Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

Tomo XI — 1943 — Fasciculo III

Prof. BARROS LIMA
DIRETOR

SUMARIO

Paginas

Artigos Originais

TRATAMENTO ORTOPEDICO DEFINITIVO DAS FRATURAS DE GUERRA — PROF. BARROS LIMA ... 121
ESTUDO ANÁTOMO-CIRÚRGICO DOS RESÍDUOS UMBELICAIS — DR. RUI BATISTA 141
TÉCNICA DA LOBOTOMIA PRÉ-FRONTAL — DR. JOAQUIM S. CAVALCANTI 153

Pelas Revistas

Elmer Belt — Prostatectomia perineal radical no carcinoma precoce da próstata; **Oscar Garate** — A sulfofenolftaleina, a constante de Ambard e "The urea clearence" nas litiases urinárias; **Aloísio Rezende Neves** — Câncer do testículo; **José Sobrinho** — Doença de Pagé; **Moura Azevedo** e **Luiz João Mazza** — Anestesia pelo eripan sódico; **Adauto Martinez** — Considerações sôbre dois casos de fístulas reno-torácica e outra vesico-glútea; **Aristides Noris** — Aviação Sanitária; **Dagmar A. Chaves** — Importância médico-social cirúrgica do Brasil; **Jorge Neval Moll** — Oxigenoterapia no choque; **Luiz Samis** — Conduta nos derrames traumáticos do membro inferior; **Luiz Gonçalves Bogado** — Queimaduras de guerra; **William, Erb, Philips, Hodes** — Comparação dos resultados do tratamento da gangrena gazoza experimental do

Continuação na 3a. pagina

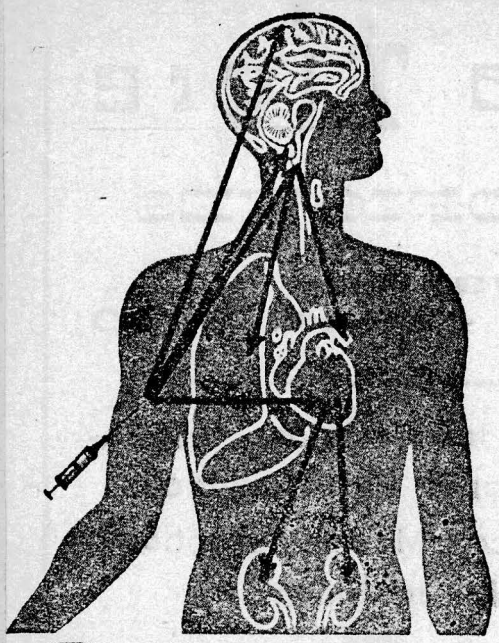
Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia

PREÇO DE ASSINATURA

Brasil ..... 30$000
Estrangeiro ..... 50$000

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

Casa Tigre

D. RODRIGUES

Rua Nova, 362 — — — — — — — — — Fone: 6990

Artigos para laboratorios, Instalações hospitalares. Especialidades medico-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 - Registencia

Rua da Imperatriz, 131 — Fone 2157

RECIFE — PERNAMBUCO

HOSPITAL SANTO AMARO

Clinica Cirurgica e Ortopedica

Serviço do Prof. BARROS LIMA

Tratamento ortopédico definitivo das fraturas de guerra

Prof. Barros Lima

Catedrático de Clinica Cirúrgica Infantil e Ortopédica da Faculdade de Medicina do Recife.

Gerard Marchand, na Enciclopédia Médico Cirúrgica, dividiu o tratamento definitivo das fraturas em ortopédico e sangrento.

Como tratamento ortopédico compreendeu todos aquêles métodos que, por meios não sangrentos, visavam reduzir e imobilisar as soluções de continuidade nos ossos.

Se assim entendêssemos, também teríamos que concluír não haver verdadeiro tratamento ortopédico nas fraturas que a guerra determina.

Seria entretanto interpretação demasiado estreita, incompatíivel com a orientação moderna dos que asseguram o ensino e dirigem a prática da ortopedia universal.

Mathieu e Ombredane significaram, desde a publicação de seu Tratado de Cirurgia Ortopédica, quanto era impossível conceber uma especialização científica que se acantonasse, de modo deliberado, a métodos de tratamentos externos, quando as intervenções sangrentas davam melhores resultados, para concluírem que a limitação da ortopedia estava adstrita àquelas inter-

venções cirúrgicas, particularmente dos membros, em que a aparelhagem gosa papel significativo.

Putti da mesma forma o entendeu e afirmou o seu sentir na reunião inaugural, em 1936, da nossa Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Do mesmo pensar afirmam-se cultores outros da especialidade, quando, através das suas revistas técnicas, das suas lições, compreendem-na sôbretudo como uma cirurgia do aparêlho da locomoção.

Dentro dêste critério, a redução das fraturas de guerra, especialmente sangrenta, deve ser tida como ortopédica; justifica-se plenamente o enunciado do ponto cujo estudo me foi cometido, embora o definir contrário de Gerard Marchand nos seus escritos da Enciclopédia Médico-Cirúrgica.

Assim sendo, a nossa tarefa alcançaria o tratamento cruento da ferida e do foco da fratura, as manobras de reposição das hastes ósseas fragmentadas e desviadas, a manutenção desta redução, uma vez alcançada, as iniciativas para chegar ao restabelecimento funcional do membro lesado, à recuperação do ferido, falando linguagem militar, se a tanto nos puder conduzir a excelência dos nossos métodos terapêuticos, mas, sôbretudo, se tanto permitir a gravidade das lesões.

Poupar-vos-ei, entretanto, repetições e não cuidarei do tratamento cruento da ferida e do foco de fratura, cogitação já dos que me antecederam nas palestras dêste curso. E mais ainda, descrevendo os métodos de contenção, firmar-me-ei nos chamados métodos incruentos, pois que, a osteosíntese, base do tratamento sangrento das fraturas, não parece ser indicação feliz, quando se cuida de feridas abertas, infectadas, soma maior das lesões dos ossos que a guerra determina.

Bem verdade aí está limitação que não é bem científica, pois que, dentro do critério que adotamos, a osteosíntese estaria bem compreendida entre os métodos ortopédicos definitivos de contenção de uma fratura. E' todavia de ordem prática. Discutida em tempo, não se admite mais hoje a sua indicação; tem-se-lhe imputado acidentes septicêmicos mui graves, suscetíveis de determinar a morte em 24 a 36 horas; tem-se afirmado a sua interferência em osteítes prolongadas; tem-se comprovado a sua atuação no retardamento de con-

solidações, na gênese das psudoartroses, na formação de calos diformes e dolorosos. A sua contra-indicação cada vez mais se precisa.

No Congresso de Paris, em 1931, Roux e Senéque consideravam excessiva a opinião de Hey Groves ao definir como um crime cirúrgico a utilização de placas nas fraturas abertas, mas afirmavam que a osteosíntese imediata tinha indicações excepcionais e que cada vez mais se limitavam. Tejerina Fotheringham em suas Operações Urgentes escreveu recentemente que osteosíntese estão formalmente contra-indicados nas fraturas expostas, pois que placas, parafusos e fios necessários constituem, então, corpos estranhos perigosos.

——o——

Nem só redução e contenção constituem objetivo do tratamento de uma fratura. São positivamente fatores predominantes; asseguram a reconstituição da forma e nunca se viu caso de lesão óssea curada com deformação em que a função não se ressentisse da acomodação defeituosa. Não é entretanto o único objetivo pois que a observação regista, cada dia, função imperfeita após cura com reconstituição anatômica da haste óssea. E' que, numa fratura qualquer e mui particularmente numa fratura de guerra, sofrem os ossos e as partes moles que os cercam. E' mistér atendê-los ambos, pois que doutra forma ter-se-á realizado cura imprecisa, incapaz de conduzir ao desejado resultado. E assim o problema se complica.

Se a imobilização mais ou menos absoluta é fator indispensável à consolidação da lesão óssea, é também condição poderosa e habitual de atrofias musculares, elemento suficiente para aniquilar articulações, para criar retrações e deformidades musculares, para diminuir, em suma, de forma sensível, o valor funcional do membro.

Restabelecer a forma, restaurar a função, constituem finalidades do tratamento das fraturas, alcançadas ambas, através de manobras aparentemente contraditórias, — redução, contenção, mobilização, — mas que, empregadas a seu tempo, em associação judiciosa, fir-

mam os fundamentos dos métodos ortopédicos mais aconselhados, porque sancionados pela prática.

Num 1.º grupo estão os

Métodos que reduzem a princípio para depois imobilisar

Por essência, redução e contenção constituem a base dos processos dêsse grupo; realizadas em condições precisas asseguram reconstituição da forma. Vejamos como praticá-las.

A redução para ser fácil e útil exige condições: precocidade, anestesia e contrôle dos raios X estão em primeiro plano.

Precocidade — No tratamento de uma fratura a atuação apressada, de urgência, como se fôra para apendicite aguda ou para hérnia estrangulada, é exigência bem fundamentada, é condição para ter bons resultados e até mesmo para salvar vidas, em se tratando de lesões expostas.

Agindo precocemente, as manobras serão mais simples, pois que os músculos ainda se não contraíram, ainda se não retraíram sôbretudo, e, podem assim mais facilmente ser vencidos na resistência que opõem à correção dos desvios. Doutra parte o edema se não fez, o que significa que está mais simples alcançar o sentido dos desvios dos fragmentos, orientar com precisão as manobras de coaptação, complementares, quando correto o desvio em longitude. Acresça-se a isto que a redução faz cessar as causas de compressão das partes moles, repõe músculos em sua boa situação, restabelece condições favoraveis a emostase, à circulação de retôrno, sôbretudo, para concluir que será tanto mais útil quanto mais precocemente executada. No entretanto a noção dêste fato não está ainda devidamente divulgada.

Cada dia vemos nós doentes que tiveram a sua cura protelada, até mesmo por conselhos médicos. Ainda recentemente assim sucedeu em fratura supra-condiliana do úmero cuja cura me foi cometida por cirurgião-radiologista que aconselhara antes adiar a redução para que se modificassem edemas traumáticos, precisamente provocados pelo desvio acentuado dos fragmentos no ponto em que o ôsso foi lesado.

Anestesia — E' uma outra condição essencial. No

entretanto ainda se vêm por aí reduções sendo tentadas sem o seu auxílio. Não praticá-la todavia constitue falta para o próprio doente e para a cura da lesão; sofre um indevidamente e a redução faz-se difícil e imperfeita, pois que as contraturas musculares que a dor provoca não dão margem a que se alcance sem atropêlos a compensação do desvio longitudinal, necessária para que manobras complementares de coaptação possam ser executadas.

Anestesia geral, raquidiana, regional e local podem ter a sua aplicação. A anestesia local, excelente na prática civil, não será sempre exequível, entretanto, na cirurgia de guerra, pois que fraturas abertas, infectadas, criam-lhe limitação perfeitamente compreensível, uma vez que não nos é dado colocar o anestésico, segundo a técnica de Bohler, num hematoma que está aberto para o exterior, nem infiltrar, segundo manda Quenu, em tôrno da haste óssea lesada, porque se levam, à profundidade, gérmens que estão esparsos nas partes moles superficiais traumatisadas e infectadas.

O contrôle aos raios X — é por fim uma outra condição de precisa redução. Nos meios devidamente aparelhados é aconselhavel repôr os fragmentos ósseos desviados sob écran. Nas fraturas de guerra, entretanto, pode-se, muitas vezes prescindir dessa exigência porque tem o cirurgião sob as vistas os fragmentos desviados e assim pode controlá-los em sua posição, alcançando com mais facilidade a redução e mantendo-a pelo tempo necessário à instalação da contenção.

Técnica da redução — A redução de uma fratura se faz através de três manobras essenciais: extensão contra-extensão e coaptação. Extensão e contra-extensão servem para vencer o encurtamento, o mais complexo dos desvios, o desvio longitudinal, aquêle que primeiro precisa ser compensado para que possam ser tentadas manobras complementares necessárias à correção das angulações, dos desvios laterais, da rotação e que compõem a chamada coaptação.

Antes de realizar extensão e contra-extensão é necessário, para facilitar a atuação das fôrças tratôras colocar o membro, por seu segmento fraturado, em situação tal que aniquile a interferência dos grupos musculares que atuavam nos desvios dos fragmentos ósseos.

Os músculos devem estar relaxados pela flexão das articulações visinhas (Zuppinger) e a tração deve exercer-se no sentido axial que é, quasi sempre, ditado pela orientação do segmento proximal, daquêle sôbre o qual não tem o cirurgião, oportunidade de atuar com precisão.

Extensão — Deve ser contínua e progressiva para que se faça em boas condições. Dentro destas exigências a **tração manual**, primeira norma para executá-la, não pode ser tida como favorável. E' impossível, ao auxiliar que a faz, dosar suficientemente a fôrça e mantê-la, sem fadigas, pelo tempo necessário à correção do desvio longitudinal, à aplicação das manobras complementares e ao estabelecimento da contenção.

Doutra parte será uma manobra instável, capaz de pôr em perigo a redução alcançada até que tenha se completado a contenção.

Daí a indicação das **trações instrumentais**. Para realizá-las alguns elementos se tornam imprescindíveis. Uns asseguram a sustentação das fôrças de tração sôbre o membro ferido; outros constituem essas próprias fôrças.

Entre os variados elementos de sustentação, pode-se citar o estribo de pano de Delbet, as placas de madeira fixadas ao pé, à maneira de Sinclair e Ombredane, as botas gessadas. Úteis tôdas, por capazes de transmitir fôrça de tração ao membro, mas desvantajosas ou por dificultarem a contenção posterior, ou por trazerem em si perigos de necrose se a compressão se faz prolongada, forte, e com diminuta proteção.

Daí o emprêgo dos métodos que levam as fôrças de tração a agir sôbre o próprio ôsso.

Nasceram para a tração prolongada, para a extenção contínua, mas têm também, hoje, pela sua grande eficácia e pelos perigos reduzidos; largo emprêgo como forma de transmitir ao membro doente as fôrças tratôras nas manobras de redução imediata, extemporâneas.

Pinças de tração sôbre o esquelêto, hastes metálicas, os conhecidos cravos de Codivilla e Steinmann, fios de Kirchner, levam diretamente ao ôsso a fôrça de tração. São assim, muito mais eficazes, permitem a correção do desvio longitudinal com o emprêgo de fôrça muito menor e não criam obstáculos à feitura dos apa-

rêlhos de contenção pois que as hastes metálicas podem ser por êles englobadas muitas vezes com real proveito para a manutenção da correção alcançada.

Como **fôrça de tração** são sôbretudo utilizados pêsos e parafusos gradativamente acrescidos e acionados nos quadros redutores e nas mêsas ortopédicas.

A **contra-extensão** estará assegurada de forma ativa ou passiva. A primeira por atuação de auxiliar, contrariando a fôrça exercida pela tração manual, sôbretudo. A segunda feita pelo pêso do corpo, em algumas oportunidades, nas reduções de fraturas de perna pelo método de Delbet, por exemplo, mas, sôbretudo, pelo apôio dum seu segmento sôbre partes do aparêlho.

Em sua aplicação, extensão e contra-extensão se completam e são, com muito mais facilidade, executadas empregando mêsas ortopédicas de que existe hoje já um número considerável e quadros redutores variáveis, de Bohler para membro inferior, de Bohler, Finochieto e Aquiles Araújo para membro superior, por exemplo, para não citar sinão os mais conhecidos.

Uns e outros têm a vantagem de permitir mudar a orientação das fôrças tratôras, uma vez que se torne isso necessário no curso da realização das manobras complementares de coaptação.

