

Comentários Bibliográficos

Nesta secção será feito o comentário dos artigos originais de revistas e dos livros enviados à Biblioteca da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Análise de revistas

CLÍNICA MÉDICA

E. J. Cohen — A molestia de Basedow (afecção do sistema nervoso vegetativo) — Annales de Médecine — Tomo 42 — N.º 5 — Dezembro 1937.

1 — A experimentação demonstra a influência do simpático sobre as oxidações: unidade fundamental do metabolismo básico.

a) — Nos animais tireoidectomizados, a injeção de adrenalina eleva o metabolismo básico (Marine).

b) — A ergotamina neutraliza o efeito da tiroxina (Abherhalden e Wertheimer).

c) — As substâncias que modificam o tonus do simpático modificam no mesmo sentido o metabolismo básico.

2 — A tireoide e a suprarrenal agem sobre o consumo básico, modificando o tonus desse sistema nervoso, e não têm ação direta sobre as oxidações.

3 — Nestas condições, o metabolismo básico não deveria mais ser considerado como o “test” da atividade tireoidiana, mas sim como “test” da atividade do simpático; é pois uma prova vegetativa.

4 — Todos os sinais da síndrome basedoviana são sinais vegetativos, também compreendido o metabolismo básico.

5 — Nem todas as diversas fórmulas da síndrome basedoviana têm o mesmo substrato endócrino; variam de acordo com as perturbações pluriglandulares, em que o fator tireoideu é frequente mas não indispensável.

A lesão do simpático pode ser a origem da síndrome e da disfunção pluriglandular.

Portanto, quer sob o ponto de vista sintomatológico como sob o ponto de vista patológico, a síndrome basedoviana é uma anofonia vegetativa e não uma disfunção tireoidiana.

Saint Pastous

A. Baisset et Ch. Darnaud — O tratamento do diabete sacarino pelos regimes ricos em hidrocarbonados. — Annales de Médecine — Tomo 43 — N.º 2 — Fevereiro de 1938.

Diabete é a incapacidade de utilização da glicose pelos tecidos.

É um “jejum” de hidratos de carbono, parcial ou total.

A gravidade do diabete depende do grau desse jejum.

A hiperglicemia é uma contra-reação de compensação no sentido de melhor utilização da glicose pelos tecidos.

Não está provado que a hiperglicistia acompanhasse a hiperglicemia; em si, a hiperglicemia não é tão perigosa. No diabete grave, a hiperglicemia já não é suficiente à utilização dos hidratos de carbono.

Então aparece a cetonúria, que depende de um jejum maior de HC. E' idêntica à do jejum verdadeiro.

Si para reduzir a glicosúria e a hiperglicemia, se reduzem os HC, priva-se o organismo do seu mecanismo de compensação. Atenuam-se os sintomas, mas se agravam os efeitos do diabete. A hipercolesterinemia, responsável talvez pela arterite, pela nefrite e a hipertensão (Joslin) é provavelmente o efeito dos regimes muito ricos em gorduras e muito pobres em HC.

Os regimes ricos em HC têm a finalidade de lutar, não contra os sinais do diabete, mas contra a própria moléstia.

E' o que prova a melhora dos doentes.

Graças a êsses regimes e à adição da insulina, chega-se a manter os tecidos em estado de nutrição semelhante ao estado normal.

Saint Pastous

M. Georges Mouriquand. — Les Paravitaminoses — Bulletin de l'Académie de Médecine, 14 Juin 1938.

Com os seus 25 anos de investigações vai o A. das clássicas avitaminoses às hodiernas **paravitaminoses**, dando àquelas, concepção específica, e a estas, inespecífica. A primeira, a avitaminose, regride à terapêutica vitamínica — é reversível; a **paravitaminose** é irreversível.

Fundamentando-se em dados experimentais, estuda a **paravitaminose** ligada à avitaminose C aguda e crônica.

Dois estados principais — eutrófico e distrófico estão presentes na avitaminose C aguda. O distrófico irreversível não se influencia pela ação do ácido ascórbico — é a **paravitaminose aguda** do tipo atrésico e que evolue segundo leis próprias. O ácido ascórbico não é mais retido, sua taxa desce ao máximo, perde a ação óxido-redutora em face do quimismo celular. A avitaminose C crônica, sensível ao ácido ascórbico, si deixada evoluer, apesar da franca tendência regressiva ocasiona muitas vezes retrações musculares com anquilose do tipo reumático, que irreversíveis, não regridem pela terapêutica específica — é a paravitaminose. E, neste rol estão escleroses viscerais e musculares de diagnóstico árduo, por vezes facilitado, no entanto, pela verificação quantitativa do ácido ascórbico, que se apresenta baixo, 0,30 mais ou menos ao envez de 1 miligramo, o normal.

César Santos

G. Roussy e M. Mosinger — A neurocrinía hipofisária e os processos neurocrínicos em geral — Annales d'Anatomie Pathologique e d'Anatomie Normale Medico-Chirurgicale. N.º 3 — Março de 1937.

Os autores após documentado estudo, calcado em experiências e observações pessoais, chegam às seguintes

Conclusões

1.º) A neurocrinía hipofisária apresenta numerosas modalidades histopatológicas e podem-se-lhe distinguir segundo a natureza dos produtos de excreção: as neurocrinias celular, pigmentar e colóide.

A neurocrinía colóide é diréta ou indiréta e esta abrange diferentes processos: a perihemoneurocrinía, a hemoneurocrinía, a neurohidrencefalocrinía, a hemohidrencefalocrinía e a meningoerinía.

2.º) No desenrolar da hiperneurocrinía experimental, a colóide hipofisária tem tendência a caminhar ao longo dos vias nervosas, dirigindo-se para territórios afastados do hipotálamo (tálamo, mesencéfalo, formações olfativas). Esta imigração da colóide ao longo dos feixes nervosos é comparavel, pensamos nós, à tendência apresentada por certas toxinas de atingir os centros nervosos (neuroprobasia de Levaditi).

3.º) Pela neurocrinía, a hipófise pode agir sôbre a totalidade do sistema nervoso, mas age mais particularmente a) sôbre os centros neurovegetativos superiores do hipotálamo; b) sobre certas formações motoras extrapiramidais do subtálamo; c) sôbre seus próprios centros excitossecretores.

4.º) A ação da hipófise sobre seus centros excitossecretores mostra que existe uma verdadeira autorregulação das glândulas endócrinas.

5.º) A hiperneurocrinía experimental determina reações neuronais muito intensas, indo até à degeneração das células nervosas.

6.º) A neurocrinía hipofisária é apenas uma modalidade particular de um processo endocrínico muito geral. Por êste processo os hormônios estimulam o funcionamento do sistema nervoso, agindo, seja diretamente sôbre os centros nervosos (mecanismo hormonioneural central) seja sôbre as determinações nervosas (mecanismo hormonioneural periférico).

