

TOMO VII

FASCICULO I

ARQUIVOS BRASILEIROS
DE
CIRURGIA E ORTOPEDIA

DIRETOR
Prof. BARROS LIMA



MARÇO - 1939
RECIFE

SUMARIO

Artigos Originaes	Paginas
PROF. DR. REZENDE PUECH	3
NOVO APARELHO PARA CORREÇÃO DAS CONTRA- TURAS EM FLEXÃO DO JOELHO — DR. DO- MINGOS DEFINE	5
CONCEITO ATUAL DA TERAPEUTICA DAS VESI- CULITES CRONICAS — DR. PESSÔA DE CAM- POS	22
DOIS CASOS DE ECTROMELIA LONGITUDINAL — DR. JORGE GLASNER	39
FRATURA DA EPITROClea COM DESVIO INTRA- ARTICULAR. REDUÇÃO MANUAL — ABDIAS FER- REIRA	57
CONTRIBUIÇÃO ANATOMICA AO ESTUDO DO GAN- GLIO CILIAR — DR. RUI BATISTA	64

Pelas Revistas

Pravia, J. C. — Um caso de tetano generalizado, curado com soro intraracquiiano, previo evipan; Gu-
tierrez, Alberto — Anestesia Peridural; Zerbini, E. J. —
Anestesia peridural; Jirasek, A. — Tratamento das infla-
mações para-articulares post-traumaticas cronicas;
Asaro, F — Influencia da corrente eletrica sobre a
formação do calo osseo; Baiocchi, P. — Artroplastia
com interposição de pergaminho; Marcus — Meio au-
xiliar para as intervenções cirurgicas; Marine, D. —
Exoftalmos do tipo encontrado na molestia de Graves;

Continua na 3a. pagina

ARQUIVOS DE CIRURGIA E ORTOPEdia

PREÇO DE ASSINATURA

Brasil	20\$000
Estrangeiro	30\$000

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

RECIFE — BRASIL

ANESTHESIA

GERAL

LOCAL

Balsoforme

Scurocaine

Kelene geral

Kelene local

Ether anesthesico
Rhodia

Stovaine
Billon

Chloroformio Specia

PUREZA E EFFICACIA

®



CORRESPONDENCIA :

Rhodia

CAIXA POSTAL, 2916 - SÃO PAULO.

IOLIPOBI

Fórmula por empôla de 4 cc :

Iodobismutado de qq	0,200
Hormolipoides de cérebro	0,020
Neuro-diastrases	0,002
Lecitina	0,004
Oleo vegetal q. s.	4 cc.

Sífilis em todas as suas fórmãs e em qualquer das fases da infecção
2 ou 3 empôlas por semana.

GUTTOSAN

Fórmula por pastilha de 0,80 :

Antivírus concentrado	0,10
Formol	0,005
Clorato de potássio	0,05
Assucar odorizado	q. s.

Inflamações agudas ou crônicas do nasofaringe,
5 a 10 pastilhas ao dia.

IOPEPSAN

Fórmula por 1 cc.

Iodo metalóidico	0,020
Iodeto de potássio	0,025
Peptona de Witte	0,050
Extrato de macerato poli-orgânico (extrato gastro-espleno-pancreático)	0,10

Arterio-esclerose, hipertensão arterial, linfatismo, obesidade.
10 gotas em meio cálice d'agua ou leite, às principais refeições.

NEFROCARDIL

Fórmula por comprimido drageado de 0,50 :

Substancia cortical de rins frescos, em pó	0,105
Miocardio fresco, em pó	0,145
Biocalcio irradiado	0,065
Diuretina	0,135

Insuficiencia cardiaca e renal. isolada ou associadamente.
3 a 6 drageas ao dia.

LABORATORIO DE BIOLOGIA CLINICA, LTDA.

Direção científica:

Diretôr:

DR. MARIO PINHEIRO

Assistente:

DR. HELION POVOA

Rio de Janeiro

ARQUIVOS BRASILEIROS DE CIRURGIA E ORTOPEDIA

DIRETOR

Prof. BARROS LIMA

**Catedrático de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de
Medicina do Recife, Chefe de Serviços de Cirurgia nos Hospitais
Sto. Amaro e Infantil**

CONSELHO NACIONAL DE REDAÇÃO

GUERRA BLESSMANN

Professor de Clínica Cirúrgica da
Fac. de Med. de Porto Alegre

NOGUEIRA FLORES

Professor da Clínica Ortopédica da
Fac. de Med. de Porto Alegre

EDMUNDO VASCONCELLOS

Professor de Técnica Operatória da
Fac. de Med. de São Paulo

DOMINGOS DEFINE

Docente de Clínica Ortopédica da
Fac. de Med. de S. Paulo

BRANDÃO FILHO

Professor de Clínica Cirúrgica da
Fac. de Med. do Rio de Janeiro

BARBOSA VIANNA

Professor de Clínica Ortopédica da
Fac. de Med. do Rio de Janeiro

FERNANDO LUZ

Professor de Clínica Cirúrgica da
Fac. de Med. da Bahia

ACHILLES ARAUJO

Chefe da Clínica Ortopédica do Hos-
pital Evangelico (Rio)

FREDERICO CURIO

Professor de Clínica Cirúrgica da
Fac. de Med. do Recife

ARSENIO TAVARES

Professor de Clínica Cirúrgica da
Fac. de Med. do Recife

REDATORES

Drs. Silvio Marques, Jorge Glasner, Amadeu Tiburcio,
Armando Temporal, Bruno Maia, José Henriques, Jair
Afonso, Marcio Araujo, Fernando Livramento, Alcino
Coimbra, Joaquim Cavalcante, Etelvino Cunha, Diosco-
dio Oliveira, Jessé Oliveira, Rui Batista e Evaldo Al-
tino (Chefes de Clínica e assistentes em serviços de
Cirurgia dos Hospitais Santo Amaro e Infantil)



Prof. Rezende Puech

28 - 5 - 1884

==

4 - 1 - 1939

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

Publicação Trimestral

TOMO VII — Março de 1939 — FASCICULO I

Prof. Dr. Rezende Puech

A ortopedia brasileira vem de sofrer perda irreparável com o desaparecimento da figura impressionante do Prof. Rezende Puech, ocorrido em S. Paulo, ao alvorecer de 1939.

Servido de talento fulgurante, de erudição inconfundível e honrando sempre os postos que ocupou, viu o seu nome projetar-se muito além do ambiente em que viveu.

Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no ano de 1906, após uma rápida passagem pelo Hospital de Juquery, dedicou-se á cirurgia infantil e ortopedia, trabalhando na Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo no serviço de Uchôa Cintra. Em 1910 chefe desse serviço, e em 1920 professor substituto dessa clinica. foi em 1925 promovido a catedrático da Faculdade de Medicina de S. Paulo.

Sua vida profissional, de grande atividade, documentada pelas comunicações, monografias e conferências aos Congressos e Sociedades Medicas, firmou-se numa trajetória retilinea, que muito contribuiu para a individualização, entre nós, da especialidade que cultivou.

Conseguiu, graças aos meritos científicos que o distinguiram e ao espirito de administrador que o animava, transformar o pequeno serviço que recebeu numa magnifica clinica: — o Pavilhão Fernandinho. Conquistara com o seu apêlo de enamorado da ciencia, o gesto filantropico de um compatriota ilustre,

Orientou em seu Estado a solução da magna questão hospitalar, como Presidente da Comissão de Assistência Hospitalar, tendo se tornado autoridade no assunto e de que deixou testemunho nos Edifícios da Faculdade de Medicina de S. Paulo e no do Hospital de Clinicas ainda em construção.

Além de outras Presidencias cujo mandato desempenhou com o brilho habitual convem destacar que, fundador e um dos principais coordenadores da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, foi o seu primeiro Presidente. Além de ter presidido o 1.º Congresso da S. B. O. T. foi relator do tema oficial ao II Congresso: O problema da luxação congênita no Brasil.

Foi verdadeiramente chefe de uma escola, reunindo em torno de si discípulos que se firmaram especialistas de renome.

Deixou uma bagagem científica sinão vultosa essencialmente valiosa.

Os Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia que o contavam entre os membros do Conselho Nacional de Redação, evocando a sua vida, homenageam a sua memória.

Novo aparelho para correção das contraturas em flexão do joelho (*)

Domingos Define

Trabalhando em um serviço de Ortopedia de crianças e adolescentes, com abundante material, impressionou-nos desde longo tempo, o grande numero de doentes portadores de contraturas e retrações, localizadas principalmente nas articulações do joelho e coxo-femural.

E' sabido que as mais das vezes, essas atitudes viciosas podem ser evitadas por um conveniente tratamento da molestia que as determinam, ou em outros termos, estabelecendo-se a profilaxia destas deformidades. Esta é uma noção, que embora elementar, não é convenientemente apreciada pelos medicos em geral e a razão da frequencia destas contraturas, é que a grande maioria destes doentes, provém de pequenos centros onde não existem especialistas em ortopedia.

Estas deformidades adquiridas não escapam á regra geral, de que é muito mais facil evitá-las do que curá-las

Os métodos que podemos lançar mão para a correção de uma contratura ou retração, são: o cirurgico e o conservador. Deste ultimo distinguimos duas va-

(*) — Trabalho apresentado em Sessão de 15-6-939 da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo.

riantes, a correção rápida e forçada de uma só vez, para o qual se usa o termo universalmente consagrado de "redressement forcé", hoje, digamos de passagem, mais ou menos abandonado pelos perigos que acarreta; e a correção gradual, lenta e progressiva, que representa o método preferido pela maioria dos ortopedistas.

Quanto ao cirurgico, êle tem suas indicações especiais, que não nos compete aqui analisar, mas de um modo geral, êle apresenta o inconveniente de obter a correção, a custa de sacrificios musculares mais ou menos importante.

Embora o método do endireitamento gradual seja um tanto demorado nos seus resultados, êle deve ser o preferido por ser eminentemente conservador e por ser o que menos perigo oferece, podendo ser aplicado em todos ou quasi todos os casos.

Por isso, a grande aceitação do processo do torniquete (Quengel methode de Mommssen), que consegue a correção lenta da deformidade sem provocar reação dolorosa e sem apresentar perigos maiores. O unico inconveniente é a necessidade de grandes aparelhos gessados que imobilisam por largo tempo as articulações vizinhas. Ele é no entanto de grande utilidade, e universalmente adotado.

Para os casos de contraturas e retrações em flexão do joelho porém, que são as mais frequentemente observadas, ha muito buscavamos uma solução ainda mais simples e que fosse igualmente eficiente. Foi quando deparamos com um trabalho de Satta, publicado no "Archivio di Ortopedia", vol. XLVII, fasc. III, de 1931, intitulado "Sulla correzione delle contratture e delle sublussazioni del ginocchio da artrosinovite tuberculare". Neste artigo o autor descreve o método que é de uma simplicidade facinante, apresenta alguns resultados muito satisfatorios e diz textualmente o seguinte: que não tem a pretensão da originalidade e sim a muito mais modesta e utilitaria, de conciliar as exigencias da cura elioterapica com as da prevenção e correção das contraturas articulares. O processo consiste em praticar uma tração continua no membro, por meio de um aparelho adesivo, mantendo o joelho no gráo de flexão em que se encontra; constroe-se para isso um suporte,

constituído de um bloco de gesso da largura da perna e da altura correspondente ao gráo de flexão, (doente em decubito dorsal), sendo que a perna repousa sobre a face superior do suporte que é para isso moldada convenientemente, o joelho e o pé estão em falso; não incluídos neste apoio.

Resolvemos experimentá-lo em casos aconselhados pelo autor, de tuberculose do joelho e surpreenderam-nos os resultados obtidos e em vista disso, indagamos desde logo qual o mecanismo de ação deste dispositivo, sobre o qual o autor silenciava.

Vamos passar a analisar o que é que observamos nos casos assim tratados. Em primeiro lugar, notamos uma grande melhora das condições locais, sobretudo o rapido desaparecimento dos fenomenos dolorosos eventualmente existentes, em segundo lugar, o que nos surpreendeu, foi que o angulo de flexão permanecendo o mesmo, em virtude do apoio que não varia, a contratura vai cedendo e no fim de algum tempo, retirando-se o bloco de gesso, verifica-se que o gráo de flexão se encontra reduzido.

Verificamos mais, que permanecendo invariavel a altura do suporte não obtinhamos uma correção completa da contratura e assim, ocorreu-nos a idéa de ir abaixando gradualmente a altura deste apoio, o que realizamos e com resultados sempre animadores; no fim de um tempo mais ou menos variavel conforme o caso, conseguimos quasi sempre uma completa resolução da contratura.

Passamos a usar, por considerar mais pratico, em lugar de um bloco de gesso, um suporte de madeira, excavado na sua parte superior, destinado a receber a convexidade da face posterior da perna e disposto em 2 ou 3 andares, que se encaixam um no outro, de maneira a se poder facilmente diminuir gradualmente a sua altura á medida que se verificasse a diminuição do gráo de flexão.

Qual o mecanismo de ação deste dispositivo sobre o qual Satta nada nos informa?

A sua explicação não nos parece das mais simples; um fato porém nos impressionou desde os primeiros casos que tratamos e foi o seguinte: — uma vez colocado o aparelho e instituida a tração por meio de

tiras de esparadrapo, aplicadas na perna, nunca verificamos tensão nos longos músculos que formam o ângulo superior do losango poplíteo, isto significa que a tração exercida nessa posição, não os distendia, mantendo-os relaxados. Por outro lado, a correção se fazia sem a menor dor, e pelo contrario, a dor desaparecia logo após a aplicação do aparelho.

Sabemos que no mecanismo da contratura, os músculos mono articulares se apresentam mais tensos do que os pluri-articulares, em vista de sua função diferente. Os pluri-articulares têm o papel mais importante nos movimentos amplos da articulação, enquanto que a estabilização em extrema flexão ou extensão é fornecida pelos músculos mono articulares. Assim é que, em todas as articulações existem, ao lado de músculos longos poliarticulares, músculos de fibras curtas, mono articulares. No joelho, além dos longos músculos, biceps, semi tendinoso e semi membranoso, etc., encontramos a curta porção do biceps que é mono articular.

Os maiores responsáveis pelas contraturas em flexão do joelho, como aliás por todas as contraturas em geral, são os músculos curtos.

Ora, no caso de uma tração forçada e em posição do membro que provoque a forte tensão dos músculos pluri-articulares, ela torna-se ineficiente, porque estes músculos longos estando em tensão impedem que a tração se faça sentir sobre os maiores responsáveis pela contratura que são os mono articulares. Desde porém que se coloque o membro em situação de se evitar a tensão dos pluri-articulares, a força da correção vai se fazer sentir diretamente sobre os músculos mais contraturados e o resultado é a sua distensão lenta e gradual, acabando por fazer desaparecer a contratura. Nos casos de retrações capsulares a ação será exercida diretamente sobre os tecidos retraídos, em virtude da posição que anula a contratura muscular.

Como se vê por essa explicação, trata-se de um mecanismo simples, facilitado pela posição que se dá ao membro, e tem importância capital a altura do suporte que deve manter o joelho no grau de flexão máxima em que se encontra, para evitar a tensão dos músculos pluri-articulares.

Outro fato digno de nota é que, a tração feita sem o suporte, frequentemente ocasiona uma sub-luxação posterior do joelho, pela ação excentrica dos pluri-articulares fazendo-se sentir sobre a extremidade superior da tibia e do peroneo, o que se evita inteiramente usando-se este processo.

E' natural tambem, que a resultante das duas forças que agem no sentido da correção da flexão, que são a tração longitudinal da perna e o peso do segmento coxal que está em falso, tende a trazer a perna em extensão até um certo limite além do qual, só uma diminuição da altura do suporte póde dar.

Assim sendo, modificamos o aparelho no sentido de permitir o abaixamento gradual da altura do suporte, como já foi assinalado.

Admitida esta explicação do mecanismo da ação deste dispositivo, nada havia que contraindicasse a aplicação do mesmo método nas contraturas em flexão do joelho, de outra causa que não a tuberculose articular, e assim foi que o utilizamos em todos os casos de flexão do joelho, excluídas naturalmente as anquiloses. Os resultados obtidos foram igualmente bons, de sorte que se generalizou em pouco tempo o seu uso no serviço do "Pavilhão Fernandinho", tornando-se o processo popular, tendo sido jocosamente batizado — método do "pilão".

No curso de nossa observação que já é grande, pois ha mais de 5 anos que adotamos este processo e os casos assim tratados já se contam por varias dezenas, tivemos ainda o ensejo de tratarmos doentes, onde existia associada á contratura em flexão do joelho, contratura tambem em flexão da coxa-femural correspondente e notamos que a ação corretiva se fazia sentir igualmente em relação a esta ultima.

A explicação é a mesma que para o joelho e a condição para o sucesso do método é evitar-se a tensão dos longos flexores da coxa, principalmente o reto anterior.

Este aparelho, como já dissemos, seduz pela sua simplicidade, tem no entanto alguns inconvenientes que aos poucos fomos observando. O primeiro de todos, é que em vista de sua forma estreitada e pela sua altura relativamente grande, elle é pouco estavel, de sor-

te que os pequenos pacientes, frequentemente alteram dentro do dispositivo a posição do membro inferior.

O segundo, é que o esparadrapo, devido á instabilidade do aparelho e á intranquilidade das crianças, cedida rapidamente e não raras vezes provocava irritações e mesmo ferimentos.

O terceiro, era a altitude do pé, que por falta de apoio conveniente se collocava em equinismo.

Finalmente, o quarto era a maneira primitiva da gradação da altura do aparelho.

Pesados todos estes inconvenientes ideamos a construção de um aparelho onde fossem corrigidos estes defeitos; a sua descrição sumaria é a que se segue:

— Consta essencialmente de dois planos construidos em madeira, um superior, de apoio para a perna e por isso excavado, e outro inferior, plano que repousa no leito; ambos unidos por um sistema de laminas cruzadas em fórmula de grade metálica, articuladas entre si, que permite graduar a distancia entre os dois planos, podendo fixar-se na altura desejada, por um dispositivo simples que garante a imobilidade das articulações metálicas. Na extremidade do plano superior que é mais longo, foi applicado um suporte com roldana e sobre ele, um arco para isolar o pé, do peso das cobertas, existindo aí uma haste longitudinal denteada onde se pôde fixar o pé na posição de flexão desejada.

Para o inconveniente do esparadrapo usamos diversos processos como, o anel em couro, bota gessada sobre a qual se applicava a tração e em certos casos especiais, a tração transossea ao nível do calcaneo, que se nos afigurou a mais comoda e eficiente.

Esta questão do esparadrapo porém é de menor importancia desde que conseguimos a maior estabilidade do aparelho, assim é, que continuamos a usá-lo sem inconveniente.

Na evolução dos casos assim tratados e frisamos este particular, nunca observamos fenomeno algum que indicasse o comprometimento da circulação e da innervação do membro, embora conseguimos a correção em alguns casos, mais ou menos rapidamente. E' curioso salientar também, que a tração necessaria nunca foi muito forte, variando em media o peso, de 1 a 3 kls.

Em diversas ocasiões a flexão era em angulo agudo e assim mesmo, o resultado foi a sua correção mais ou menos completa sem o menor inconveniente.

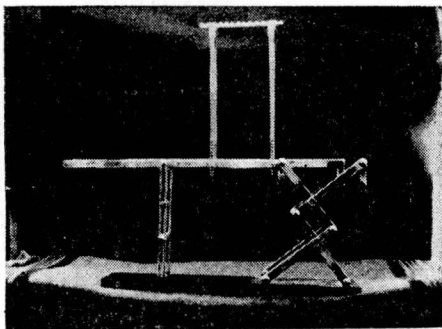
Nos casos de lesões articulares cronicas, sobretudo nas fórmulas tuberculosas, onde frequentemente existia um certo grão de sub-luxação posterior, ainda assim, conseguimos uma grande melhora desta deformidade, si bem que nem sempre completa.

Apresentamos aqui, apenas alguns casos que são quasi todos de nossa observação mais recente e que foram seguidos mais cuidadosamente, apresentando alguns deles documentação fotografica.

OBSERVAÇÃO N. 1

A. M., 10 anos.

*Diagnostic*o — Retração cicatricial, consequente a queimaduras na face posterior de ambos os joelhos.



Aparelho na elevação maxima

Joelhos em flexão ha seis meses: 110° do lado esquerdo e 90° do lado direito.

A' 13-12-938, foi feita a secção transversal da cicatriz posterior e aproximados com 2 pontos de sutura longitudinal apenas os angulos superiores e inferiores da incisão. As superficies coeas obtidas ocupavam a totalidade do espaço popliteo. A flexão dos joelhos após a intervenção, foi diminuida de uns 10 a 15° .

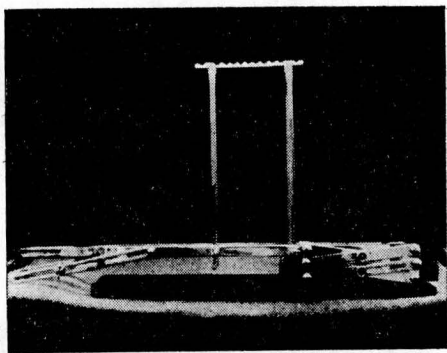
No dia imediato foram colocadas as pernas em tração, usando-se o dispositivo já descrito, sendo a altura do super-

te de acôrdo com o respectivo gráo de flexão. A medida que se verificava a diminuição da contratura, ia-se reduzindo a altura do suporte. No fim de 15 dias a extensão era completa para o joelho esquerdo e após 20 dias, para o joelho direito. Em vista de não se ter processado completamente a cicatrizaçãõ da ferida cutanea, foi mantida uma tração simples que foi conservada até a data de 20-2-39 em que foi retirada. Desde então o doente começou a andar, o que não conseguia desde o acidente. A flexão ativa e passiva de ambos os joelhos se faz normalmente.

OBSERVAÇÃO N. 2

A. P., 14 anos.

*Diagnostic*o — Osteomielite fistulizada cronica do 1/3 inferior do femur direito com fratura patologica datan-



Aparelho inteiramente rebaixado

do de 3 mēses que apresentava grande angulaçãõ em flexãõ; o joelho em flexãõ de 90°. A fratura não mostrava, ainda, consolidaçãõ ossea completa. A' 6-2-39 foi aplicada a extensãõ com tiras de esparadrapo, perna sobre o suporte, joelho sem apoio. A' 20-2-39, por conseguinte 14 dias após, foi retirado o suporte, verificando-se que a extensãõ era quasi completa, permanecendo apenas de 8° a 10°.

A radiografia mostra a diminuiçãõ de angulaçãõ da fratura.

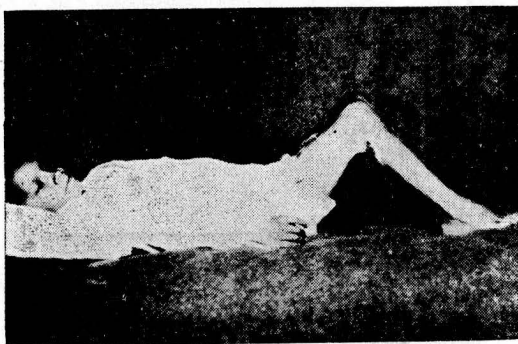
Continúa em tração continua simples. A' 22-4--39, a extensãõ era completa.

OBSERVAÇÃO N. 3

D. de O., 11 anos.

Diagnostic — Osteomielite crônica fistulizada da metade inferior do fêmur direito, datando de 3 meses. Contratura em flexão do joelho, de 85°.

