Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

Tomo VIII — 1940 — Fasciculo III

Prof. BARROS LIMA
DIRECTOR

SUMARIO

Paginas

Artigos Originais

SANATORIO PARA TUBERCULOSE CIRURGICA DE BÔA VIAGEM — PROF. BARROS LIMA 145
LOMBALGIAS — DR. SILVIO MARQUES 161
CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS LUXAÇÕES HABITUAIS DA ESCAPULO-UMERAL — DR. ALCINO COIMBRA 176

Pelas Revistas

Caritat, J. R. — Paralisia infantil e ortopedia; **José A. Urquiza** e **Augusto E. Despontin** — Estenose retal pura. Doença de Nicolas Favre; **Secco Eichenberg** — Tratamento das fraturas de claviculas pelo método do aparelho dos aneis; **G. Bottari** e **Casanova Alves** — A aspiração endocavitaria de Monaldi. Sua tecnica e conduta de tratamento; **Alberto Gutierrez**—Tratamento cirurgico do megacolon sigmoideo; **Emilio S. Pradera** — Contribuição ao exame radiologico do escorbuto com estudo fotografico da metafise e epifise ossea. Correlação das imagens radiologicas com a histologia patologica das lesões; **Rodolfo Samartino** e **Armando Noguis** — O tecido reticular do epitelioma mamario em relação com a evolução clinica; **Eliseu Guilherme** — Fraturas do femur e do colo do femur; **Secco Eichenberg** — Tratamento dos ferimentos. (Sua orientação moderna); **Dahl-Iversan** — A doença cistica, sua pato-

Continua na 3a. pagina

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

PREÇO DE ASSINATURA

Brasil . . . . . 20$000

Estrangeiro . . . . . 30$000

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

RECIFE — BRASIL

COAGULENO "CIBA"

Hemostatico physiologico de acção rapida e segura

Introduzido na therapeutica pelo celebre cirurgião suisso Professor Kocher de Berna

Contém as substancias coagulantes do sangue animal e as dos orgãos hematopoyeticos. Favorece o phenomeno da coagulação

Amostras e literatura:
Productos Chimicos Ciba Ltda.
Rio de Janeiro - Caixa Postal 3437
São Paulo - Caixa Postal 3678

TARVASOD

Tartaro-vanato de sódio em soluto aquoso

Indicações Especifico da sifilis e bouba. De ação igualmente pederosa nos processos fagedenicos cuja cicatrização se opera tão rapidamente quanto com os arsenobenzóis. Medicação eletiva nas hepatites sifiliticas e formas nervosas da mesma infecção.

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

Tolerancia Perfeita. Não provoca choques hemoclasicos ás vezes de consequencias imprevisiveis.

Toxidez Praticamente nula. 3 a 4 centgrs. injetados em Cobais sem acidente algum.

Apresentação Caixas contendo 2 espécies de empôlas: escuras (tártaro-vanadato de sódio) e claras (tiosulfato de magnesio).

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 1/4 ou metade da dose conforme a idade. Aspirar o conteúdo da ampôla escura e logo depois o da clara, agitar a seringa e injetar na região glutea.

LABORATORIO HILDEBERTO

VASCONCELLOS, CARNEIRO & CIA.

RUA DR. JOSÉ MARIANO N.º 146 — **Recife - Pernambuco**

INSTITUTO DE ASSISTENCIA HOSPITALAR

CLINICA CIRURGICA INFANTIL E ORTOPEDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE

(Sanatorio Infantil para Tuberculose Cirurgica "Bruno Veloso")

Serviço do Prof. Barros Lima

Sanatorio para tuberculose cirurgica de Bôa Viagem (*)

Prof. Barros Lima

Professor Catedratico de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica da Faculdade de Medicina do Recife

Mezzari, apresentando um dos seus Rendiconto do Ospedale Maritimo Elena Duchessa d'Aosta, afirmou só tinham finalidade, relatorios daquela ordem, quando organizados a longo prazo, pois que, d'outro modo, não existiam fatos, em numero suficiente, para permitir semelhante divulgar.

Se assim é para hospitais em que os leitos são numerosos, muitos os clientes, o que não dizer dos pequenos sanatorios, dos que surgem antes como tentativa de algo organizar em proveito de um proximo que sabemos de tudo desprovido, no que respeita ás lesões tuberculosas do aparelho locomotor.

Entretanto, obrigação de ordem moral criou-se, para nós, com as afirmativas surgidas no Rio de Janeiro, por ocasião do Segundo Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia, de não existir, no Brasil, estabeleci-

(*) — Conferencia realizada no Quarto Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, acompanhada de projeção cinematografica mostrando instalações e funcionamento do **Sanatorio.**

mento que se ocupasse da cura especializada das tuberculoses do esqueleto.

Muito vasto é o nosso país e pouco contacto existe entre os seus varios nucleos de cultura, de modo que as afirmativas dessa ordem surgem, muitas vezes, sem que exista, da parte de quem as fez, o menor desejo de menosprezar, de ocultar iniciativas que outros produziram.

Doutra parte foram escassas as noticias, da sua criação, na imprensa medica particularmente, pois que só os Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia dela se ocuparam, em notas mui ligeiras do seu noticiario.

Só agora, de Junho para cá, o Sanatorio Infantil para Tuberculoe Cirurgica de Bôa Viagem surge como campo dos primeiros trabalhos cientificos, só agora, pois, torna-se absoluta a necessidade de que seja conhecido.

Justificada assim esta palestra, descritiva, sem maiores comentarios de interesse medico, permiti-nos que nos felicitemos pelo ambiente em que vai desdobrar-se; na Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, entre os homens que mais poderiam sentir e criticar a valia da obra que Pernambuco realizou; em São Paulo, num cenario em que nos acostumamos a dizer dos nossos entusiasmos, das nossas desilusões, neste setor da especialidade que tanto nos tem atraído desde que a ela nos abraçamos.

* * *

Na praia de Bôa Viagem, a beira mar, na cidade do Recife, a 10 quilometros aproximadamente do seu centro urbano, está localizado o edificio onde foi instalado, desde 19 de Novembro de 1938, o Sanatorio Infantil para Tuberculose Cirurgica.

Modesto, com um pequeno numero de leitos (30 apenas), vem servindo aos interesses de uma população que é pobre e é, infelizmente, com frequencia, vitimada pelas chamadas fórmas cirurgicas da tuberculose.

Já o haviamos visto e a nossa afirmativa, no Primeiro Congresso Brasileiro de Ortopedia, em 1936, foi de que registravamos percentagem de 1,27% de doentes de tuberculose osteo-articular, nos nossos serviços, pois que acolheramos, entre 13.636 doentes cirurgicos de todas as especies, 174 com localização de germe de Koch no esqueleto.

Os nossos comentarios foram então, e não ha por que fazê-los diversos agora, de frequencia demasiado elevada; se nas clinicas ortopedicas, diziamos, se póde chegar a estas cifras percentuais e ultrapassá-las mesmo, é porque nas suas estatisticas estão compreendidos somente doentes do aparelho da locomoção, enquantoto as nossas englobam afecções cirurgicas as mais diversas, oriundas que são de clinicas cirurgicas gerais.

Se, porém, calcularmos as percentagens de referencia ás doenças do aparelho locomotor, habitualmente consideradas do dominio da ortopedia, veremos logo de quanto ascendem, a demonstrar a frequencia com que é realmente observada a tuberculose do esqueleto entre nós.

Para 1768 doentes dos dominios ortopedicos (12,96% apenas dos doentes cirurgicos, em geral) 174 eram tuberculosos, numa percentagem pois de 9,84%, verdadeiramente aterradora, quando as estatisticas classicas dizem que de 1,89% a 3,65% é que são habitualmente estudadas.

* * *

Para atender ás crianças abaixo de 12 anos, englobadas nesse numero de doentes, é que foi fundado o Sanatorio de Bôa Viagem.

Eram, a principio, apenas 24 leitos e só 9 doentes hospilitazamos nos ultimos dias de 1938. Em 1939, ao terminar, estavam todas as camas ocupadas; mais 6 leitos foram acrescentados.

Hoje a sua capacidade é de 30, podendo ser acrescida até 50 porque as enfermarias existentes bem os comportam.

* * *

Como leito as nossas preferencias foram encaminhadas para o tipo que Vacchelli idealizou.

Está constituido, segundo a propria descrição do seu autor, na Chirurgia degli Organi dei Movimento, por cama comum cuja rêde metalica foi substituida por plano rigido de igual grandeza, feito de uma lamina de ferro perfurada. Em vez de ser fixado aos quatro angulos, é sustentado, precisamente no meio, por haste metalica, saliente dos dois lados, que lhe permite movimento de bascula sobre a armadura do leito. O movimento é gra-

dual e está controlado por sistema de alavancas, posto abaixo do lastro e ligado a parafuso sem fim. A enfermeira póde, sem nenhum outro auxilio e com esforço minimo, girando manivela posta num extremo do leito e ligada ao parafuso, inclinar o plano segundo as necessidades, sem produzir abalos nem movimentos dolorosos para o doente.

Neste tipo de cama Vacchelli enxerga, sobretudo, a vantagem de permitir comodidades maiores ao doente, minorando-lhe as razões de sofrimento do aparelho digestivo.

"O prolongar-se, por meses e algumas vezes por anos, do decubito supino, em adultos atingidos de lesões vertebrais, frequentemente com a coluna em recurvação, e com impossibilidade (como advem nos paraplegicos) de alternar o decubito prono ao supino, com certa frequencia é causa de disturbios variados, dos quais estão os mais importantes a cargo do aparelho digestivo".

"A vida de relação com o mundo circunstante está tambem bastante comprometida pela atitude obrigada na qual se acha a cabeça, a um nivel mais baixo que a coluna, colocada de tal fórma que, se se abaixar o olhar do tecto, não se vê outro panorama que as cobertas do proprio leito".

"Frequentemente para vencer uma inapetencia tenaz que está aparecendo, ou uma digestão lenta e dolorosa, ou um meteorismo incomodo e afligidor, deve-se renunciar, ao menos por algumas horas diarias, ao decubito correto, levantando o tronco do doente. Esta manobra não é de todo inocua, pois que dificilmente se póde alcançar a posição semi-sentada com o simples movimento da bacia sobre as coxo-femurais, mas sempre, em grande ou pequena parte, se observa inclinação da coluna. De qualquer modo provoca-se movimento e carga do segmento lesado, movimento que, se é repetido com frequencia, torna-se indubitavelmente perigoso".

O leito de Vacchelli, imaginado para corrigir estes inconvenientes, consegue-o plenamente e permite assegurar aos doentes, posição mais comoda, sem prejuizo para as lesões de que são portadores.

Não é entretanto a unica vantagem que se lhe póde reconhecer; Vacchelli mesmo atribue-lhe uma outra, quando assevera que "nos doentes que necssitam tração

cervical, a obliquidade do plano favorece a aplicação de uma mentoneira e o estabelecimento de tração constante e regular pela contra-tração exercida pelo peso do corpo". Nós acresceriamos ainda que seria possivel estabelecer tração para os proprios membros inferiores, firmado em pincipios semelhantes, só com inverter a situação do doente, desde que, é evidente, abrissemos mão das comodidades de manter o paciente com a cabeça mais elevada.

Assim temos procedido, realmente, e sem maiores desvantagens, desde que as criancinhas bem suportam a cabeça em plano inferior ao corpo.

* * *

Ao lado de uma das enfermarias, uma sala para aparelhagem de gesso assegura os elementos imprescindiveis á realisação da imobilização complementar que o gesso deve dar em certos casos.

Aí estão, particularmente, um suporte para colunas, semelhante ao que é utilizado no Instituto Ortopedico Rizzoli, e um suporte para membros inferiores.

O dispositivo para gesso da coluna está constituido de braço metalico formado de duas barras que correm uma sobre outra, de modo a permitir variações em seu comprimento. E' provido de movimento de ascenção, exercido através de faixa forte que roda sobre carreteis fixados á parede, e de movimentos de lateralidade. No seu extremo está fixado, por articulação em esfera que póde ser facilmente bloqueada, dispositivo ao qual deverão ser presas as faixas que transmitirão a suspensão que o movimento de ascenção determina.

O aparelho para gesso dos membros inferiores, construido, como o outro, em nosso proprio meio, associa elementos do pelvi-suporte de Rendu e da conhecida mesa ortopedica de Hawley. Do pelvi-suporte de Rendu aí estão, ao lado de possibilidade de ser desmontado, as armaduras que manteem a cabeça, o tronco, a bacia e os pés, permitindo-lhe abdução e rotação faceis; da mesa de Hawley está acrescentado, apenas, o modo de sustentação do joelho, para que se não esboce recurvatum, na oportunidade em que um grande gesso está sendo

feito, por exemplo, para imobilizar articulação côxo-femural doente.

Com esta aparelhagem apenas, o Sanatorio está provido para realizar o tratamento conservador, como nós o compreendemos, e, mesmo assim, através de pequena utilização sua. pois que nos esmeramos em praticá-lo imitando a pratica de Rollier, dispensando ao maximo a imobilização em gesso, para aproveitar mais extensamente a ação direta dos rais solares.

* * *

Instalações complementares, raios X e laboratoio, estão, por fim, á nossa disposição, para permitir, sobretudo, acompanhar a evolução do caso clinico, pois que a sua diagnose já vem bem assegurada da Clinica Cirurgica e Ortopedica da Faculdade de Medicina, no Hospital Infantil Manoel Almeida, a cargo de quem está a admissão, o estudo inicial e a seleção dos doentes que no Sanatorio devem ingressar.

O laboratorio está provido suficientemente para os exames que a clinica hodierna aconselha como uteis na apreciação prognostica, particularmente para a determinação dos tests de Vernes-Moritz-Weiss e Petzetakis, e para o estudo do indice de velocidade de sedimentação, cujo valor prognostico tem, o nosso tecnico, Dr. Fernando Livramento, procurado comprovar.

Ademais disso, as ligaçoes constantes com o laboratorio de Bacteriologia da Faculdade de Medicina, por intermedio do mesmo tecnico, permitem a utilização de exames outros, de valor sobretudo para a comprovação diagnostica, tais como a tuberculino-reação e a cultura de germes porventura existentes no liquido de abcessos puncionados, ou nos ganglios retirados por biopsia.

* * *

Duas unidades de trabalho faltam, entretanto, nas instalações do Sanatorio para Tuberculose Cirurgica de Bôa Viagem.

Uma delas é a instalação de observatorio meteorologico apropriado.

Putti, estudando criterios hodiernos para a cura da

tuberculose osteo-articular, afirma a sua imprescindivel necessidade no armamento do sanatorio bem provido. "O medico que tem a sua disposição aquele medicamento complexo, mutavel, delicado e algumas vezes perigoso que é o clima, deve sobretudo conhecer-lhe os elementos, a composição, as variedades e as variações, e nisto lhe serve de guia e conselheiro o observatorio meteorologico de que nenhum sanatorio que se respeite deveria estar desprovido. Não se póde fazer idéa da importancia que o estudo sistematico das constantes climaticas tem no que diz respeito á cura sinão tendo vivido longamente a vida de sanatorio bem organizado. Melhor do que eu, dizia o Prof. Putti, poderia assegurar-vos disso o Prof. Vacchelli que desde 10 anos perscruta atentamente a fisionomia climatica desta concha alpestre e que se serve de elementos colhidos, podemos dizer, cada dia, na posologia do medicamento, como na indicação da cura e na seleção dos doentes".

"Passaram-se os tempos em que a idéa central da cura climatica era a da insolação, tanto mais eficaz quanto mais longa. Agora a helioterapia é executada com doses cautelosas e se viu existirem doentes para quem o sol é prejudicial. Agora conhecem-se em grandes linhas, não digo as horas, mas certamente as estações mais propicias para obter um efeito terapeutico determinado, e temos podida verificar, como tinha já bem visto Campani, que, no que se refere ao clima, a tuberculose é uma molestia ondulante, com fases estacionarias determinadas e determinaveis, de melhoras e peioras expontaneas, com ritmos apreciaveis de sensibilidade ou de insensibilidade á ação do clima".

E o posto meteorologico é o meio suficiente e adequado á resolução destes problemas; Aimes do mesmo modo o crê, e aconselha o seu funcionamento ligado a hospitais e a serviços de crianças, particularmente. Na sua Meteoropatologia escreve que "todos os centros urbanos de alguma importancia deveriam possuir pequeno gabinete meteorologico onde podesse ser recolhido o essencial destes ensinamentos (registro do calor, curvas do estado higrometrico, da pressão barometrica, do estado eletrico, da ionisação etc.), devendo-se tambem anexá-los aos hospitais (serviços de criança)", e quando se pensa na justeza de opinar como estes que todos

os outros especialistas fazem seu, sente-se bem a valia da lacuna que representa a falta de gabinete meteorologico proprio, na aparelhagem do Sanatorio para Tuberculose Cirurgica do Recife.

Entretanto instituições mais amplas, do mesmo genero, não o possuem tambem, e o proprio Sanatorio Codivila só o teve com o auxilio do Oficio Central de Meteorologia e Geodinamica de Roma, segundo o afirma Vacchelli na noticia que dele dá na Cirurgia degli Organi dei Movimento.

Também nós acreditamos que, em breve,, poderemos prover a nossa organização do Recife com posto proprio, quando a oportunidade surgir de trazer em apoio das nossas pretenções a repartição oficial do Brasil.

* * *

A outra lacuna está representada pela falta de instalação cirurgica que permita assegurar possibilidades de realização das intervenções que a cirurgia moderna indica, sobretudo como complemento das curas que o tratamento conservador, de inicio, conduziu.

E' falha bem menos sensivel a nosso ver; a pequena soma das intervenções a realizar, com a orientação conservadora que serve de base á nossa terapeutica atual, não podia mesmo justificar a criação de centro cirurgico distinto. Demais disso, a proximidade do Hospital Infantil, a 10 quilometros apenas, e a facilidade de remoção que póde estar prevista, pela existencia de direção tecnica una, assegura assistencia cirurgica pronta toda vez que se faz ela necessaria.

A falha é, pois, antes, norma aconselhavel, e nem, ao menos, póde ser tida como inovação.

E' assim tambem a pratica de Valls para doentes que assiste na sua clinica especializada do Hospital Italiano de Buenos Aires. "Tendo em conta os máos resultados obtidos com o tratamento destes enfermos nas salas comuns dos hospitais urbanos, um de nós. escreve em trabalho feito em colaboração com Valentim Girardi, teve a idéa, que por fortuna poude ser levado a bom termo, de realizar a cura destes doentes que se internavam no Hospital Italiano, em meio sanatorial de planicie.

Para isso foi utilizado o Asilo de San Justo, dependencia do Hospital Italiano de Buenos-Aires. O asilo está situado a poucos quilometros a oeste da cidade, em plena planicie.

