

COMENTÁRIOS BIBLIOGRÁFICOS

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

ANÁLISE DE REVISTAS

CLÍNICA CIRÚRGICA INFANTIL E ORTOPÉDICA

EXTERNAL LATERAL DISLOCATION OF THE ELBOW (Deslocação externa do cotovêlo). Wellington D. Griesemer. *The American Journal of Surgery*, January, 1940, pág. 57.

O autor apresenta seis casos de luxação externa de ambos os casos do antebraço, ao nível do cotovêlo, discutindo a raridade e a gravidade de tal ocorrência. Lembra que essa luxação pode ser completa ou incompleta e que requer sempre um diagnóstico radiológico precoce como base da indicação terapêutica.

A redução completa deve ser tentada sob anestesia geral, usando-se, porém, bastante delicadeza nas manobras.

Se a redução não fôr obtida por manobras externas, a cura cirúrgica deve ser imediatamente tentada, principalmente se existir interposição de fragmentos ósseos.

A redução cirúrgica permite completa inspeção da articulação, retirada de tecidos mortificados, hemostase perfeita e restauração ligamentar, o que previnirá, até certo ponto, futuras complicações.

Extensas lacerações das partes moles e edema importante contra-indicarão manobras cirúrgicas completas desde que se tenham escoado mais de três horas após o acidente.

Completada a redução, a imobilização em aparelho gessado preencherá dois requisitos: supinação e flexão do antebraço no ângulo mais agudo que fôr possível conseguir sem forçar.

Hospitalização demorada dos pacientes para controlar a mobilização precoce da articulação lesada.

A despeito de seus resultados terem sido muito bons, o autor recomenda prognóstico reservado em tais casos.

Cesar Avila.

ANALYSIS OF RESULTS FOLLOWING SYMPATHECTOMY FOR PERIPHERAL VASCULAR DISEASE (Análise dos resultados da simpatectomia nas desordens vasculares periféricas) Géza de Takats. *The American Journal of Surgery*, January, 1940, pág. 78.

Interessante resumo dos resultados de 105 simpatectomias realizadas em 50 doentes sofrendo de distúrbios circulatórios periféricos, assim classificados:

síndrome de Raynaud, doença de Buerger, poliomielite com espasmos vasculares, causalgia, espasmos traumáticos e atrofia de Sudeck.

No síndrome de Raynaud escolheu o autor os casos de 1.^o e 2.^o grau, excluindo aqueles onde já existiam modificações anatômicas profundas, traduzidas pela falta de resposta aos meios físicos e medicamentos de vasodilatação.

Na doença de Buerger, não interveio naqueles em fase inflamatória aguda, nos portadores de circulação colateral fechada (frozen vascular tree), nos adultos de mais de 40 anos, nos de aparelho cardio-vascular difusamente atingido e nos que, por questões econômicas, não podiam permanecer continuamente, por longo tempo, em clima sempre quente.

Intenso tratamento conservador e principalmente as injeções para vertebrais de álcool deram excelentes resultados em quinze pacientes classificados no limite extremo da operabilidade.

Na poliomielite escolheu crianças entre seis e dez anos, com paralisia moderada, limitada a uma só extremidade, com distúrbios circulatórios nítidos.

Os quadros apresentados pelo autor sintetizam muito bem os resultados obtidos.

QUADRO II

DIAGNÓSTICO	N.º de pacientes	N.º de operações	Sucessos	Grandes melhoras	Falha total	Morte
S. de Raynaud	10	26	17	4	5	—
D. de Buerger	21	56	49	4	2	1
Poliomielite	3	3	3	—	—	—
Causalgia, etc.	10	10	10	—	—	—
Não classif.	6	10	7	1	2	—
TOTAL	50	105	86	9	9	1

QUADRO IV

TIPO DE OPERAÇÃO E RESULTADOS FALHOS

OPERAÇÃO	N.º	Falhas
Simpatetomia lombar	40	2 (5%)
Simpatetomia cervico-dorsal	25	5 (20%)
Simpatetomia dorsal pre-ganglionar	24	3 (12%)
Simpatetomia cervico-dorsal extensa	16	1 (6%)
TOTAL	105	11 (10%)

Cesar Avila.

