Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

Tomo X — 1942 — Fasciculo IV

Prof. BARROS LIMA
DIRETOR

SUMARIO

Pág.

PROF. SOUTO MAIOR 201

Artigos Originais

Spina bifida — Dr. Luiz Tavares 203
Calculo de bexiga, abcesso perirenal e peritonite — Dr. Armando Temporal 209
Feridas de guerra. Tratamento das lesões recentes. Pensos improvisados. Transporte de feridos — Dr. Evaldo Altino 213

Pelas revistas

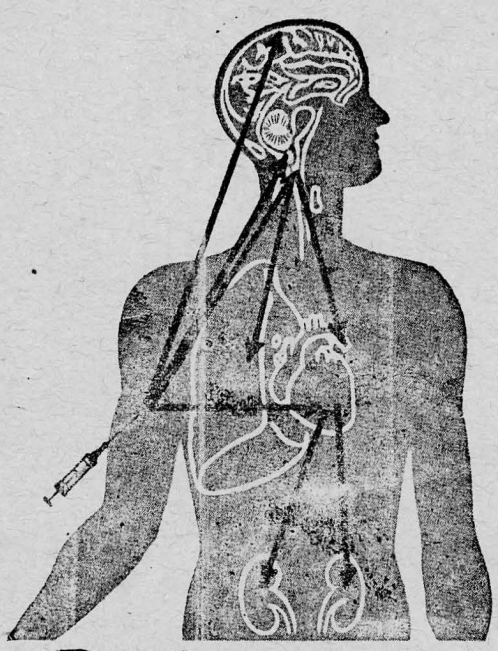
Edwards, F. R., Leggat, G. e Davies, H. M. — Tratamento da tuberculose pulmonar pela toracoplastia. Phillips, L. — Indicações da operação cesareana. Walker, R. M. e Playfair P. L. — Peritoneoscopia. Payne, R. T. — O lugar da operação no tratamento das varizes 232
Notas e noticias 239
Indice do Tomo X 245

Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

PREÇO DE ASSINATURA

Brasil . . . . . Cr$ 30,00
Estrangeiro . . . . . Cr$ 50,00

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



CORAMINA

"CIBA"

Estimulante
respiratorio
e circulatorio
hydrosoluvel
poderoso

Administravel pelas vias

interna, subcutanea
intravenosa

Empolas * Gottas

VITORIOSO PORQUE

ADOÇA MAIS

Empacotamento e distribuição á

Rua do Apolo n.º 107 - Fone: 9596

FABRICANTES: - USINA CATENDE S. A.

Prof. Souto Maior

1881-1942

No dia 5 de Setembro, faleceu após longos sofrimentos o prof. Souto Maior, catedrático da Clínica Urológica da Faculdade do Recife.

O ilustre morto foi um professor cumpridor dos seus deveres e um colega exemplar.

Na Faculdade de Medicina, foi inicialmente titular da catedra de Patologia Cirúrgica, vindo depois ocupar a direção da Clínica Urológica.

Da especialidade que ensinava, fez vários cursos na Europa, tendo trabalhado ao lado de Chevassu, Legueu, von Lichtenberg.

Destas viagens, guardou agradáveis recordações com que se referia constantemente em palestras.

Possuidor de memória notável, relatava minuciosamente fatos passados.

No seu leito de doente grave, desobedecendo aos conselhos médicos, costumava conversar sôbre êles com os seus amigos. Advertido do mal que poderia resultar dêste esfôrço, Souto Maior respondeu que assim fazia porque tinha prazer em falar com pessoas amigas e que isto muito lhe alegrava.

Na Faculdade de Medicina, cuja clínica de Vias Urinarias foi o fundador, exerceu também o cargo de te-

soureiro, com a exatidão no cumprimento dos deveres que lhe caracterizava.

Como professor, sempre exigiu dos seus alunos a frequência às aulas e um quanto indispensável de conhecimento da especialidade.

Nem por isto foi menos querido dos seus alunos.

Durante a sua doença, falou sôbre a sua cátedra na Faculdade, pensando no futuro substituto, admitindo com estoicismo o seu afastamento definitivo vítima da afecção que naquele momento o prendia ao leito.

A sua morte foi largamente sentida no seio dos seus colegas e amigos. Sobretudo na Faculdade de Medicina, que perde um professor impoluto, fiel cumpridor das leis.

Os seus alunos relembrarão, sempre com agrado, as suas classes de clínica urológica na velha enfermaria de São Thomaz, começando às 7 em ponto da manhã.

Spina bifida

LUIZ TAVARES
Assistente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Recife

A spina bifida é uma malformação devida à parada de desenvolvimento da placa neural que, em determinado nivel, pode não se transformar em goteira e depois em tubo. É portanto uma malformação que aparece muito precocemente na vida embrionaria, dando como resultado um tumor, em geral cistico, adjacente ao canal raqueano, formado pela hernia dos elementos nele contidos, atravez de fendiduras da coluna vertebral.

Quando a medula tambem está fendida, até o canal central, recebe o nome de raquisquise. Quando a fendidura não atinge o canal central, que se encontra dilatado, tem-se a mielocistocéle. Si não atinge a medula, nem as suas raizes, mas só ao esqueleto, havendo hernia apenas dos envoltorios medulares, chama-se meningocéle.

Aceita-se geralmente que a falta de desenvolvimento tem inicio no 12.° dia de vida embrionaria, no caso de raquisquise ou de mielomeningocéle, e na 3.ª semana, na mielocistocéle.

Defeito bastante raro, ocorre em 0,1% dos nasci-

mentos, segundo quasi todas as estatisticas. Na Maternidade do Recife, por exemplo, contam-se 3 casos em cerca de 11.000 partos, o que representa incidência ainda menor. A spina bifida pode ter séde em diferentes alturas da coluna. Segundo Grinker (4), encontramos na medula cervical em 9,5% dos casos. Na coluna toraxica, em 4,5%. Na lombar, em 34%. Na região lombo-sacra, em 24%. Finalmente, na região sacra, em 23%. Conforme Woltman (7), representa $^1/_6$ de todas as monstruosidades.

A coexistencia de spina bifida e outras malformações não é rara, e entre estas a hidrocefalia é cortejo frequente, cuja importancia tem sido exagerada no estabelecimento das contra-indicações cirurgicas. A aproximação entre spina bifida e hidrocefalia foi estabelecida por Morgagni, e desde a sua epoca até os nossos dias os clinicos acreditam que as manobras de fechamento do canal raqueano produzem uma hidrocefalia secundaria ou aumentam extraordinariamente a hidrocefalia concomitante. A constatação desta ultima, mesmo para autores modernos como Guleke (5), é motivo bastante para que se não tente o tratamento cirurgico. Não temos experiencia suficiente para aceitar sem analise esta contra-indicação.

Do ponto de vista teorico, o conceito de Morgagni, que nos seja permitido chamar de hidrodinamico, foi fartamente combatido por Cruveilhier, para quem a hidrocefalia não precede à malformação espinhal. Para Lannelongue, a causa da spina bifida está em certas aderencias entre o amnios e o tegumento interno do embrião. Outros autores, como Lebedeff, Marcham e Fischer, e Muscatello, acham que é devida a certas curvaturas anormais do corpo do embrião. Para Reckilnghausen surge em virtude da falta de crescimento do raque, no caso da mielocistocéle, e duma verdadeira aplasia óssea, no caso de raquisquise ou de meningocéle. Contra esta teoria, argumenta com muita logica o Prof. Lordy (6): "O fechamento do tubo nervoso precede a formação do blastema das vertebras e do cranio; de modo que é o canal neural que condiciona o desenvolvimento das futuras partes osseas e não vice-versa".

De qualquer modo, parece que não se pode mais invocar a hidrocefalia ou hidromielia entre os fatores causais mais provaveis. O conceito de Morgagni parece mui distante da realidade, para que a sua influencia ainda permaneça sensivel no espirito dos cirurgiões.

Quasi todos os tratados ou monografias aconselham a operação somente em casos selecionados, ditos favoraveis (meningocéles simples), praticadas em epoca oportuna, isto é, entre 3 e 5 anos de idade. Mas esses mesmos livros afirmam que, embora seja altissima a mortalidade operatoria (60%, em média), os não operados morrem em geral antes do 1.° ano de vida (80 a 90%).

Ora, si os não operados morrem antes do 1.° ano de vida, porque só indicar o tratamento cirurgico depois desta idade? Eis uma contradição que reflete certo descuido na aplicação das estatisticas à clinica. Desde que a mortalidade operatoria diminúe com o crescer da idade, e a mortalidade não operatoria aumenta com a idade, parece que a ocasião de operar deve ser aquela em que se encontrem as duas curvas de mortalidade, a operatoria e a não operatoria. É porém intuitivo que esta oportunidade cairá fatalmente antes do 1.° ano de vida.

Muito interessantes são as investigações de Campos (1), que opera o mais precocemente possivel, propondo até uma nova tecnica, que consiste em recobrir o citso, sem abri-lo, com um enxerto de péle das regiões vizinhas. Deste modo, evita o fechamento do canal, mas previne a infecção das meninges ao nivel do cisto, que se considera ser o mecanismo de morte mais comum, nos casos não operados. Deixa o fechamento do canal para uma idade mais avançada, quando os tecidos estejam bem desenvolvidos. Convém salientar no trabalho do nosso patricio que em 12 casos operados pela sua tecnica original, observou sempre a formação da hidrocefalia secundaria. Portanto, não é o fechamento do saco que provoca a hidrocefalia.

Meditando sobre todos estes motivos, decidimo-nos a operar o paciente, cuja observação resumida passamos a expor:

Menino Jeremias, 2 meses de idade, branco, brasileiro. Seu pai, casado ha 17 anos, goza de boa saude. Nega

passado venereo-sifilitico. Reação de Wassermann negativa. Tem 38 anos de idade. Sua mãe, de 40 anos, tem 1 filho sadio, teve 1 nati-morto e perdeu 4 filhos na primeira infancia, de gripe e disenterias. Reação de Wasserman, no sangue, negativa (Dr. Mateos de Lima 28-842).

Nascido a termo, de parto normal, o paciente apresenta, além de spina bifida lombo-sacra, ligeiro grau de hidrocefalia e uma nubecula na cornea ocular direita.

Amamenta-se e dorme normalmente, porém denota agitação no modo de chorar e também nos movimentos frequentes dos olhos, de um lado para outro. Não tem convulsões nem espasmos rotatorios.

Em 23-8-42 deu entrada na Maternidade do Recife, onde, sob anestesia geral pelo eter realizamos a exerese do cisto e reconstituição do canal raqueano, segundo a tecnica de Guleke (5). Dissecado e aberto o saco, foi esvasiado o seu conteúdo liquido pouco a pouco. Verificou-se então que o cisto meningeu continha um outro pequeno cisto localizado no filum terminale, o qual estava aderido ao saco meningeu, ocupando uma pequena parte dele. Além desta dilatação do filum terminale, a celia continha elementos da cauda equina aderidos à sua parede pela extremidade terminal. O desenho da Fig. 3 dá uma idéia do que foi encontrado.