"A todos os tuberculosos osteo-articulares que se internam no Serviço de Traumatologia e Ortopedia do Hospital Italiano, uma vez diagnosticada sua lesão, e o gráo de evolução da mesma, se lhes propõe o tratamento sanatorial a seguir... "Se no transcurso do tratamento sanatorial é necessario realizar intervenções cirurgicas, etc., escrevem continuando a descrição de sua norma de agir em 10 anos, os doentes são transladados por poucos dias ao serviço hospitalar, para pouco depois serem reintegres no asilo", em pratica inteiramente semelhante á que é nossa, desde 2 anos, no Hospital Infantil e no Sanatorio para Tuberculose Cirurgica de Bôa-Viagem, toda vez que uma intervenção cirurgica se faz precisa.

* * *

No Sanatorio para Tuberculose Cirurgica do Recife, tem sido conceito firmado a cura simultanea do estado geral e local.

Aceitamos que a sua harmonica aplicação traz aos doentes as maiores vantagens, acreditando com Mezzari que "tratar com a mais meticulosa diligencia uma articulação doente de tuberculose, esquecendo completamente o organismo no qual exclusivamente se podem encontrar os elementos para reparar a lesão local, não é mais concebivel nos nossos dias", mas, da mesma fórma, pensando que "é obra incompleta e pois ineficaz", cuidar o individuo tuberculoso na esperança de que só com isto se possa promover a reparação de lesão articular.

Quasi sempre estado geral e local andam de par. Melhora e regressão de lesões locais surgem quando, salutarmente, se modifica a situação geral, pelas condições do sanatorio; desaparecem quando o ambiente de familia, pobre, sem higiene, sem alimentação suficiente, sem disciplina, perturba, fazendo decair, o estado geral de nutrição

Estes fatos indicam, precisamente, que a osteite e

a osteo-artrite tuberculosa não são a expressão de causa que age **in loco** e á qual o organismo fica como estranho, mas antes, manifestações topicas de molestia que está afectando o organismo como um todo; significam, realmente, tal qual afirma Putti em Criterios hodiernos para a cura da tuberculose osteo-articular, que não se tem mais que considerar o orgão, mas o organismo, não se tem mais que olhar a doença, mas o doente, isto é o terreno organico em que lutam energias ofensivas e defensivas que originaram o mal; exprimem, com clareza, que a supressão do orgão não cura toda a molestia, pois que tratar a parte e transcurar o todo não permite alcançar a cura ou a faz parcial e temporaria.

* * *

De fato assim o é, mas a observação tem registrado, d'outra parte, que curas locais apropriadas, sensivelmente modificam a situação geral do individuo.

E' a convicção que sobresai da propria apreciação das normas por que se tem modificado a terapeutica especializada.

No periodo pre-conservador, antes de Bonnet, Verneuil, Jalaguier, Lannelongue, Volkmann, Sayre, Thomas as artrites tuberculosas tinham uma evolução rapida e um prognostico grave, escreve Calvé. Pelo carater de sua evolução recordavam um neoplasma, e Lannelongue lhes havia dado, por isso, o rotulo de tuberculoma.

Era o tumôr branco, no joelho, com entumecimento enorme da articulação, a formar contraste com a extrema magreza dos segmentos de membro supra e subjacentes, descreve ainda Calvé, recordando quadros clinicos daquela época; eram massas fungosas que, tendo invadido a articulação e seus fundos de saco, distendiam a pele, tornavam-na esbranquiçada, luzidia e coberta de importante circulação colateral.

Era a raiz da côxa distendida, na côxo-femural na qual dominava o elemento fungoso e onde, tão rapidamente, evoluiam as lesões que não era comum chegarem ao estado de abcesso frio. As fungosidades ulceravam a pele em varios logares transformando a região articular em verdadeira escumadeira, a infecção secundaria se es-

tabelecia; a febre se elevava, supuração abundante e insanavel se produzia, determinando, nos grandes fócos, na côxo-femural e na coluna vertebral, mortalidade que atingia a cerca de 75% dos doentes.

Quando adveio a fase da terapeutica conservadora, e, com ela, a pratica da imobilização, modificou-se a evolução da tuberculose osteo-articular, transformou-se o seu prognostico.

Desde que os principios estabelecidos por Verneuil, Jalaguier, Lannelongue etc., teem sido aplicados, continúa a dizer Calvé, pode-se afirmar que as lesões das pequenas articulações curam, quasi sempre, e os grandes fócos não tomam mas aquele carater neoplasico já descrito. Após alguns meses de imobilização as lesões se apasiguam e não se veem mais joelhos enormes, côxas tumefeitas, nem massas fungosas tão rapidamente fistuladas; as dôres desaparecem; ás fungosidades sucede o abcesso frio que póde ser puncionado antes que haja ulcerado a pele, e, consideravelmente, diminúe a percentagem de mortalidade, pois de 75 passa para 33 e mesmo 24%.

Em suma, á tuberculose osteo-articular dos antigos autores substituiu-se uma outra tuberculose osteo-articular, de evolução muito mais benigna, isto só com o estabecer-se de prolongada imobilização, de justo tratamento da lesão no local em que se exteriorizara.

Pondo de parte mesmo a interferencia que a terapeutica local tem tido sobre a situação geral dos individuos, nos casos em que soluções satisfatorias de casos graves são alcançadas com o só extirpar-se de lesão localizada, as modificações que a imobilização tem determinado neste sentido, são de tal ordem que por justa se deve ter, inteiramente, a afirmatica de Putti de que "quem chegou á pratica das curas sanatoriais, climaticas, helioterapicas da tuberculose osteo-articular, mesmo através de modesta preparação ortopedico-cirurgica, não póde, nem deve, renunciar á convicção de que a cura climatica não é sinão o meio para fazer mais eficaz e rapido o efeito das locais".

* * *

Tanto mais precisa aliás é a conclusão quanto, à terapeutica local não se pede apenas servir ao estado ge-

ral, atender ao fóco tuberculoso no que respeita á sua definitiva limitação ou ao seu desaparecimento. Curar é certamente a finalidade da terapeutica instituida; não é a unica entretanto quando se cuida da tuberculose do esqueleto. E' necessario, então, curar na posição mais correta e impedir, tanto quanto é possivel, que as lesões determinadas pelo evoluir do processo morbido, se reflitam sobre a futura capacidade funcional do segmento afectado.

Tratamento geral e local, é o que se póde concluir, são ambos imprescindiveis, e é para que sejam praticados, por pessoal especializado, segundo normas que a ciencia determina, que os sanatorios para tuberculose do esqueleto se fazem necessarios.

* * *

Como terapeutica geral pouco nos temos servido da cura medicamentosa, por acreditar na sua pequena eficiencia; tem se firmado ela, sobretudo, no regime higieno-dietetica, no repouso, na cura ao ar livre e na helioterapia.

* * *

Sobretudo como tonico geral é que o sol tem sido utilizado. Entretanto dele se podem esperar modificações locais sobre a dôr, sobre a contratura, sobre os abcessos e as fistulas.

Da helioterapia se póde dizer, com Mezzari, que "pondo de parte a sua decidida influencia sobre a crase sanguinea, sobre as trocas vitais, sobre a linfocitose, sobre o apetite e sobre o peso, preciosos elementos para alcançar a extinção da atividade do fóco, existe toda uma ação topita exercida pelo sol, revulsiva, analgesica, resolutiva, cicatrizante, esclerosante".

No Sanatorio de Bôa-Viagem estes fatos já podem ser devidamente comprovados, pelo menos no que diz respeito ao acrescimo de apetite, á melhora do estado geral, comprovada pelo peso, e do estado local, pelo desaparecimento dos edemas, dos abcessos e das fistulas e pelo acentuar-ss de calcificação á comprovação radiografica.

* * *

O peso cresceu numa proporção apreciavel.

Uma curva, organizada tomando a média mensal de sua modificação, demonstrou que, partindo do 0 em Novembro de 1938, o peso decresceu durante os três primeiros meses, chegando a menos 250 gramas em Janeiro de 1939, para ascender a mais 3.400 em Junho de 1940.

Isto demonstra um acrescimo de 170 gramas por mês, 2040 por ano, em média satisfatoria pois, porque é de cerca de 2000 gramas o aumento anual entre 3 e 12 anos, segundo os calculos de Monti.

Além desta comprovação as nossas determinações demonstram dois fatos curiosos, sobre este aspecto.

O primeiro é o decrescimo inicial, verificado pela queda de 0 a menos 250 gramas dos 3 primeiros meses de helioterapia, e comprovado pel aestagnação da curva em mais 2.700 entre dezembro de 1930 e Fevereiro de 1940, época de admissão dos novos doentes que a ampliação do Sanatorio fizera aceitar.

O segundo é a ascenção posterior.

Se o primeiro confirma pontos de vista de Rollier, Rocher, Jaubert, de acão fatigante e depressora, de estagnação do peso, pelo calor excessivo, o segundo determina a possibilidade de utilizar o sol, mesmo no verão, em países que devem ser mais quentes do que as proprias praias do Mediterraneo.

Este fato, junto ás acões locais já registradas, positiva o acerto da utilização do sol-medicamento, entre nós.

Longe estamos, é bem verdade, de podê-lo aplicar com a segurança de que nos fala Putti, mas vamos procurando as nossas normas através de observações que realizamos, utilizando-o segundo pratica semelhante á de Rollier. Irradiação crescente dos pés ao tronco, de 5 a 90 minutos, em duas sessões diarias.

Rollier segue identica orientação, mas realiza 6 horas de helioterapia ao dia. Nós limitamo-las a 3, em 2 periodos, de 6 e meia ás 8 e de 15 e meia ás 17 horas.

Não está aí dose que possa ser tida como baixa. Ao nosso sol, depois de hora e meia de exposição, a sudorese

é grande e as reclamações são muitas. Acreditamos que não seria facil exigir mais dos nossos doentinhos.

Demais ha exemplos semelhantes. Mezzari, pelo menos, aconselha a limitação e pratica a helioterapia em meio onde será, certamente, bem mais toleravel.

"Deixe-se por todo o dia o doente ao ar livre, diz êle, mas a duração da insolação, segundo a nossa experiencia, não deverá superar 2 horas no verão, preferivelmente pela manhã, e 3 horas no inverno".

Talvez aí estejam doses mais prudentes, mais aconselhaveis, pois, no nosso meio. Iremos experimentá-lo, acrescendo ascenção mais gradual para procurar evitar a queda inicial do peso que não tem sido comprovada pelos que servem-se do sol em outros centros.

* * *

Do ponto de vista local uma só pratica precisa ser referida. E' o modo por que realizamos a imobilização.

Mezzari considera que na cura de uma artrite tuberculosa o aparelho de imobilização continúa a ser, apesar de todos os ataques, o mais seguro contensor".

Prefere renunciar ao beneficio de uma larga insolação local, que a tração póde permitir porque, a seu ver, em articulações tuberculosas, nenhum outro sistema demonstrou superar as vantagens que a imobilização com aparelhos póde assegurar.

Continúa convncido que a imobilização realizada por aparelho bem construido é a que mais satisfaz ao repouso articular, permitindo alcançar a extinção do processo, pois luta em melhores condições contra as tendencias deformantes, colocando o membro em atitude correta e util do ponto de vista ortopedico, "o que é canone fundamental da nossa terapeutica".

Nós entretanto seguimos pratica diferente. Os aparelhos gessados são por nós pouco utilizados.

Para nós, como para todo ortopedista, o repouso articular é ainda a base do tratamento. Entretanto consideramos que deve êle ser praticado sem aparelho. Pensamos com Rocher que o gessado deve ter a sua indicação diminuida diante de outros processos de imobilização que são talvez menos absolutos, mas que permitem expôr as lesões articulares á ação bactericida e

esclerosante das radiações solares, submetendo, além disso o membro inteiro á sua ação eutrofica.

Acreditamos na necessidade de repouso, mas condicionamo-la ás possibilidades de bem precisa helioterapia.

Como Rollier, abolimos o gesso, parcial ou totalmente, mantendo o doente fixo no leito, em determinadas posições, por faixas, trações ou goteiras, reduzindo ao minimo a aparelhagem, de modo a tirar o maximo de vantagens da exposição do corpo nú aos raios solores.

* * *

No entretanto ha oportunidades em que a imobilização rigorosa prima sobre a helioterapia. No pós-operatorio das artrodeses e das osteotomias por exemplo, nós não temos pejo de praticá-la então, realizando gessados, em demonstração de que são, sobretudo, as necessidades de cada caso clinico que orientam a nossa conduta.

* * *

Por fim o nosso Sanatorio não esqueceu que trabalhava para crianças cuja formação intelectual estava em marcha.

Ensino primario está ministrado, segundo as normas do Departamento de Educação do Estado, pela nossa administradora que deve ser, regulamentarmente, professora titulada pela Escola Normal.

As lições são feitas no proprio leito do doente, muitas vezes com carater inteiramente individual. Sem prejuizo do tratamento medico pois, iniciamos a cultura do enfermo, para que o seu peso para a Sociedade não prosiga quando tivermos conseguido sanar o mal que o debilita e o deforma.

Já o ano passado assim se praticou e no fim do ano foi possivel demonstrar aproveitamento apreciavel dos alunos, em demonstração de que o Sanatorio para Tuberculose Cirurgica de Bôa-Viagem, não descuidou nenhum dos aspectos da cura sanatorial, bem se adaptando áquele ambiente prescrito por Ettore Machiafava e Putti, que além da possibilidade de hospitalizar doentes por longos dias, deve ser orientado por pessôas habeis,

operosas, de vontade perseverante, pois que a luta é árdua e o inimigo forte.

"Ação lenta, insistente, tenaz, feita mais de paciencia, de preparação, de abenegação, de fé que de arremessos e impetos", deve ser norma de proceder para garantia da instituição e do doente, felizmente aceita pelos que teem sido nossos colaboradores nessa tarefa de instituir o primeiro sanatorio para tuberculose no Brasil.

BIBLIOGRAFIA

AIMES, A. — Meteoropathologie — Paris — 1932.

CALVÉ, J. — La tuberculose osteo-articulaire — Paris — 1935.

LIMA, BARROS — Tratamento da tuberculose ossea — Uma estatistica do Recife — Arc. Bras. Cir Ort. — Vol. IV — Pag. 22.

PUTTI, V. — Criteri ed indirizzi odierni nella cura della tuberculosi osteo-articolare — C. Org. Mov. — Vol. XVIII Pag. 96.

ROLIER, A. — Heliotherapy — Londres.

ROCHER, H. L. e DOCHE — Indications et contra-indications des bains de soleil — VII Cong. Ass. Int. Tal. — 1935.

SERRA, A. — Gli apparechi gessati — Bologna — 1923.

VACCHELLI, S. — Nota su attrezzamenti sanatoriali — Cir. Org. Mov. — Vol. XVIII — Pag. 249.

VACCHELLI, S. — L'osservatorio meteorologico dell'Instituto Elioterapico Codivilla in Cortina d'Ampezzo — Cir. Org. Mov. — Vol. VIII — Pag. 524.

VALLS, J. e GIRARDI, V. C. — Estatistica de diez anos de tratamiento de la tuberculosis osteoarticular en sanatorio de llanura — Rev. Ort. Trau. — Vol. VII — Pag. 152.

Moveis Assepticos?

Só da

"A CAMA PAULISTA"

A pioneira na fabricação de moveis neste Estado, para

MEDICOS—DENTISTAS CASAS DE SAUDE
HOSPITAIS, ETC.

CONFORTO—ELEGANCIA—RESISTENCIA

RUA DA IMPERATRIZ N. 131 — FONE 2150

RECIFE—PERNAMBUCO

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

Preço de Assinatura

BRASIL..... 20$000

ESTRANGEIRO..... 30$000

Redação e Administração

Rua da Imperatriz n.º 83 - 1.º andar

Recife -- Pernambuco

CASA LOHNER S. A.

Aparelho de ondas curtas
ISOTHERM

Rio de Janeiro-São Paulo

Representantes exclusivos para todo o Brasil da
SIEMENS-REINIGER-WERKE A. G.
— BERLIM —

Eletricidade Medica — Raios X
Cirurgia — Esterilização — Dentaria — Higiene — Ensino — Laboratorio — Cine-Foto

FILIAL RECIFE

Rua Nova, 259

Fone 6893

Agentes nas principaes cidades do Brasil

Hemocoagulação Pelo Veneno Botropico

BOTROPASE

E' um produto do INSTITUTO PINHEIRO

Aos Snrs. Medicos, solicitem amostras e literaturas á nossa sucursal

Instituto Pinheiros Ltd.

Rua do Hospicio, 149

RECIFE

SANTA CASA DE MISERICORDIA

CLINICA CIRURGICA INFANTIL E ORTOPEDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE

Hospital Santo Amaro

Serviço do Prof. BARROS LIMA

Lombalgias

Dr. Silvio Marques
Docente de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica da Faculdade de Medicina do Recife

INTRODUÇÃO

"La douleur est de tous les jours dans le corps de l'homme, et nous ne savons delle que bien peu de choses". Leriche.

"Common sense and wordly experience tell us that if we would overthrow an enemy, we must understand all his resources; if we would overcome a difficulty, we must understand where difficulty resists our attempts; if we would solve a problem, the nature of problem must be understood. The principle underlying these statements should be applied in the prevention and cure of disease". Sir James MacKenzie.

As lombalgías constituem um dos mais complexos capitulos da cirurgía ortopedica. Esta complexidade traduz-se no muito que se tem feito e ha por elucidar neste departamento da ortopedía. Na propria expressão em que se procura enquadrar as dôres lombares, de carater e causas as mais variaveis, fica evidenciado que muito é preciso investigar e esclarecer sobre o assunto. De fato, lombalgía é um termo impreciso, dos muitos usados em medicina, que não exprime em absoluto uma

entidade morbida; enuncía apenas um sintoma, presente em afecções de causas as mais diversas. Mas assim tem que ser ainda por muito tempo, até que se individualizem estados morbidos que por este ou aquele motivo, não foi possivel até agora identificar. E continuaremos a chamar de lombalgías, os dôres lombares das mais diversas origens e manifestações.

As lombalgías constituem uma grande quota dos casos com que se depara comumente o ortopedista. O seu estudo encerra problemas economicos importantes para cuja solução é o ortopedista muitas vezes solicitado. Nas varias manifestações da atividade humana, no setor agricola ou industrial, muitos individuos assumem habitualmente atitudes que trazem grande desequilibrio da mecanica vertebral. Como consequencia desse desequilibrio surgem perturbações ligamentares, musculares ou osseas e se instala a lombalgía. A industria, as atividades agricolas sofrem apreciavel redução em seu rendimento por motivo desta afecção. Pequenos e repetidos traumatismos podem juntar ao peso morto dos incapazes, por muito tempo, aqueles submetidos continuamente a vicios posturais e consequente desorganização da mecanica vertebral. Um grande numero de afecções, se exteriorisando frequentemente pelo sintoma dôr lombar, invalidam por longo prazo, quando não definitivamente, individuos que deveriam dar a sua quota de trabalho eficiente á coletividade em que exercem a sua atividade. E muitas vezes por culpa dos que são encarregados de tratá-los. Compete aos ortopedistas sanar este mal.