A' 2-10-38 — Extensão continua com suporte da perna.



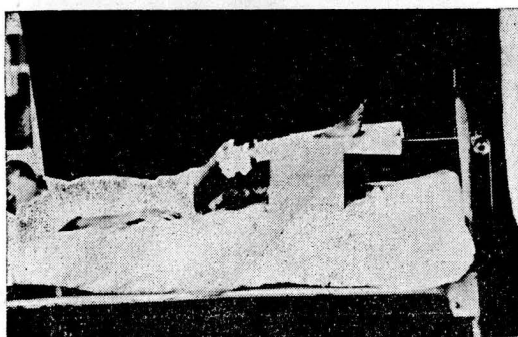
Obs. n.º 1 — Fot. n.º 1

Após 2 meses obteve-se a extensão completa do joelho. A' 19-12-38 foi retirada a tração. A correção se manteve; a doente conseguiu andar bem. Continua em tratamento ambulatorio; foi revista á 10-2-39, mantendo-se a correção.

OBSERVAÇÃO N. 4

B. dos S., 4 anos.

Diagnostic — Tumor branco do joelho direito; contra-



Obs. n.º 1 — Fot. n.º 2

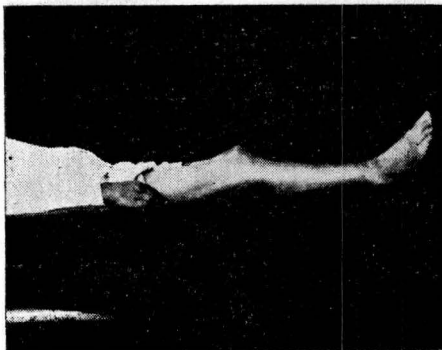
tura em flexão de 45°, A' 23-1-39 — Extensão continua com

suporte; á 30-1-39, retirado o suporte. Extensão quasi completa do joelho; continúa em tração simples sem suporte, persistindo ainda ligeiro gráo de flexão do joelho, de mais ou menos 10° .

OBSERVAÇÃO N. 5

E. F. L., 8 anos.

Diagnosticó — Osteomielite aguda da extremidade distal do femur esquerdo. Contratura em flexão em angulo réto da côxo-femural e joelho.



Obs. n.º 1 — Fot. n.º 3

A' 25-11-38, após dilatação e drenagem do abcesso, foi aplicada a extensão continua com suporte que foi sendo baixado gradativamente até que á 15-12-38 foi retirado o suporte estando o membro em extensão completa. Continuou em tração simples por mais alguns dias, até 10-1-39.

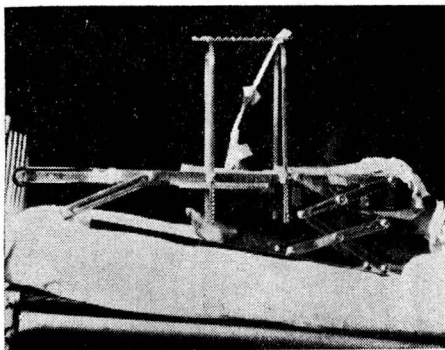
OBSERVAÇÃO N. 6

N. G., 5 anos.

Diagnosticó — Contraturas em extensão do pé, em flexão de 80° do joelho e de 120° de flexão da côxo-femural do lado esquerdo. — Sequelas de infecção tetânica.

A' 19-1-39, após o alongamento sub-cutaneo do tendão de Aquiles, e aparelho gessado mantendo o pé em angulo réto,

foi aplicada a tração com suporte da perna. A' 7-2-39, sendo completa a extensão do joelho e da côxo-femural, foi retirada



Obs. n.º 11 — Fot. n.º 1

a tração. O pé continuou em aparelho gessado; não se nota tendência alguma á volta da flexão.

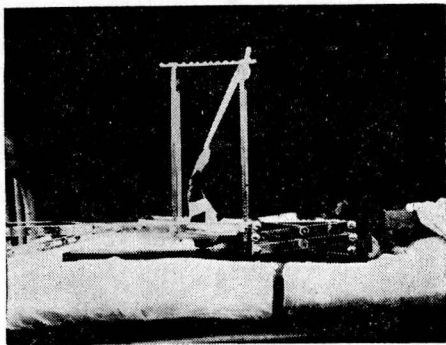
OBSERVAÇÃO N. 7

J. G., 10 anos.

Diagnostico — Osteoartrite crônica do joelho direito.

Flexão de 90°. São mínimos os movimentos do joelho.

Após 2 meses de tração com os dispositivos usados nos



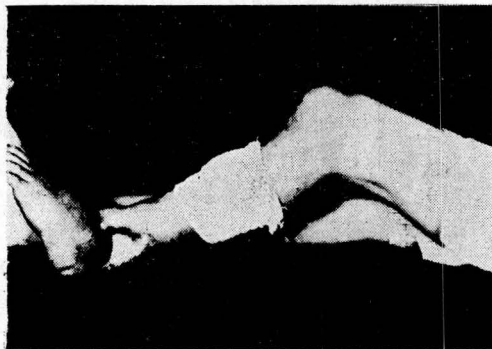
Obs. n.º 11 — Fot. n.º 2

casos precedentes, conseguiu-se uma correção quasi completa da flexão, permanecendo apenas uns 15°.

OBSERVAÇÃO N. 8

M. S., 8 anos.

Diagnostico — Sequelas de osteoartrite aguda da articulação côxo-femural. Flexão de 90°. O periodo agudo data de 2 anos,



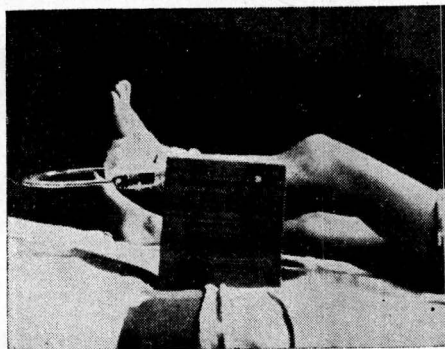
Obs. n.º 12 — Fot. n.º 1

Foi aplicada a tração com suporte em data de 5-12-38, durante 3 meses seguidos. A flexão diminuiu lentamente, mantendo-se invariavel em redor dos 45°.

OBSERVAÇÃO N. 9

S. I. R.

Diagnostico — Tumôr branco de ambos os joelhos com



Obs. n.º 12 — Fot. n.º 2

contratura em flexão de 90°. Extensão continua com suporte á 28-11-33.

A' 23-2-34, a extensão era completa dos dois lados,

* * *

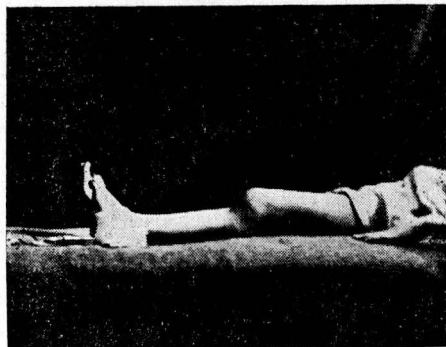
Além destes casos, usamos o método em algumas contraturas em flexão da côxo-femural e do joelho, de origem poliomielitica, tendo obtido igualmente resultados satisfatórios.

Entre êles, citamos os que se seguem:

OBSERVAÇÃO N. 10

P. B., 7 anos.

Diagnóstico — Sequela de poliomielite anterior aguda. Membro inferior esquerdo em contratura de flexão de 90° do joelho e de 130 da côxo-femural.



Obs. n.º 12 — Fot. n.º 3

A' 7-1-39, foi aplicada a tração com suporte na perna. Ao cabo de 45 dias, o joelho apresentava-se em extensão completa, o mesmo não se dando em relação á côxo-femural, que ainda apresentava por essa ocasião uma flexão de 160°. Continuou em tração com o mesmo dispositivo, tendo sido reduzida a altura do suporte.

* * *

Verificamos que o método é mais eficiente nas contraturas do joelho, sendo que em geral os resultados são parciais na côxo-femural, onde se consegue sempre uma melhora, nem sempre, porém, uma correção completa.

Dos casos em que utilizamos nossos aparelhos apresentamos o seguinte:

OBSERVAÇÃO N. 11

C. H., 16 anos.

Grave osteoartrite do joelho esquerdo datando de 1 ano; entrou para o Serviço apresentando extensa placa de necrose da pele abrangendo toda a face anterior do joelho. Contratura em flexão de 80°.

*Diagnostic*o — Osteoartrite gomosa sifilitica com infecção secundaria.

A radiografia nos mostra lesões dos condilos femurais, rótula e extremidade superior da tíbia, com destruições na metade anterior do fêmur e da tíbia.

Extirpados os tecidos mortificados, apareceu o apice da rótula que se apresentava com uma coloração negrecida; havia esfacelo do tendão rotuliano.

Temperatura sub-febril, estado geral satisfatório.

Reação de Wassermann ++++.

A 14 de 4 de 1939 foi aplicado nosso aparelho com tração por tiras de esparadrapo aplicadas na perna abaixo do joelho. O pé foi mantido em angulo reto, igualmente por meio de esparadrapo. Aos poucos foi sendo diminuida a altura do plano de suporte até que, á 28-4-39 a extensão era completa. Continúa em tratamento.

OBSERVAÇÃO N. 12

C. B., 11 anos.

*Diagnostic*o — Retração em flexão de 90° do joelho com sub-luxação posterior, sequela de osteomielite crônica da tíbia e peroneo esquerdos.

Muito limitados os movimentos ativos e passivos.

A' 25-1-39 foi aplicada a tração ao fio por transfixão do calcâneo, sobre suporte, de altura correspondente ao grão de flexão do joelho. A' medida que verificavamos a redução da flexão, diminuimos progressivamente a altura do suporte. A' 27-2-1939, conseguimos a correção completa da atitude em flexão, permanecendo ainda ligeiro grão de sub-luxação do joelho.

* * *

Do que acabamos de expôr podemos concluir:

1.º — O método de tração continua com suporte da perna, que pela sua altura mantenha relaxados os lon-

ges musculos flexores do joelho, é eficiente para combater as contraturas em flexão desta articulação.

2.º — E' igualmente indicado nas contraturas em flexão do quadril, porém, nesta articulação, os resultados são em geral incompletos.

3.º — Apresenta as mesmas garantias que o método de Mommensen, sendo mais simples na sua aplicação.

4.º — O aparelho que indicamos apresenta as seguintes vantagens:

a) — E' comodo para o doente.

b) — E' estavel.

c) — Evita a attitude em equinismo do pé.

d) — Permite a graduação facil da altura do suporte da perna.

e) — E' eficiente e não apresenta perigo algum pois que a correção que com elle se obtem é lenta e progressiva.

RESUME

Un nouveau appareil pour la correction des contractures en flexion du genou

L'A. initialment, fait des considérations sur le traitement pour la guérison des contractions en flexion du genou opinant pour l'utilisation des méthodes á correções, graduellles. Il décrit avec minutie un appareil de son invention, notant tous les avantages qu'il présent et l'occasion qu'il eut de l'employer sur 12 malades, avec des résultats excellents. Il termine avec les conclusions suivantes:

1) — La méthode á traction continue avec support de la jambe, qui par son élévation maintient relâchés les longs muscles fléchisseurs du genou, et est efficace pour combattre les

contractions en flexion de cette articulation, dans des cas les plus différents.

2) — C'est également indiqué dans les contractions en flexion de la hanche, mais, dans cette articulation, les résultats sont, en général, incomplets.

3) — Il présente les mêmes garanties que celui de Mommsen, étant plus simples dans son application.

4) — L'appareil que nous avons indiqué, présente les avantages suivants :

a) il est commode pour le malade.

b) il est stable.

c) il évite l'attitude en équinisme du pied.

d) il permet la graduation facile de la hauteur du support de la jambe.

e) il est efficace et ne présente aucun péril; la correction qu'on obtient par son emploi est lente et progressive.

SUMMARY

A new apparatus to correct the flexion contractures of the knee

The A. begins with comments about the treatment of knee flexion contractures. He describes in details an apparatus of his invention, pointing out the advantages it presents.

He used the apparatus in 12 patients, with good results. He ends with the following conclusions :

1st — the method of continue traction with a support for the leg, that by his height relaxes the long flexors muscles of knee is efficient to act against the flexion contractures of this joint, of the most various causes;

2nd — it is also indicated in the hip flexion contractures, but at this joint the results are not so good;

3rd — it presents the same assurances as Mommsen's procedure, being easier to use;

4th — the apparatus he advises presents the following advantages;

a) it is comfortable to the patient;

b) it is steady;

c) it avoids equinismus;

d) it allows the easy graduation of the height of the support of the leg;

e) it is efficient and has no danger, for the correction is slow and gradual.

Conceito atual da terapeutica das vesiculites cronicas

Dr. Pessoa de Campos

INTRODUÇÃO

Um dos mais serios problemas da urologia, reside indubitavelmente, no tratamento das vesiculites cronicas, quer no referente ao seu aspecto social, quer no atinente aos fenomenos pouco conhecidos e possivelmente intimamente ligados á patologia medica.

Fatos sem numero os mais dispares, têm demonstrado a importancia da vesiculite cronica, na explicação de multiplas manifestações morbidas enquadradas dentro dos setores das varias especialidades.

Desde os simples disturbios digestivos, ás perturbações nervosas e psiquicas, toda a gama de manifestações morbidas, se tem evidenciado sob sua responsabilidade.

Avançando no conceito da terapeutica das vesiculites cronicas, os autores dos ultimos tempos, se afastam de Janet, o mais abistencionista de todos os urologistas, quando afirmava que toda a manobra sobre a vesicula doente, determinaria uma epididimite consequente.

A vesiculite crônica, se curaria em função do tempo, por obra da natureza.

Toda uma pleiade de grandes urologistas, com seus estudos, experimentos e observações, vem tornar inadmissível tal conceito, nos tempos que correm.

Datando os meios terapêuticos das vesiculites crônicas, de tempos mais ou menos afastados, pretendemos sem atualizar sua terapêutica, explicar os conceitos atuais do tratamento.

Para esquematização de nosso trabalho, dividiremos os métodos de tratamento das vesiculites crônicas em meios médicos, tratamento operatorio não sangrento e tratamento operatorio sangrento.

TRATAMENTO MEDICO

Enfileirados neste capítulo, estão numerosos meios médicos, de aceitação diferente entre os vários urologistas, e por suas observações, de valores diferentes no conceito terapêutico.

Lavagens antisépticas quentes, supositórios resolutivos, clistères mornos com sedativos e antiespasmódicos, repouso, dieta, eletricidade, (aquecimento diatermico, ação aquecedora, antiséptica e excito contrátil dos eletrodios Mac Intire, osonotermoterapia), massagem das vesículas, autovacinas preparadas com elementos microbianos da espermocultura (Chauvin), arsenobenzol (Duroeux), hiperemia por circulação da água quente (Ulmann-Felleki), etc., tem seus acusadores e defensores.

As percentagens de curas obtidas com estes vários meios, são diferentes para cada método, e coligadas entre os seus apologistas, faz resaltar dentre todos, como de menor falibilidade, a massagem das vesículas.

Seu uso, contudo, como todos os métodos da medicina, está sujeito a obediência das indicações, quando nada, por ser inocuo, para oferecer maior percentagem de cura.

Assim destacamos dentre os meios médicos, a massagem das vesículas, para tema principal dos nossos comentários.

O tratamento das vesiculites crônicas pelas massa-

gens das vesículas, da resultados satisfatórios, só quando existe permeabilidade nos canais excretores.

(E' inútil e perigosa nas vesículas que não se podem esvair) Tomás.

Neste sentido, muito tem chamado a atenção Jalifier, quando se referindo não só á obstrução dos ejaculadores, mas também á simples diferença de calibre para com os deferentes, resalta a necessidade de se proceder a massagem das vesículas segundo o seu grande eixo, no intuito de evitar, os graves inconvenientes do refluxo dos principios patológicos na vesícula contidos, por via deferencial, determinando uma crise de orquiepididimite, ou exaltando a virulencia microbiana, trazendo phenomenos de infecção geral pela propagação através da rede venosa perivesicular, dos microbios exaltados.

E' ainda em apoio dessa verdade que apresentamos Luys, preconizando o seu uso, no tratamento das espermatocistites crônicas, combinando-a "antes de mais nada", a dilatação uretral larga, de modo a abrindo os orificios dos canais ejaculadores, ser possível pela expressão das vesículas esvair os fundos de sacos vesiculares do pús que ele contém.

Assim o especialista usando este meio, que dissemos grandemente difundido, precisa do contingente de experiencia profissional, para só proceder uma massagem, quando as condições morbidas, da propria vesícula e de seus canais excretores o permitam.

Queremos nos referir, aos obstaculos de qualquer natureza, que se interponham ao livre fluxo dos principios patológicos contidos na vesícula.

As medidas procedidas por Despouys, mostram como na sua tendencia vem arrefluir, póde uma massagem intempestiva, trazer em consequencia uma epididimite, o que daria ganho de causa a opinião de Jeanet, se não evidenciado se tornasse, que não póde um método responder, pelas culpas individuais.

Contudo, dentro da sua perfeita indicação, e procedida no mais absoluto rigorismo tecnico, é o meio medico de menor falibilidade, constituindo para autores como Belmiro Valverde, Ataíde Pereira, Beans, King, Luys, Cunningham, Pugh, Pedro Ferreira, Armando Lu-

zes, etc., um dos principais meios indicadores da terapêutica operatoria, quando pela sua falibilidade.

Com menor percentagem de cura que a da massagem das vesículas, conforme os dados estatísticos dos diferentes autores compulsados, são os outros meios médicos empregados.

Em resumo diremos: o tratamento das vesiculites crônicas, é, depreende-se das várias opiniões, um tratamento demasiadamente longo e inconstante, e se em suas indicações restritas, filhas sobretudo da conduta abstencionista, podemos encontrar melhorias sensíveis com seu uso, não foge a verdade afirmar, que uma infinidade de recidivas tem sobrevivendo à escuras aparentes, intempestivamente diagnosticadas.

Os nomes consagrados da urologia, mediante suas observações, afirmam que estas recidivas guardam em seu aparecimento uma grande frequência.

Em apoio, apresentamos François que se referindo a simples aparência de cura, diz: "a proporção de cura não é tão grande" e Chauvin que afirma "o tratamento médico das vesiculites crônicas, é sempre longo, o mais das vezes laborioso e penoso, bastante vezes ineficaz".

Contudo, creio com a totalidade dos urologistas, conquanto de uma grande falibilidade, são os meios médicos de direito usáveis, guardando-se a inteira indicação dos vários processos e modificando-os em aplicação para cada caso.

TRATAMENTO OPERATORIO NÃO SANGRENTO

Outros tantos métodos, com sua variada aceitação dentro das diversas escolas, e o seu valor de proporcionalidade diferente, podem ser inglobados no presente capítulo.

Dilatações de Beniqué, a Kollmann, cauterizações químicas do véru-montanun e uretra posterior, cateterismo dilatador dos ejaculadores, lavagens das vesículas através estes mesmos canais, etc., são tantos meios operatorios, promotores de maior ou menor percentagem de bons resultados, e passíveis das mais acirradas críticas, como das mais entusiásticas defezas.

Difundida pelos benefícios que traz, oriundos da

abertura dos orifícios dos canais ejaculadores, em face do alargamento da uretra, sobretudo na porção posterior, é a dilatação larga da uretra a Kollmann ou a Beniqué, condenada por outros sob alegação de ser "responsáveis pela metaplasia extensa da mucosa uretral".

Ataide Pereira que entre os autores nacionais, move a mais intensiva crítica a este processo, considera-o "perturbador da evolução curativa habitual das vesiculites crônicas".

Janet, Lichtenberg, entre outros, apoiam esta mesma crítica, dando a sua opinião a tendencia mais abstencionista possível quanto as manobras operatorias.

Entre os que a defendem, preconizando-a, citaremos Chauvin, Belmiro Valverde, Cunningham, etc.

Luys, como já referimos em capitulo anterior, considera a dilatação a Beniqué, como coadjuvante indispensavel ao bom resultado das massagens das vesiculas.

As cauterizações quimicas do veru-montanum, as dilatações dos orifícios dos canais ejaculadores tem o processo anterior suas indicações principais sobre as lesões a distancia, encontradiças nas vesiculites crônicas mas não representando elemento terapeutico da propria vesiculite crônica.

Seu uso, e sua indicação como meio terapeutico especifico, encerra um entusiastico exagero, pois, dentro de suas reais possibilidades, só es podemos considerar como adjuvantes, de maior ou menor influencia benéfica junto ao tratamento verdadeiro.

Chauvin analisando estes métodos diz: "Podem estes métodos ser indicados, mais se dirigem sempre às lesões a distancia"; e uma critica das mais concludentes quanto a sua eficacia terapeutica sobre as espermato-cistites crônicas, conclue: "é sobretudo após a cura do foco vesicular que eles (os métodos de cauterização e dilatação a Beniqué etc.) poderão ser uteis para completá-las".

E' concludente e facilmente se infere, que quem tem melhor emprego quando um foco está curado, não oferece meios para curar este foco quando em atividade.

A lavagem das vesiculas através dos canais ejaculadores, lança o marco primeiro na atualização da terapeutica das vesiculites crônicas, embora os primordios

de seu emprego, devidos a Klotz, nascessem antes de mil novecentos e treze.

Em seguida Luys e Young empregaram este método, cabendo ao primeiro o indiscutível merito de melhores estudos.

“O cateterismo dos ejaculadores, entrou no momento atual nitidamente na pratica urológica, e constitúe certamente uma das mais felizes conquistas da uretrocopia moderna”, afirma Luys em se referindo a terapeutica das espermatozoidites crônicas.

“Constitúe evidentemente o tratamento racional das supurações vesiculares” de Chauvin.

Seu emprego contra indicado no decorrer das infecções agudas da uretra posterior, e quando o verumontanum é sede de alterações patológicas que encubram os orificios dos canais ejaculadores; é formalmente indicado em todas as manifestações morbidas mais ou menos exclusivamente ligadas a diminuição mais ou menos acentuada do calibre dos canais ejaculadores onde seus orificios, sacrificando em parte ou totalmente a permeabilidade desses condutos.

Determinando a modificação de calibre dos condutos ejaculadores, ora dificuldade a passagem dos moldes vesiculares, ora ejaculações dolorosas, sangrentas, nulas ou insuficientes, sem projeção, ora ainda azoospermia por obliteração absoluta, depreende-se logo a importância terapeutica que tem o restabelecimento da permeabilidade normal destes canais, sobretudo se se atenuar nos beneficios terapeuticos que advirão pela injeção simultanea de uma substancia antisética (collargol a 5 ou 10%) que se infiltrando em todos os recessos vesiculares, vai levar ao ponto mais distante a sua ação terapeutica, evidenciada não só pela esterilização do meio setico, como também pela regeneração da mucosa que promove.

Tendo a vencer obstaculo vezes muito intransponíveis, oriundos ora de modificações inflammatorias instaladas no verumontanum, ora, da propria disposição anatomica caprichosa do conduto ejaculador que se apresenta cheio de curvas e cotovelos; é sua tecnica, “mesmo entre mãos experimentadas, mesmo com ins-

trumentação especial, de muito difficil realização, permanecendo na maioria dos casos irrealizavel" diz Chauvin.