INTERPOSITION OF VITALLIUM PLATES IN ARTHROPLASTIES OF THE KNEE (Interposição de "Vitallium" na artroplastia do joelho). Willis C. Campbell *The American Journal of Surgery*, March 1940, pág. 639.

A artroplastia do joelho, dadas as condições estáticas de tal articulação, é um dos problemas mais difíceis da ortopedia no que concerne combinar a firmeza com a boa mobilidade. Charles Venable introduziu, há pouco tempo, os moldes articulares de Vitallium, uma combinação metálica completamente neutra e, por isso, quanto se sabe, não irritante. Smith Petersen o tem usado na artroplastia da coxo-femural.

Campbell apresenta interessante caso de artroplastia do joelho com placa recurvada de vitallium cobrindo a superfície articular do fêmur, prometendo publicar os resultados finais depois de observação demorada.

Cesar Avila.

CYSTOTOMY FOR STONE IN CHILDREN (Cistotomia por cálculo em criança). Roswell Brown. *The American Journal of Surgery* May 1940, pág. 342.

Brown, após discorrer sobre a sintomatologia e o diagnóstico, é a favor da cistotomia suprapúbica, com fechamento imediato da talha e drenagem de borracha laminada dos planos profundos, longe da sutura vesical, nos casos não infectados.

Cesar Avila.

APPENDICEAL OXYURIASIS (Oxiuriase apendicular) Earle I. Greene e J. Major Greene. *The American Journal of Surgery*. May, 1940, pág. 440.

O papel do *Enterobius vermicularis*, comumente conhecido pelo nome de oxiuro, na patogenia da apendicite, vem sendo ultimamente cuidadosamente estudado.

E. I. Greene e J. Major Greene apresentam oito casos que classificam de oxiuriase apendicular e concluem: "Oito casos de oxiuriase apendicular são apresentados. Sete foram diagnosticados apendicite aguda. Nem a presença de outros sintomas ou ausência de sintomas comuns serviram para diferenciar a moléstia da verdadeira apendicite. Os pacientes se curaram com a apendicectomia".

Cesar Avila.

DIAPHRAGMATIC HERNIA IN CHILDREN (Hernia diafragmatica em crianças) John B. Hartzell. *The American Journal of Surgery*, June, 1940, pág. 582.

O autor sintetiza os resultados operatórios obtidos em 68 casos de hérnia diafragmática em crianças de menos de 10 anos de idade.

Fala da dificuldade do diagnóstico precoce e propõe a necropsia ou exame radiográfico post-mortem de todas aquelas crianças que tenham morrido com sintomas habituais da moléstia. Acha que, desta maneira, se poderá estudar muito melhor esta afecção que, dia a dia, vem perdendo seus foros de raridade.

Em seus 68 casos, os sintomas, na ordem decrescente de frequência, foram: vômito, dispnéia, cólica, cianose, obstrução, constipação e perda de peso.

Como via de acesso, usou a torácica em 19 casos, com 26,3% de mortes; a abdominal em 16, com 40% de mortes; e a combinada em 9 casos, com 11,1% de mortes. A mortalidade total foi de 32,4%. Prefere, no entretanto, o autor a via abdominal com incisão para-costal, se necessário, combinada com a torácica. Insiste no preparo operatório prévio: transfusão, lavagem de estômago, esmagamento do frênico e anestesia geral com pressão positiva. Acha que o diagnóstico operatório em doente não preparado deve ser seguido do fechamento da parede e da transferência da cura cirúrgica para dias mais tarde, em condições melhores. Comprovando o que diz, apresenta 80% de mortes em crianças não preparadas, contra 28,6% nas do outro grupo.

Classifica as hérnias diafragmáticas em traumáticas, congênicas e adquiridas. Entre as adquiridas, classifica as necroses inflamatórias provocadas por abscessos sub-frênicos ou pelos tubos de drenagem de empiemas.

