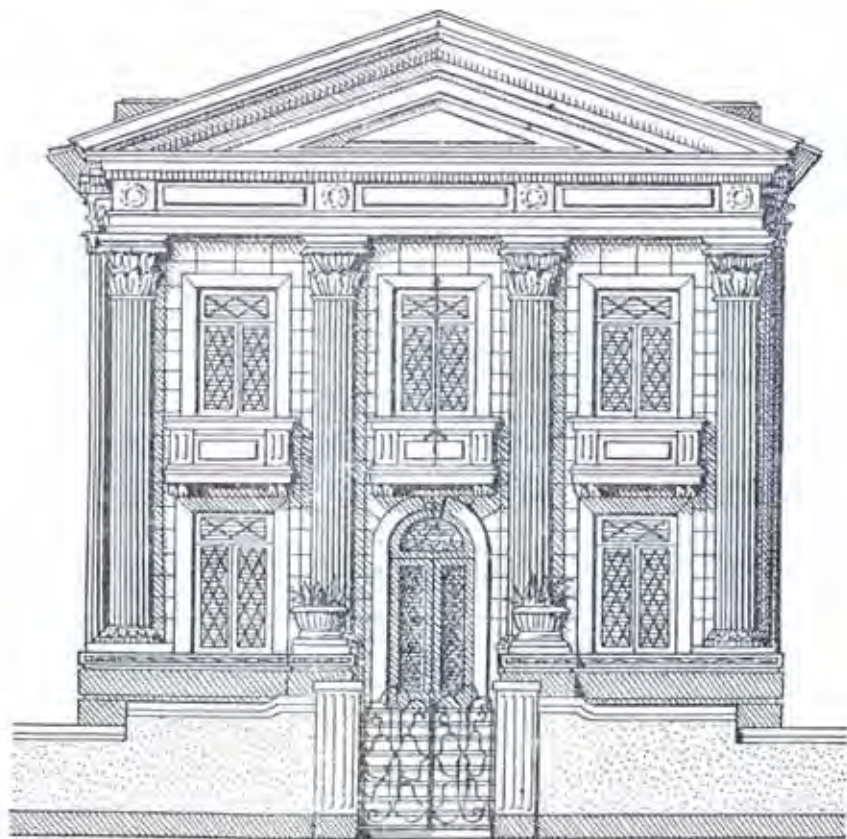


Revista Fluminense de Medicina

PUBLICAÇÃO BI-MESTRAL DA
ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE



ANO XVII • MAIO-JUNHO DE 1953 • VOL. XVII • N. 1

Sumário

	PÁG.
Nossa Apresentação	3
EDITORIAL — <i>Francisco Pimentel</i>	5
TRABALHOS ORIGINAIS	
Versão por manobras externas — <i>Carlos Tortelly Costa</i> e <i>Drauzio Cazes</i>	7
Contribuição à terapêutica do sistema neuro-vegetativo — <i>Jairo Pombo do Amaral</i>	15
NOTA PRÉVIA	
Dosagem das fosfatases ácida e alcalina — <i>S.</i> <i>Cheferrino</i>	59
OBSERVAÇÕES	
Gangrena do ceco — <i>Jairo Pombo do Amaral</i>	61
Projétil de arma de fogo intra-vesical, sem lesão apa- rente da bexiga — <i>Osir Cunha e Jairo Pombo do</i> <i>Amaral</i>	62
ANÁLISES E RESUMOS	
Cardiologia	65
Cirurgia	66
Dermatologia	76
Medicina	77
Ortopedia	78
Oto-rinolaringologia	78
Pediatria	79
Reumatologia	80
Urologia	81
VIDA ASSOCIATIVA	83
NOTAS	87

REVISTA FLUMINENSE DE MEDICINA

(Registro de Títulos e Documentos P. C. 4663 — Prop. Indusl. C. 59624)

PROPRIEDADE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE

DIRETORES RESPONSÁVEIS:

Jairo Pombo do Amaral
Carlos Tortelly Costa
Matthew Riddell Millar Filho



Os trabalhos para publicação deverão ser inéditos, datilografados em espaço duplo, e, de preferência, apresentados previamente à Associação. Não serão restituídos os originais publicados.

As citações bibliográficas deverão ser feitas obedecendo às normas do "Index Médico" e da Associação Médica Americana, contendo: nome do autor, título do trabalho, nome da revista, volume, número, página, mês e ano. Quando se tratar de livro, deverão ser indicados: autor, título do livro, editor, número da edição, cidade em que foi publicado e ano da impressão.

As ilustrações (fotografias ou desenhos a nanquim) deverão ter no verso, escritos a tinta, para não deformar o documento, o número, nome do autor e legenda explicativa.

Os autores, inclusive os não sócios da Associação, terão direito a 20 separatas, devendo entrar em entendimentos com a direção da revista quando desejarem obter maior número de separatas ou imprimir clichês.



Os trabalhos para publicação, livros e revistas para análises e resumos, e revistas em permuta, devem ser enviados à Associação Médica Fluminense, Praça da República, Niterói, Brasil.



REVISTA FLUMINENSE DE MEDICINA não se responsabiliza pelas opiniões emitidas em artigos assinados.

Solicita-se permuta
Exchange is solicited
Se solicita ei canje
On demande l'échange

REVISTA FLUMINENSE DE MEDICINA

PUBLICAÇÃO BIMESTRAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE

ANO XVII • MAIO-JUNHO DE 1953 • VOL. XVII • N. 1

DIRETORES RESPONSÁVEIS

Jairo Pombo do Amaral
Carlos Tortelly Costa
Matthew Riddel Millar Filho



REDADORES EFETIVOS

Todos os Sócios da Associação



CONSELHO CIENTÍFICO

Clínica Cirúrgica:

Mário Negreiros Pardal
Francisco de Almeida Pimentel
Mário Duarte Monteiro

Clínica Dermato-Sifiligráfica:

Carlos Alonso
Everardo Marques dos Santos
João Gomes da Silva

Clínica Ginecológica e Obstétrica:

João Baptista Serrão
Almir Barbosa Guimarães
Altamiro Vianna
José Pereira Pantaleão
Humberto Milton Dantas

Clínica Médica:

Odorico Mullulo da Veiga
Fontenelle Teixeira da Silva
Abdo Abi Ramia

Clínica Pediátrica:

Eduardo Imbassahy
Sylvio Lago
Cyro Moraes

Clínica Oftalmo-Oto-Rino-Laringológica:

Paulo Cezar de Almeida Pimentel
Henri Wadick Curi
Sylvio Pires de Mello
Renato Pereira Machado
Rubem Sales Fernandes

A prova tuberculínica é reduzida rapidamente e muitas vezes negativada pelas injeções intradérmicas de Gadusan, o que prova seu poder dessensibilizante.

Como diz Rich, na tuberculose pulmonar "a melhora é paralela a dessensibilização".

Confirmou-se o vaticínio dêsse tratadista: - "Se a dessensibilização tiver de ser largamente praticada na tuberculose, al gum método não específico, que não apresente os perigos das injeções de tuberculina, tera de ser criado".

Realmente, êsse método foi criado no Brasil, e o intradermogadusan, que em poucas injeções cura as conjuntivites flictenulares, as eritematoses, os acessos asmáticos e demais manifestações da hiperalergia.

REVISTA FLUMINENSE DE MEDICINA

PUBLICAÇÃO BI-MESTRAL DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE

ANO XVII

• MAIO-JUNHO DE 1953 •

Nº 1

Nossa Apresentação

"O ideal é um vasto oceano. E' uma invencível águia o pensamento humano".

A. DE LIMA

Desde ha muito, era desejo dos médicos niteroienses, possuir o seu órgão de publicidade, isto é, a sua revista, para que levasse a todos os recôncavos do nosso Estado e do nosso Brasil um pouco do nosso pensamento e o muito do grande ideal que alimentamos, de ver concretizado o sonho da união, sob a mesma bandeira, d'aqueles que se irmanam na difícil arte de consolar, aliviar e curar.

Deteve os nossos propósitos, a noção das dificuldades com que sempre se houve a nossa tão querida Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niterói, em tão boa hora transformada em Associação Médica Fluminense.

Felizmente, vencidos os obstáculos, vemos hoje, ao despertar do nosso sonho, que os fatos se sucederam, tão vertiginosamente que se apossa de nós a alegria imensa na concretização do ideal.

Finalmente, eis que decidimos empreender a tarefa, graças ao valioso estímulo de nossos colegas da atual Diretoria, que consideraram de grande utilidade esta obra, que refletirá, sem dúvida, o estado atual dos nossos conhecimentos, tamizando-os através o rigoroso espírito crítico dos nossos colegas dos outros Estados.

Apoiados, pelo incentivo dos nossos companheiros, iniciamos hoje, o nosso labôr, sabendo-o difícil, mas levando conosco a convicção de que o que ora fazemos é obra das mais úteis para nossa Associação, e, considerando a ciência como obra coletiva, trazemos conosco a convicção plena de que a nossa publicação científica atenderá a tôdas as sugestões, permitindo-nos selecionar o que conceituarmos de melhor, sem preferência de ninguém.

Solicitamos a colaboração científica de todos os colegas, e, se ao tingirmos ao marco derradeiro de nossa Jornada, assistirmos vitoriosos, o ideal que nos embala, podem estar certos que, desde já, damos a todos, as expressões do nosso reconhecimento pela inteligência brilho com que souberam interpretar os nossos sentimentos.

A DIREÇÃO

G R I P U L M I N



CAIXA COM 5 AMPÓLAS DE 2 cc.

FORMULA

QUININA BASICA	0,030 gr.
CANFORA	0,015 gr.
MENTOL	0,075 gr.
EUCALIPTOL	0,200 gr.
ACIDO OLÉICO	0,007 gr.
OLEO DE AMENDOIM q. s. p. 2 cc.	

INDICAÇÕES:

GRIPES,
PNEUMONIAS,
BRONQUITES AGUDAS E
CRÔNICAS,
BRONCOPNEUMONIAS,
BRONQUIETASIAS E
ABCESSOS PULMONARES



LABORATORIOS TOSTES S.A.
CAIXA POSTAL 553 - RIO

EDITORIAL

A SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE NITERÓI, hoje ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE, tem tido a felicidade de ver à frente de seus destinos homens capazes e dinâmicos que, quando investidos no alto cargo de presidentes, demonstraram o quanto souberam e puderam dar de seu esforço e cultura.

Lembro-me bem da fase inicial para a fundação. Vergueiro da Cruz e eu, em automóvel de aluguel, de casa em casa, colhendo assinaturas que apoiassem o lançamento da idéia. A luta que surgiu com os sócios de uma antiga agremiação de classe, a fim de que fôsse ela revivida em detrimento da criação da nova. A vitória final de Vergueiro da Cruz e, finalmente, o hasteamento da bandeira da SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE NITERÓI.

Dêste dia em diante, sem um instante de esmorecimento, nunca deixou de subir a S. M. C. N. e cada presidente que galgou os degraus da direção suprema soube contribuir com boa argamacha em sólidos alicerces para a segurança final do edifício que congrega, hoje, coesa, a classe médica de Niterói. Isso por que não tem havido interrupções em programas das diferentes diretorias. As diretrizes de umas têm sido o início das estradas de outras, e a essa continuidade se deve a obra de cada um que não pode, conseqüentemente, ser isolada da de outros.

Quando em luta pela presidência, dois candidatos se degladiam através de campanhas eleitorais, chefiadas por amigos e simpatizantes, sempre, sem exceção, o mais elevado espírito de respeito e honestidade tem marcado nossas pugnas. E a vitória de um, em nosso meio, não traduz a derrota de outro. Afirma apenas o vigor democrático das assembléias, o acatamento das decisões da maioria. E terminada a peleja, todos, sem ressentimentos ou mágoas, virados para o mesmo alvo, caminham juntos para o engrandecimento da ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE.

Sem este conceito de democracia, que hoje sofre, por alguns, verdadeiras mutilações em seu significado, não teria a SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA atingido a gradação moral de agora e não afirmaria a força que demonstrou na última jornada de protesto da classe, quando muitas opiniões contrárias, mas educadas dentro do ideal democrático, se curvaram em face da superioridade numérica dos votos. E tão impregnados já estamos pelo símbolo democrático que não possô prever o que seria daquele que, em nosso meio, quizesse impor, contrariando a pluralidade dos sócios, qualquer sistema que se antepuzesse à decisão soberana, colhido com lisura, no seio de nossas assembléias.