Coaptação — Alcançada a correção ou mesmo a hiper-correção do desvio longitudinal, a-fim-de salvar o impasse à adaptação dos fragmentos ósseos que poderia ser dado pelas irregularidades na linha de fratura, é necessário completar a redução fazendo desaparecer desvios laterais, angulações, desvios em rotação, por ventura existentes.

Angulação e desvios em rotação, podem ser vencidos com facilidade se se tem uma noção precisa da orientação dos fragmentos, pois que se pode com os quadros redutores modernos e sôbretudo com as mêsas ortopédicas, modificar a orientação da tração, a situação daquêle segmento ósseo sôbre que se pode atuar, colocando-o em posição que corresponda aos desvios fixados do segmento sôbre que não se atua, quasi sempre o proximal.

E' manobra útil quando se leva para fora e para diante um membro inferior fixado à mêsa ortopédica, pois que se coloca o seu extremo distal na orientação de fle-

xão e de abdução tomada pelo proximal, graças à atuação que se não pode fazer cessar inteiramente, do psoas e dos pelvi-trocanterianos.

E' manobra sempre aconselhada quando se intervém para remediar interrupção do rádio acima da inserção do redondo pronador; o segmento dêsse ôsso prêso ao cotovêlo ter-se-á colocado em rotação externa, em supinação, e em flexão, pela ação combinada do curto supinador e do bíceps e será levando a sua porção distal para esta orientação que se terá eficazmente agido.

Os desvios laterais serão também assim vencidos. Mas, por vezes, é necessário utilizar manobras outras, pressões diretas em sentido contrário a êsses desvios, trações angulares que permitam o engrenar prévio das superfícies de fratura, aproveitando-se das suas irregularidades, para poder alcançar, em um segundo tempo, por orientação diversa, axial, do segmento distal, a correção da angulação. E' manobra que Shonbauer aconselha com o fim de reduzir desvio para dentro da extremidade superior do fragmento distal, nas fraturas do extremo superior do húmero. Sabe-se que, quasi sempre, neste caso, o fragmento superior está orientado em abdução mais ou menos acentuada. Atrair o fragmento distal nesta orientação seria acrescer a tensão dos rotatores internos, dos adutores, sôbretudo, responsáveis pelo seu desvio para dentro, seria aumentar as dificuldades de corrigir o desvio lateral. Shonbauer manda fazer a tração em adução acentuada, puxando o membro doente para o lado são, fazendo cruzar a linha média do corpo; assim relaxa a musculatura ocasionadora do desvio, facilita o engrenamento das superfícies de fratura, realiza enfim uma manobra que Lambote, designando-a de acrochage, aconselha nas reduções cruentas; determina uma larga angulação e depois corríge-a alcançando completar uma redução que se fazia difícil, sôbretudo, pela teimosia da manutenção do desvio lateral.

Nas fraturas de guerra, abertas quasi sempre, muitas dessas manobras de coaptação não se tornam necessárias.

O fato de ter as extremidades ósseas sôbre as vistas torna mais simples a justaposição dos fragmentos e sôbretudo mais eficaz pois que, vencida a resistência muscular através da tração e contra-tração, é fácil

formular, ao auxiliar sujo, na expressão de Tejerina, as modificações úteis de orientação das fôrças tratôras para que possam ser levados, os extremos ósseos, ao ponta a ponta que caracteriza a redução perfeita.

Essas manobras de redução, no foco de fratura mesmo, podem ser auxiliadas com a aplicação de instrumentos de apreensão especiais (tenazes de Farabeuf, de Lambote, de Heitzboyer, de Cuneo, etc.) de fios metálicos e de ganchos, sôbretudo, que, como os de Lambote, dispensam as tenazes de apreensão e tem, sôbre elas, avantagem de ser muito menos traumatisantes.

Depois de curada a ferida das partes moles, de simplificado o foco pela ablação das esquirolas livres e pela limpeza cuidadosa das extremidades ósseas e dos fragmentos que devem ser conservados, por serem úteis à formação do calo, a tração, associada ou não à acrochage de Lambote, àquela manobra que reduz através de angulação prévia, — assegura a redução.

Só nos casos de intervenção secundária, retardada quando há cavalgamento acentuado, é que a ressecção de uma parte dos fragmentos pode se fazer necessária para que a redução precisa da fratura se processe. Uma vez alcançada, passa-se à **contenção**.

Desde que o desvio dos fragmentos se faz não só pela atuação da fôrça traumatisante, mas também pela ação de músculos que sôbre os ossos fraturados se inserem, uma tendência a vê-los reproduzir-se perdura mesmo após as mais precisas reduções. E' para obstar esta tendência, é para premir sôbre os fragmentos que tendem a se desviar, que a contenção deve se fazer. No entretanto, não deve comprimir demasiado o membro; dar-se-iam complicações e, daí, novamente, o sentido contraditório das exigências formuladas para uma boa contenção: suficientemente cerrados para manter os fragmentos, com amplitude bastante para que se não perturbe a circulação, para que se não ocasionem necroses, mais ou menos extensas, mas sempre desagradáveis, devem ser os aparêlhos.

Desde longa data se afirma que a contenção pode ser realizada através de aparêlhos que são retirados com facilidade (aparêlhos amovíveis) e de aparêlhos que devem fixar o membro por período longo, quasi

sempre por tôda a fase necessária à formação do calo (aparêlhos inamovíveis).

Os aparêlhos amovíveis não têm hoje maior finalidade, pelo menos neste método de cura, e o seu uso se limita a fases terminais do tratamento, quando já a imobilização deve ser substituída por mobilização gradual e progressiva, embora controlada, para que cura funcional se acresça sem prejuízo do resultado anatômico obtido. O aparêlho amovível, retirado, permite as sessões de imobilização passiva e ativa e de massagens, repôsto, assegura proteção contra movimentos intempestivos realizados pelos que não estão afeitos ao uso racional de um tratamento ortopédico adequado.

Os **aparêlhos inamovíveis**, na prática, são quasi sempre **aparêlhos gessados**, porque os outros ou são de feitura mui complexa ou não dão a segurança que deve ser exigida para uma boa contenção. Ao realizar um aparêlho gessado deve o cirurgião cercar-se de condições técnicas que lhe permitam ter uma pega rápida e eficaz.

Se o gêsso não está sólido aos dez minutos de haver sido colocado, deixa-se de ter um aparêlho útil e seguro, dada a possibilidade de que os desvios se reproduzam.

Além das condições técnicas que permitem assegurar êste desideratum, exigências outras devem ser relembradas para que um aparêlho gessado possa realmente exercer o objetivo que se lhe pede: deve ser bem moldado sôbre as saliências ósseas, deve imobilizar as articulações supra e sub-jacentes à haste óssea lesada, fixando-as em posição de função, quer dizer, naquela atitude em que, mantido o membro por uma possível ancilose, seja menor a perturbação funcional.

Além disso os aparêlhos gessados exigem uma rigorosa vigilância. Há o perigo de que seja perturbada a circulação, particularmente nos primeiros dias. Há o perigo de que não continue eficaz a manutenção da redução, por tornar-se o aparêlho demasiado lasso quando cessou o edema e quando surgiu e desenvolveu-se a atrofia da musculatura, há por fim, a possibilidade de que compressões anormais e prolongadas provoquem ulcerações de decúbito com as suas temíveis consequências. São entretanto muitos úteis e insubstituíveis mes-

mo, quer sob a forma de aparêlhos circulares, simples ou apoiados, quer sob a forma de goteiras. Os **circulares** foram tidos como perigosos. Inextensíveis expunham o membro, pelo surgir habitual do edema traumático após a fratura e as manobras de redução, pelo ampliar-se do hematoma, a acidentes que poderiam ser graves, por vezes alcançando a gangrena. Cada um de nós que tem vivido mais intensamente à clínica sabe o que pode ter de verdade essa afirmação. Não há muito tempo passou pelo serviço que dirijo no Hospital Santo Amaro, um doente com fratura de perna, socorrido e imobilizado em gêsso pelo Pronto Socôrro do Recife; removido para residência sob os cuidados de um profissional surgiram questões de competência, não do ponto de vista médico mas do jurídico; devido a elas cessou a vigilância um certo prazo, e a entrada para o Hospital se processou quando já a circulação se havia tanto perturbado que a secção do aparêlho gessado, os desbridamentos longitudinais, extendendo-se ao folheto aponevrótico que reveste a musculatura da pantorilha, não puderam obstar ao processar-se da gangrena, nem evitar a amputação.

As suas possibilidades de conter são entretanto tão maiores que as dos aparêlhos em goteira, que voltou-se sôbre o seu uso, ou antes nunca se abandonou, procurando sempre atuar de forma a remover ou afastar as suas consequências desastrosas. Suspensão do membro, libertação da extremidade dos dedos, vigilância cuidadosa, sôbretudo, para assegurar o contrôle da circulação a cada momento, criaram as condições que permitem aos ortopedistas manter e alargar o uso dos aparêlhos gessados circulares na contenção das fraturas.

Como o desaparecer do edema e o surgir da atrofia criam condições que não permitem exata contenção mesmo com o gêsso circular, certos autores imaginaram os **aparêlhos apoiados**, pedindo a imobilização particularmente a hastes metálicas que transfixam o ôsso em visinhança maior ou menor do foco de fratura e que, pelos seus dois extremos, são detidas e solidarizadas pelo aparêlho gessado; tanto ou mais que ao gêsso a contenção dos fragmentos está cometida a estas hastes. Para êsse fim Creyssel, Colson e Radulesco as fazem transitar em pleno foco da fratura, enquanto Bohler,

Ximeno Vidal e Orr as fazem passar, a distância, acima e abaixo do foco.

A primeira maneira é acusada de trazer infecção por pô-las em comunicação com o hematoma mas, no nosso meio, tivemos oportunidade de empregá-la, um certo número de vezes, na perna e mesmo na côxa, sem que tivéssemos comprovado as desvantagens que a crítica faz prevêr. Podem ser assim úteis, os aparêlhos circulares apoiados, mas, sancionados embora pela prática, não tem, entretanto, o seu uso aceito por soma apreciável de especialistas.

As **goteiras gessadas** não dão imobilização tão rigorosa. Permitem, entretanto, a produção dos edemas sem perigo. Tem assim a sua indicação limitada aos casos em que não se torna imprescindível contêr com precisão. Aos casos de fraturas parceladas, nas visinhanças das articulações sôbretudo.

Dois aspetos devem ser agora discutidos: — a hora em que a contenção tem de **ser iniciada**, o momento em que ter-se-á de abandoná-la por estar completa a sua função, já acabada a consolidação do segmento ósseo interrompido.

O Cel. Marques Pôrto não emprega o gêsso sinão nas formações de retaguarda, pois é complexa sua técnica e nem sempre se obtém de boa qualidade.

Putti exige que se faça a cura da fratura ao tempo em que realiza o tratamento da ferida. Mas é contrário ao gêsso nas primeiras formações, pois não crê também, ao alcance de todos os cirurgiões, a feitura dos bons aparêlhos.

Prescreve, porisso, modificações nos serviços de saúde dos exércitos, para que equipes adestradas no trato da traumatologia se removam aos locais onde estão os feridos, curando-os devidamente.

Orr e Pinheiro Scrondo, complicando menos a tarefa, acreditam entretanto que se não pode remediar as lesões das partes moles, sem definitivamente reduzir e conter as hastes ósseas que se haviam deslocado.

Nós nos filiamos antes a êste grupo. Somos de pensar que as fraturas podem ser tratadas nas ambulâncias cirúrgicas; que os aparêlhos gessados não são tão cheios de exigências e que estão ao alcance de uma grande soma dos cirurgiões levados aos campos de ba-

talha. Bem verdade é preciso que estejam afeitos à sua prática; mas do mesmo modo que se encontrou meios para prover as ambulâncias com pessoal capaz de curar um ventre com proveito, estamos certo que é possível provê-las de técnicos que saibam se conduzir nas questões, evidentemente menos complexas, da cirurgia dos membros. E a isto, se cingem as dificuldades pois, ao nosso vêr, tudo se resume numa questão de pessoal; o material, inclusive as mêsas ortopédicas, hoje tão portáteis (a de Pinheiro Sorondo pesa 40 quilos) está dentro das possibilidades, sinão mesmo dentro das previsões já bem aceitas. O segundo aspeto, o da hora em que **cessará a contenção**, varia de acôrdo som a sede e a variedade da fratura e segundo o estado do ferido. E' evidente que as exigências funcionais são mui diversas no membro superior e no inferior, que um calo pode permitir por esta razão a ablação do aparêlho nos segmentos toráxicos enquanto o exige ainda nos pelvicos.

Doutra parte uma fratura engrenada, bem coaptada forma calo sólido mais rápida e seguramente que uma oblíqua ou aparelhada com desvio lateral sensível. O estado do ferido modifica ainda mais esta variabilidade dos prazos de contenção; são diversas as condições de osteogênese ,como desemelhantes são também as exigências funcionais a que podem ser submetidos os membros de cada indivíduo.

A uma só causa é preciso estar atento. A' nossa tendência em fazer cessar demasiado precocemente a imobilização, atendendo às solicitações dos doentes e da sua entourage, esquecidos dos prejuízos que tal prática pode criar.

Extensão contínua

Um outro método de tratamento está representado pela chamada extensão contínua. Nela redução e contenção se misturam, a um só tempo se fazendo. Redução progressiva por tração que se prolonga, com tensão realizadas exclusivamente pelo mesmo processo de tração inicial. Considera-se-lhe uma soma de **vantagens**. Determina a redução sem esfôrço, pois que triunfa, progressivamente, da contração muscular, não prende o membro em aparêlho rígido, e, pois, diminue probabili-

dades de perturbação circulatória, permite vigiar as partes moles e como, associada à suspenção, deixa mobilizar as articulações, diminue as probabilidades de produção das suas rigesas e anciloses. Além disso a observação regista, no seu ativo, a facilidade com que se pode melhorar a correção de desvios, modificando a orientação da tração, acrescendo fôrças que puxem noutro sentido, e a produção de calos de melhor aspeto assegurada mais perfeita adaptação dos músculos, no foco de fratura, em tôrno à haste óssea lesada.

Como únicas **desvantagens** teríamos que registar a complexidade de vigilância a ser exercida por pessoal a ela afeito e a mais longa permanência no leito.

Do ponto de vista da **técnica** a extensão continua se faz através de trações e contra-trações.

Na **tração** temos que considerar de uma parte a fôrção tratôra e doutra a forma de levá-la a agir sôbre o membro.

A **fôrça tratôra** está representada por pêso afixado na extremidade de cordéis, por tubo elástico, por ação de mola em espiral.

Para fazê-la agir sôbre o membro teremos dois métodos, sôbretudo. O chamado método de **tração indireta** e o de tração direta. O primeiro está representado por aquêles processos que atuam sôbre as partes moles afim-de que a sua extensão ou tração se transmita ao esquelêto afastando os segmentos ósseos cavalgados, desviados.

O segundo alcança os mesmos objetivos por forma mais precisa, fazendo que a sua atuação se exerça diretamente sôbre o ôsso, através de hastes metálicas ou pinças apropriadas que sôbre êle se apegam.

Do ponto de vista técnico a tração indireta se faz através de um apôio extenso ou de um apôio limitado. Um interfere por faixas de adesivo ou de tela, com colas especiais que vão do extremo do membro ao foco de fratura ou acima dêle, sôbre as quais se fixa o pêso ou o elástico de tração. Outro por luva, dedeiras, sandálias, botas gessadas. Atuam exclusivamente no extremo do membro, no pé, na mão ou nos dedos.

Limitado ou extenso o apôio sôbre as partes moles tem desvantagens incontestes. Irríta-se a pele pelo deslisamento das faixas de adesivo, provocam-se ulcera-

ções por compressão, pelas faixas circulares, pelas botas gessadas, quando não devidamente alcochoadas, mas é sôbretudo ineficaz a tração transmitida ao esquelêto.