Luyts, que a difundiu, mesmo a despeito da instrumentação por si criada e que em suas mãos opera milagres, assim se expressa "este método endoscopico de lavagem das vesiculas, tem por si não ser sangrento, mas, é cívado de difficuldades por vezes irremoviveis. E' por esta razão que a lavagem pelas vias naturais sempre extremamente delicada muitas vezes irrealizavel, constitúe uma conduta de exceção".

Desta opinião tambem se confessam muitos autores, entre os quâis citaremos Ataíde Pereira, Chauvin, Belmiro Valverde que encontram diante de suas difficuldades tecnicas, como sua maior indicação, a obstrução do deferente. Stelwagem, injeta directamente na vesicula a substancia antisética através da parede do réto. "A lavagem das vesiculas seminaes, pelos canais ejaculadores, não deve encontrar seu emprego senão quando o método cirurgico não deu resultado; nos casos por exemplo onde existe obliteração do canal deferente em sua porção funicular". Desse modo conclúe Luyts seus judiciosos comentarios sobre este meio terapeutico.

Não só quanto as difficuldades de ordem tecnica, mas tambem no concernente a certos perigos oriundos no seu emprego, a lavagem das vesiculas pelos canais ejaculadores, sofre acesas criticas.

O processo da lavagem das vesiculas, por via baixa, dependendo muita vez de cateterismo preparatorio, e para os quâis se faz mistér uma tecnica muito delicada, deve ser aconselhavel com certas reservas; diz Manoel Vitorino.

Le Fur, chama atenção dos accidentes comuns de vesiculites dolorosas, prostatites e orquiepididimites, consequentes a difusão da infecção no trato genital acarretada pela lavagem das vesiculas por via dos ejaculadores. Proseguindo em suas criticas, o mesmo Le Fur, diz que o liquido injetado por via baixa, penetra nas vesiculas sem infiltrar a empola do deferente, muita vez verdadeiro ninho de germens.

TRATAMENTO OPERATORIO SANGRENTO

Neste capitulo acham-se enfileirados, entre os metodos de maior realce, a vesiculotomia, a vesiculectomia e a lavagem das vesiculas por via alta.

VESICULOTOMIA

Praticada a primeira vez por Lloyd em 1888 e sistematizada por Fuller, que em 1909, fixou sua tecnica em um artigo então publicado, foi o emprego da vesiculectomia inspirado nos resultados satisfatorios trazidos pelos metodos cirurgicos de drenagem de outras cavidades naturais.

“Encorajado pelos frequentes insucessos, da massagem, diante da lentidão das curas obtidas nos casos favoraveis pelo tratamento medico, Fuller quiz tornar a vesiculotomia o tratamento de escolha da vesiculite cronica”, diz Chauvin.

Em 1913 ascendia a 346 o numero de vesiculotomias por Fuller praticadas.

Consiste a vesiculotomia em abertura, limpeza e drenagem até a desinfecção completa da vesicula abordada, mediante incisão perineal.

Chauvin considera-a “uma operação bastante trabalhosa, em que falta o mais das vezes precisão em sua tecnica, apresentando defeitos que a tornam pouco simpatica”.

Sobre os resultados do seu emprego, dados estatisticos usados foram apresentados, nem sempre concordantes, e oriundos em sua quasi totalidade da escola americana.

Fuller, Cunningham, Geraghty, Bentley Squier, Morrissey, Bellinger, Barnay, Barringer, etc. relatando os resultados obtidos, o fazem discriminadamente para cada sintoma decorrente da vesiculite cronica, sobressaindo a percentagem de cura para o reumatismo, manifestações articulares e perturbações urinarias.

Nas perturbações genitais, nos casos de impotencia, os resultados apresentados pelos autores citados não são concordes, resaltando melhor a disparidade de opinião, nas formas com manifestações nervosas e neurastenia,

onde os 50% de bons resultados apresentados por Fuller, são contrapostos por identica cifra de insucessos.

Diante da pequena generalização, e da campanha movida por urologistas varios, vivendo na mesma ambiencia, a este método que apresenta na estatística acima um realçado valor, nasce uma duvida que Chauvin intenta de citar.

Pergunta Chauvin "se os primeiros autores, arrebatados pelo entusiasmo, não teriam interpretado demasiadamente bem, os resultados felizes obtidos, em uma afecção que todo mundo sabe de desesperante tenacidade".

Proseguindo em sua analyse, ainda Chauvin, faz apparecer casos de recidivas relatados por Fuller, Cunningham, Dellinger, Bartay, Barringer, após periodos de cura aparente, mais ou menos longa.

VESICULECTOMIA

Praticada em 1889 pela primeira vez por Ulmann, que por via perineal fez ablação de uma vesicula, que crescia continuamente a despeito da medicação empregada, foi no ano seguinte, realizada mediante uma tecnica anticipadamente delineada, por Villeneuve, que fez recessão de todo o aparelho genital de um lado por via inguinal.

As duas tecnicas, não satisfizeram integralmente os outros auteres, donde o aparecimento de outras tantas tecnicas com suas vias de abordagem diferentes.

Desse modo Schede e Sick retiraram vesiculas por via sagrada; Young propôs a via supra pubiana mediana, que poderia em uma só incisão abordar as duas vesiculas; Fiolle, indica a via cocci-perineal para acesso ás vesiculas; Thompson Walker difunde a estirpação das vesiculas por via vesical; etc.

Umas, mais praticas, oferecendo mais luz, permitindo melhor extirpação, outras, de campo mais restritos de ablação mais difficil; todas, porém, não tem a mesma difusão, não apresentam o mesmo interesse, nem merece o mesmo acolhimento.

Entusiastas, consideram como Chauvin, a vesiculectomia "como a única intervenção logica e satisfa-

loria em presença de uma vesiculite rebelde"; condenadores afirmam, que se a tecnica é simples, não chocante, a vesicula não será retirada em totalidade, e sim em pedaços (Papin), sendo sua utilidade terapeutica igual á da vesiculotomia, ficando sujeitos os seus resultados, a permanencia de fundos de saco, diverticulos, que poderão manter fistulas rebeldes, abcessos de repetição.

Se a tecnica é traumatizante, por vias enlarguecidas, por uma operação grave, existe franca desproporção entre a gravidade da intervenção e as desordens relativamente leves que a infecção determina (Chauvin).

Sua indicação também é discutida, sendo aceita por uns a opinião que imprescindível nas lesões cancerosas, tuberculosas, empiemas etc., é prescindível, mesmo contra indicada por desnecessaria, nas infecções gonococicas crônicas das vesículas.

Chauvin assim se manifesta: "A vesiculectomia nas vesiculites crônicas, não me parece, ter sinão indicações inteiramente excepcionais".

LAVAGENS DAS VESICULAS POR VIA ALTA

Este processo terapeutico, de uma indicação tanto maior, quanto melhor se ateste a falencia dos outros métodos, é consagradamente aceito pela grande maioria dos urologistas, que sem sensíveis discordancias, consideram-no o mais racional dos meios terapeuticos das vesiculites crônicas, vantajosamente preferível as lavagens por via baixa pela sua exequibilidade quasi absoluta quando os principios basicos de sua indicação são obedecidos.

Com a exposição do deferente e incisão longitudinal para injeção do liquido a luz da incisão (vasotomia a Belfield) ou punção do deferente fechado para injeção subsequente, (vasopontitura a Luys) a lavagem das vesículas por via alta usufrúe muito maior difusão que pela via dos ejaculadores, mercê da acessibilidade de sua tecnica.

Lespinasse, pretende que se efetúe a punctura do deferente, através da pele intacta do escroto. Chauven considera praticamente irrealizavel tal conduta.

Com a mesma base de racionalidade dependente

da inibição dos produtos séticos contidos nas vesículas pelo liquido injetado, a lavagem por via deferencial, tem seu sustentaculo científico, no fenomeno de Graaf; experiencia remotamente evidenciada, recentemente confirmada por Ruggero Ascoli, e diariamente repetida por todos aqueles que praticam a lavagem das vesículas por esta via.

As objeções ao seu valor terapeutico, existem orientados em sua maioria, pela descrença que uma simples lavagem possa extinguir uma infecção unanimemente considerada como rebelde.

Staley, um dos mais acirrados opositores, quando indicações absolutas guiam-no para lavagem das vesículas dá sua decidida preferencia, a vasotomia de Belfield, uma vez que a luz do deferente drenada, e exteriorisada, permite repetição de tantas lavagens quantas lhe pareça necessarias para radicar a infecção vesicular.

Esta preferencia por outros urologistas exposta, sobretudo na escola americana, não gosa de maioria.

E' ponto fechado entre esta maioria que nega solidariedade a opinião de Staley, que a vasotomia de Belfield dá em consequencia uma obstrução cicatricial do deferente, enquanto a vasopunctura de Luys, não a produz, tendo por este autor sido encontrado, em numerosos de seus operados, espermatozoides em doentes cuja vasopunctura havia sido realizada em ambos os lados.

A alegação que uma simples lavagem não podia esterilisar o meio sético intra vesicular da infecção de que era portadora, encontra contradição na mesma experiencia de Graaf já citada.

Este autor, em experiencias trisecularmente remotas, provou que qualquer liquido injetado pelo deferente, no sentido superior, enche completamente a vesícula antes de se eliminar pelos canais ejaculadores; somente se eliminando o excedente á capacidade vesicular (Pedro Ferreira).

Tal experiencia vem dar a lavagem das vesículas por via diferencial o direito de propriedade de termo, de vez que, se escoando pelo ejaculador o liquido lava realmente a vesícula, comprovando ao mesmo tempo que sua repleção se realiza.

A permanencia do liquido antisético, na vesícula

injetada se evidencia quotidianamente nos doentes operados pela existencia desse liquido em ejaculações realizadas muitas vezes no decurso de 34 dias (observação de Chauvin).

Desta fôma perde prestigio a opposição de Staley.

Na afirmação de seu alto conceito como meio terapeutico, muitos urologistas se têm manifestado, enumerando nós a opinião dos que compulsamos.

Luys quando afirma "seus resultados são excellentes quando as indicações são bem estabelecidas, contra o gonococo inveterado os resultados são particularmente notaveis; a cura completa é a regra"; Chauvin "ela nos fornece belas e frequentes curas, se se considera sua benignidade e simplicidade de tecnica, se é forçado a convir, que constitúe o tratamento de escolha das vesiculites rebeldes"; Belmiro Valverde "as vesiculas contaminadas, soffrendo esse processo de tratamento, pelo contacto directo do liquido antisético, que aí permanece durante dias, transformam-se completamente pelo desaparecimento dos germens, constante renovação da mucosa, e definitiva cessação do fóco infeccioso aí existente. E' um tratamento definitivo" etc.

Outros autores como Cunningham, Belfield, Baker, Kidd, Herbst, etc., dão conhecimento convincente de suas opiniões, sobre a efficacia deste meio terapeutico, pela atestatoria cifra de suas estatisticas.

Cunningham, sobre 65 lavagens de vesiculas, apresenta 40 curas definitivas; Belfield, da uma percentagem de 80%; Kidd, apresenta cifra semelhante; Baker, colheu 40% de curas; Herbst, obteve 41 curas sobre 63 doentes de vesiculites crônicas a gonococos, tratadas por este processo.

Opposição também soffreu este método, sendo de salientar todas, por se dirigir de perto a consequencia precipua de sua realização, a obliteração do deferente com fechamento absoluto de sua luz.

Uma autoridade incontestada, se levanta porém, contra esta acersão, e assim temos Luys que afirma: "poder-se-ia temer a obliteração do deferente; na realidade porém esta oclusão é excepcional e quando ela se produz, é a consequencia de uma falha na tecnica; ora se injetou liquido muito concentrado, ora se incisou ge-

nerosamente ou obliquamente a mucosa deferencial em caso de vasotomia”.

Na propria vasotomia, como dissemos, com certas possibilidades de produzir a atrezia do deferente, Luys só acredita neste acidente quando á “permanencia do cateter demora, se prolonga por muito tempo, determinando reações fibrosas extenosantes”.

Pela vaso punctura, “quando se opera corretamente e não se observa estenose do deferente” ainda afirma Luys.

Corroborando o que foi dito, apresentamos a estatística de Clinton Smith e de Cumming, que em 100 e 113 casos respectivamente operados por vaso punctura, procederam exame do esperma, nunca encontrando desaparecimento dos espermatozoides.

Luys como maior afirmação do nenhum perigo da estenose do deferente pela vaso punctura, indica este meio de tratamento nos casos de azoospermia em que não ha lesão do epididimo (Chauvin).

E' sua justificativa: “tem-se o direito de pensar, que o penso prolongado das vesículas abdominais, pelo colargol a 5%, diminuirá sua inflamação crônica, e fará assim desaparecer a barreira que ao nível das vesículas infectadas impede o livre curso dos espermatozoides”.

Não é porém só a opinião de Luys que se inclina pela vaso punctura em detrimento da vasotomia.

Em analisando as possibilidades de estenose pela vasotomia, Herbst, preconizando-a se justifica: “é melhor ser infecundo que infectante”, ao que objeta François: “fecundo e não infectante será melhor”.

Graças a vaso punctura é possível a sentença de François, diz Chauven; e afirma: “o proprio Belfield, parece ter renunciado a vasotomia em favor da vaso punctura”.

CONCLUSÕES

1) Não acompanhando o progresso da medicina, a questão terapeutica das vesiculites crônicas, ainda se orienta e segue a conduta classica,

2) Os meios medicos devem ser empregados em todos os casos de vesiculites cronicas, com perfeita orientação tecnica e uma longa persistencia, pelos bons resultados que podem fornecer nos bons casos, e ainda pelo direito de indicar outros meios, quando falidos.

3) A lavagem das vesiculas, é o meio terapeutico de maior eficacia, se atentarmos sobretudo, que além da percentagem média de 50% de curas, o que lhe eleva ao conceito de método de tratamento eficiente; sua indicação é condicionada a falencia dos outros meios usuais.

4) As grandes operações vesiculares, de eficacia inconstante, só deverão ser indicadas para os casos particularmente graves, em vista da complexidade de sua tecnica e importancia real, em absoluta desproporção com o gráo de perturbações que se propõe combater.

RESUMÉ

Concept actuel de la thérapeutique des vésiculites chroniques

Après quelques considérations générales sur le sujet, commence l'auteur à se rapporter aux traitements médicaux des vésiculites, mettant en relief les massages des vésicules qui donnent les meilleurs résultats.

Ensuite l'auteur analyse plusieurs thérapeutiques non sanglantes: dilatations uréthrales, cautérisations chimiques du verum montanum et de l'urètre postérieure, cathétérisme dilatateur des canaux éjaculateurs, lavage des vésicules par l'intermédiaire des mêmes canaux, etc.

L'auteur étudie plus soigneusement les lavages vésiculaires travers les canaux éjaculateurs et se manifeste d'accord avec les auteurs que ne les indiquent que pour les cas d'obstruction du canal déférent. Il finit son article étudiant les interventions sanglantes, se rapportant à la vésiculotomie, à la vesiculectomie et aux lavages vésiculaires par voie déférentielle.

Il conclut que la lavage des vésicules est le moyen thérapeutique le plus efficace, donnent une pourcentage de 50%

de resultats favorables et que les grandes opérations vesiculaires, de résultats douteux, ne devront être indiquées que dans les cas particulièrement graves.

Actuel conceit on therapeutics of chronic vesiculitis

After a brief survey of the subject, the A. reports to the medical treatment of vesiculitis, pointing out massages as giving the best results. The A. analyses several bloodless procedures: rethral dilatations, chemical cauterisations of verumontanum and posterior urethra, dilating catheterism of ejaculatoris ducts, lavement of vesicule through the same ducts. He studies more carefully the lavements of vesicule, through ejaculatoris ducts and agrees with the authors who advise them, only to the cases where, there is deferens obstruction. He cares of surgical procedures and reports to vesiculotomy, vesiculectomy and vesicular lavement by deferential via. He concludes that lavement of vesicula is the most efficient procedure, giving 50% of favourable results, and that the great vesicular interventions, of doubtful results must only be performed in particularly grave cases.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **ASCOLI-RUGGERO** — *Patologia delle vesicole seminali e delle vie spermatiche inferiori* — Società editrice libraria Milano — 1933.
- 2) **BOULANGER, L.** — *Blenorragie chez l'homme et chez la femme* — Amédée Legrand, editeurs — 1931.
- 3) **CHAUVIN, E.** — *Maladies des vesicules seminales* — Editions medicales Nobert Maloine — 1930.
- 4) **CHIAUDANO** — *Le traitement des vesiculies par voies endoscopique* — Journal d'urologie — N.º 5 — Tomo 44 — Novembre de 1937 — Pag. 447 — Resumo.
- 5) **CUNNINGHAM** — *Yearbook of urology 1936* — Yearbook publishers — Chicago.
- 6) **DOSSOT, R.; PALAZZOLI, M.** — *Les uretrites croniques, diagnostic et traitement* — Masson et Cie., Editeurs — 1932.
- 7) **FERREIRA, PEDRO** — *A vesiculite cronica e seu tratamento* — Separata,

- 8) **JANET, J.** — *Diagnostic y tratamiento de la blenorragia* — Salvat editores S. A. — 1931.
- 9) **LECENE, LERICHE** — *Therapeutique chirurgicale* — Masson et Cie. Editeurs — 1926.
- 10) **LEGEY, HERNANI** — *Prostato-vesiculites não gonococicas* Arquivos do serviço de Vias Urinarias da Policlínica Geral do Rio de Janeiro — 1936 — Pag. 155 — Artigo original.
- 11) **LUYS, GEORGES** — *A lavagem das vesículas seminaes* — ciclo 6.º — Maio-Junho de 1936 — Artigo original. Revista Urológica de São Paulo — Volume III — fas-
- 12) **LUZES, ARMANDO** — *Tratamento das vesiculites crônicas pelas lavagens, através do canal deferente* — Jornal da Associação Portuguesa de Urologia — volume 3.º — fascículo 1.º — 1934 — Pag. 54 — Artigo original.
- 13) **MANSO, EDUARDO COSTA** — *Estudos experimentaes sobre a anatomia radiográfica das vesículas seminaes normaes* — Revista Urológica de São Paulo — Volume 3.º — fascículo 5.º — Março-Abril de 1936 — Pag. 311 — Resumo.
- 14) **MARION, G.** — *Traité d'urologie* — Masson et Cie. Editeurs — 1928.
- 15) **PEREIRA, ATHAYDE** — *Clinica das espermatozoidites* — Revista Urológica de São Paulo — volume 3.º — fascículo 6.º — Maio-Junho de 1936 — Pag. 354 — Resumo.
- 16) **PEREIRA, ATHAYDE** — *A questão cirúrgica nas espermatozoidites supuradas* — Revista Urológica de São Paulo Volume 3.º — Fascículo 6.º — Maio-Junho de 1934 — Pag. 440 — Resumo.
- 17) **PORUDOMINSKI, SALUTZKI** — *Papel da vesícula no aparecimento e evolução da epididimite* — Revista Urológica de São Paulo — Volume 1.º — Fascículo 6.º — Maio-Junho de 1934 — Pag. 440 — Resumo.
- 18) **PUGH, WINFIELD SCOTT** — *Vesiculites: Methodes de diagnostic et traitement* — Journal d'urologie — N.º 3 Tomo 44 — Setembro de 1937 — Pag. 265 — Resumo.
- 19) **VALVERDE, BELMIRO** — *Sobre certos fatos clínicos ligados às vesiculites crônicas. As vesiculites como infecções focais originárias de intoxicação geral do orga-*

nismo — Arquivos do serviço de Vias Urinarias da Policlínica Geral do Rio de Janeiro — 1936 — Pag. 7 — Artigo original.

- 20) **VALVERDE, BELMIRO** — **Vesiculites crônicas** — *Jornal de Sífilis e Urologia* — N.º 50 — Fevereiro de 1934 — Pag. 72 — Artigo original.
- 21) **VALVERDE, BELMIRO** — **A lavagem das vesículas no tratamento das espermatozostites crônicas** — *Revista Urológica de São Paulo* — Volume 1.º — Fascículo 6.º — Maio-Junho de 1934 — Pag. 441 — Resumo.
- 22) **VALVERDE, BELMIRO** — **FREIRE, ROBERTO** — **Lavagem das vesículas no tratamento das espermatozostites crônicas** — Arquivos do Serviço de Vias Urinarias da Policlínica Geral do Rio de Janeiro — 1937 — Pag. 43 — Artigo original.
- 23) **VALVERDE, BELMIRO** — **Sobre a vesiculographia e a lavagem das vesículas pelos canais ejaculadores** — Arquivos do Serviço de Vias Urinarias da Policlínica Geral do Rio de Janeiro — 1936 — Pag. 116 — Artigo original.
- 24) **VITORINO, MANOEL** — **Considerações e observações sobre as uretro-prostato-vesiculites crônicas. Operações pelo método Belfield-Luys. Separata.**

HOSPITAL INFANTIL MANOEL ALMEIDA

Clinica Cirurgica e Ortopedica da Faculdade
de Medicina do Recife

Serviço do Prof. BARROS LIMA

Dois casos de ectromelia longitudinal

(Aplasia de tibia, aplasia de raio peroneal)

Dr. Jorge Glasner

Assistente da Clinica Cirurgica Infantil
e Ortopedica da Faculdade de Medicina
do Recife

Dois casos de ectromelia longitudinal foram por nós observados na Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica da Faculdade de Medicina do Recife (Serviço do Prof. Barros Lima). Num deles observa-se ausencia total de tibia, no outro ausencia do raio peroneal. No primeiro, o rotulo de "ectromelia longitudinal uni pelvica intercalar hemisegmentar" ajusta-se bem; é a designação dada por Rabaud e Hojelacque a este tipo de anomalia. Para o segundo torna-se mais claro o rotulo de aplasia unilateral do raio peroneal, pois o termo intercalar, aí não tem expressão. No primeiro caso trata-se de:

* * *

1.^a OBSERVAÇÃO

M. M., sexo feminino, com quinze dias de nascida, parda, pernambucana, residente no Arruda, matriculada na clinica em 18-7-1938. Observação 6510.

Não se consegue obter informes quanto aos antecedentes hereditarios.

O exame dos membros inferiores mostra: Coxa direita de comprimento e de diametro inferiores á esquerda, o joelho direito apresenta-se deformado, mostrando-se saliente em semi-esfera; pela palpação tem-se a impressão da extremidade inferior do femur por baixo dos tegumentos.

A perna cha-se em flexão forçado sobre a coxa, e mostra-se mais fina e consideravelmente reduzida em comprimento, em relação com a perna esquerda. Esta flexão do joelho, não se consegue desfazer totalmente.



Fig. 1 — Obs. I — Lado direito — Ausencia de tibia



Fig. 2 — Obs. I — Lado esquerdo

O pé completamente voltado para cima, está em contacto pelo seu bordo interno com a perna, e o dorso orienta-se para diante. O pé anterior fórma com o pé posterior, no seu bordo interno, um angulo réto.

A parte mais inferior do membro está representada pelo maleolo externo, formando forte saliencia. Os artelhos são bem conformados e em numero normal. A palpação não permite reconhecer a tibia. A criança apresenta além disso o pé esquerdo em talus-valgus.

