I. F. A., 25 anos, pardo, masculino, natural da Paraíba, procedente de Recife. Entrou em 16-2-30. H. Sto. Amaro.

Diagnostico: Calculo vesical e uretral. Estenose da uretra.

Pais vivos gosando saúde. Nega molestias venereas

O mal de que é portador apareceu-lhe ha muitos anos, tendo o doente sido operado na idade de 8 anos, e consistia em uma dificuldade da mição. Após a operação melhorou o seu estado, que mais tarde voltou a agravar-se. De certo tempo para cá, surgiram fistulas no perineo, dando escoamento a urina.

Exame: Aparelhos e sistemas normais, excepto o urinario. A' inspeção, o doente apresenta ao nivel do escroto, proximo á raiz do penis uma fistula que dá saida á urina. A região perineal apresenta igualmente uma fistula que deixa sair urina. A' exploração do canal da uretra, nota-se estritamento, não passando sinão a senda filiforme.

Raios X mostram uma sombra opaca acima da sinfise pubiana ovalar, de grande diametro transverso. Abaixo desta existe sombra menos densa, de grande diametro vertical com dilatação arredondada superior a que se segue zona estreitada, logo acompanhada de sombra em fórma de funil de base superior.

Tratamento: Extração de calculo da bexiga e uretra, sob raquianestesia pela escurocaina, em 23-12-930.

Alta — Falecido, em 17-2-31.

OBSERVAÇÃO 5197

A. G., 3 anos, côr branca, natural de Pernambuco, procedente de Vertente. Entrado em 3-3-937. H. Infantil.

Veio do Pronto Socorro com retensão de urina e estado geral máo.

Não foi enviado informação de especie alguma a respeito da doença, atual.

Dias após do seu internamento, narra sua genitora que o pequeno não urinava e por este motivo foi ao P. S. onde retiraram uma pedra que se achava encravada no meato.

O pequeno chega ao Serviço possuindo um tumôr mediano situado na região hipogastrica. Prepucio bastante edemaciado e não deixando descobrir a glande.

Escroto tambem edemaciado e de côr vermelha. Pela uretra se escoa liquido sanguinolento. Cateterizando-se a uretra do pequeno, tira-se grande quantidade de urina e o tumôr desaparece.

Em 5-3-1937 Ref. 4951 — Postectomia.

(Nota: o fleigmão urinario não desapareceu nem a retensão de urina cessou, por este motivo foi praticada uma talha hipogastrica no dia seguinte).

Reg. 4963 — Talha hipogastrica. Dr. Barros Lima. Eter.

R. X. ficha 2522 — Ausencia de calculo opaco. Dr. M. Fagundes.

Saiu curado em 5-4-1937.

OBSERVAÇÃO 5307

J. F. S., 4 anos, côr branca, natural de Pernambuco, procedente de Vitoria. Entrou em 19-4-1937. H. Infantil.

Diagnostico: Calculo da uretra.

Informa a pessôa que acompanhou a criança ao Hospital que desde pequenino sofre perturbações da mição, só conseguindo urinar depois de algumas manobras, com esforço, e mostrando sentir dôr. Três dias antes de vir ao Serviço, sentiu grande dificuldade, chorava e se rolava pelo chão, urinando de gota a gota, até que ficou intiramente impossibilitado. Foi notado o inicio de um edema de côr avermelhada se estendendo pelo penis e toda a bolsa escrotal, e impossibilidade total de mição. Por isso trouxeram o pequeno enfermo a esta cidade, e procuraram este Serviço, onde a criança entrou com retensão de urina e grande agitação, gritando quando se a segurava para qualquer movimento.

Exame — Penis e bolsa escrotal edemaciados. A' palpação desta, ao nivel da linha mediana, é dolorosa. Não se póde descobrir a glande.

Operação: Rg. 5048 — Em 19-4-1937: Pratica-se uma incisão dorsal no prepucio. Explora-se a uretra que é totalmente permeavel ao cateter metalico. Esvazia-se a bexiga. Urina de aspecto e cheiro normais; não se percebe corpo extranho uretral ou vesical por ocasião do cateterismo. Postoctomia. Anestesia geral pelo éter.

Raios X 2567 — Em 21-4-1937: "Calculo opaco ao nivel da uretra posterior".

Operação: Rg. 5069 — Em 28-4-1937: Uretrotomia externa e extração de calculo. Anestesia geral pelo éter.

Alta: Curada, em 25-6-1937.

BIBLIOGRAFIA

1 — **DR. ORAISON — Corpus étrangers et calculs de l'uretre** — Encyclopédie Française d'urologie — Tome V — P. 621 — 1922.

2 — **J. P. TOURNEUX — Les périurétrites infectieuses** — Conférences de clinique chirurgicale pratique, (premiese série). — P. 158 — 1931.

3 — **ALCÉE DURRIEUX (d'Alger) — Calcul de l'uretre prostatique chez un enfant kabyle** — Neuvieme session de l'Association française d'urologie — P. 239 — 1905.

4 — **SILVIO MARQUES — Calculose urinaria** — Arquivos de Cirurgia e Ortopedia — Tomo I. — Fasciculo I — P. 5 — 1933.

5 — **TEODORICO DE FREITAS — Três casos de calculos uretrais na criança** — Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia — Tomo 3.º — P. 179 — 1935.

6 — **EDWIN BEER and ABRAHAM HYMAN — Urunary lithiasis** — Diseases of the urinary tract in children — P. 181 — 1930.

7 — **E., FORGUE — Calcules de l'urethre** — Précis de pathologie externe — Tomo 2.º — P. 718 — 1903.

8 — **DIAMANTIS — L'Urétrotomie externe pour calcul de l'uretre chez les enfants en bas age** — Journal de Urologie — Tomo X — P. 133 — 1920.

9 — **EMILE JEANBRAU — Calcules de l'uretre** — Précis de Pathologie Chirurgicale — Tome VI — P. 489 — 1928.

10 — **EMILE JEANBRAU — Péri-urétrites** — Précis de Pathologie Chirurgicale — Tome VI — P. 564 — 1928.

11 — **HOWARD L. TOLSON — Calculs urétraux multiples** — Journal d'Urologie — Tome 39 — P. 182.

12 — **BLANCHOT — Trois cas de calcul de l'uretre** — Association Française d'urologie — Vol. 28 — P. 436 — 1928.

13 — **F. CATHELIN — Utilisation préférentielle de la voie sus-pubienne transvésicale, pour l'extraction des calculs de l'urétre prostatique et de la prostate** — Travaux annuels de l'Hospital d'Urolcgie — 5.ª serie — P. 22 — 1923.

14 — **E. CAMELOT** — Association Française d'Urologie — Vol. 11 P. 287 — 1907.