O numero das afecções arroladas sob o titulo — lombalgías — é avultado.

Seria impossivel cuidar convenientemente de todas elas em um simples relatorio. Orlando Pinto de Souza, autor do mais completo trabalho de conjunto escrito sobre este tema, diz "que a questão é extremamente complexa e para tratá-la ordenadamente por inteiro, seria necessario escrever um verdadeiro tratado". Não nos foi solicitada a feitura de um tratado, nem nos sentimos com forças para tanto.

Temos que prestar contas de um relatorio.

A complexidade do estudo das lombalgías decorre do problema diagnostico.

Já Mercer acentúa que "o mais importante aspecto deste tipo de afecção é a grande incerteza de diagnostico".

Só uma investigação metodica e um exame cuidadoso, poderão levar a um melhor diagnostico e adequado tratamento.

O estudo das lombalgías comporta pois inicialmente a apreciação do problema diagnostico. Dele somente, nos ocuparemos neste relatorio.

A patología da coluna lombar se nos afigura complicada, não só pela multiplicidade das afecções que se assestam nesse segmento da raque, por seus sintomas locais, pelos que provoca á distancia, simulando ás vezes uma afecção visceral, mas tambem pela sintomatología raqueana de lesões não vertebrais.

Para que disto nos convençamos é bastante lembrar a frequencia de erros diagnosticos.

Uma espondilite reumatismal ou post-traumatica, poderá ser tratada como um mal de Pott; o inverso poderá acontecer igualmente e espondilites tuberculosas verdadeiras, poderão ser tomadas como perturbações funcionais ou rotuladas de reumatismos.

E não se diga que tais exemplos são simples conjeturas; todos nós sabemos que isto se verifica não mui raramente. Orlando Pinto de Souza cita em seu livro "Estudo sobre dôres lombares", quatro observações de crises agudas de lombo-artrite entre doze e quatorze anos enviados de urgencia ao serviço, para serem operados de crise aguda de apendicite".

São evidentes as consequencias que poderão advir de enganos como os acima referidos.

O ortopedista deverá se cercar de todos os elementos possiveis, para a exatidão do diagnostico, pois é de interesse maximo para o doente, que seja feito de inicio a distinção entre o que corre por conta da raque e o que depende de outros setores do organismo. Finalmente, um diagnostico exato da afecção de que é portador o paciente, deverá ser estabelecido.

Seguindo a orientação de Hadji e Bailleux, antes de expôr as noções essenciais para o diagnostico, resumiremos dados de embriología, anatomía e fisio-patología da raque, necessarios á melhor compreensão do assunto.

SINOPSE EMBRIOLOGICA

A corda dorsal constitúe o elemento primitivo do esqueleto dos vertebrados. E' no decorrer do segundo mês da vida do embrião que em volta da corda dorsal, o mesenquima se diferencia na bainha esqueletogena que irá constituir depois os corpos vertebrais.

O primeiro deposito de substancia cartilaginosa se faz ao mesmo tempo em três pontos: corpo e massas laterais. A soldadura destes três pontos se opera muito cedo, de modo a formar um arco aberto para traz que se fecha lentamente em direção á face dorsal, envolvendo a medula e seus envolucros. O não fechamento, mais ou menos extenso, da goteira vertebral constitúe a espina-bifida. A ossificação do esboço cartilaginoso se faz igualmente por três pontos: um central e dois laterais.

O ponto central de ossificação é primitivamente duplo, enquanto o ponto central cartilaginoso é unico.

A soldadura dos dois hemi-pontos centrais é precoce, mas compreende-se que um retardamento, a ausencia de um desses pontos ou a sua atrofía, possam acarretar malformações congenitas.

A ossificação está terminada no quinto mês, e a soldadura das diferentes peças osseas ente si, tem logar entre o quinto e oitavo anos.

Ha pontos complementares de ossificação: três para as apofises espinhosas e transversas e dois para os corpos vertebrais. Eles aparecem aos quatorze anos e tem terminada a sua soldadura com o resto da vertebra aos vinte e cinco anos.

Os nucleos cartilaginosos primitivos iniciam-se junto aos vasos inter-segmentarios, aproveitando-se da nutrição aí verificada. A porção situada mais centralmente, entre os vasos, persiste indiferenciada por prazo mais longo, indo constituir o esbôço do disco intervertebral.

Com o desenvolvimento progressivo da zona dos futuros corpos vertebrais exerce-se uma pressão crescente sobre a corda dorsal. Suas celulas são gradativamente compelidas para os espaços intervertebrais, onde a pressão é menor e apresentam uma degeneração mucoide.

Quando os nucleos cartilaginosos dos corpos vertebrais atingem seu pleno desenvolvimento, expulsam de seu territorio todos os restos da corda dorsal. Estes vão acumular-se nos espaços intervertebrais. As fibras do annulus fibrosus apresentam-se melhor definidas, proliferam, e o tecido cartilaginoso interpõe-se entre o nucleo pulposo e a superficie adjacente dos corpos vertebrais. E' a custa do tecido fibro-cartilaginoso ambiente que se processa o desenvolvimento ulterior do nucleo pulposo.

Os discos vertebrais são irrigados por vasos sanguineos durante o seu desenvolvimento. Chegados ao termo do crescimento, entre vinte e vinte e cinco anos, já não se consegue demonstrar a presença de vasos. A degeneração dos vasos e sua consequente obliteração, origina pontos de menor resistencia, até mesmo áreas degeneradas ao nivel da placa cartilaginosa, de papel não pequeno na patología do disco intervertebral.

Com Hadji e Bailleux, julgamos dever gravar desta resenha embriologica da raque quatro pontos essenciais:

a) — O fechamento posterior dos arcos vertebrais, cuja ausencia provoca a espina-bifida.

b) — A existencia de dois pontos de ossificação nos corpos vertebrais, cujas perturbações de desenvolvimento podem acarretar malformações congenitas.

c) — A aparição soldadura tardías das laminulas epifisarias.

d) — A constituição particular dos discos intervertebrais, no seio dos quais persistem residuos embrionarios.

SINOPSE ANATOMICA

As vertebras lombares apresentam corpo muito volumoso, mais extenso no sentido transversal que no sentido sagital. Os pediculos, espessos, se destacam da metade superior dos angulos posteriores do corpo. As laminas são fortes e obliquas para baixo e para traz. A apofise espinhosa, quadrilatera, é horizontalmente dirigida para traz. As apofises transversas ou costifor-

mes, delgadas em seu vertice, situadas em um plano mais anterior que as apofises correspondentes das vertebras dorsais, devem como os tuberculos anteriores das apofises transversas cervicais, ser identificadas como costelas lombares rudimentares.

Na região lombar, as apofises articulares estão dispostas em plano que se aproxima do plano sagital do corpo. Esta orientação é exata, em rigor, para as vertebras situadas na parte média da região. A L1 e L5 tomam a orientação das regiões correspondentes. "E' esta uma disposição que sofre no entanto inumeras variações, não só de coluna para coluna, como igualmente em uma mesma coluna e não raro em uma mesma vertebra. Esta diferença de orientação é principalmente sensivel ao nivel das zonas de transição, particularmente a junção lombo-sacra. Aqui ao passo que as apofises articulares de um lado, estão dispostas sensivelmente no plano frontal, muitas vezes as do lado oposto o estão segundo um outro sagital. Não se póde conceber uma maior incongruencia que esta e os efeitos que daí podem resultar, notadamente sendo a L5 a vertebra base de toda a coluna, além de reunir um segmento movel a um imovel. E' realmente dificil conceber uma disposição mais desfavoravel e facil calcular os desgastes que muito cêdo certamente comprometerão a integridade de uma tal junção". (Orlando Pinto de Souza).

Os discos intervertebrais separam dois corpos vertebrais consecutivos cuja superficie ossea é recoberta por uma cartilagem de encrustação.

A estrutura dos discos varia conforme se considera a zona periferica ou a zona central. A zona periferica é constituida por um anel fibroso — annulus fibrosus ou lamellosus — de constituição semelhante ás fibro-cartilagens. O annulus fibrosus é forte e denso ao nivel da parte antero-lateral dos corpos vertebrais. Feixes fibosos que se extendem entre as duas vertebras aderem fortemente ao tecido osseo. Esses feixes são separados por septos nos quais predominam os elementos elasticos.

A zona central do disco é constituida por uma massa mole gelatinosa ou mucosa sob pressão: o nucleus pulposus. Este nucleo aumenta de consistencia e reduz-se de tamanho á medida que o individuo aumenta de idade. Histologicamente é constituido por tratos

conjuntivos em cujos intervalos encontram-se elementos celulares que são o reliquat da corda dorsal.

Os discos vertebrais são pobres em vasos e nervos. Jung e Brunschwig, citados por Orlando Pinto de Souza, verificaram a presença de filetes nervosos apenas ao nivel dos ligamentos longitudinais anterior e posterior.

O canal vertebral constituido pela superposição dos buracos vertebais, aloja a medula, as raizes dos nervos raquidianos e seus envolucros.

E' amplo ao nivel da região lombar.

A topografía dos segmentos medulares não corresponde á dos segmentos raquidianos. No adulto a medula termina ao nivel da L1 e L2. Esta disposição traz como consequencia uma obliquidade das raizes, se acentuando de cima para baixo.

A topografía vertebro-medulo-radicular deve ser tomada em conta sob o ponto de vista do diagnostico.

Na criança a medula se extende muito mais para baixo que no adulto. Como consequencia do desenvolvimento desigual da coluna e medula (esta parece subir na raque durante o crescimento) poderemos observar em casos de espina-bifida, trações radiculares com perturbações neuro-troficas.

Os buracos de conjugação são constituidos pelo espaço que separa os pediculos das vertebras superpostas. Recordando a disposição anatomica dos nervos raquidianos em sua saída através os buracos de conjugação, verifica-se que é na parte interna do canal que se encontram os ganglios espinhais, fazendo parte das raizes posteriores. Imediatamente após a saída do ganglio se faz a união das raizes anterior e posterior. E' á porção intermediaria entre as raizes e os ramos dos plexos que Sicard deu o nome de funiculo vertebral.

As raizes lombares altas afastam-se logo do plano das vertebras e apofises transversas. De maneira diversa as quarta e quinta lombares. Estas mantem relações de contiguidade com os elementos osteo-articulares em maior extensão. Assim acontecendo poderão ser atacadas por processos espondiliticos localizados sobre as duas ultimas articulações lombares, em sua parte posterior.

Do exposto registaremos:

a) — A intima vizinhança entre o esqueleto raqueano e o sistema nervoso espino-radicular e a repercussão facil das lesões do primeiro sobre o segundo.

b) — A orientação e multiplicidade das pequenas articulações e a frequencia de artrites que disto póde resultar.

SINOPSE FISIOPATOLOGICA

A coluna vertebal forma um todo anatomico para cuja estatica e movimentação, concorrem elementos multiplos e complexos. Não é possivel considerá-los isoladamente no estudo da fisiopatología raquidiana, uma vez que a alteração de um deles repercutirá forçosamente sobre os demais.

Não ha um tipo padrão para se valorizar a estatica e mecanica da coluna lombar. A acentuação da lordose, não é suficiente para que se julgue uma postura viciosa. O essencial é o equilibrio dos eixos sobre que se exercem pressões e em torno dos quais se processam os movimentos.

A fisiopatología da raque vem constantemente se enriquecendo de novos capitulos. Destes, é justo destacar os trabalhos de Schmorl, difundidos na França por Calvé e Galland, sobre a fisiología e patología do disco intervertebral.

Não cogitaremos das perturbações da estatica vertebral, limitando-nos a cuidar das dôres lombares.

Não é coisa facil esclarecer a patogenía dessas dôres, pois nos faltam dados precisos, não só sobre as lesões que as provocam, como tambem sobre os elementos nervosos que as veiculam.

As relações estreitas existentes entre a coluna e o sistema nervoso medular: medula, raizes, meninges; fizeram com que Hadji e Bailleux os considerasse como parte integrante de um todo a que denominaram de complexo raquidiano.

Os estudos de Sicard e Forestier mostraram como certas afecções da coluna, sobrtudo as artrites das pequenas articulações intervertebrais repercutem facilmente sobre as fibras sensiveis das raizes raquidianas, em seu trajeto, ou logo após este, em sua saída dos bu-

racos de conjugação, provocando nesse nivel lesões discretas de aracnoidite, paqui-meningite ou epidurite que explicam de algum modo as dôres de origem radicular: algía ciatica, por exemplo, cuja deve ser pesquisada na coluna sacro-lombar.

Ha uma grande confusão na maneira de interpretar as dôres lombares.

Orlando Pinto de Souza, estudando com grande erudição a patogenía das dôres lombares e sua irradiação, diz após discutir a opinião de muitas autoridades sobre a materia: "Vê-se pelo que fica exposto as dificuldades em que se encontra quem examina estes casos para localizar exatamente qual ou quais as raizes que devem ser responsabilizadas. Em geral só podemos chegar á conclusão si raizes lombares baixas ou altas.

Quando a dôr é localizada á parede abdominal, região genital e face anterior da côxa, certamente se trata de uma lomboartrite alta, entre L1 e L3. Quando ao contrario a dôr é seguindo a face posterior da côxa e antero-lateral da perna, trata-se de comprometimento de raizes mais baixas. Apesar de tudo não se póde negar completamente, que realmente existam dôres pelo mecanismo reflexo, pois que estas existem em toda a patologia humana".

A dôr lombar propriamente dita, tem origem muito mais obscura. E' possivel relacioná-la com as dôres dos demais ossos e articulações do corpo humano; no entretanto a falta de conhecimentos praticos sobre as terminações nervosas sensitivas dos orgãos dessa região, impede clareza melhor na sua interpretação. Estas terminações nervosas têm certamente papel importante na genese das dôres lombares.

De fato, Leriche praticando infiltrações anestesicas das goteiras vertebrais, fazia desaparecer a dôr vertebral e via desaparecer ou melhor reduzir-se o pinçamento do disco, testemunho radiografico dessa dôr.

Em 1924, Leriche tentou introduzir na patología o nervo sinu-vertebral, descrito por Luschka em 1850. Verificou o genial cirurgião francês ao praticar radicotomías por côtos de amputação dolorosos, uma racnoidite ligeira na vizinhança das raizes. Via êle nisto uma repercussão simpatica de dôres afastadas, dando mesmo a entender a possibilidade de raquialgías dependentes

de lesões viscerais ou outras quaisquer, poderem ser explicadas por mecanismo semelhante.

Do exposto verifica-se que já alguma coisa ha esclarecido sobre as algías de origem vertebral, mas percebe-se ao mesmo tempo que dôres lombares, absolutamente identicas, podem ser provocadas por afecções totalmente estranhas á coluna, de causas multiplas suscetiveis de provocar dôres radiculares. O mesmo poderemos dizer para as lombalgías de origem visceral.

EXAME DO DOENTE

Mercer exige como essencial para cuidar de um portador de lombalgía, um completo método de investigação. Diz ser necessario um exame sistematico incluindo todas as possibilidades, pois de outro modo pouco progresso será obtido, tanto quanto ao diagnstico quanto ao tratamento. Preconiza um questionario que deverá ser metodicamente preenchido. Vejamos a maneira de proceder:

Queixas do paciente As dôres lombares se manifestam sob forma e intensidade variaveis. O ortopedista registrará após investigação, o tipo, localização e intensidade da dôr apresentada pelo paciente.

A dôr:

a) — Situação. A situação da dôr poderá ser um ótimo indicio para localizar o ponto da lesão responsavel pelos padecimentos do doente.

b) — Referencia. O paciente poderá referir fenomenos dolorosos á distancia. E' um ponto de suma importancia para o qual Orlando Pinto de Souza chama a atenção. Diz este autor que as dôres irradiadas apenas são agudas e que a lombalgía continuando moderada, o paciente esquece-se de sua existencia ao formular a sua queixa. Nega-a mesmo em um interrogatorio superficial. E' preciso insistir e mesmo examinar a raque percuti-la ligeiramente, por vezes, para nos certificarmos que realmente a dôr não é tão puramente periferica como poderia parecer.

c) — A duração. Devemos indagar de quanto tem-

po vem o individuo sofrendo para discernir sobre um processo agudo ou cronico.

d) — De como começou o mal. Faz-se mistér conhecer a maneira por que começou a doença e particularmente se algum trauma precedeu o aparecimento da doença. No caso de acidente anterior, a natureza do traumatismo, a possibilidade deste ter prejudicado ossos ou articulações, ruturas musculares e ligamentares, tudo deverá ser anotado. Na mulher deverão ser tomadas em consideação a historia das gestações e partos anteriores. Será possivel condicionar muitas vezes o inicio do mal a uma exposição ao frio ou a um ataque febril, que póde ser seguido de uma infecção focal dos fascia-lombares.

e) — O que melhora a dôr. As dôres dependentes de vicios de conformação e orientação do pé, bem como as que são oriundas de defeitos posturais, beneficiam-se em geral com o repouso.

f) — O que peora a dôr. Os pacientes portadores de processos cronicos não se sentem nunca bem como diz Putti, o seu estado é porém muitas vezes agravado pelos exercicios e movimentos desregrados.

g) — Está a dôr peor pela manhã? Nas afecções organicas da coluna a dôr é menos intensa pela manhã.

h) — Rigidez da coluna. A rigidez das lombalgías "não é uma rigidez intensa como se costuma descrever". Ela depende da época em que o paciente é observado. Muito acentuada nos casos agudos, passa quasi despercebida nos processos cronicos. Para bem apreciar a rigidez da raque é necessario observá-la sob varios angulos. A rigidez da coluna é o resultado da contratura muscular, é uma defesa contra a dôr, um mecanismo identico ao que se observa ao nivel de qualquer outra articulação que seja séde de um processo inflamatorio.

Os padecimentos em outras partes do corpo merecem igualmente atenção. Mercer os enumera da seguinte maneira:

a) — Pés. Queixa-se o paciente dos pés? A dôr aumenta com a atitude ereta ou com a marcha? A entorse do pé é um fator etiologico comum nas lombalgías.

b) — Outras articulações. Si o paciente queixa-se de outras articulações o reumatismo e a osteoartrite podem estar em causa.

c) — Sintomas genito-urinarios. As perturbações genito-urinarias requerem exame urologico cuidadoso.

d) — Exame ginecologico. Nas mulheres, levando em conta a frequencia das dôres lombares dependentes de afecções útero-anexiais, uma investigação nesse sentido deverá ser realizada

e) — Neuroses. O equilibrio mental do paciente deve ser devidamente apurado.

f) — Historia de outras doenças. A sifilis, tuberculose, osteomielite, gonorréa e a possibilidade de uma neoplasía deverão ser apuradas.

g) — Constipação. Fraser demonstrou como é frequente a prisão de ventre em doentes que se queixam de dôres lombares; deste modo um exame do intestino não deverá ser esquecido.

