

Analises de revistas

CHOLURURÊMIE ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES —
E. Agasse-Lafont — Clinique et Laboratoire, n.º 2, fev. 934, ano XIII.

Antigamente, a cloretemia era estudada sob um ponto de vista experimental, e, dosada na pratica diaria pelos cloretos ingeridos e cloretos urinarios, especialmente para a profilaxia e tratamento dos edemas. Repentinamente, toma um papel importante na terapeutica medico-cirurgica, quando se evidencia uma insuficiencia (hipocloretemia), pela applicação de soluções hipertonicas de cloreto de sodio, intravenosamente, em doentes operados com complicações graves, e, ás vezes, em estado de coma.

Acontece que, certos doentes submetidos a intervenções benignas (fibromas, apendicites a frio, etc.), apresentam imediatamente ou tardia-mente (10 á 12 dias) accidentes, seja do tipo de oclusão com vomitos, seja de marcha infecciosa ou toxica, com astenia, secura da lingua, dispnêa, taquicardia, oliguria, suores profusos, seguidos muitas vezes de coma e morte. Não se trata duma oclusão real, nem duma infecção, e, sim, duma hipocloruremia e hiperazotemia, curaveis por injeções endovenosas de solução hipertonica de cloreto de sodio á 10, 20, 30 por 100, em doses variaveis de 10, 20, 50, 100 cc., segundo as manifestações clinicas, sua gravidade, e o resultado obtido pelas primeiras injeções. Póde-se utilizar a via rétal nas mesmas doses.

A dosagem do NaCl póde ser feita sobre:

- a) o sangue total;
- b) os elementos figurados;
- c) o plasma;
- d) o sôro.

O sangue é colhido por punção venósa. Como substancias anticoagulantes, empregam-se soluções, de volume conhecido, de sais descalcificantes (oxalato de potassio a 1%), ou de sais desionizantes do calcio (cittrato de sodio a 1%). A dosagem póde ser feita pelos seguintes processos:

- a) Método pelo permanganato em liquido azotico;
- b) Microdosagem;
- c) Método por calcinação.

Foram encontradas as seguintes taxas:

- a) *Sangue total*, para 1000 — 4gr30 a 4gr50 de cloretos exprimidos em NaCl (Christoffersen), 4gr40 a 5gr90 (Bang), 4gr03 a 4gr45 (Sauvage e R. Clogne) — média 4gr28.
- b) *Plasma* — 5gr90 a 6gr30 (Norgaard e Gram), 5gr80 (Chabanier, Lobo-Onall e Lelu), 6gr (Derrien e Fontes).
- c) *Sôro* — 5gr50 a 5gr80 (Laudat), 5gr50, no adulto, 5gr11 a 5gr77,

na criança, média 5gr47 (G. Pellerin), 6gr (Fiessinger, Olivier e Her-bain).

d) *Elementos figurados* — 3gr1 por 1000 (Norgaard e Gram), 2gr90 (Chabanier).

A relação normal entre os cloretos dos elementos figurados ou cloretos globulares (Cl G) e os cloretos do plasma (Cl P) é a seguinte:

$$\frac{\text{Cl G}}{\text{Cl P}} = \frac{3}{6} = 0.50$$

KANAN.

FRATURAS DA ABOBADA CRANIANA NA INFANCIA — *Orlando Pinto de Souza e Paulino W. Longo* — *Pediatria Pratica*, vol. V, fev 934, fasc. II.