Em observações do Hospital Infantil Manuel Almeida foi possível comprovar, repetidas vezes, que a tração indireta, mesmo chegando a elevar o corpo da criança, na suspenção ao zénite de Ombredane, era impotente para remover cavalgamento até em fraturas do fémur de recémnascido.

Daí o recurso cada vez mais frequente aos métodos de **tração sôbre o esquelêto**. Surgido com Codivila, em 1903, ao procurar alcançar compensação de encurtamento do fémur por tração direta de haste metálica transfixada no calcâneo, foi sôbretudo empregado por Steimann para a cura das fraturas. Nas fraturas do fémur, cercado de massas musculares poderosas, o seu uso tornava-se racional. Foi assim aplicado, colocada a haste metálica através dos condiles femurais. Iniciado em 1937 seu uso se alargou, até que a observação começou a registar a frequência com que infecções secundárias se processavam sob a forma de osteítes duradoras que levavam o sofrimento dos doentes muito além da época em que o calo se havia completado.

Na guerra dos Balcans Klap necessitou realizar a tração direta sôbre o esquelêto; carente de material transfixou o calcâneo com um fio metálico depois de havê-lo perfurado. Passou as extremidades dêste fio para a planta do pé e sôbre elas pôde estabelecer, de forma direta, a extensão desejada.

Estava estabelecida a **tração ao fio**. Estava substituída, assim, a haste metálica, rígida e de diâmetro maior, causa sôbretudo, no acreditar dos autores, das destruições ósseas, das osteítes que o método de Codivilla Steinmann registara.

Com esta substituição, entretanto, **problemas que necessitavam solução** haviam sido criados. Para colocar o fio Klapp perfurara préviamente o ôsso, para estabelecer a tração dirigira as suas extremidades para a planta do pé, pois doutro modo o apôio constante sôbre as partes moles da face interna e externa, provocaria lesão com a consequente possibilidade de infecção. Dois problemas que a não serem resolvidos limitariam

a utilização do método, torna-lo-iam mais complexo e mais perigoso.

Kirschner interveio então e anos depois imaginou a instrumentação que veiu simplificar e generalisar o emprêgo da tração direta sôbre o esquelêto, revolucionando as práticas da traumatologia e da ortopedia. Criou o seu instrumental para a introdução do fio, o harmônio de Kirschner, que permite levá-lo na direção desejada, através de qualquer segmento ósseo dos membros. Determinou o seu conjunto de estribo e esticador que permite dar tenção suficiente para que não curve o fio ao saír das partes moles, para que não determine pressão sôbre os orifícios de saída e de entrada, para que não crie as condições de necrose e destruição que fariam mais viável a infecção. E o fio generalizou-se. As fraturas de todo o mundo, com as mais variadas localizações, servem de campo ao seu emprêgo. A traumatologia modificou a sua prática. Indicações cirúrgicas universalmente admitidas foram canceladas, pois que a fôrça tratôra diretamente aplicada sôbre o ôsso, é tôda aproveitada e a eficácia na redução mui diversa da que pode ser obtida com a atuação indireta sôbre as partes moles.

Como todo método cirúrgico pode ter também **desvantagens:** secção do ôsso, infecção das partes moles, osteítes, tem sido registadas, mas decorrem antes de falhas de técnica. Fio muito superficial, muito visinho à cortical, pouca proteção dos orifícios de entrada e de saída permitindo deslisar da haste metálica para os lados, facilitam a secção do ôsso ou a sua contaminação e infecção.

A tração direta sôbre o esquelêto pode ser também estabelecida pelas pinças de Bohler, de Schmerz, pelos estribos de Finochieto ou de Chutro, fita metálica ou fio que passam acima do calcâneo para diante do tendão de Aquiles.

Estão tôdos entretanto abandonados, dada a simplicidade e a universalidade do método de Kirschner. Só para extensão continua aplicada a cura das luxações e fraturas da coluna cervical é que as pinças têm emprêgo, utilizadas de acôrdo com o método de Cruthfield, pela impossibilidade de atravessar o crâneo e o seu conteúdo com o fio de tração.

A contra-tração está representada, em certas oportunidades pela resistência do corpo. Tal é a hipótese quando se levantam os pés do leito, em uma fratura do membro inferior, quando se faz extensão ao zénite, nas lesões do fémur nas crianças, quando se suspende o membro superior pelo cotovêlo nas fraturas supra-combiliâneas do húmero, quando se coloca a côxa no plano inclinado que representa a goteira de Braun, por exemplo. Em outras por apôio do aparêlho ao corpo; é o que se dá no membro superior ao utilisar os aparêlhos de Poliquem e derivados, as talas de Thomas, que se firmam no tórax ou na axila, respectivamente e no membro inferior com as talas de Thomas apoiadas ao ischio. Em outras oportunidades ainda, está a contratração representada por hastes ou fios metálicos na conhecida forma da chamada tração bi-polar; pêsos ou molas elásticas pucham os segmentos de membro em sentido opôsto, agindo sôbre hastes metálicas que estão como as de tração implantadas diretamente sôbre o ôsso, acima e abaixo do ponto lesado. E' o que se dá quando se intervém com á aparelhagem de Lanbré, Quenu e Mathieu para as fraturas da perna ou com a prática de Putti ao remediar encurtamentos do fémur, por tração sôbre as regiões dos condilos e do trocanter.

Métodos deambulatórios — Redução e contenção extemporâneas ou aplicadas sôbre a forma da extenção contínua tem inconvenientes incontestáveis ao lado das suas vantagens, positivamente ainda maiores; atrofiam os músculos, criam rigezas articulares e atuam sôbre o indivíduo, dando origem a desequilíbrios orgânicos, por vezes prejudiciais à sua própria vida. Doutra parte a esperiência tem conseguido demonstrar que pequenos movimentos ao nível de um foco de fratura não são prejudiciais; antes úteis porque apressam a própria formação do calo. Daí estarem legitimadas as tendências que sempre tiveram os cirurgiões de levantar os seus doentes do leito, criando os chamados métodos deambulatórios.

E' antiga a prática de fazer marchar precócemente os fraturados. Mas com Reclus e Delbet é que se firmam as duas tendências do método referido.

Com Reclus as articulações estão ainda envolvidas no aparêlho conservam-se imóveis, mas se positiva

a idéia de permitir a marcha com apôio sôbre segmentos ósseos que estão acima do plano de fratura. Um estribo, o refôrço do aparêlho, uma haste especial, transmitem a fôrça dêste ponto de apôio, isquio ou planaltos, tibais, ao solo.

Com Delbet as próprias articulações se mobilisam, processada a fixação, exclusivamente na haste óssea fraturada. Tal é o tipo, ainda hoje aceito por certos serviços, do seu aparêlho de marcha para fratura da perna, em que tíbio-társica e joelhos podem continuar a mover-se.

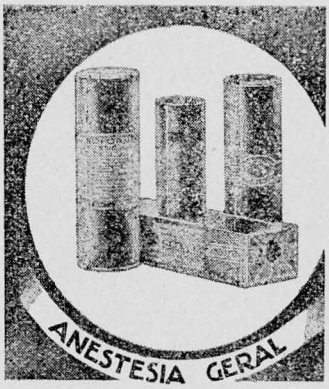
Críticas têm sido feitas a êsses métodos ambulatórios. Comenta-se que o apôio sôbre saliências ósseas cobertas de pele é insuficiente. Afírma-se a possibilidade de desvíos secundários. Informa-se que o calo se faz mal, pois que os pequenos movimentos no foco de fratura são causa habitual de perturbação da osteogênese. Não sendo inteiramente cabível tôda esta argumentação contrária aos métodos deambulatórios, a dor nos dias que se seguem ao traumatismo, ao lado do possível deslocamento em fraturas que pela sua natureza não se engrenam perfeitamente, limitam a sua aplicação integral. O seu uso, entretanto, é habitual como complemento aos métodos clássicos firmados na redução e contenção.

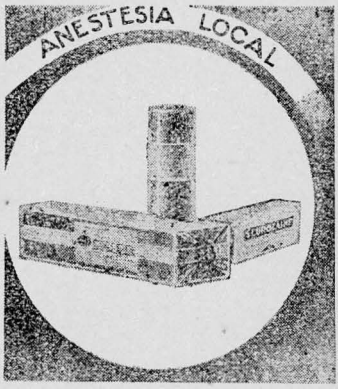
Método de Lucas Championere — A contenção não é indispensável; a cura se firma na massagem e na mobilização. E' uma norma de proceder que tem hoje aplicações mui restritas pois que se acredita que não é capaz de assegurar a reconstituição da forma, imprescindível à boa recuperação funcional. Só em pessoas idosas, com fraturas nas visinhanças das articulações engrenadas ou não, é que se admite a sua indicação, mas, mesmo assim, contido o membro, nos intervalos das secções de massagem e mobilização ativa e passiva, por aparêlhos amovíveis (goteiras de gêsso, de celuloide, etc.).

Como os métodos deambulatórios não constitue uma norma de cura; valem entretanto uns e outros como fase utilíssima para a cura dos fraturados, pois que,

na verdade, como o afirma Orr, em trabalho recente, de Agôsto de 1942, publicado em Surgical Clinics of North America, o seu tratamento não deve ser uma técnica, um método, uma cura química, mas todo um programa definido.

PUREZA E EFICÁCIA





BALSOFORME
CLOROFÓRMIO SPÉCIA
ÉTER ANESTÉSICO RHODIA
KELENE GERAL

SCUROCAINE
KELENE LOCAL
STOVAINE

CORRESPONDÊNCIA: Rhodia C. POSTAL 2916 - S. PAULO

HOSPITAL SANTO AMARO

Clinica Cirurgica e Ortopedica

Serviço do Prof. BARROS LIMA

Estudo anatomo-cirúrgico dos residuos umbelicais

Dr. Ruy Baptista
Docente-livre da Faculdade de Medicina do Recife
Assistente do Prof. Barros Lima

O estudo de persistências no adulto de disposições embriológicas normais, é sempre assunto do mais alto interêsse. De interêsse não sómente para aquêle que investiga o fato morfológico, como para os que desejam retirar suas deduções clínicas e operatórias. Ao anatomista que disseca, ao embriologista que paciente e detalhadamente analisa as longas e complicadas fases do desenvolvimento, ao zoologista que comparando, segue a evolução das estruturas até os mais aperfeiçoados representantes da série, ao clínico que procura precisar um diagnóstico, ou ao cirurgião que lançando mão da tática e da técnica, tenta modificar certas situações impostas por um defeituoso evoluir, — a todos, o conhecimento daquelas anomalias empresta os mais úteis e valiosos ensinamentos.

E indispensavel para uma perfeita compreensão, algumas considerações de ordem embriológica e anatômica a-fim-de que sejam daí retiradas as aplicações práticas do assunto que ora nos interessa.

O umbigo no embrião, é um largo orifício por onde se estabelece a comunicação féto-placentária. Até o fim do segundo mês, o embrião não possue parede abdominal: acha-se aderido à vesícula blastodérmica,

com o ectoderma se continuando com o âmnios e passando pelo largo orifício intermediário — saco vitelino, veias umbelicais, artérias umbelicais e alantoide.

O saco vitelino apresenta-se em íntima conexão com o trato digestivo. Diminuindo depois de diâmetro e tornando-se ao mesmo tempo mais longo aparece o canal vitelino que aos poucos vai se atrofiando convertendo-se num simples cordão fibroso, até que no embrião de 18mm nada mais resta sinão seus vasos. Êstes ,mais adiante, igualmente desaparecem e o intestino perde então tôda comunicação com o umbigo. Uma parada de desenvolvimento numa dessas fases, acarretará forçosamente a produção de anomalias que vão de simples vícios de conformação à mais grave monstruosidade. Dentre as anomalias do sistema vitelino, encontramos o divertículo de Meckel.

John F. Meckel, descreveu em 1812, com o nome de "diverticulum ilei" uma formação situada nas proximidades do cecum, de forma cilíndrica ou cônica, tendo cêrca de 6 cents. de comprimento. "Kern, em sua Inaugural Dessertation diz que, de acôrdo com Morgagni, êste divertículo foi pela primeira vez observado por J. H. Lavater, que em 1671 viu um caso dessa espécie com Bienaisius em Paris" (Cullen). Mais conhecido por divertículo de Meckel, é de extraordinária importância cirúrgica pelos acidentes que sua presença pode ocasionar. E' uma anomalia rara. Segundo Forgue, existe um caso para cada 70 indivíduos; Kelynack encontrou 4 casos em 298 cadáveres examinados (Testut). Ordinariamente o divertículo de Meckel acha-se implantado no bôrdo livre do intestino, podendo, entretanto, se localizar numa de suas faces. Sua situação também é bastante variável: pode estar afastado da válvula íleo-cecal por uma distância que vai de alguns poucos centímetros a 3 metros. O comprimento médio é de 6 cents. e seu diâmetro é igual ao do segmento intestinal correspondente. Tem sido observadas as formas mais variáveis, e a duas espécies fundamentais pudemos filiar uma numerosa série de tipos intermediários de divertículo de Meckel: livre e aderente. Êste pode ser aberto ou fechado. O divertículo livre acha-se flutuante na cavidade abdominal, acompanhando o intestino delgado em tôdas as posi-

ções que êsse possa ocupar. O divertículo aderente encontra-se fixado ao umbigo. Diz-se aderente aberto quando existe uma comunicação completa entre sua cavidade e o exterior, resultando daí, como fàcilmente se depreende, a existência de uma fístula por onde flue matéria fecais ou simples secreção mucosa. No divertículo aderente fechado, nota-se um conduto permeável até as proximidades do umbigo não havendo, por consequência, comunicação com o exterior, ou impermeável em tôda extensão, fazendo-se a aderência por meio de um ligamento de espessura variável, provido de méso e que outra cousa não é sinão os vasos onfalomesentéricos transformados em cordão fibroso. Recordando a embriologia, vemos que cada disposição corresponde a uma fase embrionária e que o divertículo aderente aberto traduz a formação mais antiga. A presença do divertículo de Meckel como já Morgagnl havia chamado atenção, é de extraordinária importância em patologia cirúrgica. Numerosas têm sido as comunicações apresentadas de divertículo de Meckel como responsável por oclusões intestinais, formando conteúdo de hérnias, constituíndo diverticulites, trazendo complicações as mais graves quando em comunicação com o exterior, etc. Fogue e Riche chegaram a observar 300 casos de estrangulamento interno por divertículo de Meckel e Harbin diz que as percentagens de mortes postoperatórias em sua clínica são de 24,5 para a apendicite e 16,1 por oclusão intestinal, sendo 10% motivadas por divertículo de Meckel (Cullen). Entre nós já é relativamente elevado o número de casos publicados de oclusão intestinal por divertículo. A observação de Ernestino de Oliveira é típica e bastante demonstrativa. Êstes acidentes que com mais frequência aparecem no divertículo livre podem ser também observados no tipo aderente, quer seja aberto ou fechado. Sua produção pode ter lugar por vários mecanismos, citando-se entre muitos outros, a queda de alças delgadas sôbre o segmento que fixa o divertículo à parede, ficando aquelas como que a cavalo, com sua luz portanto, desaparecida naquela porção e interrompido o trânsito intestinal. O divertículo aberto constitue uma gravíssima malformação, onde ao lado dos inconvenientes duma fístula estercorácea ênteroumbelical, aparece al-

gumas vezes, como complicação, um prolapso intestinal. Como vimos anteriormente, êste tipo corresponde, embriológicamente falando, à mais antiga disposição. Em 1933 foi vista e operada pelo prof. Barros Lima, com resultado satisfatório, uma criança portadora dessa deformação. O diagnóstico é geralmente fácil e o prognóstico é grave, impondo sempre a terapêutica cirúrgica.