15 — **RENÉ BOUCHARD (RAPPORT DE GOUVERNEUR) — Volumineux calcul de l'uretre posterieur. Extraction par voie hipogastrique** — Association Française d'Urologie — Vol. 37 — P. 362.

16 — **ANTONIO DE LUCA — Un raro e volumoso calcolo nell'uretra membranosa di bambino** — Societa italiana di urologia — 10.º Congresso — P. 263 — 1931.

17 — **GENOUVILLE — Calcul prostato-uretral pesant 160 grammes. Taille pre-rectal. Guérison** — Association Française d'Urologie — Vol. 10 — P. 289.

18 — **MARIACHESS** — Association Française d'Urologie — Vol. 17 — P. 519.

19 — **AUGUSTE CASSUTE — Uretrographie au lipiodol en cas de calculs difficiles a decéler** — Lyon Chirurgical — Tome 24 — P. 25.

20 — **ARMANDO TEMPORAL — A uretra normal e patologica aos Raios X** — Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia — Tomo 3.º — P. 101 — 1935.

21 — **PERRIN — Un cas de calcul de l'uretre chez la femme** — Lyon Chirurgical — Tome 27 — P. 384.

22 — **BOULLET (rapport de M. PASTEAU) — Enorme calcul de l'uretre spongieux** — Jornal d'Urologie — Tome 15 — P. 131 — 1923.

23 — **JACOBS (Cleveland)Nueva tecnica no operatoria para la extraction de los calculos impactados en la uretra** — The Journal of the American Medical Association — Vol. 6 — N.º 7 — 1 - octubre - 1921 — P. 444.

24 — **FÉLIX MARSAN (rapport de M. ISELIN) — Volumineux**

calcul de l'uretre pénien — Journal d'Urologie — Tome 13 — P. 221 — 1922.

25 — **FRANCO MARCHINI — Voluminoso calcolo uretrale rimasto in sede quattro anni** — Archivo Italiano di Urologie — Vol. 4 — P. 275 — 1927.

26 — **G. MARION** — Traité d'Urologie — Tome 2.º — P. 668.

27 — **SILVIO ROLANDO — Quelques remarques sur un cas de calculs de l'uretre protatique** — Association Française d'Urologie — Vol. 20 — P. 494 — 1920.

28 — **ARMANDO DAL POZZO — Ascesso perineo-scrotale rivelatore di voluminoso calcolo uretrale in soggetto gia mutilado del pene** — Archivo Italiano di Urologia — Vol. 5 — P. 138.

29 — **GILBERTO FREIRE** — Casa-grande & Senzala — P. 60 e outras — 1934.

30 — **JOSE' M MACERA y B. MESSINA — Calculo enclavado en la uretra bulbar en un nino de seis anos. Extraccion por uretrotomia externa** — La Semana Medica — Ano 36 — N.º 15 — P. 859.

31 — **S. ISRAEL — A propos d'un cas de calcul de l'uretre prostatique** — dournal d'Urologie — Vol. 1.º — P. 475 — 1924.

32 — **HEINRICHE KOCH — Les calculs de l'uretre** — Journal d'Urologie — Tome 25 — P. 84 — 1928.

33 — **DESNOS — Calculs de l'uretre** — Association Française d'Urologie — Tomo 8 — P. 458.

34 — **GUIAR — Lithotritie uretrale appliquée au traitement des calculs de la region prostatique** — Association Française d'Urologie — Tomo 4 — P. 328

35 — **GENOUVILLE — Calcul de l'urethre périneal avec prolongement dans l'uretre posterieur: urethrotomie externe** — Association Française d'Urologie — Tome 4 — P. 211.

36 — **ALCINO COIMBRA — O cancer em Pernambuco** — Sessão da Sociedade de Medicina de Pernambuco, de 1 de março de 1937.

REVISTA DAS REVISTAS

Cuidados pré-operatorios nas intervenções abdominais

José Henriques

Na hora que atravessamos a cirurgia já atingiu tão elevado gráo de perfeição e desenvolvimento que podemos dizer sem receios não haver mais mortes em consequencia do ato operatorio. No equilibrio humoral está o destino do paciente.

As investigações modernas, diz Rodolfo Gonçalez Boch, fazem surgir uma serie de perturbações metabolicas que se muita vez passam despercebidas, outras ha que tomam um aspecto mais ou menos grave. Estas, até bem pouco eram catalogadas entre os estados de choque post-operatorio, aos quais não se podia opôr uma terapeutica em relação ao seu mecanismo causal em razão das obscuridades e ignorancias patogenicas que sobre os mesmos existia.

Um preparo eficiente e bem orientado afastará de certo as temiveis complicações post-operatorias. As intervenções sobre abdomen e principalmente aquelas que são ralizadas sobre seu andar superior exigem cuidados especialissimos.

Bem razão tem De Martel ao lançar sua frase lapidar: "EN CIRURGIE BILIAIRE JE PENSE TOUJOURS, ET AVANT, A' LA FRAGILITE' DU MALADE". Essa cirurgia biliar, refere Annes Dias, serve bem para mostrar que a ação cirurgica que se exerce sobre uma lesão local, vai despertar

violentas reações gerais ricas de acidentes de toda classe. E porque isso? Porque a região sub-hepatica é muito rica em filetes vegetativos e, com a maior facilidade e com a maior violencia daí partem reflexos que vão repercutir em toda rede vegetativa que, como se sabe, dirige as funções cardiacas, respiratorias, digestivas, a nutrição toda.

Bobbio em cirurgia visceral sobretudo e especialmente quando lança mão da anestesia geral ou raquiana exige o exame completo das funções organicas afim de poder certificar-se da operabilidade do paciente.

A avaliação da resistencia de um operado não é tarefa das mais faceis. Como diz bem Lambret muita vez no estado patologico as taras são tão bem compensadas que necessario se torna depistá-las. E isto é objeto da clinica e do laboratorio...

Ao internista cabe colaborar com o cirurgião afim de que tudo seja resolvido dentro de um principio de verdadeira honestidade. O cirurgião visa a lesão local mas é o conjunto do organismo todo que vai sentir sua ação. A patologia abdominal continúa sendo o terreno dos problemas medico-cirurgicos motivo pelo qual nos deteremos hoje a estudá-los.

Apesar das criticas que tem sofrido por parte de alguns, por parte de outros a determinação do tipo constitucional continúa ainda com seu credito de pé. Bobbio atribue-lhe importancia relevante no exame do operando. Fasiani e Torraca observam que em algumas condições morbidas que tornam o individuo menos resistente a operação fazem-no predisposto a complicações post-operatorias, se se acompanham de determinados habitos patologicos.

