

REVISTA DAS REVISTAS

Clap (Paris). Luxação de Montegia (Bull. et mémoires de la Soc. Anat. 1920) A. Laquerrière — Journal de Radiologie et d'Électrologie — 1921. Janeiro.

Um individuo de 55 annos é apanhado por um automovel. Membro inferior D. em extensão com rotação externa bem notavel e com encurtamento de 2 centimetros.

A radiographia revela uma luxação: cabeça do femur faz projecção sob a imagem do grande trochanter, perdeu quasi toda a relação com a cavidade cotyloide e repousa no apice do supercillo cotyloideo pela porção media, de seu bordo posterior.

Esta luxação parece ter sido produzida pela passagem da roda na porção superior do femur.

O quadro clinico lembra o de fractura do collo. O diagnostico foi feito pela radiographia.

N. Flores

Sorrel et Parin (Berck). Fractura por esmagamento da parte anterior da IX vertebra. (Bull. et mémoires de la Soc. Anat. — 1920). A. Laquerrière — Journ. de Radiologie et d'Électrologie — 1921 — Janeiro.

Creança de 13 annos que levava uma queda, queixa-se de dores, porém não interrompe as occupaões.

A radiographia mostra esmagamento da parte anterior do corpo vertebral, produzindo uma especie de entalhe nos bordos inferior e superior. Os discos intervertebraes ficam intactos.

Com applicação de collete gessado, desaparece a deformidade, que é revelada nas novas radiographias.

As fracturas isoladas do corpo da vertebra não são raras, porém é excepcional a sede, isto é, em vertebra tão superior.

N. Flores

Ronneaux (Paris). Volumoso neoplasma do do estomago com ausencia de symptoma

clinico, diagnosticado pela radioscopia e verificado na intervenção cirurgica (Bull. de la Soc. Française de Électrothérapie et de Radiologie — 1920). A. Laquerrière Journ. de Radiologie — 1921 — Janeiro.

Homem de 46 annos, emagrecido, com symptomatologia e exame clinico negativos.

Em um primeiro exame radiologico deficiente, fez concluir em estenose pylorica, diagnostico este inaceitavel pela ausencia de vomitos. Em um novo exame R. encontrou extensa imagem lacunar do baixo fundo do estomago ao pyloro, figura não deformada e persistente na posição do doente deitado; a evacuação se fazia, no entretanto, normalmente ao cabo de 3 annos: estomago vasio, pequena quantidade de barita no intestino grosso e na primeira parte da porção transversa estão cheias — ao fim de 9 horas: intestino grosso repleto, do caecum á primeira porção do descendente.

Porém a parte média do colon transverso estava vasia na região correspondente á lacuna estomacal.

Em summa, o diagnostico radiologico era: neoplasmo volumoso da região prepylorica e do baixo fundo com possibilidade de adherencias ao intestino grosso, sem disturbios no esvasiamento gastrico e intestinal.

A operação consistiu na resecção de todo baixo fundo, occupado pela massa ovoide, do volume de um pequeno punho de mulher e na resecção de parte do colon transverso, que estava adherente e infiltrado.

A peça anatomica mostra uma massa intragastrica com prolongamento de forma conica, penetrando no pyloro, sem no entretanto, oblital-o completamente.

Os drs. Ronneaux e Delherm insistem na necessidade de se proceder a exames completos, comprehendendo todo o trajecto do aparelho digestivo, sem se contentar de lançar um olhar no painel fluorescente.

N. Flores

Ad. d'Espine (Genève). Caso de myelite transversa aguda na creança Presse Médicale — 1920 — Setembro.

Creança de 8 annos, atacada de paraplegia flaccida dos musculos inferiores. Sensibilidade tactil e dolorosa abolidas até a parte superior da coxa e diminuida a 2 dedos transversos, acima do umbigo, sobrevinda no curso de sarampo de apparencia benigno. A temperatura oscillou em uma semana de 38°5 a 39°. Reflexos tendineos, completamente ausentes, isto é, o patellar e o aquileo. Sem Babinski. Esphynteres paralyzados.