Oscar Geyer

CLÍNICA CIRÚRGICA

Dr. Walter Abel (Hamburg) — A patologia e terapêutica do divertículo do duodeno (Pathologie und Therapie der Duodenallivertikel). — *Der Chirurgie* — N.º 5 — 1938 — página 149.

Acha que o divertículo do duodeno é uma afeção relativamente frequente, pois nos tres últimos anos, encontrou na literatura médica, uma relação de 30 casos citados.

O diagnóstico quasi que sómente pode ser feito, radiologicamente, pois os sintomas se confundem com os da úlcera juxta-pilórica, da úlcera duodenal e às vezes das afeções hepato-biliares. — Radiologicamente, a conformação é típica e como sinal de valor o autor cita as dobras de mucosa que se dirigem perpendicularmente para o divertículo.

Existem tres espécies de divertículos: 1.º — os congênitos, que correspondem aos de Meckel no íleo, muito raros; 2.º — os falsos divertículos, muito mais frequentes, e que correspondem aos divertículos de Graser no intestino grosso; 3.º — os pseudos divertículos, formados à custa de aderências.

Os pequenos divertículos somente trazem perturbações quando próximo à papila de Vater, por compressão do colédoeo, com icterícia e infecção ascendente. — Os divertículos maiores podem trazer perturbações por retenção, infecção e compressão do duodeno pelo divertículo. Por esta razão, interessa também saber pelo exame radioscópico, a posição, o tamanho, retenção e a dôr à pressão sôbre o divertículo.

Aconselha sempre iniciar o tratamento por uma cura médica, que nos pequenos divertículos sempre dá bons resultados. Quando se fizer mistér a intervenção cirúrgica, esta será determinada pela séde do divertículo. —

Os divertículos isolados do Joelho superior podem ser extirpados livremente, fazendo-se após uma sutura em tres camadas na brecha duodenal. O mesmo se dá nos divertículos grandes e que não tenham aderido ao tecido pancreático, quando situados na parte inferior, ascendente e angulo duodeno-jejunal. — Nos pequenos, deve ser feita a invaginação e sutura da camada muscular. — Deverá ser pesquisada a possibilidade da concomitância duma úlcera. — Nos divertículos próximos à papila de Valter, que são inextirpáveis, deveremos lançar mão da ressecção gástrica com exclusão do duodeno.

G. Secco Eichenberg

Prof. H. Haxthausen (Kopenhagen) — Experimentos em torno das condições das correntes circulatórias nas varizes, por meio de injeções intravenosas de corantes. — (Untersuchungen ueber die Stroemungsverhältnisse bei Varicen mittels intravenoeser Farbstoff-Injektionen). — Der Chirurg — N.º 2 — 1938 — pág. 41.

Estudos anteriores do autor em tórno da circulação cutânea capilar, em portadores de varices, permitiram firmar as seguintes conclusões: 1.º — não existe uma verdadeira estase nos capilares cutâneos; a velocidade da corrente circulatória nos capilares não é modificada pela mudança de posição do indivíduo; 2.º — a torrente sanguínea corre, na posição erecta do indivíduo, com uma pressão anormal muito elevada, o que dá lugar ao edema de filtração. — 3.º — conforme verificações procedidas, este edema verifica-se com muito mais facilidade no terço inferior da perna, que no terço superior e no pé; 4.º — estes edemas aparecem mais facilmente na posição erecta, desaparecem facilmente no início, mas com o tempo trazem modificações para os tecidos infiltrados.

O autor procurou verificar por injeções intravenosas de substâncias corantes, as condições circulatórias nas próprias varices. Para tal empregou o corante T 1824 de autoria de Gregersen (São Francisco), cuja composição desconhece, mas que se emprega numa solução a 1% — 2 a 3 cc, e é completamente inócua, corando facilmente de azul o soro. — Numas experiências injetou na veia do cotovelo e observou o sangue retirado nas varices, e noutras operou de modo inverso, tomando os indivíduos as mais variadas posições (de pé, deitados, caminhando, etc.).

Resume os resultados de suas experiências nas seguintes afirmações: a) existe uma corrente circulatória bem apreciável nas varices superficiais, o que demonstra que só excepcionalmente poder-se-á falar na “exclusão” das varices do sistema circulatório; b) a corrente é mais intensa ao caminhar, que parado o indivíduo; c) corrente retrógrada sómente uma vez foi observada, estando o paciente a caminhar. Assim, pois, estes experimentos falam contra a teoria da “circulação privada” das varices.

G. Secco Eichenberg

Touraine et Duperrat. — Os Angiomas, Tumores Evolutivos. — Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. — 7.ª Série, tomo 9, n.º 7, Julho 1938, pág. 545.

Os autores fazem um estudo de conjunto dos diversos tipos de angiocoma, de acôrdo com as idéias expostas por um deles em sua recente tése: — Estudo dos Angiomas, tumores evolutivos — Paris 1938.

Segundo a etiologia e os caracteres anatomoclínicos, os autores propõem uma classificação dos angiomas, da seguinte maneira:

Grupo I: Angiomas determinados por uma inflamação local; nestes, o tecido intersticial é o de todos os processos inflamatórios subagudos ou crônicos do mesênquima, com os aspectos habituais de diapedese e macrofagia. Neste grupo estão incluídos os brotos carnudos cicatriciais, as dermatoses vegetantes de aspecto angiomatoso (papilomas, pênfigo vegetante, sarcóides angiomatosos, angiólupóides, angioqueratonias) o granuloma telangiectásico ou pseudobotriomicoma e as telangiectasias e angiomas das cicatrizes, das angioescleroses e das esclerodermias.

Grupo II: Angiomas mixtos em que o fator local inflamatório se associa ao fator constitucional disembrioplástico; há um fator local agindo sobre tecidos com lesões do tipo da “**status varicosus**”. Nestes, o processo histológico perde seus caracteres inflamatórios francos e toma o de uma organização metódica de sistema retículo-endotelial construtivo.

Há a considerar neste grupo, três sub grupos:

1.º) Angiomas em que predomina o fator etiológico inflamatório, o fator constitucional, tendo papel reduzido; são os processos de capilarite ectasiante: púrpura anular telangiectásico de Mayochei, angioma serpiginoso de Crocúer ou nervos lupus de Hutchinson; a “**telangiectasia macularis eruptiva pretaus**” de Parkes Weler e a angiomatose miliar de Steiner e Voruer, além das estrêlas vasculares de Hanot e Gilbert.

2.º) Angiomas com discriminação etiológica difícil entre fatores adquiridos e congênitos; manchas rubis, angiomas senís ou telangiectasias papilosas disseminadas de Siemens e os angioneuromiomas arteriais ou tumores gliômicos de Masson.

3.º) Angiomas em cuja etiologia mixta predominam os fatores constitucionais sobre os inflamatórios: são as telangiectasias, quer em placas, quer regionais.