Do ponto de vista pre-operatorio interessam:

a) O tipo megaloesplanquinico de Viola denominado por Pende hipervegetativo. A classificação mais perfeita de Sigands e seus discipulos enquadram esta categoria de individuos do tipo digestivo que é caracterizado pelo desenvolvimento acentuado do terço superior do rosto, pescoço curto, torax lar-

go e curto com angulo epigastrico aberto. O abdomen é abaulado com tendencia a sobrecarga de gordura. São individuos pletoricos que se fadigam ao menor esforço. Submetidos a uma intervenção, sobre abdomen suportam mal a anestesia geral e são susceptiveis de complicações pulmonares.

Não tem a resistencia que se lhes emprestam. Suas eliminações são incompletas e suas trocas preguiçosas. Nos obesos esta situação é ainda mais acentuada. A gordura infiltra os tecidos e o trabalho do coração não é util e proporcional a massa do corpo. Seus meios de defesa são quase nulos. A obesidade no ponto de vista operatorio é uma tara séria que expõe o paciente as complicações pulmonares, cardio-vasculares, infecciosas. Os obesos se defendem mal contra tudo que põe o organismo em perigo. A melhor prova disto, fóra da cirurgia, é que, raro dentre eles atingem a velhice. Neles os fleigmões cutaneos assumem uma marcha invasora favorecida pela escassa defesa do tecido adiposo. As eventrações são frequentissimas. A razão da menor resistencia dos megalos-esplanquinicos depende do fato de que neles as trocas são preguiçosas, ha acumulo de escorias e linfa nos tecidos, infiltração de gordura em torno e no interior das visceras, especialmente no coração. Por isto seus orgãos não podem por em ação as energias de reserva em caso de necesidade como acontece num ato operatorio

a) — Os microsesplanquinicos de Viola fazem contraste com os precedentes. Do ponto de vista operatorio são mais resistentes que os megaloesplanquinicos, porém expostos em virtude da fraca mobilidade do seu torax e de sua insuficiencia respiratoria estão sujeitos tambem a complicações pulmonares.

c) — O tipo central ou normotipo com seus dois tipos secundarios para central superior e inferior de Viola são aqueles que maior segurança oferecem as intervenções cirurgicas e que não teem necessidade de um exame tão minucioso. Além destes tipos puros existem os mixtos que exigem uma observação

cuidadosa. Para Bobbio a constituição tem uma grande importancia na patologia e na clinica e muito maior na cirurgica.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA RESISTENCIA DO OPERANDO

Com muita razão escreve Donati: "o cirurgião com a sua experiencia deve sempre saber conduzir a pesquisa, caso por caso, de modo a seguir aquela que póde ser util ou tambem indispensavel para a avaliação da resistencia do operando e abandonar o restante. E acrescenta: "precisa tambem ter em mira os dois conceitos: a avaliação da resistencia do operando de uma parte, e de outra parte o método adequado a diminuir o risco operatorio. Na verdade existem doentes a nosso vêr pouco resistentes que suportam otimamente o ato operatorio enquanto outros considerados robustos, teem no seu post-operatorio as mais imprevistas complicações. Mas si isto acontece em um individuo que pela sua construção, a doença não influiu sobre o seu estado geral não se póde culpar o cirurgião que, baseiado na negatividade das pesquisas mais importantes e comuns tenha no post-operatorio do seu operado qualquer complicação. E ainda acrescenta: Eu insisto portanto no conceito de que o cirurgião deve colocar em primeiro plano o acurado e metodico exame clinico do operando, deve fazer as pesquisas que a ciencia e a conciencia lhes possa indicar em um determinado caso e dar valor aos resultados respectivos ou parte doente ou a todo organismo".

Na verdade não se póde exprimir com mais justas e valorosas palavras o conceito que deve guiar o cirurgião no estado do doente que deve ser submetido a uma intervenção cirurgica. Bobbio tambem aconselha que o metodico e exaustivo exame clinico deve preceder a qualquer outra pesquisa e solicita ao cirurgião promover as provas clinicas e de laboratorio necessarias para o esclarecimento do diagnostico, constatando a verdadeira condição funcional dos orgãos de seu doente. E quando o exame clinico, o exame de urina, da pres-

são e do sangue dão uma resposta normal, excluindo, alterações outras que a apresentada pelo paciente ao cirurgião para um ato operatorio este póde ser praticado sem outras provas.

A grande quantidade de provas demonstra como dificil se torna avaliar a resistencia de um operando. Além disso são tantas as divergencias nos diversos grupos de experiencias feitas por diversos autores que não se póde afirmar com segurança quais sejam as provas mais adaptadas a revelar totalmente a deficiencia organica que procuramos avaliar.

E' sobretudo a precisa avaliação da resistencia á operação nas deficiencias do rim e do figado que se torna particularmente dificil. O estudo da funcionabilidade renal e hepatica nas intervenções abdominais é o mais importante, conforme opinião unanime, porque fornece ao cirurgião dados seguros sobre o verdadeiro estado da resistencia operatoria do paciente e mostra a deficiencia funcional que poderemos reparar.

E pela correlação muito estreita que existe entre figado e rim, seja sob o aspecto filogenetico, o figado como pré-rim de Volhard, seja sob o aspecto patologico e fisiologico, o certo é que especialmente nas intervenções sobre as vias biliares a sobrecarga do trabalho renal aumenta muito mais que em outras intervenções pela constante mais ou menos acentuada das alterações do figado nestas intervenções.

Esta disfunção renal nos pacientes de doenças das vias biliares submetidos a intervenção, além de ser demonstrada em muitos casos pela anuria reflexa, o foi recentemente por Stropeni com o estudo da insufiencia hepatica aguda transitoria depois da operações sobre figado e vias biliares estudando o modo de eliminação através dos rins dos corpos cetonicos que acompanham o post-operatorio destas ultimas intervenções. Segundo Stropeni na insuficiencia funcional post-operatoria do figado a causa de cada acidente deve ser pesquisada no rim.

Praticamente e bastante importante é o fato de se poder estudar e comparar a função do figado e rim. E Bobbio disse com bastante razão e disto temos provas diariamente que per-

feita a funcionabilidade renal pode-se praticamente estar seguro da resistencia operatoria do paciente ainda mesmo que exista qualquer insuficiencia hepatica.