Têm aparecido na literatura médica, casos de diverticulites simulando uma apendicite. Na maioria das vezes, se instalam em divertículos livres, sôbrevindo dor intensa, brusca e súbita, sem localização precisa acompanhada de vômitos, parada intestinal e logo após, defesa abdominal. A laparotomia exploradora imposta pelo quadro do abdómen agudo ou o legista durante a necrópsia é que vão esclarecer o caso, pois, como vemos, o diagnóstico é dos mais difíceis. Diversos autores têm assinalado o divertículo de Meckel como conteudo de hérnias inguinais, sôbretudo esquerdas, crurais e obturadoras. Forgue aconselha a resseção do divert culo "sempre que no curso da cura radical de uma hérnia qualquer" seja encontrado.

Os vasos onfalosmesentéricos podem persistir no adulto, mesmo na ausência do divertículo de Meckel. E' uma anomalia rara, tendo sido observada por Forgue-Riche apenas 2 vezes entre 650. Cullen se refere a varios casos observados durante intervenções abdominais. Entre nós foi observado por Bruno Maia, no Pronto Socôrro do Recife, um caso de oclusão intestinal, onde alças delgadas já necrosadas se encontravam pendentes sôbre os vasos persistentes.

Como vimos anteriormente, além das formações vitelinas, desde os períodos embrionários mais remotos, já existem os vasos umbelicais. Com a atrofia das formações vitelinas, o largo orifício de passagem vai se estreitando tendendo à aproximação dos seus bordos, na linha média, e o orifício, desta maneira, muito mais reduzido é atravessado apenas pelos vasos umbelicais: uma veia umbelical (a esquerda, pois a direita ficou atrofiada e desapareceu) que vem do segmento cefálico do abdómen e duas artérias umbelicais provenientes da porção caudal. Esta disposição perdura até o nascimento do féto. Neste momento, os vasos umbelicais tendo

atravessado o orifício umbelical, vão à placenta constituíndo os elementos mais importantes do cordão umbelical. Méde neste trajeto cêrca de 50 cents., podendo, entretanto, pelo comprimento, quer reduzido, quer avantajado, trazer graves acidentes durante o trabalho do parto. Descreve quatro a seis voltas da direita para a esquerda, variando, não obstante, quanto a êsse número e orientação. A veia umbelical nasce na placenta por numerosos ramos; daí segue pelo cordão até transpor o anel umbelical, ganhando então o bordo livre do ligamento suspensor; atingindo o fígado, percorre o sulco longitudinal dando um ramo para a cava inferior (conduto venoso), passando, em seguida, ao sulco transverso onde desemboca na veia porta. As artérias umbelicais, em número de duas, uma direita, outra esquerda, dirigem-se para os lados da bexiga e chegam à parede anterior do abdómen; daí caminhando para cima, atravessam o anel umbelical e juntamente com a veia, atingem a placenta. E' muito discutida a questão da existência de linfáticos e vasa própria nas paredes do cordão. Logo após o nascimento, ligado e seccionado o cordão, sua base de implantação é rápidamente substituída por tecido cicatricial. Os vasos se atrofiam, se obliteram e se retraem e nesta retração levam vantagem as artérias umbelicais e o uraco (resíduo da alantoide), razão pela qual é às custas da semi-circunferência inferior que o umbigo apresenta a forma caraterística de bôca de fôrno. No recemnascido, a veia apresenta-se como um tubo, fechado ao nível da parede abdominal e aberto em sua extremidade oposta, em comunicação com as veias cava e porta. Já sem nenhuma função, não tarda a se notar sua obliteração que se inicia de diante para traz, finda a qual, se transforma em ligamento redondo. Alguns autores acham que a veia umbelical não se oblitera totalmente no adulto, conservando-se normalmente permeável, embora com seu diâmetro muito reduzido. Descrevem os anatomistas, de cada lado do ligamento redondo, duas veias que tendo em suas orígens se anastomosado com as veias epigástrica e mamária interna, seguem até o fígado. São as veias paraumbelicais, já descritas por Sappey. A veia paraumbelical direita desemboca no ramo esquerdo da

veia porta; a veia paraumbelical esquerda, na veia umbelical percorrendo em quasi todo seu trajeto na intimidade do ligamento redondo, terminando, portanto, próximo à bifurcação da veia porta. E' a êste vaso que denominam também v. de Burrow, que julgam ser a representante da v. umbelical do féto. De fato, sua situação e o calibre exagerado que às vezes apresenta pode perfeitamente se prestar a confusão, porém está longe de ser um vaso constante. Sua ausência é frequente e seu diâmetro quasi sempre insignificante. Em 1934 foi operada pelo prof. Barros Lima, com o diagnóstico de hérnia umbelical, uma paciente adulta, que mostrava persistência da v. umbelical. Enquanto a v. umbelical só excepcionalmente apresenta-se permeável, as artérias umbelicais persistem após o nascimento, embora num curto trajeto. Muito delgadas, as a.a. umbelicais vão da ilíaca interna, às porções superior e laterial da bexiga, continuando-se daí até o anel umbelical transformadas em cordões fibrosos. Testut diz que podem "persistir no adulto até próximo ao umbigo". As a. umbelicais em seu percurso ascendente acompanham, de cada lado, o uracus. Chama-se uracus o cordão fibroso derivado da alantoide, que segue da bexiga ao umbigo. A cavidade da alantoide dá não só o uracus como tôda a porção superior da bexiga, formando então uma vasta cavidade que desemboca no umbigo. Com a evolução o segmento superior intra-abdominal se atrofia, transformando-se em simples conduto e posteriormente se oblitera, sendo substituído por um cordão fibroso. Uma parada de desenvolvimento dará lugar ao aparecimento de anomalias, felizmente raras que vão dos simples cistos congênitos à grave extrofia vesical. A extrofia vesical, malformação extremamente rara, pois, segundo Marion, em 100.000 recemnascidos contam-se dois casos, consiste na ausência da parede anterior da bexiga e abertura concomitante da parede anterior e média do abdómen, resultando, por consequência, uma larga comunicação entre a cavidade vesical e o exterior, através da qual evidencia-se a superfície mucosa da bexiga. O tratamento é o cirúrgico e os processos usados são numerosos, variando com a diversidade dos casos. A parada do desen-

volvimento pode se dar numa época mais adiantada da evolução, aparecendo as fístulas urinárias congênitas vesico-umbelicais, as fístulas uracais sem comunicação com bexiga, ou simplesmente trajetos permeáveis do uraco interrompidos em um ou mais segmentos.

Cullen refere-se a numerosos casos de persistência do uraco com fístula urinária para o umbigo. A urina era eliminada ora em grande, ora em pequena quantidade; algumas vezes o umbigo mostrava-se saliente, outras reentrante com o orifício de comunicação sempre central; a predileção do escoamento durante certas horas foi observada, assim como a obliteração completa da urétra; uma série enorme de curiosíssimas observações foi relatada por Cullen graças às comunicações de Jacoly, Pauchet, Hue, Cabrol, Delagénière, Huggin, Star, Jaboulay e muitos outros. A cura expontânea da deformidade, se bem que raríssima, já tem sido constatada. O tratamento consiste na extirpação de todo o uraco, desde a região umbelical à bexiga, onde após secção e ligadura pratíca-se o mergulhamento do côto. Com o nascimento e consequente transformação do umbigo em tecido cicatricial, vemos a separação distinta de diversos planos: a pele muito delgada, se adaptando perfeitamente a tôdas as saliências e reentrâncias, constituíndo a cicatriz umbelical propriamente dita, a aponevrose, o plano sub-peritoneal e o peritôneo. A aponevrose, representada pelo segmento da linha alva correspondente à região, é constituída por um emaranhado de feixes tendinosos entrecruzados em todos os sentidos, delimitando um espaço anular, denominado anel umbelical. Êste anel está formado por uma série de feixes orientados no sentido longitudinal que se conservando afastados na porção mediana se entrecruzam em cima e em baixo, dando a forma de oval de grande eixo vertical. Uma segunda camada de fibras semicirculares transversas, umas superiores, outras inferiores, de concavidade olhando o centro da região, transformam o orifício de oval, em quadrilátero. O plano subperitoneal é formado por uma fina camada de tecido celular, na qual distinguimos os cordões fibrosos correspondentes aos vasos umbelicais e uraco, o fascia e o canal umbelical. Os vasos umbelicais e uraco, obliterados, formam um núcleo fibroso cicatricial, dando

uma notável resistência aos bordos do anel umbelical. A inserção dêsses elementos no contôrno do anel umbelical, é muito variável e as diversas disposições que podem então aparecer são do mais alta importância na explicação da gênese das hérnias umbelicais. Passemos então em revista essas diferentes disposições. A veia umbelical, transformada em ligamento redondo, chegando nas proximidades do orifício umbelical passa pelo bordo superior sem contrair aderências com êste, fixando-se juntamente com os cordões fibrosos correspondentes às artérias umbelicais, no bordo inferior do orifício. Esta é a disposição mais comumente encontrada. Com menos frequência podemos observar o ligamendo redondo inserido no bordo superior do orifício, tendo pouco antes de atingí-lo, se dividido em dois ramos, ou aberto em leque, fixando-se obliquamente em quasi tôda extensão do bordo inferior. Quanto aos cordões fibrosos inferiores (artérias umbelicais e uraco), se inserem sempre no bordo inferior do orifício, apresentando, entretanto, variedades quanto à forma e relações. Assim é que podem se implantar isoladamente no bordo do orifício com suas fibras entrecruzadas e anastomozadas, formando aí um verdadeiro nodulo fibroso, início da aponevrose umbélico-prevesical. Outro elemento de grande importância do plano subperitoneal, é o fascia. Descrito em 1848 por Vidal de Cassi (Cullen), foi detalhadamente estudado pelo Richet em sua Anatomie Medico-Chirurgical e posteriormente por Sachs. O fascia umbelicalis, como denominou Richet, é descrito como uma lâmina quadrilátera inserida inferiormente no bordo inferior do orifício umbelical, livre superiormente e perdendo-se dos lados, na espessura das formações fibrosas visinhas. Pesquisas mais recentes, entretanto, demonstraram ser êste tipo excepcional. De fato, trata-se de uma lâmina quadrilátera estendida transversalmente, confundindo-se dos lados com o folheto posterior da baínha do músculo grande reto do abdómen, de tal maneira disposta que parece destinada a manter o ligamento redondo junto à parede abdominal, mas que conserva livre seu bordo inferior em vez do superior. Neste ponto é que reside tôda a distinção entre as duas concepções. O bordo inferior bastante nítido faz saliência sob o peritôneo, mantendo

variadas relações com o orifício umbelical, o que justifica a classificação do fascia umbelical nos três tipos de Sachs: de bordo inferior em posição baixa, alta e intermediária. No primeiro, o fascia cobre por completo o orifício; no segundo, fica acima, deixando o orifício, por consequência, em relação imediata com o peritôneo parietal; enfim, no terceiro tipo, o fascia recobre a metade superior do orifício umbelical. Parece ser êste o caso mais frequente. O fascia pode estar ausente em 31% na criança, segundo Sachs e pela estatística de Levadoux pode, no adulto, faltar em 16% (Cullen). O fascia umbelical é uma dependência do fascia transversalis, estando com o mesmo, às vezes, intimamente fusionado. Mostra-se com suas fibras dissociadas ou então muito unidas. O canal umbelical é uma disposição inconstante e que depende da existência do fascia descrito segundo Richet. E' uma formação em fundo de saco aberto superiormente e compreendido entre a parede abdominal e o fascia, sendo comparado por Richet ao canal inguinal. Uma camada de tecido celular subperitoneal preenche todos os espaços vazios, isolando, desta maneira, o orifício umbelical do peritôneo parietal. O último plano é constituído pelo segmento do peritôneo parietal anterior correspondente ao umbigo. Perfeitamente adaptado à face posterior dos órgãos da camada sub-peritoneal, nos apresenta superiormente uma elevação longitudinal devida ao ligamento redondo e inferiormente três pequenas saliências também longitudinais correspondentes aos cordões fibrosos inferiores. O relêvo produzido pelo ligamento redondo é muito mais acentuado, pois, em seu trajeto descendente do fígado para o orifício umbelical, caminha de trás para diante, enquanto os cordões fibrosos inferiores das artérias umbelicais e uraco percorrem colados à parede em quasi tôda sua extensão. Logo abaixo do relêvo do ligamento redondo, exatamente ao nível do orifício umbelical, desenha-se, reforçado pelo desnivelamento dos cordões fibrosos inferiores, uma fossêta peritoneal de grande importância na patologia congênita da região. Os autores se referem ainda à existência de fossêtas peritoneais periumbelicais, reunidas ou separadas, em forma de crescente, de elípse ou circulares. O estudo que acabamos de fazer dos planos da região, nos serve de

base para bem compreender a produção e os carateres anatômicos das hérnias umbelicais. Recordando as fazes pelas quais passa o umbigo até seu completo desenvolvimento, vemos que muito difere em sua conformação, segundo se considere no recemnascido, na criança ou no adulto e daí a classificação das hérnias umbelicais, também em três variedades. No recemnascido pudemos encontrar hérnias de orígens embrionárias e fetais. As primeiras caraterizam-se pelo aspeto do seu envoltório membranoso, ausência dos elementos da parede abdominal e presença no saco de vísceras abdominais fácilmente evidenciadas por transparência. Não são de grande interêsse cirúrgico, pertencendo mais ao domínio da teratologia. As hérnias fetais, muito mais frequentes, são constituídas por um divertículo peritoneal formado pela compressão de uma alça intestinal, através de um ponto fraco do orifício umbelical. Êste ponto fraco está localizado na semicircunferência superior do anel umbelical, pois, como vimos acima, o ligamento redondo, descrevendo sua disposição mais frequente, passa pelo bordo superior do anel umbelical sem aderir, indo se fixar no bordo inferior acompanhado dos cordões fibrosos inferiores, deixando assim sem defesa a metade superior do orifício. Passado êsse primeiro período de vida e após a queda do cordão, encontramos muito frequentemente em crianças que foram acometidas de repetidas crises de chôros violentos, tornando, desta maneira, muito tensa a parede abdominal, a presença de hérnias umbelicais. Durante esta faze de cicatrização, quando os elementos conjuntivos ainda flácidos, se organizam para fechar o orifício umbelical, são impedidos em sua marcha evolutiva pela continuada distensão, sendo o peritôneo impulsionado contra a parede, que céde passagem pela sua região mais enfraquecida. A inserção do ligamento redondo abraçando o bordo superior do anel, ou quando dispôsto em leque ao nível do bordo inferior, explica francamente a produção da deformidade, verdadeiras hérnias de debilidade. A tumefação é geralmente pequena, arredondada e redutível, deixando perceber pela palpação as dimensões e resistência do anel umbelical. Na maioria das vezes, em crianças de poucos meses, curam pela simples aplicação de faixas adesivas. A hérnia umbelical no adulto

não é muito frequente. Em alguns casos aparece em indivíduos que em criança foram herniados e tratados com faixas adesivas e dados como curados. A cura, porém, foi simplesmente aparente, permanecendo uma depressão peritoneal que constituiu um excelente terreno ao preparo da futura hérnia da idade adulta. A disposição do fascia umbelical explica claramente a produção das hérnias nessa faze. Vimos, linhas atrás, que Richet considera o fascia umbelical com bordo livre superior, contribuíndo assim na formação de um canal umbelical compreendido entre a face posterior da parede abdominal e a face anterior do fascia e revestido pelo peritôneo parietal. Richet vê a possibilidade de hérnias através dêste canal, dirigidas de cima para baixo, lembrando que o mesmo sucede nas hérnias inguinais pela existência de um canal de constituição semelhante. Os três tipos de fascia umbelical descritos por Hugo Sachs representam uma contestação às idéias de Richet. De fato, Sachs não vê fascia umbelical de bordo superior livre e sim de bordo inferior, variando, entretanto, como já vimos, quanto às suas relações com o orifício umbelical. Daí compreende-se que na opinião de Sachs o trajeto das hérnias se faz de baixo para cima. A variedade alta do fascia, isto é, com o orifício umbelical livre, explica o aparecimento das hérnias diretas. A grande variedade entre os elementos que constituem o esquelêto do orifício umbelical e seu plano retro-apanevrótico, nos mostra como é vasto o capítulo da patogenia da hérnia umbelical e, a anatomia sempre tão importante e tão útil principalmente nessas questões, torna evidente que dela nunca pudemos prescindir. "Que preciosos e vastos conhecimentos — diz o Prof. Amadeu Fialho — haurimos desta fonte inesgotável, a que pudemos sempre recorrer, para a compreensão de assunto, às vezes, tão complexos!". „

VITORIOSO PORQUE

ADOÇA MAIS

Empacotamento e distribuição á

Rua do Apolo n.º 107 - Fone: 9596

FABRICANTES: - USINA CATENDE S. A.