* * *

Condição elementar mas que não ha mal em ser repetida, o paciente deverá ser examinado completamente despido. Ele será examinado:

De pé. A atitude do paciente, o contorno abdominal, o estado dos pés, serão cuidadosamente examinados. As condições da pele e da musculatura serão investigadas. As grandes variações das curvaturas vertebrais são facilmente percebidas, mas como já dissemos anteriormente não é assim que acontece nas lombalgías. Nestas as deformações são raramente aparentes. O traçado da linha das apofises espinhosas póde revelar deformação que a simples inspeção não havia podido identificar. Os movimentos da coluna serão verificados. Solicita-se

ao paciente a executar todos os **movimentos da coluna:** flexão, extensão, rotação, flexão lateral e registra-se o gráo que elas atingem anotando ao mesmo tempo as **contraturas e rigezas** assim como atitudes involuntarias tomadas pelo paciente para suprir uma deficiencia raquidiana. Estes movimentos serão executados ativa e passivamente.

Si o exame da dinamica raquidiana é doloroso, serão tomados em consideração **o carater e localização da dôr.** Espasmos musculares locais ou generalizados devem ser computados. O peso e a altura do paciente serão tomados.

O paciente sentado. Os movimentos da coluna serão explorados do mesmo modo que acima. **Os reflexos** serão explorados e igualmente as condiçõs dos **dentes e amidalas**. A tensão arterial será registrada.

EXAME RADIOLOGICO

E' indispensavel a radiografía em um doente portador de lombalgía. Aqui poderemos generalizar o conceito de Orlando Pinto de Souza em relação á radiografía das artrites apofisarias. "Condição sine qua non é a qualidade das radiografías. Si estas não forem de tecnica perfeita, absolutamente nitidas e contrastadas, o exame perde todo o seu valôr".

Ainda do mesmo autor: "não economizar projeções é outra regra absoluta.

Para que a leitura fique mais facil e positiva é bom dispôr de quatro radiografías: uma em sentido antero-posterior, outra de perfil e finalmente projeções obliquas de 3/4, procurando dirigir o raio normal segundo a interlinha articular apofisaria. Um bom negatoscopio, com luz de intensidade graduavel é indispensavel. Só fazendo variar a iluminação é que se consegue muitas vezes apanhar os pequenos detalhes. O ambiente é preferivel bem escuro. Examinando as chapas durante a noite consegue-se apreciar imagem muito mais nitida. Examinar as chapas repetidamente, com dias de intervalo é conselho dado por Putti. São condições basicas que é preciso reter.

O exame **radiografico após injeção de lipiodol** no espaço sub-aracnoideu foi uma conquista importante para

o diagnostico de **rutura ou hernia** do **disco intervertebral.** Si bem que sinais clinicos e quadros neurologicos magnificamente codificados, como os estabelecidos por R. Glen Purling e Everett G. Grantham nos Archives of Surgery de Março deste ano permitam diagnostico seguro comprovado operatoriamente, não é possivel negar o valôr da mielografía no diagnostico das lesões do disco intervetebral. A mielografía gazosa preconizada por Stookey, Dyke e Scarff entrou rapidamente em uso para o diagnostico das ruturas do disco intervertebral. A eficacia deste método de exame varia consideravelmente nas mãos dos varios autores. As indicações e contra-indicações da mielografía lipiodolada têm sido fartamente discutidas. Está estabelecido que o lipiodol póde ser injetado no espaço sub-aracnoideu, si os cuidados inerentes ao método são devidamente computados. Não se deve esquecer que o lipiodol injetado no espaço sub-aracnoideu aí permanece como um corpo estranho por muitos anos. Perturbações imputadas ao lipiodol têm sido observadas em pacientes que se submeteram ao mielograma lipiodolado. A mielografía gazosa necessitando evidentemente aperfeiçoamento tecnico e cuidados de interpretação, dá atualmente 50% de resultados positivos para o diagnostico da rutura do disco intervertebral. Ainda que persista um erro de 50% no diagnostico das ruturas do disco intervertebral, pela mielografía gazosa, diz Hampton ela deve ser utilizada preliminarmente antes do lipiodol, porque desta maneira será possivel eliminar o uso do lipiodol e seus discutiveis efeitos maleficos na metade dos individuos em que é utilizado.

E' isto um resumo do que julgamos essencial para examinar convenientemente um doente de algía lambar. Conhecimentos embriologicos, anatomicos e fisiopatologicos perfeitos, com exame metodico e acurado tornam possivel um diagnostico exato. E o diagnostico é o problema das lombalgías.

CONCLUSÕES

a) — As lombalgías constituem um vasto e complexo problema ortopedico.

b) — A expressão — lombalgías — é um termo im-

preciso, enunciando um sintoma presente em um grande numero de afecções, algumas das quais ainda por individualizar.

c) — O estudo das lombalgías suscita inicialmente a solução do problema do diagnostico.

d) — O estudo da dôr lombar deve ser meticulosamente feito: pelo interrogatorio, exames complementares (raios X, laboratorio, etc.) e pelo exame direto, tanto da coluna como do sistema nervoso periferico.

e) — As lombalgías podendo depender de lesões viscerais, recorrer ao especialista para eliminar ou confirmar a participação de tais orgãos.

f) — A mielografía é método valioso para o diagnostico das lesões dos discos intervertebrais.

g) — A mielografía gazosa tende a substituir a mielografía lipiodolada.

h) — O exame do sistema nervoso é importante não só para definir uma dôr e determinar-lhe a origem, mas tambem para o diagnostico de uma compressão incipiente..

i) — A radiografía é indispensavel no diagnostico das lombalgías, mas não devemos dela exigir, mais do que nos póde dar.

SANTA CASA DE MISERICORDIA

CLINICA CIRURGICA INFANTIL E ORTOPEDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO RECIFE

Hospital Santo Amaro

Serviço do Prof. BARROS LIMA

Contribuição ao estudo das luxações habituais da articulação escapulo - umeral

Dr. Alcino Coimbra
Assistente

Varias dezenas de autores teem dedicado sua atenção ao estudo das luxações habituais da articulação escapulo-umeral.

Quanto á etio-patogenia, parece que se chegou a um acôrdo que põe á mostra, possivelmente, todos os fatores responsaveis pelas referidas luxações. Existe unanimidade de opinião quanto á predisposição anatomica dos elementos articulares; ha quasi unanimidade quanto ao traumatismo, como causa imediata agindo em terreno predisposto. Godoi Moreira acrescentou mais a pouca estabilidade da articulação devida á grande desproporção entre cavidade glenoide e a cabeça do úmero; diz esse autor que "juntamente com a temporomaxilar a articulação do ombro é a séde mais frequente das luxações traumaticas".

Tem-se, porém, falado pouco do traumatismo como causa eficiente e unica, independente de qualquer anomalia da articulação. Com efeito, ha individuos que se entregam a trabalhos e desportos que exigem grande esforço muscular e articular, e até uma determinada data nunca tinham sofrido qualquer luxação; só após um forte trauma que rompe a capsula articular, fratura

o rebordo glenoideo, arranca inserções musculares, êles se tornam portadores duma luxação habitual, que se reproduz ao menor esforço, ou mesmo sem nenhum esforço. No Congresso passado, tratando das luxações traumaticas da côxo-femural na criança, referi-me ao trauma como causa eficiente e unica daquelas luxações independentes do estado articular; creio que posso invocar aqui o mesmo argumento, porquanto não seria demais admiti-lo em toda e qualquer luxação.

Na observação abaixo o enfermo, até aos 21 anos, apesar de sua profissão de agricultor, nunca tinha tido qualquer luxação; como sofria dumas sincopes pouco explicadas, certo dia, ao ter uma sincope, caiu luxando a sua articulação escapulo-umeral direita. Foi socorrido, o úmero reposto no seu logar, e tudo decorria normalmente, quando numa segunda sincope, seis mêses depois, sobreveio nova luxação do mesmo ombro; procurou o Serviço do qual sou assistente, e foi operado em Agosto do ano passado. Desde essa data, até Abril deste ano, quando foi revisto, a luxação não se tinha mais repetido, apesar de sua profissão de agricultor-lenhador.

Observando esse caso, tenho a impressão de que se trata duma articulação bem constituida, suportando bem todo esforço dela exigido, e que um forte traumatismo foi a causa unica de sua lesão; o auxilio trazido pela operação resolveu com facilidade o assunto.

A literatura está cheia de casos semelhantes, como aqueles citados por Hobart, e que são encontrados entre os atletas, jogadores de "foot-ball" americano e outros desportos violentos.

Quanto ao tratamento, ainda não se chegou a um acôrdo definitivo, si bem que a operação de Oudard esteja mais divulgada que as demais. Ha os partidarios da Oudard I, como ha tambem os da Oudard II, da Oudard-Bazy ou Oudard-Lenormant. Nessa operação, uns dizem que o enxerto é o principal, outros dizem que a capsulorrafia e encurtamento muscular é o essencial. Além dos 30 ou 40 processos já conhecidos, transcrevo mais alguns com o unico fim de mostrar que ainda não conseguimos uma norma aceita por todos e que fosse infensa ás criticas. Henschen acha que o "método do alongamento por deslizamento da coracoide, dada

a profundidade do campo operatorio, não é tecnicamente simples; pelo contrario, ás vezes é anatomicamente impossivel porque a propria apofise não é bastante longa". Ele apresenta uma estatistica de 22 operações em 21 enfermos, nas quais usou um método proprio que consiste em prender ao rebordo glenoideo um enxerto da crista iliaca, das dimensões dum polegar, seguindo-se sutura capsulo-sub-escapular em paletot. Acompanhou 16 dos operados e disse que os resultados anatomicos e funcionais foram excelentes.

Hybbinette tem um caso que resolveu com método proprio, consistindo em implantar um enxerto iliaco numa bolsa sub-periostica feita previamente com rugina no local da perda de substancia da cavidade glenoide; obteve nesse unico caso resultados excelentes.

Hobart diz que aqueles que praticam atletismo, quando vitimas dessas luxações, só se beneficiam com a sua operação que consiste na junção da Nicola-Clairmont.

Ahrens empregou o processo de Eden, modificado por Magnus, que consiste em colocar o enxerto no colo da omoplata avivada ; 15 dias depois a radiografia mostrou que o enxerto tinha perdido a conexão com a omoplata, mas a luxação não se repetiu mais. Ele pensou que o enxerto tinha agido como um reforço anterior da capsula, e se propôs a, no futuro, colocar simplesmente um retalho osteo-periostico diante da capsula, fixado por alguns pontos de cat-gut.

Hustins e Leemans teem um caso de Oudard 1 no qual o enxerto sequestrou e a ponta coracoidiana se veio colocar no bordo glenoide, impedindo luxações posteriores; eles apontam o bom resultado e atribuem ao tempo escapular.

Tavernier acha que o enxerto só é suficiente; Lenormant prefere tambem não tocar na capsula, limitando-se á sua simplificação que consiste em fender longitudinalmente a coracoide, numa extensão de 2 cts., fazer uma ranhura nos tendões, e prender uma das pontas do enxerto na fenda coracoidiana e a outra na ranhura dos tendões.

Como se vê, as opiniões e convicções variam de autor para autor. No enfermo de que trata a operação abaixo, o simples enxerto, sem artrotomia nem suturas,

resolveu muito bem o problema, a ponto do enfermo, quando foi revisto em Abril ultimo, disse que nada mais tem sentido, apesar de se entregar ao mistér de lenhador. Ora, essa profissão, estou certo, exige esforços consideraveis de todos os sistemas musculares do corpo e principalmente dos membros e articulações superiores.

Ha, porém, um ponto que me parece ainda obscuro, e que varios autores teem tentado esclarecer: trata-se de saber a que se deve realmente atribuir os bons resultados citados por quasi todos, si á ação mecanica do enxerto que agiria como um obstaculo inerte, ou, si á ação irritativa que ele exerceria sobre a capsula. Segundo as opiniões que citei acima, por serem contraditorias, verifica-se que ainda buscamos a ultima palavra sobre o assunto.

De um modo geral a lesão não é grave, muitos são os métodos operatorios e grande é o numero de curados, mas, apesar disso, o assunto ainda merece discussão. Acho, porém, que posso tirar dois ensinamentos certos, além dos já conhecidos e aceitos: 1.º ha luxações nas quais o trauma foi causa unica e eficiente, e ha luxações nas quais, além do traumatismo, havia predisposição anatomica; 2.º A operação de Oudard simplificada, o simples enxerto, rapido, elegante e mais acessivel, proporciona excelentes resultados, muito embora haja grande numero de adeptos de outros métodos mais complicados e que tambem apresentam estatisticas favoraveis.

OBSERVAÇÃO N.º 4165 M

M. B. B., com 21 anos, côr parda, solteiro, agricultor, residente na cidade de Palmares. Internado em 17-8-1939. Historico: informa que ha seis mêses sofreu uma queda ocorrendo então uma luxação escapulo-umeral direita que foi reduzida pelo medico do local onde reside. Ha 10 dias, em consequencia de outra queda, tornou a deslocar a mesma articulação. Essas quedas são devidas, segundo informa, á inibição dos sentidos a que é sujeito. Exame: Cavidade glenoide da articulação escapulo-umeral direita desocupada pela cabeça do úmero que se acha abaixo da apofise coracoide, conferindo certa deformidade ao local. Grande restrição dos movimentos articulares; qualquer tentativa nesse sentido provoca dôr. Ausencia de crepitação e movimentos anormais.

Diagnostico: Luxação escapulo-umeral direita recidivante. Em 22-8 1939 foi feita redução da luxação (manual, Kocher). Em 26-8-1939, operação: incisão no sulco delto-peitoral, descobre-se a apofise coracoide que é fendida na extensão de um centimetro, da face anterior para a posterior, e aí se coloca um enxerto, por baixo e para fóra do coraco-biceps, de extensão de três centimetros, tomado á tibia; sutura; aparelho gessado toraco-braquial; anestesia geral pelo éter. Alta, curado, em 17-10-39.

Nota: O paciente foi revisto em Abril de 1940, estando em ótimas condições de saúde. Operador Prof. Barros Lima.

RESUMO

O A. faz um ligeiro estudo do assunto, refere-se á etiopatogenia, cita varios processos de tratamento, alega que ainda não se alcançou uma sistematização, e termina dizendo que póde tirar dois ensinamentos, além dos já adquiridos: 1.º ha luxações nas quais o trauma é causa unica e eficiente, e ha luxações nas quais, além do traumatismo, há predisposição anatomica; 2.º A operação de Oudard simplificada, o simples enxerto, rapido, elegante e mais accessivel, proporciona excelentes resultados, muito embora haja grande numero de adeptos de outros métodos mais complicados e que tambem apresentam estatisticas favoraveis. Segue-se uma observação.

BIBLIOGRAFIA

F. E. GODOI MOREIRA — Luxações habituais do ombro — 3.º Cong. da Soc. Bras. de Ort. e Trau. — Recife, 1938.

ALCINO COIMBRA — Luxações traumaticas do côxo-femural na criança — 3.º Cong. da Soc. Bras. de Ort. e Trau — Recife, 1938.

MIGUEL CALMON FILHO — Tratamento cirurgico da luxação recidivante da espadua — Rev. Bras. de Ort. e Trau. — Vol. 1 — Fasc. 1.

BERARD et GUILLEMINET — Résultat du traitement d'un cas de luxation récidivante de l'épaule — Lyon Chirurgical — Seance du 18 de novembre, 1926.

S. HYBBINETTE — Luxation de l'épaule; impossibilité de maintenir la réduction; guérison apres greffe opératoi-

re d'un transplant osseux — Rev. d'Orthopedie et de chirurgie de l'appareil moteur — Tome 22 — 1935.

HUSTIN et LEEMANS — Résultat éloigné d'une luxation récidivante de l'épaule opéré suivant la technique de Oudard — Soc. Belge d'Ortho. — Seance du 20 janvier 1934.

MARCUS H. HOBART — The Hobart operation — The Journal of bone and joint surgery — Vol. XVII — 1935.

C. HENSCHEN — Risultati della plastica del ciglio glenoideo nella lussazione abituale della spalla — Il Policlinico — Supplemento al Vol. XL — 1933.

P. J. ERLACHER — Ortopedia Operatoria — Editorial Labor, S. A. — 1932.

PELAS REVISTAS

DIVISÃO — Geral. **SUB-DIVISÃO** — Nervos. **CLASSE** — III.
ASSUNTO — *Paralisia infantil e ortopedia.*
REVISTA — *Separata El Dia Med. Urug.* — Ag. 1940.
AUTOR — *Caritdt, R. J.*

O A. inicia o trabalho mostrando que a correção das deformidades post-paralisias é etapa dificil do trat. infelizmente necessaria porque não se cuida devidamente os doentes nos primeiros tempos da sua afecção. Mostra quais são os fatores das deformidades, frisando a necessidade de cuidar o problema do lado ortopedico, e não exclusivamente fisioterapico. Neste sentido firma que o estudo da paralisia infantil é particularmente ortopedico, pelos problemas que origina e pelas soluções que lhes são mais adequadas. O estudo da fisiopatologia dos movimentos, da profilaxia das deformações, da rehabilitação funcional, são tantos problemas que exigem a intervenção do ortopedista desde as primeiras horas do surgir da paralisia. Mostra a seguir o erro que significa utilisar mui precocemente, quando ainda doloroso o membro, a fisioterapia, mostrando que deve precedê-la periodo adequado de repouso. Constituem praticas erroneas ainda, a que se refere C., a ausencia de medidas para proteger os musculos paralisados e as articulações vizinhas, a ausencia de medidas profilaticas das posições viciosas, ao lado da pratica de trat. fisioterapico erroneamente indicado. Neste particular revê o valor de diversos meios fisioterapicos, detendo-se no excitante eletrico.

Cita Duhen para quem as correntes faradicas são uteis, e para quem as galvanicas com interrupção ritmada agem preferencialmente sob os musculos paralisados. Mostra, a luz da patologia, que a vantagem está, não em estimular as fibras musculares paralisadas, mas aquelas que recobraram parte do funcionamento, procurando o seu desenvolvimento, para com a função acrescida melhorar o equilibrio dos grupos muscula-

res. Dentro destes principios procura determinar o valor da eletroterapia no trato da paralisia infantil, afirmando desde logo que se trata de método "sem significação, de resultados absolutamente nulos ou prejudiciais". O tratamento util deve ser praticado através de autoreeducação, conduzida por profissional conhecedor da fisiopatologia da musculatura. A eletroterapia só está indicada enquanto se não consegue que, por sua vontade, faça o doente acionar o musculo enfraquecido. De acôrdo com estas normas o trabalho esboça quadro para a terapeutica da P. I. na sua primeira etapa, e dá resultados colhidos no Hospital Infantil de Boston.