Fasano em uma comunicação feita a Sociedade de Cirurgia Italiana em 1927 afirmava que em virtude da correlação da função renal e hepatica podia-se lançar mão como método de orientação na avaliação da resistencia do operando das três provas seguintes da funcionabilidade renal: a do indigo carmin (cromatocistoscopia); a prova da diluição e da concentração da urina (Volhard) com a qual pode-se avaliar a funcionabilidade do aparelho glomerular e do aparelho tumular. Hoje em dia a prova de Volhard é considerada uma das mais perfeitas seja porque os seus resultados são verdadeiramente honestos seja pela sua simplicidade. Milone e Picco na clinica de Stropeni em 24 pacientes de afecções hepato-biliares estudaram a prova de concentração e diluição renal e a da funcionabilidade hepatica pela bromosulfoftaleina de Rosenthal que é tambem considerada muito interessante. Ainda nestes mesmos doentes estudou-se a prova da santonina de MOUKTAR e DJEVAT que tem sido experimentada na Italia por Vannuci, Ferrari e Gaurino com ótimos resultados.

São de Milone e Picco as seguintes conclusões:

1.º — Embora não existindo nos operandos por afecções das vias biliares um rigoso paralelismo entre a prova de funcionamento hepatico, segundo Rosenthal e a do funcionamento renal segundo Volhard é todavia considerado em tése que a uma alteração funcional do parenquima hepatico, demonstrado com a prova da bromosulftaleina corresponde pouco mais ou menos constantemente uma alteração da capacidade de concentração e diluição do parenquima renal, capacidade esta que em um mesmo individuo melhora, de acôrdo com o estado da função hepatica sob a influencia do colagogo.

2.º — que a execução sistematica da prova da diluição e concentração renal nos operandos por afecção das vias biliares

póde constituir uma pratica bastante util para o cirurgião sendo mesmo de execução simplissima (em todos os casos mais simples que a mais simples prova de funcionamento hepatico). Apresenta as vantagens de mostrar de um modo suficientemente seguro, embora indireto, a existencia de uma disfunção hepatica de certo vulto e precisar com exatidão o aparecimento eventual de uma alteração funcional dos rins ou do mecanismo regulador das trocas da agua, independentemente da disfunção hepatica que póde resultar da prova do Rosenthal.

3.º — que a prova da santonina segundo MOUKTAR e DJEVAT nos operandos das vias biliares não dá os resultados de todo correspondente a aqueles que são obtidos com a prova de Rosenthal, pois que em um certo numero de casos enquanto a prova de Rosenthal demonstra um bom funcionamente hepatico a prova da santonina mostra-se alterada: deve-se portanto atribuir a esta ultima uma maior sensibilidade em comparação com a prova da bromosulftaleina.

4.º — finalmente que em todos os operandos por afecções das vias biliares, nos quais a prova da diluição e concentração renal segundo Volhard demonstrou uma funcionabilidade renal insuficiente a prova da santonina revelou uma alteração funcional do figado: póde portanto coexistir uma bôa funcionabilidade renal com uma curva de eliminação da santonina alterada.

Pelo exame funcional do rim é notorio hoje em dia, sobretudo depois do Congresso de Urologia de Bruxellas realizado em 1927, que a famosa constante de Ambard representa uma descoberta muito mais valiosa no campo fisiologico que no clinico conforme Legueu propugnador do método. Chabanier sucessor de Ambard tinha demonstrado que se a mencionada prova tem real valor no momento em que é praticada não o póde ter na prognose.

Bem melhor para o estudo da função renal além da diluição e concentração da urina é, a pesquisa da azotemia e a

prova da eliminação de substancias corantes. Destas a mais sensivel é a da sulfofenolftaleina.

Na pratica cirurgica comum, que é e deve ser essencialmente clinica, são suficientes os exames mais simples; isto é: Contagem dos globulos vermelhos e brancos, a emometria, o valor globular; o exame clinico do coração, a pesquisa da pressão arterial, a apnéa voluntaria, a avaliação da capacidade vital com espirometria.

Quando tais provas unidas ao exame de urina e ao exame clinico particular não demonstrarem nenhuma alteração patologica pode-se estar seguro da bôa resistencia do operando. Ao contrario quando uma dessas provas são deficientes não se deve submeter o paciente a intervenção sinão depois de colocá-lo em repouso e medicá-lo convenientemente.

Em muitos casos teem particular importancia a glicemia, a azotemia e a cloremia.

Bobbio acredita que com o estudo deste complexo campo de pesquisas seja possivel a simplificação do exame da resistencia do operando e chegar a uma construção mais precisa e mais ordenada. E acrescenta que as pesquisas neste sentido devem ser particularmente orientadas para a aplicação ampla do estudo do metabolismo basal e da acidose. Nos casos dubios, entrtanto, é sempre o criterio clinico que decide. E se a duvida persiste sobre a resistencia do operando o cirurgião deve afastar temporariamente ou para sempre o ato operatorio. E por ultimo recorda Bobbio que corroborando eficazmente a resistencia ou a diminui-la não deve ser mais indiferente o sistema nervoso com as suas manifestações. O cirurgião precisa antes de mais nada ser um profundo psicologo para observar a fundo a constituição nevropsiquica do seu operando.

PREPARAÇÃO INICIAL DO OPERANDO

A primeira questão é a do purgante. Neste particular Bobbio é decisivo. Aconselha não se purgar o paciente aten-

dendo que em todas intervenções urgentes que dão bons resultados a falta do purgativo não pesa de modo algum no decurso post-operatorio. O purgativo pela desidratação que produz no intestino é mais danoso que util. Inumeros são os pacientes nos quais o uso deste é absolutamente contraindicado como por exemplo nos portadores de apendicites e nos individuos afeitos a colite cronica. Embora não seja indispensavel o purgante póde na grande maioria dos casos ser necessario não na vespera da operação mas alguns dias antes. O antigo e eficaz oleo de ricino representa o purgativo ideal. Nos pacientes com função intestinal perfeitamente normal o purgativo póde ser omitido ou substituido por pequenos clisteres repetidos. Nos operandos por apendicite, ulcera gastrica ou estenose pilorica os clisteres devem ser praticados sob baixa pressão, e pouco abundantes. Nos operandos das vias biliares e especialmente naqueles que são portadores de itericia o uso de purgantes salgados de um litro mais ou menos são perfeitamente indicados. Nestes casos o purgante salino em escassa quantidade deve ser alternado com o clister. Finalizando, uma questão se impõe como medida eficaz, é que o purgante preoperatorio na maioria dos casos deve ser aplicado alguns dias antes e nunca na vespera.

Dieta. Na hora que atravessamos sabido é que o jejum é perigoso especialmente nos doentes graves com disfunções organicas pois que isto contribúe para a acidose. A dieta deve ser rica em carbohidratos, escassa em proteinas e isenta de gorduras especialmente nas intervenções sobre abdomen. Deve-se hidratar o organismo com agua simples, açucarada ou de outro modo café, chá, suco de laranja ou limonada e permitir ao paciente beber um pouco antes da intervenção. Nos casos em que a alimentação natural é dificil ou contra indicada necessario se torna suprir tal deficiencia com clister nutritivo, com hipodermo ou retoclise glicosada e talvez confeboclise repetida que deve ser continuada antes, durante e depois da operação.