E' um trabalho baseado em 11 casos observados, durante um lapso de tempo de 13 meses, no Pavilhão Fernandinho Simonsen, serviço do prof. Rezende Puech. A séde das lesões foi: 5 parietais, 2 occipitais 3 frontais, 1 fronto-parietal. Dessas fraturas, 10 foram expostas, com rú-tura da dura-mater (6), lesão cerebral (5), fratura da mastoide com rú-tura do seio venoso lateral. Fôram operados 9 casos nas primeiras horas após o traumatismo, em estado de choque e medicados contra este estado. A intervenção consistiu no debridamento linear do ferimento, tratamento diréto do fóco de fratura com excisão de todos os tecidos contundidos. Após um estudo detalhado de cada caso particular os AA. chegam às seguintes conclusões:

a) A benignidade das intervenções cranio-encefalicas na criança, realizadas o mais precocemente possível.

b) A parca sintomatologia apresentada sob o ponto de vista organico.

c) A ausencia dos estados mentais ou psiquicos, observados comumente em adultos, nos quais a aplicação roentgenterapica, instituida pela escola do prof. Vampré, tem dado sempre resultados brilhantes e inconcussos.

d) A ausencia de complicações secundarias ou tardias, quer do estado mental como do lado psiquico.

KANAN.

CONSIDERAÇÕES SOBRE DOIS CASOS DE QUEIMADURA TRATADOS PELO ACIDO TANICO — *Fernando de Moraes* — *O Hospital*, n.º 3, março 934, ano VI.

Apoiado em duas observações, o A. desenvolve algumas considerações em torno do tratamento das queimaduras, pelo acido tanico em solução aquosa a 4%. E' o método chamado de Davison. Refere-se a Montgomery que o emprega em solução recente a 5%, por meio de vaporizações sobre as queimaduras, de 1/2 em 1/2 hora, até o aparecimento duma crosta escura, que deverá mostrar-se de 24 á 48 horas. O acido

tanico tem a propriedade de dessecar e coagular as albuminas, impedindo o seu derramamento na torrente circulatoria e, consequentemente, evitando a toxemia. A solução deverá ser recente para se evitar a sua transformação em acido galico. O A. tratou os seus dois casos diferente de Montgomery, applicando, depois de convenientemente limpadas as queimaduras, compressas embebidas pela solução, que eram renovadas constantemente até a formação da crosta. Para que surta efeito é preciso que as queimaduras não tenham sido tratadas por nenhum outro processo. E' de uso comum, no interior do Brasil, a agua da baneira que contem tanino.

KANAN.

QUE É E COMO SE TRATA UMA ENTORSE? — *R. Leriche*, *El Dia Medico*, n.º 37, 16 de abril de 1934, ano VI.

Sob este titulo *EL DIA MEDICO* apresenta um resumo da comunicação, feita por *R. Leriche*, á Soc. Nat. de Chirurgie, em 21 de fevereiro de 1934.

A entorse não é uma lesão óssea (fratura parcial), nem sinovial (hídrartróse, hemartróse), que poderão ser accidentes secundarios. E' um traumatismo dos ligamentos, consistindo numa distensão brusca, num estiramento ou alongamento, sem desinserção ou rútura. Os ligamentos articulares não têm por função só de ligar, entre si, duas porções ósseas, são, ademais, providos ricamente de terminações nervosas, que explicam as manifestações clinicas (dôr local, impotencia funcional, edema, calor local por hiperemia, atrofias musculares reflexas, descalcificação óssea local, etc.), desproporcionais com a extensão do traumatismo. Os dados anatomicos, fisiologicos e terapeuticos corroboram a sua asserção de que a entorse não é, senão aparentemente, articular, para ser uma molestia que tem por "substratum" o sistema nervoso periferico.

Como terapeutica empregou nos diversos casos, que ilustram a sua comunicação, a injeção ao nivel dos ligamentos traumatizados de 3 cc. de novocaina a 1%, diluidos em q. s. de sôro fisiologico para 10 cc. A injeção pôde ser repetida si voltarem as dôres. Os resultados são magníficos desde a primeira applicação, pela abolição completa da dôr.

KANAN.

TUMOR DE MIELOPLACIO DO TERCEIRO METACARPICO ESQUERDO — *Armando Temporal* — *Arquivos de Cirurgia e Ortopedia* — Março 1934, tomo I, fase. III.