Grupo III: Angiomas cujo fator etiológico ocasional, quer local, quer geral, passa habitualmente despercebido ou é de reduzida importância, e cujo fator congênito, disembrioplástico é, ao contrário, evidente. O processo histológico é, então, ou de simples hiperplasia com conservação das relações habituais entre os componentes dos tecidos, ou pode constituir por uma proliferação excessiva, verdadeiro processo tumoral. Este grupo compreende dois tipos secundários: 1.º) hiperplasias benignas, abrangendo: a) angiomas simples, monoteciduais, telangiectasias congênitas, angiomas estrelados ou “*Nevi-Aranei*”, angomas planos, angiomas tuberosos, cavernosos, hipertróficos (celulares ou vasculares e b) angiomas complexos ou pluriteciduais, que podem ser locais ou parcelares (angioqueratomas, angiofibromas, angiolipomas, angiomixomas, angioadenomas ou generalizados (neviangiomatoses, angiomatose ou pseudosarcomatose de Rapsi e as facomatoses de Van der Hoeve.

Finalmente, em 2.º subgrupo, o das hiperplasias malignas que são os angiomas malignos e os angiossarcomas.

Dr. René Marino Flores

CARDIOLOGIA**R. Leriche — Reflexões sôbre o tratamento cirúrgico da hipertensão arterial solitária.** — Presse Médicale — N.º 26 — 30 Março 1938.

As considerações do A. são feitas a propósito de 19 casos operados nestes últimos anos, permitindo-lhe fixar algumas orientações sôbre o problema.

— Há casos em que nada se obtém, sendo de opinião que a marcha implacável da doença em vez de ser indicação, como se poderia naturalmente pensar, constitue antes uma contra-indicação operatória.

— Deve-se recusar intervir em doentes de mais de 55 anos, em casos de deficiência cardíaca ou com mau eletrocardiograma, na insuficiência renal revelada por azotemia e má eliminação da fenosulfoftaleína.

— **A secção unilateral dos esplâncnicos** (com ou sem ablação ganglionar concomitante) pode melhorar o estado de certos hipertensos e determinar uma correção durável da tensão. No entanto, habitualmente, nos casos operados pelo A., a baixa tensional produzida foi transitória.

— A secção bilateral dos esplâncnicos pôde dar bons resultados e completar a ação da operação unilateral, não constituindo, no entretanto, na opinião do A., a operação mais segura.

— A propósito da **suprarrenalectomia unilateral** cita dois casos que lhe permitem afirmar que nesses como em certos anginosos que são coronarianos graves, a operação, si não cura, evita ou pelo menos retarda a morte.

Os resultados cirúrgicos podem contribuir para esclarecer a patogenia da hipertensão solitária?

As observações do A. tendem a destacar o fator suprarrenaliano, fazendo da hipertensão uma disepinefria, uma doença endócrina; vale como orientação e não como demonstração. Também, no presente momento, numerosos fatos experimentais salientam a origem renal, parecendo ao autor que a doença tem pelo menos tanto de aspeto hormonal e suprarrenal, quanto de fisionomia renal, sobretudo em seus primórdios.

P. Maciel

Marcel Berard. — O Tratamento Cirúrgico Da Angina De Peito Pelos Métodos De Revascularização Do Miocárdio. — La Presse Médicale — N.º 10 — 2 de Fevereiro de 1938.

— O conhecimento do mecanismo fisiopatológico da crise anginosa e da morte, na angina de peito, evidenciando a importância das lesões coronárias e das perturbações da vascularização miocárdica consequentes, sugeriu a possibilidade da revascularização cirúrgica do miocárdio.

Os estudos experimentais de Leriche e Fontaine, mostrando as possibilidades não só anatômicas como funcionais do restabelecimento circulatório anastomótico após obliteração coronária, os trabalhos de Hudson, Moritz e Wearn provando a existência de anastomoses arteriais extra-cardíacas, e a verificação da possibilidade de circulação anastomótica creada artificialmente como num caso relatado por Beck em que se produziu abundante hemorragia pela secção d'uma brida cicatricial que se extendia da base do ventrículo esquerdo ao pericárdio parietal, levaram este cirurgião e Moritz a realizar uma série de notáveis trabalhos experimentais em cães, cujos resultados justificaram plenamente o novo método de tratamento cirúrgico.

Enxertos vasculares com epiplon e tecido muscular pediculado, supriam o déficit sanguíneo miocárdico, permitindo a obstrução total das coronárias realizada progressivamente, sem prejuízo da função cardíaca.

— A secção do pedículo enxertado, nestes casos, determina a morte imediata do animal.

Uma primeira intervenção com pleno sucesso, levou Beck a praticá-la em mais 11 doentes, com 6 sucessos.

Recentemente O' Shanghuessy, na Inglaterra, publicou uma série de 6 casos operados com uma única morte por hemorragia intestinal de úlcera duodenal; nos 5 restantes desapareceram progressivamente as crises anginosas, retomando alguns pacientes sua vida normal.

Que juízo se pôde fazer do método no presente momento

“O grande argumento teórico que se lhe pôde opor é o de só lutar, na síndrome anginosa, contra o elemento isquêmico.

Praticamente há a ressaltar a gravidade da intervenção.

Beck experimenta, o momento, substituir o enxerto muscular pediculado pelotecido gorduroso mediastínico juxtapericárdico.

P. Maciel

Roger Froment et M. Jeune. — Estudo Dum Caso De Tireoidectomia Total Por Cardiopatia Descompensada. — Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux — Junho de 1938.

Desde que foi proposta por Blumgart e outros, a tireoidectomia, como tratamento de certas insuficiências cardíacas, tem sido objeto de numerosas discussões referentes à sua indicação, ao seu modo de agir e aos seus resultados. Froment e Jeune relatam um caso de tireoidectomia em cardiopata, cujo interêsse está não só nas consequências da intervenção, com as hipóteses que suscitam, mas também no fato de ser um caso estudado durante tres anos e meio, o que não é frequente na literatura referente ao assunto.

Trata-se de uma mulher de 42 anos que, havendo antes gozado saúde perfeita, apresenta um quadro de emagrecimento, palidez, tosse hiberna e surtos febrís repetidos. O exame objetivo revela febre de 38°, ritmo de galope com taquicardia sinusal e sinais discretos de estase circulatória. A tensão arterial é normal; não há lesões valvulares, nem albuminúria, nem sinais de aortite. O exame radiológico mostra um coração muito hipertrofiado, com aorta normal. Nenhum sinal de tuberculose nem de sífilis. Wassermann negativo. Tireóide aparentemente normal.

A-pesar-do tratamento muito intenso com digital e uabaina, o estado da enferma, que se agravava mês e meio após a entrada no hospital, permaneceu estacionário durante meses. Foi proposta a tireoidectomia total: metabolismo básico de +11%.

Feita a intervenção, o cirurgião constata, somente, um pequeno adenoma colóide, do tamanho de uma avelã grande, no lobo tireoideu esquerdo. Postoperatório bom.