Entusiasmado pela evolução de nossa Sociedade e orgulhoso de pertencer à classe médica de Niterói, desviei-me da verdadeira finalidade desta crônica, que visa assinalar mais um marco para a história de nossa agremiação. Ele não é maior que os outros que se vêem erigidos à beira de nosso

caminho. Mas também não é menor. Iguata-se pela amplitude das finalidades aos que deixaram atrás os brilhantes Presidentes que precederam SEBASTIAO CHEFERRINO. É a nossa Revista Médica! Uma velha aspiração dos sócios que hoje se concretiza no lançamento do primeiro número, com a aquisição pela ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE da Revista Fluminense de Medicina, de conceito científico firmado, onde trabalhos de grande alcance técnico foram publicados, servindo de guia a médicos e estudantes.

Incentivar o mais possível o estudo e a difusão da Medicina sob todos os seus aspectos é a pedra de toque do programa de SEBASTIAO CHEFERRINO. Haja vista a série de trabalhos já apresentados em menos de três meses de funcionamento da A. M. E., quer pelos sócios, quer por figuras de alta projeção na ciência médica brasileira, quer ainda, focalizando problemas médico-sociais, como foi o da paralisia infantil que vem destruindo a felicidade de alguns lares e apavorando todos.

Entretanto, esse empenho científico ficaria limitado ao nosso meio, e, dentro dele, àqueles que assistiram em nosso auditório às palavras dos conferencistas. Com a Revista, a difusão de nossos esforços ultrapassará os limites da Capital do Estado do Rio de Janeiro. Invadirá outros centros científicos do País. Ultrapassará as fronteiras do Brasil. E assim poderemos ser julgados por todos, e não me admirarei se muitos temas futuramente estudados pelos sócios, talvez agora com mais cuidado por força da publicidade, fôrem contribuir ativamente para a evolução da Ciência Médica.

Acreditava em CHEFERRINO quando o escolhi para meu candidato, mas confesso que ele, pela dedicação, pelo trabalho já realizado, pelo senso de organização, pelo cavalheirismo e pelo espírito de solidariedade com a classe, há muito já ultrapassou minhas previsões, e, de público, apresento à ASSOCIAÇÃO MÉDICA FLUMINENSE minhas sinceras felicitações pela conquista de um Presidente que vem sobejamente honrando seus predecessores.

FRANCISCO PIMENTEL

Casa de Saúde Icaraí

DIREÇÃO DE ATHAIDE LOPES



CIRURGIA - PARTOS

Internações em apartamentos e quartos

PRAIA DE ICARAÍ, 419 — NITERÓI

TELS. 2-1698 - 5507 - 5864

TRABALHOS ORIGINAIS

Versão por manobras externas

CARLOS TORTELLY COSTA
E DRAUZIO CAZES — NITERÓI

Meus colegas,

Uma vez mais aqui estou, para lhes trazer, com o prezado colega Drauzio Cazés, um trabalho, oriundo de nossos estudos e de prolongadas observações.

Ha, seguramente 15 anos, desde quando freqüentávamos a Maternidade de São Cristovão como assistentes do Professor Camargo, que um assunto vem nos prendendo a atenção: o da transformação das apresentações. Voltando àquela época, vemos o saudoso professor, a quem, neste momento, rendemos o nosso preito de gratidão e saudade, proporcionando-nos aquelas tão sábias quão proveitosas lições da arte em que fôra verdadeiro mestre. Infatigável, dava-nos aulas teóricas, práticas (em manequins) e, para aqueles que o acompanhavam no velho soleiro da rua José Cristino, no vivo. Dentre as suas maravilhosas lições, uma houve que ficou profundamente gravada em o nosso espirito: foi a das transformações das apresentações.

Devemos levar, sempre, em consideração, a hétérotipia ou hétéronímia da apresentação; assim, transformação de apresentação còrmica ou de nádega em apresentação cefálica, para que não haja confusão com apresentações homólogas do ovoide considerado (exemplo: mudança de apresentação do ovoide cefálico, como de sinciput, fronte ou face em occiput), pois que aí houve, apenas, um ligeiro deslocamento do próprio ovoide, a que nós chamamos de manobras manuais corretoras ou redutoras (Thorn, Baudeloque, Schatz e Pinard).

Levando-se em consideração o ovoide que se apresenta em relação ao estreito superior da bacia, a versão pode ser:

- a) — cefálica, quando se coloca o ovoide cefálico na área do estreito superior;
- b) — pélvica ou podálica, quando se coloca o ovoide pélvico na área do estreito superior.

Podemos, ainda, considerar a versão **expontânea**, que é aquela que se realza sem a intervenção do parteiro, aquela em que a natureza faz, pelas contrações uterinas ou pelos próprios movimentos fetais, a melhor

adaptação do conteúdo (feto) à morfologia normal do continente (útero).

A versão pode ser, ainda, por **manobras externas**, (que é aquela que o tocólogo executa para transformar uma apresentação distócica em eutócica), por **manobras internas** (aquela em que o parteiro, por meio de manipulações internas, faz a evolução do feto dentro do útero) por **manobras combinadas ou de Braxton Hics** (aquela em que, estando o colo pouco dilatado, temos necessidade de atuar interna e externamente, para facilitar a evolução fetal) e **versão profilática de Potter**, assim denominada



Apresentação pélvica



Após a versão

por ter este professor norte americano a preocupação humanitária de evitar o sofrimento da mulher durante o período expulsivo, fazendo assim, a indução do parto e, a seguir, grande extração.

Ocupar-nos-emos, hoje, das assinaladas no 1.º item ou seja — versão por manobras externas.

Na maioria dos casos, no período compreendido entre o 6.º e 7.º mês de gestação e, mesmo, um pouco antes, o feto, que se encontrava em apresentação de tronco ou pélvica (esta mais comum), dá uma cambalhota, passando para a apresentação cefálica, e isto em obediência à lei de Pajot, que diz: "Quando um corpo sólido é contido por outro cujas paredes são susceptíveis de apresentar, alternativamente, períodos de atividade e de repouso, sendo as superfícies do continente e do conteúdo deslisáveis e bastante lisas, o conteúdo deverá acomodar sua forma e suas dimensões à forma e dimensões do continente".

Quando esta versão espontânea não se opera até o 7.º mês e meio, por influência de fatores que contrariam a lei da acomodação, é indicada

a versão artificial, mediante uma série de manobras, que são efetuadas através da parede abdominal constituindo, em o seu conjunto, o que denominamos versão por manobras externas.

Esta manobra corretora é usada desde as antigas eras; assim é que, no México, as parturientes, desde o 7.º mês da gestação, sofriam massagens manuais externas para adaptação da cabeça ao estreito superior. No Japão, os Kangava, que eram, na época os detentores da medicina, praticavam massagens externas para boa colocação da cabeça na área do estreito superior.

Sòmente em 1812 entrou a versão para a época científica e isto, graças a Wiegand, que espalhou o seu método pela Alemanha.



Apresentação còrnica



Após a versão

Em 1843 começaram a empregá-la na Bélgica, Itália, Inglaterra e França.

Em 1845 Mattei, em 1857 Tarnier e em 1878 Pinard, descobriram que se poderia trocar a posição do feto facilmente, por manipulações através da parede abdominal, chegando, mesmo o último desses autores, a elogiar as vantagens do processo.

Qual a finalidade da versão por manobras externas ?

Sabemos da existência de apresentações insolúveis para o parto, tais como a apresentação còrnica e sabemos, também, da existência de apresentações que influenciam no maior quociente de mortalidade, e morbidade para o feto do que a apresentação cefálica flétida — tal como a apresentação de nádega.

Nestas condições, se pudermos transformar apresentações insolúveis

ou distócicas em outras com menor perigo de mortalidade materna e fetal, daremos um grande passo para o parto eutócico.

Em que época deve ser feita a versão ?

Esta determinação varia de autor para autor. Assim é que Perez determina desde que se inicie o 8.º mês na nulípara e no 9.º mês na múltipara. Para Moragües Bernard, a versão deve ser feita no 8.º mês para apresentação pélvica e no oitavo mês e meio para apresentação de tronco, devendo mesmo, nesta, tentar no 9.º mês e até no início do trabalho de parto, uma vez que as dificuldades crescem à medida que o tempo passa, afirmando, mesmo, que sempre que as condições forem favoráveis se deve tentar a versão como etapa prévia a qualquer intervenção.

Juan Leon e Jascke aconselham-na no 8.º mês.

O Professor Camargo dizia: — "Deve-se praticá-la quase no fim da gestação; o seu tempo eletivo é o 8.º mês. No fim do 9.º mês é demasiado tarde, porque o feto já é volumoso, o útero já é maduro e hipersensível, e a fibra célula-uterina se prepara para deflagar o trabalho de parto, a evolução do feto dentro da cavidade uterina se torna difícil, dolorosa e, por vezes impraticável".

Nós pedimos, sistematicamente, radiografia do abdômem das nossas gestantes no 7.º mês e meio; achamos ser esta a data de eleição para as referidas manobras.

Numa série enorme de radiografias pelas quais temos observado a posição do feto, nessa época, geralmente ele já se encontra em posição definitiva.

Achamos, ainda, nesta ocasião, sendo o volume do feto menor, há espaço cavitário uterino melhor para a evolução fetal.

I N D I C A Ç Õ E S

A versão por manobras externas é indicada:

- a) — pela maior mortalidade infantil, nos partos espontâneos nas apresentações pélvicas;
- b) — pela maior morbidade infantil;
- c) — se o feto estiver colocado em posição córmica, a versão deve ser executada de u'a maneira imperativa, em vista de que um parto espontâneo é impossível;
- d) — por oferecer a apresentação pélvica, maiores perigos para as partes moles maternas.

Diz-se que as versões trazem lesões sérias para o lado do sistema nervoso da criança, tendo um de nós ouvido de um grande pediatra que entre versão e cesareana, prefere a segunda por resultar da primeira, crianças com perturbações mentais.

Por nossas numerosas observações, podemos afirmar que isto não passa de uma dedução ilógica, resultante de coincidências que o levaram a atribuir à versão, causas outras que provocaram estas mesmas perturbações, coisa muito natural.

CONDIÇÕES E QUESTÕES PRÉVIAS PARA A VERSÃO POR MANOBRAS EXTERNAS

Nos nossos casos, assim temos procedido:

- a) — radiografia do abdômen para confirmação de diagnóstico e para nossa melhor orientação por ocasião das manobras;
- b) — preparo psicológico da paciente;
- c) — fazemo-la tomar, pela manhã, 6 cápsulas de óleo de ricino (cabe aqui, um adendo: nunca tivemos caso de versão, espontânea, usando apenas, o óleo; tendo, um de nós, alguns casos, com o sulfato de magnésia) e procedemos ao esvaziamento da bexiga. Isto o fazemos porque podem as ciballas ou coprolitos e a bexiga muito distendida perturbar a boa manipulação do feto, não só por despertar dores como, também por poder lesar os reservatórios reto-vesicais;



Caso de tumor sacro coccigeano em que o feto variava de posição não conseguindo permanecer em apresentação cefálica.

Caso de tumor sacro coccigeano

- d) — repouso da gestante antes das manobras para que se impeça qualquer motivo de irritabilidade do útero (longas caminhadas, apêto das vestes, etc.);
- e) — a paciente se deve deitar em decúbito dorsal, em ligeiro Trendelenburg e com os braços distendidos ao longo do corpo;
- f) — si notarmos nervosismo ou irritabilidade, não devemos forçar a versão; damos um calmante à gestante e esperamos mais alguns minutos.

- Caso a irritabilidade persista, pedimos para que volte outro dia;
- g) — a apresentação deve estar móvel ou mobilisável;
 - h) — o útero deve conter suficiente quantidade de líquido para permitir os movimentos mais fáceis do feto;
 - i) — no inverno, colocamos a paciente em temperatura apropriada, tendo o cuidado prévio de aquecer as mãos.

REGRAS PARA A VERSÃO POR MANOBRAS EXTERNAS

- a) — diagnóstico exato de apresentação e posição através a radiografia;
- b) — ausculta cuidadosa dos batimentos cardíacos do feto; assinalando-se com lápis dermatográfico o trajeto dos batimentos;
- c) — devemos nos colocar do lado oposto ao dorso fetal nas apresentações pélvicas e do lado oposto da posição nas apresentações cômicas;
- d) — movimentar, sempre, as extremidades do ovoide fetal no sentido da flexão; quando isto, porém, tornar-se difícil, temos conseguido, várias vezes, fazer a versão no sentido da deflexão, apesar de sabermos que estamos contrariando a lei da acomodação;
- e) — apreendidos entre as mãos, os ovoldes cefálico e pélvico, procuramos fazer com que o feto execute um movimento de rotação, sempre obedecendo ao sentido da fletibilidade. Sendo difícil apreender o ovoide dentro da penetração na área do estreito superior por ser o mesmo mobilisável, será necessário, antes de mais nada, que se desloque a apresentação.