Não se verifica atrophia muscular; os musculos são delgados e molles ao tocar. Contraem-se todos pela electrisação faradica, não só pela exploração do nervo como pela do musculo. A contractilidade faradica é diminuida. Não ha reacção de degeneração.

Fôra dos symptomas paraplegicos, o doentinho apresenta integridade absoluta dos musculos do tronco, membros superiores e cabeça.

Estamos, pois, deante de um caso de myelite aguda, porção lombar, tendo interessado todo o segmento medullar e abolido as funções dos esphynteres, assim como a motricidade e a sensibilidade dos membros inferiores. A conservação da contractilidade faradica em todos os musculos paralyzados, faz eliminar a diagnostico de molestia de Heine-Medin. A paralyisia dos espynteres e a ausencia completa, afastam o diagnostico de polyneurite.

A hematomyelia que, em rigor, poderia produzir symptomas analogos, tem um começo brusco e não é acompanhada de febre.

Esta myelite transversa aguda, doença rarissima na creança, inspira serios cuidados.

Como tratamento instituido, foi urotropina e sessões diarias de electrisação faradica localisada praticadas por E. As melhoras não se fizeram esperar, pois, com poucas applicações começou a dar alguns passos.

E' assim que E. attribue á faradisação a cura rapida da paraplegia.

Th. Reh — Caso de tetano curado em 22 dias pelo chloral e persulfato de sodio. (Rev. méd. de la Suisse romande — 1919) Archives de Médecine des Enfants — 1921 — Janeiro.

Menino de 12 annos, entra a 3 de Maio de 1919 para a clinica de Genebra (D'Espine), por tetano, após a picada produzida por ancinho no IV dedo do pé esquerdo. A picada datava de 22 de Abril e os primeiros symptomas, dores e dysphagia, apparecem em 1.º de Maio. Não se fez injeccção prophylactica de soro antitetanico. Cicatriz pouco dolorosa. Trismos, riso sardonico, rigidez da nuca. Clonus de Kernig e Babinski.

A marcha é como a do "Soldat de bois"; temperatura de 37°,8.

Injecção intravenosa de 20 c.c. de soro anti-tetanico e 10 c.c. de solução aquosa (5%) de persulfato de sodio.

Nos dias 3 e 4 de Maio, opisthotonos, crises tono-clonicas da coxa direita e dyspnéa. Prescreve-se 1 grammo de chloral e faz-se injeccção de 20 c.c. de soro anti-tetanico intra raqueano, após a retirada do liquor que era normal.

A 5 de Maio, banhos quentes prolongados, 10 c.c. de soro na veia e 20 c.c. no canal raqueano; 2 grammos de chloral pela via venosa.

A 6 de Maio, toma 4 grammas de chloral. Prescreveu-se ao todo 400 c.c. de soro anti-tetanico (190 intravenoso, 160 intramuscular e 50 intra-raqueano). O persulfato de sodio foi feito em injeccções intra-venosas de 10 c.c. a 20 c.c. total 360 c.c., representando 18 grammas do sal).

O auctor conclue:

I O persulfato de sodio administrado segundo a technica de Bérard et Lumière, parece diminuir a excitabilidade reflexa; permite um abaixamento de dose de chloral.

II O abaixamento desta dose tem importancia, visto a acção nociva do chloral para o coração.

III O soro anti-tetanico não tem acção spasmolytica, mesmo em injeccções intra-raqueanas, as quaes provocam irritação das meninges e muitas vezes dolorosas.

F. Conce et F. Poyales — Caso de gigantismo acromegálico. (La pediatría Española — 1919). Archives de Médecine des Enfants — 1921 — Janeiro.

Menina de 8 annos, muito desenvolvida com atrophia optica á esquerda; peso de 41.800 grammas; altura 1 m. 410 que, de accordo com a tabella de Quételet corresponde á uma menina de 15 annos. O diagnostico é: gigantismo acromegálico pelo hyperfuncionamento do lobo anterior da glandula hypophysaria.