As vísceras encontradas no tórax foram, seguindo a ordem decrescente de frequência: estômago, cólon, intestino delgado, baço, epíplon, lobo esquerdo do fígado e rebordo hepático. A presença, no tórax, de alças delgadas isoladas ou com outras vísceras agrava a situação do doente.

Cesar Avila.

MECKEL'S DIVERTICULUM (Divertículo de Meckel), William W. Noel.
The American Journal of Surgery, September, 1940, pág. 454.

O autor passa em revista o achado de 25 divertículos de Meckel em 12.000 laparotomizados no Hospital Henry Ford de Detroit.

A idade não pareceu condicionar estes achados, conforme o quadro seguinte:

Idade	Número de divertículos encontrados
1 — 10	4
11 — 20	1
21 — 30	5
31 — 40	5
41 — 50	7
51 — 60	2
77	1

O comprimento dos divertículos oscilou entre 2,5 e 12,5 centímetros, havendo um excepcionalmente longo, com trinta e três centímetros. A distância da implantação em relação à válvula íleo-cecal variou de duas polegadas a trinta e seis polegadas.

As conclusões de Noel são as seguintes:

“1.º — Vinte e cinco divertículos de Meckel foram encontrados em aproximadamente 12.000 intervenções intra-peritoneais, isto é, uma incidência de 0,21%.

2.º — A presença do divertículo de Meckel foi observada nos extremos da vida, desde 14 semanas até 77 anos.

3.º — Doze dos vinte e cinco divertículos (48%) produziram sintomatologia que indicou a retirada cirúrgica.

4.º — O divertículo de Meckel deve ser extirpado sistematicamente nas laparotomias, desde que sua exérese não aumente apreciavelmente o risco operatório.

5.º — O divertículo de Meckel é importante causa de obstruções.

6.º — O diagnóstico pre-operatório de diverticulite de Meckel é assaz difícil, desde que não apresente complicações que sugiram sua existência. Dôr vaga abdominal, anemia e passagem de sangue pelo reto, geralmente na infância, falarão a favor de úlcera do divertículo de Meckel.

7.º — A ressecção, à maneira do apêndice, será o método de escolha. A inversão e a ressecção intestinal terão indicações especiais.

8.º — A procura do divertículo de Meckel deve ser sistematicamente feita quando os achados operatórios não concordarem com os sintomas anteriores.”

Cesar Avila.

VOLKMANN'S CONTRACTURE AS A COMPLICATION OF FRACTURES OF FOREARM AND ELBOW (Síndrome de Volkmann nas fraturas de antebraço e cotovêlo. J. Neill Garber. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. 21 n.º 1, Jan. 1939, pág. 154.

O autor estuda 89 casos de fraturas, tendo 9 com o síndrome de Volkmann completamente instalado. Divide as complicações em três classes: simples edema da mão, contratura transitória dos dedos e síndrome de Volkmann completo. Os doentes das duas primeiras se curam com a divisão em duas válvulas do aparelho gessado e levantamento do membro. Nos da terceira, desde que em duas horas os sintomas alarmantes não tinham desaparecido, instituiu o tratamento cirúrgico, que consistiu em aponevrotomia dos flexores, inspeção dos nervos mediano e cubital, inspeção da humeral e seus ramos e fechamento só da pele com drenagem por vinte e quatro horas. Seus resultados são muito bons.

Cesar Avila.

OPERATIVE RECONSTRUCTION OF THE PARALYZED UPPER EXTREMITY (Reconstrução cirúrgica do membro superior paralisado) Léo Mayer. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, volume 21, n.º 2, apri, 1939, pág. 377.

Artigo muito interessante no que concerne às modificações de Léo Mayer em duas operações muito conhecidas: a de Bunnel para conseguir a adução e oponência do polegar paralisado e a do próprio Léo Mayer para substituir o deltóide pelo trapézio.