O exame radiológico sob a Ficha 3034 (Veja Fig. I e II) mostra-nos Femur direito reduzido em comprimento em re-

lação com o femur esquerdo; a extremidade inferior está deformada apresentando-se alargada em fôrma de palheta, o contorno desta extremidade apresenta-se em linha curva mais acentuada na parte externa. O esqueleto da perna direita está representado pelo peroneo, que se mostra reduzido em extensão, comparativamente ao lado esquerdo; a espessura do osso é igual em ambos os lados. A extremidade superior é um tanto alargada e aparece colocada um pouco para cima e para dentro da extremidade inferior do femur. O terço inferior está deformado apresentando uma curvatura de concavidade anterior, em relação a qual observa-se o nucleo do calcaneo. Não se percebe imagem de astragalo, como se o verifica no lado esquerdo positivamente.

Notam-se os cinco metatarsianos e esqueleto dos cinco artelhos. (Lado esquerdo, Fig. II. Lado direito, Fig. I).

* * *

O caso que ora descrevemos, por motivo de varios de seus aspectos, merece ser catalogado como de grande raridade.

Broca afirma que a ausencia congenita da tibia é a mais rara das malformações da perna. Relata sua ausencia total e cita Peter Bade, (Zeit. f. orthop. Chir. 1906 t. XXI p. 592 que reúne 55 casos) e W. Schwarzbach (Zentralbl f. Chir. u. mech. Orthop. Bd. VI sept. 1912. pp. 345-370 que reúne 67 casos) mas não nos esclarece quanto ao numero das ausencias totais. Ombrédanne no seu "Traité de Chirurgie Orthopédique (Ombrédanne-Mathieu)" no capitulo: "Aplasies des grands segments de membres", confessa nunca ter observado um caso de ausencia total da tibia, e no seu "tratado de cirurgia infantil", refere-se somente á ausencia do peroneo.

Rocher escrevendo sobre "Affections congénitales et dystrophiques de la jambe" no "Traité de Chirurgie Orthopédique (Ombrédanne-Mathieu)" faz ver que a ausencia congenita da tibia é duas vezes menos frequente que a do peroneo; mas ainda sem nos dizer do numero de ausencias totais, cita os numeros encontrados por Hovelacque e Rabaud em 1923; 122 casos.

Ke Ping Jen; ainda para afirmar a raridade da anomalia, num artigo em "Archiv für Orthopädische und

unfall Chirurgie, T. 37 — Fasc. I, 3 agosto 1936” intitulado: “Der Angeborene Defekt des ulnaren Strahles und der angeborene Defekt der Tibia”, cita uma estatística de Storck, que em 49255 doentes, de Janeiro de 1919-1928, registrou 3, com ausência de tibia; não esclarece quanto á totalidade ou parcialidade da anomalia. Potel em 1897 reúne 50 casos de ausência da tibia (parcial e total). O Dr. Achilles de Araújo, numa comunicação feita ao 1.º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia em 1936 dizia não somar ainda uma centena e meia os casos publicados de ausência congênita de tibia (total e parcial). Refere 6 casos no seu arquivo, um dos quais, de ausência total.

Como já ficou dito antes, o nosso caso comporta uma serie de fatos interessantes de serem descritos. Mostraremos os varios aspectos que tomam a anomalia em apreço em relação com o caso de nossa observação.

Quanto á deformidades que se observam á distancia, não temos a registrar sinão o pé esquerdo em talus varus.

Broca escreve que “em mais da metade dos casos notam-se malformações concomitantes. Ausência ou atrofia dos artelhos e dos metatarsianos” “polidactilia com 1 ou 2 artelhos suplementares” “ausência de rotula”.

A polidactilia com sindactilia associada ou não, vê-se em 7 casos sobre 30, segundo V. Muralt; citado por Rocher. Taddei, em “Diagnostica chirurgica regionale” refere-se á polidactilia ou á ausência do grande artelho nos casos de ausência congênita da tibia. Testut, no seu “Traité d'anatomie humaine” escreve: “Les ectromelies, dont nous venons d'énumérer les différents groupes, présentent souvent une distribution symétrique (ectromelies bithoraciques ou biabdominales), elles frappent aussi parfois plusieurs membres en même temps, intéressant des os dont l'homologie est évidente, (absences unilatérales du tibia et du radius, du péroné et du cubitus)”.

Potel também se refere á polidactilia, e lembra o caso de Werner Kummel, em que havia 8 artelhos em cada pé, escrevendo ainda que é raro observar deformidades semelhantes nos membros superiores.

Quanto á luxação congenita da coxo-femural de que nos fala Broca, como deformidade concomitante, não podemos investigá-la, pois muitos dos sinais radiologicos descritos e interpretados pelo Prof. Barros Lima, por motivo de seu relatório apresentado ao 2.º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia em 1937, requerem para serem apreciados devidamente, que a radiografia tenha sido obtida com algumas particularidades de tecnica, as quais não foram observadas por ocasião de radiografado o nosso caso.

Quanto ao aspecto do peroneo e suas relações com o femur, e o tarso, apresenta a nossa observação pontos interessantes.

1.º — O peroneo tem o mesmo volume que seu homologo.

Broca e Rocher, têm observado quasi sempre, que o peroneo é mais grosso no lado da anomalia, si bem que seja mais curto. Potel tem observado sempre o peroneo hipertrofiado.

Como já ficou dito ao descrevermos o röntgenograma, o peroneo apresenta sua extremidade superior alargada, sua extremidade inferior, ao envez de articular-se com o astragalo ou o calcaneo, como o faz notar Rocher, desce mais abaixo, apresentando o 1/3 inferior do osso curvatura de concavidade anterior, onde se vê o nucleo do calcaneo, estando o astragalo ausente. Fig I.

2.º — As relações do peroneo com o femur mostram no caso presente aquelas observadas por Dreiholz, citado por Potel, Rocher; isto é, luxado para o condilo interno. Na quasi totalidade dos casos segundo os autores citados acima, a extremidade superior do peroneo está em relação com o condilo externo do femur. Taddei refere-se sempre ao peroneo como estando em relação com o condilo externo.

Quanto á frequencia da anomalia em relação com a parcialidade ou totalidade, em relação ao sexo, em relação com a unilateralidade ou bilateralidade e em relação com o lado em que se a observa mais frequentemente,

registraremos que o sexo masculino é o mais atingido segundo Broca e segundo Rocher.

O Dr. Achilles de Araújo tem um caso de ausencia bilateral da tibia em criança do sexo masculino.

Em relação á bilateralidade ou unilateralidade da anomalia, parcialidade ou totalidade, e ao lado em que é mais frequente; Potel escreve: "L'affection est tantôt bilatérale, tantôt unilatérale". Broca refere a maior frequência da malformação como unilateral direita. Ombrédanne não a tem visto atingindo toda a tibia. Rocher refere-se á maior frequência de ausências parciais no caso de ser unilateral, e neste caso mais frequente a esquerda. O Dr. Achilles de Araújo, registra seis casos de ausencia congenita da tibia, um de ausencia total e bilateral, e cinco de ausencia parcial e unilateral. Potel reputa os casos de ausencia parcial da tibia excepcionais, muito mais raros que os de ausencia total. Ha portanto discordancia entre aqueles que tem observado a anomalia, quanto aos pontos acima referidos. Somente quanto ao sexo, estão acordes em afirmar que o sexo masculino, apresenta-se mais frequentemente com a malformação. No nosso caso a anomalia é total, unilateral direita, e recai no sexo feminino.

O diagnostico, mesmo sem o auxilio da radiografia, é facil na maioria dos casos, mesmo para afirmar da totalidade ou da parcialidade da anomalia.

Além das deformidades observadas no pé e na coxa, assim como a flexão do joelho, que nos levam a um diagnostico, podemos dizer se se trata de ausencia parcial ou total, observando a forma do joelho, (Na ausencia parcial é sempre a extremidade inferior a que falta). Taddei assim se expressa: "Anche qui bisogna distinguere l'assenza totale da quella parziale, poiche nella prima si nota grave deformita del ginocchio, nella seconda, essendo conservata l'estremita superiore, il ginocchio mantiene una forma pressocche normale, e la malformazione e a carico dell'estremita inferiore della gamba".

Shands, em "Handbook of Orthopaedic surgery", do mesmo modo afirma um diagnostico facil da ausencia congenita da tibia. "In defects of the tibia, a characteristic deformity occurs".

2.^a OBSERVAÇÃO

O nosso segundo caso refere-se a *B. S. de M.*, sexo masculino com 22 dias de nascido, pardo, pernambucano, residente em Campo Grande, matriculado na Clínica em 22-12-1937. Observação 5933.

O exame dos membros inferiores, mostra: Coxas normais, perna esquerda um pouco encurtada em relação á homologa, apresenta-se convexa para diante. O joelho não apresenta deformidade. A palpação somente permite reconhecer o malleolo interno. Abobada plantar apagada; o pé acha-se com



Fig. 3 — Obs. II — Ausência de peroneo



Fig. 4 — Obs. II — Ausência de peroneo

eneuvamento de concavidade dorsal, rotação do pé posterior para fóra, planta voltada para fóra, para cima e para diante, dorso do pé anterior tomando contacto com a face externa da perna. Nota-se ausência do 5.^o artelho. Ao nível da articulação tibio-tarsica, observa-se um sulco transversal na parte anterior; sulco bastante profundo a ponto de ser observado num röntgenograma, (Fig. V).

O exame radiológico sob a ficha 2840 revela-nos: Tibia esquerda apresentando algum desenvolvimento em espessura, apresenta-se encurvada mostrando convexidade anterior (Fig. III e IV) e interna (Fig. V).

A extremidade superior apresenta-se alargada em leque, no plano frontal (Fig. V). A extremidade inferior mostra aspecto elíptico aos Raios X (Fig. IV, V, VI). e parece articular-se com o calcâneo (Fig. IV). A cortical do lado da concavidade, é mais espessa, tomando assim o osso o aspecto



Fig. 5 — Obs. II — Ausência de peroneo



Fig. 6 — Obs. II — Ausência de peroneo

de osso raquitico. No metatarso nota-se a ausência do quinto metatarsiano, que se acompanha de ausência do quinto artelho. O tarso na radiografia III e IV, que foram as primeiras, está representado pelo calcâneo que se acha reduzido em tamanho, e astragalo. Nas radiografias V e VI, obtidas depois, observa-se um só nucleó osseo.

* * *

A ausência do raio peroneal constitui para Potel a mais frequente das ectromelias longitudinais. Cita Haudek, para quem este tipo de ectromelia longitudinal é duas vezes mais frequente que a ausência somente do peroneo, e cita Scharff, que em 1909 reuniu 159 observações. Do mesmo modo para Rocher e para Broca, a ausência congênita do peroneo é a mais frequente das ausências dos casos. Este último tem 3 observações pes-

soais, que foram publicadas por R. Rubrac. Tèse de Paris 1904-1905. Rabaud e Hovelacque, em 1923 reuniram 268 casos. Aqui ao contrario do que se observa em relação á ausencia congenita da tibia, estão os autores acordes em que a ausencia total do osso é mais frequente que a ausencia parcial. Os casos de ausencia congenita do peroneo apresentam quasi sempre o mesmo aspecto, a ponto de Potel assim a eles referir-se: "Les caractères de cette malformation sont si typiques que la plus part des observations paraissent calquées les unes sur les autres".

Por varios de seus aspectos, o caso por nós descrito ajusta-se á frase de Potel. Ha a notar no entanto algumas particularidades que se afastam do que se tem observado. Queremos nos referir á fórma da tibia e á presença de malformações á distancia.

A fórma da tibia no segmento mal formado, no caso de nossa observação, foge áquella observada por Rocher e por Potel. Para estes, o osso apresenta em geral uma curvatura cujo cume está na união do $\frac{1}{3}$ médio com o inferior, esta curvatura é convexa para diante, e quasi sempre para fóra. Nas Figs. III e IV, verifica-se curvatura de toda a tibia em gráo ligeiro, e na Fig. V (Radiografia de face) nota-se que a curvatura lateral é convexa para dentro. A presença de malformações á distancia não está assinalada em nossa observação. Broca refere-se a coexistencia do labio leporino, da hipospadia etc. Ombrédanne, do mesmo modo que Testut refere-se á ausencia do radio. O Prof. Barros Lima em sua "Clinica Cirurgica — (Observações comentadas)" refere-se a um caso de aplasia parcial do femur, em que havia ausencia total do peroneo, e da rotula.

De acordo com o que escreve Potel e Rocher, observa-se quasi sempre ausencia de varios ossos do tarso. Broca refere-se á ausencia do cuboide e do scafoide, e ás deformidades do astragalo e do calcaneo, que estão sempre soldados entre eles.

A nossa Fig. III e IV faz ver no tarso, dois nucleos intepretados como aqueles do astragalo e do calcaneo, no entanto nas Fig. V e VI, obtidas depois, quando a criança tinha dois meses de idade, verifica-se somente um nucleo osseo, tendo havido portanto a fusão de am-

dos os ossos do tarso (prénatais). O nucleo do cuboide deveria apararecer após um mês do nascimento; ainda está ausente. Quanto á maior frequencia da anomalia, quanto ao sexo, á parcialidade ou totalidade, e quanto á bilateralidade e unilateralidade, a ausencia do peroneo é mais frequente no sexo masculino segundo Rocher. Na opinião de Broca, o sexo é indiferente. E' quasi sempre total segundo Rocher e segundo Broca. Potel cita a estatística de Haudek; trinta casos de ausencia parcial para 67 casos de ausencia total.

Shands, refere-se a maior frequencia das ausencias totais. Quervain, finalmente escreve que a lesão é de ordinario bilateral, ao contrario do que nos ensina Broca, para quem a deformidade é na maioria das vezes unilateral.

O diagnostico sem o auxilio dos Raios X, ao contrario do que se verifica para a ausencia da tibia, não é sempre facil. A constatação da ausencia do maleolo externo, nos meninos pequenos póde ser difficil, é o que nos diz Broca, acrescentando ainda que a ausencia total ou parcial, somente será evidenciada com o auxilio da radiografia. Taddei, a este respeito escreve: "*Risce difficile stabilire la diagnosi, senza la radiografia quando trattasi di neonati che non presentano malformazione concomitanti del ginocchio e del piede. In tali casi si puo confondere l'assenza del perone coll'arcuatura congenita*".

* * *

Reina ainda obscuridade quanto á causa destas anomalias, assim como quanto a causa das monstruosidades e anomalias em geral.

Em 1724 trava-se na Academia de Ciencias de Paris, uma discussão entre Winslow e Lemery, discussão que se prolonga até 1743, e na qual Winslow defendia a teoria das diferenças primitivas dos germens, ao passo que Lamery era partidario das influencias accidentais, agindo após a fecundação como causa das anomalias e monstruosidades.

Ambas as teorias tiveram seus partidarios, porém as idéas de Lemery, mais aceitas, tomaram vulto, e até o proprio Winslow, na sua terceira memoria apresenta-

da á Academia, assim se expressava: "A hipotese dos monstros accidentais é viavel em alguns casos".

O ponto de vista de Lemery encontrou nos estudos experimentais de Dareste, e de Geoffroy Saint Hilaire, inteiro apoio. Fazendo recair suas experiencias em animais, ambos conseguiram criar aves monstruosas, modificando os processos normais de incubação. Geoffroy Saint Hilaire, em apoio ainda da teoria de Lemery faz nctar, agora para o homem, a presença maior de seres anomaos entre as classes pobres (Trabalhos durante o periodo da gravidez). Na gravidez ilegítima, (Meios para escondê-la dando em resultado traumatismos no ser em formação). Mas se a experimentação até certo ponto apoia a teoria dos accidentes como causa de monstruosidades e anomalias, outros fatos já entrevistos por Isidore Geoffroy Saint Hilaire a contestam. A monstruosidade composta, as hemiterias por aumento numerico, as anomalias de estrutura, etc., são tantos outros pontos lembrados. Quanto á hereditariedade das anomalias, o mesmo Isidore Saint Hilaire vái mais além, e abre um capitulo em seu livro: "Relações das anomalias com as variações normais da organização na serie zoológica". Si algumas das anomalias relacionadas á fórmãs normais, na escala zoológica, fazem jús a este titulo, outras aparecem inteiramente sem representação provada. O primeiro dos casos das nossas observações, constitúe exemplo.

Mathias Duval, ainda em 1912 é partidario dos accidentes como causa das anomalias e monstruosidades. Distingue no desenvolvimento do ser, um periodo embrionario, e um periodo fetal posterior, afirmando sobre base dos trabalhos de Dareste, que ao contrario do que se verifica no feto, qualquer causa morbigena atuando sobre o embrião, não produz sinão perturbações de formação, de desenvolvimento. "C'est pourquoi la pathologie générale de l'embryon n'est autre chose que l'étude des anomalies de l'organisation, que la tératologie et la tératogénie". No entanto em continuação ao assunto sob o titulo: "Influences qui aient avant la fecondation". Escreve: "Toutes ces monstruosités peuvent être hérétaires, à l'exception bien entendu, de celles qui, frappant l'appareil génital mettent obstacle à la reproduction".

Além das teorias do acidente, e daquelas que olham as monstruosidades como tendo causa antes da fecundação, apareceram ainda pontos de vista hoje completamente abandonados, que se referiam às influencias nervosas, uns, e as influencias vasculares, outros, como podendo pôr obstaculo ao desenvolvimento normal do ser. E' a teoria de Jule Guérin, referindo-nos ao primeiro, para quem as "monstruosidades assim como simples deformidades dos membros, estão sob a dependencia de um estado morbido anterior, do sistema nervoso central". (Mathias Duval). Esta teoria após estudos mais recentes de embriologia, perdeu seu valor, pois verificou-se que o desenvolvimento do sistema nervoso central, é posterior ao desenvolvimento de órgãos os quais ficarão depois na sua dependencia. A teoria foi baseada em observações, pelas quais constatava-se a ausencia de partes do sistema nervoso correspondentes às regiões aplasicas. Mas são as aplasias que determinam a atrofia do centro nervoso correspondente.

Mathias Duval, cita uma observação de Sperino: "Contributo allo studio dei rapporti fra lo sviluppo degli arti e quello dei centri nervosi" (Giornale della r. Acad. di medicina, 1892, n.º 2)". Observação que vem esclarecer a questão. Trata-se de um passaro ectromelo, encontrado no 3.º dia de incubação. A medula em via de formação não apresentava anomalia.

Benjamin Vinelli Batista, lembra o caso de Broca, que observou num homem com ectromelia bitoracica, em cada hemisferio, atrofias, na circunvolução frontal ascendente, na primeira circunvolução frontal, e no lobulo ovalar; cita Dareste, que tem a convicção de que estas atrofias, longe de serem a causa, são a consequencia das monstruosidades.

A' teoria vascular, partida de Serres, são feitas as mesmas criticas; e Panum, citado por Mathias Duval, para refutá-las, assim se expressa: "Constata-se a ausencia de vasos destinados a uma parte, quando ela não está desenvolvida, mas como poderiam existir vasos de um órgão que não existe? O processo de atrofia que fere o órgão é o fenómeno primitivo, e a ausencia dos vasos é o resultado e não a causa desta atrofia do órgão".

Ao consultar-se o livro de Potel, observa-se um

grande entusiasmo deste autor, pela teoria hereditaria das anomalias. As alterações de origem aniotica, que é a teoria de Etienne Geoffroy Saint Hilaire, para Potel, são excepcionais, e trazem sempre o carater de lesões cicatriciais. A teoria das bridas anioticas, não tem valor para explicar as anomalias propriamente ditas, e o mesmo Potel, lembra que malformações semelhantes encontram-se nos ananióticos, (batraquios etc.) e cita Rabaud, que tem observado segmentações anormais nas patas dos insetos. Ainda combatendo esta teoria, pergunta como se explica, que todos os membros de uma tribu (Foldes), ou de uma cidade (Saint Jean) possam ser polidactilos.

Ombrédanne, é também contrario a esta teoria, e argumenta querendo a explicação de como, bridas anioticas capazes de pararem o desenvolvimento dos quatro membros, não tenham a menor repercussão, sobre a cabeça, sobre o torax, ou sobre o abdome.

Todos os que se ocupam das questões de hereditariedade, estão acordes em afirmar, a hereditariedade das anomalias. Paul Le Gendre, escrevendo sobre: "L'hérédité et la Pathologie générale" no "Nouveau traité de Pathologie générale. — (Bouchard-Roger)", refere-se demoradamente á hereditariedade teratologica, e a divide em semelhante, e não semelhante. A influencia de intoxicações, e de infeções (alcool, sifilis) é lembrada por Testut-Jacob, ao citar Feré, Lannelongue, Ribbert-Sternberg, a respeito da etiologia das anomalias do desenvolvimento, distinguem as causas internas, e as externas; as primeiras dependendo de anomalias do material constitutivo dos esboços embrionarios, isto é das celulas germinativas; espermatozoide e ovulo, antes dos processos de fecundação, ou do ovo fecundado; são portanto hereditarias. Lembram quanto ás causas externas, além das já referidas; infeções e intoxicações; as fisicas e quimicas (radiações röntgenianas, emanações de radio). Marcel Fèvre, escrevendo sobre: "Développement des membres" no "Traité de Chirurgie Orthopédique (Ombrédanne-Mathieu)", divide as malformações congenitas em aquelas atribuidas ás lesões cicatriciais, e as de origem embrionaria, muito mais frequentes; e do mesmo modo que Potel, attribue

a estas, caracteres particulares, consistindo na adaptação funcional dos musculos e nervos, á malformação essea.

Aliás esta adaptação, para Potel, é também de ordem anatomica. O mesmo Fèvre reconhece, que muitas malformações proveem de alterações iniciais da célula sexual, o que afirma em base das experiencias de Brachet, e cuja prova está na hereditariedade de certas malformações.

Não deixa entretanto de admitir outras causas, e nos lembra a ação das toxinas quimicas, dos venenos microbianos, alterações de glandula de secreção interna agentes fisicos etc.

Ombredanne em "Maladie amniotique", em seu "Traité de Chirurgie Orthopédique", mostra a concomitancia de certas malformações; dentre elas, ausencias longitudinais de segmentos; com um ou mais tipos de malformações congenitas, por ele rotuladas como doença aniotica, (amputações, seios, estigmatas congenitos).

Na segunda das observações por nós descritas, a presença de uma seio congenito verifica-se, podendo-se mesmo observá-lo numa das nossas radiografias (Fig.V).

Para Ombredanne, a doença aniotica aparece como uma doença de tipo ulceroso, que sobrevem no embrião, de forma muito precoce, e sob influencias ainda não determinadas, e no mesmo capitulo, escreve: "La notion de l'hérédité, qui n'est pas exceptionnelle en pareil cas, nous port á admettre une cause originelle, mot qui servira á voiler notre ignorance".

E lançando sua teoria para explicar as malformações por ele estudadas, ensina-nos que as amputações, os seios, os stigmatas congenito, não são lesões por bridas congenitas, e sim processos ulcerosos que evoluem com bridas congenitas, são consequencia e não causa do processo. E no capitulo seguinte: "Aplasies des grands segments de membres", após criticar as causas que tem sido impostas ás anomalias; deixa-nos ler: "Nous avons vu certaines grandes aplasies s'accompagner de stigmatas."

Diron-nous que l'aplasie des grands segments est une manifestation de la maladie ulcéreuse intra-utérine? Certes non. Mais nous dirons seulement que la

même cause originelle qui peut déterminer l'apparition et l'évolution de la maladie amniotique avec brides, peut aussi déterminer l'aplasie des grandes segments de membre.

Et alors?

Alors nous, en sommes amené à incriminer la tare originelle, comme nous l'avons fait pour la maladie amniotique.