Barros Lima

DIVISÃO — Abdome. SUB-DIVISÃO — Réto. **CLASSE** — III.

ASSUNTO — *Estenose retal pura. Doença de Nicolas Favre.*

REVISTA — *Rev. Medica latino-americana* — Set. 940.

AUTOR — *Dr. José A. Urquiza* e *Augusto E. Despontin.*

Os autores comentam dois casos de estenose retal pura linfogranulomatosa, cujas historias clinicas são documentadas por um estudo clinico-cirurgico, patologico e radiografico. Os autores creem que, rigorosamente, se deverá falar nos casos tardios, como os estudados aqui, de retosigmoido-contes estenosantes pela tendencia natural do processo infiltrativo linfogranulomatoso a se desenvolver nas regiões altas durante os periodos evolutivos da doença. Isto é comprovado pelos exames endoscopicos e radiograficos de suas observações.

Assinalam que a reação de Frei é mais positiva quando a doença está no periodo de estado, isto é pela localização retal, quando os ganglios de Gerota estão comprometidos. Uma causa alergisante (sifilis) póde tornar falso o valor diagnostico da reação e nestes casos se deverá empregar o antigeno por via endovenosa. Os autores fazem referencia aos diferentes meios de obtenção do antigeno e preferem o preparado humano do Dr. Negroni do serviço do Prof. Balina, cuja tenica descrevem. Eles interpretam as reações de Frei falsas e positivas e as causas associadas que podem invalidá-la.

Sustentam a necessidade de um dignostico precoce e a exploração retal sistematica nos casos suspeitos. Fazem um

comentario cirurgico, precisando a indicação da operação de acôrdo com o periodo da molestia. Consideram o tratamento medico um valioso auxilio em qualquer periodo.

Ivan de Oliveira

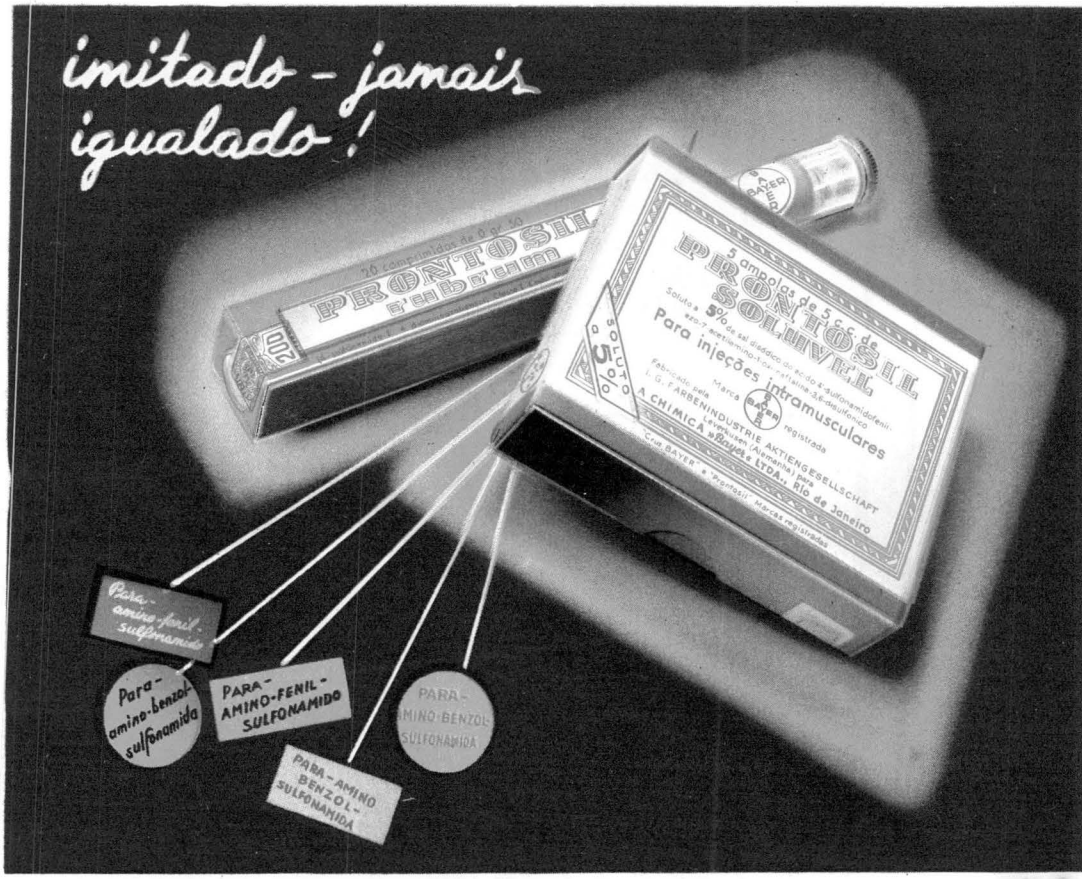
DIVISÃO—Memb. sup. **SUB-DIVISÃO**—Espad. **CLASSE**—II.
ASSUNTO — *Tratamento das fraturas de claviculas pelo método do aparelho dos aneis.*
REVISTA — *Separata da Rev. Bras. Cir.* — Out. 1939.
AUTOR — *Dr. Secco Eichenberg.*

O autor, após fazer um estudo resumido sobre a etio-patogenia e a sintomatologia das fraturas da clavicula, passa a tecer rapidas considerações acerca dos varios metodos de tratamento das mesmas, apresentando os inconvenientes que deles resultam, com exceção do aparelho dos aneis, que além de outras, tem a vantagem de conservar desde o inicio do tratamento, o uso de ambos os membros superiores.

Diz que este aparelho é erroneamente chamado de aparelho de Hilden, uma vez que não encontrou esta denominação na literatura medica por ele compulsada, e por isso, passou a chamá-lo simplesmente aparelho dos aneis, nome que Ombrédanne lhe dá tambem no seu tratado de cirurgia ortopedica. Descreve o modo de confeccionar o aparelho e a tecnica de sua aplicação, mostrando para isso varios esquemas a respeito. Diz que é de facil aplicação e seu material é facilmente encontrado, podendo assim ser aplicado em qualquer logar.

Afirma que tem colhido os melhores resultados anatomico-funcionais com o referido método, e que as vantagens, auferidas pelos pacientes são grandes, adquirindo todos, logo após, a sua colocação, o uso quasi completo do membro superior correspondente. Além disso, a maioria dos pacientes é tratada no ambulatorio, podendo logo cêdo retornar as suas atividades. O tempo de retirada do aparelho varia entre 20 a 30 dias. Finalizando, apresenta 19 observações de doentes tratados por este método, cujos resultados foram completamente satisfatorios.

Ivan de Oliveira



Prontosil

BAYER

A Chimica » Bayer « Ltda.

Blenorragia
Blenorragia
Blenorragia
Blenorragia
Uliron
BAYER
Uliron
o antigonocócico ideal
BAYER

DIVISÃO—Torace. **SUB-DIVISÃO**—Pulmão. **CLASSE**—IV.
ASSUNTO — *A aspiração endocavitaria de Monaldi. Sua tecnica e conduta de tratamento.*
REVISTA — *Lisbôa Medica* — XVII. — 514 — Agosto 940. AUTOR — *G. Bottari* e *Casanova Alves.*

Os AA. descrevem com minucia a aparelhagem de Bottari e Babolini para aplicação das idéas de Monaldi da aspiração endo-cavitaria no tratamento das cavernas pulmonares. A aparelhagem compreende um trocar e um mandril.

Trocar de quatro tamanhos diferentes, medindo 20 cms. com um orificio no extremo distal para tomada das variações de pressão endocavitaria. O mandril tem ponta de fórma prismatica triangular.

As sondas vêm completar a aparelhagem. Para a aplicação do método deve-se constatar, primariamente, a presença de sinfises pleurais em varias partes do hemitorax para se evitar o pneumotorax espontaneo.

A tomografia deve fixar a séde da caverna. Sob anestesia local realiza-se a punção com o trocar perpendicular á mesa dos raios X. Os AA. mostram os sinais que revelam a bôa situação da drenagem. Em 250 doentes tratados no Instituto Forlanini, somente um caso de embolia foi observado. O sistema aspiratorio é construido por frascos comunicantes em desnivel.

Monaldi aconselha fazer 8 a 9 horas de aspirações ao nictemero em 3 ou 4 sessões. O gráo de aspiração é função da relação entre o ar que penetra pelo bronquio de drenagem e o que sai pela sonda. Insistem no valor do controle radiologico quinzenal para a apreciação da marcha do colapso, da situação da sonda e das condições pulmonares contro-laterais.

J. Cavalcanti

DIVISÃO—Abd. **SUB-DIVISÃO**—Gr. intest. **CLASSE**—III.
ASSUNTO — *Tratamento Cirurgico do megacolon sigmoideo.*
REVISTA — *Rev. de Cirurgia de Buenos Aires* — Fev. 1940. AUTOR — *Alberto Gutierrez.*

Em longo artigo estuda G. os problemas cirurgicos relacionados com o megacolo sigmoide. Afirma que ainda existe

um manifesto desacôrdo em torno da questão. Daí a multiplicidade de tecnicas. Em ultima analise só o tempo e uma maior experiencia poderão firmar a ultima palavra e conclusões mais precisas. O tratamento cirurgico depende de fatores os quais impõem problemas diferentes uns dos outros. Assim ha a distinguir o doente com um megacolo simples do que se apresenta com um megacolo complicado de fecaloma ou obstrução intestinal consecutiva á torsão ou volvulo da alça sigmoide. Na atualidade a colectomia segmentar em um ou mais tempos constitúe um dos métodos de tratamento.

A idade do doente e seu estado geral bem como outras alterações encontradas durante a execução do ato operatorio são que indicam a possibilidade de uma colectomia em um ou mais tempo. Assim a colectomia em um só tempo para um doente de estado geral florescente é a intervenção indicada. Apresenta um artificio operatorio de grande alcance pratico: introduz um tubo de borracha transanastomotico consoante recomendam Lockhart-Mummery, Morrison e Balfour.

Deste modo facilita-se tecnicamente a operação, além de assegurar a drenagem de gazes através do tubo, afastando o perigo do afrouxmento das suturas colo-colonicas e consequente peritonite. Com este processo tem observado excelentes post-operatorios.

Se o doente apresenta um estado precario de nutrição a colectomia deve ser realizada em dois ou mais tempos. Em paciente com megasigma complicado com torsão ou volvolo bom estado geral e sem grandes alterações para o lado da alça e do meso torcidos, opina pela colectomia em um só tempo. Ao contrario se é pouco satisfatorio o estado geral com alterações mais ou menos graves ao nivel da alça estrangulada o melhor será o cirurgião recorrer a colectomia em dois ou mais tempos. Na colectomia em um só tempo a anastomose termino-terminal póde ser completa ou sub-total. A anastomose completa póde realizar-se intra e extra-peritonialmente; a sub-total póde fazer-se extra-peritonialmente.

Cita as operações sobre o simpatico preconizadas para o megacolo: gangliectomia e ramisecção simpatica lombar (Judd, Adson, Robertson, Oldham) resecção do pre-sacro (Rankin e Learmenth), secção do esplancnico (Leriche).

Julga que ainda não ha experiencia suficiente sobre o assunto.

Analisa as intervenções realizadas sobre os esfincteres colicos, segundo as concepções originais de Hurst. A' este

respeito lembra os esforços da escola de cirurgia brasileira de S. Paulo com Etzel, A. Correia Neto, Vasconcelos, Montenegro e Hermeto Junior á frente.

Detem-se sobre a tecnica de resecção do esfincter pelviretal de Montier devida á Correia Neto (S. Paulo). Não ha casuistica argentina á respeito. Por fim, passa em revista toda a contribuição portenha em torno do tratamento cirurgico do megacolo sigmoide.

Breno Cunha.

DIVISÃO — Geral. **SUB-DIVISÃO** — Osso. **CLASSE** — I.

ASSUNTO — *Contribuição ao exame radiologico do escorbuto com estudo fotografico da metafise e epifise ossea. Correlação das imagens radiologicas com a histologia patologica das lesões.*

REVISTA — *Arch. Est. Cli. la Habana* — XXXIV — I — 1940. AUTOR — *Emilio S. Pradera.*

O A. estuda os sinais radiologicos precoces do escorbuto. Refere que tais sinais devem ser pesquisados no esqueleto do punho, tornozelo e ombro; no homem resulta dificil obter bôas chapas das articulações condro-costais onde as alterações são mais precoces.

Estuda em seguida os sinais radiologicos na seguinte ordem:

1 — Raia escorbutica.
2 — Zonas de rarefação ossea.
3 — Fraturas da raia escorbutica.
4 — Rarefação do extremo da diafise.

Considera maior importancia ao 1.º que aparece nos filmes como uma faixa escura no fim da diafise.

Trata da patogenia e diz ter observado este sinal em caso de escorbuto mono-sintomatico.

As zonas de rarefação ossea, constituem os sinais de Wimberger e Park de aparecimento não tão precoce. Os outros dois sinais são de importancia gradativamente menor.

Documenta o trabalho com estudo fotografico das metafises osseas lesadas, usando dispositivo especial.

O trabalho é grandemente ilustrado com radiografias e fotografias de casos clinicos e experimentais.

Waldemir Lopes

DIVISÃO — Torace. **SUB-DIVISÃO** — Mama. **CLASSE** — III.
ASSUNTO — *O tecido reticular do epitelioma mamario em relação com a evolução clinica.*
REVISTA — *Rev. Medica latino-americana* — Set. 940
AUTOR — *Dr. Rodolfo Samartino e Armando Noguis.*

Os autores estudam a natureza do tecido reticular dos carcinomas mamarios afim de estabelecer uma relação com sua evolução clinica.

Analisam com tal objetivo, vinte (20) casos de epiteliomas mamarios, com sobrevivencias de 2 meses até 9 anos e pertinentes a todos os tipos anatomo-clinicos da classificação de Jünuing. Concluem seus estudos opinando que o tecido reticular se apresenta pouco abundante nos epiteliomas seguidos de cura clinica e proporcionalmente mais abundante nos que tenham provocado a morte da enferma. Pode-se considerar a diferença constante mas seu valor póde dificultar-se pelas grandes variações individuais. Entretanto, parece provavel que a disposição do tecido reticular possa se utilisar como um novo elemento para fundamentar o prognostico do carcinoma mamario.

Waldemir Lopes

DIVISÃO—Memb. inf. **SUB-DIVISÃO**—Côxa. **CLASSE**—II.
ASSUNTO — *Fraturas do femur e do colo do femur.*
REVISTA — *Brasil Policlinico* — Setembro 1940. AUTOR — *Dr. Eliseu Guilherme.*

O A. inicia seu trabalho fazendo um estudo minucioso das fraturas supra-condilianas do femur que, acha, devem ser divididas em altas e baixas. Descreve a sintomatologia inerente a cada uma dessas modalidades de fratura. Para as fraturas baixas recentes aconselha o método de redução do Massachusetts General Hospital cuja tecnica póde ser resumida como segue: o paciente é posto sentado, na borda de uma mesa, com a perna fletida e pendente. Um auxiliar mantem a côxa firme. O operador com um lençol passado em torno

do joelho do paciente e em redor de sua propria cintura faz forte tração ao mesmo tempo que, por outro lençol que vai do mesmo joelho do paciente ao pé do operador, condiciona o abaixamento do fragmento distal sobreposto á diafise, quando já deslocado pela tração longitudinal e melhor coaptação dos fragmentos fraturados. Isso para as fraturas recentes reduzidas no mesmo dia. Para o tratamento das fraturas altas aconselha a extensão continua por meio de esparadrapo á maneira de Bohler, gessando posteriormente ou continuando a extenção.

Dá um prazo de 3 a 4 meses para a cura completa. Estuda as fraturas da diafise femural chamando a atenção para o cavalgamento mais acentuado para a terção superior, descrevendo seu mecanismo de formação e o método de tratamento. Passa em revista as fraturas do pequeno trocanter e pertrocanteriana de Kocher, explicando a sintomatologia e descrevendo os meios do tratamento.

Ao seu ver as fraturas pertrocanterianas de Kocher nunca devem ser gessadas mantendo-se a tração continua até a consolidação. Na segunda parte de seu trabalho estuda as fraturas do colo do femur. Referindo-se aos insucessos do tratamento desse tipo de fraturas, responsabiliza duas ordens de fatores: diagnostico mal orientado e tratamento inadequado ao tipo de fratura considerado. Considera impossivel um tratamento eficiente sem um exame radiografico, pelo menos, em duas incidencias-cruzadas entre si. Estuda a classificação das fraturas do colo do femur, comparando a de Delbet com a dos alemães. Citando F. Pauwels repete a seguinte norma: se o angulo formado pela interseção da linha de fratura com a horizontal fôr de 30°, a fratura cura apesar de tudo; se mede mais de 50°, reconhece tratamento cirurgico; se excede de 70° marchará para pseudo-artrose, exigindo reconstrução do colo femural, em cerca de 30% dos casos.

Cita estatisticas de Felsenreich — citado por Define — e do proprio Define. Como tratamento descreve dois processos para redução: o de Whitmann e o de Leadbetter. Para a fixação da redução obtida descreve as tecnicas empregadas: *a*) pelo gesso; *b*) pelo impacto subcutaneo de Cotton; *c*) pelo encavilhamento subcutaneo a Swen Johanson do cravo de Smith Peterson de que descreve minuciosamente a tecnica; *d*) pela osteotomia a céo aberto e pelo enxerto osseo a Albee.

Jessé de Oliveira

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

ASSUNTO — *Tratamento dos ferimentos. (Sua orientação moderna).*

REVISTA — *Separata de "Medicina e Cirurgia"* — Janeiro a Março de 1940 — Ano II — N.º 1. AUTOR — *Dr. Secco Eichenberg.*

Inicialmente chama o A. a atenção para a importancia do tratamento dos ferimentos pelas possiveis consequencias advindas, mesmo quando essas lesões são minimas. Esclarece sob o ponto de vista filologico porque emprega a palavra ferimento, ao envez de ferida uma vez que tem esse vocabulo um sentido mais geral. Em seguida passa em revista a questão da regeneração dos tecidos, expondo as maneiras de ver de uma serie de autores, que estudaram o assunto, nos ultimos tempos.

Estudando a questão do tratamento dos ferimentos, assinala a grande importancia que atribúe á imobilização dos pacientes, aos curativos atraumaticos e praticados espaçadamente, á hemostasia cuidadosa porém sem excesso, ao emprego do material de sutura e cirurgico e ao pequeno emprego da drenagem. Estuda os varios antiseticos que são utilisados e se manifesta contrario ao emprego abusivo dos mesmos, porém distingue os resultados favoraveis que vem obtendo com a aplicação sistematica do liquido de Payr, fenolcanfora, preventiva e curativamente. Chama tambem a atenção para a sutura primitiva dos ferimentos recentes, após a ressecção necessaria e que pratíca, após embrocação com o liquido de Payr. A esse proposito, faz o autor uma exposição das idéas atuais sobre a sutura primaria, após excisão de tecidos.