Na reconstituição do canal, mereceu especial cuidado o revestimento cutaneo da região, sendo necessario obter uma sutura da pele sem tensão, por meio duma incisão paralela de libertação segundo a tecnica de Celsus (Fig. 4).

A reação de Wassermann no liquor retirado do saco foi negativa e a contagem celular em camara de Naegotte mostrou 1 leucocito por mmc. (Dr. Mateos de Lima, 28-8-1942).

No posoperatorio, apenas teve febre no primeiro dia (39°). Prescreveu-se 1 empola de Cibazol. Nos dias subsequentes não apresentou febre. Permaneceu 5 dias em decubito prono, ligeiramente inclinado com a cabeça para baixo.

As Figs. 5 e 6 são microfotografias do corte do saco cistico, no nivel em que estava aderido à dilatação do

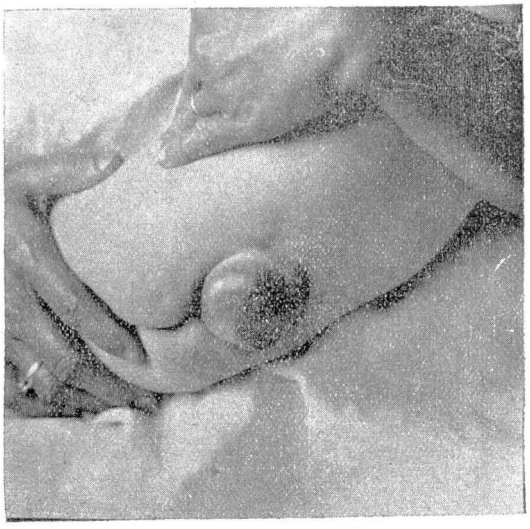


Fig. 1 - Aspecto da spina fibida lombo-sacra — (menino J.)

Fig. 5 - Microfotografia do corte efetuado no nível indicado na fig. 5. Logo abaixo do tegumento vêm-se feixes de fibras musculares cortados em várias direções, vasos e nervos, num estroma de tecido conjuntivo, em contacto imediato com a substância nervosa do filum terminale, reduzida a uma lâmina bem delimitada

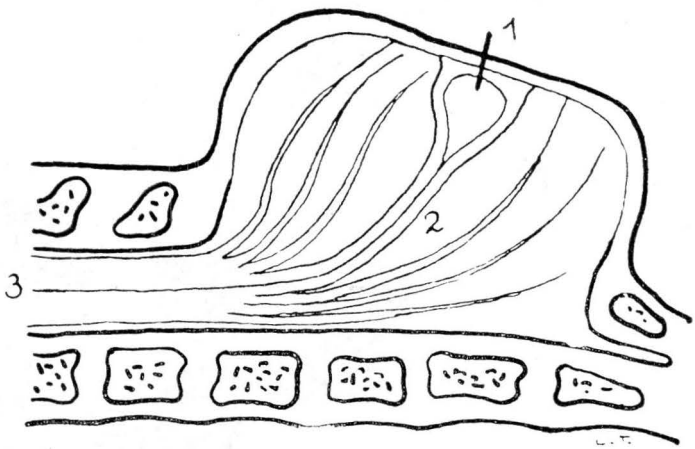


Fig. 3 — Mielomeningocéle. 1 — Nível do corte histológico. 2 — Filum terminale. 3 — Canal central.

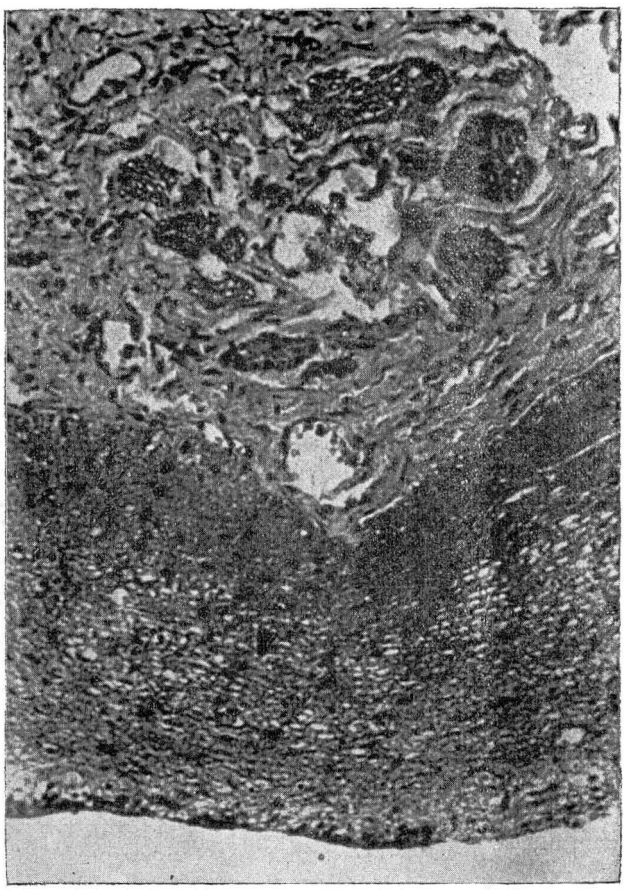


Fig. 6 - Vê-se em maior aumento o campo assinalado na fig. anterior.

filum terminale. O exame destes cortes, corados pela hematoxilina-eosina, vem mostrar que logo abaixo do tegumento se encontra tecido nervoso. Não ha interposição de tecido ósseo, mas somente de algumas fibras musculares e vasos. A presença de tecido muscular interpondo-se entre a pele e o tecido nervoso faz exepção à regra apontada pela maioria dos autores, entre os quais Déjerine e Thomas (2) chegam a afirmar: "Dans le cas d'adhérence tous les plans céllulaires, aponevrotiques et musculaires manquent au niveau du kyste; au contraire, ils sont au complet dans le cas de non adhérence".

O caso presente pode ser rotulado de mielomeningocistocéle. Mas, de acordo com Keiller, citado por Ford (3), esta forma seria um mero exagero da hidromielia que ocorre na meningocéle. De resto, a dilatação do canal central era discreta e se processara ao nível do filum terminale, e não na medula, propriamente. Ocupava uma pequena parte da celia formada pelas meninges, não avultando sobre os elementos da cauda equina, que tambem se encontravam no saco.

RESUMO

O autor apresenta um caso de mielomeningocéle e hidrocefalia concomitantes, operado aos 2 meses de idade, com bom resultado. A dilatação cistica do canal central assestava-se no filum terminale. Tecendo comentarios em torno dos fatores causais da spina bifida, mostra-se partidario da intervenção precoce, sem dar grande importancia à hidrocefalia coexistente ou secundaria.

BIBLIOGRAFIA

1 — Campos, O. P.: "Skin graft for Spina bifida with meningocele or myelomeningocele", Jour. Intern. Col. Surg., 1940, 3, 438.

2 — Déjerine, J. e Thomas, A.: Maladies de la moelle épinière, J. B. Baillière et Fils, Paris, 1909, 751.

3 — Ford, F. R.: Diseases of the nervous system in infancy, childhood and adolescence, Ch. C. Thomas, Maryland, 1937, 225.

4 — Grinker, R. R.: Neurology, Springfield, Ch. C. Thomas, 1934.

5 — **Guleke, N.**: Operaciones en la coluna vertebral y medula espinal, no Tratado de tecnica operatoria de **Kirschner, M.**, 2, 409.

6 — **Lordy, C., Oria, J.** e **Aquino, J. T.**: Embriologia humana e comparada Comp. Melhor. S. Paulo, 1940, 499.

7 — **Woltman, H. W.**: **Spina bifida**: a review of 187 cases, including three associated cases of myelodysplasia without demonstrable bone defect — Minnesota Med., 1921, 4, 244.

CASA LOHNER

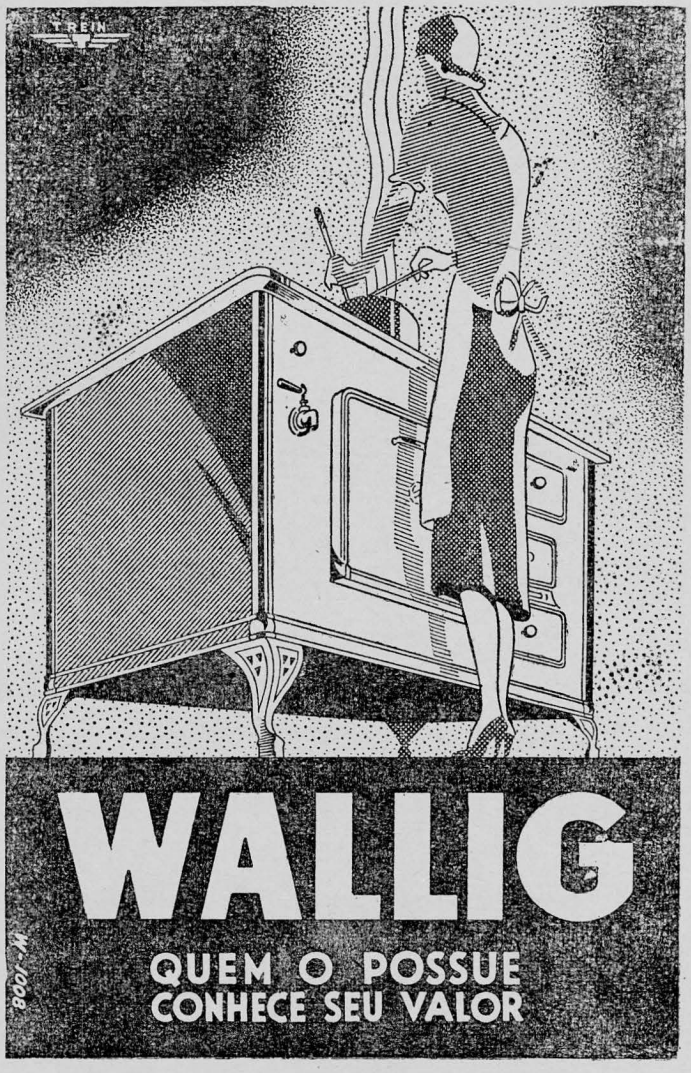
S. A. MÉDICO - TÉCNICA

TELEFONE, 6893

Rua Nova, 259 — Caixa Postal 541

Raios-x para diagnostico,
Raios-x para terapia,
Eletricidade médica,
Salas de operações,
Instalaçôes de esterilização,
Foto e Hidroterapia,
Equipos Dentarios,
etc. etc.