Si se trata de uma apresentação cômica, baixa-se a cabeça, elevando-se a nãdega, trazendo, assim, aquela para a área do estreito superior.

Si se tratar de uma apresentação cômica, baixa-se a cabeça, elevando-apreensão do ovoide pélvico na área do estreito superior e, com a outra, pega-se o ovoide cefálico. Com um movimento combinado das duas mãos; enquanto uma leva um ovoide para baixo, a outra suspende o outro, sempre que possível fazendo a flexão de modo que, assim, colocaremos a cabeça, que estava no fundo do útero, na área do estreito superior e a nãdega, que aí estava, vai para cima.

Estas manobras devem ser executadas com brandura, abandonando-se imediatamente a intervenção quando se encontrar qualquer dificuldade, quando a paciente acusar dores ou quando notarmos diferença nos batimentos do coração do feto, o que pode ocorrer por causa do estiramento do cordão.

- f) — terminada a versão, deixa-se a paciente repousando de 10 a 15 minutos e procura-se ouvir, novamente, o feto;
- g) — aconselham os autores, terminada a versão, colocar-se um chumaço de algodão de cada lado da apresentação cefálica e enfaixar-se. Isto tem por finalidade não deixar a cabeça escapular.

A nosso ver, estas faixas com estes chumaços de nada valem, porque,

feita a versão, o feto, geralmente se mantém na posição em que se o colocou. Aconselhamos fazer nova radiografia 5 dias após. Tivemos tres casos interessantes que aqui lhes passo a relatar:

- 1.^o — tratava-se de uma nulipara, com 18 anos de idade, que appareceu no consultório, por volta do 8.^o mês de gestação, com apresentação de nádega; realizamos a versão 8 vezes, sendo que em uma delas encaminhamo-la, immediatamente, ao gabinete radiológico; lá chegando o feto já se encontrava novamente de nádega. Por ocasião do parto, nasceu um feto com um enorme tumor sacro-coccigeano, agindo este, naturalmente, como causa da persistência da apresentação;
- 2.^o — uma paciente de 22 anos nulipara, em quem fizemos a versão por 3 vezes, encontrando, sempre, nas consultas posteriores, o feto na posição primitiva. Esta paciente foi operada de cezareana no Hospital Oréncio de Freitas, nascendo um feto com spina-bífida;
- 3.^o — um caso de sofrimento fetal após a versão, obrigando-nos a levar o feto à posição primitiva. Por ocasião do parto verificamos tratar-se de um caso de curteza absoluta de cordão.

CONTRA INDICAÇÕES DAS VERSÕES POR MANOBRAS EXTERNAS

- 1.^a — Irritabilidade de certos úteros, principalmente, nas nuliparas idosas e nas mulheres obesas [(hiperestesia de Tarnier), nevralgia dos ramos cutâneos do plexo lombar.].
- 2.^a — na retro versão uterina.
- 3.^a — nos úteros com pouco líquido (oligoanios).
- 4.^a — nas malformações uterinas (útero unicorno, hipoplásico, labicado, cordiforme, etc.).
- 5.^a — no caso de tumores uterinos.
- 6.^a — no polihidranios (pelo fato do feto se deslocar com facilidade e voltar à posição primitiva).
- 7.^a — na prenhez múltipla.

Estas são as causas maternas.

Como causas fetais, e anexas temos:

- 1.^a — cordões com curteza relativa ou absoluta;
- 2.^a — circulares do cordão umbelical;
- 3.^a — implantações anormais da placenta;
- 4.^a — malformações fetais.

PROGNÓSTICO PARA O LADO MATERNO

Geralmente, é uma operação inócua, desde que sejam observados todos os cuidados acima enunciados. Nunca tivemos nenhum insucesso; no entanto, conhecemos, por literatura, vários desastres com morte fetal e, excepcionalmente, materna. E' por isso que certos autores americanos,

alemães e alguns brasileiros procuram evitar a versão por manobras externas, preferindo uma apresentação pélvica. Temem eles o descolamento prematuro da placenta, o rompimento uterino a asfixia do feto por estímulos do cordão ou por circulares, rompimento do cordão, etc.

Para os lados materno e fetal, nunca tivemos insucesso e 85% dos partos tem sido naturais.

CONCLUSÕES

- a) — a versão por manobras externas é uma operação bem indicada;
- b) — deve ser feita entre o 7.^o e o 8.^o mês; (devendo-se aqui levar em consideração o grau de paridade)
- c) — devem ser observados os cuidados de técnica que enumeramos;
- d) — evita quasi sempre, as cesareanas, pois sabemos que 80% das nulíparas com estas apresentações vão para a intervenção;
- e) — diminui a morbidade e a mortalidade fetais;
- f) — é de bom prognóstico para o feto;
- g) — é de bom prognóstico materno.

Dos 100 casos por nós observados, 8 acabaram em cesareana com fetos vivos; 1 embriotomia; 4 forceps com fetos vivos; 37 partos naturais.

Este trabalho foi acompanhado de 200 chapas radiográficas tiradas antes e após as versões.

Plurivitamina

COM SAIS MINERAIS

DRÁGEAS



LAB. LABORAN LTDA.

Orientação científica: Prof. PAULO LACAZ

Contribuição à Terapêutica do Sistema Neuro-Vegetativo

Bloqueios neuro-ganglionares, ressecções cirúrgicas e injeções venosas de substância anfótera (*)

JAIRO POMBO DO AMARAL

(Ass. Fac. Flam. Med., Cíc. Hosp. Ponta
Socorro e H. M. Antonio Pedro)

Nosso modesto trabalho de colaboração ao estudo da terapêutica neuro-vegetativo visa exclusivamente a divulgação de processos recentes, — o emprego da novocaina intra-venosa, e meios importantes, porém inexplicavelmente negligenciados — as infiltrações e ressecções do simpático.

A) INTRODUÇÃO

1 — Resenha anátomo-fisiológica.

B) BLOQUEIOS ANESTÉSICOS E RESSECÇÕES CIRÚRGICAS NEURO-VEGETATIVAS

- 1 — Indicações.
- 2 — Indicações e detalhes técnicos das infiltrações e ressecções.
- 3 — Simpático cervical e acidentes vasculares cerebrais.
- 4 — Hiperhidrose e ressecção simpática.
- 5 — Dor visceral e infiltração esplâncica.
- 6 — Esplâncico e pancreopatia.
- 7 — Simpatectomia tóraco-esplâncica-lombar e hipertensão arterial.
- 8 — Úlcera gastro-duodenal e neuro-vegetativo.
- 9 — Arteriopatias e simpático.
- 10 — Trombo-flebitis, flebitis e trombozes.
- 11 — Causalgia e ressecção simpática.
- 12 — Úlceras crônicas do membro inferior e simpático.
- 13 — Úlceras crônicas do membro inferior e oscilometria.
- 14 — Conclusões.

(*) Trabalho Laureado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Niterói, Prêmio "Domingues de Sá", 1951 (Medalha de Ouro).

C) NOVOCAINA INTRA VENOSA

- 1 — Histórico,
- 2 — Propriedades farmacológicas, terapêutica e modo de ação de novocaina venosa.
- 3 — Toxicidade, Reações e acidente.
- 4 — Modo de administração e cuidados especiais.
- 5 — Indicações.

D) EXPERIÊNCIA PESSOAL

E) CONCLUSÕES

RESENHA ANATOMO-FISIOLÓGICA DO NEURO-VEGETATIVO

O sistema nervoso vegetativo, autônomo ou involuntário compreende o simpático e o para-simpático ou cadeia crânio-sacra.

Não é na realidade autônomo, pois apresenta conexões com o sistema nervoso central, onde estão localizados os principais núcleos e centros. Esses centros vegetativos estão em diferentes porções da medula espinhal e no mesencéfalo e por sua vez, estão em relação com os centros primordiais, situadas na porção ventral do di-encéfalo e no terceiro ventrículo. Ainda mais, as formações vegetativas estão, como demonstram as investigações embriológicas, anatomicamente incluídas no sistema nervoso central, do qual emerge, constituindo um sistema a parte, com certa independência funcional.

Não há propriamente uma estrutura típica do sistema simpático e vagal, sua classificação é puramente fisiológica.

O sinergismo endócrino-vegetativo promove o funcionamento perfeito das células, o "equilíbrio interno". Influí nos processos metabólicos; o simpático é anabólico, recuperador energético e o para-simpático é catabólico.

A ação do sistema neuro-vegetativo sobre os órgãos se exerce mediante produção de substâncias químicas que se originam nas terminações nervosas post-ganglionares; a simpátina e a colina, daí fibras adrenérgicas e colinérgicas como também são chamadas.

O sistema simpático é constituído por cordões nervosos, látero-vertebrais, que se estendem da base do crânio até ao nível do coccix, com seus espessamentos ganglionares, metaméricos, dos quais partem os ramos comunicantes, (que entram em relação com as raízes anteriores dos nervos) raquidianos e por seu intermédio com os centros axiais), e os ramos eferentes — viscerais, vasculares e ósteo-ligamentares. Esses ramos dão posteriormente novos espessamentos — plexos nervosos, dos quais partem novos ramos, que vão aos órgãos onde constituem o plexos murais.

Em resumo podemos dizer que o simpático é composto de gânglios principais, látero-vertebrais, ramos eferentes, gânglios secundários, dos quais os semi-lunar e o estrelado representam os mais importantes para nossos estudos, novos ramúsculos e os gânglios viscerais.

Esses ramos apresentam fibras mielínicas, brancas que se originam

na medula e são centrifugas — prolongamentos dos cilindros-eixos das células simpáticas dos cornos laterais são pré-ganglionares, motoras e secretoras. Outras existem, centripetas, sensitivas, post-ganglionares. As fibras cinzentas, amielíncias, nascem dos gânglios e vão aos nervos raquidianos.

Um perfeito conhecimento desses ramos é exigido para a cirurgia da ramificação, que para Royle e Danielopolu é a ideal, pois não sacrifica toda a condução nervosa.

Do gânglio estrelado, o simpático chega a base do crâneo pela via anterior, passando pelos gânglios cervicais média e superior e pelo plexo carotidiano e pela via posterior, nervo vertebral e plexo do tronco basilar. Essas duas vias se unem no nível do hexágono de Willis. Também as duas cadeias se reúnem pela alça nervosa que corresponde à primeira vértebra coccigiana.

O sistema para-simpático é constituído de fibras procedentes do núcleo do motor ocular comum no mesencéfalo e do núcleo visceral do pneumogástrico no assoalho do 4.º ventrículo (sistema craneal), e de fibras provenientes da parte inferior do segmento sacro da medula, nervo pélvico ou eretor (sistema sacro).

Fazem parte ainda do sistema para-simpático, as fibras vaso-dilatadoras e as vaso-inibidoras dos músculos pilo-motores que emanam de toda medula. Do bulbo provêm as fibras secretoras das glândulas lacrimais e salivais.

Para Delmas, o sistema para-simpático apresenta uma porção facial — formações vegetativas anexas dos nervos motor ocular comum, intermediário de Wrisberg e glosso-faríngeo; uma cárdio-pneumo-entérico, — fibras anexas do pneumogástrico; e uma terceira o pelviano.

Como no simpático, as fibras parassimpáticas vão às intimidades dos tecidos das vísceras.

O sistema "autônomo" inerva todas as fibras musculares não estriadas, e tecidos glandulares que não estão diretamente sob o controle da cortex cerebral.

Todos esses elementos celulares e consequentemente todos os órgãos, recebem uma dupla inervação simpático-parassimpático, (são raríssimas as exceções) sempre antagonicas e de cujo equilibrio depende fundamentalmente a fisiologia do órgão.

Para melhor compreendermos o reflexo vegetativo e o modo de condução de sensações dolorosas pela via simpática, necessário se torna recordar o reflexo medular. Neuroma aferente (fibra sensitiva) — neuroma associativo (corno posterior — corno anterior) — neuroma eferente.

Reflexo vegetativo — estímulo (vaso ou viscera) — fibra aferente simpática — ramos comunicantes brancos — centros tróficos — células ganglionares raquianas — raízes posteriores — substância cinzenta — corno posterior — neuroma associativo — corno lateral — raiz anterior — ramos comunicantes brancos — fibras eferentes — células eferentes.

