

Revista das Revistas

Sobre a determinação oscilométrica da pressão mínima. — Dr. J. Barbosa Corrêa e Ddo. Carlos de Oliveira Bastos — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 95, fevereiro de 1933.

Examinando 80 casos para fazer o estudo comparativo entre as técnicas oscilométricas por compressão e decompressão progressivas da braçadeira os autores encontraram os seguintes resultados:

1 — pelo processo da decompressão a Mn. foi determinada em 56 casos (70%) e impossível em 24 (30%). Nos primeiros as curvas oscilométricas eram do tipo I de Gomez; nos segundos do tipo II e III.

2 — pelo processo da compressão a Mn. pôde ser determinada em 75 casos (93,75%) e impossível em 5 (6,25%). Nestes 5 casos a determinação foi impossível pelo primeiro método.

3 — dos 56 casos cuja Mn. pôde ser determinada pelos 2 métodos, permitindo assim um estudo comparativo, o valor da Mn. esteve de acordo em 39 casos (69,6%); houve uma diferença de 1 cm. de Hg. entre as duas técnicas em 16 casos (28,6%) 6ra em favor do método ascendente 6ra em favor do descendente; em 1 caso apenas (1,8%) a diferença foi de 2 cm. de Hg.

4 — a pressão Mx. estava concorde com os dous métodos em 45 casos (57,5%); houve uma diferença de 0,5 a 1 cm. de Hg. em 32 casos (40%) e diferença de 2 cm. de Hg. ou mais em 2 casos apenas (2,5%).

5 — a pressão média pelos dous processos (considerando no caso de planaltos o valor intermediário) concordou em 44 casos (55%); houve diferença de 1 cm. de Hg. ou menos em 33 casos (41,2%) e de mais de 1 cm. Hg. em 3 casos (3,8%).

6 — o índice oscilométrico, pela técnica que os autores seguiram (primeiramente a decompressão e em seguida a compressão) era maior pelo processo da compressão em 70 casos (87,5%); igual em 8 casos (10%) e menor em 2 casos (2,5%).

7 — as curvas oscilométricas têm realmente os tipos mais variáveis; mas podem ser esquematizadas nos 3 tipos de Gomez.

8 — sem duvida a técnica da compressão progressiva da braçadeira facilita muito a medida da mínima.

Hidronefróse e vaso aberrante — Considerações a proposito de 2 casos — Dr. Athayde Pereira — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 107, fevereiro de 1933.

O autor apresenta dous casos de hidronefróse e vasos aberrantes. Nos dous casos o diagnostico foi confirmado pela piélografia, que mostrava um cotovelo angular juxtapiélico, sem outro motivo que pudesse justificar a grande estáse urinaria.

A operação provou o diagnostico pelo encontro do vaso aberrante (arteria) proveniente da aorta abdominal.

O autor concluiu que apesar das controversias existentes sobre a genese das hidronefrôses por vasos aberrantes, nos casos relatados, o vaso produziu a hidronefrôse como obstaculo mecanico e fâtor primario.

Nossa experiencia sobre anestesia epidural — Dr. Henrique Arouche de Toledo — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 117, fevereiro de 1933.

O autor cita diversas estatisticas e resultados obtidos por meio da anestesia e os trabalhos publicados entre nós. Aborda a anatomia da região e o necessario para o desenvolvimento deste meio de anestesia. Descreve sua técnica frisando suas vantagens, o titulo das soluções empregadas, com base sobre uma experiencia de mais de 100 casos.

Cita os inconvenientes do método e os meios possiveis de os evitar, dizendo ser a melhor maneira de anestesia quando se deve agir sobre o terreno perianal. Seu emprego em Urologia, Ginecologia e Obstetricia é de real valor. Terminando apresenta 100 casos feitos em operações de fimóse, prostatectomia por via suprapubica e perianal (op. Young), hemorroides, fistulas perianais e fissuras, feitas no serviço cirurgico do prof. Alves Lima, na Santa Casa, no Hospital Militar da Força Publica e no Hospital Alemão.

Conclui, dizendo ter obtido 92% de boas anestесias, em tres casos sem exito, de todo, e em tres casos foi obrigado de completar a anestesia pelo cloreto.

Fecundação artificial — A respeito de um caso — Dr. Oliveira Pirajá — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 131, fevereiro de 1933.

O autor começa o seu trabalho dizendo não querer considerar o problema da fecundação artificial unicamente sob o aspéto científico, afim de evitar discussões inuteis.

Estende-se em considerações sobre a raridade da indicação da pratica e sobretudo do resultado de fecundação artificial.

Explica duas modificações da técnica usual introduzidas no seu caso com bom resultado: 1.º a prova da permeabilidade tubaria, pelo método de Rubin, feita pela auscultação, apenas com a sonda de Rubin munida dum pequeno intermediario de cautechú e duma seringa de 5 cc. cheia de ar atmosferico; 2.º o áto mesmo da fecundação artificial feita com a propria sonda de Rubin que serviu na prova anterior e uma seringa de 2 cc. cheia de esperma retirado do condon após o coito.