INSTITUTO DE ASSISTENCIA HOSPITALAR

Hospital de Alienados

João Marques de Sá — Diretor.

Técnica da Lobotomia pré-frontal

Joaquim S. Cavalcanti — Cirurgião.
Luiz Tavares — Assistente.

Vamos apresentar nesta comunicação prévia, a técnica que utilisamos para a realização da lobotomia pré-frontal no tratamento de certas doenças mentais.

Na literatura nacional, apenas temos conhecimento do trabalho apresentado por Matos Pimenta, em 1937, baseado na doutrina e na técnica de Egas Moniz.

Sôbre o assunto, devemos destacar as contribuições dos autores americanos e italianos, que possuem larga experiência (Freeman, Watts, Lyerly, Rizzatti, Borgarello, Mariotti e Sciuti, etc.).

No Recife, o Prof. Ulisses Pernambucano, deu o estímulo necessário e sob seu impulso realizamos as primeiras intervenções.

As tentativas operatórias de tratamento das doenças mentais, partiram originariamente de Burckhardt. Êste autor teve a oportunidade de operar seis esquisofrênicos, apresentando alucinações auditivas, resecando pequenas porções da cortex parietal e temporal.

Em seguida a terapêutica cirúrgica das doenças mentais tomou uma outra direção pela indicação de intervenções gênito-urinárias e ginecológicas para certos estados mentais anormais.

Em 1935, no II Congresso de Neurologia reunido em Londres, as funções dos lobos frontais foram particularmente focalizadas, fazendo-se uma revisão completa do tema.

Nesta época, Egas Moniz iniciou os seus estudos.

Egas Moniz, colocava-se sob o ponto de vista dos organicistas e admitia que a vida psíquica normal se estabelece em virtude do funcionamento em associação das células nervosas cerebrais, estimuladas histoquimicamente por influxos chegados pelo sangue ou pelo liquor.

Êstes influxos, chegados a cada célula ou grupo de células, são transmitidos por seus prolongamentos axiais aos neurônios vizinhos.

Por tal forma, estabelecem-se agrupamentos conectivos entre as células encarregadas da vida psíquica.

A caraterística fundamental da vida psíquica normal, estaria para Egas Moniz na variabilidade e instabilidade dêstes agrupamentos célulo-conectivos.

Determinadas condições patológicas, poderiam fixar os referidos agrupamentos, que agora passariam a ser os mesmos durante todo o processo psíquico.

As doenças mentais seriam uma consequência da fixação dos agrupamentos célulo-conectivos. Partindo desta hipótese de trabalho, Egas Moniz pensou em tratar os doentes mentais, interrompendo os agrupamentos celulares de conexão patologicamente fixa.

Baseado em estudos anteriores, admitia que os agrupamentos fixos deveriam estar localizados no lobo frontal, pelo que pensou em secionar as fibras de substância branca (leucotomia) que partem da corticalidade frontal e se dirigem para os núcleos cinzentos centrais.

Inicialmente os estudos de fisiologia haviam estabelecido a existência de zonas silenciosas ou mudas no lobo frontal.

Nos animais os lobos frontais são pouco desenvolvidos ao contrário do que acontece na espécie humana, em que, segundo Broca o lobo frontal tem 4 a 4,5 vezes o pêso do occipital e é pouco menos pesado do que os outros dois reunidos.

Depois o lobo frontal foi indicado como o centro de localização de grande parte das funções psíquicas. Esta hipótese foi confirmada pela observação clínica dos tu-

mores dos lobos frontais, das atrofias e lobectomias praticados no homem e por fim com o advento das leucotomias.

Assim, Egas Moniz propoz a secção de substância branca dos lobos frontais, estabelecendo a necessidade da intervenção bilateral, pela existência de fibras interhemisféricas, que passam pelo corpo caloso de um lado para outro.

A intervenção bilateral, evitaria que um dos lobos substituisse funcionalmente o outro, permanecendo intactos agrupamentos celulares patologicamente fixados.

As intervenções foram então praticadas por Almeida Lima que realizou a interrupção de substância branca no lobo frontal em 20 doentes, 10 vezes pela injeção de álcool e 10 vezes pela secção de áreas esféricas por intermédio de leucotomo.

Técnica de Egas Moniz

Para a realização dos cortes na substância branca, Egas Moniz fez construir um aparêlho especial — o leucotomo.

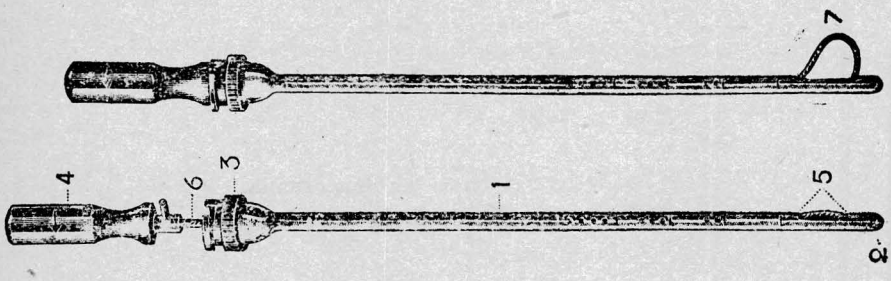


Fig. 1 — Leucotomo de Egas Moniz.

O leucotomo (Fig. 1) é constituído por uma sonda metálica (1) contendo no seu interior um mandril flexível (6). A sonda é fechada na extremidade distal (2), mas apresenta uma abertura lateral (5) através da qual pode fazer saliência o mandril flexível (7) quando o parafuso (4) é empurrado.

Quando o leucotomo está introduzido na substância branca, empurra-se o parafuso e imprime-se um movi-

mento circular do instrumento de modo a realizar uma secção esferoidal de 5 mm. de raio.

O leucotomo é introduzido na cavidade craneana através de um orifício de trepanação feito a 3 cms. da linha inter-auditiva (Figs. 2 e 3).

A injeção de álcool é feita através da mesma trepanação e pode ser repetida em níveis diferentes.

Na América, Freeman e Watts, iniciaram a prática da operação, segundo Egas Moniz, porém, logo modificaram a técnica primitiva, procurando realizar uma secção mais larga da substância branca.

Êstes autores observaram que a operação só determinava resultados, naqueles casos em que a lobotomia

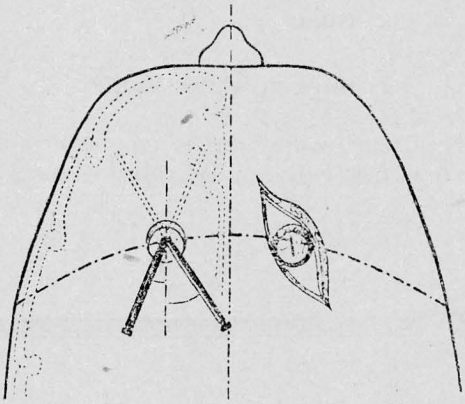


Fig. 2 — Técnica da leucotomia. Introdução do leucotomo (Egas Moniz).

produzia adormecimento e desorientação e por tal motivo procuraram atingir maior extensão com a secção.

Técnica de Freeman e Watts

Êstes autores praticam um corte da substância branca no plano da sutura coronoide, para diante do côrno frontal dos ventrículos laterais.

A sutura coronária é reconhecida através de uma incisão de 3 a 5 cms. nas partes moles de tal modo que

o centro da incisão fica distante 6 cms. da arcada zigomática.

Um orifício de trepanação é, então, feito sôbre a sutura, a cêrca de 3 cms. para tráz do rebordo orbitário e a 6 cms. da arcada zigomática. A dura é aberta crucialmente.

Os autores recomendam aumentar o orifício da trepanação para cima e para baixo, com uma goiva. Uma canula é então introduzida na direção de um orifício

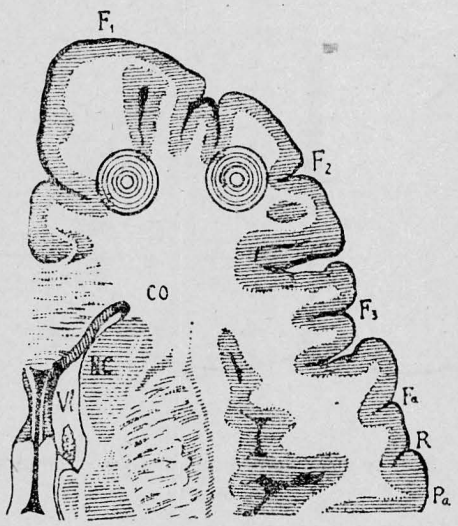


Fig. 3 — Aspecto das secções praticadas segundo á técnica de Egas Moniz.

simétrico do outro lado. Neste nível a fissura longitudinal mediana dista de, 5,5 a 6 cms. da superfície do lobo frontal. E' de grande importância que a secção não alcance a linha mediana, pelo perigo da lesão da cerebral anterior.

Com a canula podemos reconhecer várias estruturas, como a foice do cérebro, eventualmente o côrno frontal do ventríluco lateral, ou a aza do esplenoide. Esta última é atingida quando se dirige a canula para baixo, em ângulo de 45°. Si neste ângulo a canula pe-

metra mais do que 5 cms. é que ela atingiu a fossa craneal média, e portanto foi introduzida em plano posterior. Neste caso a sua posição deve ser corrigida. Segundo Watts e Freeman estas informações são necessárias para a segurança de que o corte da substância branca seja feito no plano da sutura fronto parietal. O corte da substância branca é feito com um bisturí que se faz penetrar até 5 cms., imprimindo-se, então um movimento de alavanca como mostra a Fig. 4.

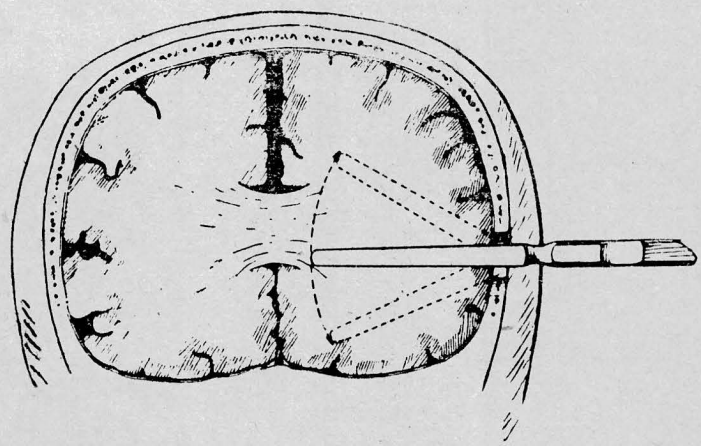


Fig. 4 — Secção da substancia branca. (Segundo Freeman e Watts).

Praticada a operação de corte dos dois lobos, a hemorragia é controlada com sôro fisiológico quente.

Técnica que adotamos

Baseados nas modificações propostas por Mc Gregor e Crumbil, fizemos construir um leucotomo que passamos a descrever, cuja forma aparece em tamanho natural na Fig. 5.

O aparêlho é constituído por uma canula de metal (6) que conduz no seu interior um fio de aço flexível (4). Êste fio está articulado com o extremo de uma lâmina de 2,5 cms. que tem corte de ambos os lados e que

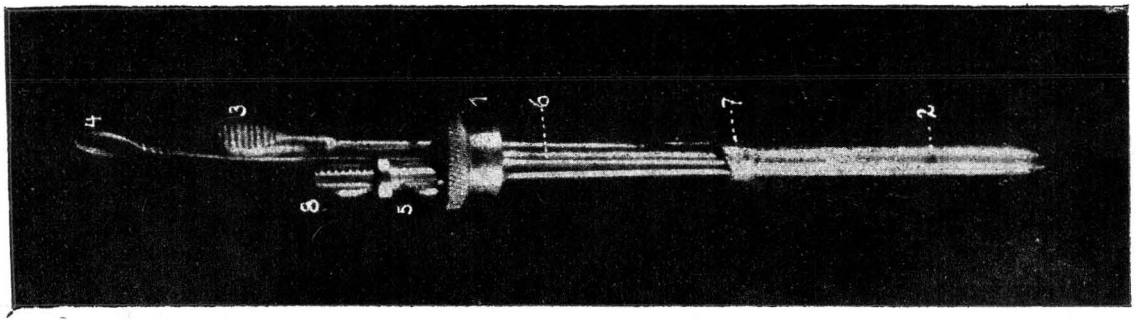


Fig. 5 — Leucotomo, segundo Mc Gregor e Crumbie, que utilisamos.

gira em tôrno de um eixo fixo (2). A lâmina cortante não é vista na fotografia pois está contida num estôjo cilíndrico com 3 mm. de diâmetro. Em tôrno dêste cilindro corre um anel (7), manejável pelo botão (3) cuja finalidade é abraçar a lâmina no seu estôjo impedindo que ela se abra, isto é, gire em tôrno do seu eixo (2) durante o movimento de introdução do aparêlho na substância cerebral. O aparêlho tem ainda uma agulha de punção raquideana (5) com o seu mandril (8).

Com êste leucotomo temos simplificado o ato operatório. Êle é explorador e operador.

Uma vez introduzido na substância branca do lobo frontal através de um orifício de trepano que não necessitamos aumentar com a goiva, e através de pequena incisão da dura máter, verifíca-se se o aparêlho atingiu o ventrículo lateral. Para tal fim retiramos o mandril (5) observando se corre o liquor.

Em seguida, destravamos a lâmina, puxando o botão (3) e tracionamos o fio (4) com o que a lâmina gira de 180°. Ela é novamente travada, empurrando-se o botão (3) e o aparêlho é retirado. As hemorragias são controladas com sôro fisiológico aquecido.

Temos usado sempre a anestesia local pela escurocaina AB, fazendo préviamente injeção de morfina.

Utilisamos, portanto, a via de acesso de Watts e Freeman e praticamos a lobotomia com um leucotomo semelhante ao de Mc Gregor e Crumbie.

Com esta técnica, operamos 3 pacientes com esquisofrenia, já tratados anteriormente pelo choque cardiasólico.

Em 2 casos praticamos intervenções bilaterais em uma só sessão operatória e em 1 caso a operação foi feita em um lado apenas.

Em 2 casos observamos grande melhora dos doentes (1 homem e 1 mulher) e na outra observação (intervenção unilateral) a situação primitiva (passadas a primeiras semanas da operação) não sofreu modificação.