Certes ce n'est pas une solution, et une telle désignation laisse subsister la totalité du problème pathogénique. Mais cela ne vaut-il pas mieux qu'imaginer des conceptions mécaniques, toxiques, infectieuses ou nerveuses, incapables de résister un seul instant à une critique serrée?"

E' um problema portanto sem solução até a época presente, e isto nos diz muito bem Jorge Gruber, quando escreve que as causas do desenvolvimento anormal ainda são desconhecidas, uma vez que não nos é dado ainda conhecer as causas do desenvolvimento normal.

RESUMÉ

Deux cas d'ectromélie longitudinale. (Aplasie du tibia, aplasie du rayon péronier)

L'Auteur a observé deux cas d'ectromélie longitudinale dans la Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie à la Faculté de Médecine de Recife (Service du Professeur Barros Lima).

Le premier cas se rapporte à une absence total du tibia, et le deuxième à une aplasie du rayon péronier.

Après une étude en conjoint de ces types de malformations, il attire l'attention sur les points intéressants de ses observations.

En rapport au premier cas, qu'il juge de grande rareté, il met en évidence:

a) Le péroné du segment malformé a le même volume que son homologue.

b) Le tiers inférieur présente courbure antérieure en relation avec le noyau du calcaneum. L'astragale n'est pas présent.

c) L'extrémité supérieure est luxée vers le condyle interne du fémur.

d) L'anomalie est observée chez une fillette.

Ce qui caractérise le deuxième cas c'est la fusion du calcaneum avec l'astragale, l'absence du cuboïde, et la courbure de convexité interne du tibia.

L'Auteur conclut avec une étude sur les théories en rapport à la étiologie des monstruosités et anomalies.

SUMMARY

Two cases of longitudinal ectromelia. (Aplasia of tibia, aplasia of the fibular range)

The Author observed two cases of longitudinal ectromelia at the Orthopaedic and Surgical Clinic for Children of the Faculty of Medicine of Recife (Prof. Barros Lima's Clinic).

The first case reports to a total absence of tibia, and the second one, to an aplasia of the fibular range.

After a conjoint study of deformities of this type, he calls attention to interesting points of his observations.

Relatively to the first case, he thinks it of great rarity and point out:

a) the fibula of the deformed segment, has the same volume as its homologous;

b) the lower third of fibula, arches forwards in relation with the nucleus of calcaneus; the astragalus is absent;

c) the upper extremity of fibula is dislocated towards the internal condylus of femur;

d) the anomaly is observed at a girl.

The second case is characterized by the fusion of calcaneus with astragalus, absence of cuboid, and curvature with internal convexity of tibia.

The Author ends with a study about theories in relation with etiology of monstruosités and anomalies.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — **L. TESTUT — LATARGET** — Traité d'anatomie humaine.
- 2 — **CARUS** — Traité élémentaire d'anatomie comparée.
- 3 — **G. CUVIER** — Leçons d'anatomie comparée.
- 4 — **SHANDS** — Handbook of orthopaedic surgery
- 5 — **OMBRÉDANNE** — Tratado de cirurgia infantil.
- 6 — **BROCA** — Chirurgie Infantile.
- 7 — **PROF. D. TADDEI — PROF. V. PUTTI** — Diagnostica chirurgica regionale.
- 8 — **PROF. BARROS LIMA** — Clinica cirurgica — Observações comentadas. (Sobre ausencia parcial do femur).
- 9 — **ISIDORE GEOFFROY SAINT HILAIRE** — Histoire générale et particuliere des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux.
- 10 — **H. L. ROCHER** — Affection congénitales et dystrophiques de la jambe — Traité de Chirurgie Orthopédique — Ombrédanne-Mathieu.
- 11 — **MARCEL FEVRE** — Malformations congénitales des membres — Traité de Chirurgie Orthopédique — Ombrédanne-Mathieu.
- 12 — **L. OMBRÉDANNE** — Aplasies des grands segments de membres — Traité de Chirurgie Orthopédique — Ombrédanne-Mathieu.
- 13 — **L. OMBRÉDANNE** — La maladie amniotique — Traité de Chirurgie Orthopédique — Ombrédanne-Mathieu.
- 14 — **RIBBERT — STERNBERG** — Tratado de Patologia General, y Anatomia Patológica.
- 15 — **F. DE QUERVAIN** — Diagnóstico quirúrgico.
- 16 — **L. TESTUT — O. JACOB** — Anatomia topografica.
- 17 — **G. POTEL** — Traité pratique d'orthopedie.
- 18 — **MATHIAS DUVAL — P. MULON** — Pathogénie générale de l'embryon. Teratogenie — Nouveau traité de Pathologie générale. Ch. Bouchar — G. H. Roger.

- 19 — **M. PAUL LE GENDRE** — *Hérédité et la pathologie générale* — *Nouveau Traité de Pathologie Générale* — Ch. Bouchar. G. H. Roger.
- 20 — **JORGE B. GRUBER** — *Anomalias* — *Tratado de anatomia patologica.* L. Aschoff.
- 21 — **PROF. BARROS LIMA** — *Luxações congenitas da coxo-femural no Brasil* — *Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia* — T. V — Fasc. I — 1937.
- 22 — **KE PING GEN.** — *Der angeborene Defekt des ulnaren Strahles und der angeborene Defekt der Tibia* — *Archiv für Orthopädische und Unfall Chirurgie* — T. 37 Fasc. I — 1936.
- 23 — **DR. ACHILLES DE ARAÚJO** — *Tratamento cirurgico da ausencia congenita da tibia* — *Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia* — T. IV — Fasc. I e II — 1936.
- 24 — **PROF. BENJAMIN VINELLI BAPTISTA** — *Um caso de ectromelia longitudinal unitoraxica, intercalar, hemisegmentar, e tridactilia* — *Arquivos do Instituto Benjamin Baptista* — Volume I — Ano I — 1935.

Allô... mande-me com urgência uma caixa de...



TRIVALERINA

LABORATORIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.

DEPOSITO EM RECIFE
RUA FREI CANECA 21
CAIXA POSTAL 488

Crystallosettas

adocicante purissimo de maxima concentração *Heyden*



450 vezes mais doce do que o assucar. Uma «CRYSTALLOSETTA» equivale a 2 colheres das de chá com assucar. Uma latinha contem 500 CRYSTALLOSETTAS, correspondendo a 3 1/2 kilos de assucar.



SIEMENS

Representantes exclusivos para todo o Brasil
da **Siemens-Reiniger-Werke. G., Berlin**

Casa Lohner S. A.

ELECTRICIDADE MEDICA — RAIOS X — CIRURGIA —
DENTARIA — HYGIENE — ENSINO — LABORATORIO
GEODESIA — CINE-PHOTO

R E C I F E

Rua Nova, 259 - Tel. 6893

SÃO PAULO

Rua São Bento 216

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 133 - Tel. 23-5863

Agencias com engenheiros especialistas em Porto Alegre,
Bello Horizonte, Juiz de Fôra, Bahia, Victoria e Fortaleza

Fratura da epitroclea com desvio intra - articular. Redução manual

Abdias Ferreira

Assistente de Clinica Ortopedica e Cirurgia Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Queremos com este trabalho reafirmar a possibilidade da redução inerte das fraturas da epitroclea com interposição articular do fragmento destacada.

Temos aqui apenas a observação de um caso, o que é pouco para basear uma afirmativa, porém a pequena frequência desta lesão justifica a apresentação de observações isoladas, parecendo-nos que no Brasil é o primeiro caso publicado em que foi feita a redução por manobras externas.

Os primeiros traumatologistas que observaram a lesão empregaram o tratamento cirurgico, fazendo a extirpação do fragmento epitrocleano, como no caso de Payr, relatado no tratado de cirurgia infantil de Broca, publicado em 1914. Aliás, nessa época, alguns, como Kocher, faziam a ablação sistematica do fragmento em qualquer caso de arrancamento da epitroclea com desvio apreciavel.

A seguir, varios autores têm apresentado observações de tais casos, fazendo sempre o tratamento cirur-

gico, porém não a extirpação, e sim a osteosíntese da epitroclea destacada, após a sua redução.

Assim, Juvara publica 2 casos, Rocher 3. Rocher e Usac 2, Basset, Tierny, Papin, um cada. Entre nós, João Alfredo, Domingos Define e Minton Weinberg apresentaram, cada, um caso.

Os tratados de traumatologia mencionam esta lesão e recomendam sempre o tratamento cirúrgico.

Mouchet, que foi quem observou maior número de vezes o desvio intra-articular da epitroclea (12 casos), acha que o tratamento é uma intervenção cirúrgica de urgência, quer seja ela acompanhada ou não de luxação do cotovelo ou paralisia do nervo cubital, em trabalho publicado em 1930.

Em 1923, Fèvre e Roudaitis demonstraram que era possível a redução do desvio intra-articular apenas por manobras externas, tendo obtido isto em todos os cinco casos que tiveram em mãos, acreditando que a discordância entre os seus resultados e os dos outros autores era devida ou à noção admitida "a priori" da irreduzibilidade das interposições articulares ou à técnica defeituosa empregada (manobras da técnica habitual da redução das luxações do cotovelo).

A técnica aconselhada por Fèvre e Roudaitis baseia-se no mecanismo da lesão e no fato do fragmento destacado ficar sempre em conexão com o ligamento lateral interno do cotovelo. É a seguinte:

1.º tempo — O cotovelo estando em extensão e o ante-braço em supinação, força-se este em abdução e se faz tração. A interlinha articular, então, abre-se no lado interno. Ao mesmo tempo o ligamento lateral interno se distende e faz tração sobre a epitroclea, puxando-a para dentro, isto é, aproximando-a da abertura traumática da capsula.

2.º tempo — Executa-se a flexão lenta do cotovelo, acompanhando-a de adução e pronação do ante-braço. A articulação, então, vai se reencaixando e repelindo progressivamente a epitroclea para o bordo interno da articulação. Ao se completar a flexão o ligamento lateral interno se distende novamente e faz com que o fragmento saia completamente da articulação, aproximando-se do seu ponto de implantação.

O mecanismo aventado por estes autores é discutível, porém o que tem grande interesse pratico é o fato da redução.

Henry Tillier, em um caso acompanhado de luxação postero-externa do cotovelo, incompletamente reduzida, em que o processo de Fèvre falhou, luxando completamente a articulação conseguiu fazer a redução do desvio intra-articular, reduzindo após a luxação pelas manobras usuais. Tendo trabalhado sob ecran radioscópico poudes verificar que o fragmento deixou a articulação por via posterior, naturalmente tracionado pelos musculos epitrocleanos.

Feitas estas considerações sobre o tratamento da interposição articular da epitroclea, passamos a relatar a observação do nosso doente.

OBSERVAÇÃO

I. O., masculino, 12 anos.

Apresentou-se á consulta no ambulatorio do Pavilhão Ferdinando Simonsen em 27-4-39. Refere que na vespera so-

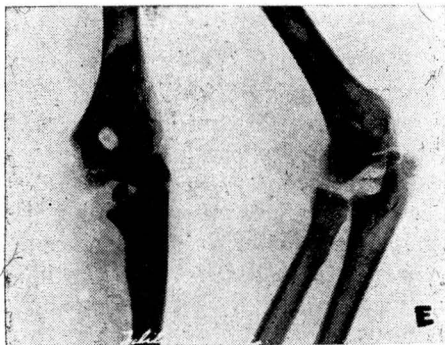


Fig. 1 — Radiografia tomada antes da redução

frera uma queda sobre o membro superior esquerdo, sentindo grande dor no cotovelo e ficando com este muito deformado. Pessoa que o acudiu, imediatamente fez-lhe tração pelo punho. Melhorou da deformidade, porém ficou com os movimentos do cotovelo limitados e dolorosos.

Ao exame, verifica-se que o cotovelo está edemaciado, fletido em angulo de cerca 100 grãos. Os movimentos muito limitados e dolorosos. A' palpação o doente acusa dôr em toda a circunferencia articular, porém mais acentuada na parte in-

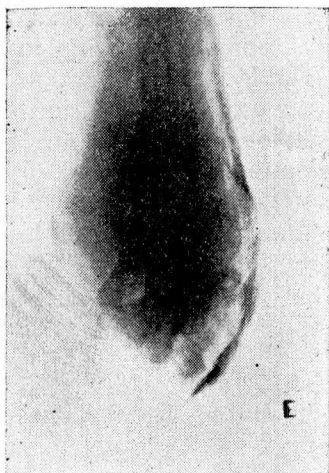


Fig. 2 — Radiografia de frente logo após a redução

terna, no ponto correspondente á epitroclea, onde se nota uma superficie rugosa, em vez do contorno liso daquela saliencia. Não se percebe nenhum fragmento osseo destacado. Não ha sinais de lesões nervosas.

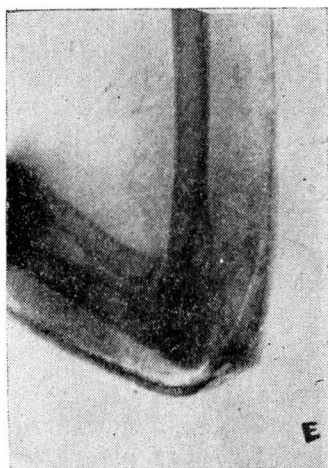
Pelo exame radiografico, nota-se sub-luxação postero-externa do cotovelo (pela historia, luxação incompletamente reduzida) e arrancamento da epitroclea, tendo ido esta se alojar dentro da articulação, entre a grande cavidade sigmoide do cubitus e o humerus.

No dia seguinte, isto é, 40 horas após o traumatismo, foi feita a redução, sob anestesia geral, por meio das manobras aconselhadas por Fèvre e Roudaitis e a imobilização em gesso, com o cotovelo em flexão.

Pelas radiografias posteriores, verifica-se a boa redução da luxação e do desvio da epitroclea.

Após 20 dias, foi retirado o aparelho de imobilização, apresentando-se o cotovelo indolor, porém com movimentos li-

mitados. Foi aconselhada a termobalneoterapia na articulação e o uso normal do membro lesado.



Fia. 3 — Radiografia de perfil logo após a redução

Uma semana depois o paciente se apresentou novamente. O exame feito nesta ocasião mostrou grande recuperação fun-

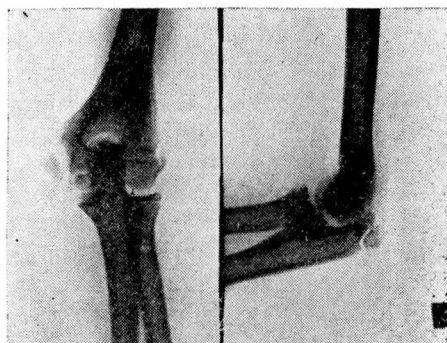


Fig. 4 — Radiografia tirada 20 dias após a redução

cional do cotovelo. Os movimentos tinham a seguinte amplitude: extensão 170 graus, flexão 60 graus, pronação e supinação ligeiramente diminuídas.

Contrariando nosso pedido, o doente não mais apareceu no Serviço.

* * *

Baseando-nos no que foi exposto, concluimos que se deve sempre tentar a redução manual dos desvios intra-articulares da epitroclea, com ou sem luxação do cotovelo. E' o tratamento mais simples, e os resultados não são inferiores aos obtidos pelo tratamento cirurgico, este deve ser reservado aos casos em que aquele falhar.

RESUMÉ

Fracture de l'épitrôclée avec déplacement intraarticulaire. Réduction manuelle

L'A. fait quelques considérations historiques sur le traitement des fractures de l'épitrôclée avec interposition articulaire du fragment détaché, montrant que jusque 1933, l'intervention chirurgicale était l'unique traitement qui donnait un résultat satisfaisant. A cette époque — là Fèvre et Roudaitis démontrèrent que la réduction manuelle du déplacement intraarticulaire était possible et conseillaient le technique qui suit: 1. temps: coude dans l'extension avec avantbras en supination et abduction forcée, on faisant traction; 2. temps: On fléchit lentement le coude on faisant adduction et pronation de l'avantbras. L'A. présent l'observation d'un enfant porteur d'une fracture de l'épitrôclée avec interposition articulaire du fragment et sub-luxation postéro-externe du coude, il avait fait la réduction manuelle selon la manoeuvre de Fèvre et Roudaitis et l'immobilisation en flexion. Le contrôle radiographique a montré la bonne réduction de la luxation et de déplacement épitrôcléen. L'examen fait une semaine après avoir retiré l'appareil a donné un bon résultat fonctionnel du coude. Il termine, en concluant qu'on doit toujours tenter la réduction manuelle et réserver l'intervention pour les cas où le traitement faillirait.

SUMMARY

Epitrochlear fracture with intra-articular displacement. Manipulative reduction

The A. makes a historical survey about epitrochlear fractures with articular interposition of the torn off fragment,

showing that until 1933, open reduction was only treatment giving a satisfactory result. Then, Fèvre and Roudaitis evinced that manipulative reduction of intra-articular displacement was possible and advised the following technic: 1st stage-elbow in extension and forearm in full supination and abduction, traction; 2nd stage-elbow is flexed slowly while forearm is put in adduction and pronation.

The A. presents the observation of a child with an epitrachlear fracture, intra-articular displacement of fragment and postero-external sub-dislocation of elbow. Manipulative reduction was performed according Fèvre and Roudaitis' procedure, and immobilization in flexion. The examen, a week after the splint was removed, recorded a good funcional result. He concludes that manipulative reduction must always be tried and open reduction only performed when it fails.

FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE

Cadeira de Anatomia Topographica

Prof. ODILON GASPAR

Contribuição anatomica ao estudo do ganglio ciliar

Dr. Rui Batista

Assistente

DEFINIÇÃO E SIGNIFICAÇÃO

O ganglio ciliar, lenticular ou oftalmico de Willis, é um dos elementos que integram o chamado sistema organovegetativo da cabeça.

Preferimos a denominação de ganglio ciliar á geralmente empregada de ganglio oftalmico, e isto por diversas razões. Em primeiro lugar, porque a denominação de oftalmico devida, sem duvida, á anexação anatomica e fisiologica do ganglio ao ramo do trigemino do mesmo nome, não tem atualmente, mais razão de ser, em vista dos recentes estudos que o consideram um ganglio parasimpatico, recebendo, portanto, suas fibras do motor ocular comum. Em segundo, por ser o ponto de partida dos nervos chamados curtos ciliares, cuja função corresponde á natureza do ganglio. Finalmente, para evitar as confusões, tão graves quanto frequentes, originadas da existencia do ganglio de Arnold, do maxilar inferior, mais conhecido pela impropria denominação de ganglio otico. Quanto ao nome de lenticular, que ainda dão certos autores tentando lembrar a morfologia, desde logo deve ser afastada uma vez que não corresponde á verdade, pois, sua fórmula é tudo quanto ha de mais variavel.

Como todo ganglio do sistema organovegetativo da cabeça, o ciliar também é considerado como anexado ao

A TRIÁDE INFALÍVEL NAS AFECÇÕES PULMONARES

A QUININOTERAPIA PARENTERAL

DE Homburg

»TRANSPULMIN«

Gripe, bronchites, abscessos pulmonares, Bronco-pneumonias. Nos períodos pré e post-operatórios.

»SOLVOCHIN«

Específico contra a pneumonia genuína. Taquicardia paroxística. Efeito imediato em casos precoces.

»SOLVOCHIN-CÁLCIO«

Reune a ação anti-tóxica, pneumococo-específica da quinina, ao efeito anti-exsudativo e anti-flogístico do cálcio.

DISTRIBUIDORES PARA TODO O BRASIL:

RIO DE JANEIRO
Caixa Postal 3107

Farmaco Ltda

SÃO PAULO
Caixa Postal 2717

REPRESENTANTES PARA PERNAMBUCO
A CHIMICA »Bayer« LTDA.

R E C I F E

Caixa Postal 429

Especialmente na gripe!

PHOSVITANON

Como: estimulante
geral, tônico, eupé-
ptico e hematopoiético.



Proporciona rápida restaura-
ção do equilíbrio orgânico
nos doentes e convalescentes.
Intensifica o tonus geral.

Composição: extratos estan-
dardizados de quina, cola,
noz vômica, lúpulo, piscidia e
de viburno. — Sais de cobre,
ferro, manganês. — Glicero-
fosfato de cálcio e brometo de
magnésio tendo como veículo:
vinhos de "Sherry" e "Malaga".

PROPAGANDA EXCLUSIVAMENTE MÉDICA.

DISTRIBUIDORES PARA TODO O BRASIL:

RIO DE JANEIRO
Caixa Postal 3107

Farmaco Ltda

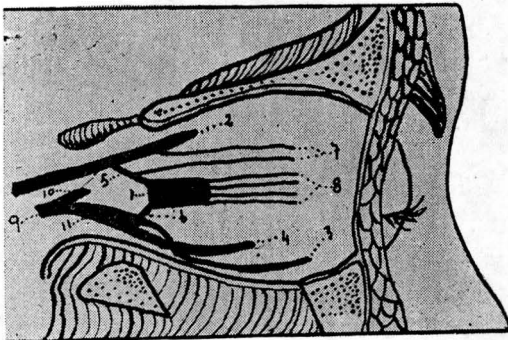
SÃO PAULO
Caixa Postal 2717

R E C I F E

REPRESENTANTES PARA PERNAMBUCO
A CHIMICA »Bayer« LTDA.

Caixa Postal 429

grupo dos nervos craneanos, e tendo em vista sua natureza, hoje aceita pela grande maioria dos anatomistas, de parasimpatico, seu estudo deve ser feito, não com o ramo oftálmico e sim, com o do III par. Com efeito, sabemos que o motor ocular comum possúe um dos cinco nucleos do parasimpatico craneano e que as fibras originadas deste nucleo na parte anterior e média, se



Esquema — 1

EXPLICAÇÃO DOS ESQUEMAS:

- 1 — Ganglio Ciliar
- 2 — Nervo Nasal
- 3 — Nervo Pequeno Obliquo
- 4 — Nervo Réto Inferior
- 5 — Raiz Sensitiva
- 6 — Raiz Motora
- 7 — Nervos Longos Ciliares
- 8 — Nervos Curtos Ciliares
- 9 — Nervo Motor Ocular Comum
- 10 — Tronco Superior do M. O. C.
- 11 — Tronco Inferior do M. O. C.

detêm no ganglio ciliar, entrando aí em sinapse com as células que vão dar as fibras dos nervos curtos ciliares, que por sua vez terminam no musculo ciliar e no esfíncter da íris. Enquanto isto, fibras simpáticas, chegadas do ganglio estelar, que é o ponto de partida de todas as fibras periféricas destinadas às partes do corpo

acima do diafragma, passam ao ramo anterior do anel de Vieussens e daí ao ganglio cervical superior, onde se dividem em dois grupos: um que é constituído de fibras vaso-motoras que acompanham a carotida interna através do conduto cavernoso e outro que compõe a anastomose cervico-gasseriana, chega ao ganglio de Gasser e segue o nervo oftálmico, passando ao ganglio ciliar sem nele se deter e ganhando os nervos longos ciliares. Por essas noções anatomicas, confirmadas pelas experiencias de fisiologia e observações clinicas, vemos que o ganglio ciliar joga o papel de centro, em relação simplesmente ao parasimpatico, não havendo mais razão, por consequencia, de sua descrição acompanhar a do nervo oftálmico. Assim compreendida a significação que se deve dar ao ganglio ciliar, vejamos como está ele constituído macroscopicamente.

