

Tambem Hartmann cita casos de hypernephroma com metastases osseas, entre ellas uma do frontal, muito vascularizada, e outra da parte superior do humerus. A estampa desta ultima até parece representar o nosso caso. Na autopsia, Hartmann poudé verificar que essa metastase era aliás a unica manifestação secundaria do hypernephroma.

Albrecht igualmente menciona alguns casos com metastase ossea unica.

Infelizmente, como sempre sóe acontecer na clinica particular, não houve autopsia no nosso caso, de modo que para mim continua a existir um ponto obscuro: Que teria havido para a pleura? — Tumor ou simplesmente infiltração cancerosa?

Para terminar, transcrevo outra hypothese lembrada por distincto collega. Para elle, o tumor primario teria sido o da nuca (epithelioma?), os outros devendo ser considerados secundarios. Ha uns 10 ou 15 annos atraz, esta hypothese seria regeitada in limine, visto o espaço de 6 annos que medeia entre o tumor da nuca e os outros, ser demasiadamente grande. Hoje as idéas a este respeito estão modifica-

das, porque a pratica nos offerece outros ensinamentos.

Féréol, por exemplo, cita um caso de cancer pleuro-pulmonar tardio, em consequencia de um epithelioma do nariz.

Roussy e Wolff (Traité de Médecine de Roger, Vidal e Teissier, 1922) citam alguns casos de reincidencia após 6 e mais annos. Mesmo no nosso meio conheço casos de intervallos maiores de 6 annos.

Assim, no nosso caso, não se pôde excluir de todo a hypothese de uma recidiva do tumor que fôra estirpado. De outro lado não é possível refutar a idéa de ter-se tratado de um hypernephroma primitivo, pois sabe-se que os tumores da capsula supra-renal pôdem evolver durante muito tempo, sem se revelarem, produzindo metastases varias, osseas, pleuro-pulmonares e outras.

Si a hypothese do collega é verdadeira, sou de opinião que não ha necessidade de appellar para o epithelioma. Não bastará o simples papilloma para explicar o apparecimento dos diversos tumores? Parece que as concepções modernas a respeito de tumores estão se encaminhando nesse sentido.

Resecção de uma costella cervical supranumeraria

pelo Dr. Mario Araujo

(Cirurgião da Beneficencia Portuguesa de Bagé).

A pouca frequencia de casos de costella cervical operados nos animou a trazer á luz da publicidade a nossa observação. Nos livros e revistas que consultamos sobre o assumpto, os esclarecimentos escasseiam, principalmente quanto á technica operatoria.

Discriminando as difficuldades e os resultados que tivemos no nosso caso, acreditamos ser de alguma forma uteis a quem houver de resecar uma costella cervical, operação pouco commum, que raros cirurgiões têm tido occasião de praticar.

Na parte do diagnostico, tivemos relativa felicidade, pois o doente já o trazia feito pelo Dr. Tudde Godoy; este talentoso clinico de D. Pedrito, não concordou com a opinião de um collega que julgava tratar-se de aneurisma.

Para a intervenção, encontramos precioso auxilio no magistral artigo do Dr. N. Tagliavacche em "La Prensa Medica Argentina" (Fev. 1922).

Com os exames radiologicos augmentaram as observações de costellas supra-numerarias, sendo, ás mais das vezes, o resultado de um accaso a descoberta dessa anomalia que só excepcionalmente determina o apparecimento de symptomas graves. Antes dos raios X pouco se sabia dessa affecção congenita, tanto que o grande Cruveilhier, em 1860, ainda perguntava quaes seriam as relações da costella cervical completa com a arteria e veia sub-clavias.

Uni ou bi-lateraes, as costellas supranumerarias originam-se da 5ª, 6ª ou 7ª vertebra cervical, com mais frequencia desta ultima (deixamos de parte as costellas supranumerarias lombares).

Suas dimensões variam muito, assim como suas formas e constituição intima.

Em uma observação de Chassaignac, a apophyse transversa da 7ª vertebra cervical constituia um ponto de ossificação aparte, rectilineo, horizontal, notavelmente desenvolvido, sem no entanto ter a forma de uma costella. Desde esta constituição rudimentar, todas as modalidades se podem observar, até a costella inteira, unindo-se ao esterno.

Blanchard classifica os casos conhecidos da seguinte maneira:

- I) Costellas completas em que a parte anterior pode ser:
 - a) reunida ao esterno
 - b) reunida á primeira costella dorsal
 - c) fibrosa
- II) Costellas incompletas:
 - a) com os dois externos separados
 - b) só com a existencia da parte posterior.