PRESSÃO ARTERIAL

Variadissimos são os trabalhos que se vem realizando nestes ultimos tempos demonstrando a absoluta necessidade de um estudo previo da pressão arterial em todos os pacientes que devem ser submetidos a uma intervenção cirurgica.

Donzelot e Kisthinios afirmam que normalmente a tensão arterial varia com relação a uma cifra aproximada de estabilidade fisiologica, oscilando suas variações de um a dois centimetros de mercurio, margem correspondente aos diferentes estimulos vinculados com as principais funções organicas que estão condicionadas por três elementos a saber: Impulsão sistolica do coração, reação vascular e meio sanguineo em volume e constituição fisico-quimico, sujeito a um mecanismo regulador complexo no qual intervém além do sistema nervoso, as glandulas de secreção interna e o estado humoral. Nicolas Romano diz que o comportamento oscilatorio da pressão em face aos diversos estimulos e substancias perturbadoras não é uniforme com respeito a tensão maxima, minima e média dinamica pois enquanto as duas primeiras reacionam com oscilações de ampla margem dentro das constantes fisiologicas, a ultima é a menos variavel de todas tanto no estado normal como no patologico segundo demonstram os trabalhs de Vaquez e sua escola..

Carraveta em seus substanciosos estudos sobre a pressão média dinamica chegou a conclusões identicas as de Carvalho demonstrando em centenas de casos o seguinte:

1.º) Pouca ou nenhuma influencia tem o ato cirurgico sobre a pressão mediana;

2.º) Tanto a narcose pelo eter como pelo cloroformio elevam ligeiramente a tensão;

3.º) A anestesia local nenhum efeito tem sobre a pressão;

4.º) A raquianestesia provoca uma baixa de mais de dois centimetros de Hg.

Para Carraveta e Carvallo a pressão média responde as mesmas influencias que as pressões externas, aproximando-se mais da minima. Carraveta e Fr. von Dooren tem o mesmo opinar no que diz respeito a superioridade da maxima e minima em comparação com a média especialmente quanto ao significado prognostico em que a minima é ainda mais interessante. Nicolas Romano e Von Plesch são concordes em dizer que a média dinamica é a que está menos sujeita a variações concordando assim com as experiencias de Di Cio.

Vimos de inicio que a pressão está sujeita a um complexo regulador constituido pelo sistema nervoso, especialmente o vegetativo, sistema endocrino e estado humoral. Houssay e Castex e Nicolas Romano acham que a ação nervosa é a que preside a regulação tencional tanto nos estados fisiologicos como nos patologicos levando para o terreno das hipoteses o fator endocrino e humoral.

A experiencia tem demonstrado que o sistema nervoso vegetativo exerce a soberania reguladora da pressão sanguinea através dos centros vaso-motores escalados no neuro-eixo e em intima relação com arvore vascular por uma rede nervosa de fibras centripetas ou vaso-sensitivas. A participação do cerebro é aceita pelos classicos.

Estabelecido o predominio do sistema nervoso no determinismo das variantes tensionais passemos a influencia que a anestesia exerce sobre a pressão.

Apesar de discordes as opiniões tende-se em geral a aceitar como estabelecido que a narcose pelo éter provoca uma ligeira detensão durante a anestesia conforme os experimentos de Stipa Franco para em seguida elevar-se paulatinamente a medida que se dissipam os seus efeitos; baixa parecendo mais acentuada nos hipertensos. A raquianestesia deve ser evitada nos pacientes portadores de transtornos tensionais pela descida brusca da pressão e paralisia dos vaso-motores. Hans

Hadenfeld sobre 200 anestesias raquideanas com tomada cuidadosa da pressão cada cinco minutos chegou as seguintes conclusões: Uma queda regular da pressão sanguinea faz parte da raqui-anestesia e produz-se em todos os casos. Os vasomotores tem a maior responsabilidade na baixa da pressão sanguinea em virtude da anestesia dos ramo-comunicantes que pertencem ao simpatico. A produção da adrenalina que tambem póde aumentar a pressão está diminuida pela falta do estimulo nervoso simpatico anestesiado. Nestas condições falta a regulação nervosa e hormonal. Tem-se tambem observado que nos portadores de hipertensão essencial a baixa é mais brusca e intensa motivo pelo qual torna-se conveniente submetê-los antes de ser efetuada a anestesia a administração de pequenas doses de efedrina ou adrenalina em fórma repetida segundo aconselha Atle Berg.

No que diz respeito as indicações e contraindicações nos hipertensos o estudo de J. Stuart, Mc Quistn e Edgar V. Allem analizando os trabalhos de Butler, Feeney e Levine que em 350 casos de hipertensos operados com anestesias distintas concluiram que uma hipertensão alta com participação moderada do rim e miocardio não apresenta nenhum perigo para a realização de uma intervenção de importancia. A mesma conclusão chegou Vaquez e dele é a seguinte e sugestiva frase: "Não vêjo na hipertensão arterial uma contraindicação operatoria".

Stuart Mc Quistn em 250 casos cuidadosamente estudados e submetidos a intervenções de vulto com tensões inferiores a 100 mm. de Hg chegou as seguintes conclusões:

a) que os hipotensos suportam as intervenções cirurgicas tão bem ou melhor como os normotensos.

b) que os pacientes de idade avançada com hipotensão parecem ser os mais expostos aos riscos operatorios.

Nicolas Romano entende que nos casos de hipertensão

como nos de hipotensão sempre que as circunstancias permitirem tais doentes devem ser submetidos a um regimen de repouso mental e fisico, a uma alimentação hipotoxica e sob uma medicação sintomatica e causal para que a intervenção possa ser realizada. Nos hipertensos tratar de diminuir a tensão evacuando-lhes o ventre diaria e abundantemente. Ainda sedativos do sistema nervoso como luminal em pequenas doses, valerianas, brometos, neurinase e injeções de arterocoline, padutina etc. Nos hipotensos tonificar o coração com cardiotonicos.

Estes cuidados tensionais não terminam com o ato operatorio mas devem ser continuados com a colaboração do internista durante toda a intervenção controlando este a tensão arterial pois, o habito de tomar o pulso se presta com frequencia a erros como prova a queda da pressão sanguinea com bradicardia em vinte cinco a trinta e três por cento segundo a estatistica de 268 casos apresentada por Huberta M. Livingstone fazendo ressaltar pelas condições do paciente como podem chegar a um estado alarmante antes que a frequencia do pulso aumente. A falta da circulação manifesta-se antes, nas mudanças da pressão sanguinea que no aumento da frequencia do pulso e ainda aconselha Nicolas Romano durante todo ato cirurgico a tomada constante da pressão arterial lembrando o uso do autonografo de Lange que permite registrar em fórma continuada as variantes tensionais durante toda a intervenção e a vista do operador que assim poderá estar integrado do que se passa. Não paira aí a observação da pressão ela deve continuar no post-operatorio permitindo deste modo que certas perturbações sejam evitadas.