A Casa Lohner S. A. *Médico-Tecnica, considerada de interesse militar pelo decreto-lei n.° 9241, de 10 Abril de 1942, achando-se sob a direção técnica do sr. Major Médico Dr. Arlindo de Castro Carvalho, está hoje incorporada ao Patrimonio Nacional, ao qual de fato já ha muito pertencia, legitimamente, o seu acervo de experiencia e os recursos tecnicos que trouxe para o nosso paiz.*



ALBUQUERQUE RAMOS & CIA

REPRESENTAÇÕES E CONTA PROPRIA

Rua da Imperatriz N.º 110 -- Telefone, 2366

Caixa Postal, 345 - End. Teleg. "AZMELLO"

RECIFE — PERNAMBUCO

HOSPITAL SANTO AMARO

CLÍNICA CIRÚRGICA E ORTOPÉDICA (SERVIÇO DO PROF. BARROS LIMA)

REGISTO CLÍNICO

Cálculo de bexiga, abcesso peri-renal e peritonite

Dr. ARMANDO TEMPORAL
Assistente

Revendo o Arquivo da clínica no hospital Infantil, encontramos a observação n.° 2052 de E. A. S., menor de 10 anos que para alí fôra conduzido em estado grave. Cinco dias apenas esteve o doentinho no Serviço vindo a falecer antes que fôsse possível realizar qualquer intervenção.

Como julgasse que o caso em apreço, merecia registro, por se tratar de ocorrência excepcionalmente rara em criança, nos animamos a relatá-lo. Quando o prof. Barros Lima nos lembrou procurá-lo no Arquivo do seu Serviço no Hospital Infantil, levavamos a certeza em relatando-o, acompanhá-lo dos comentários que geralmente sugerem os casos clínicos, porém o caso em foco é tão rico de ensinamentos que dispensa qualquer apreciação.

"A observação do doentinho, refere que a sua doença data de 8 anos antes, isto é, tendo começo aos dois anos de iade, com perturbações urinárias de intensidade variável, não informando porém, nem o doente, nem a

família a sua natureza. O exame que então se procedeu, no momento de seu internamento, mostrou se tratar de um paciente altamente intoxicado, anemiado e bastante emagrecido. Fácies de aspecto sofredôr. Tem incontinência de urina. O pênis está muito irritado por tações contínuas que o pequeno faz para urinar. Acusa dôr em todo o ventre. A palpação percebe-se no hipocôndrio esquerdo uma tumefação dolorosa. O cataterismo vesical revela a presença de um cálculo na bexiga, o qual foi visualisado pelo exame radiológico. — A situação geral do enfermo, tende a peior e antes que se interviesse veio a falecer.

A autópsia procedida mostrou a presenta de úm cálculo vesical do volume de um limão. Rim direito completamente destruido. Rim esquerdo apresentando abcesso corticais. Presença de um volumoso abcesso perinefrítico a esquerda, aberto para a cavidade peritoneal, em um ponto para dentro do colon descendente. Puz livre na cavidade.

Ludwing Strauss, de Breslau, em tratando das complicações peritoneais dos abcessos perinefreticos refere que até 1935, apenas 41 casos de peritonite de origem renal, ligados à rutura de abcesso perinefreticos, haviam sido publicados.

James, de Londres, acentua a raridade dessas perturações, lembrando que o peritôneo é um excelente protetôr, impedindo que supurações perinefreticas se comuniquem com a cavidade.

A mortalidade, mesmo nos casos em que a intervenção seja levada a termo em tempo oportuno, ascende de 50 %.

Na observação do nosso doente, torna-se evidente, que a intervenção não resolveria a situação, desde que a natureza das lesões encontradas post mortem, mostrava a gravidade do caso, previsto aliás na sua entrada no Serviço.

Nesta observação a raridade do caso se evidencia, por se tratar de criança de 10 anos, com cálculo vesical,

a que se associou abcesso perinefrético á esquerda, lesão do rim oposto e subsequente rutura do abcesso para a cavidade peritoneal. A história do paciente, muito pouco precisa não nos autoriza a fazer senão conjecturas quanto aos seus sofrimentos anteriores. A vaga referência, — de sofrer das urinas—, expressão comum entre nós, nos doentes que sofrem do aparelho urinário inferior, aliada aos sintomas apresentados nos encaminha a hipótese de sofrer o paciente desde a idade de 2 anos de perturbações urinárias, ligadas a calculose vesical. A presença de cálculo de bexiga, em criança, entre nós, é fato comum, e as nossas estatísticas mostram quão elevada é sua percentagem. Um de nossos colegas do Serviço, o prof. Sílvio Marques, já teve oportunidade de, em trabalho publicado nos Arquivos de Cirurgia e Ortopédia, tratar dessa questão, estendendo-se em longas considerações em tôrno da etiologia e patogenia desses cálculos.

É sabido que complicações locais, cistites, pericistites, infecções vesicais, são observados em doentes portadores de cálculos, principalmente em se tratando de cálculos secundários, explicados pela modificação da composição química da urina, duma parte, e polulação da flora microbiana, doutra.

Em nossa observação é evidente que a calculose vesical, marcou a fase inicial da doença. A infecção do rim direito não se explicaria doutra forma. O abcesso do lado esquerdo não teria outra explicação, embora seja possivel admitir que pequena concreção calcárea, se tenha primitivamente desprendido de um cálice renal, mui provavelmente do rim complicado de abcesso.

A perturbação mecânica, inicialmente localizada na bexiga, se estendeu aos ureteres e assim caminhou para a porção superior do aparelho urinário. A infecção ascendente provocando a localização de germens na parte alta dêste aparelho explica perfeitamente as lesões encontradas.

O mérito de nossa observação, está, entretanto, na peritonite por ruptura do abcesso para a cavidade. Rupturas para outras regiões, são frequentes. Abertura pa-

ra cavidade toráxica, propagação para a bacia, são consequências de grandes abcessos perinefréticos. Abertura, porém, para a cavidade peritoneal são excepcionalmente raras.

Constitue o peritôneo uma barreira, que normalmente impede a propagação de coleções retroperitoneais para o abdomem. Nomal é que êle se deixe distender pela coleção purulenta.

A autópsia de E. A. S. mostrou entretanto que havia uma ruptura para dentro do colon descendente, não se podendo entretanto afirmar, se dependeu de necrose, em consequencia da deficiência circulatória, ou ruptura expontânea dependente da tensão do abcesso. Essas duas hipóteses são perfeitamente plausíveis e nos explica satisfatoriamente a lesão encontrada.

A morte da criança era pois fatal. A intoxicação grave, de que era portadôr e a peritonite que se havia instalado não deixam dúvidas.

O diagnóstico em casos semelhantes é muito difícil, e pode-se mesmo dizer sem exagero, que no caso relatado era impossível.

CASA TIGRE

D. RODRIGUES

Rua Nova, 362 -- Fone: 6990

Recife - Pernambuco

Artigos para laboratorios, instalações hospitalares. Especialidades medicos-cirurgicas. Moveis assepticos. Material de Ensino.

Moveis Assepticos?

só da

INDUSTRIAS REUNIDAS

"CAMA PAULISTA"

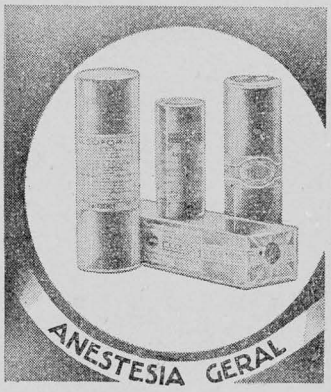
A pioneira na fabricação de Moveis neste Estado, para MEDICOS - DENTISTA - CASAS DE SAUDE HOSPITAIS, etc.

Conforto - Elegancia - Resistencia

Rua da Imperatriz, 141 - Fone 2157

RECIFE — PERNAMBUCO

PUREZA E EFICÁCIA



BALSOFORME
CLOROFÓRMIO SPÉCIA
ÉTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL

SCUROCAINE
KELENE LOCAL
STOVAINE

CORRESPONDÊNCIA: Rhodia C. POSTAL 2916 - S. PAULO

CURSO DE CIRURGIA DE GUERRA

FERIDAS DE GUERRA. TRATAMENTO DAS LESÕES RECENTES. PENSOS IMPROVISADOS. TRANSPORTE DE FERIDOS

Dr. EVALDO ALTINO
Assistente da 1.ª Clínica Cirúrgica do Hospital Infantil Manuel Almeida

E' do conhecimento geral o que chamamos uma ferida de guerra, nenhuma definição melhor que o seu próprio enunciado, mas de grande importância é a sua classificação, pois são distintas entre si dando-nos uma orientação diversa para cada espécie.

A variedade de forma, tipo e gravidade das feridas de guerra, está em relação com a espécie do instrumento vulnerante que as produz; tanto mais irregular fôr o referido instrumento, de maior gravidade será a lesão.

A ação vulnerante dos projéteis, seja uma simples bala, um shrapnell ou um estilhaço de uma granada, dependerá da sua forma regular ou irregular e mais diretamente da fôrça viva de que esteja animado, assim é que, tanto maior a velocidade mais atrito nos tecidos adjacentes à solução de continuidade, maior força ex-

pansiva no interior das cavidades dilacerando e rompendo as vísceras atingidas ou planos topográficos de real importância.

Todo projétil é animado por uma quantidade definida e fixa de energia cinética que se pode representar pela fórmula — 1/2 mv2.

Na presente guerra esta energia cinética tem sido aumentada, pois os projéteis lançados por aviões ou unidades motomecanizadas, que já se deslocam em grande velocidade, farão suas trajetórias muito mais rapidamente que aqueles atirados por canhões fixos e por consequência, sua capacidade de destruição é muito maior.

Ora, dependendo de todos êsses elementos e de outros, como as armas brancas etc., é que as feridas de guerra são tão diversas entre si; pensou-se, então, em classificá-las.

Vários autores tentaram ordená-las, mas ao nosso ver, foi o Major Basil Hughes, cirurgião da Real Enfermaria de Bradford quem conseguiu a melhor classificação, a qual poderá ser encontrada no recente livro de Bailey "Cirurgia da Guerra Moderna" editado em 1941 nos E. Unidos e composto na Inglaterra por um grande número de colaboradores, com observações da guerra atual.

A classificação estudada é, naturalmente, muito geral, mas abrange tôdas as variedades de lesões de guerra conhecidas.

Atualmente, em face do formidável poder ofensivo das armas de guerra, sobretudo das granadas ,as feridas são, em geral, mais graves e se apresentam em grande número para um ferido, complicando muito o caso em apreço e tornando a tarefa do Serviço de Saúde em Campanha ainda mais penosa.

São, principalmente, as feridas provocadas por explosões de bombas que apresentam êste aspecto de multiplicidade (vêr fig. 1) (Projeção).

Estas feridas além de provocarem extensas dilacerações dos tecidos com precoce infecção virulenta, ainda causam graves chóques.

Vejamos, então, a classificação:

FERIDAS DE GUERRA

- Não penetrantes
  - Contusões
    - Superficiais
    - Profundas
  - Fraturas
    - Simples
    - Compostas
- Penetrantes
  - Partes moles
    - Pequeno orifício entrada
    - Grande orifício entrada
  - Osso
    - Continuidade do osso íntegra
    - Continuidade do osso destruída
- Perfurantes
  - Partes moles
    - Entrada e saída pequenas
    - Pequena entrada e grande saída
    - Grande entrada e grante saída
  - Osso
    - Continuidade do osso íntegra
    - Continuidade do osso destruída
- Dilacerantes
  - Com penetração ou perfuração
  - Sem penetração ou perfuração
- Incisa e penteaguda
  - Baionetas
  - Facas, lanças, etc.
- Queimaduras
  - Bombas, granadas, etc.
  - Fôgo líquido
- Asfixiantes e gases venenosos
  - Gás de bomba
    - Bomba de gás lacrimejante
    - Bombas de violentos venenos
  - Gás volante
- Acidentais — Grande variedade

Vejamos algumas características particulares de certas feridas de guerra. As **Não-penetrantes**: são muito semelhantes às da vida civil, contusões e fraturas com as respectivas subdivisões.