O A. apresenta uma observação de tumor de mieloplaxe do metacarpiano esquerdo, ilustrada com duas radiografias da mão, em que fez a ressecção com bons resultados post-operatorios. O dignostico precoce é difficil de se estabelecer com os sarcomas, confundindo-se muitas vezes com estes, determinando assim uma terapeutica inadequada. E' raro o tumor de mieloplaxe aparecer antes dos 25 anos de idade. Costuma localizar-se nos ossos longos, e, com menos frequencia, nos ossos da mão. A

tumefação é o sinal principal, recalçando e comprimindo os tecidos vizinhos, sem os alterar, mas determinando perturbações funcionais; mesmo englobando as partes moles, vasos, nervos, tendões, não advem lesão alguma. Os sinais clínicos juntos aos radiograficos permitem estabelecer o seu diagnostico. Distinguem-se dos tumores malignos pela sua evolução menos rapida, sua relativa limitação, seus bordos mais ou menos nítidos, suas recidivas *in situ*, sem metástases, e quando existem infarctos ganglionares são dependentes de lesão inflamatória. Não influem sobre o estado geral. E' de todos os tumores malignos dos ossos o menos maligno. Pela radiografia o tumor se apresenta com uma linha regular, nítida nos tumores pequenos, correspondendo á ossificação subperiostica, e discontinua nos tumores volumosos. Quando assêsta na periferia o aspecto é quasi o memo, com a diferença de que um do bordos da pífise é destruido, sem alteração da interlinha articular. Histologicamente é caracterizado pela sua grande quantidade de mieloplaxe, que outros neoplasmas não malignos pôdem apresentar, porém, em menor abundancia. E' um tumor de côr vinhosa, consistencia dura ou amolecida, formado de tecido homogeneo ou semeado de ilhotas amareladas de gordura. Póde originar-se na profundidade ou periferia dos ossos. Tem predileção pelas epífises, raramente assenta sobre a diafise.

KANAN.

HEMISECÇÃO DO CALCANHAR NAS OSTEOMIELITES DO CALCANEIO — *Barros Lima* — Arquivos de Cirurgia e Ortopedia — março 1934, tomo I, fase. III.

O A. apresenta a observação dum caso de osteomielite do calcaneo, operado em 25 de fevereiro de 1932, com a seguinte técnica: "Incisão longitudinal na face plantar do pé, estendendo-se do meio para trás até alcançar as inserções inferiores do tendão de Aquiles. Abertura longitudinal do calcaneo; descobre-se um fóco na face inferior com extensão aproximada de uma castanha muito mais largo na profundidade, e cuja extirpação se faz á cureta e formão. Sutura das partes móles, aproximando as duas metades do calcaneo. Em 5 de março de 1932 foi feita a applicação de aparelho gessado. Anestesia: raquiana com escurocaina. Saída — Teve alta a doente curada e marchando sobre o calcanho a 10 de junho de 1932." Gaenslen, em "The Journal of Bone and Joint Surgery", 1931, baseando-se nas lesões anatomo-patologicas da osteomielite do calcaneo, "lembra a conveniencia de abordar a lesão por divisão e abertura larga do osso por sua face inferior", removendo o osso doente e o tecido de granulação, e deixando a ferida aberta sem nenhum ponto de sutura, que será enchida de gase vaselinada, com colocação d e aparelho gessado. O A. refere-se a um outro caso em que a sua técnica fraccassou, terminando pela amputação do pé, por infiltração do pús. Conclue preferindo o processo de Gaenslen, que o recomenda como método de eleição.

KANAN.

DOIS CASOS DE DOENÇA PILORICA — *Porfírio de Andrade* —
Arquivos de Cirurgia e Ortopedia — março 1934, tomo I, fasc. III.