Avó paterna falleceu de pneumonia e avó paterno de paralysisia; avó materna morreu de erysipela e avó ainda vive. Pae de boa saude e mãe arthritica. Falleceu um tio a treze annos e era de grande talhe. Dous irmãos mais velhos normaes. A paciente nasceu muito crescida e esbelta; amamentação foi mixta; teve 2 dentes aos 5 mezes, caminha e falla com um anno.

Adenite cervical suppurada, coqueluche aos 3 annos, sarampo aos 3 e meio e escarlatina aos 7 annos.

Crescimento excessivo, desde o nascimento, mais rapido a partir dos 5 annos. Em novembro ultimo perturbações visuaes e accentuada á esquerda. Aspecto infantil.

Diametros da cabeça: do vértice ao mento 0^m,24, fronto-occipital 0^m,19, bímastoideo 0^m,12, occipito-menoniano 0^m,21. Temperatura, pulso e systema muscular normaes.

A face é deformada, hypertrophiada, alongada verticalmente, os traços salientes, palpebras espessas, orbitas, narinas, labios e principalmente maxillar inferior augmentado, (faceis achomegálico), macroglossia, pelle negra, mão hypertrophiada, dedos cylindricos e em salchichas; grandes pés. Leve cyphose cervico-dorsal, lordose lombar, de compensação. Saliencia do externo, das clavículas e falsas costellas. A caixa thoracica tem o diametro antero-posterior augmentado a custa do transverso (thorax de pollichinello). Cabellos abundantes, sem pellos nas axillas, pellos pubianos desde a idade de seis annos; sem menstruação e sem atrophia genital e ausencia de adiposidade.

Nada a auscultação, reflexos normaes; sem zonas de anesthesia, nem de hyperes-

thesia; sensibilidade tactil, dolorosa e thermica normaes.

Signaes radiographicos: sem augmento da sella turca, nem sombra produzida por tumor; sem osteophitos; enorme hypertrophia do maxillar inferior com 2 fileiras de dentes (1.^a e 2.^a dentição). Wassermann e reacção Pirquet — negativos. Não tem albumina, assucar e elementos biliares nas urinas.

Quantidade de urina em 24 horas, 650,0. Nada de particular ao exame do sangue (5 % de eosinophilos e formas de transição mais numerosas). Tensão arterial augmentada.

N. Flores

Cavazzani e Nivelli — Resumo da autopsia do radiologista do hospital Bergamo, victimado pelos raios X — (Rev. Brasileira de Physiotherapia — Junho de 1915. Toledo Dodsworth).

D. E. Tiraboschi, de 49 annos e italiano. Radiodermite leve com pigmentação da mão esquerda e do lado esquerdo da face. Baço endurecido e pequeno, medindo 0,05 de comp. $\times$ 0,04 de largura $\times$ 0,02 de espessura; cellulas pigmentadas em profusão, forte destruição de globulos, folliculos de Malpighi também destruidos na sua maior parte e abundante tecido conjunctivo. Testiculos atrophiciados e de côr amarella, cellulas epitheliaes dos tubos seminíferos atrophiciadas; espermatogonios e espermatozoides impossivel distinguir-se, apenas vestigios indeleveis de kariokinesis e falta da extremidade cephalica dos espermatozoides, membrana basal dos canaliculos espessada pelo tecido conjunctivo que comprimia o tecido glandular. Epidymio totalmente invadido por tecido conjunctivo. Medulla das costellas normoblastos em grande quantidade, nenhum megaloblastos, pequeno numero de globulos vermelhos, mais ou menos deformados, abundantes myelocytos, raros megalocytos, polynucleares menos numerosos e eosinophilos muito raros.

Trata-se de um radiologista de 14 annos de profissão que, em vida queixava-se de fraqueza geral, tres annos antes de fallecer, soffreu forte abalo nervoso que o obri-

gou ao repouso. Estado geral era relativamente bom, mas a pallidez e a anemia se accentuava.