Chamamos atenção, porém, que as contusões superficiais, sobretudo as que atingem a cabeça ou o tronco, devem merecer cuidados especiais; é muito frequente

encontrarmos apenas uma leve equimose na superfície da pele com graves distúrbios internos, até mesmo rupturas de órgãos.

As **Penetrantes:** apresentam-se em grande número e dão uma boa quota de trabalho aos cirurgiões. Elas mostram apenas um orifício de entrada que em certos casos é insignificante a-pesar-de uma extensa ferida interna.

No interrogatório do doente devemos esclarecer, quando possível, a natureza do instrumento vulnerante. Os projéteis de forma regular, sobretudo as chamadas "balas humanitárias" procuram, os planos de menor resistência e costumam seguir os planos aponevrótivos; os de forma irregular não têm predileções.

Devido a elasticidade da pele, nem sempre o orifício de entrada corresponde ao tamanho do projétil. Frequentemente encontramos uma ferida penetrante que apresenta um pequeno orifício de entrada, tendo alojado em seu interior um projétil de dimensões maiores. Em virtude da movimentação da parede torácica, nem sempre o orifício de entrada na parede corresponde à ferida na cavidade torácica.

As **Perfurantes** ou **Transfixantes:** apresentam um orifício de entrada e outro de saída e se subdivide em:

a) as que apresentam um pequeno orifício de entrada e pequena saída;
b) as que apresentam um pequeno orifício de entrada e uma grande saída;
c) as que apresentam um grande orifício de entrada e uma grande saída.

a) As feridas que apresentam um orifício pequeno de entrada e pequena saída, são, em geral, produzidas por projéteis de fuzis ou de metralhadoras; naturalmente excetuando àquelas que tenham atingido regiões graves, são as feridas de melhor prognóstico. Georg Walther, 2.° Ten. Med. Res. do Exército Alemão, afirma que numa sessão de médicos consultores realizada em 3 e 4 de Janeiro de 1940 na Academia Médica Militar de Berlim, ficou evidenciado que "a maioria das feridas

produzidas por projéteis de infantaria se curam sem sinais de infecção".

Porque projéteis de infantaria? Porque são exatamente aqueles de forma regular e que são capazes de transfixar certas partes do corpo humano sem causar grandes danos. Continua Walther, "só se deverá intervir cirurgicamente nas feridas transfixantes provocadas por projéteis de infantaria, quando se manifestarem infecções ou quando a trajetória do projétil, no corpo humano, acarretar perturbações; do contrário o simples curativo assético será suficiente".

Naturalmente essas observações se aplicam apenas nas feridas transfixantes da primeira subdivisão, isto é, as que apresentam um pequeno orifício de entrada e também uma pequena saída. Projeção (n.° 2).

b) Vejamos, a seguir, as da segunda ordem, àquelas que apresentam um pequeno orifício de entrada e uma grande saída. São, em geral, provocadas pelo seguinte mecanismo: um projétil, ao penetrar no corpo humano, atinge um osso mas não o perfura, no momento do choque ricochetêa, fragmenta o osso e com a fôrça cinética de que vem animado, continua a sua trajetória rompendo e dilacerando os tecidos e, muitas vezes, levando consigo os fragmentos ósseos e assim vamos encontrar uma ferida com o seu orifício de entrada quasi imperceptivel e com sua saída atingindo a incríveis e pavorosas proporções. Um estilhaço de granada poderá produzir uma ferida semelhante. Esta classe de feridas é de grande gravidade quando atingem o torax, o abdomem ou a cabeça (fig. n.° 3). Projeção.

c) A terceira subdivisão, ou as feridas transfixantes que apresentam um grande orifício de entrada e uma grande saída, resulta quasi sempre de grande estilhaço de bomba ou de um ricochete de bala. Estas feridas apresentam sempre gravidade, pois as virulentas infecções são inevitáveis ou quasi inevitáveis.

As **Dilacerantes**: são as feridas provocadas, em geral, por explosões de bombas. Vimos já as dilacerantes com penetração e perfuração ,mas existem as feridas dilacerantes sem penetração e são provocadas pelo arrebentar de poderosos explosivos dando em consequência

horríveis mutilações. Todos nós já vimos os terríveis acidentes provocados por pequeninas bombas transvalianas nos celebres dias de São João; dedos, mãos e até braços que se esfacelam com a explosão das referidas bombas que são ridículas deante das mortíferas granadas de guerra. São as mais pavorosas feridas de guerra, provocam horríveis mutilações, quando não matam. Algumas vezes, motivado por uma explosão de poderosa bomba, ainda mesmo afastada do ferido, aparecem ruturas e dilacerações de órgãos internos como pulmões, tímpanos, vesícula biliar, centros cerebráis, etc.

As **Incisas e ponteagudas**: são provocadas, quasi sempre, por baionetas, sabres, espadas, facas etc., nas lutas corpo a corpo. Nada de particular há a dizer sôbre estas feridas, são semelhantes às da vida civil, apenas, as provocadas por baionetas ou espadas são, quasi sempre, mortais, pois, que na violência da luta êstes instrumentos vulnerantes atingem profundamente, sobretudo, o torax e o abdomem.

As **Acidentais**: apresentam-se comumente e em grande variedade e, com exceção dos tiros casuais, estão intimamente ligadas com a ocupação ou ofício dos feridos. São os chamados acidentes de trabalho.

Não falarei sôbre as queimaduras e sôbre as lesões provocadas pelos gases tóxicos porque irão constituir pontos especiais do nosso programa.

Pierre Duval afirma que não existe ferida de guerra amicrobiana, pois os meios de contaminação são numerosissimos; os projéteis na sua passagem através dos pelos e vestimentas, as feridas expostas e em contacto com a terra, constituem fatores para a contaminação das mesmas pelos germens banais de supuração, pelos bacilos de Nicolaier, pelos agentes das gangrenas, etc. e pergunta-se: o que se fazer com essas feridas? Seguindo o enunciado do meu ponto, estudarei, apenas, o

TRATAMENTO DAS LESÕES RECENTES

O ferido de guerra vai ter o seu primeiro contato com o Corpo de Saúde quando é apanhado na linha de frente pelos padioleiros, ou quando pelos seus proprios

meios pode procurar os refúgios de Companhia; neste primeiro escalão de saúde, onde encontramos normalmente, 1 enfermeiro e 4 padioleiros por Cia., o ferido terá o seu primeiro socorro, um simples penso, uma fratura imobilizada por um meio de fortuna, um garrote para estancar uma hemorragia etc. Daí, êle será transportado pelos padioleiros do P. S. Batalhão para êste segundo escalão aonde encontrará o médico que lhe fará uma revisão nos seus curativos e, quando possível, aplicará o Sôro Anti-Tetânico, pois êste será obrigatoriamente empregado no P. S. Regimental, e tratará de fazê-lo evacuar o mais breve possível, tendo o cuidado de assinalar na ficha individual do ferido o que lhe foi feito.

No P. S. Regimental, já um pouco mais distante do front, faz-se, então, obrigatoriamente o S. A. Tetânico e vistoria em todos os feridos para melhorar os primeiros curativos e para fazer uma escolha entre os transportáveis e intransportáveis, etc. Continuando a evacuação e depois de transposto o Grupo de Padioleiros Divisionários, os feridos por meio da C. E. D. chegarão ao Grupamento de Ambulancias Divisionarias, onde depois de uma cuidadosa triagem vão ter à Ambulância Cirúrgica, elemento desta Formação Sanitária Divisionária que muito nos interessa, no momento, pois aí teremos a oportunidade de tratarmos as lesões recentes.

Não se pode dizer que a cirurgia de guerra e a de paz sejam uma só cirurgia, pois se elas se assemelham em vários pontos, diferem profundamente noutros.

Só na guerra de posição e em períodos fóra de combates é que poderemos operar numa Ambulância Cirúrgica com quasi todos os elementos com que operamos na paz, isto é, com calma de espírito, material abundante e sem, sobretudo, a preocupação do tempo gasto.

Como raramente estaremos, principalmente nas guerras atuais, numa situação previlegiada como a que nos referimos agora, devemos pensar que o tratamento das lesões recentes nos vários períodos de luta, não poderá obedecer sempre às mesmas regras.

Uma ferida extensa de um membro, que num pe-

ríodo de calma poderia ser convenientemente tratada, tentando-se a recuperação do referido membro, numa fulminante ofensiva ou numa retirada estratégica em que as perdas são pesadíssimas e os feridos encharcam os postos de socorro, dará motivo suficiente para a amputação do membro, pois que em virtude da dificuldade da evacuação e do grande número de feridos a operar, teremos agido muito bem dessa forma porque talvez tenhamos salvo uma vida e porque sendo a conduta terapêutica mais rápida, poderemos empregá-la maior número de vezes. Sou por demais conservador e admiro muito a reconstituição dos tecidos, de maneira lenta mas perfeita, no método oclusivo, mas numa situação dessa não hesitaria em me conduzir por esta forma.

Vejamos, porém, as normas ideais. Uma ferida de guerra é considerada recente durante o tempo que medeia entre o momento em que foi produzida e o no qual aparecem os primeiros sinais de inflamação. Todos os autores acham que êste período varia entre 18 e 24 horas

Com as experiências de guerra, o tratamento das lesões recentes segue, atualmente, novos rumos; a terapêutica passiva consistente de curativos sucessivos com soluções e pomadas antissépticas, as substâncias citofiláticas e mesmo a irrigação contínua das feridas, o chamado método de Carrel, têm sido substituidos por um tratamento cirúrgico ativo e profilático, a chamada "toillete da ferida", que se baseia na limpesa do fóco traumático, dos tecidos a serem eliminados e, naturalmente, dos germens nele contido.

O essencial da "toillete"-cirúrgica é a abertura dos tecidos seguindo o trajeto da ferida, retirando os corpos estranhos e fragmentos de tecidos encontrados, coágulos sanguíneos, procurando tornar uma ferida sética em uma assética.

E' lógico, que são necessários cirurgiões experimentados e conhecedores de anatomia topográfica, pois frequentemente essas intervenções são realizadas em zonas topográficas perigosas.