CIRURGIA DO FIGADO E DAS VIAS BILIARES. INSUFICIENCIA HEPATICA

No estado atual dos nossos conhecimentos o estudo da insuficiencia hepatica constitúe um dos mais vastos e complexos

problemas da fisiopatologia Apesar da contribuição que tem recebido de todos os ramos das ciencias medicas ainda não está solucionada. A insuficiencia hepatica que acompanha as afecções do figado e das vias biliares dividem-se em grandes, médias e pequenas e entre os termos desta classificação esquematica, cujos limites diz Osvaldo Mazzini é impossivel fixar, a patologia oferece-nos todas as gradações desde as insuficiencias totais ou completas até as parciais ou incompletas, patrimonio das insuficiencias médias ou pequenas. Nas insuficiencias totais o prognostico é grave dependendo nas segundas do maior ou menor numero de funções lesadas e segundo que estas alterações sejam permanentes ou transitorias. O cirurgião deve conhecê-las perfeitamente bem, afim de que possa evitar complicações no post-operatorio do seu operado. As manifestações clinicas da insuficiencia hepatica são extraordinariamente variadas e tanto isto é verdade que não ha sintoma clinico que não se lhe tenha sido atribuido. Muitos deles estão mascarados pelos sintomas proprios da doença determinante, outros dizem respeito a natureza mesmo do figado que participa da atividade biologica de todo o organismo.

Fazem parte da insuficiencia hepatica a sindrome iterica que nem sempre é de facil interpretação; o enfraquecimento na fórma cronica; os disturbios digestivos (figado dispeptico) e intestinais; os edemas, a oliguria e a hipotermia nos casos mais graves e uma sindrome nervosa. A sindrome hemorragica (equimoses, manchas purpuricas, epistaxis, gengivorragias, gastro e enterorragias) não são sintomas frequentes nos doentes cirurgicos a não ser naqueles com fórmas graves de insuficiencia hepatica. Importante ainda a alteração do metabolismo dos carbohidratos (glicosuria alimentar) das proteinas e das gorduras.

A insuficiencia hepatica operatoria, provocada ou agravada pela intervenção póde ser produzida por numerosas causas e excluindo os acidentes operatorios, tão frequentes e perigosos ao nivel do hilo hepatico mencionaremos, assinala Os-

valdo Mazzini em seu exaustivo trabalho apresentado ao nono Congresso de Cirurgia de Buenos Aires, entre os fatores capazes de produzi-la:

a) a falta de estudo das funções por meio de analises ou provas funcionais que permitam ao cirurgião avaliar e formar conceito sobre a resistencia funcional do figado;

b) a escassa ou nenhuma preparação pre-operatoria e por vezes um estudo clinico incompleto;

c) a natureza do anestesico;

d) o trauma operatorio, aumentado pelas manobras intempestivas e prolongadas, a excessiva duração da intervenção e a escolha de um procedimento inadequado, em pacientes cujas resistencias organicas estão muito diminuidas

Todos estes fatores contribuem em alterar o metabolismo das distintas funções hepaticas, particularmente o metabolismo glucidio e proteico, os quais sofrem uma alteração constante em toda a intervenção e em proporção ao traumatismo operatorio e com gravidade e extensão das lesões.

Walters e Bollman chamam a atenção sobre a possibilidade da compressão da veia cava inferior por um derrame biliar produzido pela falta de drenagem ou em virtude de uma drenagem insuficiente ou ainda provocado por uma compressa fortemente colocada para isolar o campo operatorio. A compressão da veia cava inferior determina: obnublação, taquicardia, hipotensão, dispnéa e suores frios. Este quadro tem sido reproduzido experimentalmente no cachorro pelos autores acima comprimindo a veia inferior. Mais grave ainda é a compressão da veia porta que póde ser ocasionada por um tamponamento excessivo sendo interessante referir a respeito as observações de Villard.

A compressão da veia porta além de ser produzida como dissemos acima por um tamponamento excessivo póde tambem ser devida a valvas mal aplicadas ou defeituosamente mantida

pela auxiliar. Recorda Osvaldo Mazzini os perigos oriundos da ligadura acidental da via biliar principal ou da arteria hepatica esta ultima favorecida pela frequencia de suas anomalias que atinge a 33% segundo Radvin e Behrend.

Toda a gravidade e importancia dos fatores mencionados, afirma Osvaldo Mazzini, residem no fato de que todos eles são capazes de produzir uma insuficiencia hepatica mortal devido a necroses hepaticas insulares e para assinalar seus perigos o referido autor cita algumas das conclusões de Garling-Palmer: "a ligadura do tronco da arteria hepatica ou de um dos seus ramos terminais determinam no homem como no cachorro a morte por insuficiencia hepatica.

Si esta não é constante, é devido a suplencias, por anastomose.

"Toda secção do parenquima hepatico e toda ligadura em massa, que tenha por consequencia suprimir uma parte do figado e deixá-la "in situ" sem nutrição, póde ocasionar a morte por necrose e intoxicação hepatolitica, ao determinar uma insuficiencia hepatica e insuficiencia renal".

A exploração das funções hepaticas com o fim de avaliar sua capacidade funcional constitúe um dos temas mais discutidos no campo da medicina experimental e da fisiopatologia. Seu estudo apresenta multiplas dificuldades pela complexidade das funções, algumas delas parcialmente conhecidas. De outro modo estas funções não são exclusivas do figado, pois participam na regulação delas, outros orgãos e tecidos como tireoides, paratireoides, pancreas, suprarenal, hipofise, (Houssay) glandulas genitais, sistema reticulo-endoterial, musculos, assim como sem existir lesão no parenquima hepatico podem sofrer alterações de seu metabolismo por influencia hormonal ou nervosa.

Para explorar o sistema fisiologico tão complexo e poder interpretar devidamente os resultados dos exames de laboratorio que põem ou não em evidencia a descompensação de uma ou de varias de suas funções, necessario se torna ter presente

os dados fornecidos pela clinica dos quais não se poderá nunca prescindir antes de estabelecer conclusões.

O conhecimento de suas funções se estabelece pela investigação das modificações quali e quantitativas dos componentes normais ou anormais do sangue, urina e os do tubo digestivo.