CONSTITUIÇÃO

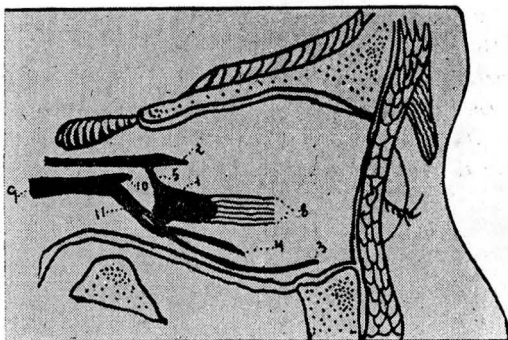
Afectando classicamente a forma de um quadrilátero, recebe por seus angulos posteriores uma raiz sensitiva proveniente do ramo nasal do oftálmico (simpatica) e uma motora, muito menor que a primeira, do do nervo pequeno obliquo, ramo do motor ocular comum (parasimpatica); do lado limitado por esses dois angulos, recebe do plexo cavernoso, uma raiz simpatica directa.

Constituem estas três raízes os ramos aferentes do ganglio. Os ramos eferentes saem do lado oposto e são os nervos curtos ciliares, em numero de quatro e os dois longos ciliares de origem lateral, indo todos ao globo ocular.

Esta é a constituição classicamente descrita do ganglio ciliar.

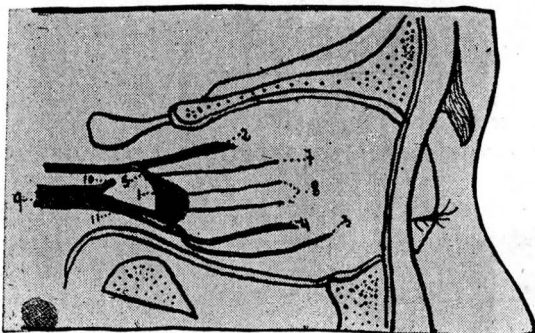
Dissecando apenas trinta peças, elemento numerico de que nos servimos para a elaboração do presente trabalho, fato que evidentemente lhe confere um valor muito relativo, chegamos a observar um numero bem consideravel de variedades na constituição do ganglio, anomalias que eram, ora bilaterais, ora num só lado. Assim, é que em um caso apenas, encontramos as duas raízes com os comprimentos proporcionais, descritos pelos anatomistas (esquema 1),

Em quatro casos não havia a raiz motora, estando o ganglio fazendo corpo com os nervos do pequeno obliquo (esquemas 2, 3, 4) ou do réto inferior (esquema 5),



Esquema — 2

sendo digno de registro o fato de não ter sido encontrado nenhum caso de fusão com o nervo que fornece a raiz sensitiva. A raiz motora sendo fornecida pelo nervo do réto inferior, foi observada oito vezes (esque-



Esquema — 3

mas 6, 7 e 8) e em um caso os dois ramos aferentes eram dados pelo motor ocular comum, um vindo do tronco inferior e outro do nervo do pequeno obliquo (esquema 9). Num outro caso, encontramos também a raiz

motora dada pelo tronco inferior e a sensitiva pelo nasal (esquema 10).

Quanto ao filete simpático descoberto por Lacat e descrito por Ribes, não chegamos a verificá-lo uma única vez, ao que só podemos atribuir, certamente, algum defeito de técnica. Nos ramos eferentes as variedades constatadas foram também numerosas. Encontramos os curtos ciliares, que se originam, como sabemos, da própria massa ganglionar, com seu número variando de dois a seis:: existiam dois nervos curtos ciliares em quatro casos (esquemas 3, 6, 7), três em dois casos (esquemas 5, 9), quatro nervos em dezenove (esquemas 1, 8), cinco em dois (esquema 4) e seis nervos em três peças (esquemas 2, 10).

Os longos ciliares nos parecem ainda mais variáveis, pois, apenas em três casos verificamos sua presença (esquemas 1, 3 e 7). Num caso observamos o nervo se desprendendo da raiz motora (esquema 6) e seguindo o mesmo trajeto dos nervos ciliares. Não julgamos conveniente agrupar este nervo entre os longos ciliares, uma vez que só merecem esta denominação os que nascem da raiz sensitiva, sendo preferível antes, classificá-lo como curto ciliar e isto, pelas noções que já possuímos da significação parasimpática destes nervos, devida ao motor ocular comum.

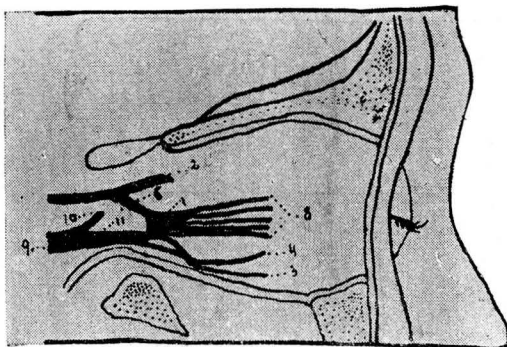
ASPECTO E FÓRMA

Desta maneira constituído, o ganglio ciliar apresenta-se sob o aspecto de uma pequena massa de consistência elástica, lisa e de coloração acinzentada. Como já tivemos oportunidade de dizer, os tratados clássicos consideram o ganglio ciliar com uma forma quadrilátera de ângulos arredondados. Em nossas dissecações observamos uma extraordinária variedade em sua morfologia, que melhor do que descrita pôde ser verificada nos esquemas seguintes, ou ainda nas próprias peças que se encontram conservadas e colecionadas no Pavilhão Anatomico de nossa Faculdade.

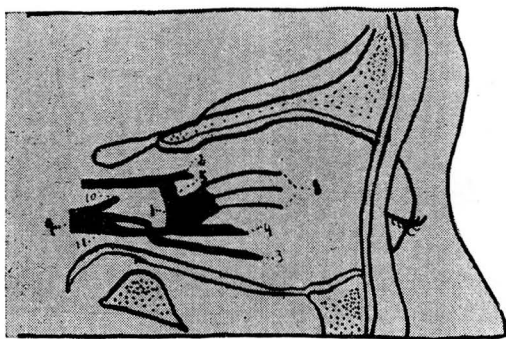
Aqui, apresentamos apenas, os casos que nos parecem mais interessantes, não só quanto à forma do próprio corpo ganglionar, como a respeito da distribuição de seus ramos,

SITUAÇÃO E LIMITES

O ganglio ciliar, se acha situado na porção postero-externa da loja retro-capsular da orbita, na atmosfera gordurosa desta região. Nesta situação, está limitado,

**Esquema — 4**

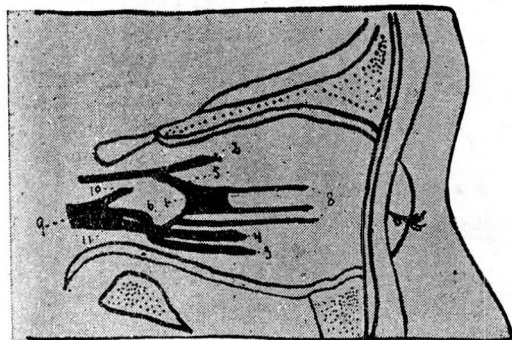
pela parte superior, pelo bordo externo do musculo réto superior; externamente, pelo musculo réto externo; do lado interno, pelo nervo ótico; inferiormente, pelo musculo réto inferior; posteriormente, pelo anel de Zinn

**Esquema — 5**

e tendão do réto externo; e na parte anterior por uma linha que partindo da embocadura da arteria lacrimal, corta perpendicularmente o nervo ótico.

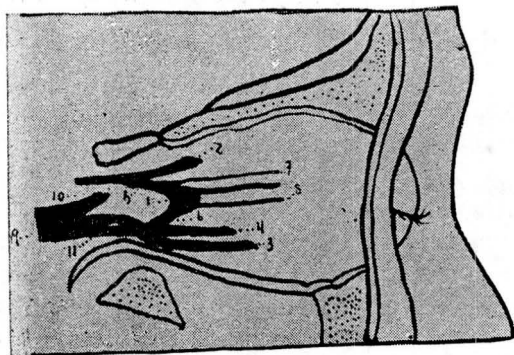
RELAÇÕES

Assim limitado, o ganglio ciliar contrai relações importantes e o considerando, para comodidade do estudo, com a fórmula de quadrilátero podemos dividi-lo



Esquema — 6

em duas faces (externa e interna), quatro bordos ou lados (superior, inferior, anterior e posterior) quatro ângulos (postero-superior, postero-inferior, antero-supe-



Esquema — 7

rior e antero-inferior). Em qualquer que seja a parte em que examinamos suas relações, encontramos em primeiro plano a camada gordurosa; desta maneira as relações que o ganglio apresenta com os órgãos vizinhos

nunca são imediatas e sempre por intermedio da gordura que o envolve.

Face externa — Recoberto neste nivel por uma espessa camada de gordura, acha-se em relação com importantes elementos, como a veia oftálmica e as terminações do nervo motor ocular externo, e num segundo plano com a face interna do réto externo.

Face interna — Relaciona-se aí com o nervo ótico do qual está separado por uma estreita faixa de tecido gorduroso. O ganglio não está inteiramente repousando sobre a face externa do nervo, como afirmam varios autores, porém, apenas sua parte mais anterior, tanto assim que esta porção com a parede externa do nervo, fórma um angulo agudo de abertura posterior, disposição esta explicavel pela direção que tomam os nervos nasal e motor ocular comum de um lado e ótico, do outro, ao penetrarem pelos orificios do vertice da cavidade orbitaria.

Bordo superior — Entra em relação com o nervo nasal e o réto superior.

Bordo inferior — A arteria oftálmica passa a poucos milímetros abaixo deste bordo, relação que mantém até a emissão de sua primeira collateral (arteria lacrimonasal). Relaciona-se ainda com os nervos do pequeno obliquo e réto inferior.

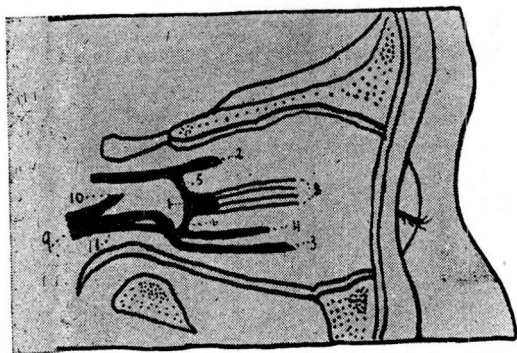
Bordo anterior — Tranpondo seus limites anteriores, relaciona-se por intermedio dos nervos ciliares, ainda com a arteria oftálmica, no segmento correspondente ao cruzamento para dentro do nervo ótico.

Bordo posterior — O tendão do réto externo e a porção externa do anel de Zinn, que constituem os limites posteriores do ganglio, são também aí, as relações mais importantes que apresenta, por meio de seus ramos aferentes.

Angulos — De cada angulo, sempre arredondado, emerge um ramo, que conforme sua origem, aferente ou eferente, mantém relações a que já nos referimos para os bordos anterior e posterior.

VIAS DE ACESSO

O ganglio ciliar é abordado cirurgicamente, pela parede externa da cavidade orbitaria. E' a parede que devemos escolher sempre que se torna necessario intervir no compartimento retro-capsular da orbita, pois, como sabemos, não está em relação com nenhuma região perigosa. Uma ótima via de acesso que julgamos francamente applicavel para o ganglio ciliar, é a utilizada por Jonnesco-Juvara em operações sobre o nervo maxilar superior.



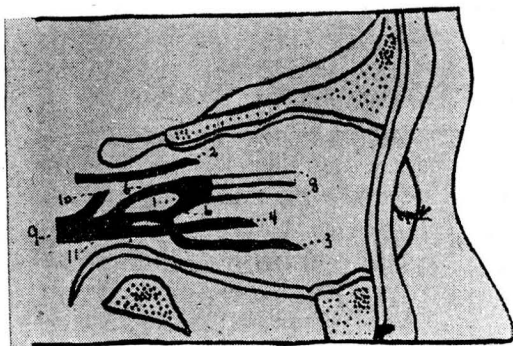
Esquema — 8

Fazemos uma incisão vertical, que vai da cauda do supercílio ao angulo inferior do malar, passando numa distancia de 2 ou 3 milímetros para fóra do rebordo orbitario, e daí outra incisão, obliqua, que vai de um ponto situado a um dedo adiante do tragus passando, por consequencia, abaixo do bordo inferior da arcada zigomatica. Desta maneira, temos um retalho triangular que se disseca e é levado para cima.

Em seguida, incisamos a aponevrose temporal pelas suas inserções no bordo posterior da apofise orbitaria e na arcada zigomatica, sendo esta então serrada pela sua parte posterior; a serra do Gigli introduzida pela parte posterior da apofise orbitaria é dirigida para adiante, interessando toda a porção anterior do malar

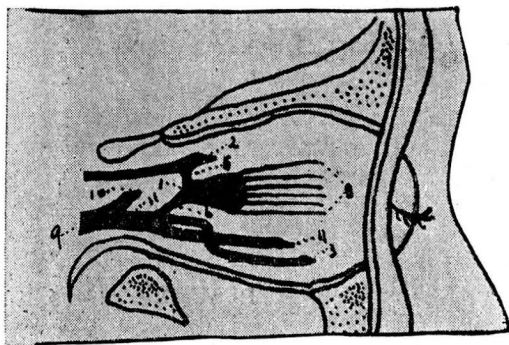
As partes osseas seccionadas, serão reclinadas para

baixo, com seus musculos (grande zigomatico e masseter). O musculo temporal em toda sua porção descoberta será seccionado pelas inserções superiores e o osso ruginado. Aparece a parede externa da orbita.



Esquema — 9

orientada obliquamente de fóra para dentro, que trepanamos. Descoberta a cavidade orbitaria pelo seu lado externo, incisamos a aponevrose de Tenon e caímos



Esquema — 10

em frente ao musculo réto externo, que será afastado para baixo. Chegamos então á camada gordurosa e vamos procurar o ganglio ciliar, podendo para isto serem empregados diversos procedimentos, e sendo ne-

cessario dissecar aquela camada com a maxima delicadeza, tendo em mente as importantes relações vasculares naquele sitio. O acompanhamento do nervo ótico para trás é um excelente meio que podemos lançar mão para chegarmos ao ganglio. Para isto elevamos o musculo réto superior e chegando ao nervo, caminhamos para o orificio ótico, e na união do $1/4$ posterior com os $3/4$ anteriores, dissecamos para fóra, caindo na loja do ganglio onde este será encontrado sem dificuldades.

O nervo motor ocular comum ou o nasal, facilmente identificaveis, constituem excelentes pontos de reparos para a pesquisa do ciliar.

Seguindo a arteria oftalmica até o ponto em que esta cruza o nervo ótico e caminhando um pouco para trás, é outro meio que podemos apelar para ir buscar o ganglio. Aproveitando a relação que já conhecemos com a veia oftalmica, vamos um pouco para dentro e chegamos á loja. No caso de nenhum desses meios serem applicados, podemos agir na proximidade da entrada do nervo ótico no globo ocular, a procura dos ciliares, e seguindo o trajeto destes para trás, o que aliás, conseguimos com alguma dificuldade por causa da gordura, chegamos directamente ao ganglio. O procedimento a seguir, será escolhido de acordo com o que se tenha em vista: um fim cirurgico ou simplesmente anatomico.

A importancia cirurgica sempre crescente de tudo que se prende ao sistema nervoso autonomo, justifica plenamente o lugar que separamos em nosso trabalho para esse assunto de medicina operatoria.

RESUME

Contribution anatomique á l'etude du ganglion ciliaire

Après quelques considérations générales d'ordre anatomique sur le ganglion ciliaire, l'Auteur étudie sa constitution, en disséquant 30 pièces, et conclut que la description classique n'est pas souvent rencontrée, car il a constaté un grand nombre de variétés, malgré le réduit nombre d'observations.

Il étudie l'aspect, la forme, la situation et les limites du ganglion ciliaire et aussi leurs relations. Sur ce sujet, il divise le ganglion en deux faces, quatre bords et quatre angles et considère séparément les relations de chacune de ses parties. Il finit son article traitant des voies d'accès au ganglion. Il croit que les premiers temps de la technique de Jonesco Javara, pour les opérations sur le nerf maxillaire supérieur, peuvent être ici appliqués avec profit, et donne les points de référence intra-orbitaire les plus importants, pour atteindre le ganglion ciliaire. .

SUMMARY

Anatomical contribution to the study of ciliary ganglion

After some general anatomical considerations about the ciliary ganglion, the A. studies its constitution, based in the dissection of thirty specimens, and concludes that the classic description is not the most commonly found. Several features were recorded in the cases he observed.

The A. studies the feature, form, situation, limits and relations of the ciliary ganglion.

He notes at the ciliary ganglion, two faces, four borders and four angles, and considers separately the relations of each one of these parts.

At last the studies the methods of approach to the ciliary ganglion.

He thinks that the first stages of Jonesco-Juvara's technic for operations to the maxillary superior nerve, may be here applied with advantages, and gives the most important intra-orbital landmarks to approach the ciliary ganglion.

PELAS REVISTAS

DIVISÃO — Geral. **SUB-DIVISÃO** — Geral. **CLASSE** — III.

ASSUNTO — *Um caso de tetano generalizado, curado com sôro intraraquidiano, prévio evipan.*

REVISTA — Bol. Soc. Cir. Montevidéo. N.º 4 — 1939 —

AUTOR — J. C. Pravia.

O A. relata a observação de um paciente que teve um surto de tetano, agudo, generalizado, 24 horas após um acidente que lhe determinou uma ferida occipital. Iniciou o tratamento com dose elevada de sôro específico e coadjuvantes, cloral, morfina etc. Fez exereses da ferida a bisturi eléctrico, que permitiu verificar a inexistência de bacilos e esporos nessa região.

Conseguiu localizar o ponto de partida das toxinas: o paciente 15 dias antes enterrara um fragmento de madeira sob uma unha, retirado sem maior dano. O A. verificou então que ainda existia um pequeno fragmento de madeira nesse local. Retirado e enviado ao Laboratório foram achados Bacilos téticos. O A. continuou o tratamento fazendo além de dose elevada de sôro, pelas vias intra-muscular e sub-cutânea, sôro intra-raqueano com anestesia prévia pelo Evipan, que facilitou o uso dessa via.

Tendo injetado 930 c.c. de sôro intramuscular e sub-cutâneo, e 100 c.c. por via intravenosa com 6 anestésias pelo Evipan, atribui o êxito favorável alcançado ao sôro intraraquidiano graças ao Evipan.

Bado comenta a comunicação manifestando-se em desacordo com a conclusão do A.; pensa que deve ser dado valor ao

sôro pelas vias intramuscular e subcutaneo de preferencia ao intrarraquideano. Quanto ao Evipan, crê que ao envés de apenas facilitar as funções deve-se-lhe atribuir um papel de "mordente" do sôro sobre a substancia nervosa similar a do éter e cloroformio. Prefere a via sanguinea para o uso do sôro e accessoriamente a intramuscular e subcutanea, desprezando a intrarraquideana como inefficiente.

Maisonave tambem pensa como Bado e não é de outra opinião Lamas que tambem refere a via retal cuja eficiencia não está ainda comprovada.

Vaquez Rolfi refere o que pensa Salveraglio chefe da clinica infecto-contagiosa do H. Pasteur, o qual não emprega a via raqueana. Usa as outras vias e anestesia pelo éter e cloroformio quando o organismo está impregnado do sôro.

DIVISÃO — Geral. SUB-DIVISÃO — Anestesia. CLASSE.

ASSUNTO — *Anestesia Peridural.*

RELATORIO ao X Cong. da Assoc. Arg. Cir. — 1938

— **AUTOR —** *Alberto Gutierrez.*

O A. faz inicialmente, um estudo historico da Anestesia Peridural, mostrando em seguida o valor da contribuição argentina neste terreno. Depois, realiza estudo anatomico do conduto raquidiano e do espaço extradural, focalizando principalmente sua tensão negativa e em particular as teorias que buscam sua interpretação. Passa, então, a estudar a difusão, dialisação e o mecanismo de ação dos liquidos anestésicos introduzidos no espaço extradural.

Recorda as reações fisiologicas despertadas pela anestesia e estuda criticamente as vias de acesso ao espaço extradural, explicando sua preferencia pela punção mediana. Descreve o material necessario á realização da anestesia, estudando os diferentes tipos de agulha empregados, inclusive o seu modelo pessoal. Como anestésico emprega uma mistura novocaina-pantocaina sem usar medicação sedativa prévia. Adota a posição sentada e punciona entre L1 e L2 ou L2 e L3 independentemente da zona em que deve intervir. Estuda com minúcia a tecnica da punção revelando usar sempre o método direto e injetar o anestésico fracionadamente. Para saber se o extremo da agulha alcançou o espaço extradural dá maior valor ao sinal da gota de Gutierrez presente em 81.92% dos casos. Estuda, ainda, o sinal da sensação tactil de atravessamen-

to dos ligamentos amarelos (ao seu vêr muito pouco frequente) da prova da aspiração líquida de Pagés e Dogliotti.

Oteve anestésias ao 20.^o minuto de injeção anestésica e por um espaço de hora e meia. Em media obteve anestésias extendidas desde o apendice xifoide ás plantas dos pés.

Examina os valores tensiométricos pelo Vaques-Laubry e mostra que as modificações tensionais após a anestesia são geralmente pouco acêntuadas, contrariamente ao que sucede na raqueanestesia. As modificações sanguíneas post-anestésicas foram pesquisadas em 30 doentes concluindo o A. que nos pacientes não operados a anestesia extradural não produziu alterações físico-químicas atribuíveis ao método. Promete neste particular um trabalho mais detalhado. Trata das indicações e contra-indicações da anestesia e comenta os acidentes anestésicos observados. Obteve 3 acidentes mortais: um era cardíaco descompensado, outro tinha arritmias frequentes e um outro morreu durante a injeção anestésica. Demonstra como os acidentes e fracassos são geralmente devidos a defeitos técnicos e apresenta as vantagens da peridural em face aos outros meios de anestesia. Como apendice ao seu trabalho o A. acrescenta contribuição alheia obtida com cirurgias do Brasil, Chile, Italia e Argentina. Terminando o trabalho, expõe conclusões baseadas nos conceitos emitidos e desenvolvidos no texto e uma bôa bibliografia da materia.

DIVISÃO — Geral. SUB-DIVISÃO — Anestesia. CLASSE.

ASSUNTO — *Anestesia peridural.*

REVISTA — Rev. Cir. de S. Paulo — Dez. 1938.

AUTOR — E. J. Zerbini.

O A. faz inicialmente um estudo resumido sobre a anatomia e fisiologia do espaço peridural, detendo-se a seguir na tecnica, indicações, contra-indicações e acidentes nesse tipo de anestesia realizadas no Serviço do Prof. A. Correia Néto. Obteve 88% de bons resultados; em 12% dos casos a anestesia não permitiu a realização da intervenção.

A maior percentagem de bons resultados foi alcançada com a esurocaina adicionada a renaleptina que atingiu a 91,3% enquanto a neotutocaina forneceu 89,3% e a novocaina 83,6% apenas. Faz um estudo dos acidentes que podem sobrevir comparando-os com os da raqueanestesia.