São todos casos recentes (observação de 1 a 3 meses) e que serão observados em continuação, ao mesmo tempo que praticaremos o método em outros pacientes de modo a poder futuramente dar amplitude a esta comunicação prévia.

BIBLIOGRAFIA

1 — **MONIZ, EGAS — Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses.** — Masson. Paris 1936.

2 — **PIMENTA, A. M. — Técnica da leucotomia cerebral** — Rev. Cir. S. Paulo. Fev. 1937.

3 — **FREEMAN, WE WATTS, J. — Psychosurgery** — Thomas 1942.

4 — **MC GREGOR, J. S. e CRUMBRE, J. R. — The surgical treatment of mental diseases; modifications of the Moniz Technique** — Lancet 7,241-1941.

5 — **FREEMAN, W., TARUMIANZ, M. A., ERICKSON, T. C., LYERLY, J. G., PALMER, H. D. e GRINKER, R. R. — Neuro surgical treatment of certain abnormal mental states. (Panel discussion).** J. A. M. A. 117: 517:1941.

6 — **DA COSTA, J. C. — Cirurgia en los locos y Cirurgia de la locura. In Keen, W. W. Cirurgia.** Vol. 2. Pg. 788. Salvat — 1926.

PELAS REVISTAS

DIVISÃO — Urin. — **SUB-DIVISÃO**—Prost. — **CLASSE III**

ASSUNTO — *Prostatectomía perineal radical no Carcínoma precoce da prostata.*

REVISTA — *Separata do The Journal of Urology vol 48, nº. 3, set 1942.*

AUTOR — *Elmer Belt.*

Apresenta o A. 50 casos selecionados de sua clinica, de carcinoma da prostata tratados por prostatactomia parcial, no largo periodo de 20 anos de atividade clinica. Começa por estabelecer uma estatistica na qual se evidencia que apenas em 19 casos tiveram seus pacientes recidiva local ou metastases em orgãos diversos, variando a sobrevida de 2 a 5 anos. Conseguio determinar que 29 dos seus doentes não tiveram recidiva o que dá assim a percentagem de 58% de cura. Julga que presentemente esta percentagem pode ser aumentada, levando-se em conta a melhor precisão diagnóstica e o aperfeiçoamento da técnica. No que se refere aos dados para o diagnóstico sallenta que além dos meios usuais de que disspõe o especialista, já se conta com tests químicos de real valor para prejulgar a extensão da lesão e invasão dos tecidos periprostaticos. Ha não muito tempo Kuscher, Robinson e Gutmam e Huggins propuzeram a pesquiza do acido fosfatoso. Pelos estudos realisados verifica-se que o tecido prostatico é muito rico em enzima (acido fosfatoso) e que o tecido pros-

tatico canceroso dá origem a muitos cristais desse material em larga escala. A sua pesquiza no sangue dará indicações para julgar se o carcinoma ultrapassou o tecido prostatico e atingio os tecidos visinhos. Quanto a parte técnica prefere usar a via perineal seguindo sua própria técnica.

A. Temporal.

— o —

DIVISÃO — Urinario — **SUB-DIV.** — Urinario — **CLASSE** III

ASSUNTO — *A sufofenolftaleina. a constante de Ambard e "The urea clearence" nas litiasis urinarias. Seu valor prognostico,*

REVISTA — *Revista Medíca del Hospital Espanol, ano* XII , *nos 4, 5, 6.*

AUTOR — *Oscar Garate.*

Estudando a relação das tres provas funcionais acima enunciadas em função da litiase renal, esclarece o autor que os resultados são divergentes e estão em relação com a unilateralidade da lesão, idade dos pacientes, resistência individual etc. A uréa é um fator constante no sangue, sem limites de excressão, e que se elimina pelos rins, seja qual fôr sua concentração no sangue. Diversas são as causas que podem fazer subir a uremia sem que esta isoladamente indique com segurança uma insuficiência funcional do rim tal como as infecções, post-operatórias etc. Em 20 casos observados pelo autor em que as 3 provas foram comparadas observou uma perfeita concordância nos resultados especialmente entre as provas de Sulfofenolfitaleina e a "Blood clearence" ou seja o coeficiente de depuração sanguinea com o qual se terá de averiguar o volume de sangue em centimetros cubicos que são purificados ou libertados de uréa em 1 minuto.

Segundo Herve a Blood clearence dá resultados mais apreciaveis que a constante de Ambard. Segundo Bougen y Mosenthal a baixa é indice de insuficiência renal.

A. Temporal.

DIVISÃO — Genitais — **SUB-DIV.** — Testiculo — **CLASSE III**

ASSUNTO -- *Cancer do testiculo.*

REVISTA — *O Hospital — Março de 1943.*

AUTOR — *Aloysio Resende Neves.*

Pouco frequentes em relação as neoplasías de outros orgãos, atinge de preferência o testículo direito, sendo de etiología ainda pouco conhecida. Traumatismo, ectopias são causas predisponentes. Confusão ainda existe na patologia dos tumores dessa espécie; e duas escolas se defrontam; uma admitindo a existência de um só típo de tumor, — teratoma e outra que considera os neoplasmas testiculares formados de típos de celulas únicas (seminomas e espermatocitomas). Em considerações embriológicas estende-se o autor acerca desses tumores estudando as suas diversas modalidades.

No que diz respeito a clínica os tumores do testiculo são usualmente de início lento e insidioso, de 10 a 40 anos. Quanto ao tratamento a cureterapía associada a roetgenterapia estão na vanguarda. O autor prefere a castração precedida e sucedida dos Raios X.

Armando Temporal

—o—

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

ASSUNTO — *Doença de Pagé.*

REVIETA — *O Hospital* -- VXXIII — *nº 3* —

AUTOR — *José Sobrinho.*

A proposito de 5 casos que lhe foi dado observar na Baía, faz o autor considerações a respeito da doença de Pagé a luz da radiología e bioquimica. Fala da dificuldade em diagnostica-la sobretudo pela semelhança existente com as doenças de Reglinghausen, osteoporose circunscrita etc.

Lembrando então a presença de adenoma hiperparatidiana. Sorologicamente, a hipercalcemía, fosfatose, calciuria elevada são constantes e por isso sempre

pesquisada. A essas pesquisas dá o autor grande importância. Nos seus casos o estudo sorológico mostrou elevação da atividade fosfatica calciuria nos limites da normalidade e as demais acima do normal.

Por fim nos casos estudados teve o autor o cuidado de realisar estudo radioyógico para devida comparação.

Armando Temporal.

— o —

DIVISÃO — Geral — **SUB-DIVISÃO** — Geral — **CLASSE** IV

ASSUNTO — *Anestesia pelo Evipan Sodico.*

REVISTA — *Livro do jubileu profissional do Dr. J. Ayres Netto - S. Paulo - Pag. 426*

AUTORES — *Moura Azevedo e Dr. Luiz João Mazza.*

A anestesia continua a ser assunto palpitante da atualidade. O evipan sódico, de que se ocupam os AA neste trabalho é um dos preparados sintéticos derivado do acido barbiturico, mais em voga. A quantidade de sal a empregar é de 1 grama, embora alguns operadores já o tenham empregado em dose mais elevada. No que diz respeito a via de introdução é preferível a via endovenosa, não só pela rapidêz como também por melhor controle da ação anestésica. Não é isenta de perigo. **Na literatura foram registrados por Menegaux e** Schlaie 20 casos fatais. Apneia, cianose e sincopes respiratórias têm sido observados frequentemente. As primeiras experiencias que os A.A. realizaram com o Evipan sódico, não permitiram realisar intervenções de mais de 20 minutos, com o processo usual de introdução. Passaram então a usar os **venoclismas** de sôro glicosado ou fisiológico durante todo o ato operatório, fazendo-se administração do Evipan (sol a 10% em agua bidistilada, 10 cc.) em doses parceladas por uma picada do tubo injetôr do sôro junto a veia da prega do cotovelo. Conseguiram assim elevar o tempo para 35 minutos, além do qual se tornou necessário empregar anestesia complementar (eter etc.). Empregando morfina e sedol uma hora antes da administração do Evipan a anestesia é bem melhor. Dos 100 casos observados, 40% foram anestesias para operações de ventre e em

20% destes o silencio abdominal foi perfeito. No que diz respeito a reserva alcalina, somente em poucos casos foi observado os limites da acidose de alarme. Concluem acentuando que o hipnotico é bom sob ponto de vista da alcalinidade potencial do sangue, que não foram notadas perturbações renais e que não correm os pacientes maior risco do que o risco decorrente de anestesias outras.

— o —

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

ASSUNTO — *Considerações sobre dois casos de fistulas raras — uma fistula reno-toracica e outra vesico-glutea (corpo extranho da bexiga).*

REVISTA — *Livro do jubileu profissional do Dr. J. Aires Neto*—Pag. 393.

AUTOR — *Adau o Martinez.*

Dois casos de fistulas são apresentados: um de fistula reno toraxica e outro vesico glutéa. Em ambos os resultados alcançados foram bons, pois que após intervenção a fistulas curaram. Um dos pacientes que lhe foi apresentado muito tempo depois da instalação da fistula, havia tido um abcesso perinefretico. Foi operado anteriormente com o diagnóstico de empiema pulmonar". Com diagnóstico preciso de fistula de origem renal foi o doente operado tendo o A executado nefrostomia com ampla drenagem. E' de notar que o paciente tinha dois calculos um no ureter e outro na bexiga que foarm retirados posteriormente.

A 2.ª observação de fistula vesico glutea, foi tomada de uma paciente de 19 anos de idade, que introduzira na bexiga um grampo, em torno do qual se formou concreções calculosas como sempre. Tempos depois teve um abcesso na região glutea que incisado não mais sarou, tendo-se formado uma fistula por onde se escoava urina. Por talha hipogastrica, retira o A o grampo e os calculos vindo a fistula posteriormente a se fechar.

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

ASSUNTO — *Aviação Sanitaria.*

REVISTA — Rev. *Médico-Cirúrgica do Brasil.* 12 — 42.

AUTOR — *Aristides Novis.*

De início o autor tece comentários de físio-patologia.

Sôbre indicações e contra indicações nos transportes aéreos dos feridos de guerra diz: Há casos em que o médico deve, pode, não deve e não pode autorizar o vôo. Deve ser feito quando a intervenção é a única medida salvadora.

Pode quando não há razões em contrário. Não deve na falta de urgência ou certeza de sua ineficácia. Não pode quando prejudicar o doente. Particularisa com outros autores a conduta nos ferimentos das três cavidades: abdominal, toráxica e craneana. No abdomen: 1.º) paredes e conteúdo feridos remover pela urgência da intervenção; 2.º) parede perfurada com conteúdo íntegro se há meteorismo abstenção de voar; 3.º) parede intacta e conteúdo perfurado jámais exceder de 5000 metros para não alargar a perfuração; 4.º) parede e conteúdo íntegros (oclusão) se é bom o estado geral voar. No tórax: 1.º) penetrantes de tórax (tórax fechado) não voar pela necessidade de repouso; 2.º) pneumotórax de baixa pressão, voar baixo depois da punção evacuadora e mesmo repetida durante o vôo; 3.º) penetrantes com hemorragia externa — tamponar antes de voar; 4.º) feridas de tórax aberto discutível mas se imperiosa — realizar; 5.º) feridas do coração — voar baixo, inhalando oxigênio e CO_2 com gêlo sôbre o precordio; 6.º) hérnias pulmonares — excepcionalmente transportar; 1.º) traumatismo fechados — não voar, repouso.

No crâneo: em regra geral não remover entretanto ao cirurgião compete sentir uma indicação de remoção.

Amadeu.

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

ASSUNTO — *Importancia Médico-Social-Cirúrgica do Brasil.*

REVISTA — Rev. *Médico-Cirúrgica do Brasil.* 9—42.

AUTOR — *Dagmar A. Chaves.*

De início diz ser necessário difundir por meios práticos e acessíveis conhecimentos indispensáveis sôbre o assunto. Refere ter escrito um artigo mostrando aos pais a importância da profilaxia, falando sôbre o B. C. G., acentuando, ainda, que na infância aparecem frequentemente formas ganglionares etc.

Acentua que a boa vontade e a paciência devem andar na mente dos que cercam o doentinho. Condena a vida em promiscuidade em família, vezes por outra no meio de parentes tuberculosos, reinfetando-se, portanto.

Critica o internamento em serviços não especializados. Diz que no Hospital Jesus já se remedia o assunto pela existência do Repousário Copacabana, precisando, entretanto, que isto ainda não resolveu tudo. Cita autores que se batem pela criação de hospitais especializados para os doentes ósteo-articulares.

Diz que cabe a Barros Lima a glória de haver fundado em Boa-Viagem (Recife) o primeiro e único Sanatório Infantil para êsse fim no Brasil. Êsses sanatórios: a) Têm importância no pré e post-operatórios; b) Permitem tratamento local e geral; c) Importância geo-psíquica (Bruno Valentim); d) Satisfazem intervencionistas e não intervencionistas; e) O doente aproveita integralmente sol, vento, frio e eletricidade. Finaliza dizendo que precisamos de sanatórios de praia, de montanha com altitude média e elevada onde se possa lançar mão de terapêutica proveitosa. Tais sanatórios devem ter professoras para educar e instruir intelectual, artística e manualmente; associando-se o regime higieno-dietético. Faz um apêlo dentro dessas aspirações.

Amadeu.

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

ASSUNTO — *Oxigênio terapia no choque.*

REVISTA—Rev. *Médico-Cirúrgica do Brasil*-12—42.

AUTOR — *Jorge Neval Moll.*

Comenta a anoxia de êstase havida no choque. Essa modificação trazendo perturbações sôbre os centros respiratórios determina a anoxia anêmica. Secunda Kirschner condenando o excesso de medicação para combater o choque e preconiza o uso de oxigênio mostrando casos pessoais com sucesso em que a medicação usual finha falhado. Cita outros autores que experimentalmente viram cães tolerarem melhor o choque e as hemorragias com o uso dessa terapêutica. Entre máscaras, tendas ou cateterismo nasal prefere as primeiras sejam nasais ou oronasais. Aconselha juntar CO_2 (5% de CO_2 e 95% de O_2). Cita Handerson que afirma ser a hipotonia muscular resultante do choque, remediada por êste meio; além disso aumentaria os bicarbonatos do sangue, pois atrairiam os alcalis dos tecidos. Lembra Battro que diz ser excitante fisiológico dos centros vasos motores havendo assim vaso constrição esplânica e venosa, resultando maior quota de sangue para a circulação geral e portanto maior volume do minuto circulatório. Mostra casos interessantes dessa associação observados no serviço de Rebelo Filho, no Pronto Socôrro do Rio.

Conclusão:

1.º) A oxigeno-terapia deve ser sempre empregada no choque.

2.º) Concentração acima de 80%.

3.º) Preconisa a máscara.

4.º) Nos serviços não especializados pode ser usado o cateter nasal.

5.º) A associação com CO_2 torna-se mais eficiente.

6.º) Empregar sempre no post-operatório de intervenção longa com grande perda de sangue e nos traumatizados.

Amadeu.

DIVISÃO — Geral — **SUB-DIV.** — Memb. inf. — **CLASSE II**

ASSUNTO — *Conduta nos derrames traumaticos do membro inferior.*

REVISTA — *Rev Médico-Cirúrgica do Brasil.* 9—42.

AUTOR — *Luis Samis.*

Inicialmente comenta os traumatismos sob o ponto de vista de acidentes do trabalho, onde as terapêuticas lançadas devem ser econômicas e eficazes, beneficiando empregados e empregadores. Falando nos traumatismos de côxa, cita Ziegler que encontrou em 1.330 traumatismos 699 contusões.