Estuda em detalhes, o modo de realizar curativos e os intervalos entre êles, sendo francamente partidario da sua pequena frequencia.

Reafirma os bons resultados obtidos com o emprego local do oleo de figado de bacalháo, liquido ou em pomadas, assunto sobre que já escreveu um trabalho anteriormente.

Termina o seu artigo frisando que todos os ferimentos devem ser cientificamente tratados.

Bruno Maia

DIVISÃO — Torace. **SUB-DIVISÃO** — Mama. **CLASSE** — III.
ASSUNTO — *A doença cistica, sua patogenia, seu prognostico e seu tratamento.*

REVISTA — *Jornal internacional de cirurgia* — 940.
AUTOR — *C. Dahi-Iversan.*

Baseando-se sobre uma experiencia pessoal de 250 casos de doença cistica, observados durante os anos de 1935 a 1939, o autor faz, na 1.ª parte, a exposição da clinica e da histopatologia desta afecção em suas diferentes fórmas. Na parte seguinte, resume a frequencia da afecção e das enfermidades que podem entrar em consideração para o diagnostico diferencial, ao mesmo tempo que expõe os criterios que servem de base para fazer este diagnostico.

Quanto á patogenia da afecção, refere e critica as diferentes hipoteses, entre as quais as hormonais oferecem um interesse especial. Constata que nenhuma das hipoteses emitidas é satisfatoria, mas que existe um grande numero de observações que falam a favor de uma afinidade entre a doença cistica e um transtorno funcional do ovario, que no momento é desconhecido. Referindo-se ao prognostico, diz ter comprovado, baseando-se nas investigações realizadas nestes ultimos anos, em relação com as suas pessoais, que o carcinoma mamario se apresenta na doença cistica muito mais raramente do que se supunha antigamente.

Faz notar que não sabe se a enfermidade cistica é uma afecção precarcinomatosa.

Dos 2 tratamentos que tem eficacia na doença cistica, considera de acôrdo com a sua experiencia, que a terapeutica hormonal pela faliculina é o método principal, enquanto que os métodos operatorios, a resecção do seio e a ablação do corpo mamario respectivamente, na enfermidade cistica difusa e parcial, não podem entrar secundariamente em consideração, sinão quando o tratamento hormonal não produz efeito e que os tumores da enferma exijam, finalmente, a intervenção.

Finalmente, comunica o resultado de 100 biopsias praticadas, em 50 casos tratados pela foliculina e de outros 50 casos não tratados, tomados em sua documentação. Crê que o efeito terapeutico do tratamento pela foliculina, segundo as investigações histologicas realizadas, se manifesta, em 1.º lo-

gar, no tecido conjuntivo intralobular, patologicamente hiperplasiado o qual toma um carater fisiologico.

Ivan Oliveira

DIVISÃO—Abdome. **SUB-DIVISÃO**—Epiploon. **CLASSE**—III.
ASSUNTO — *Volvulo do grande epiplon em uma apendicite gangrenosa.*
REVISTA — *Soc. de Cirurgia de Cordoba* — Set. 940.
AUTOR — *Antonio Nores.*

O autor apresenta observação de um doente, que foi por êle operado com o diagnostico de apendicite aguda. O apendice encontrava-se muito aumentado de volume, de côr rôxo-amarelada e com duas placas de infarto, sendo extirpado sem dificuldade. Em seguida procede a exploração do resto do abdome, por lhe chamar atenção o aspecto do epiplon. encontrando um volvulo por dupla volta sobre uma brida epiploica inserida na face anterior do ileom, a brida é seccionada e realizada a distorsão; como o aspecto do epiplon não melhorou com a medicação adrenalinica e sôro fisiologico quente, foi procedida a sua extirpação total com ligadura e fechamento da parede sem drenagem. Finalizando, diz que o caso tem importancia unicamente por sua rareza, pois, de 350 publicações francesas dos ultimos 20 anos e por êle consultadas, só há 4 de concomitancia de uma apendicite com torsão de uma viscera.

Inclúe no seu trabalho fotografias das peças extirpadas.

Ivan Oliveira

DIVISÃO—Memb. inf. **SUB-DIVISÃO**—Joelho. **CLASSE**—IV.
ASSUNTO — *A proposito das osteosinteses nas resecções da articulação do joelho.*
REVISTA — *Jornal Int. de Cirurgia* — 940. AUTOR — *Svante Orell.*

Diz o autor que nas resecções da articulação do joelho, convem empregar osteosinteses mais positivas que as que se obtem suturando as partes fibrosas circumvizinhas com catgut

ou com fio de linho. Si se utilisa um enxerto osseo, o de ossum purum tem, em comparação com o enxerto osseo autoplastico, as seguintes vantagens: 1.º de já estar preparado e em reserva, pelo que não necessita nenhuma operação prévia para obtê-lo; 2.º De ter sido preparado com antecedencia e não necessitar, portanto, nenhuma modificação no momento da operação. No caso de se empregar um grande fragmento reto de ossum purum, é facil fazer penetrar sua extremidade ponteaguda no osso esponjoso da tibia, onde se fixa bem; porém é dificil encaixar conetamente sua outra extremidade no osso esponjoso do femur, que por não se aderir bem, póde deslisar. No caso de se utilisar uma lamina arqueada de osso purum, constituida por osso compacto sobre a face convexa e por osso esponjoso sobre a face concava, será algo mais dificil de introduzir que o fragmento reto, entretanto tem a vantagem de atuar a maneira de um gancho, mantendo juntas as superficies resecadas, impedindo assim deslisar uma sobre a outra. Nestes dois casos, o osso esponjoso das superficies resecadas, deve ser perfurado, antes da introdução do enxerto do osso purum por meio de um perfurador que tenha uma forma apropriada. As laminas arqueadas de osso purum devem ser esterilisadas pela cocção em uma solução fisiologica de sal marinho na vespera da operação, e depois deixá-las secar durante a noite, á temperatura da habitação, envolvidas em gaze esterilisada, ou em uma estufa a 50.º ou 60.º.

Nestas condições, estarão aptas a ser empregadas na manhã seguinte.

Ivan Oliveira

DIVISÃO — Genitais. **SUB-DIVISÃO** — Útero. **CLASSE**—III.

ASSUNTO — *Novocainização das metrites do colo uterino.*

REVISTA — *Bull. de la Soc. de Gin e d'Obst.* — Ano 939-940 — Ano 28 — N.º 8. — AUTOR — *Figarella.*

Acentúa o A. que o seu procedimento não visa destruir o germe nem o tecido. E' a cura sem a destruição. E nisto reside a finalidade do processo. Verificando a inconveniencia do método de Filo preferiu lançar mão da vaso-dilatação ativa provocada pela anestesia das extremidades simpaticas da região. Esta vaso-dilatação favorece a cicatrização fornecendo á mucosa cervical a possibilidade de se desembaraçar por si

mesma da inflamação, microbios e da erosão. Utilisa a sincaina a 1/200 sem adrenalina. Ordinariamente são sufientes 20 a 25 cc.. Crê que doses superiores produzem vaso-constrição reflexa. A injeção é feita nas extremidades do diametro transverso e quando existe anexite extensa faz mais duas picadas no diametro vertical. O anestesico deve ser depositado na sub-mucosa. A seringa de Pauchet facilita este injeção. A cura se obtem geralmente ao cabo de 4, 6 ou 8 sessões e o ritmo das injeções é de 2 por semana. Infiltrações com maiores intervalos oferecem resultados mediocres e com intervalos mais proximos são estes ainda menos interessantes.

Parece, conclúe Figarela, que o aparalho vasculo-simpatico se fatiga e não atende ás solicitações terapeuticas. Os resultados do processo são magnificos, desaparecendo rapidamente a dôr na meioria dos casos após a 1.ª injeção. A lencorréa desaparece ao mesmo tempo que a dôr num 1/3 dos casos, noutro 1/3 com 2 aplicações. As fórmas erosiva, vegetativa e poliposa respondem notavelmente ao tratamento. A fibrosa mal. As vantagens do método proposto são:

1.º — não exige aparelhagem especial.
2.º — não oferece perigo.
3.º — E' extremamente rapido.
4.º — Produz alivio ou uma cura completa das dores e corrimento desde a primeira ou segunda aplicação.
5.º — Produz resultados duraveis.
6.º — Póde ser associado a outro tratamento para suprimir as dôres ou para torná-las mais rapidas.

José Henriques

DIVISÃO — Torace. **SUB-DIVISÃO** — Pulmão. **CLASSE**—IV.

ASSUNTO — *Cinco anos de toracoplastias para vertebrais no Instituto Clemente Ferreira.*

REVISTA — *Separata.* AUTOR — *C. Comenale Filho. Cintra Ferreira e F. Fangamello.*

Os AA. descrevem as etapas evolutivas do colapso toracoplastico durante 5 anos de atividades no Instituto Clemente Ferreira.

Inicialmente, tratam dos cuidados pre e post-operatorios

e das vantagens da anestesia local. Demoradamente analisam o choque que declaram motivado pela "violenta compressão do apice pulmonar devido ao exagero das resecções costais em largura e altura".

Neste particular insistem nas vantagens da cirurgia iterativa.

Sempre adeptos da toracoplastia parcial, os AA. passam a analisá-la nas suas vantagens e nos seus detalhes de tecnica.

Executam toracoplastias em 2 tempos para as 5 primeiras costelas e em 3 ou 4 para a plastica total.

Separam as intervenções por um intervalo ótimo de 15 dias e realizam a desvitalização do leito periostal pela formalina.

Abordam o estudo da apicolise extrafacial de Semb cuja indicação discutem. A manobra de Semb estaria apenas justificada "nas grandes destruições do parenquima quando contamos somente com o fator mecanico. Terminam apresentando resultados alcançados com o emprego das toracoplastias. Executam 137 toracoplastias para-vertebrais. Realizaram 15 plasticas totais, 76 parciais e 1 inferior. Observaram 4 mortes ligados diretamente ao áto cirurgico.

Em 92 doentes, obtiveram cura clinica em 43; grandes melhoras em 19; melhoras em 6, morte depois de 2 anos 2 e mortes ligadas direta ou indiretamente a operação em 10.

Joaquim Cavalcanti

DIVISÃO — Genitais. **SUB-DIVISÃO** — Útero. **CLASSE**—III.
ASSUNTO — *Endometriose.*
REVISTA — *Am. J. Obst. Gyn.* — Junho, 940. AUTOR — *R. Talletes e G. Rosenblum.*

Após exames das Estatisticas concluem os AA. que historias incompletas teem sobremodo prejudicado o estudo desta afecção. Em 50% dos seus casos deixaram de acompanhar os resultados dos tratamentos porque perderam o contacto com os doentes. Dão destaque a alguns fatos observados no estudo que fizeram. Deste modo o adenomioma torna-se cirurgico em idade muito mais avançada do que a endometriose pelvica.

E isto é consequencia do desenvolvimento de sintomas leves na séde uterina. A associação frequente de fibromioma e

hiperplasia do endometrio na serie dos AA. parece trazer um forte argumento á etiologia comum, previamente sugerida dessas entidades. As perturbações menstruais foram os sintomas mais comuns caracterizados por dismenorréa ou qualquer outro tipo de hemorragia uterina. Em cerca da metade dos casos estava presente o retro-desvio do útero. Na Endometriose julgam os AA. que a ablação do tecido ovariano produz uma melhora muito mais acentuada do que com a cirurgia conservadora. Desde que os cirurgiões deem mais valor ás historias das pacientes e pensem mais na endometriose tanto mais facil será o diagnstico pre-operatorio. Nas pacientes, mesmo jovens, quando bastante extensa a E. que parecem dificil sua excisão, melhor será a remoção de todo tecido ovariano.

José Henriques

DIVISÃO—Abdom. **SUB-DIVISÃO**—Estomago. **CLASSE**—III.
ASSUNTO — *Sobre um caso de flebite medio-gastrica.*
REVISTA — *Rev. Polic. Caracas* — Fev. 1940. AUTOR — *Hector L. Payares.*

O A. após expôr considerações sobre o conceito clinico em que se tem hoje a sifilis do estomago, passa a relatar a observação de uma paciente portadora de padecimentos gastricos, e de constipação com crises pseudo-oclusivas, cuja exploração radiologica mostrou a alça sigmoide com seus contornos irregulares. Com o diagnostico de cancer do colon é operada de urgencia por manifestações de oclusão intestinal. Não foi enontrada lesão neoplasica do sigma, apenas acentuado anel espasmodico no sitio onde a radiografia acusava aquela alteração. Ptose do colon em todas as suas porções. No estomago foi evidenciado intenso espasmo do piloro. Nos exames complementares pre-operatorios, havia reação de Bordet-Wassermann positiva. Passou bem durante 4 meses, quando recomeçou a ter vomitos. Tirada uma radiografia esta revelou imagem de sifilis gastrica. Foi, então, instituido um tratamento anti-luetico a base bismuto e mercurio, que a paciente não levou a cabo por ter de se ausentar para o exterior. Contudo a sintomatologia gastrica desapareceu, persistindo porém a constipação. Um novo controle radiografico mostrou a mesma imagem da radiografia anterior.

Crê o A. se tratar de um caso de sifilis gastrica, pela imagem radiologica encontrada, ausencia de neoplasia revelada pela laparotomia exploradora, bom estado geral e pela terapeutica instituida.

Ivan Oliveira

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

ASSUNTO — *Fraturas transcervicais do colo do femur e seu tratamento por encavilhamento.*

REVISTA — *Columbia Medica* — Vol. I — N.º 7 — Julho de 1939. AUTOR — *Agostin Aranco Sarain.*

O A. emprega três métodos distintos para o tratamento das fraturas transcervicais. Nos velhos com estado geral máo adota a extensão continua e suspensão. Nos velho com estado geral bom emprega o método de Whitmann que consiste em tração rotação interna e abdução; com esse método obtem perfeita redução e bôa contenção mecanica, fazendo caminhar o doente entre o 4.º e o 6.º mês após uma radiografia de controle.

Nos doentes, porém, com bom estado geral emprega o tratamento cirurgico. Preconisa a tecnica do encavilhamento osseo, método de J. Harver, com algumas modificações pessoais. O A. descreve a tecnica que dá titulo a trabalho minucioso, e divide em 4 tempos distintos:

1.º tempo: Redução da fratura com o doente na mesa ortopedica, colocando-o em posição de Whitmann e controle da redução pela radiografia; 2.º tempo: retirada do enxerto, tomando este da porção inferior do peroneo; 3.º tempo: Incisão larga da pele a nivel do grande trocanter; descoberto largamente o osso é perfurado o colo e a cabeça do femur com um perfurador manual; 4.º tempo: No tunel formado pelo perfurador introduz o enxerto. Ainda esse tempo da operação é controlado pela radiografia. Imobilisação em gessado a Whitmann. Todos os doentes assim tratados caminharam ao 8.º dia. O gessado é retirado 6 meses após a operação. Os resultados imediatos foram sempre bons.

Dioscodio Oliveira

DIVISÃO — Geral. **SUB-DIVISAO** — Anest. **CLASSE**—IV
ASSUNTO—*Anestesia local nos abdomes agudos.*
REVISTA—*Separata do Hospital*—Novembro 39.
AUTOR—*Secco Eichenberg.*

Eichenberg começa o seu substancioso trabalho dizendo que no momento só está interessado na anestesia local nos abdomens agudos, dispensando comentarios gerais sobre indicações e contra indicações das anestesias assim como as suas vantagens em cirurgia geral. Passa em seguida a descrever o progresso da anestesia local, e a sua introdução nos casos cirurgicos agudos. Considera atualmente estabilisado esse processo de suprimir a dor, apenas exigindo um diagnostico preciso maior tempo e esforço do cirurgião e sobretudo cuidado operatorio. Estuda detidamente o capitulo influencia da anestesia local sobre o processo flogistico, fazendo citações varias, entre elas a de Rosenta que assim conclue: I—nos tecidos visinhos ao foco inflamatorio encontram-se da mesma forma os mesmos germes quer se use a anestesia geral ou local. II—As experiencias demonstraram que as soluções anestesicas teem ação nociva sobre as bacterias e os germes piogenicos. Descreve a tecnica a ser empregada nas laparotomias medianas e para medianas, completando o ato operatorio com a infiltração de ligamentos arteriaes, etc. O trabalho foi produzido na 2.ª cadeira de clinica cirurgica Prof. Guerra Blessmann onde desde 1936 se tem largamente indicado a anestesia local, maximos nas apendicites agudas e na cirurgia gastro intestinal.

Mostra um quadro comparativo das anestesias no serviço Blessmann desde 1917 até 1939. Era usada de inicio a novocaina, passando a percaina para, no estado atual, empregar sistematicamente a neotutocaina na titulagem de 1 % e a 2 %. A solução é preparada na hora, dissolvendo o anestesista um comprimido de 0,10 de neotutocaina em 100cc de soro fisiologico. Assim fazendo adiciona-se 1cc de sal, o milesimal de cloridrato de adrelina. Atribue o sucesso da anestesia a boa tecnica realisada. Em certos casos usa o skozedal como preparo pre anestesico. Termina mostrando a opinião de dezenas de autores que defendem a anestesia local e suas vantagens nos processos abdominais agudos. Acusa vasta literatura.

Waldemir.

DIVISÃO — Pescoço. **SUB-DIVISÃO** — Tiroide. **CLASSE** — IV
ASSUNTO — *Cuidados preparatorios nos doentes a serem operados de bocio.*
REVISTA — *Cultura Medica.* Setemb. 1940.
AUTOR — *Moreira Filho.*

O A. inicia o artigo afirmando que pretende estudar o assunto de um modo geral, sem traçar normas especiais ás varias formas de bocio, os quais exigem tratamento adequados, relacionados com a duração e a gravidade da doença e a idade da paciente. Divide o trabalho nos seguintes capitulos: I — Profilaxia da emoção, onde descreve o papel do cirurgião como psicoterapeuta. havendo necessidade do mesmo usar nma fina diplomacia clinica. II - aparelho cardiovascular, considerado pelo autor como a mais seria complicação de hipertireoidismo III — Medicação iodada. IV — Sedativos. V — Dieta. VI — Liquidos. VII — Repouso. VIII - Cuidados suplementares.

Cada um dos capitulos está bem desenvolvido, tendo o A. carinho especial com a medicação cardiovascular e a iodada. O emprego do lugol na dose diaria de 30 gotas e nos casos graves, iodureto de sodio na veia.

Considera da maxima importancia a medicação sedativa.