As fibras eferentes ou eferentes do simpático são melhor estudadas que as aferentes, e como para nós, apresentam interesse capital seu conhecimento, pois dele depende a escolha do local para o bloqueio ou os ramos

e gânglios a serem extirpados em determinadas afecções, faremos, de acordo com Rospide, um quadro, onde assinalaremos a distribuição dessas vias do simpático e do parassimpático, com suas estações ganglionares, terminando com uma idéia de conjunto das funções desses sistemas.

SISTEMA SIMPÁTICO

Extrutura	Origem das fibras pre-gangl.	Estação celular	Percurso das fibras pos-ganglionares
Cabeça e pescoço; vasos, gl. sudoríparas, músculos eretores dos pelos, hipófise, íris, gl. lacrimais, músc. de Müller, gl. salivares tiroide.	D1 e D2	Gânglios cervicais superior médio e inferior	Com as carótidas e art. vertebral
Extremidades superiores: vasos, gl. sudoríp. e músculos eretores pelos.	D5 a D9	Gânglios cervical inferior e 1.º e 2.º torácicos	Plexo braquial e vasos
Coração e Pulmões	D1 a D5	Gânglios cervicais e do 1.º ao 5.º torácicos.	Ramos cardiacos do simpático Plex. pulmonares
Paredes tóraco-abdominais.	D1 a D12	Gânglios da cadeia simpática	Nervos intercostais
Visceras abdominais(*)	D6 a L1	Gânglios pré-vertebrais: celiaco, mesentéricos, etc.	Com os vasos
Visceras pélvicas.	L1 a L2	Nervo pré-sacro e gang.-hipogast.	Com os vasos
Extremidades inferiores: vasos, gl. sud., mus. er. dos pelos.	D12 a L3	Gânglios sacros	Com o plexo lombo-sacro

(*) Está perfeitamente demonstrado que a denervação do rim não produz alteração na eliminação das substâncias urinárias, sugerindo ausência de fibras secretoras para os glomérulos e tubos. A ação do simpático é sobre o fluxo sanguíneo. Esse fato tem grande importância para a cirurgia do simpático.

SISTEMA PARASSIMPÁTICO

Extrutura	Origem das fibras pre-ganglion.	Estaç. cel.	Percurso das fib. pos-ganglion.
Músculos intrínsecos do olho	Núcleo Edinger-Westphal (ped. cerb.)	Gang. ciliar	Motor Ocul. comum
Glând. lacrimal - Parótida - Submaxilar lingual - membr. mucosa	Bulbo (núcleos salivares)	gan. esfenopalat. " ótico " submaxilar " submaxilar esf.-palatino	Facial (pela corda do timpano) e Glosso-faríngeo
Coração, pulmões e vísceras abdom.	Núcl. X par (bulbo)	Nos próprios órgãos	Nervo vago
Vísceras pelvianas e genitais ext.	Medula sacra	Nos próprios órgãos	Nervos pélvicos

AÇÕES SIMPÁTICAS E PARASSIMPÁTICAS

Extrutura	Ação do simpático	Ação do parassimp.
Gl. sudoríferas	sudorese	inibição
Vasos, em geral	constricção	dilatação
Músculo dos pelos	contração	—
OLHO — pupila m. Muller pálpebra sup.	dilatação contração retração	contração — —
Glan. lacrimal	inibição	lacrimejamento
Glan. salivares	salivação	salivação
Tiroide	excitação	—
Coração	positiva	negativa
Art. coronárias	dilatação	constricção
Múscul. brônquica	inibição	contração
Músc. gástrica	inibição. Contrae o piloro	contração; inibe o piloro
Secreção gástrica	inibição	estimula
Musculatura biliar	Inib. Fecha ef. Oddi	estimula. Abre esf. Oddi
Intestinos	inibe. Contraí esfinct.	.Contraí. Relaxa esf.
Bexiga	inibe. o musc., contrae esfinct.	estimula musc.,, rels.esf.

BLOQUEIOS ANESTÉSICOS E SECÇÕES CIRÚRGICAS DO NEURO-VEGETATIVO

INDICAÇÕES

Citaremos inicialmente as afecções que reagem às secções medicamentosas ou cirúrgicas do simpático.

Traumatismos com suas seqüelas e complicações: edema, cianose; circulação deficiente por imobilização prolongada ou por trauma vascular ou nervoso; traumatismos e cirurgia das articulações; rigidez articular; descalcificação; osteoporose dolorosa; síndrome de Sudeck; cicatrizes dolorosa; dor dos côtos de amputação; nevromas; contraturas e paralisia reflexas e espásticas; contraturas isquêmicas; síndrome Volkmann; e causalgia.

Afecções arteriais: síndrome de obliteração, mecânica ou espástica, embolias e trombozes; arterites diabética (sem úlcera ou gangrena); arterites pré-senil ou senil; trombo-angélite obliterante; síndrome de Raynaud; acrocianose; e doença de Little.

Hiperhidroses localizadas e geladuras.

A escolha do ponto de infiltração, o número de bloqueios a ser realizado ou o ramo, nervo ou gânglios a serem ressecados, dependem, obviamente da localização da doença.

INDICAÇÕES E DETALHES TÉCNICOS DAS INFILTRAÇÕES E RESSECÇÕES

Simpático cervical — Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos (hemiatrofia facial progressiva; hemiparalisia pos-zotérica e paralisia facial. Lesões vasculares e espásticas das estruturas oculares.

Para a infiltração do gânglio e estrelado, existem várias técnicas pelas vias anterior, lateral e posterior, cada qual com seus defensores, porém todas perigosas, pelas complicações que podem determinar, devidas às relações anatômicas dessa estrutura nervosa.

Sabe-se que o bloqueio do simpático cervical, qualquer que seja a sua altura determina o mesmo síndrome, portanto, deve produzir os mesmos efeitos terapêuticos.

Entretanto deve-se assinalar que determinadas afecções exigem a secção do simpático, ao nível do gânglio superior, como outras requerem o bloqueio



do estrelado do mesmo de D2 ou D3, com a hiperhidrose palmar, o síndrome de Menière, dependendo da estação dos ramos comunicantes e eferentes.

Para a infiltração do simpático cervical, qualquer que seja a altura desejada, inclusive o gânglio estrelado, usamos a simples e engenhosa técnica publicada por Lieberman, em 1946, atribuída à Escola Portuguesa de Souza Pereira, que afasta todos os perigos e inconvenientes, pois a agulha não atinge o estrelado; o líquido é introduzido na dependência da aponeurose cervical profunda, onde está colocada a cadeia cervical pela gravidade, alcança, embebendo os ramos desses gânglios. Para essas infiltrações, reparam-se o esterno-mastoideo que é puxado para a frente (fig. 1) e a apófise transversa determinada.

A agulha penetra como fosse atingir a apófise até mais ou menos dois centímetros (pode-se sentir o reparo ósseo na ponta da agulha e depois recuar um pouco e mudar a direção) onde muda a orientação, agora formando um ângulo de 90 graus com o plano vertical.

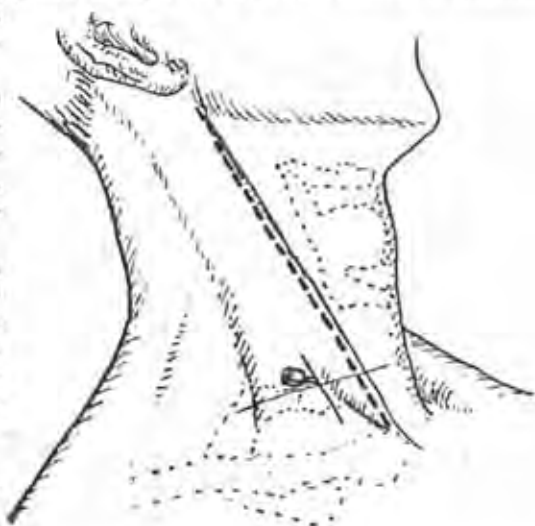
Para as infiltrações do simpático à esquerda, devemos afastar o esterno-mastoideo com a mão direita e segurar a seringa com a esquerda.

Afastando desse modo o músculo, protegemos a "paquete" vaso-nervo do pescoço contra possíveis puncturas, e infiltrações desnecessárias.

Para a porção mais alta do simpático (g. cervical sup.) a agulha deve passar adiante do esterno-mastoideo e para o inferior (infiltração do estrelado), deve-se passar entre os feixes externo-claviculares do referido músculo.

Na ponta da agulha são percebidos a aponeurose cervical profunda, os batimentos arteriais da carótida e o bloco laringo-traqueal, que devem ser evitados e demonstram erro de técnica pois além de não bloquearem o simpático, podem produzir fenômenos indesejáveis.

Com essa técnica nunca tivemos caso de acidente pulmonar ou pleural, tão comumente vistos nos processos que atingem diretamente o estrelado. Das 138 "infiltrações" do simpático cervical, principalmente à altura de 5.^a e 6.^a apófises transversas fizemos corretamente, demonstradas pelo síndrome de Claude Bernard-Horner, 126. Dessas, tivemos 6 "acidentes", duas puncturas arteriais (sangue veio à seringa; mudamos ligeiramente a posição da agulha e procedemos a infiltração), um soluço (o qual não conhecemos a causa exata) e duas sensações de constrição





OPOTERAPIA SEXUAL FEMININA

**Horgyn*

EXTRATOS DE OVÁRIO TOTAL E LÓBULO
ANTERO-HIPOFISÁRIO
DRÁGEAS AMPOLAS

**Luteo-Ovarina*

EXTRATO OVÁRICO TOTAL
DRÁGEAS GÓTAS AMPOLAS

**Ovario-Thyroidina*

EXTRATOS DE OVÁRIO E TIREÓIDE TOTAIS
DRÁGEAS GÓTAS AMPOLAS

PRODUTOS L. C. S. A.



CAIXA POSTAL 163 - RIO

do pescoço, de sufocação, dispnéia e losse (possível expansão anestésica para os tecidos peri-faringo-laringeanos). Todos facilmente cederam e acreditamos que se repuxarmos para diante o esterno-mastoideo e com ele a cadeia vaso-nervosa do pescoço e mandarmos o paciente recostar, decubito lateral do lado que foi feita a infiltração, esses acidentes não aparecerão.

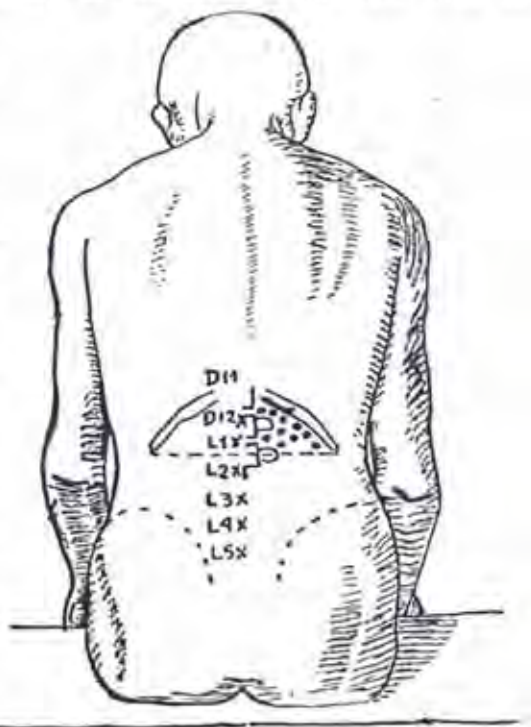
A ressecção cirúrgica do simpático cervical é de técnica muito fácil sendo a via de acesso mais usada, a retro-muscular de Jaboulay-Jonesco ou a de Leriche modificada.

Determinadas afecções no segmento cefálico e principalmente no membro superior exigem bloqueios ao nível de D2 e D3. Sua técnica é fácil: repara-se a apófise espinhosa correspondente e a mais ou menos 5 cm. da linha espondilêa introduz-se a agulha. O gânglio a ser injetado, corresponde à vértebra sub-jacente ao reparo. A agulha atravessa o espaço intercostal e vai à face antero-lateral do corpo vertebral.

Estrelado — Oftalmologia: embolia, trombose e espasmos da artéria central da retina. Retinite pigmentar.

Otorrinolaringologia: síndrome de Menière, determinados tipos de surdez, coriza espasmódica, hidrorréia nasal e tuberculose da laringe (onde as infiltrações melhoram a dor e a disfagia).