Na operação de Bunnel, embora a adução fôsse admiravelmente conseguida, a oponência era praticamente nula. Léo Mayer, além de seccionar na altura da primeira falange o flexor superficial do quarto dedo e transplantá-lo para o polegar, após fixá-lo por meio de um laço ao pisciforme, faz a abertura da cápsula articular metacarpo-carpeana do polegar obtendo ótima oposição.

Na operação de Léo Mayer para substituir o deltóide pelo trapézio era comum o deslissamento secundário do tendão de fascia-lata que se desprendia da goteira acromial. O autor não mais faz um canal no acrômio, usa, em vez de um pedaço de fascia-lata, dois, um, como motor, suturado na face inferior do trapézio, e outro, por cima dêste, suturado ao trapézio, deltóide e bordo do primeiro, evitando assim o deslissamento secundário do primeiro.

Cesar Avila.

TENDON TRANSPLANTATION (Transplantações tendinosas) Alvin R. Carpenter— *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XXI, n.º 4, Oct. 1939, pág. 921.

O autor teve o resultado final de quatrocentas e cincoenta e oito transplantações tendinosas realizadas no famoso Shriner's Hospital for Crippled Children

de 1925 a 1935. Estuda apenas os quatrocentos e cinquenta e oito transplantes que foram seguidos por mais de cinco anos e realizados em duzentos e noventa e oito pacientes. As operações foram praticadas: 339 vezes em seqüências de poliomielite, 74 em pés tortos varo-equinos congênitos, 31 em síndrome de Little, 3 em secções traumáticas e 11 em casos diversos. A notável percentagem de 85% de bons resultados acreditam sobremaneira as conclusões de Carpenter, que se seguem:

“As t.t. em crianças acima de oito anos de idade com deformidades post-poliomielíticas deram melhores resultados do que nos pacientes menores.

Na poliomielite as transplantações do pé varo é que deram os melhores resultados, bem como as transplantações dos músculos mais volumosos.

Uma convalescença de dois anos após a fase aguda não aumentou o número de resultados satisfatórios.

A estabilização melhora o resultado das transplantações tendinosas. Em 19% de casos em que a t.t. foi praticada sem estabilização esta foi secundariamente necessária.

O tipo de fixação deve ser simples e racional. O método de tunelização óssea com sutura externa é recomendado.

A análise das causas de falhas mostrou que os erros de indicação foram mais frequentes que os de técnica.

Nos casos de pé torto varo-equino os bons resultados estão distribuídos em tôdas as idades. Os mediócre e maus ocorreram em crianças menores de seis anos.

As transplantações do tibial anterior para o meio do dorso do pé foram o melhor processo em casos de pé varo-equino congênito.

As transplantações tendinosas nas paralisias cerebrais espasmódicas e na doença de Charcot-Marie-Tooth não foram eficientes.

Cesar Avila.

ALIMENTAÇÃO DAS GESTANTES

Nutrição Pre-Natal

Dr. Sálvio de Mendonça.

(Trabalho realizado como contribuição ao Departamento de Puericultura do Distrito Federal). Apud. “Brasil-Médico” de 3/8/1940. Nr. 35. Ano LIV.

Neste breve e bem apanhado artigo, aborda o A., num estilo fluente onde a riqueza da linguística coaduna-se num encadeamento uniforme, a importante questão da nutrição pre-natal. E, para tanto, penetra os âmbitos intrincados dos fenômenos metabólicos. “O organismo está sempre em permanente destruição e reconstrução, à custa dos fenômenos metabólicos”. De um lado, o catabolismo, de outro, o anabolismo.

Inclue as substâncias alimentícias em três tipos fundamentais: 1.º) alimentos de integração, representados pelas substâncias que integram e edificam o protoplasma, as albuminas, os sais minerais e a água; 2.º) alimentos de combustão, representados pelas substâncias que libertam energia em calorías motoras, os hidratos de carbono e as gorduras; 3.º) alimentos fixadores, representados pelas substâncias catalisadoras das oxidações celulares, as vitaminas.