Acha que apenas o repouso preparatorio de 48 horas é suficiente para permitir um ato operatorio sem anormalidades. Termina citando um quadro estatistico de Langeron, publicado no Journal des Sciences Medicales de Lille em 1939.

Waldemir.

.. **DIVISÃO**—Abd.—**SUB-DIVISÃO**—Estom.—**CLASSE** III. ..
ASSUNTO — *Ulcera duodenal perfurada após gastrectomia com exclusão — 2 casos.*
REVISTA — *Ar. Paul. Med. Cir.* — XXXVIII, 111, 1939.
AUTOR — *Eduardo Etzel.*

Etzel apresenta 2 observações clinicas de pacientes portadores de ulceras do duodeno nos quais foi realizada gastrectomia com exclusão de Finsterer. No post-operatorio, os doentes faleceram de peritonite, sendo constatado perfuração da ulcera em peritoneo livre.

Na primeira observação foi realizada anastomose anticolica porque não havia espaço avascular no mesocolon transverso. O A. atribue a perfuração á estase intra-duodenal produzida pelo tipo de anastomose.

No segundo caso a perfuração resultou de traumatismo operatorio do bulbo duodenal. O A. aproveita os casos referidos para tecer comentarios sobre a tecnica da gastrectomia com exclusão incistindo no cuidado de evitar manobras traumatisantes sobre o duodeno.

Joaquim Cavalcanti

DIVISÃO—Abd. **SUB-DIVISÃO**—Par. ventre. **CLASSE**—III.

ASSUNTO — *Conceito atual sobre o tratamento das hernias crurais. Tecnica de Dickson modificada.*

REVISTA — *Arq. Cir. Clin. Exp.* — IV — 72 — 1940.

AUTOR — *Nicolau Morais, Barros Filho.*

Inicialmente recorda o A. a anatomia medico-cirurgica aplicada.

Em seguida, analisa a etiologia das hernias crurais. Considera a hipotese da hiper-presão intra-abdominal e a da preformação do saco, concluindo por um julgamento etiopatogenico ecletico. No dominio terapeutico julga os métodos cirurgicos os unicos aplicaveis. Empreende estudo critico dos diferentes métodos operatorios, começando pelo de Bassini. Logo após estuda os metodos de cura por via inguinal.

Descreve os metodos de Ruggi-Parlavecchio e o de Dickson.

Dickson, baseia-se no valor da utilisação do fascia-transversalis. Preconisa a sutura do fascia-transversalis ao ligamento do Cooper. Admite, ainda, a sutura do bordo posterior da arcada ao ligamento de Cooper. O A. apresenta modificação pessoal desta tecnica.

Passa 3 ou 4 pontos que apanham o bordo posterior da arcada, o ligamento de Cooper e o labio superior do fascia transversalis.

Em seguida sutura o labio superior da aponevrose do obliquo externo á arcada, deixa o cordão em plano medio-funicular e leva o labio inferior da aponevrose do obliquo externo que sutura na parte superior.

Joaquim Cavalcanti.

DIVISÃO—Abd. **SUB-DIVISÃO**—Vias Biliares. **CLASSE**—IV.
ASSUNTO — *Nossa experiencia na cirurgia hepato-coledociana.*
REVISTA — *Bol. Soc. Cir. de Montevidéo* — Tomo XI — N.º 3.940. AUTOR — *Prat e Gutierrez.*

Os AA. fazem inicialmente referencias a um de seus trabalhos anteriores onde demonstram grande entusiasmo pela drenagem biliar externa justificando-se em exitos brilhantes obtidos na maioria dos operados. Atualmente como ha uma campanha contra a drenagem em vias biliares, os AA. propocuram dar as suas impressões sobre o assunto. Acham eficaz e favoravel a ação da drenagem sobre o funcionamento biologico do figado, o que representa um elemento principal na cirurgia biliar e passam a encarar em particular a tecnica de operação.

Estudam a classica drenagem de Kehr que compreende 3 tempos :

1.º — Hepato coledotomia
2.º — Colecistectomia.
3.º — Tamponamento protetor.

Citam varias vantagens do tubo de Kehr, ao qual dão preferencia. Lamentam o modo de proceder de alguns cirurgiões que empregam o tamponamento cerrado no local da colodocotomia, sendo que apenas preferem colocar algumas gazes humedecidas em goma afim de evitar aderencias. Realizam sistematicamente a drenagem com o tubo de Kehr dizendo que a obliteração do hepatico ocasiona dilatações e estase biliar dos canaes intra hepaticos provocando lesões irreparaveis, Citam observações de autores que tiveram acidentes graves com a brusca descompensação do hepatico, observações estas que não foram notadas pelos professores argentinos. Passam a fazer considerações sobre a colicistectomia afirmando que a praticam, nos doentes em bom estado geral, mesmo após terem feito a drenagem do coledoco. Em caso contrario drenam a vesicula. Por vezes usam a operação de Pribram que consiste em destruir a mucosa vesical com o bisturi eletrico.

Finalmente estudam os seguintes capitulos:

1.º — Calculos olvidados no coledoco.
2.º — Operação de Pribram.
3.º — Sindrome coledociano produzido pela hepatite.
4.º — Anastomose bilio digestiva.
5.º — Litiase das vias biliares intra-hepaticas.

Waldemir

DIVISÃO—Cabeça—**SUB-DIVISÃO**—Encefalo—**CLASSE** III.

ASSUNTO — *Resecção bilateral do simpatico cervical em um caso de epilepsia.*

REVISTA — *Revista de la Policlinica Caracas* — IX — 3354 — Fev. — 1940. AUTOR — *Br. Mata de Gregorio.*

O A. apresenta uma detalhada observação de um epileptico tonico com crises de excitação psico-motora que o tornam insociavel e pelo que foi internado. Após terapeuticas infrutiferas, resolveu o A. realizar resecção unilateral do simpatico cerviçal-ganglios fusiforme estelar e cadeia intermediaria. Com a realização dessa exerese a direita, o paciente melhorou, particularmente no psiquismo e ficou confiante na cura com a segunda intervenção. O resultado post-operatorio como depois da primeira operação foi simples e a sindrome ocular se apresentou progressivamente. As crises epilepticas observadas posteriormente foram se tornando muito espassadas e nos ultimos meses em que foi observado, elas não tiveram lugar.

A excitação psico-motora desapareceu, entregando-se o paciente a uma ocupação. O A. depois de algumas considerações sobre essa terapeutica cirurgica realisada, não se mostra convencido de que o resultado decorre das intervenções realizadas, desde que a doença tem fazes de melhoria expontanea, podendo-se pensar na possivel influencia de uma onda favoravel além do que o periodo de observação post-operatorio do doente ainda é curto (alguns mezes).

Bruno Maia.

DIVISÃO — Abdome. **SUB-DIVISÃO** — Abd. **CLASSE** — I.

ASSUNTO — *Valor da sedimentação das afecções cirurgicas agudas do abdome.*

REVISTA — *Le Scapel* — Julho — 1940. Autor — *Merelle, Nolens e Rosman.*

A utilidade da prova da velocidade da sedimentação globular no diagostico das sindrones abdominaes agudas foi evidenciada pelos trabalhos d Lohr em 922 e Joseph e Marcus em 923. Nas afecções anexiais inflamatorias ha uma aceleração da sedimetação, contrariamente ao que ocorre na apendicite e na colecistite aguda nas primeiras 36 horas, enquanto não ha complicação peritoneal. Os AA. focalisam o

auxilio que dá esta reação no diagnostico diferencial entre a anexite e a apendicite e estudam a prova principalmente nas sindromes do hemi-abdomen direito. Usaram a tecnica de Westergren e classificam os resultados em aceleração leve, mediana ou forte segundo que a sedimentação depois de uma hora está entre 15 e 20,20 e 50 ou sobrepassa esta cifra. Observaram que: na apendicite aguda sem reação peritoneal, a V. S. H. é normal em 83% dos casos examinados, do mesmo modo na apendicite cronica (considera-se normal uma sedimentação de 7 mm. no homem e 11 mm. na mulher). Os A. A. sem embargo preferem considerar como normal para ambos os sexos a cifra de 15 mm. Na apendicite aguda complicada ha aceleração em 80% dos casos. Ha um paralelismo nitido entre a gravidade das lesões e a aceleração da sedimentação. Na anexite a aceleração da velocidade da sedimentação é proporcional a gravidade da afeção e alcança 95% dos casos agudos.

Tanto na anexite como na apendicite não complicadas não ha relação entre a aceleração da velocidade de sedimentação e a elevação da temperatura, a leococitose ou a polinucleose. Concluem os A. A. afirmando que a medida da velocidade de sedimentação constitue um elemento interessante para o diagnostico diferencial entre a anexite aguda e apendicite aguda não complicada.

DIVISÃO—Abd. **SUB-DIVISÃO**—Par. ventre. **CLASSE**—III.

ASSUNTO — *Conceito atual sobre patologia e o tratamento das hernias inguinais.*

REVISTA — *Arq. Cir. Cli. Exp.* — IV — 30 — 1940.

AUTOR — *N. Morais Barros Filho e E. Pinto de Souza.*

O AA. A. realizam proveitosa revisão de tão importante tema.

Tratam, inicialmente da anatomia da região citando as pesquisas recentemente feitas neste terreno. Sobretudo aquelas de Anson Mc. Vay. Logo emprendem o estudo patogenico das hernias obliquas externas e diretas. Das hernias obliquas externas, recordam a sua procedencia no canal peritoneo-vaginal, a sua evolução e a sua sintomatologia. Passam, então, ao estudo das hernias diretas.

Aqui, o substrato anatomico está representado por um dispositivo particular da anatomia da região. E' que o obli-

quo interno e o transverso não tomam medialmente inserções no corpo do pubis, ficando, apenas na borda lateral do reto anterior. Assim fica constituido o triangulo inguinal, com o fundo formado pela fascia transversalis e peritoneo parietal.

No estudo terapeutico referem os meios de contensão mecanica, as injeções esclerosantes e sobretudo o tratamento operatorio.

Realizam analise dos metodos cirurgicos, começando pelos processos de reconstituição medio-funicular descrito em 1888 por Bassini na Italia e contemporaneamente por Mercy nos Estados Unidos.

Estudam, ainda os métodos de Girard, Halsted, Andrews e Zinmermann e tratam das respectivas indicações.

Analizam ainda aspectos especiais do problema terapeutico.

Comentam criticamente a sutura musculo-aponevrotica (que aconselham ser feita com remoção do tecido areolar interposto e com avivamento do bordo muscular), a necrose dos feixes musculares por compressão exercida pela sutura, a utilisação do fascia transversalis, o tratamento do saco e o material de sutura.

Joaquim Cavalcanti.

NOTAS E NOTICIAS

QUARTO CONGRESSO BRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Reuniu-se em S. Paulo, sob a presidencia do Prof. Domingos Define, o IV CONGRESSO BRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, de 1 a 3 de julho.

Obedecendo a programa previamente organisado, na manhã de 1 de julho, antes de iniciados os trabalhos cientificos realisaram os congressistas uma

VISITA AO TÚMULO DO PROF. PUECH

fundador e primeiro presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia.

Incorporados comparaceram ao Cemiterio da Consolação, onde, em nome dos seus companheiros, discursou o Prof. Barros Lima. Foram estas as suas palavras :

"Reunem-se, os ortopedistas brasileiros, neste seu primeiro contacto após o deaparecimento de Rezende Puech, para reverenciar-lhe a memoria.

E' homenagem bem compreendida, porque foi a ortopedia a preocupação maxima da sua vida profissional. Sentiram-no os de sua escola, no Pavilhão Fernandinho, compreenderam-no os que, pelo Brasil afóra, se preocupam com os problemas da patologia do aparelho da locomoção, afirmam-no os seus amigos, os que com ele conviveram.

Homem cujas atividades, no ultimo quartel da vida, se ampliou num sentido de mais vasto interesse social, se alargou

no ambito das realizações de Assistencia hospitalar, Rezende Puech, foi sempre o chefe de uma escôla ortopedica, o guia da especialidade neste recanto do continente americano.

Cedo os seus pendores se exteriorisam : acompanhando Ulhôa Cintra ou agindo na sua clinica da Santa Casa de Misericordia, criou, em torno de si, ambiente de atividades de tal ordem, aureola de especialista por tal forma consagrado, que a Faculdade de Medicina de São Paulo não teve obice na escolha do seu professor, investindo Rezende Puech numa catedra que era sua, sagrando-o num ensino que professava antes de existir a propria Faculdade.

Depois ampliou-se o seu ambiente, e o Pavilhão Fernandinho aí está a positivar a pujança do especialista que o idealisou, que o construiu, que o movimentou até ás ultimas possibilidades da sua existencia acidentada.

Senhores, como sóe suceder muitas vezes, no campo da ortopedia os trabalhos de Puech decresceram quando se enriquecera o seu serviço, quando se ampliaram as instalações de sua clinica, quando se lhe somaram amplas possibilidades materiais ,pela generosidade da doação de um amigo que soubera compreender o seu espirito.

Atraído a outros setores, em suas atividades profissionais, teve a ventura de sentir o valor da sua escola, de compreender o merito dos ensinamentos que distribuira, através do ritimo de trabalho que se mantinha na catedra de Ortopedia da Faculdade de Medicina, na Clinica que dirigia na Santa Casa de Misericordia, através da atuação dos seus discipulos mais diletos.

O seu muito amor á especialidade não supportava, porém, definitiva separação.

Trabalhava pela Assistencia Hospitalar, agia na administração da Faculdade, afastava-se para cuidar da sua saude abalada, mas não esquecia a especialidade que continuava a ser motivo dos seus anseios, para que alcançasse, no Brasil, o logar de destaque que deveria merecer.

Conhecedor desse seu feitio cientifico, foi para ele que nos voltamos quando as cogitações do que se passava no estrangeiro, do que sentiamos no nosso paiz, convenceram-nos de que uma Sociedade Brasileira deveria a todos, congregar-nos. Foi para Puech, foi para os que laboravam no Pavilhão Fernandinho sob a sua imediata direção, que apelamos, entregando-lhes uma idéa, porque sentiamos que só eles poderiam fazê-la realidade.

Quando, em Novembro de 1934, no Rio Grande do Sul, telegrama seu convocava-nos para encontro em São Paulo, quando, na tarde de 19 de Novembro, numa hora em que corações paulistas fremiam de entusiasmo pela bandeira do Brasil, conversavamos, os dois, nos jardins do seu palacete da Avenida Angelica, discutindo idéas que formulára com Achilles Araújo e que partilhavamos todos, sobre a formação de sociedade que congregasse os ortopedistas do país, sentimo-nos vitoriosos, pois que, de então em diante, padrinho mais forte estava a assegurar o existir da futura Sociedade Brasileira de Ortopedia e Tramatologia.

Senhores, esta historia simples não poderia ser de vós desconhecida; era necessario entretanto que a rememorassemos para justificar o erro do nosso presidente, chamando-nos a dizer a palavra da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia junto ao tumulo de Puech, para relembrar o seu muito amor pela nossa causa; era necessario recordar-vos estas coisas para atenuar a falta do nosso primeiro presidente, o engano de Rezende Puech ao indicar-nos, aos seus amigos deste gremio, como seu substituto; mas, sobretudo, era mistér afirmar-vos, com o nosso testemunho, a posição de Rezende Puech, como chefe da ortopedia do Brasil, com a fundação desta Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia que é o seu natural cenario.

Em torno da sua bandeira procuremos, pois, firmar os destinos desta especialidade na nossa terra, e conscientes do alto sentido de sua finalidade que bem sabemos compreender por tel-a feito fundamento do nosso existir profissional, marchemos unidos, certos de que, assim agindo, teremos melhor reverenciado a memoria daquelle que foi o nosso primeiro presidente, o nosso chefe, o nosso guia, que foi o professor Luiz Rezende Puech".

SESSÃO INAUGURAL

No salão nobre da Policlinica de São Paulo, ás 20 horas, tiveram inicio os trabalhos do Congresso, em sessão presidida pelo Dr. Mario Lins, secretario de Educação e Saúde do Estado de São Paulo. Ao dar inicio aos trabalhos diz o Dr. Mario Lins :

"Senhores: Antes de declarar solenemente instalados os trabalhos do 4.º Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, quero agradecer, em nome do sr.

Interventor Federal, Dr. Ademar de Barros, que eu aqui tenho a honra de representar, o convite dirigido a s. excia. pelas Diretorias dos varios Estados que compõem esta Sociedade para assumir a presidencia desta sessão inaugural.

Como médico, grandemente interessado pelo progresso dos centros culturais e das entidades cientificas do paiz, de ha muito que eu acompanhava com atenção e carinho os trabalhos e as realisações, iniciativas e esforços que assinalam o desenvolvimento desta agremiação que atualmente congrega os valores mais representativos das clinicas especialisadas ortopedica e traumatologica, em todo o territorio brasileiro.

Fundada no ano de 1935, para o estudo, apresentação e debate de téses e trabalhos cientificos, nesta cidade de São Paulo, e constituida de Secções Regionais instaladas na Capital da Republica e nas capitais dos Estados, esta Sociedade estabeleceu para todo o Brasil uma rêde de comunicações culturais, vinculos de aproximação intelectual, estimulando entre os seus associados o habito da permuta de idéas e conhecimentos dentro do espirito de cooperação que é indispensavel ao exito de todas as conquistas do trabalho humano nos dominios da ciência.

E, com aquela tenacidade inquebrantavel, propria dos que realisam obras duradouras, a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, em quasi cinco anos de existencia, vem promovendo estes Congressos Nacionais onde se ventilam assuntos de relevante interesse cientifico e utilidade social. Assim, executando o seu programa de reunir especialistas, de incentivar, aperfeiçoar e divulgar os seus estudos, este centro de cultura medica firmou seu prestigio e o seu justo renome em todo o país e mesmo além de suas fonteiras, despertando para os seus trabalhos o interesse e desvanecedor concurso de notabilidades estrangeiras.

Essa posição de destaque e relevo inconfundiveis que hoje ela ocupa em nossa terra é resultado de esforço perseverante de todos os membros, mas tambem é obra pertinaz das diretorias esclarecidas que tem orientado desde o saudoso professor Luiz de Rezende Puech, o seu primeiro presidente, que lhe prestou sempre as luzes do seu saber, a força da sua curiosidade cientifica insaciavel e o exemplo da sua dedicação ao trabalho e ao estudo — até o dr. Domingos Define que hoje a frente da Sociedade, continúa e enobrece a tradição legada pelos seus antecessores.