Esplâcnico — pelas múltiplas funções que desempenha, — fibras secretoras, fibras vaso-motoras para a musculatura lisa gastro-enterica e fibras sensitivas, responsáveis pelas impressões dolorosas, vemos o grande número de indicações dos bloqueios e secções do esplâcnico: arterites; afecções gastro-entericas (dilatação aguda do estômago, crise dolorosa da tabes estômago em cascata, ptose gástrica com ulcus gastro-duodenal, oclusão ou atonia do piloro, são intestinal dinâmica, cólicas diversas, rebeldes aos analgésicos comuns; cólica pancreática, pancreatites agudas, (edematosa ou crônica); afecções reno-ureterais (anúrias, hi-



ESTREPTOMICINOTERAPIA

DIIDRO-ESTREPTOMICINA RHODIA

Sulfato de diidro-estreptomicina

Alto grau de pureza
Atividade máxima
Boa tolerância

TUBERCULOSES
MENINGITE TUBERCULOSA
INFECÇÕES REBELDES À PENICILINOTERAPIA
COLIBACILOSE — COQUELUCHE
BRUCELOSE — TULAREMIA

Frascos de 1 e de 5 g



A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

droneifroses, cólica renal); causalgia gástrica; dor incurável; enfarto de mesentério; impotência sexual masculina (infiltração do plexo hipogás-trico ou ramificação dos do L4 e L5).

A fig. mostra a posição do paciente, os reparos ósseos importantes para os bloqueios: linha espondilêa (ap. espinhosa de L1, 12.^a costela) e o triângulo de Souza Pereira.

A grande indicação de simpatectomia tóraco-esplâncnico-lombar é a hipertensão arterial, essencial ou, e principalmente a maligna.

Simpático lombar — além das arteriopátias, das sequelas e complicações do trauma dos membros inferiores, as infiltrações e ressecções do simpático lombar estão indicadas no megacolon infantil congênito de Hirschprung, nas algias pelvianas, (com ressecção associada do nervo pré-sacro), paraplegia espasmódica, hemiplegia infantil, afecções da coxo-femural (associada à ressecção do obturador), e prurido vulvar rebelde aos tratamentos rotineiros.

As infiltrações do simpático lombar devem ser feitas principalmente ao nível de L2, cuja técnica é maravilhosamente descrita por Albanes em seu livro de "Infiltrações do Simpático".

Ha muitas técnicas de simpatectomia lombar, todas demasiadamente traumatizantes; fazemos sempre o simples e engenhoso procedimento difundido por Cid dos Santos — via anterior, incisão transversa dos planos superficiais, inclusive apneurose de inserção do grande obliquo, divulsão do pequeno e transverso, afastamento do peritôneo para a linha mediana e reconhecimento da cadeia lombar.

Constituem ainda indicações para terapêutica simpática, a dismenorrêa, as sequelas de intervenção sobre os paramétrios (cicatrizes) e vaginismo.

Ovulação e infiltração do gânglio cervical superior — Modificando a circulação da hipófise, a infiltração do simpático cervical alto, pode provocar o estímulo à gônada e produzir a ovulação (Larchoe e Bompert, 1942)

May e Netter corrigiram 14 mulheres dos 20 casos de amenorrêa rebelde devida à inibição de função hipofisária; pelo mesmo procedimento, Peterson, obteve 78% do sucesso com suas doentes.

SIMPATICO CERVICAL E ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS

Admitia-se, por ser clássico desde os estudos de Duret, a não existência de anastomoses arteriais cerebrais, fato hoje provado em contrário graças às conclusões de Heubner. Assim admite-se a possibilidade de uma circulação colateral, cujo restabelecimento é na realidade tardiamente feito.

Está também perfeitamente estabelecido que o simpático provoca vasoconstricção, e em estados patológicos, pode, por excesso de ação vasoconstrictiva, produzir acidentes espásticos, com distúrbios circulatórios, às vezes graves, anoxia e anoxemia consecutivas e lesões parenquimatosas.

Para orientação de nossos estudos, classificaremos os acidentes vascula-

SÍFILIS



DESBÍ

LABORATÓRIO QUIMIOTERÁPICO - RIO
End. Teleg. "Desbi" - C. Postal 1682 - Rio - D. F.



Fama e conceito

res cerebrais, produzidos por transtorno funcional súbito da fossa de Silvio na cápsula inferna, zona da artéria cerebral média, com perda da consciência e paralisia, como isquêmico e hemorrágico.

A última resulta do extravasamento sanguíneo, ou mais precisamente, há uma éritro-diapedese ou éritro-rhexis.

Os acidentes isquêmicos ou anêmicos têm como causas principais a embolia, trombose artério-escleroso e espasmos.

Embolias — Menos frequentes; mulheres jovens, cardiopatas oro-valvulares, principalmente do coração esquerdo (estenose mitral), ou pacientes com endocardites ou mais raramente, embolos procedentes de gangrenas pulmonares, ou de trombose da grande circulação. O substrato anátomo-patológico é um foco de amolecimento com morte da substância nervosa.

Trombose — aparecem em indivíduos artério-escleróticos ou luéticos. Há sinais prodrômicos, cefaléia, diminuição progressiva da memória e da capacidade intelectual. Os sintomas são sempre progressivos e pode não haver perda de consciência.

O angio-espasmo cerebral pode ser desencadeado por causas mecânicas e reflexas. Existe isolado, responsável por um acidente cerebral quasi sempre de bom prognóstico, máxime quando se intervem precocemente, antes de produzir lesões irreversíveis, como também, em todos estados isquêmicos do encéfalo; a explicação do componente espástico nos é dada por Leriche e Luzuy — a embolia, a trombose, por distensão, por excitação das tûnicas vasculares, principalmente da endartéria, provocam sempre uma forte vaso-constricção de outros vasos e colaterais vizinhos.

O fator espástico desempenha papel importante no quadro clínico, e as lesões de foco por ele causadas ou agravadas, caracterizam-se por síndromes diversas, conforme a topografia, cuja descrição de conjunto encontramos na Memória apresentada pelo Prof. Vinelli Baptista à Secção de Cirurgia Geral da Academia Nacional de Medicina — Da Cirurgia no Angioespasmo Cerebral (1939):

- 1 — Hemiplegia cortical, parcial, monopléica, associada a: hemianestesia, hemianopsia ou perturbações intelectuais ou afasia;
- 2 — Hemiplegia sub-cortical, com hemi ou monoplegia;
- 3 — Hemiplegia capsular — hemiplegia total;
- 4 — Hemiplegia talâmica, com hemi-plegia ligeira, transitória, hemi-ataxia semianestesia superficial e profunda com dores vivas, paroxísticas;
- 5 — Hemiplegia lenticular;
- 6 — Hemiplegia mesencefálica, hemiplegia alterna superior;
- 7 — Hemiplegia protuberancial, hemiplegia alterna, inferior;
- 8 — Hemiplegia bulbar, hemiplegia alterna inferior;
- 9 — Hemiplegia medular, hemiplegia do lado da lesão.

Nas afecções vasculares cerebrais, isquêmicas, praticamos num total de 32 pacientes, 125 injeções para bloqueios do simpático cervical e gânglio estrelado, das quais, 11 não foram corretas, não provocaram o síndrome clássico de Claude Bernard-Herner. Assim, temos uma média de 3,4 infiltrações para cada caso.

Por ser impossível observarmos convenientemente todos os nossos pacientes, uma vez que em 19 casos não acompanhamos a evolução por mais de 36 horas, resolvemos classificar os resultados do seguinte modo:

1.^o — Os pacientes bem observados, cuja evolução do acidente foi por nós acompanhada ou pelo Clínico assistente, serão grupados de acordo com o resultado do tratamento em: ótimos, desaparecimento completo de todos os sintomas e sinais (*restitutum ad integrum*); bons, persistência apenas de leve seqüela da hemi-plegia ou da paralisia facial, sem contudo prejudicar a marcha e os afazeres habituais; regulares, quando persiste a hemiplegia; a paciente se locomove, porém com a marcha característica e maus, quando os pacientes não recobram a consciência, não andam, ou falecem.

Dos 13 doentes desse grupo, temos:

Ótimos	3	-----	23,1%	
Bons	3	-----	23,1%	
Regulares	4	-----	30,7%	
Maus	1	-----	7,6%	

2.^o — Em 19 casos tratados nos plantões da Equipe "Alvaro Ramos", no H. P. S., praticamos de uma a três infiltrações do simpático, associadas ou não a novocaina venosa. Nesse grupo, levando-se em consideração as respostas imediatas, assim classificamos: ótima, quando os pacientes saíam do Hospital sem nenhuma seqüela do acidente; satisfatória, quando os pacientes reagiam bem às infiltrações, recuperando a consciência, mesmo transitoriamente, esboçando algumas palavras ou fazendo alguns movimentos com os membros que estavam plégicos, e finalmente os maus, que não reagiam, não tomavam absolutamente conhecimento da terapêutica, embora o síndrome clássico mostrasse a perfeição do bloqueio anestésico do simpático cervical.

Reação ótima	5 casos	-----	26,3%
Reação satisfatória	11 casos	-----	57,8%
Reação nula	3 casos	-----	15,8%

Quanto ao número de horas decorridas entre o início do tratamento e a instalação do acidente vascular cerebral (primeiros sintomas):

Número total de injeções	125
Número de infiltrações corretas	114
	casos
Infiltrações na 1. ^a hora	1
até 3 horas	5
até 6 horas	10
até 12 horas	3
até 18 horas	2
até 24 horas	3
até 48 horas	1
até 72 horas	4
mais de 6 dias	3 (*)

(*) não estão incluídos os casos de hemi-plegia já constituídas há mais de três meses ou anos, cujo estudo faremos separadamente.

Nos acidentes vasculares cerebrais isquêmicos os resultados são tão mais brilhantes, quanto maior for a responsabilidade do fator "espasmo" no quadro clínico e quanto mais precoce for instituída a terapêutica.

Nas lesões orgânicas já constituídas, com um quadro clínico agravado pelo espasmo vascular, os resultados são tão mais nítidos, quanto maior for a zona sacrificada pela isquemia.

As infiltrações do simpático cervical nos "espasmos cerebrais" podem promover um "restitutum ad integrum".

Nas lesões já constituídas, nas hemiplegias antigas, as infiltrações do simpático cervical, bi-lateral, promovem uma melhora acentuada do estado psíquico do paciente, do estado geral, bem como corrigem os distúrbios os reflexos vegetativos, as simpatoses e as sensações subjetivas dos membro afetados, sem contudo alterar o estado paráltico ou parético desses membros, embora em alguns casos tivéssemos melhoras de apreensão e do tato.

HIPERHIDROSE E RESSECÇÃO SIMPÁTICA

Hiperhidrose — observação interessante e bem sucedida foi a do colega O. Fontenelli Filho, cujo resumo transcreveremos:

Serviço de Cli. Cirúrgica do Dr. Iseu Almeida e Silva, 30.^a enfermaria da Santa Casa. Neuro-Cirurgia do Dr. Paulo Niemayer.

M. J. C., 15 anos, fem. pd, Br. sol., Rua Mal. Aguiar, D. F. Rgto. n.^o 5002. Entrada em 17-5-51. — Saída em 10-7-51.

H. D. A. — queixa principal, sudorese palmar. Informa a paciente que há mais ou menos um ano apareceu sudorese palmar, surgindo expon-

taneamente, por crises, principalmente quando segura objetos. Apesar de outros tratamentos, nenhuma melhora.

Antecedentes — Pais falecidos; alega que a mãe era demente (sic).

Ectoscopia e exames dos aparelhos — apenas digno de nota a hiperhidrose em ambas as mãos.

Exames complementares — notamos eosinofilia (15%) e linfocitose (38%) como os únicos elementos dignos de registro, uma vez que todos os outros estavam dentro dos limites normais.

Após os testes de infiltrações repetidas do simpático-torácico alto, foi indicada a simpatectomia.

Operada em 31-5-51 sob anestesia geral pelos gases. Via de acesso ao simpático com ressecção parcial da 3.^a costela e deslocamento da pleura mediastínica. Neuro-gangliectomia torácica superior.

A evolução mostrou ótimo resultado no lado da operação, sendo então posteriormente indicada outra intervenção no oposto, a qual foi realizada em 28-7-51.

A paciente suportou perfeitamente ambas as intervenções, tendo alta curada.

Até a data presente, três meses são passados e a paciente continua sem apresentar o mais leve sinal de sudorese, tendo já voltado às atividades normais.