São de Lenormant e Moure as seguintes observações sôbre o tratamento das lesões recentes:

a) As picadas não necessitam outra intervenção imediata a não ser a desinfecção da pele e aplicação de um curativo. Mas estas lesões, de aparência insignificantes, devem ser vigiadas de perto, pois que frequentemente dão ocasião a inoculações séticas, às vezes graves.

b) As secções regulares produzidas por um ferimento cortante são, de todos os ferimentos, os que melhor se prestam a uma reparação imediata. Após desinfecção cuidadosa da pele e hemostasia minuciosa, torna-se necessário suturar imediatamente os ferimentos em que foram apenas interessados a pele e o tecido celular. Quando o ferimento ultrapassa a aponevrose externa e atinge os músculos, as indicações da sutura primitiva passam a ser discutíveis. Se ela fôr praticada, será precedida de uma excisão cuidadosa, de uma hemostasia perfeita, seguida de drenagem e de atenta vigilância durante os primeiros dias.

c) Nos ferimentos contusos, a reunião primitiva oferece mais perigos que vantagens. Sob anestesia geral, após desinfecção da pele posta a céu aberto e verificação completa das lesões, será efetuada a excisão minuciosa de tôdas as partes traumatisadas, assegurada a hemostasia; após isto, um simples curativo assético será renovado o mais raramente possível, de conformidade com as indicações fornecidas pela temperatura, pelo estado geral do ferido e pela secreção do ferimento.

Uma vez processada a intervenção cirúrgica, a ferida perfeitamente limpa e cuidadosamente assegurada sua hemostasia, dois princípios modernos se impõem:

a) proteção aos tecidos para prevenir ou diminuir o edema;

b) imobilização rigorosa para dar completo repouso aos tecidos injuriados.

Vejamos, então, o que faremos a seguir: as suturas primitivas, tão discutidas até hoje, nem sempre poderão ser tentadas, si bem que com os progressos da quimioterapia antibacteriana, com a pulverização da sulfamida, dos sulfatiazoes etc., nas feridas cirúrgicas, tenham-se conseguido tão brilhantes resultados mas a principal desvantagem é que os feridos, que tenham feito sutura primitiva, terão de ficar hospitalizados nas Ambulâncias Cirúrgicas onde foram operados, tomando lugar de outros intransportáveis, tais, como os chocados etc. e, sobretudo, aumentando o intensivo trabalho das equipes cirúrgicas que terão de os vigiar.

Naturalmente, em excelentes condições, nas guerras de posição, quando o número de feridos é pequeno, as suturas primitivas deverão ser tentadas em alguns casos indicados, pois quando elas são coroadas de exito, nos poderão dar recuperados em curto tempo e êsse é o nosso principal papel nas guerras.

A propósito de sulfamida, devo dizer que os exércitos beligerantes atuais distribuem aos seus soldados comprimidos sulfamidicos, fazendo parte dos pacotes de curativos individuais, para que êles ao serem feridos (os não graves) tomem imediatamente as suas doses com a finalidade de atenuar as infecções futuras.

Na clínica cirúrgica dos drs. Stirling Mueller e William H. Cassebaum no Hospital Roosevelt de Nova York, em 204 vitimas de apendicite aguda supurada, sendo que em 59 delas já havia peritonite e que foram operadas, isto é, retiraram o apêndice e tiveram a sulfamida pulverisada no local infectado, não houve caso fatal. Isto aconteceu em 1940; daí por deante foram feitos novos ensaios, a dosagem da sulfamida local tornou-se mais exata, e chegaram a conclusão, com uma ótima casuística, que não somente o local da peritonite deverá sofrer a ação da beneficente droga, mas também todos os planos da parede abdominal, no momento de suturá-la, e raramente observaram infecções da parede.

A proteção da ferida, depois de feita a toillete cirúrgica, pelos curativos de gaze sêca ou vaselinada dão-nos bons resultados, mas os processos naturais de reparação são retardados pela pouca imobilização da feri-

da e os curativos têm que ser mudados, pelo menos ,de quatro em quatro dias.

O método mais interessante parece ser o tratamento oclusivo pelo gesso, insisto, porém, depois de se hazer feito a toillete da ferida, êste método foi brilhantemente usado pelo dr. Trueta, na guerra da Espanha, em 1.073 feridos, com 976 bons resultados.

Não entrarei em detalhes sôbre o método referido, pois irá constituir assunto a ser, vantajosamente, tratado pelo nosso mestre e amigo prof. Barros Lima; apenas farei a seguinte observação de ordem técnica: é um excelente método a ser empregado pelo nosso Exército porque permite um maior número de evacuações de feridos para os Hospitais de Evacuação de Exército, de Etapas etc. e até mesmo para a zona de Interior, desafogando assim as Ambulâncias Cirúrgicas e sem haver peiora para os feridos.

São operados, na zona da Divisão, os feridos de 1.ª urgência ou sejam os fraturados de bacia, os hemorrágicos, os feridos de torax com asfixia, alguns feridos de abdomem, mas, sobretudo, os feridos dos membros, pois nestes, uma cirurgia correta imediata dará ótimos resultados.

As equipes cirúrgicas deverão ter a seguinte preocupação: salvar o máximo de feridos e o máximo de membros. Para êste fim, elas deverão obedecer aos seguintes princípios:

a) Não operar senão os feridos que realmente se beneficiam com a intervenção.

b) Praticar a intervenção salvadôra o mais breve possível, para, ao mesmo tempo, operar o máximo de feridos.

(Dr. Métivet)

Vê-se, logo, a necessidade de um aperfeita triagem para a separação dos feridos de primeira, segunda e terceira urgência.

Mesmo no Hospital Primário e quando os meios de

evacuação funcionam com regularidade, até no de Etapas, teremos oportunidade de tratarmos lesões recentes, naturalmente de segunda e terceira urgência, pois que êles estão há 10 e a 18 horas, respectivamente, da frente de combate.

São da autoria do dr. H. H. Sampson as seguintes regras a serem observadas quando se faz a toillete cirúrgica de um ferimento de guerra:

1. Um quarto de polegada marginando a pele em tôrno da ferida é suficiente para ser retirado.
2. Expor as partes profundas por incisões longitudinais acima e abaixo da ferida da pele.
3. Impedir desnecessária divisão transversa da pele e músculo sãos.
4. Remover com bisturí longo a parede do trajeto da ferida, incluindo todos os tecidos danificados, tendo o cuidado de não lesar vasos e nervos importantes.
5. O músculo são se contrai e sangra quando seccionado. A côr de tijôlo num músculo pode indicar o início de infecção anaeróbia.
6. Não deixar fragmentos de músculo, aponevrose ou gordura.
7. Evitar, quando possível, retirar fragmentos ósseos ainda prêsos ao periósteo.
8. Nenhuma amputação, tipo guilhotina, deverá ser feita.
9. Verificar o que se está fazendo.
10. Anotar os detalhes cirúrgicos.

Erros comuns:

1. Desnecessário sacrifício de pele.
2. Desnecessária secção transversa da pele e músculo para unir a entrada e saída da ferida.
3. Exposição inadequada das partes profundas da ferida.

4. O uso de um tampão de gaze envês da apropriada exposição e da excisão do músculo.
5. A remoção de corpos estranhos por incisões separadas envês de seguir o trajeto da ferida.

Para terminar esta parte vamos mostrar algumas estatísticas interessantes, segundo Toubert.

Guerras anteriores a 1914

Feridos por projéteis de infantaria .	75%
" " " " artilharia .	25%

1914 (Guerra de movimento)

Feridos por projéteis de infantaria .	30%
" " " " artilharia .	58%
" diversos	12%

1914-18 (Guerra de posição)

Feridos por projéteis de infantaria .	16%
" " " " artilharia .	76%
" diversos	8%

Classificação das feridas por regiões anatomica: 1914-1918

Feridos na cabeça	15,50%
" no torax	9,36%
" na raquis	3,24%
" no abdomem	4,51%
" nos membros superiores . . .	31,60%
" " " inferiores . . .	35,79%

Em 100 feridos existem:

50 feridos ligeiramente
35 " médios
15 " graves
20 poliferidos.

PENSOS IMPROVISADOS

Obedecendo o enunciado do nosso ponto, deveremos falar acêrca dos "Pensos improvisados", achamos, porém, interessante dizermos algumas palavras sôbre o que há de previsto, sôbre êste assunto, no nosso Exército.

Faz parte do equipamento dos nossos soldados o chamado "curativo individual", atadura de gaze esterilizada e um alfinete de segurança, muito bem protegidos por envoltórios impermeáveis. Assim, na ocasião do ferimento, o próprio soldado, ou se suas condições de saúde não o permitem, um seu camarada, poderão pensar imediatamente a sua ferida.

Além dos curativos individuais, encontraremos uma infinidade de outros de diferentes formas e tamanhos, simples ou mixtos, compressas ou campos, todos êles padronizados e numerados ou facilmente identificáveis e de acabamento perfeito. Tenho em mãos alguns deles que mostrarei a seguir; são o curativo individual já descrito, os chamados curativos mixtos compostos por uma compressa retangular e atadura de gaze, de três tamanhos A (grande), B (médio) e C (pequeno); um pacote de número 40 contendo uma compressa quadrada e um de n.° 41 com uma compressa retangular (mostras).

Êsses curativos são encontrados nas bolsas dos padioleiros, nos postos de socorro até o G. P. D., pois os curativos especiais das Ambulâncias Cirúrgicas estão acondicionados em Canastras, que nada mais são que pequenas malas que poderão viajar até nas costas dos muares, de numero 14.

Pensos são um conjunto de meios metódicos utilizados para proteger uma ferida, para manter uma compressão sôbre determinada região, para obter uma imobilização de certa parte do corpo humano, para impedir a saída, por orifícios naturais ou artificiais, de órgãos, visceras etc. Deixando de parte os pensos e aparelhos usados nas fraturas ou em ortopédia, Maisonnet modificando ligeiramente as classificações de Gerdy e Chavasse propôs a seguinte dviisão:

I — Pensos propriamente ditos

a) Pensos simples:

1) pensos circulares
2) " oblícuos
3) " espirais ou enrolados
4) " cruzados em forma de 8
5) " recorrentes

b) Pensos inteiriços. Método de Mayor.
c) " compostos:

1) pensos em T
2) " quadrados
3) fundas
4) suspensórios

II — Pensos mecânicos

1) pensos atados
2) " herniários
3) " elásticos.

Desta classificação só nos interessam os pensos propriamente ditos com as suas três subdivisões

A aplicação dos pensos está sujeita a regras especiais interessantes. Todo penso deve corresponder ao fim a que está destinado; deve estar suficientemente apertado para não se desmanchar e suficientemente frouxo e elástico para não provocar acidentes de compressão.

E' extremamente útil que os nossos padioleiros, e até mesmo os soldados, tenham prática, os primeiros, e noções os segundos sôbre a aplicação de pensos.

Temos previsto por regulamento, o nosso material de pensos, mas em situações embaraçosas surgirão as improvisações, com toalhas, lençóis e até camisas.

Qual de nós já não teve um dedo amarrado por uma "tira de pano" nos acidentes comuns das nossas trélas de crianças? Não deixa de ser uma improvisação. Mostraremos alguns clichés elucidativos sôbre os

pensos improvisados, para, seguindo abordar o último tema da nossa conferência (fig. n.° 4).