Decorridos mês e meio da operação, começam a aparecer sinais nitidos de melhora cardíaca. M. B. de -4,3%. Como baixasse a -13 com sinais de hipotireoidia, administra-se extrato tireoideu. A paciente passa bem durante mais de ano. Estado cardíaco muito bom. A dóse de Tiroxina Roche é de 8 mgrs. nos 6 primeiros dias de cada mês. Completa-a uma cura mensal de digital.

Como o emagrecimento fôsse consideravel, supende-se por algum tempo a tiroxina. Surgem sinais de mixedema e a área cardíaca aumenta muito, sem sinais de insuficiência cardíaca. O M. B. baixa a —30%.

Recomeça-se o tratamento pelo extrato tireoideu. Com grande surpresa, êste é mal tolerado; o estado cardíaco se agrava, a suspensão da tiroxina apenas serve para aumentar o mixedema, os grandes cardiotônicos não surtem efeito e a paciente morre.

A autópsia não esclarece em nada a etiologia possível da cardiopatia. O exame histopatológico é igualmente infrutífero.

Como frizam os autores, o caso é interessante por vários motivos. Cumpre, em primeiro lugar, saber si o efeito benéfico da tireoidectomia deve ser atribuído à baixa do metabolismo (aliás pequena) ou terá corrido antes por conta da supressão do adenoma colóide, causa possível da cardiopatia, por tireotoxicose. Aliás, o que parece haver escapado aos autores, a tireotoxicose poderia explicar o quadro inicial de emagrecimento, febre e tosse. Ela pode ser a causa latente ou não reconhecida de algumas cardiopatias melhoradas pela tireoidectomia.

Em segundo lugar (ainda segundo os AA.) é preciso notar o aumento de volume do coração por mixedema postoperatório, mixedema cardíaco desacompanhado de insuficiência e capaz de regressão com o tratamento tireoideu. Finalmente, é importante assinalar que êste último, em casos raros, pôde agravar o estado do doente, envez de melhorá-lo, produzindo trágicas surpresas.

Rubens Maciel

RADIOLOGIA

Paul Gilbert (Paris). — **A Roentgenterapia das Adenoidites.** — (Comunicação ao Congresso Internacional de Radiologia, realizado em setembro de 1937, na cidade de Chicago). — *Journal de Radiologie et d'électrologie.* — Tomo 22 — N.º 1.

O A. faz, de início, um ligeiro apanhado da fisiopatologia do "cavum", principalmente do que diz respeito às vegetações adenoides ou hipertrofia inflamatória das formações linfóides existentes no rinofaringe, no primeiro quinzênio da vida.

Depois de descrever os sintomas dominantes (mecânicos e infecciosos), o autor passa a tratar da terapêutica das adenoidites.

Apezar-de compreender geralmente um primeiro tempo médico, êste tratamento é essencialmente cirúrgico e consiste na curetagem das vegetações. Contudo, segundo os próprios otorrinonolaringologistas, esta ablação nem sempre é facil, principalmente si o tecido linfóide se dispõe em lençol, atapetando a parede faringeano.

Mesmo no caso de vegetações conglomeradas, existem contra-indicações para a intervenção cirúrgica:

- Intervenção precóce (antes dos 4 anos);
- Infecção aguda;
- máu estado geral;;
- coexistência de um síndrome hemorrágico;
- malformações palatinas;
- lesões localizadas no orifício faringeano da trompa.

A própria natureza histica das vegetações permitiria prever a ação benéfica dos raios roentgen sobre elas, pois sabe-se que o tecido linfóide ocupa o primeiro lugar na escala da radiosensibilidade dos tecidos humanos.

Quanto ao segundo elemento do síndrome, a inflamação, as últimas aquisições mostraram como os estados inflamatórios, sobretudo os superficiais, são favoravelmente influenciados pelos raios em doses fracas.

Apoiado sobre dados experimentais sólidos, o tratamento radiológico mostrou-se, na pratica, eficaz.

Dizendo ter tratado com sucesso mais de 50 crianças, das quais os $\frac{3}{4}$ com menos de um ano, o A. expõe a seguir a maneira como se processa a regressão das adenoidites e cita dois casos dos mais interessantes, retirados da tese de um aluno seu, casos estes graves, de intervenção cirúrgica contraindicada.

O autor emprega doses fracas de raios medianamente penetrantes, ou mesmo penetrantes, filtrados em $\frac{1}{2}$ mm. de cobre ou o equivalente em Al.

O A. insiste, a seguir, sobre a inoquidade do método, porisso que os tecidos vizinhos, principalmente o ósseo, em pleno desenvolvimento, não sofre influência das doses empregadas, sendo sua radiosensibilidade bastante inferior à do tecido linfóide.

Finalizando, o A. resume da seguinte fôrma suas.

CONCLUSÕES: O tecido adenoideano, por sua própria natureza, é extremamente radiosensível. As adenoidites sendo por definição sempre infectadas, beneficiam-se também da feliz ação da radioterapia sobre o processo inflamatório — noção relativamente recente.

A intervenção cirúrgica é muitas vezes temida nas crianças por causa de complicações sépticas possíveis.

As fracas doses de irradiação usadas tornam o método inofensivo e em nada complicam a intervenção, no caso de não terem trazido melhora.

Pelo contrário, a radioterapia pode trazer a cura nas recidivas operatórias.

Carlos Osório Lopes

PEDIATRIA

Robert Clement. — A Transfusão De Sangue No Lactente. — Presse Médicale — N.º 24 — 23-3-38. — Página 459.

O autor estuda a série de indicações da transfusão de sangue no lactente, citando como as mais frequentes e formais:

As hemorragias graves e mesmo pequenas, dos primeiros dias;

as hemorragias devidas à queda do cordão umbilical;

nas síndromes hemorrágicas que são a manifestação precoce duma hemofilia ou duma púrpura crônica;

a icterícia grave familiar do recém-nascido;

a icterícia grave infecciosa e a icterícia grave sífilítica que se acompanha de uma anemia severa e de hemorragias digestivas;

a icterícia hemolítica congênita;

na leucemia aguda;

na desnutrição e na hipotrofia (pequenas transfusões);

durante as moléstias infecciosas agudas e arrastadas;

nas queimaduras extensas;

nas broncopneumonias da primeira idade.

O sangue do doador deve ser do IV grupo ou de grupo igual ao do doentinho, sendo sempre preferível êste último nos casos de icterícia hemolítica.

A punção das veias superficiais sendo quasi sempre difficil, o autor recomenda proceder à dissecação de uma das veias da dobra do cotovelo.

Os incidentes são raros. A transfusão deve ser lenta e, si houver cianose e alterações do ritmo cardíaco ou respiratório, recomenda fazer injeções tonicardiacas.

Baseando-se em vários autores, indica como dôse máxima 30 cc por quilo de pêso da criança.

Em muitas circunstâncias, conclúe, uma transfusão de sangue tem indicações tão precisas e preciosas, que não se devem tomar em consideração as difficuldades de técnica.