DOR VISCERAL E INFILTRAÇÃO ESPLÂNCNICA

No combate à dor visceral (abdomen), possuímos cinco observações para lesões inoperáveis, seis de cólica renal, tres de cólica hepática e duas pancreáticas.

Resumiremos as mais sugestivas:

A.M.S., 43 anos, br., mac., solteiro, carpinteiro, residente na rua Barão de Itamarati, D. F. (H. Pronto Socorro).

Histórico — Passado de cólica renal, hoje, 27-5, novo acidente doloroso: dor na região lombar com irradiação para o escroto esquerdo. O exame clínico confirmou o diagnóstico do síndrome.

Às 23 horas — glicose hipert., atropina, cibalena.

Às 2 horas de 28 — cibalena, atropina, depropanex.

Às 4 horas, entorpecente. Não melhorando, às 7 horas, a pedido do Clínico da Equipe, fizemos a infiltração do esesplâncnico, e, como alívio imediato.

Z. F. P., 61 anos, branca, fem., cas., dom. Br. Rua Moura Brito, D.F. (H. Pronto Socorro).

Com passado litíásico, hoje, 8-7-51, chamou pela terceira vez a ambulância em casa, por se apresentar com dor violenta ao nível da região lombar esquerda, com irradiação para os grandes lábios.

Fêz uso, além das medicações caseiras, de cibalena, atropina, depropanex, sulfanesion e entorpecente, não melhorando.

Pelo Dr. Ricardo Augusto Viana, foi a paciente removida para o Posto; uma infiltração de 30 cc de novocaina a 1% no esplâncnico esquerdo, com resultado espetacular; alívio imediato da dor, e eliminação de pequeno cálculo, voluntariamente, 14 horas após.

O paciente com aneurisma da aorta abdominal, corroendo as vértebras (doente do Dr. Peçanha) e os cáncerosos, tiveram alívio da dor, sendo evitadas as injeções de entorpecentes.

ESPLÂNCNICO E PANCREOPATIAS

O sintoma dominante da pancreatite crônica é a dor. De todos os métodos terapêuticos e processos cirúrgicos, o que melhor resultado vem apresentando é a esplânciectomia. Mesmo assim, a ressecção simpática é aceita sob reservas, por não impedir a progressão da moléstia.

Para o diagnóstico da afecção devem ser tidas em conta as crises dolorosas repetidas, os episódios recorrentes com significativo aumento da amilase sanguínea esteatorrêa ou creatorrêa, diarréas gordurosas, icterícia passageira e menor tolerância pelos glicídios. O R. X. confirmará o diagnóstico, mostrando calcificações na zona de projeção do pâncreas, por diante da coluna.

O diagnóstico não é difícil quando se pensa na afecção; Gambili, Comfort e Ballenstoss, em 29 pacientes, fizeram-no corretamente em 62%.

Hymann e Burton, operando cinco casos chegaram à conclusão de serem a simpatectomia e esplânciectomia valiosos recursos pois o alívio da dor é notório.

Rack e Colé (1950), tentaram a vagotomia em 2 casos com resultados nulos e nos três outros casos, a simpatectomia ou a simples ressecção do esplâncnico produziu "respostas espetaculares, com desaparecimento da dor, náuseas e vômitos".

Na enfermidade fibrocística do pâncreas, Ayedes (1950) tratou cinco pacientes, obtendo "excelentes resultados" pela esplânciectomia.

As funções do pâncreas não são alteradas pela simpático-esplânciectomia.

SIMPATECTOMIA TÓRACO-ESPLÂNCNICO-LOMBAR E HIPERTENSÃO ARTERIAL

Desconhecendo-se ainda a causa íntima da hipertensão arterial na maioria dos casos, afirmam Jairo Ramos e Colé, em trabalho laureado pela Academia Nacional de Medicina: "está indicada a terapêutica patogênica, a que procura afastar o mecanismo pelo qual o organismo reage atenuando ou evitando as conseqüências advindas, isto é, suprimir a ação do sistema simpático".

Admitindo-se que o êxito da simpatectomia depende da supressão ou

atenuação da vasoconstrição simpática, os maiores resultados deveriam se verificar nas variações grandes dos níveis pressóricos, critério esse normalmente adotado para a escolha dos doentes a serem operados. Contudo, a observação atual dos doentes simpatectomizados leva a descer das provas e fala em favor de uma indicação mais ampla da cirurgia, tendo-se ainda em vista a precariedade do tratamento clínico.

São os seguintes, os critérios para a seleção dos doentes à terapêutica cirúrgica: idade não avançada (aqueles de 55 anos), boa capacidade funcional do aparelho cárdio-circulatório avaliada através do exame clínico, radioscópico electrocardiográfico e provas de labilidade vascular (repouso, frio e sono), boa função renal, e condições satisfatórias do fundo de olho.

Comentando o resultado das simpatectomias, a precariedade do tratamento clínico, a discutida questão do paralelismo entre os níveis pressóricos e a capacidade funcional do miocárdio, a melhora de algumas insuficiências cardíacas descompensadas, o estudo radioscópico pré e pós-operatórios, as alterações de ECG e o valor do exame do fundo de olho, Jairo Ramos e cols. concluem, "após uma reflexão pautada na observação de fatos e sem apriorismos de qualquer natureza, que estamos, provavelmente, longe ainda de ter noções exatas da complicada fisiopatogenia da moléstia hipertensiva, através dos dados fornecidos por provas tão simples" e propõem "alargar mais o âmbito das indicações da simpatectomia, indicando-a como mais uma tentativa terapêutica de hipertensão diante dos fracassos da terapêutica clínica", assim, indicam na cardiopatia hipertensiva com descompensação cardíaca, por ser a causa mais frequente da morte do hipertenso;

As características básicas para uma operação satisfatória são:

1.º — Produzir paralisia vascular em área bastante grande, com vaso dilatação esplênica abdominal e periférica, com ressecção indispensável de L2.

2.º — A ressecção nervosa deve ser pré ganglionar;

3.º — Incluir o rim e as suprarrenais na área de denervação.

4.º — Permitir a exploração do rim, suprarrenal e pedículo renal.

5.º — Ser pouco traumatizante. (Smithwick e Mitchell).

Resumindo as principais indicações para a simpatectomia temos: hipertensos em fase de cardiopatia descompensada, cifras altas e com grande labilidade vascular, traçado electrocardiográfico demonstrando sinais de sobrecarga ventricular, crises com ameaça de acidentes cerebrais, hipertonia maligna, manifestações subjetivas exuberantes, principalmente cerebrais.

As contra indicações da simpatectomia são a trombose coronária recente, a insuficiência renal e o enfarto do miocárdio.

Rabwin, Roseblum e Freidin, estudando 53 casos (simpatectomia) acreditam que enquanto não se conhecerem a causa da hipertensão, essa cirurgia deve ser continuada, como a do cancer em geral, onde também "os êxitos compensam os fracassos".

O que mais impressiona o clínico é o fato de na grande maioria de casos operados, a pressão arterial se manter, esquecendo que a sintomato-

logia subjetiva desaparece, o paciente melhora psiquicamente, melhora o estado geral, enquanto também são melhorados o fundo de olho, o eletrocardiograma e a área cardíaca.

Alguns AA., satisfeitos com os resultados das secções cirúrgicas, porém temerosos com o traumatismo operatório, vêm empregando os bloqueios repetidos e prolongados do simpático toraco-lombar.

ÚLCERA GASTRO-DUODENAL E NEURO-VEGETATIVA

Entre as numerosas hipóteses etiológicas da afecção há as de alterações do vegetativo. E, assim sendo, escolas cirúrgicas procuram novos rumos para a terapêutica. Além da novocaina venosa, já citada, temos as intervenções sobre o simpático ou vago.

Froehlich em 25 casos selecionados fez a esplanicectomia uni ou bilateral, sem nenhuma mortalidade e com 12 bons resultados, dos quais, 9 foram perfeitos, superiores às ressecções gástricas.

Aconselha, por ser menos agressivo, as infiltrações repetidas do esplanênico.

A vagotomia tem maiores adeptos, e muitos trabalhos existem mostrando os resultados, porém um merece ser citado, o de Walters e Beldign, da Mayo Clinic (maio de 1951) pela crítica perfeita que fazem às indicações e aos resultados imediatos e tardios. Assim, são de opinião que a vagotomia simples, isolada é um procedimento precioso nas úlceras gastro-jejunaes após adequada ressecção gástrica. Uma segunda ressecção e vagotomia complementar é usada com bons resultados quando a úlcera gastro-jejunal é encontrada após inadequada ressecção ou quando persiste acidez gástrica.

Os AA. fazendo um estudo clínico e fisiológico de 130 pacientes dum total de 331 operados de vagotomia simples ou combinada com outras intervenções, concluíram que "levando em conta o fato de não prevenir a recorrência da úlcera e os distúrbios da motilidade, causados pela vagotomia, e o baixo índice de mortalidade de ressecção gástrica adequada, esta deve ser o tratamento de escolha para as úlceras duodenais complicadas ou que não responderam a orientado e controlado tratamento médico".

A vagotomia não deve ser feita na úlcera gástrica, não somente pela alta incidência de lesões malignas não suspeitadas, como também pela recorrência da úlcera e dos distúrbios da motilidade serem muito freqüentes.

Indicações da vagotomia (Walters):

1 — Vagotomia combinada com gastro-enterostomia no tratamento de pacientes femininos, de meia idade, nervosos, com U. D. grandes que não permitam uma boa ressecção ou perfeito fechamento do coto duodenal na gastrectomia.

2 — Em úlceras pequenas, usando concomitantemente uma plioroplastia ou gastroduodenostomia; e

3 — No tratamento de indivíduos selecionados, de alta tensão, com hiperacidez, assim mesmo, associada à ressecção gástrica.

Concluem os AA. seu magnífico trabalho, afirmando ter a vagotomia somente valor na maioria dos casos de recorrência de úlcera após adequa-

da ressecção parcial do estômago, visto que falha na prevenção de recorrência de úlcera, quando usada como complemento de gastroenterostomia, ressecção gástrica ou piloroplastia, fato que pode ser atribuído aos distúrbios de motilidade, a retenção gástrica, e a acidez gástrica por ela provocada.

ARTÉRIOPATIAS E SIMPÁTICO

Em recente simpósio sobre "moléstias arteriais periféricas", foi exaltado pela Escola Paulista, o valor da termometria, arteriografia e oscilometria para diagnóstico da afecção em estudo. Esses dados, colhidos antes e depois de bloqueios anestésicos do simpático, servem para localizar a altura da obliteração vascular, a extensão da lesão, o estudo das anastomoses das vias de derivação sanguínea, bem como analisa o coeficiente espasmódico e prever os resultados da simpatectomia.

Em condições ótimas nos pacientes com afecções vasculares espásticas, a simpatectomia produz:

- a — elevação da temperatura cutânea;
- b — aumento do fluxo sanguíneo
- c — ampliação do pulso periférico e das oscilações arteriais;
- d — o fluxo sanguíneo dos capilares torna-se mais rápido;
- e — aumento de oxigênio no sangue venoso do membro;
- f — a cianose ou placas tornam-se menos acentuada;
- g — diminuição da dor;
- h — cicatrização mais rapidamente de úlceras indolentes.

Contudo, a simpatectomia não faz: prevenir muitas trombozes; terminar a flebite migratória das trombo-arterites obliterantes e reduzir a severidade da claudicação intermitente.

Estudando as indicações da gangliectomia lombar, Carcassonne (1946), afirma que as arterites pré-senil constituem as melhores indicações. São paciente de 40-50 anos, com bom estado psíquico, com período de claudicação intermitente seguido de dores contínuas e perturbações tróficas das extremidades e com ausência de batimentos arteriais e oscilometria bem diminuída. Assim, nos 41 casos por ele operados, obteve bons resultados, com sedação da dor e aquecimento do pé.

Nas trombozes arteriais, o tratamento deve ter como base o bloqueio do simpático correspondente: — regula a motilidade vascular das zonas afetadas pelo deficit, melhorando as condições circulatórias; suprime a dor e servem como pré. para as intervenções radicais (ressecções cirúrgicas do simpático, embolectomia, extração do coágulo, arteriectomia ou ligadura das veias satélites e das artérias ocluídas).

Em toda intervenção sobre uma artéria, a simpatectomia peri-arterial deve ser feita.