A symptomalogia dessa anomalia depende, em primeira linha, de suas relações com o plexo brachial e arteria sub-clavia. A compressão dos nervos se traduz por formigamentos, parestia e até dores lancinantes no tracto dos nervos. A's vezes, nota-se uma perturbação do recorrente. No doente de Tillman (cit. por J. Arrou) havia rouquidão e difficuldade no engulir. Tem-se tambem observado lagrimejamento, perturbações da visão e caimbra dos escrivões.

A arteria sub-clavia pôde soffrer alterações de suas paredes que estão em contacto com a costella, ora é uma ectasia do vaso que se installa, por vezes a sua lenta e progressiva obliteração. Dahi perturbações da circulação do braço: edema, gangrena, etc. Willys Andrews teve occasião de observar uma obliteração completa da arteria com o desaparecimento do pulso radial.

A existencia de uma costella cervical pôde determinar attitudes viciosas, uma escoliose alta, cuja convexidade fica do lado da costella anormal (Garré, Meyerowitz, Drehnam). Tres casos de torticollis foram observados por Froelich, a contractura era do lado opposto ao em que existia a anomalia.

A sua existencia bilateral pôde deformar o pescoço, fazendo-o parecer curto ou alongado, conforme a obliquidade das costellas.

Essa affecção congenita passa em geral despercebida, pois as perturbações que determina, só apparecem numa reduzida porcentagem. Dahi as poucas observações antes da descoberta de Roentgen. Só os anatomistas de então descreveram alguns casos, achados fortuitos de autopsias. Actualmente, com o exame radiologico, muitas vezes com outros

finds, vêm sendo encontradas varias fórmulas de costellas supranumerarias. Assim tambem algumas vezes se esclareceram as causas de certas perturbações.

O diagnostico, maximé no caso de costella completa, pôde ser simples quando se nota na parte média do concavo supraclavicular uma saliencia arredondada que, ao palpar superficial, apresenta batimentos e; ao palpar profundo, é dura, ossea. Uma exostose da primeira costella pôde trazer confusão.

A differenciação clinica de uma costella cervical supranumeraria e de uma costella cervical por anomalia da primeira costella (casos de Tagliavacche e dos archivos da "Murphy Clinic") é impossivel sem o auxilio dos raios X.

Com este meio de diagnnose, as observações se multiplicaram, porém os casos de intervenção têm sido poucos, porque só se justifica a intervenção quando os transtornos são graves, e estes raramente se mostram.

O facto de se sentirem os batimentos da arteria subclavia, muito superficialmente, tem feito diagnosticar erradamente aneurisma desse caso; a dor, ao nivel da saliencia, torna mais facil o engano.

A intervenção cirurgica é particularmente delicada em virtude dos órgãos importantes que atravessam a região operatoria e cuja lesão pôde dar logar a accidentes graves; Perrier e Tillman abriram o fundo de sacco pleural.

OBSERVAÇÃO.

E. B., com 35 annos de idade, agricultor, residente no 3º districto de D. Pedrito, casado.

Antecedentes hereditarios: Paes sãos, 5 irmãos fortes.

Molestia actual: Desde os treze annos começou a notar, do lado direito do pescoço, um pouco acima da extremidade interna da clavivula, "uma cousa que ao tocar lhe doia". A' noite, depois de estar algum tempo na cama, sente "uma dormencia muito incommoda" em todo o braço direito; após algumas horas de trabalho manual, lhe sobreveem uma diminuição de força do braço do mesmo lado.

Estes transtornos levaram-no a consultar o Dr. Tude de Godoy que, na supposição de se achar em face de um caso de costella cervical, aconselhou o exame radiologico. Não explicando o paciente ao radiologista, o fim a que ia, este depois de collocar-o deante do *écran*, disse que se tratava de um aneurisma.

Voltando o doente a D. Pedrito e não se conformando o Dr. Godoy com esse resultado, nolo enviou para que assistissemos a um exame, pois os transtornos indicavam uma intervenção.

Tivemos, então, oportunidade de, pela radioscopia, (não nos foi possivel obter uma radiographia como desejavamos) constatar a existencia de uma costella cervical supranumeraria dependente da 7ª vertebra cervical.