Relata a observação completa do seu caso de fecundação artificial numa mulher esteril após seis anos de casamento, e na qual foi feito o diagnostico de esterilidade por causa mecanica (Retro-versio-flexio-uteri). O esperma empregado foi do proprio marido, obtido após um coito condomádo. O caso coroado de sucesso foi acompanhado até oito meses após o parto a termo.

O autor diz finalmente que em seu caso pretendeu apenas um contrôlе rigorosamente científico e uma absoluta probidade profissional, ajudar a natureza, onde pensou que o seu auxilio foi util, e contentar o desejo dum casal que pretendia atingir o fim social do casamento: a conservação da especie.

KANAN.

Dreno de borracha incrustado no parenquima renal — L. Frankenthal — Leipzig — Alemanha (Inkrustiertes Gummidrain im Nierenparenchym).
Zentralblatt für Chirurgie — n.º 3 — 1933 — pagina 147.

O autor relata a observação duma doente, na qual fora feita uma pielotomia posterior por calculo renal, com posterior drenagem por um tubo de borracha, que foi retirado dias após sob anestesia.

A paciente, entretanto, não ficou livre de suas perturbações, e exames posteriores, quando baixada á clinica de Frankenthal, revelaram a presença dum corpo estranho no rim em questão.

Novamente submetida a uma intervenção, foi retirado, em pedaços, um tubo de drenagem de borracha de 5 centímetros de comprimento, por 5 milímetros de largura.

Sequencia operatoria normal e a paciente teve alta curada.

Lembra o autor, que quando houver necessidade de drenagem, a mesma seja feita com gaze ou se for empregado um dreno de borracha, o mesmo tenha no minimo a largura dum centimetro, e que quando for retirado, deverá ser perfeitamente examinado, para que a ruptura, caso houver, seja desde logo descoberta.

EICHENBERG.

Osteosintese por Dr. W. Gross — Hamburgo — Alemanha.
(Zur Fixation reponierter Bruchflächen).

Zentralblatt für Chirurgie — N.º 2 — 1933 — pagina 75.

O autor principia por relatar os inconvenientes das osteosinteses por materiaes estranhos ao organismo, e confessa não ser partidario das mesmas.

Resaltando o valor do emprego do material osteo-plastico, cita duas tecnicas que tem empregado nas fraturas obliquas do humero e ossos do antebraço. No primeiro caso fixa as extremidades osseas por um manguito de aponevrose, suturado ao periosteo e no segundo emprega um retalho do tendão do grande palmar, aplicado circularmente ao nivel da fratura.

Após, contensão em aparelho ou goteira gessada.

Lembra para a fratura do femur o emprego de material retirado do costureiro.

Tecnica da fistula intestinal, com relação a sua futura oclusão expontanea — Dr. Dimiter Saraffoff.

(Zur Technik der künstlichen Darmfistel mit Hinblick auf ihren späteren Spontanverschluss).

Zentralblatt für Chirurgie — N.º 4 — 1933 — pagina 198.

O autor estuda as indicações e contra-indicações dos varios metodos e tecnicas empregados nas fistulas intestinais, tanto do grosso intestino, como do intestino delgado.

Acha que o metodo de Witzel, não dá vasão sufficiente ao conteudo intestinal, emquanto que o tubo de Mixter deixa uma fistula, que deverá ser após, fechada operativamente.

Saraffoff, reúne ambos os metodos aproveitando as indicações dos mesmos, e por meio duma sutura em bolsa de tabaco e varios pontos, forma em redor da parte do tubo de Mixter que penetra no interior do intestino, um manguito de parede intestinal, serosa contra o vidro e mucosa olhando para o lumen do intestino.

Ao ser retirado o vidro o manguito se retrae e obstrue facilmente a luz da fistula. — Apresenta um certo numero de observações, de pacientes submetidos ao seu processo, com excelente resultado.

EICHENBERG.

Sobre o diagnostico e tratamento das estenoses cicatriciais do esofago — R. Deme. (Der Wandel in der Diagnose und in der Behandlung der narbigen Oesophagusstenosen).

Zentralblatt für Chirurgie — n.º 4 — 1933 — pagina 194.

Demel faz um estudo historico sobre o diagnostico e tratamento das estenoses cicatriciais do esofago. — Lembra a dificuldade na determinação da impermeabilidade ou permeabilidade da estenose, ponto basico para a orientação terapeutica.

Cita o metodo da sonda eletrolitica, mostrando suas vantagens sobre os outros meios diagnosticos, descrevendo a tecnica do processo.

Apresenta duas interessantes observações, onde os outros meios diagnosticos fisicos e quimicos, tinham dado a estenose como impermeavel, diagnostico este, destruido pelo metodo da sonda electrolitica, que veio verificar a permeabilidade da estenose, levando o cirurgião ao tratamnto pela sondagem e dilatação.

Em vista dos resultados obtidos, lembra que antes do cirurgião tomar uma attitude definitiva em relação ao metodo de tratamento duma estenose cicatricial do esofago, deverá sempre usar o metodo da sonda electrolitica, e só quando esta tambem demonstrar a impermeabilidade, deverá lançar mão da plastica do esofago.

EICHENBERG.