Modernamente estão fazendo em França, e a natureza dessa comunicação exige que se divulgue, injeções de oxigênio ou água oxigenada intra-arteriais para tratamento das arterites, principalmente dos membros inferiores, explicando os AA. (Housset, Lemaire e Loeper, 1950), que "é pela

excitação dos nervos do endotélio vascular que o oxigênio atua, o que acontece também com outras substâncias, sendo empregado por ser o menos tóxico e o mais útil".

Possuímos sete observações de neurogangliectomia lombar, via anterior transversa, extra peritoneal para arteriopatas e 40 infiltrações do simpático lombar ou do esplâncnico.

Resumo das observações mais expressivas:

A. G., mas., pt., 59 anos, casado, res. em Friburgo,

A história desse pobre lavrador é longa; iniciou com o quadro clássico de claudicação intermitente, seguida de dores constantes e gangrena do 5.º pododactilo direito, tendo se tratado com carbogênio, acetil colina, papaverina e amputação de dedos.

Após uma melhora de mais ou menos dois meses, as dores voltaram nesse mesmo pé, e no outro membro nova claudicação intermitente apareceu, para logo em seguida dores continuas, insuportáveis. No 5.º pododactilo esquerdo, havia sinais de gangrena, que rapidamente progredia. Evolução de 3 meses, quando conhecemos o paciente.

Procurou os serviços médicos na Capital, onde no P. Socorro, esteve internado mais ou menos dez dias, em tratamento com anti-espasmódicos, vaso-dilatadores e carbogênio, além de tratamento geral, pois a intoxicação era grande bem como a desidratação e sub-alimentação.

Ao exame mortificação do 5.º pododactilo, com escasso sulco da demarcação, pé frio, lesões distróficas bem acentuadas, sem pulso e oscilometria nula.

Oscilometria :terço inferior ambas as coxas, 1,5;

perna direita, terço superior, 0,5;

perna esquerda — imperceptível, em toda extensão.

Com o fracasso da terapêutica clinica, e o progredir da doença, indicamos a simpatectomia, mais como analgésico.

Simpatectomia lombar, auxiliada pelos Drs. Paulo Cezar e Robinson.

Pos-operatório acidentado com pneumopatia aguda e possivelmente uma flebite, que praticamente passou despercebida, pela simpatectomia já efetuada, mostrando que o procedimento não previne, porem é um grande recurso para o tratamento dessa complicação operatória. (É bom notar que esse paciente, com mau estado geral e acamado ha 3 meses, não se sujeitou ao levantar precoce, que fazemos sistematicamente em todos nossos operados).

A. C., br., Br., cas., 61 anos, vigia, residente em São Gonçalo.

Histórico — Doente ha 3 meses, com dores no pé direito; "dor como fogo", com sensação de agulhada e edema. Síndrome de claudicação com dores ao nível do calcâneo. As dores continuas, seguiu-se um processo inflamatório, no lado externo do pé, que abriu espontaneamente, com pla-

cas enegrecidas enegrecidas, que se eliminavam deixando descoberto o osso e tendões.

Internou-se então no Hospital São João Batista (Niterói), onde em 22 de janeiro de 1951 foi feita a amputação dos dois últimos dedos e metacarpós correspondentes. Após a operação, a dor melhorou, porém agora, reapareceu ao passo que a ferida nunca cicatrizou.



Ao exame grande ferida indolente, ocupando toda borda externa do pé. Pequena zona cicatricial, bordos irregulares, esbranquiçados fundo também irregular, vermelho violáceo, com partes enegrecidas, necrosadas, deixando ver tendões e ossos.

Paciente com mau estado geral, intoxicado, febril, 37,5; pulso, 114; e P. art. de 12x7.

A oscilometria no terço superior da perna direita é apenas perceptível, estando ausente nos terços médio e inferior.

Após um preparo intensivo à base de vitaminas, proteínas e hidratação, foi feita uma neuro-gangliectomia lombar, via anterior, extra-peritoneal. Pós-operatório sem anormalidade, o paciente se levantou no dia imediato. Quinze dias após, o paciente teve alta curado. O pé cicatrizou logo nos primeiros dias, persistindo uma pequena solução de continuidade ao nível de uma superfície óssea, que fechou no dia anterior ao da alta.

TROMBO-FLEBITES, FLEBITES E TROMBOSE

A terapêutica das tromboflebitides, tromboses e a "flegmatia alba dolens" sofreu profunda transformação, graças aos estudos dos bloqueios simpáticos e principalmente ao conhecimento perfeito de emprego em clínica, dos anti-coagulantes.

Desnecessário se torna enaltecer o valor do diagnóstico precoce dessas afecções, uma vez que o tratamento, quanto mais cedo for instituído, melhores serão os resultados e menores serão as possibilidades de sequelas.

De acordo com os casos, a terapêutica base consta da heparina, dicumarol, movimentos ativos, infiltrações simpáticas e papaverina.

No serviço do Prof. Capriglione, secção de doenças vasculares periféricas do Dr. Duque, tivemos oportunidade de observar ótimos resultados com a terapêutica anti-coagulante, bloqueios e mobilização ativa.

A heparina e o dicumarol principalmente são controlados pelo tempo de coagulação e o tempo de protrombina (tempo limite: 45 segs.).

Bauer (1946), um dos iniciadores da terapêutica, usou a heparina em 209 casos, iniciando com 150 mg. (80 U. I.) de 4 em 4 horas de 8 em 8 horas, para depois diminuir a dose, 100 mg., até uma só injeção de 100 mg por dia.

Comparando seus resultados com o clássico, teve apenas 3 mortes, 1,4% para 18%; enquanto seus acidentes também foram menores: tres casos de hematuria e dois de hemartrose.

CAUSALGIA E RESSECÇÃO SIMPÁTICA

Estudando 275 casos de feridas de troncos nervosos Spiegel e Milowky (1945) encontraram 3% de causalgia.

O sinal mais constante é a sensação de queimadura dolorosa, que se agrava com o roçar. O exame demonstra pele fria, brilhante, sudorese e hiperestesia.

Digno de registro, por apresentar uma notável indicação de simpatectomia lombar, é a causalgia.

Resumiremos um caso dos Drs. Paulo Niemayer e O. Fontenelle Filho, operado na 30.^a enfermaria da Santa Casa. Regi^o n^o 5.016.

I. A. A., 20 anos, fem. br., Br., cas. R. Petrocochino, D. F.; entrada 4-6-51 — saída em 17-7-51.

H. D. A. — queixa principal: dor no pé esquerdo; dcente ha 4 meses. Esteve internada num Hospital de Campinas em coma barbitúrico. Ao despertar notou dor no membro inferior esquerdo, principalmente na nádega e pé. Teve abcesso de glúteos, sendo tratada convenientemente.

Suas dores foram se agravando até não mais poder mover o pé, sendo então internada em outro Serviço na Santa Casa, onde foi tratada com injeções para-vertebral e luminal, tendo alta melhorada, com alívio das dores.

Atualmente acusa dor espontânea no pé. A palpação dor em todo membro, mais acentuada na coxa, onde a comâressão das massas musculares desperta sensação de choque elétrico.

Antecedentes — Doenças da infância: impaludismo, pneumonia e verminose. A paciente refere "ataques", com convulsões salivação, etc.; informa ainda, que às vezes fica enfurecida, despe-se, quer suicidar-se.

Nove irmãos saudáveis. Pais sadios. Dois filhos e nega aborto.

Exame — Mantem-se de pé apoiada no direito. Não move o pé e artelhos esquerdos. Força muscular diminuída com certa impotência funcional de todo membro inferior esquerdo, bem como hipotonia ligeira. Reflexos superficiais normais; reflexo patelar E. muito exaltado e o aquileu abolido.

Na região glútea esquerda notamos u'a camada cicatricial hipererômica, circular, de 4 cms. de diâmetro, dolorosa á palpação.

Com diagnóstico clínico de paralisia do ciático esquerdo e causalgia, foi indicada uma exploração do ciático, a qual foi executada pelo Dr. P. Niemeyer em 5-6-51, que não verificou nada de anormal. Posteriormente foi então procedida a gangliectomia lombar, com resultado bom: desaparecimento da sensação de queimadura do membro inferior esquerdo.

ÚLCERAS CRÔNICAS DO MEMBRO INFERIOR E SIMPÁTICO

De um modo geral podemos dizer que todas as úlceras crônicas do membro inferior, com raras exceções, reagem muito bem às seções medicamentosas ou cirúrgicas do simpático, sendo ótimos os resultados imediatos. Nas grandes soluções de continuidade com tecido fibroso, ausência de pele e tecido para a cicatrização, a interrupção do simpático proporciona um bom campo para enxertos.

As úlceras tróficas, varicosas pós-traumáticas, pós-queimaduras e essenciais constituem as melhores indicações da simpatectomia.

Resumiremos um caso, com resultado brilhante de úlcera post-traumatismo e pós-osteomielítica:

J. M. B., br., 19 anos, sold. mecânico, res. à R. S. Janeiro, Niterói. Hospital Antonio Pedro, Serviço de Cirurgia do Prof. Francisco Pimentel.

Queixa principal — Úlcera terço inf. perna esquerda.

Histórico — Relata o paciente que no dia 4-3-46, sofreu um acidente, atropelado por bonde com fratura exposta e cominutiva de tibia, extensa ferida contusa com perda de substância, atrição muscular, fratura do peroneo e rotura da artéria tibial anterior (retirado de ficha anterior). Recebeu tratamento, tendo operado várias vezes, e a úlcera tem recidivado.

Exame local — Úlcera de bordos regulares, pouco profunda, medindo 10 cm. por 3 cm, grande eixo vertical. Extensa zona cicatricial rodeia a úlcera, que se apresenta atônica, pouco vascularizada, com lesões isquêmicas, fundo coberto de exsudato amarelado e fétido.

Com pré-operatório adequado, realizamos em 14-6-51, a neuro-gangliectomia lombar, via anterior, incisão transversa, extra-peritoneal, com ressecção dos últimos 3 gânglios.

Pós-operatório imediato ótimo, levantar precoce cicatrização da solução de continuidade em 4 dias. Alfa curado, após retirarmos pequeno sequestro.

ÚLCERAS CRÔNICAS DO MEMBRO INFERIOR E OSCILOMETRIA

Quando iniciamos o estudo do neuro-vegetativo, voltamos nossas vistas para o grande problema da úlcera do membro inferior.

Qual não foi nossa surpresa, em estudos preparativos dos pacientes para indicarmos tratamento correto, o fato de, na prova de oscilometria verificarmos o seguinte:

QUADRO DEMONSTRATIVO E COMPARATIVO DA OSCILOMETRIA NAS
 ULCERAS DO MEMBRO INFERIOR E OUTRAS AFEIÇÕES

N.º	PACIENTE	MEMBRO ULCEROSO		MEMBRO SADIO		OBSERVAÇÕES (**)
		Coxa	Perna (+)	Coxa	Perna	
1	E. P., 67, 2. ^a enfermaria	2.5	7.5	2.5	7.5	
2	F. F. F., ambulatório	—	18	—	9	18 anos
3	A. A., 859	—	18	—	18	úlceras em ambas as pernas
4	A. C.	1.5	9.5 - 0.25 - 0	N	7.5 - 5.5	Ind. cit.
5	S. M., 1797, 6. ^a enfermaria	—	2	—	2	artério esclerose
6	V. L., 6. ^a enfermaria	17	13	17	13	hipertensão arterial A2H1
7	J. M. H., 6. ^a enfermaria	11	6	9	5	polineurite
8	F. C., ambulatório	8	2.5	8	2.5	artério esclerose gen.
9	H. N. M., ambulatório	12	10	14	12	processo inflamatório
10	M. S., ambulatório	13	10.5	8.5	7.5	úlceras e hipertensão arter.
11	O. B. L., 1092	—	11	—	13	úlceras 16. ^a rec.
12	M. L., ambulatório	—	7	—	7	úlceras varicosas
13	A. S. C., 27	—	14	—	13	úlceras e elefantíase
14	R. T., ambulatório	—	5	—	4.5	cicat. ul. esq. e saf. esq.

(*) Os três valores, correspondem aos terços superior, médio e inferior da perna.

(**) Em "Observações" estão colocados os dados mais importantes, idade da úlcera, diagnóstico de lesão local ou doença geral, para estudo comparativo.

(***) Os pacientes são do Ambulatório de Cirurgia ou das Enfermarias do Hospital S. João Batista, de Niterói.