Diz que neste segmento a pele repousando sôbre uma aponevrose resistente, pontilhada de elementos vasculares e linfáticos condiciona o aparecimento do derrame. A contusão despregando a pele provoca espaço morto desencadeando o extravassamento hemo-linfático. Lembra os unicistas que afirmam serem os capilares sanguíneos ou linfáticos responsáveis pelo processo.

Fica, entretanto, com os ecléticos que pensam na associação dos dois fatores. Em qualquer segmento do membro o quadro é o mesmo, apenas próximo das articulações isto é mais temível. Como terapêutica indica a punção do derrame com injeção de hemostático. Usa Clauden e mostra duas observações com êste tratamento. Com isto afirma: simplifica-se o processo de cura e diminue a incapacidade temporária e econômica. O tratamento conservador leva mais tempo e dá índice de cura menor. Conclue:

1.º) A técnica é simples exigindo asepsia rigorosa.

2.º) As injeções de pequeno volume são melhores empôlas de 2,5 c.c. melhores que de 10cc.).

3.º) O espaço da injeção varia com as reações locais e gerais.

4.º) Em média quatro punções espaçadas de quatro dias.

5.º) Vantagem econômica e diminuição da incapacidade.

6.º) Deve-se estar atento quanto à faceta médico-legal da simulação e da relação entre o traumatismo, o câncer e a tuberculose.

Amadeu.

DIVISÃO — Pele — **SUB-DIVISÃO** — Pele — **CLASSE** II

ASSUNTO — *Queimaduras de guerra.*

REVISTA — *Rev. Médico-Cirúrgica do Brasil.* 12 - 42.

AUTOR — *Luis Gonçalves Bogado.*

O autor divide o assunto nos seguintes capítulos: considerações gerais, classificação, sintomatologia e dados de laboratório, fisiopatologia e patogenia, prognóstico, os queimados no funcionamento do serviço de saúde e tratamento. Na sintomatologia comenta os três períodos: choque, tóxico e infecioso. No choque que dura em média 24 horas, o sangue já mostra concentração globular, taxa aumentada de hemoglobina e início de proteinimia. No tóxico (4 á 8 dias), temos: a) para o aparêlho circulatório — irregularidade de pulso, baixa de pressão, concentração sanguínea alta, irregularidade de eletrocardiograma e miocardite muito frequente e sempre fatal; b) No respiratório — bronquites e pneumonia; c) no digestivo — icterícia, náuseas, vômitos, etc. A úlcera gastroduodenal frequente neste período aparece do segundo ao sexto dia; d) no urinário — oliguria, anuria, etc.; e) no sistema nervoso — irritabilidade, insônia, etc. No período infecioso: geralmente do oitavo dia em diante há taxa de hemoglobina aumentada, de hematias e aumento de velocidade de sedimentação. Ainda hiperazotemia, hipocloremia, hiperglicemia aparecem. Acrescente-se ainda reserva alcalina baixa, retardamento de eliminação renal, etc. Quanto ao prognóstico lembra: estensão da queimadura, natureza e estado de saúde do paciente. Quanto a séde são mais graves as da face anterior do tórax e do abdomen. Importância tem também o fator tempo. A taxa de Hemoglobina acima de 140 é fatal, assim como, Hipocloremia se resiste a medicação salina. Na taxa de uréia e polipepitidos temos de observar: hiperasotemia com polipeptidemia normais — Prognóstico bom; azotemia normal com hiperpolipeptidemia — prognóstico máu; estas duas frações aumentadas — prognóstico péssimo.

Os queimados no funcionamento do serviço de saúde: Os grandes queimados (1.ª urgência) devem ser tratados na ambulância cirúrgica; os sem choques (3.ª urgência) evacuá-los para os hospitais de etapas. Tra-

tamento: com Allen e Koch diz: 1.º prevenção e combate ao choque. 2.º Conversão da ferida aberta em ferida limpa. 3.º cobertura da ferida por um curativo que proteja contra a infecção, não destrua tecido vitalizado, facilite a drenagem do sôro que exuda, exerça pressão moderada sob a área queimada, possa ser removido fácilmente, conserve a região em repouso e assegure a cicatrização em pouco tempo. No combate ao choque fazer morfina no primário. No secundário injetar plasma devido a perda resultante e fazer clorêto, supra renal, oxigênio, etc. Na conversão da ferida aberta em ferida limpa lembra os cuidados de aspesia, anestezia, geral se preciso fôr para limpeza. Quanto ao curativo deve ser compressivo. Esses curativos podem ser empregados nos hospitais do Exército onde ha calma. Nas formações próximas das frentes de combate recorrer aos seguintes métodos: Zeno que é de aplicação rápida e curativo definitivo, não provoca dôr, o repouso empede o aparecimento da vazodilatação ativa, da exsudação e do edema (complexo secundário de Zeno), o gesso é barato, simplifica o tramalho em frente a muitos queimados, ideal para o transporte, impede as aderências e etc. Ainda lembra o método envoltório da Marinha Inglêsa (sêda com rezina sintética). Os banhos salinos (acido tanico) só devem ser empregados nas **ambulâncias cirúrgicas.** Lembra que o ácido tânico com nitrato de prata tem a vantagem de ser aplicado uma só vês e ser antisético devido ao nitrato. —

Amadeu.

— o —

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

ASSUNTO — *Comparação dos resultados do tratamento da gangrena gasosa experimental do pombo pelo* RX, *sulfanilamida e soroterapia.*

REVISTA — *Anais de Cirurgia de Filadélfia.* 11—42.

AUTORES — *William Erb, Philip, Hodes.*

Os autores tomaram sôro de um doente e por reinoculações e centrifugações isolaram bactérias virulentas e quasi desprovidas de toxinas. Tomaram grupos de contrôle de pombos e injetaram a cultura. Trataram diversos grupos por: **a)** sôro, **b)** sulfamida, **c)**

R X profilático, d) R X terapêutico, e) R X e sôro, f) sôro normal de cavalo, g) sôro ante- pneumocócico. Estabeleceram percentagem de mortalidade pelos diversos tratamentos citados em 10 a 12 horas, 24, 48 horas e uma semana. Concluiram passado uma semana que: a) a mortalidade dos que tomaram sôro foi de 36%, b) com sulfamida 100%, c) RX profilático 95%, d) RX terapêutico 90,4%, e) RX e sôro 53%, f) sôro normal de cavalo 70%, g) sôro ante-pneumocóciro 100%. Dizem que a ação da rádio-terapia é apenas sôbre os germens de associação. Quanto a sulfamida mostram conclusões de autores provando sua ineficácia tendo apenas algum valôr quando aplicada localmente e sua ação é apenas sôbre os germens de associação.

Amadeu.

—o—

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

ASSUNTO — *Considerações sobre o quadro clinico e o tratamento dos grandes queimados.*

REVISTA — *Anais do III Congresso brasileiro e americano de Cirurgia.*

AUTORES — *Carlos Nicola e Alfredo Vilafane.*

Na fase de choque inicial: a) Psiquismo alterado, mais frequente excitação que depressão, b) Dôr que deve ser combatida, c) Colapso circulatório (dispinéia de intoxicação), hipotérmia inicial chegando raramente além de 38.°, só ascendendo além disto pela absorção de albuminas queimadas mas que cede logo. Isto é demonstrativo pois não ocorre nas queimaduras de 1.° gráu. Diz que a diurese não diminue inicialmente si se hidrata e se injeta clorêto. A pressão desce inicialmente e está em relação com a intensidade do choque; máu prognóstico quando a hipotensão primitiva não cede ao tratamento. **Fase de intoxicação:** passado o perigo inicial do choque o paciente manifesta-se bem para depois de apresentar intranquilo ou sonolento e em adinamia. O aparelho circulatório cai em colapso. O aparelho respiratório apresenta paresia traquio-bronquica. A diurese dá um índice seguro da evolução, acima de 1500 c.c. bom prognóstico. A temperatura não é muito alta só acontecendo grandes elevações na intoxicação dos centros de termoregulação.

Tudo isto surge depois de 24 horas. Depois do quarto dia morte ou evolução para cura. O laboratório nesta fase de intoxicação mostra os importantes dados de: concentração sanguínea, azôto, cloretos, reserva alcalina, etc. Tratamento: diz o autor que habitualmente não se toma os devidos cuidados mas que a vida dêstes pacientes depende da primeira cura. O queimado deve ser considerado como um enfêrmo geral, evitar o choque e a toxemia é a todo transe a preocupação que deve existir na mente do cirurgião. Não se pode tratar um queimado com uma receita e sim aplicar terapêuticas de acôrdo com as necessidades de cada caso. Sintetisando o quadro de tratamento três colunas devem ser observadas: 1.º choque (combater a dor, o esfriamento e a hipotensão); 2.º toxemia (olhar a concentração sanguínea e as alterações humorais com suas variantes de hipocloremia, hiperpolipeptidemia, hiperazotemia e acidose); 3.º prevenir infecções piogênicas e o tétano. Cuidados locais: muitos métodos existem para o tratamento local porém o uso do tanino é o mais racional, mais científico, o que mais evita sofrimento, o que mais se assemelha à obra da natureza e o único que desde os primeiros momentos ajuda ao cirurgião na luta contra o choque, a toxemia e a infecção. Vantagens da tanagem: 1.º) formando uma coberta protetora, as albuminas são coaguladas pelo tanino, diminuição da dor, impede a evaporação de exudatos e impede a perda de calor; 2.º) ação anti-tóxica pela formação com as albuminas do tanato de albumina; 3.º) Agindo contra a deshidratação impede a transudação plamática; 4.º) Age contra a infecção; 5.º) favorece a reparação; 6.º) é econômico.

Amadeu.

—o—

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

ASSUNTO — *Contribuição ao tratamento das queimaduras.*

REVISTA — *Anais do III Congresso brasileiro e americano de Cirurgia.*

AUTOR — *Luiz Rocha Azevedo.*

Depois de considerações gerais aborda o autor a terapêutica sôbre o assunto. Comentando o tratamento

das queimaduras estensas de 2.º e 3.º gráus, diz que a tanagem tem o inconveniente de ser repetida várias vezes para ser eficiente. O método de Bettmann (Nitrato de prata 10%) depois de uma tanização veio melhorar a técnica; tem porém desvantagens, o tanino não é antisético e por isso tem que se lavar a área queimada com éter o que só é possível sob anestesia geral o que é arriscado em vista das graves lesões das suprarrenais. Porisso prefere usar violeta de genciana ou mercúrio cromo na confecção da capa impermeabilizadora, visto que pelo seu poder antisético a limpeza pelo éter é substituida pela lavagem com água esterilizada. Usa na área queimada novocaina a 1%.

Outra desvantagem do tanino é que aparecem sob a crôsta supurações secundárias e com a crôsta escura ainda mais torna-se difícil a verificação. Outro argumento contra o tanino é que nas queimaduras de segundo gráu a base das flictenas acha-se logo acima da camada germinal do epilélio malpighiano e para que a crôsta fique bem aderente o tanino vai atuar sôbre célula desta camada (células em necrobiose) matando-as. Assim usa violeta de genciana ou mercúrio cromo mais nitrato de prata 10%. Faz comentários do ponto de vista da fisio-patologia dos queimados e passa a argumentar o tratamento geral. Preconiza sôro gomado em lugar de transfusão pois só existe anidremia. Desaconselha a adrenalina para elevar a pressão sanguínea pois o coração já cansado teria pelo uso dessa, libertação do restante glicogêneo do miocárdio. Indica o uso de suprarrenal mesmo antes de iniciar o trate entre estas e as suprarrenais. Afasta o uso de sôro Administrar vitamina B e C devido a relação que existamento.. Fazer sôro cloretado e bicarbonato de sódio glicosado em vista da hiperglicemia. Lembra insulina em pequenas doses.

Amadeu.

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

ASSUNTO — *Sulfanilamidoterapia em cirurgia geral.*

REVISTA — *Rev. A. M. Arg.* — *Abril, 1943.*

AUTOR — *Nasio J.*

O A. faz estudos experimentais dos compostos sulfanilamídicos mais comuns no comércio (sulfanilamidothiazol, sulfaguanidina, carboxisulfamidocrisoidina, sulfanilacetilamina e sulfadiazina) no tratamento das feridas, queimaduras, fraturas expostas infectadas e peritonites experimentais.

Apresenta suas experiências em cães e cobaios, fazendo curativos frequentes, até dois nas 24 horas, controlando os resultados com esfregaços bacterioscópicos.

Nas fraturas, os curativos feitos com sulfanilamidothiazol, sulfanilamida e sulfadiazina, tiveram êxitos brilhantes.

Nas peritonites o A. emprega sulfanilamida pulverizada, obtendo resultados excelentes, todos os animais curaram em contraposição aos testes que a-pesar-do tratamento cirúrgico morreram.

Comentando a concentração sanguínea pela absorpção local, acha que a sulfanilamida e a sulfanilamidothiazol se absorvem em grande quantidade, a sulfadiazina absorve-se lentamente, sendo a via peritonial a de maior poder de absorpção.

Quanto à toxidez, diz ter utilizado até 1 gr. por quilo sem observar nenhum sinal de intoxicação.

Conclue com 6 itens:

1) A sulfanilamidoterapia local trouxe grandes benefícios.
2) Seu emprêgo pode ser feito sem fenômenos tóxicos.
3) A concentração local e a concentração tissular demonstram que a ação bateriostática é muito mais intensa.
4) O ácido paraminolenzoico e seus derivados não inhibiram a ação bacteriortática.
5) A sulfanilamidotiazol e a sulfanilamida são os pontos de maior atividade.
6) Acredita ser a sulfanilamidoterapia local uma grande arma na cirurgia moderna.

Jair.

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

ASSUNTO — *Desforço em acidente de Trabalho.*

REVISTA — *Rev. A. M. Arg.* — *Abril, 1943.*

AUTOR — *Cataneo, L.*

O A. estuda as diversas causas de esfôrço e suas definições em relação às leis trabalhistas.

Em determinadas afecções, o esfôrço muscular desempenha o papel de precipitador do desenlace, uma vez que a doença já instalada poderia, com ou sem êle surgir em sua faze final.

Divide seu trabalho nos capítulos seguintes:

Hemorragia cerebral, hérnias e esfôrço, afecções vertebrais e orquite e esfôrço.

Nas hemorragias cerebrais, estuda as síncopes cardíacas por esfôrço e as hemoptises.

Estudando as hérnias acha que as chamadas hérnias de fôrça não existem, uma vez que é preciso uma concausa para ela surgir (debilidade do canal inguinal, hérnia congênita e ponta de hérnia) preexistente.

Nas afecções da coluna, um violento esfôrço pode provocar fraturas, luxações ou subluxações do côrpo vertebral, fraturas de apophises espinhosas, etc., quando não há desvios anteriores, os quais podem acarretar pelos vícios da atitude os mesmos acidentes, porém, com menor esfôrço dispendido.

Além dêstes grandes acidentes há as lombalgias post-traumáticas.

As orquites traumáticas são bastante discutidas sendo partidário o A., de ruturas de pequenos vasos dos elementos do cordão, após esfôrço, em portadores de varicocele, dando a sintomatologia de orquite.

Estuda as indenizações à luz das leis trabalhistas e médico-legais, sendo de opinar pelo meio têrmo, condenando a justiça dos extremos do "tudo ou nada".

Ilustra seu trabalho com várias observações.

Jair.

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

ASSUNTO — *O tratamento local dos queimados com o preparado Prontosil-acido Tanico (formula pessoal)*

REVISTA — *Rev. A. Méd. Arg. — maio 1943.*

AUTOR — *Giuliano, A.*

O autor com o referido trabalho, vem de apresentar um novo método para tratamento local das queimaduras. Diz, de início, que após várias experiências com diferentes misturas de outros tantos preparados químicos, vem tratando, desde há vários meses, no Serviço de Guarda do Hospital Pinero, de onde é médico-interno, aos queimados, em sua parte local, com um preparado de sua fórmula pessoal, que se compõe de Prontosil (droga pura em pó) misturado em partes iguais de ácido tânico, e esterilizado.