Não apenas como medico, mas tambem como homem publi-

co eu me congratulo convosco pela alta significação do Congresso que hoje se instala em São Paulo, reunindo em seu seio especialistas brasileiros e mestres de outras nações como o delegado representante da Argentina. Como homem publico tambem porque na actualidade mercê do espirito de assistencia social, que é o grande motivo de trabalho das administrações realmente devotadas ao bem coletivo, aos que participam da responsabilidade de governar interessam, direta e imediatamente o desenvolvimento cientifico. E isso porque aos Governos cabe o dever de transformar em beneficios sociaes e converter em realidade util a todas as conquistas e as victorias obtidas nos diversos setores da ciencia ; e além dessa tarefa de aproveitamento dos resultados conseguidos, ainda lhes compete abrir novos campos á pesquisa e á investigação, trabalhando ao lado das organisações de carater privado com o mesmo nobilitante objetivo e estimular o estudo e animar o progresso da ciencia. Os magnificos resultados, de que tanto nos orgulhamos, das instituições cientificas oficiais do Brasil, nós os devemos a essa estreita e necessaria colaboração entre o poder publico e os homens de ciencia.

Em São Paulo, essa é uma das diretrizes em que se orienta o espirito desse médico e estadista, que serve ao nosso Estado com inesgotavel capacidade de dedicação ao trabalho : o Dr. Ademar de Barros. S. excia. absorve-se na constante preocupação de aproveitar em beneficio das condições de bem-estar e da saúde publica todos os elementos de que se póde lançar mão no estado atual da ciencia médica. E o seu programa de ação não se limita ao desenvolvimento dos serviços já existentes e á ampliação do nosso aparelhamento de assistencia hospitalar ; mas inaugura tambem novas e promissoras esferas de trabalhos de experiencias e investigações cientificas, como o Instituto de Endocrinologia e o Instituto do Cancer, recentemente criados.

Antes de encerrar estas palavras inaugurais, cumpre o grato dever de dirigir as minhas saudações ao digno Delegado que compareceu a este Congresso como representante da Argentina. Acolhemos aqui, de coração aberto, o representante da Republica amiga, e nos sentimos felizes pela oportunidade de mais uma vez reafirmar a amizade e admiração que lhe consagramos pelo vinculo da fraternidade continental.

Cumprimento tambem, com cordialidade, os srs. Representantes de outros Estados da União Brasileira, que trazem até

aqui, com o inestimavel concurso de figuras expressivas que são da inteligencia patricia, um claro pensamento de unidade que empresta a este congresso o sentido de uma legitima expressão de cultura nacional.

Deste Congresso advirão, por certo, grandes beneficios para o estudo de questões e temas de atualidade e interesse geral. Os srs. Congressistas trazem para este recinto os resultados dos seus trabalhos e das suas experiencias, os frutos da meditação silenciosa e da perseverança individual. E, pela conjugação dos conhecimentos e coordenação das actividades, os seus trabalhos tornam-se força collectiva a serviço do bem commum e do progresso cientifico.

Declaro installados os trabalhos e o faço inteiramente convencido de que o vosso objetivo, srs. Congressistas, será atingido, e a méta que orienta os vossos passos e ilumina o caminho do vosso roteiro será alcançada porque vos sobra a energia para tão grande emprehendimento e não vos falta a crença na utilidade dos vossos propositos e a confiança no resultado dos vossos trabalhos."

Domingos Define, presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e do IV Congresso, discursa a seguir evocando a personalidade de Rezende Puech como o fundador da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, e cuja vida se assinalou por numerosas realizações nesse terreno da ciencia medica. Aludiu ao apoio e simpatia do governo do Estado de São Paulo pelo certame que no instante se inaugurava. S. S. encareceu, igualmente, os esforços que no setor da saúde publica vem sendo despendidos pelo sr. dr. Ademar de Barros, Interventor Federal no Estado, que lhe tem dispensado todo o seu carinho e toda a sua atenção.

O orador frisou, tambem, o áto do dr. Mario Lins, por ter aquiescido em presidir á abertura do Congresso, cujo gesto servia de estimulo para que a Sociedade que dirigia proseguisse na sua tarefa.

O dr. Domingos Define, passou, então, a tratar do aspecto social da ortopedia. A esse proposito, s. s. disse, textualmente o seguinte:

"A ortopedia é uma ciencia nova, embora já exista ha cerca de 200 annos, só ultimamente, na grande guerra de 1914 é que se impôs definitivamente como uma especialidade e das mais respeitaveis, pois se propõe a restituir á Sociedade um

sem numero de invalidos, incapazes de prover ás suas proprias necessidades.

Este aspecto social da ortopedia, cuja importancia não necessito encarecer e que se faz sentir não só na guerra como na paz, é que chamou para ela a atenção dos governos da maioria das grandes nações de todos os continentes, proporcionando-lhe os meios que necessitava para realizar os seus grandes designios.

Para se ter uma idéa do que compete ao ortopedista é bastante enunciar alguns dos mais importantes capitulos da ortopedia: as deformidades congenitas, a tuberculose do esqueleto, a paralisia infantil, as fraturas e tantos outros de igual importancia sendo que cada um deles, por si só poderia constituir verdadeira especialisação, dado o grande numero de individuos portadores destas doenças, o mundo de instalações adequadas, necessarias para o seu perfeito tratamento e sobretudo o tempo que elas exigem para se conseguir resultados terapeuticos satisfatorios.

O estudo do desenvolvimento da ortopedia nos países mais velhos do que o nosso mostra-nos que a principio foram criados os instintos ortopedicos com o encargo de apenas tratar as deformidades e só muito mais tarde é que apareceram os estabelecimentos especializados destinados á educação dos fisicamente incapazes.

Isto significa que o aspecto social da ortopedia, que a meu vêr é o de maior importancia, só ultimamente é que tem preocupado os governos no sentido de proporcionar ao individuo que apresenta uma deficiencia de seus orgãos de movimento, uma profissão que permitta sua independencia economica, restituindo-lhe portanto o prazer de viver, diminuindo-lhe ou abolindo mesmo a sua condição de inferioridade fisica.

No Brasil o caminho percorrido pela Ortopedia não é muito extenso, estamos na fase ainda inicial: necessitamos da criação de Institutos hospitalares aparelhados para receberem estes doentes portadores de molestias dos orgãos de movimentos, não só as que se curam sem deixar vestigios, como tambem aquelas que só se curam á custa da perda mais ou menos completa da função e aquelas onde se consegue apenas uma melhora, mais ou menos acentuada. Algumas, como a tuberculose do esqueleto, requerem, além do mais, climas apropriados para levantar o estado geral do doente, afim de criar novas forças em seu organismo para lutar con-

tra o insidioso bacilo que corróe lenta e progressivamente os tecidos. Neste particular, é para mim uma grande satisfação poder anunciar que em Recife, ha pouco mais de um ano, foi criado o Sanatorio maritimo para tuberculose ossea, que é o unico existente em nosso imenso país, tão rico em inegualaveis e extensas praias".

Ao proseguir, o presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia expõe qual a melhor maneira de desenvolver o programa social da ortopedia, aludindo, a esse respeito, a exemplos de outros países.

Finalmente, depois de outros conceitos relativos á ciencia ortopedica em geral, s. s. dá as bôas vindas aos congressistas e agradece aos presentes o terem comparecido á primeira reunião do congresso."

Achilles de Araujo, orador oficial, resalta ainda a personalidade de Puech, assim terminando a sua oração: "Apenas esboçada, foi essa a preciosa vida de Luiz de Rezende Puech que servirá, no decorrer dos anos, de exemplo aos coevos e porvindouros, nela admirando o clinico consumado e o professor emerito que tanto porfiou pelo bom nome da ortopedia brasileira e pelo brilho do seu ensino. Felizes os mestres que deixam discipulos continuadores de sua obra que sempre sonharam imorredoura.

E aqui estamos, unidos e resolutos, eivados do mesmo espirito de ardente idealismo patriotico, vendo e sentindo que o facho da Ciencia aceso em 1936 não se apagará, demonstrando desassombradamente que não findou o verdadeiro espirito do nacionalismo cultural, porque esse facho, hoje nas mãos do ilustre professor e dileto discipulo de Rezende Puech — o Dr. Domingos Define —, será transmitido a outras mãos capazes e percorrerá todo o solo da Patria, unindo seus luminares da Ciencia em um mesmo ideal — a cultura em prol da humanidade.

Defendamos o nosso patrimonio de ideais puros, Humanismo e cultura, contra a barbaria que nessa epoca de civilização mecanizada, tem procurado aniquilar as mais sagradas e nobres iniciativas. Cumpramos o nosso dever, trabalhando, sem desfalecer pelo engrandecimento do Brasil, e estejamos atentos para servi-lo com os nossos conhecimentos, com a nossa inteligencia, com o nosso coração".

Roberto Freire, representante da Academia Nacional de Medicina, apoiando o IV Coungresso, sugere que seria

obra de justiça dar ao atual Hospital de Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo o nome daquele cientista.

E a sessão terminou com a conferencia do Prof. Barros Lima, sobre o Sanatorio para Tuberculose Cirurgica de Bôa Viagem, conferencia que está publicada em outra parte destes Arquivos.

SESSÕES ORDINARIAS

No dia 2 de julho, foi relatado o tema oficial "Tratamento das fraturas da coluna vertebral, em sessão realisada no salão de conferencias da Associação Paulista de Medicina.

Renato Bomfim, um dos relatores, faz de inicio, estudo retrospectivo sobre processos de tratamento, pois que sobretudo os metodos de cura são objeto do seu estudo.

Aborda as classificações de Kocher, Fumagalli, Fitte, Rogers, Mallét Guy, Watson-Jones e Bohler, detendo-se sobre as verificações deste ultimo por haverem divulgado que "mesmo nas fraturas com discretas alterações dos corpos vertebrais se produzem frequentemente fraturas nos arcos e nas apofises".

Mostra a importancia das radiografias para a justa aplicação dos metodos de cura, para deter-se, em seguida, no estudo das fraturas segundo as varias regiões da coluna.

Fraturas de odontoide, luxações de atlas, imediatas ou tardias, ocupam a sua atenção; depois de mostrar a frequencia com que surgem, os mecanismos de compressão, encara a problema terapeutico, através dos seus métodos incruentos e cruentos. Redução por hiperextensão postural, por manobras manuais, por tração, tração energica, por tração continua simples ou esqueletica, redução a céo aberto, operações estabilisadoras, laminectomias ocupam a sua atenção através de indicações de estatisticas estrangeiras e de experiencia individual.

No seguimento dorso-lombar a hiperextensão por suspensão em decubito ventral (Davey, Watson-Jones, Mallet-Guy, Fitte, Kortnetz, Rogers), por suspensão em decubito dorsal (Zeno, Putti, Dunlop-Parker, Magnusson) a extensão por suspensão vertical a Sayre, a apofisectomia redutora, as laminectomias e os enxertos estabilisadores, são metodos cujo valor estuda atravez de indicações e contraindicações segundo

o tipo da lesão e a maior ou menor participação radiculome dular.

Termina o seu relatorio apresentando documentação radiografica de uma serie de casos de sua observação e um film no qual está consignada a tecnica de redução no quadro de Rogers, a que dá particularmente preferencias.

Por intermedio do Prof. Barros Lima é lido o relatorio do Dr. Bruno Maia sobre tratamento das fraturas da coluna vertebral, relatorio que será publicado em um dos nossos proximos numeros. Lelio Zeno (Rosario-Argentina) traz uma contribuição ao primeiro tema oficial, mostrando que a hiperextensão por suspensão dorsal tal qual a utilisava não era bem suportada, motivo por que a substituiu pela tração esqueletica em posição normal ou pela tração vertical com ponto de apoio no maxilar superior as fraturas altas da raque. Mostra um film apresentando esta nova tecnica.

Domingos Define apresenta atravez de um filme cinematografico "Novo modelo de mesa destinada ao tratamento das fraturas da coluna vertebral, capaz de servir tanto ás reduções incruentas quanto ás cruentas.

Barros Lima ocupa-se de "Teleradiografias da coluna vertebral em comunicação que será publicada nestes Arquivos.

A segunda sessão ordinaria realisou-se ainda na Associação Paulista de Medicina na tarde deste mesmo dia.

Achilles de Araujo leu a sua comunicação sobre "Reconstituição autoplastica do cotovelo baloiçante", demorando-se na apreciação de um caso em que praticou reconstituição da articulação por tecnica original, colhendo bons resultados, segundo poude comprovar acompanhando o doente por praso superior a 4 anos.

Barbosa Viana faz a sua conferencia sobre "Função social da ortopedia". Alcino Coimbra, por intermedio de Barros Lima, apresenta o seu trabalho sobre "Operações de Oudard para luxação recidivante da escapulo-umeral", trabalho publicado em outra seção destes Arquivos. Bruno Valentin, Carlos Osborne em colaboração com Achilles de Araújo, Carlos Osborne, Rebello Netto, apresentam respectivamente as suas communicações sobre "Vertebra plana de Calvé", Da radioterapia na peri-artrite escapulo-umeral", "Fotografia do ecran radiografico nas afecções osteo-articulares", Pterigium coli".

A terceira sessão teve logar á noite, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Teve inicio com a conferencia da Prof. Lelio Zeno sobre "Tratamento dos ferimentos graves da mão", na qual insiste particularmente sobre a necessidade da imobilisação rigorosa dos ferimentos por aparelhos que bloqueiam os movimentos em larga extensão, deixando entretanto os ferimentos protegidos apenas por armação de arame coberto de gaze. Documenta os resultados alcançados com um filme cinematografico.

Por mais três horas prolonga-se a sessão, sendo lidas a seguir as comunicações do Dr. Domingos Define, Ivo Define Frascá, Mario Abreu, Milton Weinberger, Orlando Pinto de Souza sobre "Nova operação de estabilização da articulação tibio-tarsica nos pés paraliticos. Considerações sobre o pé torto congenito. Fratura da epitrocléa com inclusão na interlinha articular do cotovelo. Aparelho original para pegada da mão. Tumores osseos. Tratamento operatorio das fraturas do tornozelo.

A quarta sessão realizada a 3 de Julho, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, teve inicio com a leitura do relatorio de Silvio Marques, sobre "Lombalgias, relatorio que está publicado em outra parte destes Arquivos.

Depois Orlando Pinto de Sousa lê a contribuição ao tema oficial enviada pelo Prof. Atuur Steindler (Iowa), contribuição na qual o A. estuda particularmente a patogenia musculo-aponevrotico-ligamentar que admite para explicar a maioria das dôres lombares.

A paratideoidectomia na molestia de Engel-Recklinghausen, Artrodese do joelho, Agenesia do sacrum (Asacria), constituem trabalhos apresentados nessa oportunidade por Sebastião Hermeto Junior, Barros Lima e Bruno Valetim.

O trabalho de Barros Lima sobre "Artrodese do joelho" será por nós publicado proximamente.

Foram ainda lidos, ao termino da sessão administrativa do Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, traba-

lhos do Prof. Lelio Zeno "Cirurgia plastica na correção das mãos invalidas, e de Achilles Araujo e Henrique de Góes respectivamete sobre "Quadro redutor para o tratamento das fraturas do membro superior, e "Pneumografia do joelho".

Na sessão administrativa foram tomadas as seguintes resoluções:

Realisar o proximo congresso, "Quinto Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia" no Rio de Janeiro, nos dias 1, 2, e 3 de julho de 1942, sob a presidencia do Prof. Barbosa Viana.

Serão temas oficiais: Paralisias obstetricas com os Profs. Barros Lima e Orlando Pinto de Souza como relatores. Desarranjos internos do joelho, tendo como relatores os Profs. Domingos Define e Achilles de Araújo.

Foi tambem eleita a nova Diretoria da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia que ficou assim constituida:

Presidente — Barbosa Viana
Vice-presidente — Domingos Define
Secretario do Quinto Congresso — Roberto Freire
Secretario geral — Renato Bomfim
1.º secretario — Boanerges Pimenta
2.º secretario — Ivo Define Frascá
Tesoureiro — Domingos Rezende

REFINADO CATENDE

EMPACOTAMENTO

RUA DO APOLO, 107 — FONE 9596

O PREFERIDO

POR SER O MELHOR

CELLO-FIX

A MAIS PERFEITA ATADURA GESSADA NACIONAL. USADA COM EXITO COMPLETO NO III CONGRESSO NACIONAL DE CIRURGIA E ORTOPEDIA, EM PERNAMBUCO

FABRICANTES - W. S. CREMER S/A.
CAIXA POSTAL, 80.
BLUMENAU - SANTA CATARINA.

REPRESENTANTE EM RECIFE - LUIZ DE OLIVEIRA. RUA DA PENHA, 65-1º
FONE 6768.

AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DOS SNRS. CIRURGIÕES.

Casa Tigre

D. RODRIGUES

Rua Nova, 362
Fone: 6990

Artigos para laboratorios. Installações hospitalares. Especialidades medico-cirurgicas. Moveis asepticos. Material de Ensino.

Paginas

genia, seu prognostico e seu tratamento; **Antonio Nores** — Volvulo do grande epiplon em uma apendicite gangrenosa; **Svante Orell** — A proposito das osteosinteses nas resecções da articulação do joelho; **Figarella** — Novocainização das metrites do colo uterino; **C. Comenale Filho, Cintra Ferreira** e **F. Fangamello** — Cinco anos de toracoplastias paravertebrais no Instituto Clemente Ferreira; **R.Talletes** e **G. Rosenblum** — Endometriose; **Hector L. Payares** — Sobre um caso de flebite medio-gatrica; **Agostin Aranco Sarain** — Fraturas transcervicais do colo do femur e seu tratamento por encavilhamento; **Secco Eichenberg** — Anestesia local nos abdomes agudos; **Moreira Filho** — Cuidados preparatorios nos doentes a serem operados de bocio; **Eduardo Etzel** — Ulcera duodenal perfurada após gastrectomia com exclusão — 2 casos; **Nicolau Morais Barros Filho** — Conceito atual sobre o tratamento das hernias crurais. Tecnica de Dickson modificada; **Prat** e **Gutierrez** — Nossa experiencia na cirurgia hepatocoledociana; **Br. Mata de Gregorio** — Resecção bilateral do simpatico cervical em um caso de epilepsia; **Merelle, Nolens** e **Rosman** — Valor da sedimentação das afecções cirurgicas agudas do abdome; **N. Morais Braros Filho** e **E. Pinto de Souza** — Conceito atual sobre patologia e tratamento das hernias inguinais .. 182

NOTAS E NOTICIAS 205

REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO

Secções de Casa de Saúde, Maternidade, Fisioterapia, Radiologia, Bacteriolcgia Clinica

Assistencia medica permanente pelo corpo de medicos Internos

Direção Técnica do **Prof. Dr. Monteiro de Morais**

Instituto de Fisioterapia
Diretor - Dr. Geraldo de Andrade

Instituto de Radiologia
Diretor - Dr. Aguinaldo Lins

Laboratorio Bacteriologico
Diretor - Dr. Augusto Otaviano

Recomenda-se em especial a **CLINICA FISIOTERAPICA** dotada do que no genero há de mais aperfeiçoado em banhos, massagens, ginastica, mecanoterapia, etc.