TRANSPORTE DE FERIDOS

Os feridos, desde as linhas de combate até o último escalão de saúde, ou melhor, desde a zona Divisionária até a do Interior e algumas vezes até para fóra do pais em litígio, são transportados por vários meios; meios êsses que, se bem venham evoluindo progressivamente de guerra para guerra, poderão ser enquadrados numa classificação bem organizada e proposta pelo dr. Arlindo de Castro Carvalho, ilustre médico do nosso Exército. Eis a classificação:

Material de transporte
- De material
  - Não nos interessa no momento
- De feridos e doentes
  - padiolas simples
  - " articuladas
  - carros p/padiolas
  - liteiras
  - artolas
  - viaturas hipomóveis
  - " automóveis
  - elementos de adaptação das viaturas de requisição
  - embarcações
  - aviões
- De pessoal
  - Não nos interessa no momento

Da linha de fôgo ao Refúgio de Companhia, o ferido poderá se transportar pelos seus próprios meios, ser transportado por um, por dois padioleiros desarmados ou pela equipagem de padioleiros com a respectiva padiola. No nosso Exército usamos a padiola tipo "Franck", simples ou articulada; são fortes, práticas e facilmente manejáveis. Num caso de emergência, em

que por motivo superior falte uma padiola, os padioleiros sabem o modo de improvisá-las usando o capote e fuzis, lanças de cavalaria e capotes, cobertor ou uma banda de barraca etc.; de modo que o ferido chegará ao Ref. de Cia. que em geral está mais ou menos abrigado há cerca de 100 metros da linha de frente. Do Ref. Cia. ao P. S. Batalhão, seguirá o ferido em sua padiola, agora conduzido por uma equipagem do Batalhão; daí para o P. S. Regimental, dependendo das condições táticas da luta e da natureza do terreno, já poderão ser empregados outros meios tais como, os carrinhos porta-padiola, as liteiras e as artolas. Quando o terreno permite, o carrinho porta-padiola é um excelente meio de transporte, pois assegura a condução de uma padiola apenas por dois padioleiros, ainda mesmo que existam ligeiros acidentes no terreno. Quando o terreno é inteiramente plano, dois a três carrinhos poderão ser atrelados a um muar e neste caso será necessário apenas um condutor do muar.

As artolas que vão presas duas a duas nos muares, permitem a condução de dois feridos sentados para cada muar; são ideais para os terrenos muito acidentados, pois aonde puder passar um homem, quasi sempre, poderá passar um muar.

As liteiras têm as mesmas características das artolas, com a diferença que os dois feridos são transportados deitados (Projeção) fig. 5. Reg. 48.

O Grupo de Padioleiros Divisionários, via de regra, usa ainda êsses meios de transporte e só em certas ocasiões poderá empregar viaturas hipomóveis leves, de duas rodas e tracionadas por animais e que podem transportar dois feridos deitados e dois sentados. O G. P. D. possue 10 destas viaturas que são semelhantes às da Coluna de Evacuação Divisionária, órgão essencialmente de transporte e de grande importância no S. Saúde da D. I. A C. E. D. tem como material de transporte: 50 pares de liteiras para 50 muares, 25 carrinhos porta-padiola com padiolas e 60 viaturas hipomóveis leves de duas rodas com duas padiolas por viatura.

Saindo da zona Divisionária para a de Exercício, isto é, do Agrupamento de Ambulâncias para o Hospital

de Evacuação de Exército, ou H. Primario, as evacuações são feitas por meio da Coluna de Evacuação do Exército que usará viaturas hipomóveis pesadas, de 4 rodas, podendo transportar 4 feridos deitados e 4 sentados, ou, quando as condições permitem, são usadas as Secções Sanitárias Automóveis que são as viaturas automóveis da classificação apresentada.

Muito raramente são usadas as estradas de rodagem, estradas de ferro e vias navegáveis na zona de Exército, porque são constantemente procuradas pela aviação inimiga por ser uma zona ainda muito proxima do front.

Na zona de Etapas são, então, usadas as Secções Sanitárias Automóveis, sendo aproveitadas as estradas de rodagem; os Trens Sanitários, que nada mais são que elementos de adaptação das viaturas de requisição, adaptação esta feita por meio de aparelhos de suspensão para padiolas; e as vias navegáveis por meio das diversas embarcações-hospitais. Modernamente têm sido usados os Aviões Sanitários para o transporte rápido de feridos que precisam de socorros em centros especializados da retaguarda, isto é, zona do Interior ou mesmo fora do pais, como aconteceu na guerra da Espanha, quando tiveram oportunidade de enviar para a Alemanha feridos especiais.

Na zona de Interior são usados ainda meios de transporte, acrescidos das viaturas de requisição adaptadas, tais como caminhões, trens, embarcações particulares etc. (Projeção, fig. 6).

E assim estudamos o transporte de feridos pelos meios previstos e até agora usados; é o que existe de clássico. Com o progresso das modernas guerras e o uso sistemático das alas moto-mecanizadas, várias modificações foram introduzidas, pelo menos, nos transportes divisionários.

Apareceram as padiolas armadas de rodas tipo esteira que são puxadas por um padioleiro de rastro; as motocicletas providas de side-car para comportar duas e três padiolas; os caminhões "Q. T." munidos de aparelhos de suspensão de padiolas e suportando quatro a oito padiolas, naturalmente de acordo com o tama-

nho do caminhão; e os próprios carros blindados de saúde que seguem de perto os seus semelhantes combatentes, apanhado feridos ora num, ora noutro carro de combate, cuja guarnição desfalcada, de um ou mais feridos, lhe tenha pedido socorro por sinais convencionais. Mostraremos algumas gravuras interessantes sôbre o S. Saúde das Divisões Moto-mecanizadas para terminar, pois êste assunto, por ser tão interessante, moderno e vasto, mereceria uma conferência especial.

Pelas revistas

Autores: Edwards, F. R., Leggat, G., and Davies, H. M.; Artigo: Treatment of Pulmonary Tuberculosis by Thoracoplasty; Revista: British Medical Journal; 2; 901-906; 7-12-941.

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR PELA TOROCOPLASTIA

O autor crê que nenhuma pessoa com uma expectoração positiva para o bacilo da tuberculose deveria, sob o ponto de vista da saúde pública, permanecer à vontade entre a comunidade.

A toracoplastia é um método apropriado de tratamento só num pequeno número de casos, mas neles os resultados são tão satisfatórios que o doente, anteriormente uma ameaça pública torna-se não infeccioso e é capaz de levar uma útil vida de trabalho.

São as seguintes as indicações da toracoplastia seguidas por uma equipe trabalhando na clínica cirúrgica do Serviço de Tuberculose do Concelho do Condado de Lancashire.

1. A doença deve ter uma tendência fibrótica. A toracoplastia executada na fase exsudativa determinará num grande número de casos, uma disseminação da doença. Praticamente em todos os casos de doença persistente fibrótica exis-

tem cavernas e a tomografia pode ser necessária para as demonstrar.

2. A lesão tuberculosa principal deve ser unilateral. Qualquer afecção no outro lado deve ser latente, pois de outro modo estender-se-á com os movimentos aumentados do pulmão remanescente que funciona. A oipnião do médico assistente, que teve uma contínua vigilância sôbre o doente, é aqui de grande valôr.

3. As grandes cavernas, com mais de 5 cm. de diâmetro, são difíceis de comprimir pela toracoplastia quando se encontram juntas do hilo e da base.

4. O pneumotórax deverá ser tentado em todos os casos. Se o pneumotórax é impossivel ou ineficaz, deve-se esperar que o ar se reabsorva antes de se fazer a toracoplastia.

5. Os limites da idade para a operação são dos 15 aos 45 anos com excepções ocasionais.

6. Quanto melhor fôr o estado geral do doente, tanto maiores serão as possibilidades de êxito.

As contraindicações são uma amiloidose avançada, a tuberculose intestinal, a laringite ulcerosa tuberculosa, e as tuberculoses óssea e gênito-urinária adiantadas. O pulmão em muitos casos é a lesão importante e dever-se-lhe-à dar uma consideração primordial.

A operação de escolha é a toracoplastia paravertebral de 10 costelas com remoção das apófises transversas.

As toracoplastias parciais raramente são feitas nesta clínica exceto para as lesões apicais extremamente localizadas, devido à frequente recidiva da doença nas zonas mais baixas do pulmão. Além disso, a participação linfática no pulmão é muito maior do que a que pode ser determinada clínica ou radiologicamente.

A anestesia é determinada por uma preliminar administração intravenosa de 6-10 cm.3 de hexobarbitone solúvel (ciclonal sódico; evipan sódico; hexanostab) seguida de inalação de oxigênio com 3-5% de gás clorofórmico. Tudo o campo operatório é então infiltrado com procaina a 1%.

Os resultados obtidos nesta clínica cirúrgica durante o período de -933-1940, seguidos de perto até Maio de 1941, estão resumidos desta forma:

Executaram-se -58 operações num total de 59 casos sem nenhuma morte post-operatória imediata.

De 52 casos operados por doença parenquimatosa, 35 (67%) estavam, na ocasião em que escrevemos, adaptados e bem com expectoração negativa, e 30 (86%) deles estavam trabalhando. 8 (15%) morreram e 9 (17%) estavam incapacitados ou com expectoração positiva.

Operaram-se 7 casos de empiema tuberculoso com uma completa parada da doença somente num deles. Tais casos deveriam ser operados mais precocemente. 50% de todos os casos apresentados paar toracoplastia baseada pelos raios-X são rejeitados pelo exame clínico.

É dado um quadro detalhado de todos os casos com uma imagem radiográfica antes da toracoplastia em cada um deles.

Autor: Phillips, L.; Artigo: The Indications for Caesarean Section; Revista: Practitioner; 148; 139-150; Março, 1942.

INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO CESARIANA

O autor passa em revista os motivos que levaram à realização de 756 operações cesarianas durante os anos de 1924-1936 num dos principais Hospitais Maternidade de Londres (Queen Charlotte's). Nesta série houve um índice de mortalidade maternal de 3%.

Põem-se em relêvo as conclusões seguintes:

1) A cesariana é uma operação abdominal com um índice de mortalidade mais elevado do que geralmente se supõe. Realizar-se-ia para salvar a vida da mãe, mas raras vezes em benefício do filho. Quando se pratica para salvar a criança, aqueles a quem tal interessa deveriam apreciar os riscos que isso envolve — a ser possível.

2) A decisão sôbre uma operação cesariana deveria ser tomada por alguém experiente, tanto em obstetrícia como em cirurgia abdominal. Os riscos a correr com um parto abdominal poderiam dêste modo comparar-se-, com os de um parto vaginal, pesando os prós e os contras.

3) Quando a indicação para uma operação cesariana não é obstétrica, mas, por exemplo ,por doença cardíaca, ou mais raramente pulmonar, a decisão toma-se melhor, consultando um especialista do ramo médico correspondente.