Depois de breves comentários em torno do “coeficiente de necessidade metabólica do organismo”, passa o A. a considerar estes fenômenos com relação às gestantes. “Na fase de gestação as necessidades metabólicas da mulher são semelhantes, apenas em coeficiente mais elevado, porque a nutrição se refere a

dois organismos, o materno e o fetal. Durante o período de gravidez, o organismo materno cumpre duas funções metabólicas, a de nutrir o seu próprio organismo que vive e se movimenta, e a de nutrir o filho que cresce e se desenvolve. Em relação ao filho, também acumula as duas funções do metabolismo fetal, a do anabolismo, fornecendo tôdas as substâncias necessárias para formar a estrutura protoplasmática do novo ser e garantir as trocas energéticas, tudo na dependência da alimentação materna, e a outra, exercendo trabalho de desintoxicação catabólica, neutralizando e eliminando os detritos metabólicos do organismo fetal, na tarefa de seus emunctórios”.

Continuando, estuda o A., separadamente, cada grupo de componentes alimentares: a albumina, as gorduras, os hidratos de carbono, os sais minerais e as vitaminas.

Apresenta ainda, em um quadro esquemático, uma “Dieta padrão da gestante”.

Tasso Vieira.

SÔBRE UM CASO DE ESPLENECTOMIA, EM PÚRPURA HEMORRÁGICA, COM GRAVE METRORRAGIA

Dr. W. de Souza Rudge

(Trabalho apresentado às “sessões conjuntas” da Secção de Obstetricia e Ginecologia da A.P.M. e Sociedade Brasileira de Ginecologia, em Dezembro de 1939).

Apud. “Anais Brasileiros de Ginecologia. Junho de 1940. Vol. 10. Nr. 1. Ano V.

Neste bem estudado e documentado trabalho, o A. apresenta o problema da púrpura trombopênica sobrevinda em uma jovem de 15 anos de idade, virgem, portadora de intensas metrorragias e que pelo grau crescente de esgotamento físico, pela inquietadora anemia, aliada, sobretudo, à remarcável leucopenia, como índice de próximo esgotamento da medula óssea, e vendo infrutíferos todos os recursos terapêuticos (hormônios, vitaminas, roentgenterapia, transfusões de sangue) decide lançar mão do recurso heróico, no caso — a esplenectomia. Realiza a intervenção, o Prof. *Edmundo Vasconcelos*, sendo as sequências postoperatórias plenamente satisfatórias; desaparecem as metrorragias e melhora, em suma, todo quadro assustador de início.

O A. focaliza ainda, em largas pinceladas, a questão da ocorrência de hemorragias uterinas durante a puberdade feminina. Tece, ao depois, comentários acêrca da púrpura trombopênica ou moléstia de *Werlhoff*, que êste autor, em 1735, denominara — morbus maculosus hemorrhagicus. Si bem que o A. não penetre no âmbito da étio-patogenia desta diátese hemorrágica, no entanto cita os trabalhos de *E. Mauro*, que conclue por hiperesplenia e disesplenia na vigência da moléstia de *Werlhoff*.

“A hiperdisesplenia agiria não só sôbre a medula óssea, ou melhor sôbre os mecariócitos, dos quais se originam as plaquetas, como também sôbre os capilares sanguíneos. A esplenectomia afastando a causa traria a cura clínica, porém conforme a grande intensidade da ação anterior do baço sôbre a medula haveria um aumento imediato das plaquetas, ou êste aumento se processaria lentamente, ou então, no seu grau máximo: plaquetas ausentes antes e após a esplenectomia”.

Abre o A., em seguida, um período sôbre o tratamento da púrpura trombo-pênica no qual considera o sintomático e o etiológico.

No sintomático, considera a transfusão de sangue, as substâncias trombo-plásticas, o vermelho Congo (injeções endovenosas da sol. 1%, 10 cc, diversas vezes ao dia), a vitamina C (“as esperanças com a vitamina C não se realizaram”).