Fez, êle próprio, várias experiências com o referido preparado e obteve geralmente muito bons resultados, quer quando do seu emprêgo na clínica hospitalar, quer na clínica privada, no que é corroborado por muitos de seus colegas, que lhe deram sua boa impressão sôbre a real eficácia do referido método.

O autor ilustra o seu trabalho com diversas fotografias e o enriquece com farta documentação, pondo em relêvo as vantagens e a segurança de seus novos processos na terapêutica das queimaduras.

Faz, em seguida, algumas considerações relacionadas com o novo tratamento e diz da facilidade com que o seu preparado "Prontosil-ácido-tânico" pode ser aplicado, por meio de simples pulverizações, repartidas uniformemente sôbre as superfícies lesadas; diz dos cuidados de assepsia local, que não diferem de como se faz comumente, mas chama particular atenção para o estado de humidade que pode apresentar a ferida, convindo esteja bem enxuta, bem sêca, antes de iniciar a pulverização, recomenda, ademais, que se não deve colocar curativos deixando as lesões a descoberto, mas construir aparelhos protetores em gaiola de arame, tal como se faz entre nós; lembra, outrossim, os cuidados que se deve ter quanto às posições dos membros, cabeça, etc., a-fim-de evitar cicatrizes retrateis ou viciosa, o que poderia acontecer se não fossem tomadas essas precauções; assegura, por outro lado, perfeita restituição tissular nas queimaduras até o 2.º gráu,

embora em alguns casos possa restar uma ligeira pigmentação cutânea, que desapareceria posteriormente; alude à ação sedativa local e imediata do seu preparado e finalmente atesta a escassez de absorção da sulfanilamida de seu preparado, dosada no sangue de sêus enfêrmos, talvez devido à consistência que lhe dá a presença do ácido tânico à sua fórmula, do que se deriva a grande vantgaem de não se precisar preocupar com a quantidade do Prontosil aplicada à superfície cruenta. assim evitando uma ação tóxica geral e cumulativa, ao mesmo tempo permitindo conservar sua alta concentração "in situ", sem alterar sua particular ação bacteriostática e anti-infecciosa local.

Por tudo isso, e sôbretudo pela eficiência comprovada e sua rapidez de ação, a par da melhor comodidade de aplicação, o novo método para tratamento local das queimaduras em geral, preconizado pelo Dr. Alfredo Giuliano vem obtendo largo emprêgo e já entre nós permite franca aceitação.

Clovens Peixoto.

DIVISÃO — Abdomen — **SUB-DIV.** — Intest. — **CLASSE III**

ASSUNTO — *Invaginação intestinal aguda no adulto*

REVISTA — *Rev. Méd. Cien. Afines. — Abril, 1943*

AUTORES — *Lavaleta, D.*, Rossi, *A.*

Etiologia — no menino nem sempre há causa aparente, no adulto deve se procurar sempre; os tumores e os divertículos de Meckel estão quasi sempre presentes de maneira que em presença de invaginação suspeitar de uma destas causas.

Patologia — afirma o que é clássico, ser mais frequente ao nível do ângulo ileo-cecal.

Pode ser descendente e ascendente sendo a primeira a mais frequente.

Chama a atenção para a importante função que desempenha o mesentério na invaginação; assim é que se observa o intestino pregeado do nível do bordo de

inserção do mesentério e com êste (e sob a mesma causa) descreve um movimento helicoidal, que chega mesmo a passar de 360 gráus (360°). Isto fez com que Nichols observasse que êste movimento helicoidal se opunha a desinvaginação e viu que as manobras de distorção deram êxito num caso pessoal.

Quanto ao clínico diz que o tumor e a eliminação de sangue são sintomas primordiais, embora esteja com o que é sabido, pouca frequência do segundo sintoma no adulto.

Os demais sintomas são os de oclusão.

A radiologia mostra aquí a oclusão por invaginação e orienta no processo de redução. Lastima ter faltado êste meio semiótico nas suas observações.

Tratamento: — divide em conservador e cirúrgico. Entre os conservadores temos: colocação de sonda Miller-Abott e de maior valia é o método Hirschprung — de manobras manuais abdominais e radioscopia com enema baritado (o doente sob narcose).

Diz não ser perigoso quando se faz com cuidado e além disso firma o diagnóstico.

Como tratamento cirúrgico 1.°) redução, 2.°) operação de Widenham Marissell-Jesset pouco usado, 3.°) sutura dos cilindros ao nível do anel de estrangulamento e esperar a eliminação, 4.°) conduta mais natural é a resecção em bloco, operação entretanto grave, 5.°) anastomose formando esporão e esteriorização.

Amadeu.

DIVISÃO — Abdomen — **SUB-DIV.** — Intest. — **CLASSE III**

ASSUNTO — *Invaginações intestinais por diverticulo de Meckel.*
REVISTA — *Rev. Méd. Cien. Afinès. — Abril, 1943*
AUTORES — *Branco, L. V. Echegaray, E. M.*

Os autores apresentam um caso operado num menino de 2 anos e 7 meses.

A invaginação encontrada foi íleo-cólica, a redução foi feita sem dificuldade percebendo-se na manobra que no bordo livre do intestino delgado havia uma

umbelicação. Era um divertículo invaginado em dedo de luva constituindo a cabeça de invaginação. Com a expressão foi feita à redução. Achava-se o mesmo a 50 cms. do ângulo íleo-cecal. A uns 20 cms. do mesmo ângulo existe outro divertículo.

O intestino depois de banhado com sôro quente apresenta-se com boa vitabilidade pelo que foi resecado apenas o divertículo.

Entrando em considerações pensa que o divertículo invaginou-se arrastando a porção de íleo subjacente dando uma invaginação ileal a qual atravessou a válvula íleo-cecal arrastando o intestino grosso e dando a íleocecólica (Esta ocupa o segundo lugar em invaginação por divertículo sendo o primeiro grupo formado pela íleo-ileal).

Justifica a conduta cirúrgica de sómente resecar o divertículo, 1.º) por está o intestino em boas condições; 2.º) por duvidar das condições do divertículo; 3.º) por ser insignificante o tempo de sua resecção; 4.º) por saber que subexiste o perigo de uma nova invaginação.

Acrescente-se ainda que a persistência do divertículo é de maior perigo que a do apêndice.

DIVISÃO — Geral — **SUB-DIVISÃO** — Vasos — **CLASSE** IV

ASSUNTO — *O emprego da sulfamida por via arterial*

REVISTA — *III Cong. Bras. Am. de Cirurgia.*

AUTOR — *Ribeiro, E. B.*

Estuda o autor a via arterial para a introdução de medicamentos e cita os pesquisadores que se empenharam no assunto.

Diz que a sulfamida oferece mais vantagens que os demais antisséticos pois tanto o mercúrio cromo como a violeta de genciana e as vacinas dão reações dolorosas e febrís, sempre desagradáveis.

Outros medicamentos produzem vaso-constricção, etc. Com a sulfamida temos outras vantagens: é bem suportada, não desperta dor, não produz reação febril,

não provoca reação endovasal, permite o uso de vinte ou mais picadas no mesmo lugar e exerce uma ação sedativa quasi que imediata sôbre o foco de infecção.

A ação terapêutica diz não ser devido sómente ao poder antissético, mas também, ao efeito sôbre a fisiodinâmica arterial e capilar modificando a vasomotricidade que trás benefício à reparação dos tecidos lesados.

Nisto segue Nunes da Costa que afirma "é fantasia pretender que apenas à sua ação antimicrobiana devemos atribuir os efeitos terapêuticos".

Para provocar uma êxtase cita o garrote durante 15 minutos preconizado por João dos Santos.

Passa em revista as várias afecções passíveis dêste tratamento: pioartrites, linfangites, fleimões, ostemielites, etc.

Como preventivo na traumatologia deve ser empregado para profilaxia de supurações e do próprio tétano.

Amadeu.

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

ASSUNTO — *Os gazes de combate.*

REVISTA — *Excerta Méd. do S. C. O P. — Dezembro, 1942*

AUTOR — *Munoz*, A. *T.*

Lamentando tratar de um assunto relacionado com algo proscrito, não só pelos Convênios Internacionais, igualmente pelos mais elementares princípios de humanidade — o autor define, historía e classifica os gases de combate. Recorda as principais medidas de proteção, acessíveis ao médico, em geral, e, as enumera:

proteção individual;
refúgios à prova de gases;
evacuação e dispersão das povoações civis;
meios de descobrimento dos gases;
estações de depurações.

Sôbre a detenção sensorial que se obtem particularmente pelo olfato — estabelece o A. um cotêjo entre os odores mais comuns e as substâncias químicas empregadas. Assim, os gases lacrimogêneos têm um odor se-

melhante ao da flor de maçã, ou ao papel mata môscas de fabricação americana, os esternutatórios ao do fumo do carvão de pedra, os vesicantes ao alho ou mostarda, enquanto os sufocantes aproximam-se do cheiro do clorêto de cálcio, etc.

No tratamento dos gasados refere medidas gerais que compreendem o afastamento da zona contaminada, isolamento e repouso e os próprios de cada variedade de intoxicação, sôbre os quais discorre longamente.

Amadeu.

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

ASSUNTO — *Observações práticas sôbre anestesia anestesia posto principal de socorro e nos hospitais de campo.*

REVISTA — *Rev. San. Mil., Buenos Aires.*

AUTOR — *Holle, F. Tradução de Bambieri, P.*

Baseado em centenas de casos, trata da utilização de diversos anestésicos: SEE, Éter, cloretilo, anestesia local, clorofórmio e Evipan, no Pôsto principal de Socôrro e no Hospital de Campo, de acôrdo com a experiência recolhida pela equipe cirúrgica especial (Hospital Especial Cirúrgico do Comando Superior na campanha contra a Rússia. Assinala, antes de tudo, a simplificação do trabalho com o emprêgo do SEE, forte preconizado só ou como anestésico de base, sem que ocorram acidentes. O produto SEE é fabricado em duas concentrações pela casa Merck:

Bromidrato de escopolamina . .	—	0, 000 5
Eucodal	—	0, 01
Efetonina	—	0, 05
2)		
Bromidrato de escopolamina	—	0, 01
Eucodal	—	0, 02
Efetonina	—	0, 05

Considerações são feitas sôbre os anestésicos por inhalação e demonstra-se que o emprêgo do éter como anestésico principal nas formações da frente dá resultados secundários. Seus inconvenientes são remediados

com o SEE como anestésico de base, a máscara de Ombredanne e uma organização destinada a prevenir as explosões. Concede-se ao cloretilo um lugar destacado na anestesia inicial preparatória da profunda. Do clorofórmio só nos casos anestésico-resistentes. Despresa a anestesia local em grande escala, na guerra de movimento e a prefere quando há perigo para a respiração por causas centrais ou periféricas. O Eripan é prescindível nos trabalhos de Cirurgia em Campanha uma vez que se consegue boas anestesias com os quatro medicamentos: SEE, Éter, Cloretilo e Anestesia local.

D. Amaral.

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

ASSUNTO — *Cuidados imediatos aos individuos atingidos de choque.*

REVISTA — *Rev. Méd. Cir. (Porto Alegre).*

AUTOR — *Monteiro, J. C.*

Inicialmente faz citações sôbre a sintomatologia Como provas de labotarório cita a dosagem globular, uréia, polipeptídios, glicose e potássio, etc., para estabelecer diferença com hemorragia.

Faz comentários sôbre as causas predisponentes e determinantes.

Sôbre a fisiopatologia faz as seguintes citações:

a) — teoria de Goltz (reflexa); **b)** — teoria de Crile (esgotamento dos centros vaso-motores); **c)** — de Meltzer (embolia gordurosa); **d)** — de Gaskil (desequilíbrio ácido básico); **e)** — de Sergent (esgotamento adrenálico); **f)** — de Quenu e Duval (tóxica); e etc.

Por último chama a atenção para o que defende a escola americana chefiada por Canon e Scuder dando valor ao aumento de potássio no sangue e a diminuição de proteínas no plasma provocando exemia e consequente condensação dos elementos vermelhos do sangue.

Tratamento: Repouso, morfina, aquecimento, etc.

Entretanto manda olhar no tratamento como base dois princípios: elevar a tensão arterial e repôr a massa circulante. Para isto reforça o valor dos extratos de

supra-renais dispensando os vários tônicos cardíacos que só prejuízo trazem matando-se doentes enxarcados com óleo canforado, etc.

Aliar clorêto de sódio que além de anti-tóxico contrabalança a ação nociva do potássio aumentado pelo choque. Quanto às injeções de sôro fisiológico e glicosado sabemos que êles tendem a fugir dos vasos pelo quadro criado e por isso surgiu o sôro gomado que dá reações sérias e provoca distúrbios renais e hepáticos. Surgiu então a transfusão de sangue total; entretanto êste não é tão rico em proteínas como o plasma e por isto o uso dêste em última análise é mais racional e puramente científico.

Amadeu.

DIVISÃO — Genit. — **SUB-DIVISÃO** — Genit. — **CLASSE** IV

ASSUNTO — *Estudo comparativo da via abdominal e vaginal em cirurgia gínecologica.*
REVISTA — *Rev. Méd. Cir. Farm.* — *Maio, 1943*
AUTOR — *Mattos, Sylla.*

Julga o A. que em cirurgia ginecológica, não se pode ser exclusivista, pois que existem indicações perfeitas para optar pela via vaginal ou abdominal. Não é partidário da escola de Chueco para quem a via vaginal seria suficiente para tôda e qualquer intervenção ginecológica, nem tão pouco se filia ao pensar de Latzco que sistematicamente a condena. Cabe ao seu vêr ao bom senso do cirurgião a escôlha da via operatória, atendendo a diversas condições, tais como: estado civil, condições físicas da paciente, estado do órgão a ser tratado, volume, localização, coleções purulentas, etc. Detendo-se um pouco na questão do câncer do útero, refere à preferência de via de acesso é condicionada a interpretação do conceito de evolução e propagação da neoplasia. Não há, pois, no seu entender, motivo plausível por uma determinada via, pois que, em cirurgia, principalmente na especializada, a orientação técnica só pode ser definidamente estabelecida diante de cada caso e não faltando boa orientação e bom senso os resultados serão satisfatórios.

A. Temporal.

Páginas

pombo pelo RX, sulfanilamida e soroterapia; **Carlos Nicola** e **Alfredo Vilafrane** — Considerações sôbre o quadro clínico e o tratamento dos grandes queimados; **Luiz Rocha Azevedo** — Contribuição ao tratamento das queimaduras **Nasio J.** — Sulfanilamidoterapia em cirurgia geral, **Cataneo L.** — Esfôrço em acidente de trabalho; **Giuliano, A.** — O tratamento local nos queimados com o preparado prontosil-ácido-tânico; **Lavaleta D., Rossi A.** — Invaginação intestinal aguda no adulto; **Branco, L. V., Echegaray E. M.** — Invaginações intestinais por divertículo de Meckel; **Ribeiro, E. B.** — O emprêgo da sulfamida por via arterial; **Munoz, A. T.** — Os gases de combate; **Monteiro, J. C.** — Cuidados imediatos aos indivíduos atingidos de choque; **Mattos Sylla** — Estudo comparativo da via abdominal e vaginal em cirurgia ginecológica 161

Real Hospital Português de Beneficencia em Pernambuco

Secção de Casa de Saúde para pencionistas, dispondo das mais modernas instalações.

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.