Mas estas investigações fazem-nos conhecer o estado funcional do figado em repouso e podem revelar-nos, em caso de existir sua insuficiencia (insuficiencia expontanea) — Para o cirurgião que sabe que toda intervenção conduz o figado a um excesso de trabalho isto não é bastante.

Deve investigar sua capacidade de resistencia, suas energias de reserva, dispondo para isto das chamadas provas funcionais que lhe permitem avaliar a reação da celula hepatica em face a um trabalho superior.

Para julgar o estado da celula hepatica, nas enfermidades do figado e das vias biliares com fins praticos e em pacientes que devam ser submetidos a intervenção utilisa Osvaldo Mazzini em seu serviço a prova da hiperglicemia provocada que para ele é mais sensivel que a da galactosuria, pois esta ultima póde ser normal nas pequenas insuficiencias e as vezes nas medianas. A função exocrina do figado estuda pela dosagem da bilirubina. Dá capital importancia a investigação e a dosagem da urobilina na urina cujo aumento é constante em todos os pacientes com insuficiencia hepatica. Sua dosagem repetida serve de indice para avaliar a evolução da mesma.

A função cromagoga estuda sistematicamente com a ros a de Bengala. O tempo de coagulação e a contagem de plaquetas, a prova de Duke e a de Ivy completam a investigação da insuficiencia hepatica. Em alguns pacientes amplia estas investigações com a dosagem dos amoniacidos, prova de Bufano e reação de Takata-ara e Ueko.

Afóra estes exames realiza aqueles que são indispensaveis o doente cirurgico e outros de acôrdo com o estado geral do

mesmo: exame de urina completo, exame quali e quantitativo do sangue; azotemia, reação de Wassermann e de Kahn; grupo sanguineo, pressão arterial, electrocardiograma, exame radiografico, exame do suco gastrico e tubagem duodenal.

O estudo das provas funcionais, tal como vem indicar Osvaldo Mazzani, em pacientes clinicamente qualificados como doentes do figado ou de suas vias fornecem quando normais uma evidente segurança e tranquilidade para realizar o ato operatorio, evitando as desagradaveis surpresas post-operatorias consecutivas a uma insuficiencia hepatica preexistente. Quando uma das provas funcionais anuncia alteração da celula hepatica Osvaldo Mazzini retarda a intervenção, quando a natureza da afecção o permita e estabelece um tratamento adequado até que a repetição dos exames confirme a normalização das funções hepaticas e acrescenta: uma conduta contraria em pacientes com insuficiencia hepatica faz correr o risco de que a anestesia e a operação compremetam ainda mais a incapacidade funcional já existente.

NOTA — As modificações do equilibrio acido-basico são interpretadas por meio da reserva alcalina e do indice cloropexico. Ainda estudou as alterações histopatologicas que acompanham as enfermidades do figado e das vias biliares em 80 biopsias realizadas em seus operados comparando-as com os resultados das provas funcionais e concluiu que na insuficiencia hepatica existe sempre alterações anatomicas que podem existir sem determinar alterações funcionais. Em um estudo sobre 52168 operados das vias biliares mundialmente destaca como maior perigo nestas intervenções a insuficiencia hepatica existente que sofre um aumento proporcional no post-operatorio e que quando de certa magnitude agrava consideravelmente o prognostico.

A CIRURGIA NO BRASIL

PIRAGIBE NOGUEIRA — RAQUIPERCAINA EM CIRURGIA GASTRO-DUODENAL — *Rev. Cir. S. Paulo* — Junho — 1937.

De inicio esclarece o A. as deficiencias da anestesia loco-regional nos hiperestenicos e gordos para a pratica da cirurgia gastro-duodenal. Comenta a utilidade do emprego da raqui-anestesia no abdomen superior, entrando a seguir em detalhes da tecnica usada na Clinica do prof. Montenegro. Refere que a novocaina empregada a principio, foi substituida pela percaina, sendo de curta duração a anestesia obtida com a primeira; punção alta, entre D 11 e D 12 ou L 1 e L 2, conforme o biotipo; pequena retirada de liquor, 2 ou 3 cc.; dose de percaina variavel de 6,5 a 9 milgrs.; injeção suave tendo diluido o anestesico em 6 a 8 cc. de liquor, e sendo o paciente imediatamente colocado em Tredelenburg de 10 a 15 gráos uma vez que a percaina é hipobara. Fundamenta essa tecnica nos estudos de varios autores, particularmente de Babcock e considerando os fatores da progressão da anestesia em altura; nivel da punção, quantidade de liquor retirado, propulsão no ato de injetar, relação entre a densidade do anestesico e do liquor e a posição de Tredelenburg. (Nas hiperbaras não deve ser feito o Tredelenburg antes de 15 a 20 minutos).

Apresenta 130 casos de raqui-percaina, no abdomen superior com duas falhas, 3 anestesias deficientes e sendo de 18 o numero dos que tiveram nauseas e vomitos. Combate a cefaléa, mais rara com percaina do que com a novocaina, com uso endovenoso de soluções hipertonicas.

CLOVIS DE ALMEIDA — INJEÇÕES PROSTATICA E SUAS VIAS DE INTRODUÇÃO — *Rev. Urologica de S. Paulo* — V. IV — Fasc. II.

Mac Carthy iniciando o tratamento da formas cronicas das prostatites, com injeções prostaticas, abrio campo vasto a esta modalidade de tratamento, cujo resultado pratico foram sempre animadores. O A. aborda a questão da via de acesso á prostata por ser ponto de controversia e considerado de grande importancia pratica.

Pode-se alcançar a prostata por três vias: perineal, retal e uretral. Cada uma dela tem seus adeptos e seus criticos, sendo que a via perineal é de pratica mais dificil e mais sujeita a acidentes.

A via uretral largamente usada na America do Norte é facil e depende somente o seu bom exito da pratica do operador. A via retal, porém, é mais facil e uma vez localizada a prostata através do reto, pode-se executar as injeções com a maior segurança, sem nenhum risco de atingir, no momento da picada, a submucosa retal, as vesiculas seminais e a bexiga acidentes que são gravissimos. Usa o A. um "reto-protascopio" que nada mais é do que um anuscopio modificado, que permite localizar somente a prostata e assim consegue nela introduzir sem riccs até 10 cc. de medicamento praticando o que comumente se chama "lavagem da prostata".

Com 55 observações, com restabelecimento completo dos doentes, usa, apenas, 7 injeções maximas para cada caso com intervalos de oito dias.

PEIXOTO, G. — APOFISE SUPRA-EPITROCLEANA — *Med. Cir. Phar.* — V. 1277.