M. Seligman

UROLOGIA

Andrew P. Peterson. — O Cateterismo Retrógado No Diagnóstico E No Tratamento Das Vesiculites Crônicas. — *The Journal Of Urology.* — Vol. 39 — N.º 5. — Maio de 1938. — Pág. 662.

Introdução — Começa o Autor por salientar que apezar do primeiro cateterismo do ejaculador ter sido feito há já mais de meio século, sua divulgação não tem sido grande. As difficuldades técnicas e a relativa facilidade da vasotomia proposta por Belfield tem sido a seu ver, os fatores que explicam esta pouca divulgação. Considera entretanto a vasotomia um processo muito radical, assim como toda cirurgia de vesícula. Em seu artigo propõe-se a demonstrar que o cateterismo dos ejaculadores não é tão difficil como se pensa.

Literatura — Passa a seguir em longa revista toda a literatura sobre o assunto mostrando a difficuldade que quasi todos os Autores atribuem ao processo.

Etiologia e patologia das vesiculites — Aborda também êste ponto mostrando que na grande maioria de seus casos o estafilococo e o micrococo catarral eram os germes responsáveis pelo processo. Alude a relativa raridade do gonococo, si bem que estas vesiculites sejam quasi sempre consequências de blenorragias. Estes resultados não estão entretanto de acôrdo com os de alguns outros autores, por exemplo, White Gradwohl que encontraram o gonococo em 80% de seus 1000 casos de vesiculites, sendo 60% em estado puro e 40% associado a outros germes.

Sintomatologia — Em geral dor no períneo, na região lombar ou no quadril. Polaquiúria, disúria, ejaculação precoce, espermatorréia e impotência são outros sintomas frequentes. Parestesias várias, como sensação de frio, de calor, ardência, pruridos, etc. em departamentos diversos do aparelho gênito-urinário. Ejaculação dolorosa e dôr depois do coito, assim como reflexos para o estado geral acompanhavam o quadro clínico muitas vezes.

Sinais objetivos: aumento da sensibilidade pelo toque, infiltração da região, pús e sangue nas secreções prostática ou vesicular obtidas por expressão, necrospermia, azoospermia, oligospermia, funiculite e epididimite.

Estende-se depois em considerações sôbre o toque retal, descrevendo

tres variedades de vesiculites diagnosticavis por êste exame: vesiculite catarral precoce, vesiculite catarral avançada e piovesiculôse. Em cada uma destas variedades detem-se sôbre diagnóstico e sintomatologia. Opõe estas fôrmas catarrais às fôrmas intersticiais.

Diagnóstico — Para o diagnóstico o Autor lança mão do toque vesicular e prostático e de um cuidadoso exame do epidídimo e cordão. O exame do esperma e do conteúdo vesicular e prostático obtido por expressão é também levado em conta.

Por fim refere-se a um processo de diagnóstico de muito valor, principalmente na determinação do tipo de vesiculite, a saber, a vesiculografia. Acha que o grande valor desta está no acompanhar a evolução clínica do caso assim como avaliar os resultados da terapêutica que está sendo usada. Para a vesiculografia faz o cateterismo dos ejaculadores com o "Lowsley-Peterson Universal Endoscope". Descreve detalhadamente o aparelho assim como a técnica de seu uso. Detem-se depois nas imagens vesiculográficas normais assim como as obtidas nos diversos tipos de vesiculites catarrais ou intersticiais. Faz tambem uma crítica das falsas imagens vesiculográficas. Esta parte de seu trabalho é acompanhada de numerosos "clichês" mostrando as bellissimas radiografias obtidas pelo Autor. Como meio de contraste usa o "Súiodan" ou o "Diotrast", produtos a base de iodoorgânico.

Tratamento — Depois de um periodo preparatório de dilatações e massagens suaves, feitas com intervalos regulares e com a bexiga cheia de tripaflavina ou rivanol-dextrose, passa Peterson à parte endoscopica de seu tratamento. As primeiras uretroscopias são apenas para tomar conhecimento do terreno, cauterizar as vegetações exuberantes, regularizar o veru, destruir os pseudopolipos inflamatórios, etc. Estas cauterizações são feitas com fenolglicerina em partes iguais. Sem êste preparo é absolutamente inutil se tentar o cateterismo dos ejaculadores. As tentativas feitas numa uretra não tratada resultam em hemorragias, perfurações de veru, perfurações dos ejaculadores, etc., com consecutiva formação de tecido cicatricial tornando quasi impossivel o sucesso de futuros tratamentos. Raramente existem orifícios ejaculadores se abrindo no fundo do utrículo impossiveis de serem cateterizados como afirmam alguns autores. Começa as dilatações com uma vela 4 e leva o calibre do canal até 6. Introduz a vela numa extensão de 3 a 5 centímetros. Põe em dúvida o valor terapêutico das injeções antissépticas feitas nas vesículas através da sonda. Entretanto está usando êste processo em alguns casos, injetando um albuminato de prata em solução suave e pretende escrever mais tarde um artigo sôbre sua impressão do processo. Para êle a base do tratamento das vesiculites crônicas deve ser a dilatação dos ejaculadores afim de facilitar a drenagem das mesmas. Quando faz injeções antissépticas ou quando injeta contraste para as vesiculografias recomenda ao doente ter relações ou se masturbar duas a três horas depois da injeção. Atribue a êste fato nunca ter observado uma epididimite em seus casos. Mesmo quando só faz dilatações recomenda esvaziar a vesícula no mesmo dia afim de evitar estas complicações epididimárias. Repete as dilatações cada 3 ou 6 semanas.

A. Eiras de Araujo

ORTOPEDIA

José Valls e Enrique Lagomarsino. — O Tratamento Cirúrgico Das Fraturas Dos Planaltos Tibiais. — Rev. de Ortop. y Traumat. — Ano VII — N.º 4 — 1938 — Pág. 315-324.

Os aa. apresentam quatro observações documentadas de fratura unilateral do planalto tibial, tratada por osteossíntese, com resultados ótimos tanto anatômica como funcionalmente. Em oposição, relatam um caso em que esse tratamento fracassou, havendo a eliminação dos parafusos e do fragmento ósseo.

Empregaram a seguinte técnica: Incisão paramediana, quasi lateral, ao nível do joelho, chegando sem dissecação ao periósteeo e à articulação. Reposição do fragmento no seu respetivo lugar, e, no caso de ser instavel, é fixado por meio de um ou dois parafusos de Lambotte. Exame da região, sobretudo dos meniscos e da cartilagem diartrodial, procurando readaptar as superficies articulares, afim de que não haja uma incongruência que mais tarde prejudicaria a função.

Os aa. mostram-se satisfeitos com o postoperatório ocorrido sem incidências.

E. J. Kanan

Ricardo J. Caritat (Montevideú). — Sequelas De Paralisia Infantil (A Paralisia Isolada Do Tibial Anterior, Sintomas, Fisiopatologia Da Deformação E Seu Tratamento). — Rev. de Ortop. y Traumat. — Ano VII — N.º 4 — 1938 — 325-349.