Apresenta o A. graficos não só dos resultados obtidos com os diversos anestésicos como também das variações da pressão arterial e do pulso durante as anestésias. Verificou que a hipotensão é pouco frequente e quando existente relativamente pequena; a hipertensão foi observada sem que tivessem sido empregados medicamentos e em grande numero de casos a tensão ficou inalterada. Explica a hipotensão dizendo que ela é provocada por paralisia respiratoria relativa com anoxemia o acúmulo de CO₂ no sangue circulante.

As punções foram feitas entre as ultimas dorsais e primeiras lombares e a quantidade injetada foi em 31% dos casos de 50 a 55 c.c. e a maxima empregada foi de 65 c.c..

O sinal da gôta foi positivo em 72,4%. Relatando os accidentes refere apenas um de gravidade: uma síncope respiratoria que desapareceu 30 minutos após inicio de respiração artificial.

DIVISÃO — Geral. SUB-DIVISÃO — Ossos. CLASSE — II.

ASSUNTO — *Tratamento das inflamações periarticulares post-traumaticas cronicas.*

REVISTA — Mem. de l'Acad. de Chi. T. 64 — N.º 24 — 1938 — **AUTOR —** A. Jirasek.

O A. mostra os insucessos terapeuticos nas escleroses periarticulares post-traumaticas, obtidas com os meios comuns de tratamento. Expõe os resultados obtidos com uma nova tecnica, fundamentada nas idéas de Leriche e que consiste na injeção de novocaina a 1/2 1% ou de percaina a 1º/oo nas partes moles periarticulares, no interior das articulações e no simpatico lombar, nas articulações do membro inferior, e toracico, no membro superior. Aplicou o método em 15 doentes, dos quais 11 eram portadores de escleroses periarticulares do joelho e 4 de escleroses periarticulares dos dedos. Obteve 8 bons resultados nas afecções do joelho e 3 vezes nas dos dedos. Algumas vezes realiza somente a infiltração periarticular, obtendo bons resultados. Outras vezes, porém, realiza ainda a injeção intraarticular e o bloqueio do tronco do simpatico. Não encontra explicação científica completa para o método que resulta de observações empiricas,

DIVISÃO — Geral. SUB-DIVISÃO — Ossos. CLASSE — II.

ASSUNTO — *Influencia da corrente electrica sobre a formação do calo osseo.*

REVISTA — O. T. A. M. Janeiro-Fevereiro, 1938 —
AUTOR — F. D'Asaro.

Refere o A. a pratica corrente do uso do fio metalico para a osteo-sintese. Diz que de alguns anos para cá, os autores franceses vêm se ocupando do assunto. Cita Menegaux que provou ter a natureza do metal importancia em relação á tolerancia por parte do organismo. Assim cultivou celulas osseas "in vitro" em presença de diversos metais e ligas, e viu a fragilidade de tais culturas pois a minima infecção as destruia. Aquele autor estabeleceu uma escala de toxidez para os diversos metais e ligas. *a)* muito toxico = cobre, ferro, magnesio, bronze, aluminio e aço doce — *b)* menos toxico = zinco, prata, estanho, níquel, liga de aluminio e diversos aços. *c)* não toxico = ouro, chumbo e diversas ligas. Ao mesmo tempo Masmonteil, clinica e radiologicamente, chegou a resultados identicos aos de Menegaux.

Para que o fio seja bem tolerado é preciso que tenha uma constituição homogenea de modo a não crear ação electrolitica. O osso vivo tem uma tensão de 200 a 220 mil volts e pôde ser creada uma corrente electrica entre o metal e o osso se aquele tem uma carga diferente. Assim Masmonteil viu que: *a)* se o metal tem uma tensão superior, da uma corrente do metal para o osso que pôde determinar desde uma osteite condensante a uma osteite rarefacente; *b)* se o metal tem uma tensão vizinha a corrente será nula e a tolerancia perfeita. *c)* se o metal tem uma tensão inferior ha uma corrente do osso para o metal, parecendo que esta corrente "osteofuga" atíva o fenomeno da consolidação. Diz o A. que embora os autores franceses tenham introduzido a metalografia na traumatologia, contudo o assunto requer maior desenvolvimento.

Diz que a aplicação de corrente continua não tinha até então sido tentada e cita o Prof. Calandra que fez experiencia com diversos fios com e sem passagem de corrente galvanica.

Os metais usados foram: ferro zincado, cobre e latão. Chegou a identicos resultados dos autores franceses. Afirma, porém que com a corrente empregada ha uma acentuação dos prejuizos já referidos. Assim ha uma precipitação de sais de cálcio sem a corrente e com esta mais prontamente se dá o fe-

nomeno e a não consolidação. Cita experiencias ilustradas com clichés.

DIVISÃO — Geral. SUB-DIVISÃO — Ossos. CLASSE — IV.

ASSUNTO — *Artroplastia com interposição de pergaminho.*

REVISTA — O. T. A. M. — Maio-Junho 1938. **AUTOR —** P. Baiocchi.

O A. inicialmente passa em revista todas as substancias, organicas e inorganicas, que têm sido empregadas nas artroplastias. Lembra em seguida, o pergaminho que considera com um ótimo meio de interposição naquele tipo de intervenção. Realiza uma serie de experiencias em animais (coelhos e principalmente cães) comparando os varios tipos de artroplastia com interposição dos bordos aponevroticos, pedunculados, livres, com ou sem tecido conectivo, com as artroplastias do tipo que recomenda.

Faz extensas considerações sobre a artroplastia com interposição de pergaminho, estudando a esterilização, asepsia, histologia e absorção desta substancia. Observou pelo exame histologico grossos feixes de conectivo fibroso paralelos e aplicados uns contra os outros, formando massa compacta e resistente. Diz que o pergaminho, com o catgut, é absorvido num tempo que varia de 20 a 60 dias, segundo a capacidade fagocitaria do individuo. Cita o fato notavel sob o ponto de vista anatomico e clinico do pergaminho não aderir ao conectivo de neoformação, como succede na interposição de aponevrose, levando a grande vantagem de reduzir ao minimo a adherencia fibrosa post-operatoria intra-articular e capsular, sendo assim sua função a de uma verdadeira membrana isolante que além de ser uma substancia organica inerte e reabsorvivel não participa dos processos de reparação endo e peri-articular. A desagregação e a reabsorção são tanto mais rapidas quanto mais precoces e sistematicos são os movimentos passivos. O pergaminho oferece a vantagem de ser conseguido com grande facilidade e economia na quantidade que no momento se desejar e tambem de abreviar o ato operatorio livrando o doente de uma intervenção subsidiaria. O trabalho é ilustrado com muitos quadros demonstrativos de suas experimentações, radiografias e fotografias de peças anatomicas,

• **DIVISÃO** — Cabeça. **SUB-DIVISÃO** — Cabeça. **CLASSE** — IV.

ASSUNTO — *Meio auxiliar para as intervenções cirúrgicas.*

REVISTA — Zentb. f. Chir. — **AUTOR** — *Marcus.*

O A. indica um pequeno cuidado que assegura melhor asepsia dando afastamento certo dos cabelos do campo operatorio na sutura das feridas e nas pequenas intervenções sobre o couro cabeludo. Consta da aplicação de um anel de cobre enquadado, revestido inferiormente de borracha e tendo preso lateralmente duas faixas de linho que permitem prendê-lo á cabeça do doente.

E' fabricado de duas dimensões: 6x7,5 e 4x5 cms.

A fôrma oval e a capacidade de encurvamento do material dão a possibilidade de adaptar o aparelho em qualquer ponto da cabeça.

Após delimitada a área a operar e retirados os pelos adapta-se o aparelho que não cria obstaculos á anestesia e á intervenção pela sua fôrma achatada.

Tem sido largamente usado na clinica em que trabalha.

DIVISÃO — Pescoço. **SUB-DIVISÃO** — **Tiroide.** **CLASSE** — III.

ASSUNTO — *Exoftalmos do tipo encontrado na molestia de Graves.*

REVISTA — Transactions Int. Col. of. Surg. Vol. I, N.º I — 1938 — **AUTOR** *D. Marine.*

E' um trabalho da Secção de Laboratorio do Hospital Montefiore de New-York. O A. faz estudo detalhado da exoftalmia que a molestia de Graves-Basedow provoca, lembrando as varias hipoteses apresentadas para explicar a sua etiologia e patogenese. Informa sobre as lesões anatomo-patologicas dos tecidos orbitarios, encontradas em diferentes animais em que a exoftalmia experimental tinha sido provocada. Refere-se á exoftalmia que acompanha outras molestias tais como: raquitismo, acromegalia, leucemia, nefrite cronica etc. Ha neste artigo, interessante estudo de anatomia comparada da orbita de valor para a interpretação dos resultados experimenta's.

Baseado em trabalhos experimentais e informes clinicos o A. procura nova explicação para a patogenese da molestia de

Graves-Basedow. Julga tratar-se de uma disfunção pituitária associada a uma deficiência da tiroide. Nos animais tireoidectomizados, as injeções de extrato do lobulo anterior da hipofise, produzem exoftalmia mais rapida e mais grave do que em animais normais. A tiroxina não acelera a produção da exoftalmia, mas ao contrario, retarda o seu desenvolvimento nos animais tireoidectomizados e normais. O mesmo efeito é conseguido com a administração de ioduretos. A tireoidectomia parcial, tratamento padrão para a molestia de Graves, agrava a exoftalmia, afirma o A., e os cirurgiões abusam dessa intervenção, porque sabem poder compensar o hipotireoidismo subsequente com o emprego de ioduretos, extrato de tiroide e tiroxina.

Uma perturbação do metabolismo do calcio e fosforo está associada á disfunção pituitaria e tiroidiana na produção da exoftalmia. A administração pre-operatória de iodados diminúe a incidencia da exoftalmia.

DIVISÃO — Torax. SUB-DIVISÃO — Torax. CLASSE — I.

ASSUNTO — *A ausencia dos musculos peitorais.*

REVISTA — An. Anat. Path. — T. 15 — N.º 8 — 1938

— AUTOR — *Frasain e Strat.*

Os AA. inicialmente fazem ligeiros comentarios acerca da anomalia, apresentando em seguida, duas observações de doentes portadores da malformação.

A primeira se refere a um caso de ausencia completa dos musculos, grande e pequeno, peitorais esquerdos notando-se deste lado a parede anterior da axila faltando totalmente. Os movimentos do membro superior esquerdo normais em todas as direções. O deltoide esquerdo que se mostra muito mais desenvolvido que o direito, supre a ação dos peitorais, executando o movimento de adução, de projeção anterior e cruzamento dos braços. Contribuem tambem para estes movimentos os musculos: grande e pequeno redondo, grande dorsal, supra e infraespinhoso e o sub-escapular. Neste caso ainda se observa a ausencia do mamilo esquerdo, que é substituido por uma fosseta no meio da aureola. A segunda observação é de um caso de ausencia parcial dos peitorais direitos, associada á do mamilo e do grande denteado correspondente. A porção clavicular do grande peitoral direito está presente e o deltoide

deste lado muito desenvolvido. Todos os movimentos são normais.

As duas observações são ilustradas com fotografias dos casos.

DIVISÃO—Mem. sup. **SUB-DIVISÃO**—Espad. **CLASSE**—I.

ASSUNTO — *Estudo radiografico da clavícula em posição axilar*

REVISTA — O. T. A. M. — Fev. 1938. **AUTOR** — F. Russo.

O A. estende á clavícula a exigencia feita para outros ossos, referentes a tomada de radiografias em duas posições. A radiografia comumente usada em plano frontal, oculta os desvios no sentido horizontal.

A posição que aconselha é a axilar.

Técnica: membro superior em abdução de 45°, projeção da espádua e leve flexão do cotovelo.

Cabeça fletida e inclinada para o lado oposto ao do exame.

Consegue-se, assim, descobrir a parte media da clavícula e mesmo a articulação esterno-clavicular.

O tubo é colocado abaixo da axilla e um pouco para traz da linha axilar media, de maneira que o feixe radiante forme com esta um angulo de cerca de 30°; tal disposição traz duas vantagens:

a) o raio central encontra a superficie inferior da clavícula — b) a sombra costal fica dissociada da clavicular.

A distancia do tubo á chapa deve ser 70 ct.

A chapa de 18x24 colocada na região clavicular, inclinada de cima para baixo e de traz para diante de cerca de 30° e com um angulo assentado na acromio-clavicular e um outro na externo-clavicular.

Mostra varios clichés.

DIVISÃO—Membro sup. **SUB-DIVISÃO**—Braço. **CLASSE**—I.

ASSUNTO — *Patologia e Cirurgia do processo supra-epitrocLEAR.*

REVISTA — Chir. Or. Mov. Vol. — XX. Faseq 2 — 1938. **AUTOR** — F. Mandruzzato.

O A. depois de estudar a morfologia da anomalia, passa a mostrar o interesse para o cirurgião, do conhecimento da-

quela disposição e manda, sempre que se tenha de intervir sobre a arteria umeral ou nervo mediano, palpar sobre a pele a proeminencia ossea 4 ou 5 cms. acima da prega do cotovelo. Uma vez constatada a presença do processo supraepitrocleeal, estender a incisão 2 ou 3 cms. acima do referido processo. Cita alguns estudos de anatomistas, psiquiatras e radiologistas a respeito da anomalia, chamando atenção para o fato de cirurgiões e ortopedistas só muito raramente terem dele se ocupado. Transcreve e comenta uma observação de Solié, de um doente portador de nevrite do mediano por presença do processo supraepitrocleeal.

Apresenta 5 observações pessoais, entre as quais duas constituem uma notavel contribuição á patologia do processo anomalo e á tecnica operatoria: são dois casos em que a anomalia produziu nevrite do mediano e foram operados com sucesso. Termina fazendo comentarios em torno da síndrome de nevrite irritativa do mediano que o processo provoca e descrevendo a tecnica cirurgica que nestes casos deve ser aplicada.

O trabalho é ilustrado com radiogramas de todos os casos estudados.

DIVISÃO—Mem. sup.—**SUB-DIVISÃO**—Braço. **CLASSE**—II.

ASSUNTO — *Fratura do colo cirurgico do úmero irreductivel por manobras incruentas, na criança.*

REVISTA — Bol. Soc. Cir. Montevidéo — N.º 4 — 1938. **AUTOR** — R. J. Caritat.

O A. apresenta 4 observações de fraturas do colo do úmero em criança, nas quais realizou reduções sangrentas. Em 2 desses casos realizou tração trans-esqueletica, com a qual não conseguiu reduzir a fratura, havendo tambem sido feita em um terceiro tração continua, ainda que não direta. Verificou a interposição do tendão do longo biceps em dois pacientes e num terceiro a interposição de capsula articular; no quarto observado não havia interposição alguma; o A. atribue nesse ultimo a falta de redução com tração trans-olecraneana á contratura muscular só vencida incompletamente pela tração, o que não poude ser continuada tendo em vista a indocilidade da criança. Realiza a intervenção preferentemente através de uma janela no aparelho gessado toraco-braquial e aborda o foco por uma incisão no espaço delto-peitoral.

Em geral não coloca nenhum material de osteosintese, po-

rém nos casos de difícil contensão passa uma aça de catgut cromado. Convem assinalar que o tempo de imobilização foi de 22, 28, 33 e 37 dias nas quatro observações apresentadas.

DIVISÃO—Memb. sup. **SUB-DIVISÃO**—Anteb.**CLASSE**—II.

ASSUNTO — *Fratura dos dois ossos do antebraço.*

REVISTA — Jour. Inter. Chi. T. III — N.º 5 — 1938.

AUTOR — R. A. Griswold.

As fraturas dos dois ossos do antebraço são geralmente mais difíceis de tratar, e mais graves no adulto que na criança. A restauração das relações habituais do radio e do cubito é essencial para se obter o movimento de rotação normal do antebraço. As fraturas devem ser reduzidas em supinação completa quando localizadas acima da inserção do redondo pronador e em semi-pronação para as situadas abaixo deste ponto.

O A. apresenta um aparelho que permite obter o controle da rotação ao mesmo tempo que uma tração poderosa.

Uma moldagem em gesso com pressão interossea pôde ser aplicada ao aparelho sem prejuizo da redução.

A fixação do esqueleto pôde ser acrescentada quando indicada. A redução a céu aberto pôde ser feita com um controle perfeito de tração e posição.

O aparelho pôde também prestar serviços em outras lesões do antebraço, punho e mão, nas quais se necessite de uma forte tração.

DIVISÃO—Coluna. **SUB-DIVISÃO**—Cervical. **CLASSE**—II.

ASSUNTO — *Fratura do atlas e do axis.*

REVISTA — Lyon Chi. — Set. 1938. **AUTOR** — Patel.

O A. apresenta a observação de um paciente, medico, que em consequencia de um acidente de automovel, teve fratura da coluna cervical. O acidentado fez o diagnostico, em virtude da intensa dôr que sentia, exacerbada pelo menor movimento, dores faringéas á deglutição, sendo ausentes quaisquer perturbações, sensitiva ou motora.

O exame radiologico demonstrou fraturas do atlas e axis, localizadas nos arcos posteriores, com sub-luxação para diante

sobe a C₅. O tratamento foi realizado pela extensão-flexão, o mento aflorando o externo.

Com sete semanas, o paciente poudo se levantar tendo colocado um aparelho de celuloide.

Após 5 meses do acidente, foi retirada toda aparelhagem.

O estado atual, um anos depois, é excelente, tendo como reliquat uma pequena diminuição de 2/3 dos movimentos de rotação da cabeça para a direita e esquerda.

Chama a atenção para a localização da fratura, nos arcos posteriores e no tocante á sintomatologia, considerando habitual a ausencia de perturbações nervosas, dada a amplitude do canal raquidiano a esse nivel, assinala "a dôr intensa da região cervical e a dôr á deglutição, bastante características".

E' partidario da redução lenta que permite facilmente a redução do desvio.

DIVISÃO — Coluna. SUB-DIVISÃO — Cervical. CLASSE—II.

ASSUNTO — *Luxações da coluna cervical.*

REVISTA — Lyon Chi. — Set. 1938. **AUTOR —** *M. Tavernier.*

A proposito da comunicação de Patel, o A. relata algumas observações de luxações da coluna cervical que tiveram evoluções bem diversas. O primeiro caso é o de um homem visto 8 meses depois do acidente, apresentando então uma pequena gibosidade cervical baixa, que dataria do acidente. O exame radiografico mostrou uma luxação de C₄ cujo corpo se encontrava adiante de C₅, medindo o deslocamento mais de 1 centimetro e meio.

Não teve o paciente nenhuma perturbação nervosa e o A. extranha como a medula poudo escapar a tal deslocamento.

O segundo, observado tambem só tardiamente (35 dias após o acidente) procurou o A. para se tratar em virtude da atitude viciosa da cabeça; era portador de uma luxação atlóido-axoidea com fratura da apofise odontoide. Não apresentava perturbações nervosas. O doente foi colocado em tração e conseguida boa redução. Revisto 9 meses depois do acidente ele não apresentava nenhuma perturbação, ainda que a radiografia mostre uma pseudoartrose da apofise odontoide.

A terceira observação é concernente um caso de desloca-

mento progressivo, com fratura da apófise odontoide, reconhecido algumas semanas após o acidente. Foi colocado em tração e gessado secundariamente. Oito meses depois continuava a luxação a se agravar pelo que realizou o A. um enxerto ósseo que uniu o occipital às ap. espinhosas das 2.^a e 3.^a vertebra cervicais.

Atualmente 8 anos após, o paciente tem uma amplitude quasi normal dos movimentos da cabeça e nenhuma alteração. O ultimo observado visto no 5.^o dia já com perturbações nervosas foi colocado em tração, falecendo nessa mesma noite; era portador de luxação de C₅ para diante de C₆ com um deslocamento de 2 cms.

Chama a atenção para a extrema lentidão da consolidação dos deslocamentos, documentada por uma redução tardia facil. Diz que um deslocamento que progrida ainda depois de 3 meses, deve nos exortar a uma grande prudencia e a imobilizações prolongadas.

DIVISÃO—Abd. SUB-DIVISÃO—Par. do vent. CLASSE—III.

ASSUNTO — *Frenicectomia e eventração abdominal post-operatoria.*

REVISTA — Rev. de Cir. B. Aires — Outubro 1938.

AUTOR — *Alberto Gutierrez.*

Entre as diversas indicações da frenicectomia, encontra-se a de ampliar a cavidade abdominal mediante relaxamento de uma metade do diafragma com o objetivo de facilitar o tratamento das grandes eventrações abdominais. Ha bem pouco tempo (1931), portanto ha 8 anos apenas, foi realizada em Madrid a primeira intervenção no genero.

Em todos os casos de hernia irreductivel ou eventração, a frenicectomia prévia tem justificado plenamente seus fins.

O A. apresnta uma observação pessoal de uma hespanhola de 53 anos de idade, portadora de volumosa eventração post-operatoria, em que a frenicectomia prévia facilitou consideravelmente a intervenção, mediando entre as duas operações um espaço de 60 dias.

DIVISÃO—Abdomen. SUB-DIVISÃO—Reto. CLASSE—III.

ASSUNTO — *O exame radiológico nas retites do tipo Nicolas Favre.*

REVISTA — Arq. Cir. Clin. e Sxp. Vol. II — N.º 1 — 1938. AUTOR — *E. Cotrim.*

O A. relata sua experiência de 2 anos no terreno do exame radiológico das retites estenosantes. Lembra ter sido Vasconcelos o primeiro a reconhecer a maior importância das radiografias nestes estados.

Toma radiografias usando como contraste o sulfato de bário em enema, realizando 4 horas antes uma lavagem intestinal de 600,0 de água tepida.

Em seguida, acompanha pela radiosopia e enchimento da ampola retal, passagem para o sigmoide e chegada ao descendente. Executa a primeira radiografia logo após retirar a sonda do anus, a qual representa a imagem do reto em distensão. Logo após manda o paciente evacuar e toma uma nova radiografia que mostrará o relevo da mucosa em luz colada.

Em 4 itens resume os esclarecimentos trazidos pelo exame radiológico nas retites estenosantes:

1.º) o conhecimento do grão de estenose fixado em documentos pessoais; 2.º) o conhecimento do estado da mucosa, sobretudo, quanto á presença de fistulas e diverticulos; 3.º) apreciação da localização e extensão do processo estenosante; 4.º) apreciação do tamanho da alça sigmoide.

Este ultimo de grande importancia cirurgica pois a revelação de um sigmoide curto contraindica após amputação do reto se realizar o abaixamento do sigmoide. O A. apresenta 5 observações documentadas com radiografias, as quais comprovam as suas afirmativas

DIVISÃO—Abdomen. SUB-DIVISÃO—Reto. CLASSE—III.

ASSUNTO — *Concomitancia do linfogranuloma venereo e da schistosomose nas retites estenosantes.*

REVISTA — Ar. de Cir. Clin. e Exp. — Junho 1938. AUTOR — *P. Tibiriçá.*

O A. inicialmente recorda a etiologia da retite estenosante, geralmente aceita como devida ao linfogranuloma venereo.

Mostra como este conceito é firmado sobretudo na reacção de Frei e se decide a realizar exames histopatologicos nos acha-

dos de necropsia e nas peças enviadas pelo Prof. Vasconcelos. Relata, após, quatro observações clínicas documentadas com fotografias e microfotografias. Nas duas primeiras observações, encontrou concomitância de lesões do linfogranuloma venereo com a schistosomose mansônica. Nas duas outras afóra as lesões do linfogranuloma venereo, encontrou indícios fortes de uma infestação schistosomótica passada.