O A. apresenta duas observações de casos de estenóse hipertrofica do piloro, um com dois meses e outro com dois meses e meio de idade; Oprimeirofoimedicado internamente mais de um mês, e o segundo durante tres semanas, sem resultado algum. Ambos foram ulteriormente submetidos a intervenção, consistindo na pilorotomia extra-mucosa pelo processo de Fredet-Ramstedt. O primeiro morreu pouco tempo depois da operação, ao passo que o outro ficou curado. Depois de passar em revista a opinião de diversos autores, sobre a benignidade da intervenção e a patogenia da lesão, chega ás seguintes conclusões:

1 — No piloro-espasmo organico, sendo possivel a palpação do tumor, deve ser tentada imediatamente a terapeutica cirurgica.

2 — Não sendo possivel a constatação do tumor, pôde ser tentado o tratamento médico dietetico até 15 a 21 dias.

3 — Mesmo na ausencia de mioma a pilorotomia seguida da secção de nervos é operação recomendavel (Ombredanne cita 2 casos de Fredet e afirma conhecer outras observações em que a secção de musculares em apparencia absolutamente normais fez parar os espasmos).

4 — Sendo a pilorotomia simples, facil, benigna, rapida, e de efeitos magnificos, todas as outras operações têm atualmente só valor historico.

5 — Não ha dificuldade em evitar a hemorrágia e rúture da mucosa duodenal.

6 — Os resultados da pilorotomia são immediatos e definitivos.

7 — E' possivel que entre nós a estenóse não seja tão pouco frequente, havendo muitos casos ignorados, pelo preconceito de ser uma afecção muito frequente nos anglo-saxões. (Mesmo na França emquanto Lesné diz que as estenoses organicas se observam raramente, Ombredanne afirma ser de observação corrente nos serviços de cirurgia especializada).

8 — A cura sem operação havendo estenóse organica, será excepcional.

9 — No nosso caso, observação n.º 2, segundo todos os tratadistas, é perfeitamente justificada a presteza com que foi resolvida a intervenção imediatamente.

10 — No caso da observação n.º 1 é justificavel a demora do pediatra em entregar o caso ao cirurgião; os vomitos eram frequentes mas nem sempre constantes, tendo havido no inicio do tratamento aumento do peso.

11 — A precocidade da data da operação favorece o prognostico.

12 — A alimentação pelo leite materno (humano pelo menos) favorece tambem o prognostico.

13 — O peso da criança em relação ao que tinha ao nascer (Indice de Quest) deve ser considerado para o prognostico.

14 — Clinicamente é muito difficil o diagnostico entre o espasmo simples e o produzido pela hipertrofia.

15 — A anestesia geral facilita muito a operação, mas é delicada e aumenta o perigo da intervenção nos 8 primeiros meses de vida.

16 — A secção do anel estenosante é temporaria, mas os efeitos são permanentes.

17 — O exito definitivo da operação de Fredet é devido principalmente á secção de celulas e fibras nervosas contidas na espessura das camadas incisadas (Gohrbandt, Brand, etc.).

KANAN.

Bioquimica

MODIFICAÇÕES DO GLUTATIÃO REDUZIDO DO SANGUE NO ESTADO NORMAL E PATOLOGICO — pelo Dr. B. Varela Fuentes, E. Apolo (Rev. Ass. Med. Argent.) 1933.

Taxa normal: 47 a 56 mgrs. %.

Gravidez: 7 casos (do 3.^o ao 9.^o mês). Ha tendencia á diminuição.
Valor medio: 40 mgrs. %.

Diabetes (mellitus): 13 casos. Queda. Valor medio: 39 mgrs. %.

Anemias (prim. ou sec.): 7 casos: Valor medio: 32 mgrs. %.

Ictericias: 6 casos: Taxa media: 39 mgrs. %.

Uremia (postoperatoria): 1 caso: 29 mgrs. %.

Ictericia experimental: (Por ligadura do coledoco de cão). Ha notavel abaixamento, até 60% do glutatião sanguineo.

MARIO BERND.