O A. estuda um caso de apofise supra-epitrocleana surgida em seu serviço. Faz de inicio considerações so-

bre esta anomalia dizendo em que consiste e a sua frequencia. Mostra que se acompanha de anomalias de inserções musculares e de distribuição vascular e nervosa. Destas ultimas é que deriva o seu interesse cirurgico. Citando Testut diz que importa conhecer a existencia de anomalias da humeral nos casos de apofise supra-epitrocleana para a hipotese de ligadura. Prefere fazê-las acima da saliencia ossea atipica; fazendo-a na dobra do cotovelo é necessario prever uma bifurcação precoce e procurar um vaso acima e outro abaixo do redondo pronador. Mostra que perturbações no territorio do mediano podem surgir por tensão do nervo que passa para dentro da apofise ossea. No seu caso havia perturbações desta ordem; em certos movimentos dores, irradiadas no ante-braço e mão e zona de hiperestesia, no bordo externo da mão. Operou ressecando a apofise e encontrou vasos e nervos ao seu contacto imediato.

Fala por fim na hipotese de recidiva por reprodução do osso atipico.

RODRIGUES, F. — SINDROME POST-TRAUMATICO DE KUNMELL — *Med. Cir. Phar.* — V. 1349.

O autor inicia o seu trabalho indicando que o interesse por esta afecção tem crescido pela significação que tem tomado a legislação sobre o trabalho. Fere rapidamente a historia, citando a observação inicial de Kunmell e mostrando que Verneuill apenas a divulgou. Não deve assim ter o seu nome ligado á afecção. Estuda a sintomatologia classica em três periodos com o intervalo livre intermediario, precedido dos fatos imediatos ao trauma e os posteriormente surgidos e que caracterizam a afecção: dôr, deformidade, rarefação ossea e por veses fenomenos nervosos.

Estuda as hipoteses para explicar a afecção, demorando-se nas de Schmorl e nas de Leriche, de perturbações circulato-

rias modificando a osteogenese. Estuda a seguir a diagnose diferencial com o mal de Pott, particularmente. Dá grande valor ao estado dos discos intervertebrais conservados normais no mal em estudo, lembra a importancia de anomalias congenitas e da epifisite da adolescencia, ainda a proposito do diagnostico. Tratamento com repouso e por vezes com a intervenção ancilosante. Cita duas observações do serviço de Pedro Moura, em que se não pode ver nitido o quadro clinico do mal de Kummell.

LIVROS

CHIGOT, P. L. — L'ENCHEVILLEMENT CENTRAL DES FRACTURES DIAPHYSAIRES — *Masson et Cie.* — Paris — 1937.

O A. ocupa-se da questão do encavilhamento diafisario central estudando-o em suas varias aplicações clinicas e em seus aspectos experimentais.

Após um ligeiro historico detem-se sobre a experimentação, procurando nela a resposta a certas questões que o estudo das sinteses osseas aplicadas sob outras formas deixava sem solução.

Utilisou cavilhas heteroplasticas de osso de boi estirilizado e conservado em alcool, de osso *purum*, preparado segundo a forma de Svant Orell, de osso desalbuminado, e autoplasticas, comprovando com cada uma delas a ação de fixação que eram capazes de dar a capacidade de rehabitação e consequente absorção por parte da medula vizinha.

Não observou nunca necrose da cortical, lembradas para condenar o método, vendo, ao contrario, quasi sempre, excitação osteogenica da camada sub-periostica.

Na segunda parte da monografia aborda as aplicações clinicas do encavilhamento através da sua tecnica (escolha e preparo da cavilha, preparo da cavidade medular, introdução da haste fixadora e cuidados posteriores até á completa consolidação), suas indicações, particularizando os aspectos referentes ás fraturas da clavicula, úmero, antebraço, metacarpianos, femur e tibia.

E termina o seu trabalho referindo-se aos resultados co-

lhidos em 18 observações, quer do ponto de vista anatomico, quer do de tolerancia do material, para concluir que aí está um método de contenção que merece ser retido, pois que assegura, sobretudo ás fraturas transversais recentes ou que tardam a consolidar, protese interna reabsorvivel mas mui util quanto á manutenção satisfatoria dos fragmentos.

GLORIEUX, P. — LA HERNIE POSTERIEURE DU MENISQUE INTERVERTEBRAL ET SES COMPLICATIONS NERVEUSE — *Masson et Cie.* — Paris — 1937.

Relembrando trabalhos seus anteriores o A. realiza interessante revista de conjunto do assunto em estudo.

Na primeira parte de sua monografia define a hernia do menisco, mostrando como se constitúe ela ás custas de migração de parte da sua porção gelatinosa por efração das zonas fibrosas mais perifericas.

Estuda mecanismo de produção e anatomo-patologia através de grande numero de esquemas e documentos que tornam a dissertação simples e atraente.

Na segunda parte são referidas 13 observações em que os dados de exame neurologico e radiografico, através das provas de lipiodol sobretudo, deixam patente a importancia do assunto e dos meios de que se pode valer o especialista para o reconhecimento da afecção.

Aliás á apreciação destes dados dá o autor tanto valor que constituem eles a terceira e mais importante parte do seu trabalho, na qual, através dos subtitulos de sintomatologia radiologica, sintomatologia clinica nervosa, sintomatologia humoral é cada um deles devidamente estudado e interpretado para que tenha a sua exata valorização.

Capitulos sobre prognostico, valor medico legal da afecção, e tratamento completam a revisão com que Glorieux brinda as letras medicas através da rica monografia que Masson e Cia. nos apresentam.

NOTAS E NOTICIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

III Congresso

Nos dias 1, 2 e 3 de julho proximos deverá realizar-se no Recife o terceiro congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Designada a nossa capital para séde do novo certamen por ocasião da reunião de 1937, no Rio de Janeiro, aprestam-se os elementos da Regional pernambucana da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia para dar cumprimento á honrosa designação da sua assembléa geral.

Neste sentido o secretario geral do Congresso, Dr. Bruno Maia, está se dirigindo não só aos membros da Sociedade como aos ortopedistas e traumatologistas brasileiros, mesmo extranhos ao corpo social, solicitando-lhes a colaboração.

Por ocasião do Congresso serão lidos além dos relatorios sobre *Tratamento das sequelas da paralisia infantil* e *Tratamento das fraturas do tornozelo*, temas oficiais a cargo respectivamente dos Drs. Aquiles Araújo e Godoy Moreira, Orlando Pinto de Souza e Corrêa do Lago, comunicações varias de ortopedia e traumatologia, de livre escolha dos Srs. Congressistas.

E' esta contribuição que está encarecendo a secretaria do Congresso, com séde na Clinica Cirurgica e Ortopedica do Hospital Santo Amaro, por intermedio do Dr. Bruno Maia, secretario geral.