4) Quando é necessário uma cesariana, deve pretender-se realizar uma operação clássica antes que comece o parto

ou muito no começo do trabalho de parto. Em condições ideais e em mãos hábeis, o risco operatório não ultrapassa então dois por cento. Se tem que ser realizada quando o parto já está avançado, deverá então fazer-se a intervenção operatória sôbre o segmento inferior. Se não é possível um parto natural e a doente está infectada, deverá realizar-se uma cesariana com histerectomia, e com drenagem da cavidade peritoneal. *A operação clássica em casos tardios traz consigo um risco de 10 a 30% em casos francamente infectados, equivale a assinar a pena de morte da doente.*

5) O uso cada vez maior da operação sôbre o segmento inferior, no parto avançado, e a visível melhoria nos resultados durante os últimos anos, vem tendendo a ampliar as indicações da operação cesariana nos casos de parto difícil. A operação realiza-se em parte no interesse da mãe mas principalmente para assegurar a vida da criança. Até que seja possível mais investigação e análise de grande número de casos, esta tendência não deveria ser encorajada. A operação no segmento inferior é tecnicamente mais difícil de realizar e não deve ser empreendida de ânimo leve por um operadôr qualquer.

6) Quanto maior é a experiência e a destreza do obstetrista, menos cesarianas encontrará necessárias, e com maior cuidado vigiará e reservará as suas indicações.

7) A operação cesariana foi introduzida para salvar a vida das mães e diminuir a mortalidade maternal. Pode muito bem ter o efeito contrário (como com efeito ocorre por vezes na prática). A experiência, senso e caracter do médico que assiste à doente — especialmente a sua conciência obstétrica — são as salvaguardas principais das parturientes.

Autores: Walker, R. M., Playfair, P. L.; Artigo: Peritoneoscopy; Revista: Lancet; 1; 159-161; 7-2-942.

PERITONEOSCOPIA

O exame endoscópico da cavidade peritoneal após insuflação tem sido considerado como um meio de diagnóstico já em 1901, sendo apresentado o primeiro trabalho na Alemanha por Kelling (1902) e na Suécia por Jacobaeus (1910). O moderno impulso ao método é devido ao trabalho de Ruddock (1934, 1937) na América. Os autores, usando um instrumento

semelhante ao de Ruddock, fizeram 125 exames durante um últimos 3½ anos. É empregada, usualmente, a anestesia local e depois de se instituir um pneumoperitôneo, introduz-se o instrumento através da linha branca, por debaixo do umbigo. A capacidade de visão incluí o fígado, a vesícula, o estômago, baço, intestinos e na pelve o útero, os ligamentos largos e os ovários, bem como o peritôneo parietal da parede abdominal anterior. Em indivíduos gordos, o grande epiplon pode obscurecer alguns dêstes órgãos.

A intensão de uma peritoneoscopia é estabelecer uma questão do diagnóstico diferencial, ou num caso de malignidade, determinar a operabilidade da neoplasia. Os fragmentos para biopsia podem ser tirados dos órgãos sólidos. São exclusivamente raras as complicações da operação e nenhuma complicação grave foi encontrada nestas séries.

O método tem-se usado para diagnosticar ou estabelecer a operabilidade no carcinoma do estômago e para examinar o fígado em casos de hipertrofia dêste órgão ou em casos de ascite. Foram examinados os ovários em casos de irregularidade menstruais ou quistos e verificada a extensão das raizes do carcinoma do colo uterino. Entre outras condições foi confirmado o diagnóstico em caso de gravidez ectópica, peritonite tuberculosa, colecistite e esplenomegália.

Em casos de ascite, a operação não é mais difícil do que uma paracentese e dá infinitamente mais indicações. Conclui-se que em todos os casos de doença do fígado em que o diagnóstico é incerto, a peritoneoscopia deverá ser seriamente considerada.

Os autores concluem que em muitas situações o método provou ser muito valioso.

Referências:

JACOBAEUS, H. C. (1910), Munch. med. Wschr. 58, 2090.
KELLING, G. (1902), Munch, med. Wschr 49, 21.
RUDDOCK, J. C. (1937), Surg. Gynec. Obstet. 65, 623.
RUDDOCK, J. C. (1934), West. J. Surg. 42, 392.

Autor: Payne, R. T.; Artigo: Scope of Operation in the Treatment of Varicose Veins; Revista: British Medical Journal; 2; 533-537; 18-10-941.

O LUGAR DA OPERAÇÃO NO TRATAMENTO DAS VARIZES

O autor afirma que todos os tipos das varizes primárias dos membros inferiores são curáveis pela injeção, pela operação ou pela combinação dos dois métodos. Todos os métodos de tratamento envolvem a obliteração *anatômica* das veias doentes e a obliteração *fisionógica* e funcional da circulação varicosa.

Indicações da Operação — Elas podem ser absolutas nas situações que não oferecem uma alternativa eficaz com a operação, ou relativas quando a operação oferece vantagens sôbre a injeção.

A) *Indicações Absolutas.*

1) *Extensão Anatômica.* O envolvimento da principal veia safena interna acima do joelho.

2) *A Presença de Varizes da Safena ou outras.*

3) *Ectasia.* — A dilatação ou a insuficiência valvular na ausência de qualquer tortuosidade real. Tais veias apresentam muitas vezes a parede espessada.

4) *O Tamanho das Veias* — É muitas vezes melhor excisar extensas massas de veias. Poupa-se tempo e evita-se a dôr das injeções.

5) *Insuficiência da Resposta às Injeções.*

6) *Recanalização após as injeções.*—Isto significa habitualmente que foram deixadas na côxa veias evidentes e insuficientes ou que as veias injetadas eram de tipo ectásico.

B) *Indicações Relativas* — O tratamento operatório pode estar indicado quando as veias se dilatam rafidamente, quando elas se desenvolveram precocemente na vida, quando há uma má história familiar de tendência varicosa, quando a profis-

são do doente envolve muito a atitude ereta, ou quando aparecem fenômenos congestivos nos pés ou pernas.

Tratamento pré-operatório — Marca-se tôda a circulação varicosa com tinta para a pele estando o doente em pé. A pele de todo o membro ou de ambos é preparada com um antisético no dia anterior ao da operação e ainda na manhã da operação.

Anestesia — Está indicada a anestesia geral.

Tecnica Operatória — Se a operação foi decidida, as operações mínimas devem ser afastadas. As veias relativamente direitas ou ectásicas devem ser laqueadas e seccionadas. As amplas varizes simples ou amplas massas de veias tortuosas devem ser excisadas. Na prática isto envolve habitualmente a laqueação da safena ao nível da sua abertura, no meio da côxa e no terço inferior desta. Na barriga da perna são requeridas habitualmente duas ou mais excisões operatórias.

Cuidado Post-operatório — Os doentes são conservados com as pernas sôbre almofadas e entre sacos de areia. Os pontos são retirados no 8.° dia e o doente deixa o hospital no 14.° dia.

Injeções Post-operatórias — Os doentes são vistos 4 semanas após a operação. Quaisquer pequenas veias restantes são então injetadas com uma solução de quinino-uretano.

LIVRARIA MÉDICA HISPANO-BRASILEIRA

RUA DA IMPERATRIZ, 58 — 1.° ndar

Grande estoque de livros de Medicina, Direito, Farmácia, Engenharia, Química, Comércio, etc., nacionais e estrangeiros

Vendas à vista ou pelo Crediário

RUA DA IMPERATRIZ, 58 — 1.° ndar

RECIFE — Pernambuco

NAS CONVALESCENÇAS

Serum Neuro-Trófico

Tônico geral -- Remineralizador

Reconstituinte -- Estimulante

MEDICAÇÃO SERIADA

Instituto Terapêutico ORLANDO RANGEL

Rua Ferreira Pontes, 148 - Rio de Janeiro

LIVRARIA IMPERATRIZ

BERENSTEIN IRMÃO

LIVROS DE

LITERATURA — MEDICINA — ENGENHARIA — DIREITO

RUA DA IMPERATRIZ, 17 — Telefone 2383

RECIFE — PERNAMBUCO

O VANADIO NA SIFILIS E NA BOUBA

TOLERANCIA PERFEITA

ALTO PODER CICATRIZANTE

Medicação eletiva nos processos fagedenicos, hepatites sifiliticas e na sifilis nervosa

Tarvasod

LABORATORIO HILDEBERTO

Notas e noticias

Clinica Cirúrgica Infantil e Ortopédica — Curso de Traumatologia — 1942

Sob a direção do prof. Barros Lima e com o auxilio dos dos drs. Sylvio Marques, Bruno Maia, Armando Temporal, Joaquim Cavalcanti e Ruy Batista, vem sendo dado durante o segundo semestre um Curso de Aperfeiçoamento de Traumatologia para médicos e doutorandos.

O curso que despertou real interesse na classe médica, com regular frequencia vem se realizando na Clínica Cirúrgica e Ortopédica do Hospital Santo Amaro. Como complemento das aulas teóricas tem realizado exercícios práticos no cadáver, o dr. Joaquim Cavalcanti de acôrdo com o programa prefixado.

PROGRAMA

1 — Lesões traumáticas dos ossos — Fraturas: etiopatogenia.
2 — Fraturas: anatomia patologica, sintomatologia e diagnostico.
3 — Fraturas: tratamento provisório — Meios de transporte.
4 — Fraturas: tratamento ortopédico.
5 — Fraturas: Tratamento sangrento.
6 — Fraturas: evolução, complicação, acidentes da consolidação.

7 — Fraturas: pseudartroses.
8 — Fraturas articulares.
9 — Descolamentos epifisários.
10 — Fraturas abertas.
11 — Fraturas patológicas.
12 — Entorses e luxações.
13 — Feridas articulares.
14 — Fraturas da omoplata.
15 — Fraturas e luxações da clavicula.
16 — Luxação escapulo-umeral.
17 — Fraturas da extremidade superior do úmero.
18 — Fraturas da diafise umeral.
19 — Fratura supra-condiliana do úmero.
20 — Outras fraturas do extremo-inferior do úmero.
21 — Luxações do cotovelo.
22 — Fraturas diafisárias do antebraço.
23 — Fraturas da extremidade superior dos ossos do antebraço.
24 — Fraturas da extremidade inferior dos ossos do antebraço.
25 — Lesões traumáticas do carpo.
26 — Fraturas e lesões dos metacarpos e dedos.
27 — Fraturas da bacia.
28 — Luxações da coxo-femural.
29 — Fraturas do colo do femur.
30 — Fraturas da diafise do femur.
31 — Fraturas do extremo inferior do femur.
32 — Fraturas e luxações da rótula.
33 — Entorses do joelho: lesões de meniscos e ligamentos.
34 — Fraturas da extremidade superior da tíbia.
35 — Fraturas diafisárias dos ossos da perna.
36 — Fraturas do extremo inferior da perna.
37 — Entorses e luxações do tornozelo e pé.
38 — Fraturas dos ossos do pé.
39 — Fraturas da rachis dorso-lombar.
40 — Fraturas e luxações das vertebras cervicais.

Exercícios práticos

1 — Vias de acesso à articulação escápulo-umeral.
2 — Exposição cirúrgica do umerus.