Tres razões fundamentais fizeram com que estudasse essa lesão:

- a) é relativamente frequente entre as paralisias unimusculares de origem poliomiéltica (observou 11 casos em dous anos e meio);
- b) determina uma deformação característica;
- c) o seu tratamento, pela transplantação do extensor próprio do grande podáctilo, dá excelentes resultados.

Após estudar os motores do pé, anatômica e fisiologicamente, tanto isolada como sinergicamente, descreve depois a deformação que teve oportunidade de observar nos seus casos de paralisia isolada do tibial anterior. E' constituída por um equinismo, cavismo, e hiperextensão do grande podáctilo. O equinismo é determinado pelo encurtamento do tendão de Aquiles; o cavismo pela quédia do 1.º metatársico, causada pela paralisia do tibial anterior, baixando assim a porção anterior do bordo interno do antepé, que vem aumentar a curva da abóbada plantar, uma vez que o tibial posterior se mantém indene; a hiperextensão é formada pela ação do extensor próprio do grande podáctilo, que se coloca em Z, com a primeira falange em hiperextensão, quasi vertical, sôbre a cabeça do 1.º metatársico, e a 2.ª falange em flexão de angulo reto sôbre a 1.ª. Quando o extensor comum está concomitante paralizado, ou então secundariamente distendido, essa deformação típica é acompanhada de um certo valguismo. Para o a. a deformação que descreveu é característica da paralisia isolada do tibial anterior, muito pouco ou nada estudada pelos diversos autores, cujas opiniões passa em revista. Estuda em seguida a fisiopatologia e a evolução da deformação, para em seguida abordar o seu tratamento, que consiste na transplantação do tendão do extensor próprio do grande podáctilo sôbre

a face interna da cabeça do 1.º metatársico, onde é fixado debaixo dum retalho osteoperióstico por meio dum pequeno parafuso. Antes, porém, corrige o equinismo pelo alongamento do tendão de Aquiles, o cavismo pela incisão da aponevrose plantar. O pé é imobilizado em ligeiro varo talo numa bota gessada, que é retirada ao cabo de tres semanas, para se submeter a um tratamento por meio de movimentos passivos e ativos, banhos, massagens, etc. O A. ilustra o seu trabalho com 5 observações, acompanhadas de fotografias antes e depois do tratamento preecnizado, com excelentes resultados.

E. J. Kanan

OFTALMOLOGIA

K. T. A. Halbertsma. — Pseudoatrofia Do Nervo Ótico No Recemnacido. (Disgenesia Mielínica Das Vias Óticas). — Arch. d'Opht. — 1937 — N.º 8 — Pág. 699.

O autor apresenta um caso de pseudoatrofia das papilas numa criança de poucos meses de idade.

Descreve em detalhe a síndrome e a evolução da afecção. A síndrome é idêntica à descrita pela primeira vez por Beauvieux (1926).

Estuda o diagnóstico diferencial em face da verdadeira atrofia inata, assim como a patogênese.

Deve-se considerar como causa mais provavel um processo de mielinização retardada das fibras óticas das papilas motoras de origem desconhecida.

Tratam-se os sintomas dessa afecção em relação com essa teoria.

A afecção se apresenta muito raramente.

Ed. Assis Brasil

Roger Weckers. — O Ácido Láctico Do Cristalino. — Arch. d'Opht. — 1937 — Tom. 1 — N.º 8 — Pág. 707.

Entre as hipóteses tendentes a explicar o mecanismo da catarata senil figura a que atribue ao ácido láctico um papel preponderante.

O autor mostra que o cristalino não constitue um sistema fechado para o ácido láctico e sim que existe uma troca dessa substância com o humor aquoso, o que deve fazer regeitar tôda a teoria da catarata baseada numa retenção de ácido láctico por aquele órgão.

Tomando por base de suas experiências o cristalino de bezerro ou de boi, o autor chegou às seguintes conclusões:

1 — a) O conteúdo em ácido láctico do cristalino de bezerro ou de boi, fóra de todo trabalho intenso e prolongado, é consideravelmente mais elevado que o teor em ácido láctico do humor aquoso correspondente.

b) A concentração em ácido láctico dum cristalino jovem é mais elevada do que num cristalino velho.

c) Os cristalinos dum mesmo indivíduo contêm a mesma quantidade de ácido láctico.

2 — a) Quando o cristalino é imerso numa solução de Ringer, o ácido láctico difunde do cristalino para a solução de Ringer e o teor em ácido láctico do cristalino diminue.

b) A dissecação parcial da cápsula não modifica sensivelmente a rapidez da difusão.

c) O renovamento da solução de Ringer aumenta a quantidade total de ácido láctico difundido.

d) O teor em ácido láctico do cristalino é bastante durante toda a duração da experiência e a difusão aumenta si se ajunta glicose à solução de Ringer.

3 — a). A difusão do ácido láctico pode-se fazer da solução de Ringer para o cristalino si a solução for adicionada duma quantidade suficiente de ácido láctico.

Ed. Assis Brasil

André Huelo e Jean Voisin. — Tuberculose Miliar Da Coróide. — (Archives d'Ophthalmologies. — Tome I — N.º 3 — Mars-1937). — Pág. 198.

Os autores relatam uma observação de tuberculose miliar da coróide, em que a autópsia assinalou uma granulia pulmonar e meningéia, discretas lesões renais, não apresentando sinais microscópicos nos outros órgãos.

O estudo anatomopatológico revelou importantes modificações da coriorretina:

1.º — a olho nú mostram os córtes espessamento da coróide e da retina.

2.º — ao microscópio é verificado um edema inflamatório da retina, ausência de lesão específica e de folículos.

Quanto à coróide, vasos consideravelmente dilatados e raros folículos. Não há presença de células gigantes, tendo sido encontrados alguns bacilos de Koch. Todas essas lesões são mais evidentes na vizinhança da papila e à medida que se aproxima da "ora serrata" tornam-se raras, diminuem de intensidade e desaparecem.

Outros elementos — Nervos ciliares intactos. Nervo ótico, leve infiltração diapedética dos feixes, nas proximidades da papila. Bainhas ilesas.

Comparando os autores, as alterações verificadas nesse exame com as observadas por Bollacú, Hillemand e Laporte, (Ann. d'Oculistique, 1927, p. 660) notaram que não coincidiam, concluindo que essa diversidade era o resultado da divergência das respectivas fases de evolução.

Gastão Torres

OTORRINOLARINGOLOGIA

Prof. Schmiegelow (de Copenhague). — Tratamento Cirúrgico Das Estenoses Cicatriciais Crônicas Da Laringe. — The Journ. of Lar. and Otor. — Janeiro 1938.