Como tratamento etiológico, a roentgenterapia do baço com indicação formal nas formas frustas da moléstia e quando se não possa recorrer à esplenectomia.

A esplenectomia, realizada pela primeira vez, por *Kaznelson*, foi introduzida no Brasil, em 1927, por *Florianio Bayma*, que também, tem entre nós, a prioridade do emprêgo da ligadura da artéria esplênica, com o mesmo objetivo.

O A. mostra-se entusiasta da esplenectomia, como o tratamento mais eficaz para o mal em aprêço.

Considera também o “futuro obstétrico das esplenectomizadas” onde “observações numerosas mostraram que estas operadas se conduziam normalmente durante a gravidez, o parto e o puerpério, mesmo que a esplenectomia fôsse realizada em plena gestação, como no caso de *P. Bernstein*.”

Em suma, o caso apresentado pelo A. é muito ilustrativo e faz ressaltar a terapêutica heróica — a esplenectomia.

Tasso Vieira.

CLASSIFICAÇÃO HISTOLÓGICA DO EPITELIOMA BRÔNQUICO

Dr. Moisés Polak

(Apud. “El Dia Médico”. Setembro de 1940. Nr. 7, pág. 160. Edição Especial).

O A. apresenta um sucinto e bem acabado artigo no qual abandona tôda digressão que tenda a lançar menos clareza sôbre êste tão discutido assunto. Colaboração redigida para uma Secção Prática, logra plenamente seu fim. Assim, após apenas haver citado as teorias que se propõem a explicar a etiologia dos tumores pulmonares, o A. entra diretamente no estudo da classificação, solidarizando-se, neste particular, com os que pretendem a gênese exclusivamente brônquica dos epitelomas pulmonares.

Segundo o maior ou menor grau de diferenciação celular em que se podem encontrar as células basais de *Krompecher*, o A. classifica então os epitelomas pulmonares nos seguintes grupos:

- | | | |
|------------------|---|---|
| epitelomas indi- | { | a). de células redondas. |
| ferenciados | | b). de células fusiformes. |
| epitelomas em | { | a) de células cúbicas e poligonais |
| vias de | | b) de células cúbicas e poligonais com secreção mucosa. |
| diferenciação | | |
| epitelomas | { | a) de células de características epidermóides. |
| diferenciados | | b) de espinocélulas (glóbulos córneos). |
| | | c) de células com disposição glanduliformes. (adenocarcinomas). |

Ilustra ainda o A. cada variedade da classificação que adota, com excelentes e mui nítidas microfotografias.

Tasso Vieira.

PATOGENIA E PROFILAXIA MECÂNICA DA TROMBOSE VENOSA

(The pathogenesis and mechanical prophylaxis of venous thrombosis, Ragnar Frykholm, Karlshamn Sweden, Surg. Gyn. and obst., vol. 71, ner. 3, Sept 1940).

O autor começa evidenciando a importância da trombo-embolia em medicina, e, após comparar a série de investigações próprias com as de Roessle e Neumann, conclue pela existência de quatro áreas de origem para as trombozes venosas, a saber:

- 1 — veias plantares;
- 2 — veias da musculatura da panturrilha;
- 3 — ramos da veia femural profunda na musculatura adutora;
- 4 — veias viscerais pélvicas.

Dêstes territórios de trombose incipiente o processo propaga-se seguindo a corrente sanguínea, e progride nas veias calibrosas.

De acôrdo com os últimos conhecimentos anátomo-patológicos sôbre o assunto fica estabelecido que as veias das quatro regiões mencionadas sofrem influência de fatores locais dependentes da posição do paciente no leito, resultando perturbações nutritivas na túnica interna dêstes vasos.

Três condições são necessárias para a formação de um trombo: diminuição da torrente circulatória, modificações químicas do sangue circulante, e injúrias à túnica interna.

Os dois primeiros fatores são exclusivamente coadjuvantes, e isolados não poderiam originar trombo, ao passo que uma injúria de certo grau da íntima, mesmo sem associação dos outros fatores pode, sempre, ocasionar um processo de trombose.