3 — Vias de acesso ao cotovelo.
4 — Exposição cirurgica do rádio e cúbito.
5 — Vias de acesso à articulação coxo-femural.
6 — Exposição cirúrgica do femur.
7 — Vias de acesso ao joelho.
8 — Exposição cirúrgica da tíbia e perôneo.
9 — Vias de acesso à tibiotarsica.

II CLÍNICA CIRÚRGICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE CORDOBA (ARGENTINA)

Na segunda cátedra de Clínica Cirúrgica do Prof. Pablo L. Mirizzi, sob os auspícios da Faculdade de Medicina de Cordoba, far-se-á um curso teórico-prático para médicos e cirurgiões sôbre a "Cirurgia da litiase biliar".

O curso durará de 15 a 31 de Maio de 1943 e constará de oito conferências magistrais: duas a cargo de professores da Faculdade de Medicina de Cordoba — prof. titular de semiologia, dr. Antônio Navarro e prof. adjunto de Patologia médica, dr. Jorge Orgaz; duas serão dadas pelos professores adjuntos da Clínica Cirúrgica, dr. José M. Urrutia e dr. Juan R. Marin; das quatro restantes se encarregará o prof. dr. Pablo L. Mirizzi. A assistência é livre.

O curso prático complementar durará 15 dias e compreenderá 19 aulas, 11 sessões operatórias, exercícios clínicos, interpretações de radiografias, exames de peças anatômicas e demonstrações de técnica operatória a cargo do prof. dr. Pablo L. Mirizzi e seus colaboradores.

O curso terá uma incrição limitada a 30 médicos cirúrgiões com o pagamento de $50.

Dirigir-se à II Cátedra de Clínica Quirurgica, prof. Pablo L. Mirizzi. — Hospital Nacional de Clinicas, calle Santa Rosa 1562. Cordoba (R. A.)

Programa

SABADO 15 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dr. Orlando Longo. Síndrome hépatorrenal.

9½ a 10½ hs.: Clase. Prof. Dr. Gustavo Brandán. Síndromes hépato y enterorrenales.

11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **El sistema del hepático Síndrome anátomo-funcional.** Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi.

14 a hs.: Sesión operatoria.

LUNES 17 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dr. Luis Novillo Martínez. Exámenes funcionales del páncreas.

9½ a 10½ hs.: Clase. Prof. Dr. Rodolfo González. Valor comparativo de las pruebas funcionales renales en la litiasis biliar.

11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Síndromes seudolitásicos.** Prof. Dr. Jorge Orgaz.

14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

MARTES 18 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dr. Jorge Lavisse. Errores de diagnostico en las colecistografías.

9½ a 10 hs.: Clase. Dr. Angel P. Cinelli. Colangiografía operatoria y fístulografía.

11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Procedimientos exploratorios. Sus aciertos y errores interpretativos.** Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi.

14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

MIERCOLES 19 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dra. Lola Moyano López. Importancia de la fosfatasa y del test de floculación de Hanger.

9½ a 10½ hs.: Clase. Dr. Angel P. Cinelli. Interpretación y valor de la actividad fosfatásica del suero en los enfermos biliares.

11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Secuelas de la colecistectomía.** Prof. Dr. José M. Urrutia.
14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

JUEVES 20 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dr. Carlos Aguirre. Litiasis biliar y úlcera gastroduodenal.
9½ a 10½ hs.: Ejercicios clínicos.
11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Litiasis biliar y pancreopatias.** Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi.
14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

VIERNES 21 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dr. Miguel Mercadal Fedelich. Oclusiones del duodeno en las colecistopatias.
9½a 10½ hs.: Ejercicios clínicos.
11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Insuficiencia hepática. Su concepto. Su importancia clínico-quirúrgica.** Prof. Dr. Antonio Navarro.
14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

SABADO 22 de MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Dr. Alberto Llorens. Vias biliares y sistema neurovegetativo.
9½ a 10½ hs.: Ejercicios clínicos.
11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Indicaciones del drenaje externo y de las anastomosis biliointestinales.** Prof. Dr. Juan R. Marín.
14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

LUNES 24 DE MAYO DE 1943

8½ a 9½ hs.: Clase. Prof. Dr. Luis V. Ferraris. La histopatología en las colecistitis crónicas calculosas.
9½ a 10½ hs.: Ejercicios clínicos.
11 a 12 hs.: Conferencia magistral: **Colangiopatías. Criterio patías. Criterio médico-quirúrgico.** Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi.
14 a 17 hs.: Sesión operatoria.

MIERCOLES 26 DE MAYO DE 1943

8½ a 12 hs.: Sesión operatoria.
14 a 16 hs.: Clase. Prof. Dr. Luis V. Ferraris. Iconografía de las colecistitis crónicas.

JUEVES 27 DE MAYO DE 1943

8½ a 12 hs.: Sesión operatoria.
14 a 15 hs.: Clase. Oxigenoterapia en la cirugía. Prof. Dr. Antonio Sartori.
15 a 16 hs.: Clase. Dr. José M. Partina. Transfusión sanguínea y cirugía. Conceptos actuales. Su aplicación.

VIERNES 28 DE MAYO DE 1943

8½ a 12 hs.: Sesión operatoria.

14 a 15 hs.: Clase. Técnica qurúrgica de la vía biliar excretoria. Prof. Dr. Juan R. Marin.

15 a 16 hs.: Demostraciones.

SABADO 29 DE MAYO DE 1943

8½ a 12 hs.: Sesión operatoria.

14 a 15 hs.: Clase. Prof. Dr. Félix A. Olmedo. Indicaciones de la electrocirurgía.

15 a 16 hs.: Clase. Técnica quirúrgica de la vía biliar principal. Prof. Dr. José M. Urrutia.

16 a 17 hs.: Demostraciones.

LUNES 31 DE MAYO DE 1943

9 a 11 hs.: Crítica de las operaciones praticadas. Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi.

Índice de matérias

PÁGINA

A

Anestesia, um método melhorado de — regional na cirurgia adbominal de urgência 193
Abdominais agudas, emprêgo de sulfapiridina em situações 199

B

Bexiga, cálculo de — abcesso perirrenal e peritonite 209

C

Cirurgia de guerra, curso de 125
Coração, feridas do — por arma de fogo 185
Cabeça, sôro concentrado em lesões da — 190
Craneanos, um grupo de traumatismos — 191
Cirurgia abdominal de urgência, um método melhorado de anestesia regional na — 193
Cálculo de bexiga, abcesso perirrenal e peritonite 209
Cesariana, indicações da operação 234

E

Esôfago, ferimentos do pescoço, lesões da laringe, traquéia e — 155
Explosão, lesões pulmonares devidas à — 188

F

Fernando Luz, Prof. — 3
Femur, estudo anatomo-cirúrgico da extremidade supe-

rior do — 45
Feridas de guerra, prevenção da infecção e tratamento das — 129
Ferimentos do pescoço, lesões da laringe, traquéia e esôfago 155
Feridas, tratamento das — e fraturas complicadas recentes 181
Fraturas, tratamento das feridas, e — complicadas recentes 181
Fraturas, a lactose como prevenção da fetidez resultante das fôrmas de gesso fechadas no tratamento das — abertas 183
Fetidez, a lactose como prevenção da — resultante das fôrmas de gesso fechado no tratamento das fraturas abertas 183
Feridas do coração por arma de fogo 185
Feridas, um estudo experimental do mecanismo de produção de — por projéteis com grande velocidade .. 196
Feridas de guerra, tratamento das lesões recentes, Pensos improvisados. Transporte de feridos 213

G

Guerra, curso de cirurgia de 125
Gesso, a lactose como prevenção da fetidez resultante das fôrmas de — no tratamento das fraturas abertas 183

I

Infusão e transfusão de sangue 109

L

Laringe, ferimentos do pescoço, lesões da —, traquéia e esôfago 155
Lesões pulmonares devidas à explosão 188
Lesões da cabeça, sôro concentrado em — 190
Litíase biliar, curso de cirurgia da — 241

O

Organização cirúrgica nos raids aéreos 184

P

Pescoço, ferimentos do —, lesões da laringe, traquéia e esôfago 155
Pulmonares, lesões — devidas à explosão 188
Projéteis, um estudo experimental do mecanismo de produção de feridas por — com grande velocidade 196
Peritonite, cálculo de bexiga, abcesso perirrenal e — . . . 209
Pensos improvisados, feridas de guerra, tratamento das lesões recentes. — Transporte de feridos 213
Peritoneoscopia 235

R

Raids aéreos, a organização cirúrgica nos — 184
Renal, cálculo de bexiga, abcesso peri — e peritonite . . . 209

S

Sangue, transfusão de — e infusão 109
Sangue conservado, insuficiência dos tests "in vitro" como guia para apreciar o valor do — 197
Sulfapiridina, emprêgo intraperitonial de — em situações abdominais agudas 199
Souto Maior, Prof. 201
Spina bifida 203

T

Transfusão de sangue e infusão 109
Traquéia, ferimentos do pescoço, lesões da laringe e esôfago 155
Traumatismos craneanos, um grupo de — 191
Transporte de feridos. Feridas de guerra. Pensos improvisados 213
Tuberculose pulmonar, tratamento da — pela toracoplastia 232
Toracoplastia, tratamento da tuberculose pulmonar pela — 232
Traumatologia, curso de — 239

V

Varizes, tratamento cirúrgico 5, 69
Varizes, o lugar da operação no tratamento das — 237

ÍNDICE DE AUTORES

A

Altino, Evaldo 213

B

Batista, Ruy 45
Burge, W. H. 192
Black, A. N. 195
Burns B. D. 195

C

Cavalcanti, Joaquim 5, 69
Cloyne, S. R. 188

D

Dilworth, A. D. 183
Davies, H. M. 232

E

Edwards, F. R. 232

G

Gardiner, R. H. 199

H

Henriques, José 129

I

Illingworth, C. W 184

J

James, N. R. 192

L

Leggat, G. 232

M

Machado, Gilson 109
Medicis, J. de Andrade 155
Mollison, R. L. 197

O

O' Reilly, J. B. 188
O' Connell, J. E. A. 191

P

Phillips, L. 234
Playfair, P. L. 235
Payne, R. T. 236

S

Scott, J. G. 181

T

Turner, G. C. 185
Turner, J. A. W. 190
Tavares, Luiz 203
Temporal, Armando 209

W

Wallis, A. D. 183
Walker, R. M. 235

Y

Young, I. M. 197

Z

Zerckerman, S. 195

REAL HOSPITAL PORTUGUES DE BENEFICENCIA EM PERNAMBUCO

———):o:(———

Secção de Casa de Saúde Maternidade. Fisioterapia, Radiologia, Bacteriologia Clínica

---

Assistência médica permanente pelo corpo de médicos internos

DIREÇÃO TÉCNICA DO

Prof. Dr. Monteiro de Morais

Instituto de Fisioterapia
Diretor - Dr. Geraldo de Andrade

Instituto de Radiologia
Diretor - Dr. Aguinaldo Lins

Laboratório Bacteriologico
Diretor - Dr. Augusto Otaviano

———):o:(———

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