Em conferência realizada em Londres, o A. descreve o seu método cirúrgico para o tratamento das estenoses cicatriciais da laringe. A sua experiência firma-se em 18 pacientes por êle operados, cujas idades variam entre 1 ano e 56 anos. Aconselha o A., porém que se não opere antes dos 5 anos. Julga de capital importância descobrir a causa da estenose por minucioso exame, pois em um de seus casos tratava-se apenas de corpo estranho na laringe. Afirma o A., com os seus 50 anos de prática da especialidade, que todos os casos podem ser tratados pelo seu método, até mesmo quando se trate de oclusão completa por tecido fibroso. Usa de anestesia geral nas crianças e local nos adultos. A cânula traqueal é le-

vada o mais longe possível da laringe, para o que é feita uma nova traqueotomia baixa. Uma semana depois executa-se a operação, cujo primeiro tempo consta de fissura laringotraqueal, para franca exposição da estenose. O carater e extensão desta são cuidadosamente examinados. Com tesouras, bisturís ou forceps, é restabelecida a luz da laringe, de modo a aproximar-se o mais possível da normalidade. E' introduzido, então, um dreno de borracha (n.º 33 a 40 Charrière), de 5 cmtrs. de comprimento. Recomenda que a extremidade superior do dreno não fique acima do nível do ádito superior da laringe, nunca chegando á faringe. Com agulha que atravessa a pele, cartilagem e dreno transversalmente, passa-se fio fino de prata, cujas extremidades são mantidas por processo que descreve. Dêsse modo, o dreno mantém-se na posição escolhida. A pele pode ser suturada ou não. O dreno permanecerá de 1 a 10 semanas, conforme os casos, sem inconveniente algum, depois do que será retirado pela boca.

MEDICINA LEGAL

Mutel e Guibal, de Nancy. — Trombo Flebite Dos Seios Da Dura Mater Por Infecção A Distancia. — Annales de Médecine Légal. — Março de 1938.

ACIDENTE DO TRABALHO

Rarissimos são os casos de tais tromboflebitas. O autor refere a existência na literatura médica, de tres apenas.

O primeiro é o de Raymond e data de 1880; refere-se a um individuo portador de psoríase generalizada que apresenta, repentinamente, uma síndrome hemiplégica que se faz acompanhar de contraturas e de crises epileptiformes. Na autópsia, um foco de amolecimento e trombose das veias parietais do encéfalo.

O seguinte é o de Claude e traz a data de 1911. E' o caso de uma senhora de 21 anos, em plena saúde, trabalhando perfeitamente e que morre em quatro dias, após cefaléa, torpor, e abalos paralíticos.

O exame cadavérico denuncia flebite das veias cedebrais, sem qualquer alteração das cavidades da face e do crânio.

Existia um processo inflamatório subagudo das trompas, com supuração.

Alude o terceiro caso, relatado por Barré e Greiner, a uma senhora de 25 anos que, nove dias após ter partejado, se queixa de torpor, sonolência, tem crises convulsivas, sobrem uma síndrome hemiplégica embora passageira, à direita, hemiparesia esquerda. Essa apresentação clínica tem o detalhe da instabilidade de seu quadro, sintomas indo e vindo.

A albuminúria leva os médicos ao diagnóstico de eclâmpsia.

A autópsia diz da existência de trombose do seio tranverso D e do longitudinal, o mesmo se dando com respeito às veias de Labbé e de Trolard.

O exame dos órgãos genitais verifica que o utero retém uma vegetação placentária das dimensões de uma noz; o plexo venoso da pequena bacia, os plexos venosos dos ligamentos largos, trombosados.

São casos enquadrados na variedade chamada septicemia venosa de Vaquez.

O quarto caso, motivo deste resumo, é o seguinte:

Um mineiro, em seu trabalho, é vítima de uma explosão que lhe de-

termina uma leve escoriação, um pequeno hematoma, e descolamento ao nível do terço superior da coxa direita.

Vem a febre, o hematoma supura e é drenado; logo cede a hipertermia, e o doente entra em aparente convalescença.

Ao cabo de quatro dias a contar do ato cirúrgico, o paciente apresenta novo levantamento térmico, crises clônicas à direita; nos membros; respiração tipo Cheine-Stokes, pulso de 60, e morte ao cabo de quatro dias.

Autópsia: trombose difusa de tôdas as veias da convexidade cerebral, o mesmo sendo observado no seio longitudinal superior.

Cavidade da face e do crânio em integridade absoluta. Cavidade torácica e abdominal sem qualquer alteração.

A abertura da lesão inicial evidenciou a cavidade de um hematoma drenado, com paredes supuradas; é perfeitamente limitada a cavidade.

O caso merece registro especial, dada a sua extrema raridade.

Celso Cesar Papaleo

Vasileu e Melter, de Bucarest. — Doquimografia Pulmonar — Um Método Radiográfico Médico-Legal. — Annales de Médecine Légale. — Abril de 1938.

A contribuição é ilustrada por “clichés” que apoiam as afirmações dos autores, que são as seguintes:

I — As áreas pulmonares do natimorto se confundem com as áreas cardíaca e abdominal, tudo se resumindo, na chapa e na radioscopia, numa vasta sombra, que cobrindo o torax, desce pelo abdômen, que ocupa em totalidade.

II — No recém-nascido que respirou, o aspeto é muito outro:

áreas pulmonares bem delineadas, região cardiovascular evidente com nitidez, cúpulas diafragmáticas bem visíveis.

III — Essa apresentação característica não é alterada pela putrefação.

O valor do novo recurso é enorme, uma vez que é sabido que a prova de que se dispõe atualmente para a verificação de vida extrauterina, no caso de morte de recém-nascido — a docimasia de Galeno — perde o valor, por completo, quando se dá a putrefação do cadaver.

Merece considerada a contribuição original dos autores.

Celso Cesar Papaleo

Livros recebidos

Dr. Claudio Goulart de Andrade. — Algumas Considerações Atuais Sobre A Etiopatogenia Do Cancer Cervical. — Tese para concurso de cátedra. — Of. Graf. de A NOITE — Rio. — 1938.

Interessante trabalho com o qual o A. se apresenta como concorrente ao título de Professor Catedrático da Clínica Ginecológica da Escola de Medicina e Cirurgia do I. H.

E', conforme friza bem o A. na capa de sua tese, uma contribuição estatística nacional, bordada de justos e interessantes comentários. Dá-nos conhecimento das estatísticas dos Professores. Fernando Magalhães, A.

Brandão Filho, U. Pinheiro Guimarães e dos Drs. Motta Maia, A. Agumaja, C. Corrêa da Cota, Mawite Santos e da sua própria no Hospital Hahnemariano. Trabalho de interesse mais nacional, merece ser lido e estudado por todos aqueles que, entre nós, se dedicam ao assunto.

A. E. Araujo

Atilio A. Risolía. — Artrodesis De La Cadera En La Ósteo-Artritis Tuberculosa. — Tese de doutoramento, Universidade Nacional de Buenos Aires. — Escuela de Medicina, 1937. — Imprenta Amorrortu.