A anemia progressiva e perniciosa a que succumbiu, resultou directamente do **envenenamento gradual pela radiolympha dos proprios tecidos, sobretudo dos mais sensiveis aos raios X, taes como os testiculos, a medulla ossea e o baço.**

Conclue o Dr. Aubertin em seu artigo no "Paris Medical" de 25 de Julho, a respeito da autopsie celebre e instructiva: Trata-se pois, de uma **anemia perniciosa**, mas de uma anemia perniciosa, cujas lesões esplenicas tem qualquer cousa de especial que lembra o estado do baço dos animaes submettidos ás irradiações macissas e repetidas.

Assim em vista do que sabemos sobre as modificações do sangue dos radiologos profissionaes, devemos perguntar, se não estamos deante de uma **anemia perniciosa reentgeniana?**

N. Flores

Conceito e cura moderna da constipação cronica. — (Dr. Prof. Filippo Pistolesi. — Livre docente de Pathologia cirurgica na R. Universidade de Napoles. — Studium 20-7-921.)

A constipação chronica é um assumpto de actualidade e ao alcance de qualquer observador, pois todos os clinicos são frequentemente consultados sobre este mal.

O A. propõe-se a expôr o que ha de moderno sobre o assumpto pelo menos em suas linhas geraes.

Conceito e typos da estase intestinal. O conceito da estase fecal ainda está longe de ser uniforme. Ella é variavel sob o ponto de vista de seus limites, da duração e dos symptomas que a acompanham.

Para os radiologistas ha constipação quando, administrada a pasta bismuthada, esta ainda não foi evacuada 48 horas depois.

O critério radiologico não está porém de accordo com o critério clinico, por isso que ha ás vezes coprostase durante tres, quatro ou mais dias sem produzirem graves ou mesmo leves perturbações locais ou geraes.

Por outro lado uma estase fecal diminuta pôde acarretar em certos individuos perturbações nervosas ou psychoasthenicas. Hoje paira a duvida sobre a distincção entre os dois typos clinicos da constipação, até então considerados como indiscutíveis: *fôrma atonica* e *fôrma espasmodica*. Com effeito, pôde haver espasmo em um segmento do tractus intestinal e atonia em outro.

Outras classificações clinicas têm apparecido.

Hertz reconhece a constipação colica, em que ha retardamento da progressão do bolo fecal no colo e a constipação rectal por estagnação deste no recto.

Schwartz distingue a constipação hypocinetica, por enfraquecimento peristaltico, da constipação discinetica, caracterisada por desordens nos movimentos peristalticos do colo.

Bensaude e Guenaux, baseados nos resultados fornecidos pelo exame radioscopico, descrevem: uma estase *coeco-ascendente* que corresponde ao typo ascendente de Stierlin; uma estase *transverso-descendente*, que corresponderia á fôrma hypocinetica de Schwartz; uma estase *pelvi-rectal* correspondente á discinetica de Hertz; ainda uma estase *total* e finalmente a estase *coeco-rectal* ou bipolar.

Mas, diz o autor, se procurarmos analysar estas varias fôrmas, notamos não terem ellas a importancia que lhe querem emprestar.

Symptomatologia da coprostase no colo ascendente:

Tres ordens de manifestações, combinadas de modo variado, formam as linhas caracteristicas do quadro clinico:

a) *Dôres na fossa illiaca e no hypocondrio direitos.*

b) *Retenção alternada com descarga diarrheica.*

c) *O conjunto de manifestações toxicas e inficciosas.*

Em seguida o A. passa a estudar a symptomatologia da constipação no colo ascendente, analysando detidamente cada uma das manifestações que, combinadas de modo variado, formam as linhas caracteristicas do quadro clinico. Resíduos digestivos podem dar origem a productos toxicos, tanto mais nocivos quanto a mucosa é mais per-

meavel e absorvente. Quando a intoxicação se prolonga, aos poucos, se vae estabelecendo a anemia, que pôde não ser notavel pela redução do numero de globulos, mas o é pela diminuição da hemoglobina.