A vitalidade das células endoteliais depende grandemente do contacto que elas mantêm com o sangue circulante. Prejudicada esta vitalidade por diminuição da circulação local, surgem distúrbios de nutrição da íntima, e posteriormente surge um processo de trombose.

Estas perturbações da túnica interna são o principal fator na patogenia da trombose.

Pode-se impedi-la favorecendo a circulação nas zonas já mencionadas. Obtem-se êste efeito, elevando a cabeceira do leito até que o paciente comece a escorregar para baixo encostando a região plantar ao plano dos pés do leito. Mantém-se esta posição por uma a duas horas diárias.

Com esta manobra a pressão venosa nas extremidades aumenta, ficando as veias distendidas. Além disto, o paciente é forçado a pequenos movimentos ativos com os membros inferiores, para manter a posição, o que é mais um fator para ativar a circulação nas extremidades.

Assim, obtém-se esvaziamentos e distensões rítmicos das veias especialmente ameaçadas de trombose.

Todos os pacientes tratados por êste meio, tipicamente predispostos à trombose, não foram vitimados por esta complicação post-operatória, ao passo que no mesmo período, outros que não foram assim cuidados apresentaram-na.

Dr. Fradique Corrêa Gomes.

Tratamento Cirúrgico das Úlceras Gastro-duodenais. Técnica da ressecção gástrica. (The surgical treatment of gastroduodenal ulcerations. The technique of gastric resection. M. E. Steinberg, M. D., Portland, Oregon. Surg. Gyn. and Obst., vol. 71, ner. 3, sept. 1940).

O autor faz a apresentação da técnica de Billroth II, para ressecção de estômago. A estatística de 117 ressecções primárias apresenta a mortalidade de 2,6 por cento. Os pacientes que sucumbiram à operação, chegaram ao hospital por hemorragias graves. Os erros de técnica e as faltas no tratamento pre- e postoperatório são responsáveis pelo maior número das fatalidades.

Os resultados que o autor conseguiu foram bons. A maior parte dos gastrectomizados ficou em excelente estado de saúde. Os poucos que não aumentaram de peso, ou que se queixam de distúrbios dispépticos moderados, consideram-se curados.

Três faltas são definidas pelo autor nos seus casos:

— dois pacientes foram operados por úlceras jejunais, seguindo a operação de exclusão de Finsterer, deixando a mucosa intacta.

— um terceiro paciente que também fôra submetido à mesma técnica, fez uma hemorragia ao nível da antiga úlcera duodenal. Todos êles foram submetidos a operações secundárias encontrando-se presentemente em boas condições.

O autor desejaria que a técnica da ressecção gástrica se tornasse mais difundida, lembrando apenas a seleção dos casos, o conhecimento da técnica e o treinamento do cirurgião, para poder enfrentar a magnitude do processo.

Dr. Fradique Corrêa Gomes.

Peritonite Pélvica nas Meninas. (Pelvic peritonitis in female infante and children. Goodrich C. Schauffler, M. D., Portland, Oregon. Surg. Gyn. and Obst., vol. 71, ner. 3, sept. 1940).

Foram feitos estudos da infecção pélvica primária num conjunto de estudos de patologia genital especializada em 371 meninas. Em 259 dos casos a origem foi infecção vaginal franca, de natureza gonocócica na maioria.

O autor faz importantes considerações sobre pontos diferenciais nos métodos de exame da mulher imatura, em oposição à madura, discutindo com detalhes os exames vaginal, retal, e abdominal.

Estudando os pontos de infecção pélvica, o autor admite que a rota mais frequente deve ser a realizada pela ascensão dos germens desde o tractus vaginal infectado. O gonococo e o pneumococo, microorganismos que mais vezes determinam estes processos, fazem a invasão quasi sempre desta maneira.

A infecção secundária proveniente do apêndice é rara e sempre grave.

A ausência da diferenciação puerperal explica a tendência para a peritonite simples. São raras, na criança, as complicações, que na mulher adulta constituem as seqüências ordinárias.