Antes da radioscopia, já haviamos examinado o paciente, observando:

No meio do concavo supraclavicular direito, pela simples inspecção, uma saliencia, que ao palpar profundo é dura, ossea, e não se mobilisa em sentido algum, nem com os movimentos forçados da cabeça. Para cima e um pouco para dentro dessa saliencia, notam-se superficialmente os batimentos de uma arteria calibrosa; comprimindo com o polegar, sem muita força, esse vaso contra o plano resistente posterior, para o pulso radial, factó este que identifica a subclavia desviada de seu trajecto normal.

Na mesma região, do lado esquerdo, nada se nota de anormal. O membro direito, em relação ao esquerdo, está diminuido de volume; esta differença, não sendo grande, torna-se mais apreciavel, porquanto o individuo não é ca-

nhoto e deverá assim ter o membro mais desenvolvido, maximé levando-se em consideração que, desde muito joven, se occupa em trabalhos braçaes.

As phalanges da mão direita conservam-se sempre meio flexionadas quando em repouso; na extensão activa os dedos não attingem a linha horizontal que passa pelo dorso da mão. A extensão dos dedos da mão esquerda se faz normalmente.

Em vista da agravação progressiva dos transtornos, que vão pouco a pouco inutilizando o paciente para o trabalho, resolvemos intervir.

OPERAÇÃO.

Anesthesia geral pelo ether (mascara de Ombredanne), pelo Dr. F. Castelletti.

Com o precioso concurso dos distinctos collegas Drs. Brenno Ferrando e Raymundo Vieira da Silva F., fazemos uma incisão que, partindo ao nivel da 7ª vertebra cervical, dois dedos transversos de sua apophyse espinhosa, ligeiramente curva de concavidade superior, vem terminar um pouco acima da extremidade interna da clavivula. Secção da aponevrose superficial do pescoço, somos obrigados a ligar tres veias bastante volumosas. Com a thezoura recta de Mayo vamos dissecando o tecido cellular frouxo do concavo supra-clavicular até encontrar os nervos do plexo brachial, que é protegido por um affastador. Continuando a progredir para a frente, isolamos a subclavia, que não parece augmentada de volume, e sentimos na profundidade uma saliencia ossea que com a thezoura curva e a rugina contornámos. Lentamente vamos isalando a costella dos tecidos visinhos, procurando extirpar com ella o periosteo que a envolve.

Este tempo foi particularmente delicado, em virtude da profundidade grande do órgão anormal e dos elementos que o rodeiam, cuja lesão é preciso evitar (pleura, plexo brachial, arteria subclavia). Seccionámos a costella atraz do tuberculo e com o sacca-bocados destruimos a parte posterior até a apophyse transversa da 7ª vertebra cervical; depois praticamos o mesmo com a parte anterior, destruindo



tambem um pouco da cartilagem que continua a costella por detraz da extremidade interna da clavivula, tendo em mira deixar espaço livre para a arteria subclavia, sempre extirpando a maior porção possivel de periosteo, com o fim de evitar a reproducção.

Sutura da aponevrose com catgut O, deixando um espaço para a passagem de um feixe de crinas. Agrafes na pelle.

Post-operatorio apyretico. 1º dia algumas dores em todo o membro, paresia. 2º dia retiro o dreno de crina. 3º, 4º e 5º dias: as dores continuam bastante incommodas, porém, a paresia gradativamente diminuindo.

6º dia retiro os agrafes, cicatrização per primam.

10º dia: o paciente tem alta da Casa de Saude, voltando, porém, cada tarde, para fazer massagens electricas até o 16º dia, retirando-se após pra a campanha, fazendo todos os movimentos. As dores desapareceram.

A arteria subclavia direita é sentida com dificuldade

e profundamente. O concavo supra clavicular readquiriu a sua depressão normal.

Alguns dados sobre a costella extirpada:

Dimensão: Total extrahido, 5 cms e meio. A parte média da costella é formada por um tuberculo, neste a substancia ossea é homogenea, ha uma falta de tecido, determinando uma separação das duas extremidades, tal qual uma articulação. A parte interna se articula com uma cartilagem proveniente do esterno, exactamente com a primeira costella normal. A porção vertebral é cylindrica e a esternal achatada. As suas dimensões são, approximadamente, um terço da primeira costella anormal.

Infecções em fóco

pelo Dr. Cirne Lima

(prof. da Faculdade de Medicina de Porto Alegre).

O conhecimento exacto da pathogenia de certas affecções geraes, determinadas por focos de infecção buccal, é de data recente.

O estudo pormenorizado desse importante capitulo da pathologia humana nasceu com o advento dos Raios X.