A cholemia é habitual em taes enfermos: a pelle é de coloração escura, devido á intoxicação cerebral, a astenia é habitual. Tambem é habitual o estado saburral da lingua, maxime nas porções posteriores. Si a isso juntarmos que o esvaziamento gastrico é, em parte, dificultado pela retenção cœcal, comprehende-se que o paciente tenha menos appetite e reduza instinctivamente a quantidade de alimento, creando assim uma relativa inanición e perturbações desta dependentes.

Não faltam complicações inficciosas de grão variavel quando a affecção se prolonga muito.

Ha pacientes nos quaes a hypertermia persiste, constituindo assim uma verdadeira *fôrma febril da constipação cœcal*.

TRATAMENTO MEDICO

Antes de tudo, a attenção deve ser voltada para o regimen alimentar. Restringir o mais possivel as albuminas soluveis, supprimir os ovos, diminuir a carne e as leguminosas ricas em azoto, ás vezes tambem o leite. E' preciso combater o desenvolvimento da flora bacterica de putrefacção, favorecendo o desenvolvimento de fermentos acidos, administrando-se a lactose. Usa-se tambem os purgativos em doses pequenas e frequentes: oleo de ricino, oleo de parafina, oleo de oliva, etc.

O A. tentou o tratamento com os extractos de bago. Em 7 casos sobre 10 de constipação chronica, a experimentação foi favoravel.

O emprego do extracto esplenico justifica-se pelas relações existentes entre a funcção hepatica e a daquella glandula, que parece ser colesterinogenica.

Todavia, não se comprehenderia a indicação therapeutica dos extractos de bago si esquecessemos que os movimentos peristalticos são actos reflexos coordenados, provocados por estímulos mecanicos e chimicos.

A excitação do systema nervoso autonomo (vago-pelvico) exerce uma acção estimulante sobre o peristaltismo e sobre as secreções, provocando uma vaso-dilatação. A excitação do sympathico (nervos esplanchnicos) exerce a acção inhibitoria sobre os phenomenos motores e secretores, d'ahi uma vaso-contricção consecutiva. O intestino é então um órgão de funcção autonoma, accionado por ganglios nervosos contidos em suas paredes.

O antagonismo funccional entre estes systemas de innervação e as relações funcçionaes entre o systema sympathico e o systema glandular endocrinico, nos fazem comprehender como, nas molestias deste ultimo systema, podem apparecer tambem syndromes de enteronevrose motora.

E' sobre este complexo mecanismo que se deve assentar a therapeutica, com o intuito de provocar um estado de hypertonia ou de hypotonia de um ou de outro systema,

TRATAMENTO CIRURGICO

Arbuthnot-Lane preconizou com entusiasmo a cura cirurgica e fez proselitos, especialmente na França.

A appendicetomia, si o cœco é movel, segundo Duval e Roux, não pôde ser considerada como sufficiente, na estase colica. E' preciso, com um fim prophylatico, associar qualquer operação curativa: a fixação do colo, com ou sem destruição da pericolite.

Na estase do colo ascendente a ablação desta porção do intestino, a colectomia total, hoje insistentemente proposta por alguns cirurgiões, poderia ser praticada sómente nas fôrmas muito graves.

Si fôr possivel assegurar a regular evacuação deste segmento colico, a colectomia torna-se um sacrificio superfluo, a colectomia deveria ser reservada aos casos em que a parede colica está definitivamente alterada ou em que ha pericolite segmentaria chronica.

A *colifixação* é digna de consideração.

A *ablação da membrana pericolica, operação plastica complementar*, se pôde dizer ainda sub-judice, até que se descubra um modo seguro de evitar a reproducção das

adherencias. Quando o colo ascendente é pouco movel, emquanto que a pericolite é intensa, será melhor não tentar a extirpação.

Na *colite mucosa*, nem a fixação colica, nem a suppressão da pericolite bastariam para a cura. E' preciso recorrer á drenagem permanente do colo dilatado e in-

fectado. A operação a preferir será a cæco-sigmoidestomia.

Na *colite parietal chronica*, incuravel pelo tratamento medico, é preciso fazer a resecção ileo-colica e a anastomose termino-terminal.

J. B.