Em um magnífico trabalho aborda o Autor êste interessante assunto com grande conhecimento de causa e esgotando completamente a matéria. Comissionado pela Universidade de Buenos Aires viajou à Europa onde, no Hospital Trousseau e no Hospital Maritime, estudou com E. Sorrel, A. Richard e Delahaye. Depois de 1 ano de permanência, estudando demoradamente o assunto, o Autor voltou a Buenos Aires e, sob os auspícios do Prof. Arce, apresentou esta importante tese.

Dividiu o trabalho em duas partes: na primeira, expõe os diversos processos cirúrgicos da artrodese extrarticular do quadril, mostra a sua ordem cronológica, indicações e contra-indicações. Tôdas as técnicas são acompanhadas de interessantes desenhos e esquemas, na sua maioria originais, em que o Autor, com extraordinária clareza, expõe as bases dos diversos processos. Êste capítulo é encerrado com um estudo minucioso de 21 casos, em adultos e crianças, observados pelo Autor durante sua permanência na Europa. Diversas técnicas foram empregadas nestes 21 casos.

Numa segunda parte aborda A. Risolía o estudo racional da questão, tendo por base princípios pouco explorados e de alto valor prático. Precisa assim o seu ponto de vista que concretiza em uma técnica pessoal experimentada em cadáveres. Ainda nesta segunda parte os esquemas originais do Autor, constituem um grande atrativo.

Chega por fim as seguintes conclusões:

Da primeira parte: 1.^a — A artrodese do quadril é um recurso de eficiência comprovada no tratamento da coxalgia.

2.^a — A artrodese extrarticular é a modalidade mais racional e difundida. Em certos casos sua indicação é exclusiva.

3.^a — A criança e o adulto impõe diferentes condutas quanto à indicação operatória.

4.^a — O período da evolução e o tipo anatomoclínico também requerem uma indicação especial.

5.^a — Resolvida a intervenção, nunca deverão ser esquecidas as noções anatômicas e embriológicas fundamentais, assim como certos recursos técnicos de execução.

Da segunda parte: 1.^a — Apezar da mais escrupulosa execução, observam-se, sobretudo em adultos, fracassos frequentes e resultados medíocres.

2.^a — O aspeto físico-mecânico da bacia e de suas articulações próprias e de relação, oferece suficiente material de análise para interpretar êstes maus resultados.

3.^a — O desenvolvimento de uma coxalgia altera a harmonia de todo um sistema preexistente e cria outro novo.

4.^a — Frequentemente a artrodese extrarticular é de um valor protético insuficiente.

5.^a — Esta insuficiência se deve à pouca capacidade do enxêrto (flexão, alongamento, torção).

6.^a — Estes defeitos podem ser corrigidos pelo princípio dos tres pontos de apoio: tripé.

7.^a — O princípio dos tres pontos de apoio pode ser incorporado à pratica.

8.^a — Oferecemos um razoavel ensaio de execução técnica.

Além de uma magnifica bibliografia, o trabalho apresenta ainda uma feição material de primeira ordem. Ao seu Autor, as nossas sinceras felicitações.

A. Eiras de Araujo

Dr. Ricardo Bisi. — Cancer Do Laringe, Tratamento Cirúrgico. — Tese de douramento — Universidade Nacional de Buenos Aires.

E' um exaustivo trabalho de 342 páginas esmeradamente impressas, em as quais o autor em linguagem clara e concisa aborda o assunto, focalizando os seus aspetos mais palpitantes.

A tese está dividida em XVIII capítulos.

Antes de entrar na essência do seu trabalho o autor resume a história do cancer do laringe, sua frequência e causas predisponentes. Faz acurado estudo anatomopatológico, apresentando belíssimas microfotografuras e detem-se no diagnóstico, estudando profundamente os métodos modernos atualmente em voga (Radiografia e tomografia). No tratamento cirúrgico das variedades de cancer do laringe — escopo principal do trabalho, — o autor revela conhecimento pleno do assunto, apresentando algumas modificações de técnica nos processos clássicos, ilustrando os tempos operatórios com nítidas gravuras.

O resultado pratico do trabalho do autor se consubstancia em 17 itens.

A tese do Dr. Ricardo Bisi da Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires desperta desde o início de sua leitura grande interesse, pois representa um estudo metuculoso no ponto de vista do diagnóstico e tratamento operatório e seus resultados. Por esta razão deve ser lida não só pelos estudiosos de Otorrinolaringologia, mas também pelos cirúrgiões.

Dr. Antônio de Souza

Prof. Antônio Peluffo. — “Estudio de las águas de consumo publico del Uruguay”. — Tese.

Vimos de receber a tese do ilustre Dr. Antônio Peluffo, professor de Química e Farmácia da Faculdade de Montevidéu.

Com êste belo trabalho, nos dá o autor mais algumas interessantes sugestões sôbre o complexo problema da solução das águas de consumo. E' verdadeiramente um trabalho científico, interessante e de largo proveito no tocante ao assunto de águas. Embora baseado unicamente no consumo de águas em seu país, apresenta o autor, diversas opiniões sugestivas e bastante proveitosas.

A tese que ora comentamos, além de ser uma obra de grande valor científico, vem ornamentada com lindas e elucidativas gravuras.

E' fertil em estatísticas e observações, contribuindo assim, para resal-

tar o valor extraordinário da tése, tão primorosamente descrita, que encanta pela correção de linguagem, pelo valor científico e pela bela orientação, que o autor soube emprestar ao seu trabalho.

Ao terminar nossa modesta apreciação, queremos apresentar ao ilustre professor Peluffo, nossas congratulações pela sua brilhante tese, que vem assim, mais uma vez dar uma frizante demonstração da vasta cultura médica dos filhos da vizinha Republica.

Hermes Rodrigues

Dr. Solon Fernandes. — “**O Doente De Lepra Na Sociedade**”. — (Tese de doutoramento).

Com o título “O Doente De Lepra Na Sociedade” acabamos de ler um trabalho escrito pelo ilustre médico paulista Dr. Solon Fernandes.

Apresenta-nos o autor, uma interessante tese, em linguagem correta e elegante.

Embora despida de todo valor científico, eia prende o leitor pela elegância de seu estilo. E’ um trabalho verdadeiramente social. E, sendo assim, deu o autor, um cunho todo especial a seu trabalho e, por isso, merece a atenção de todos que se interessam pelo assunto.

Relata, no decorrer de seus cinco capítulos, a vida dos infortunados da sorte, entrando em pormenores e demonstrando minúcias na vida do povo hanseniano, que desiludido com a crueldade do destino, vive albergado no teto hospitaleiro dos diversos leprosários modelos, que a generosidade paulista construiu para estes párias da sociedade.

Assim é este um bello trabalho que nos oferece o joven e talentoso médico e, para maior brilho de sua obra, apresenta-nos uma série de gravuras, comprovando o grande valor social e moral de sua tese. E, por isso, não vacilamos em recomendar sua leitura, principalmente para os que têm, neste momento, responsabilidade na construção de leprosários, que entre nós, tão auspiciosamente estão sendo erigidos.

Hermes Rodrigues