Muito ao contrario, porém, do que sóe acontecer com quasi todas as descobertas que apparecem no terreno da medicina, maximé quando se lhe descobrem intuitos remodeladores de principios rotineiros preexistentes, o estudo pathogenico das infecções em fóco surgiu, brilhou e venceu, sem objecções e sem controversias, porque trazia, como credencial irrecusavel, a sancção irretorquível da clinica e das pesquisas experimentaes.

Para isso, muito contribuiu, sem duvida, a documentação cerrada e copiosa com que vieram a publico, num surto magnifico de batalhadores victoriosos, os nomes respeitaveis de W. Hunter, Billings, Goadby, Craig, C. N. Mayo e Rosenow.

Quando se iniciou o estudo desses processos pathologicos, suppunha-se que as bolsas pyorrhoeicas, com suppuração abundante, os abcessos alveolares, fistulosos ou não, com comprometimento profundo do ligamento e do tecido osseo, eram as lesões mais susceptiveis de produzir affecções secundarias.

Estas, porém, podem ser causadas por alterações morbidas das gengivas, dos dentes e do ligamento alvéolo-dentario, como já se tem verificado com a gengivite tartarica, as polpas infectadas e as ulceras gengivales, oriundas da existencia de raizes imprestaveis, que agem na bocca como corpos extranhos.

Essas affecções circumscripitas dão causa, ás vezes, a perturbações geraes, muito antes que a radiographia possa revelar modificações no estado das raizes, do ligamento e do tecido osseo. E' de notar tambem a importancia de que se revestem as amygdalas, como factores causaes de perturbações a distancia, muito embora os processos morbidos que nellas se localizam decorram, não raro, do máu estado dos dentes e da mucosa buccal. Rosenow, que com tanto brilho analisa a transmutação dos micro-organismos e, sobretudo, a acção electiva destes sobre determinados órgãos, conforme seu fóco de origem, demonstrou que os focos existentes na bocca ou em órgãos afastados podem causar a formação de outros focos, que a seu turno são susceptiveis de produzir manifestações pathologicas variadas e independentes do fóco primitivo.

Tem-se observado, além disso, que as affecções geraes, oriundas de perturbações buccaes, dentarias ou amygdalianas, de character agudo ou com exarcebações em seu estado chronico, não occorrem durante a evolução do processo que lhes dá origem, mas sim alguns dias e até mezes depois. E' nesse tempo de pausa que as bacterias adquirem seu poder infectante. Devemos acrescentar ainda que a efficiencia da infecção parece não depender do numero de micro-organismos que penetram no sangue, mas da sua virulencia, respeitadas, é claro, as condições de resistencia ou de receptividade morbida inherentes ao individuo. Frizemos, outrossim, a circumstancia, altamente valiosa, da infecção dentaria poder engendrar perturbações a distancia, sem que a denuncie a mais leve reacção dolorosa.

Assim, insidiosamente, sem dór, sem a existencia apparente de pu's, sem a minima reacção febril, sem qualquer signal, emfim, capaz de suggerir ao paciente a execução immediata de medidas defensivas, os elementos infectuosos, que encontram nas cavidades alveolares excellentes condições de cultura, invadem o tecido osseo esponjoso, chegam ao systema lymphatico e, conduzidos pelo sangue, vão se fixar em órgãos, ás vezes, afastados do fóco inicial da infecção.

Entre os germes pathogenicos mais frequentemente incriminados como responsaveis pelas manifestações secundaria das infecções em fóco, citam-se: o estreptococco viridans e estreptococco hemolytico, o bacillo de Koch, o colibacillo e o diplococco de Cannellan-King.

A identidade deste ultimo ainda não está, para alguns autores, perfeitamente definida. Outros, porém, baseados em pesquisas escrupulosamente realizadas, acham que se trata de um microbio comparavel, morphologicamente, ao micrococco catharral, embora seja muito menor do que este. Com ambos verifica-se a prova do Gram negativo. Entretanto, após repetidas subculturas em agar, o diplococco de Cannellan-King, que é frequentemente encontrado nas amygdalas, entra a formar pequenas cadeias, tomando o Gram positivo.

Examinando-se o sangue de individuos infectados por esse diplococco, obtem-se uma reacção de fixação de complemento positiva, empregando-se como antígeno estreptococco não hemolytico.

De accôrdo com esse resultado, querem alguns autores que se inclu'a o microbio de Cannellan-King na classe dos estreptococcos que não dispõem de propriedades hemolysantes. Accentuemos, entretanto, que esse trabalho de classifi-