A patologia é essencialmente a da peritonite pélvica.

O diagnóstico diferencial é abordado brevemente, sendo citados como fatores de confusão mais frequentes as infecções apendiculares e a pielocistite.

A incidência muito maior da apendicite sobre as infecções pélvicas primárias nas meninas, é a mais importante das considerações imediatas.

A decisão relativa à operação é frequentemente crucial.

Finalizando, o autor passa em revista dados relativos às nove observações pessoais.

Dr. Fradique Corrêa Gomes.

Critério para o diagnóstico de fistula e abcesso anal tuberculoso. (Tuberculosis anal abscess and fistula criteria for diagnosis. Clement L. Martin, M. D., F. A. C. S., and Henry C. Sweany, M. D., F. A. C. P., Chicago, Illinois. Surg., Gyn. and. Obst., vol. 71, ner. 3, sept. 1940.)

A última palavra sobre a natureza das lesões fistulosas da região anal deve levar em conta:

1 — História clínica e aspecto da lesão.

2 — História clínica de tuberculose ativa ou latente, ou prova radiológica ou laboratorial de tal.

3 — Presença ou ausência de bacilos tuberculosos nas lesões excisadas, demonstrada por cultura ou inoculação em animal. Aqui os achados positivos estão sujeitos a um erro de 30 % nos casos com esputo positivo.

4 — O teste mais importante, e o único patognomônico quando positivo, é o achado histopatológico de tecido de granulação tuberculoso.

Num corte único, só se encontra este tecido em 50% dos casos em que ele existe realmente; fazendo cortes seriados encontra-se-o pelo menos em 75% deles. Basta que seja corado e observado um corte em cada quatro da série; basta, mesmo, para obter bons resultados, observar um corte em cada dez.

Si a inoculação ou a cultura dá resultado positivo, e o esputo negativo, tais casos devem ser juntados aos que são achados por exame histopatológico. Si os espécimes provêm de indivíduo positivamente tuberculoso, há probabilidade de que sejam tuberculosos; mas na ausência do critério acima mencionado as lesões devem ser aceitas como não tuberculosas, ou consideradas duvidosas até prova em contrário.

Dr. Fradique Corrêa Gomes.

Técnica da injeção paravertebral de álcool. Métodos e cuidados no emprêgo para tratamento da angina pectoris. (Technique of paravertebral alcohol injection. Methods and safeguards in its use in the treatment of angina pectoris. James C. White, M. D., F. A. C. S., Boston, Massachussets. Surg. Gyn. and. Obst., vol. 71, ner. 3, sept. 1940.)

O autor inicia o trabalho descrevendo a técnica da injeção paravertebral do ramo simpático torácico superior e dos nervos cardíacos em pacientes com angina do peito intratável.

São comparados os valores das destruições química e cirúrgica dos nervos cardíacos sensoriais.

O autor é levado à conclusão de que a injeção paravertebral apresenta um risco mínimo, em mãos experimentadas, e é por isso aplicável ao maior número dos pacientes que sofrem mais seriamente de dores cardíacas.

As complicações e os acidentes são discutidos.

O autor relata que, tôdas as vezes em que houve paralisia vasomotora e sudomotora persistente, a dôr anginosa desapareceu.

A imunidade aos ataques é em geral permanente, persistindo para o paciente um sinal de advertência.

O tipo de paciente mais conveniente a este tratamento, bem como os perigos e as complicações observadas, ainda são assunto de discussão. Uma das principais sequelas é a nevrite dos intercostais.

O autor insiste em que o bloqueio alcoólico dos nervos cardíacos não pode dar resultados satisfatórios si não fôr feito com perfeito conhecimento da técnica e por mãos habilitadas.

O método deve ser reservado aos pacientes com as formas mais severas de angina do peito e degeneração das artérias coronárias. Si a intervenção cirúrgica deve ser praticada em casos menos, avançados, deve ser preferida a ressecção franca.

Dr. Fradique Corrêa Gomes.