O A. chama atenção para a valia do exame anatomo patológico no estabelecimento do prognóstico e da terapêutica post-operatoria. Em seguida mostra a desvantagem de se atribuir sempre ao linfogranuloma venereo a etiologia das retites estenosantes afastando outras possibilidades etiopatogênicas.

Estuda a reação tecidual contra as duas afecções e lembra a oportunidade de se inquirir o papel do schistosomum mansoni nas estenoses retais.

DIVISÃO—Abdomen. SUB-DIVISÃO—Apend. CLASSE—III.

ASSUNTO — *Apendiculalgia.*

REVISTA — Rev. Mex. Cir. Gin. e Cancer — N.º 8 —
-938. AUTOR — *C. Calero.*

O A. narra o caso de um pequeno enfermo que apresentava em traços gerais o quadro de uma crise aguda do apendice, mas que por exclusão de varias circunstancias e por falta de muitos elementos clínicos para varios outros diagnosticos, chegou a conclusão de que se tratava de uma apendicite paludica. Desde a vespera o doente apresentava tosse, náuseas e vomitos; pela madrugada sentiu forte dôr no ponto de MacBurney. Não havia defesa muscular na fossa iliaca direita. Baço impalpavel.

Depois de tecer longos comentarios sobre os varios aspectos com os quais se apresentam as apendicites, o A. chegou á conclusão de que se tratava de uma apendicite paludica, com o quadro de apendiculalgia, muito embora o exame de laboratorio fosse negativo.

Fez terapêutica com bicloridrato de q.q. conjuntamente com plasmôquina, desaparecendo todos os sintomas 3 dias após. O enfermo teve alta curado. O A. insiste sobre as falsas apendicites crônicas, dizendo que a litíase renal, colecistite, o ceco movel e as parasitoses intestinaes obrigaram mais de uma vez a in-

tenvenções sem nenhum resultado. Recorda a anatomopatologia das apendiculalgias palúdicas e indica a terapeutica adequada.

DIVISÃO—Abdomen. **SUB-DIVISÃO**—Apend. **CLASSE**—III.

ASSUNTO — *Tumores carcinoides do apendice.*

REVISTA — The British Jour. of Sur. Octb. 1938.

AUTOR — T. Moore.

O A. passa em revista a literatura mundial acerca dos tumores carcinoides do apendice; estuda o historico, patologia etiologia etc. Apresenta 10 novos casos bem estudados e comprovados histopatologicamente. O A. em seis meses encontrou dois casos de apendicite aguda provocada por carcinóide, depois verificou outros casos formando um total de 10. De acordo com a sintomatologia dividiu os 10 casos em 3 grupos: 1.º) Em 6 casos a obstrução do apendice ocorreu devido ao tumor e uma sequela inflamatória se seguiu; 2.º) Em 3 casos a doença estava associada a uma apendicite aguda sem significação etiologica; 3.º) Um caso existia no qual um pequeno tumor estava presente num apendice normal. O diagnostico apenas poderá ser feito na ocasião da operação ou numa necropsia. Quanto ao prognostico em geral é bom, pois o tumor raramente toma grandes proporções. Nos casos simples uma apendicectomia será sufficiente como terapeutica, estando o tumor mais expandido, será necessario a extirpação do colo direito com os ganglios invadidos.

Em seguida o A. apresenta 10 observações, acompanhadas de microfotografias elucidativas. Termina dizendo que nas suas observações em 60% dos casos o carcinóide foi responsavel por uma apendicite aguda obstrutiva e que tais tumores seriam largamente encontrados se nos Hospitais de Pronto Socorro fossem feitas melhores pesquisas.

DIVISÃO—Abdomen. **SUB-DIVISÃO**—Apend. **CLASSE**—III.

ASSUNTO — *Apendicite quística.*

REVISTA — *Rev. Mex. Cir. Gymn. e Cancer* — N.º 8 — 1938. **AUTOR** — L. T. Aubert.

O A. narra o caso de um enfermo de 30 anos que ha cinco anos vem sofrendo de transtornos digestivos, principalmente

sensação de distensão abdominal após ingestão dos alimentos e constipação.

De quatro anos para cá vem sentindo dores intermitentes na fossa ilíaca direita. Feito o diagnostico diferencial com outras doenças foi o paciente operado sofrendo uma apendicectomia. Desfeitas varias aderencias o apendice se apresentou maior que o normal e com a extremidade bastante distendida dando a impressão de uma alça intestinal.

O exame da peça revelou profunda modificação histologica.

Havia proliferação de tecido fibroso com infiltração linfocitaria discreta. A paciente obteve alta curada.

O A. faz considerações em torno da raridade dessas apendicites e termina com uma interpretação sobre a formação da bolsa quística, atribuindo a uma inflamação apendicular que determinou acúmulo de liquido seroso após fechamento de sua luz possivelmente pela própria inflamação motivada.

DIVISÃO — Memb. inf. **SUB-DIVISÃO** — Pé. **CLASSE** — II.

ASSUNTO — *Fratura do astragalo. Resultado após 12 anos...*

REVISTA — *Lyon Chi.* — Set. 1938. **AUTOR** — P. Mallet Guy.

O A. apresenta a observação de um paciente que tratou 12 anos atrás, portador de uma fratura do colo do astragalo. A radiografia primitiva mostrava uma bascula para dentro do corpo do osso. Realizou então uma redução ao 3.º dia do acidente, sob manobras ortopedicas. Comprovada a boa redução colocou um gessado que perdurou por 40 dias fazendo mobilização passiva 2 ou 3 vezes por semana a partir do 18.º dia. Revisto atualmente, 12 anos depois, o paciente não apresenta nenhuma sequela apreciavel, além de uma limitação persistente de flexão dorsal que vai a 90º. Recorda que conforme ficou concluido das discussões da Soc. de Cir. de Lyon (1902) a astragalectomia indicada nas fraturas irreductiveis e sistematicamente nas fraturas do corpo não era applicavel nas fraturas do colo do astragalo.

O A. considera que apesar das desordens frequentemente impressionantes é posivel obter uma redução correta por método incruento e que a irreductibilidade nos casos de fratura do colo poderia justificar uma redução sangrenta.

Discutindo a comunicação, Polosson acha que em relação às fraturas do astragalo, a astragalectomia perde terreno cada vez mais; e acrescenta que o pé astragalectomizado não melhora sempre com o tempo. Recorda que em sessão de 1937 apresentou 2 resultados de síntese a parafuso em astragalos fraturados e que foram confirmados favoráveis com o decorrer do tempo. Declara que no tocante as fraturas do astragalo as vantagens, seja da redução ortopedica ou sangrenta, são incontestáveis.

DIVISÃO -- Memb. inf. SUB-DIVISÃO — Pé. CLASSE — II.

ASSUNTO — *Fratura do colo do astragalo e luxação subastragaliana.*

REVISTA — Lyon Chi. Set. 1938. **AUTOR** M. H. Gabrielle.

A proposito da comunicação de Mallet-Guy, o A. apresenta um caso tratado no seu Serviço, de um paciente que teve uma fratura do colo do astragalo e luxação sub-astragaliana; a cabeça do astragalo ficara presa ao escafoide e o pé sofrera um desvio tal que a face dorsal ficou para fóra, a plantar para dentro e repousando sobre o bordo externo.

Sob raqueanestesia, com simples tração, a redução se processou sem a menor dificuldade. Colocou um aparelho de marcha de Delbet e com 45 dias obteve reintegração funcional e anatomica. Acrescenta que em casos como esse, a tração feita a maneira de quem vai tirar uma bota dá uma redução satisfatoria.

Mallet-Guy comentando a comunicação d'z que ela confirma a oportunidade do tratamento conservador nas fraturas do colo do astragalo, por mais impressionante que seja a deformação osteoarticular.

DIVISÃO—Urinario. SUB-DIVISÃO—Bexiga. CLASSE—III.

ASSUNTO — *A mucosa da bexiga em relação á formação de calculos.*

REVISTA — The British Jour. of Sur. Out. 1938. **AUTOR —** J. Gray.

O A. fez interessantes estudos no "Henry Lester Institute" em Changai, acerca da litíase urinaria e chega a algumas con-

clusões sobre a sua etiologia local. Pensando ser uma deficiência da vitamina A, a causa inicial, conseguiu experimentalmente reproduzir as lesões histológicas encontradas em biopsias de bexigas (realizadas no ato cirurgico) de portadores de calculos, em bexigas de rato submetidas a regimen isento de vitamina A. As lesões traduzidas por metaplasia, escamatisação e queratinisação do epitelio -- eram identicas nos cortes da bexiga humana e nas dos animais citados. Não faltando igualmente os calculos. Segundo a evolução do caso (para o homem) as lesões começam por uma metaplasia, depois escamatisação e em seguida queratinisação epitelial com ou sem calculos. Havendo calculo existirá lesão histopatologica ao passo que nos ratos encontrou algumas bexigas com calculos sem apresentar a menor lesão. Realizou 11 biopsias vesicais nas quais encontrou em 7 o epitelio do tipo escamoso e nos 4 restantes franca queratinisação.

Observou nas experimentações que a vitamina D acelera a formação dos calculos. Conclúe achando natural que tal mudanca da integridade do epitelio da bexiga provocada pela falta da vitamina A e a hipersaturação na urina de sais capazes de se transformarem em calculos sejam fatores capazes de explicarem a grande disseminação de calculoses urinarias na China; aliás no inicio do trabalho afirma que a maioria dos casos fica sem diagnosticos ou passam desaperecebidos pelas inumeras dificuldades do Serviço medico em todo o País.

DIVISÃO—Urinario. SUB-DIVISÃO—Rereter. CLASSE—IV.

ASSUNTO — *Ureterorrafia total e parcial.*

REVISTA — Il Policlinico Chir. — Out. 1938. **AUTOR —** R. Allesandri.

Diz o A. que a cirurgia do ureter se desenvolveu no ultimo meio seculo devido não só ao melhor conhecimento da fisiopatologia ureteral, como tambem devido á facilidade dos meios endescopicos e rad'ograficos aos quais se deve acrescentar a grande contribuição experimental e a observação clinica.

Resalta que outrora era olhada somente a alteração anatomica do ureter, mas hoje o fator fisiologico tem que ser levado em consideração, tanto mais quanto representa a sua integridade o fim a atingir nas suturas ureterais.

O A. repetiu uma serie de experiencias em cães, estudan-

do a questão sob diversos aspectos: a) natureza da lesão produzida (lesão transversa, circular, total, parcial etc.); b) tipo de sutura empregado; c) material de sutura.

Seja qual fôr o meio empregado; a dilatação pielica, as modificações fisiológicas consequentes e a posterior destruição do rim, são inevitáveis. Classicamente 2 fatores preocupam os cirurgiões: a fistulização e a estenose cicatricial. O aperfeiçoamento da técnica e do cirurgião e o tipo de sutura fazem desaparecer a fistulização, porém quanto a estenose, todos os meios tem falhado e com raras exceções tem se conseguido (obteve em 1 caso) suturas sem estreitamento. O A. operou 4 grupos de cães usando processos diversos e chegou a conclusão que para diminuir a estenose cicatricial é necessario usar sêda fina parafinada com agulhas atraumaticas não atingindo a sutura a luz do ureter. Contudo a distensão ureteral aquem do ponto lesado se estabelece: a onda peristaltica esbarra na zona de sutura.

O A. conclúe: 1.º) a ureterorrafia total é seguida sempre de dilatação progressiva a montante da zona suturada; 2.ª) a técnica aperfeiçoada traz melhores resultados temporarios, anatomico e fisiologico; 3.º) o melhor resultado se obtem quando não ha fistulas, pois assim se conta com menor quantidade de tecido conectivo; 4.º) o dano causado pela secção e sutura do ureter sobrevem em consequencia de fator mecanico e traz fatalmente a destruição do rim; 5.º) a ureterorrafia parcial não perturba a função renal; 6.º) a ureterorrafia se comporta igualmente seja qual fôr a altura em que está situada.

DIVISÃO—Urinario SUB-DIVISÃO—Bexiga. CLASSE—I

ASSUNTO — *Operação de Coffey na extrofia vesical.*

REVISTA — Mem. de l'Acad. Chi. — T. 64 — N.: 25
— 1938. **AUTOR** — M. Fèvre.

O A. apresenta 5 observações de doentes portadores de extrofia vesical, tratados pela Operação de Coffey, 3.ª maneira — abertura ureterosigmoidiana secundaria, necrotica por um fio fortemente atado. —

Em três casos chegou a realizar a implantação dos 2 ureteres, obtendo 2 successos e 1 morte. Outras 2 observações dizem respeito a doentes submetidos a primeira implantação. E' de notar que os pacientes apresentam com intermitência sinais de infecção urinaria,

O doente mais velho tinha 7 anos, o menos 5, no qual o ato operatorio foi particularmente difficil.

Relembra a importancia da pielonefrite que sempre sobrevem ao ato operatorio, e se inclina, com os autores americanos a acreditar na regressão de tais fenomenos nas sequencias tardias da operação.

Alude á situação da Operação de Coffey no tratamento da extrofia, dizendo do risco operatorio (obteve 1 morte em 3 operados). Contudo, os doentes e a sua entourage ficam satisfeitos com os resultados do método.

Tece considerações sobre as plastias cutaneas e vesicaes referindo os seus insucessos.

* * *

Chevassu — discute a comunicação de Fevre, dizendo da dificuldade na realização da tecnica do Coffey III, no adulto, a qual comporta a interposição do ureter entre a mucosa e a musculosa do sigma.

Diz que se Févre na criança não realizou tal interposição não executou a tecnica do Coffey III.

DIVISÃO — Genitais. SUB-DIVISÃO — Útero. CLASSE — IV.

ASSUNTO — *Resecção da veia iliaca externa em histerectomia por cancer do colo do útero.*

REVISTA — Rev. Chir. Bucarest — Set.-Out. 1938.

AUTOR — G. Chipail e S. Carp.

Os AA. apresentam a observação de uma doente portadora de neoplasma do colo uterino. Indicada a Operação de Wertheim foi possível observar, após a laparotomia, que havia uma serie de ganglios ao longo dos vasos iliacos externos direitos, um dos quais de maior volume impossibilitava seu isolamento do cordão venoso.

Conhecedores da publicação de Brocq. que em caso semelhante resecou as duas veias iliacas externas, resolveram recorrer á mesma tecnica. No quarto dia depois da operação, appareceu edema duro, volumoso do membro inferior do mesmo lado, o qual se acentuava com a estadia em pé da paciente. Três meses depois o edema desaparecia quasi totalmente e a

paciente voltava as suas ocupações e fazia facilmente o percurso de 4 kls. sem perturbação.

Os AA. justificam seu trabalho pela técnica em apêreo e a preconizam para aqueles casos em que a libertação de ganglios ponha em perigo a parede venosa, frisando seu emprego sem temor de perturbações circulatorias muito graves que, ainda existentes são passageiras.

Chamam a atenção para o exame anatomopatológico que revelou epiteloma cilíndrico de fraca radiosensibilidade e fácil metástase ganglionar justificando mais a exeresse larga da lesão.

Na literatura consultada não encontraram outro caso além do de Brocq que notou menores perturbações post-operatorias.

DIVISÃO—Genitais SUB-DIVISÃO—Vagina. CLASSE—III.

ASSUNTO — *Duas observações de endometriomas do perineo.*

REVISTA — An. Anat. Path. — Nov. 1938. **AUTOR** — A. Weiss e Synephias.

Inicialmente são relatadas duas observações de doentes portadoras de endometriomas perineais. Ambas apresentavam ruturas perineais antigas pelo que os AA. se inclinam para a teoria de Sampson, acreditando na implantação de enxertos da mucosa uterina ao nível da ferida perineal. Estudam a raridade desta localização do endometrioma, bem como o seu aspecto macro e microscópico. Relatam a feição clínica da lesão e insistem na importância diagnostica da chamada “dismenorréa tumoral”, que compreende a dor, a perda sanguínea e o aumento de volume do tumor nos periodos menstruaes.

Terminam recordando as varias teorias propostas para a elucidação etio-patogenica, focalizando particularmente a teoria da implantação de Sampson e a da metaplasia inflamatória de R. Meyer. Reconhecem estas teorias como as mais aceitaveis.

DIVISÃO—Genitais. SUB-DIVISÃO—Anexos. CLASSE—III.

ASSUNTO — *A proposito de um caso de torção dos anexos* sãos.

REVISTA — Mem. de L'Acad. Chi. — T. 64 — N.º 25 — 1938. AUTOR — A. Bassét.

Basset narra a historia clinica de uma virgem com 21 anos que sofreu uma torção de 2 voltas completas dos anexos esquerdos. Ele realizou uma anexectomia. Insiste sobre a raridade do acidente e sobre as dificuldades diagnosticas.

Na doente de sua observação, conseguiu realizá-lo no pre-operatorio. A celiotomia abdominal mostrou volvulo dos anexos esquerdos e torção axial do útero. Diz que a fisionomia clinica compreende crises dolorosas hipogastricas ou pelvianas, separadas por intervalos de calma relativa, sem coparticipação do estado geral.

As crises se acompanham da formação de uma tumefação latero-uterina muito dolorosa.

Referindo-se á terapeutica diz que a exereses tem sido praticada em todos os casos.

DIVISÃO—Genitais. SUB-DIVISÃO—Testiculos. CLASSE—I.

ASSUNTO — *Cancer em testiculo ectopico.*

REVISTA — La Semana Medica — Set. 1938. AUTOR — Alfredo Giuliano.

Comenta o A. as diversas estatisticas de cancer do testiculo e a relação de tumores em testiculos ectopicos. Diz não ser possivel estabelecer a maior frequencia nos ectopicos.

Aponta a maior frequencia do tumor em individuos de 30 a 40 anos. Relata uma observação em que o paciente tinha 33 anos. Preconiza não somente a simples castração mas, tambem, a limpeza da cadeia ganglionar lomboaortica, como é feita nas neoplasias de mama.

Diz ser operação bem mutilante mas com resultados mais interessantes. Como incisão aconselha a de Chevassu. A operação é mais difficil a direita pois os ganglios estão em contacto com a veia cava; assim Delbet foi levado a praticar a sutura da veia em um caso.

Indica radioterapia profunda após a intervenção, referindo a rapidez extrema com que se desenvolvem as metastases.

NOTAS E NOTÍCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

De acordo com a deliberação tomada na Sessão Administrativa, durante o III Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, e em aprovação a um requerimento assinado por numerosos socios da S. B. O. T., foi convocada uma Assembléa Geral Extraordinária afim de ser discutida a reforma dos Estatutos Sociais.

Foi marcada a data de 17 de Junho corrente, em 1.^a convocação, para a realização dessa assembléa, que se reunirá na Séde Social, no Pavilhão Fernandinho Simonsen, na Santa Casa de Misericórdia de S. Paulo.

E' pensamento de uma grande maioria dos associados o adiamento do IV Congresso da S. B. O. T. para o ano de 1940, tornando o intervalo entre os Congressos de 2 anos e devendo essa modificação passar a integrar os novos estatutos.

Além dessa alteração, varias outras sugestões estão sendo estudadas pelas Secções Regionais afim de ser organizado o ante-projeto da reforma que será submetido a plenário na referida sessão extraordinária.

TARVASOD

Tártaro-vanato de sódio em soluto aquoso

Indicações

Específico da sífilis e boubá. De acção igualmente poderosa nos processos fagedénicos cuja cicatrização se opera tão rapidamente quanto com os arsenobenzóis. Medicação eletiva nas hepatites sífilíticas e formas nervosas da mesma infecção.

Experimentalmente

Ficou fartamente demonstrado em varios Hospitais do Recife seu alto valor terapêutico.

Tolerancia

Perfeita. Não provoca choques hemoclásicos ás vezes de consequências imprevisíveis.

Toxidez

Praticamente nula. 3 a 4 centgrs. injectados em cobaias sem acidente algum.

Apresentação

Caixas contendo 2 espécies de empólas; escuras (tártaro-vanadato de sódio) e claras (tiosulfato de magnésio).

Posologia

Uma injeção intramuscular em dias alternados, aplicada lentamente.

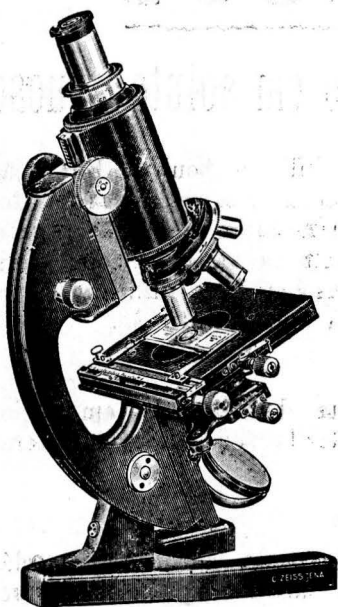
Série de 15 a 20 injeções com um periodo de 1 a 2 meses de repouso.

Crianças $\frac{1}{4}$ ou metade da dose conforme a idade. Aspirar o conteúdo da empóla escura e logo depois o da clara, agitar a seringa e injetar na região glútea.

LABORATORIO HILDEBERTO

VASCONCELLOS, CARNEIRO & CIA.

RUA DR. JOSE' MARIANO N.º 146 — Recife — Pernambuco



Microscópios e Instrumen-
tos científicos de

Carl Zeiss, Jena

Vidros para laboratório de
Schott & Gen., Jena,
em stock
na

Optica Universal

Rua Nova, 237 - RECIFE — Rua do Chile, 13 - BAIA

LIVROS E IMPRESSOS PARA ESCRIPTORIO
EM QUALQUER MODELO.



IMPrensa INDUSTRIAL

I. NERY DA FONSECA.



**MATERIAL MODERNO
PESSOAL IDONEO**

RUA VISCONDE DE ITAPARICA 78 - TELEF. 9232 RECIFE

Frasain e Strat — A ausencia dos musculos peitorais;	
Russo, F. — Estudo radiografico da clavicula em posição axilar;	
Mandrizzato, F. — Patologia e Cirurgia do processo supra-epitroclear;	
Caritat, R. J. — Fratura do colo cirurgico do úmero irreductivel por manobras in- cruentas, na criança;	
Griswold, R. A. — Fratura dos dois ossos do antebraço;	
Patel — Fratura do atlas e do axis;	
Tavernier, M. — Luxações da coluna cervical;	
Gutierrez, Alberto — Frenicectomy e eventração abdominal post-operatoria;	
Cotrim, E. — O exame radiologico nas retites do tipo Nicolas Favre;	
Tibiricá, P. — Concomitancia do linfogranuloma venereo e da schistosomose nas retites estenosantes;	
Calero, C. — Apendicula;gia;	
Moore, T. — Tumores carcinoides do apendice;	
Aubert, L. T. — Apendicite quística;	
Mallet Guy — Fratura do astragalo. Resultado após 12 anos;	
Gabrielle, M. H. — Fratura do colo do astragalo e luxação subastragaliana;	
Gray, J. — A mucosa da bexiga em relação á formação de calculos;	
Alessandri, R. — Ureterorrafia total e parcial;	
Fevre, M. — Operação de Coffei na extrofia vesical;	
Chipail, G. e Cap, S. — Ressecção da veia iliaca externa em histerecctomia por cancer do colo do útero;	
Weiss, A. e Synephias — Duas observações de endometriomas do perineo;	
Basset, A. — A proposito de um caso de torsão dos anexos saos;	
Jiuliano, Alfredo — Cancer em testiculo ectopico	76

NOTAS E NOTICIAS	99
------------------------------	----