Os dados fornecidos pela oscilometria, sempre oscilações mais amplas no membro sede da úlcera, em relação com o outro, oscilações idênticas quando em ambos os membros existem úlceras, diminuição de oscilação em afecções isquêmicas, amplitudes arteriais, também diminuídas nas afecções escleróticas dos vasos mesmo às generalizadas, obrigou-nos a concluir um fato, em tôdas as úlceras crônicas do membro inferior ha sempre maior amplitude dos batimentos arteriais, traduzido por maior cifra no oscilometro.

Sem pretender concluir, é justo que se note o paradoxo do nosso achado, uma vez que a simpatectomia produz maior ampliação dos batimentos arteriais com maior irrigação sanguínea e efeitos terapêuticos. E como poderíamos explicar a ação benéfica da secção medicamentosa ou cirúrgica dos simpático nessas úlceras crônicas atônicas, rebeldes, recidivantes e recorrentes, si em todas elas, ha nítida ampliação dos batimentos arteriais, demonstrado pelo oscilometro? E a que atribuir êsse aumento de "oscilação arterial"? Mecanismo idêntico ao processo inflamatório?

NOVOCAINA INTRA-VENOSA

A novocaína foi descoberta por EINHORN em 1904, sendo introduzida na clínica, somente em 1909, por BIER. É ester alcalinizado, o cloridrato de para-amino-benzol-di-etil-amino-etanol. Substituiu, por menor toxicidade, não criar hábito e possuir melhores propriedades anestésicas, a cocaína.

Somente em 1941, porém cabendo a primazia a Dos Ghali, foi empregada por via endoflébica, para tratamento do acesso de asma.

Em 1946, Warembourg e Michel resumiram os efeitos gerais da novocaína venosa no homem. Nêsse mesmo ano, foi o processo descrito pelo D'Année Therapeutique.

Ficamos conhecendo essa via de introdução do medicamento pela leitura da monografia de Luzuy e resolvemos empregá-la, apesar do mito existente, pois sabíamos de sua inocuidade. Tivemos oportunidade de observar em pessoa amiga, a injeção venosa de novocaína, julgando ser glicose hipertônica.

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS E TERAPEUTICAS

Injetada na veia, rapidamente desaparece da circulação. É desmembrada por uma esterase em di-etil-amino-etanol e acido para-amino-benzolico, que são eliminados pela urina, onde também são encontrados o ácido para-amino-hípúrico e traços de novocaína.

A cocaína e seu grupo agem eletivamente produzindo paralisa das terminações nervosas, umas, especificamente paralisam o vago, outras, o simpático, sendo a novocaína anfótera. Atua na junção mio-neural possuindo ação vaso dilatadora simpaticolítica ou anti-vagal, anti-acetilcolínica e anti-histamínica.

A novocaína age por ação dos produtos desintegrados, maximé o di-etil-amino-etanol; é uma substância "regularizadora do neuro-vegetativo".

Foi verificado em laboratório que a ação anti-adrenalínica da novocaína é superior à ação anti-acetilcolínica. A ação anti-adrenalínica é mais forte, porém mais fugaz.

*Crime?
Não! Anemia!!*



ULTRAFIGOL

FILIAIS :
RIO DE JANEIRO
PÓRTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ

SÃO PAULO — BRASIL

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CAIXA POSTAL 7.230

No homem a novocaína venosa produz:

- 1 — abaixamento da pressão arterial, especialmente da sistólica, mais acentuado nos hipertensos;
- 2 — taquicardia seguida de bradicardia;
- 3 — modificações pouco pronunciadas no eletrocardiograma;
- 4 — vaso-constricção alveolar e vaso-dilatação dos capilares periféricos;
- 5 — miúriase;
- 6 — maior eliminação aquosa urinária;
- 7 — diminuição de 50% das respostas vagotônicas do reflexo óculo-cardíaco;
- 8 — modificações do hemograma, comparáveis às provocadas pela esplenopatia.

Combate a dor, particularmente as relacionadas com o simpático, sem contudo deprimir o sistema nervoso central. Ao contrário, excita ligeiramente os centros corticais, daí sua indicação em pessoas idosas e no pós-operatório, onde substitue com vantagens a morfina. Previne o choque traumático e operatório por diminuir a excitação nervosa, sendo também empregada no seu tratamento.

Paralisando o simpático, produz relaxamento da musculatura lisa e vaso-dilatação. Anti-espasmódico notável, tem grande afinidade pelas zonas traumatizadas ou inflamadas, onde os nervos têm o trofismo aumentado, daí maior concentração da novocaína nessas regiões e conseqüentemente melhores efeitos terapêuticos.

Experimentalmente, em cão anestesiado, a novocaína endovenosa ou intra-cardíaca "promove reversão ao controle do nóculo sinusal" e diminui a irritabilidade do sistema de condução cardíaca.

TOXICIDADE — REAÇÕES E ACIDENTES

A novocaína empregada por via endovenosa apresenta toxicidade relativa, visto se hidrolizar à proporção que se injeta. Pôde-se mesmo afirmar que praticamente não apresenta efeitos tóxicos, e os estudos de testes e provas funcionais demonstram sua inocuidade, "si on laisse à l'organisme le temps de détruire ou d'inactiver la novocaïne, c'est-à-dire si la vitesse de injection est d'autant plus réduite, que la quantité injectée est plus forte".

Jacobs e Cois mostraram, estudando em ratos, cães e no homem ser o fígado o principal responsável pela atoxificação da droga e este órgão, como verificou Steimberg nada apresenta de anormal quanto aos testes funcionais determinados pela "cephalin flocculation". Corroborando as experiências, Graubard e Cois, na clínica, "não notaram qualquer alteração significativa dos constituintes químicos do sangue, nem observaram alteração ou efeito sobre as funções renais e hepáticas em pacientes tratados com doses terapêuticas durante o período de um ano, bem como qualquer anormalidade nas taxas de glicose, colesterol sanguíneos e velocidade de sedimentação das hemátias".

Apesar de termos convicção da não toxicidade da novocaína nas doses

terapêuticas, e de sua inocuidade quando empregada por via endoflébica, não desconhecemos seus perigos, uns relativos às propriedades da própria droga ou a estados personalíssimos do doente e outros em relação direta com a técnica de administração. Podem contudo ser perfeitamente sanados, pesquisando-se à hipersensibilidade individual, à substância e tateando a dose a ser usada sempre proporcional ao peso corporal, à concentração do medicamento, e principalmente a velocidade de administração.

Um fato digno de ser levado em consideração é a melhor tolerância da novocaína quando associada a barbitúricos; ao contrário, sua toxicidade se acentua o organismo se ressentir quando em estado de hipovitaminose C, ou quando a substância é empregada associada a morfina ou a adrenalina.

A novocaína usada em doses terapêuticas, mesmo em pequena quantidade para infiltrações anestésicas, tem mostrado na prática corrente alguns malefícios dependentes, como se sabe, de particularidades personalíssimas.

Em 1924, "the board of trustees of the American Medical Association provided funds and authorized the Therapeutic Research committee of the Council on Pharmacy and Chemistry to appoint a special committee to collect and study information on the current of case deaths from the use of local anesthetics". Foram então colecionados 43 casos de morte, concluindo-se serem mais frequentes que se supunha; que a sintomatologia apresentada pelos pacientes era semelhante com todos os produtos sintéticos, sendo a dispnéia, o sintoma mais característico.

Outros acidentes existem, inclusive com a novocaína venosa. Os casos de Herr, Gelfand e o de um asmático, que por duas vezes recebera de nós a terapêutica novocáinica para debelar "estado de mal asmático" e que faleceu, em outras mãos, quando recebia a injeção de novocaína venosa para tratamento de um acesso, são de difícil explicação. Neste caso, a adrenalina aplicada momentos antes e a velocidade de administração da novocaína, parecem ter grande influência no acidente.

Sendo os acidentes relacionados a fenômenos de hipersensibilidade, necessário se torna a obrigatoriedade de verificação, como já citamos em trabalho anterior, do grau de sensibilidade individual pela intradermo-reação ou a ocular, nos pacientes a serem submetidos à terapêutica novocáinica.

Em todos os nossos casos fazemos testes, salvo aqueles que a história pregressa mostrou o uso da novocaína sem acidente.

A injeções venosas são perfeitamente toleradas por pacientes de qualquer idade, até mesmo nos recém-natos e latentes, desde que sejam aplicadas com técnica e prudência.

Alguns pacientes, entretanto, podem apresentar reações, quase sempre dependentes da velocidade de administração ou da dose empregada. Podem acusar sensação de desconforto, de corpo leve, mal estar, lipotímia, sudorese, calor no corpo, embriaguez, náuseas, tonturas e vertigens, taquicardia, irritabilidade, agitação e crise convulsiva.

É de importância assinalar que a primeira manifestação subjetiva de intolerância à droga é o calor, especialmente no epigástrico, que às vezes se generaliza, cedendo entretanto um minuto após a interrupção da injeção.

Os fenômenos tóxicos como irritabilidade, sudorese, náuseas e vertigens

pódem ser prevenidos pela associação da novocaina com o fenobarbital e atropina nas doses de 0,5 g. e 0,0003 g. respectivamente. Pessoalmente nunca tivemos necessidade de empregar tal associação, mandando fazer apenas, nos indivíduos nervosos, emotivos e pusilânimes, o luminal, previamente.

Me Lachlin resumiu os fenômenos tóxicos ou idiosincrásicas da novocaina em dois tipos: o nervoso, caracterizado pela convulsão, que é facilmente controlado pela injeção venosa de barbitúrico solúvel, e o respiratório, asmático, que é debelado com adrenalina sub-cutânea.

MODO DE ADMINISTRAÇÃO

A novocaina pôde ser usada diluída em grandes quantidades de líquidos — água destilada, ou solução isotônica de cloreto de sódio e de glicose, gota a gota venosa, sendo a velocidade da injeção em média de 30 a 40 gotas por minuto. A concentração da solução, o volume total do líquido e a quantidade da substância a serem empregadas dependem do grau de desidratação estado geral e peso do paciente.

A unidade procaína deve ser sempre respeitada: 4 mg. por kg. de peso em 20 minutos.

Tal prática somente deve ser feita em pacientes hospitalizados, enquanto o outro modo de aplicação pôde ser usada em ambulatório ou consultório — a simples injeção venosa, lentamente administrada, no tempo mínimo de 3 a 5 (três a cinco) minutos, em concentração variável de 0,5 a 2%, numa quantidade de 20 a 5 cc. da solução.

Na prevenção de choques transfusionais ou de injeções de proteínas e amino-ácidos são utilizados 20 cc. de novocaina a 1% para cada 300 a 500 cc.

Nas crianças, quando impossível a utilização das veias sub-cutâneas, empregam-se também as injeções de novocaina no seio longitudinal.

Das noções de Farmacologia, propriedades e modo de ação da novocaina venosa, chegamos à conclusão prática, embora sem nenhum comprovante experimental: em todas as injeções concentradas de novocaina, aspiramos certa quantidade de sangue, sempre proporcional ao volume, tentando "in vitro" a "fragmentação da novocaina". Se a mistura do sangue à novocaina na seringa não apresentar realmente nenhum valor nesse sentido, pelo menos, dilui a substância sem alterar suas propriedades terapêuticas. Assim procedendo, nunca tivemos um só caso de acidente sério, apenas fomos obrigados em um paciente nervoso, suspender a injeção. Nesse paciente, acredito, teria sido realmente de grande utilidade uma dose prévia de luminal. Serviu contudo de lição, e em outras oportunidades, sempre temos empregado.

CUIDADOS ESPECIAIS DA NOVOCINOTERAPIA INTRA-VENOSA

1 — Obrigatoriamente proceder a intradermo reação salvo os casos em que a anamnese mostrou o uso da novocaina sem acidente e reações;

2 — em pessoas nervosas, de grande labilidade neurovegetativa, usar previamente ou mesmo associar um barbitúrico;

3 — repouso antes e após as injeções, que devem ser feitas sempre com o paciente deitado com a cabeça elevada. Nunca levantar imediatamente depois da injeção;

4 — injeções rigorosamente lentas, feitas num tempo de 3 a 5 minutos, ou de 30 a 40 gotas por minuto;

5 — em casos de reações e acidentes, suspender imediatamente a injeção e tratá-los. Os sintomas nervosos com barbitúricos, os de depressão com analécticos (cafeína, coramina, oxigênio, massagens e respiração artificial) e os asmátiformes com adrenalina.

INDICAÇÕES

A novocaína venosa possui efeito geral anti-espasmódico, sendo particularmente eficaz em afecções controladas predominantemente pelo simpático. Seu efeito espasmolítico foi demonstrado praticamente em todos os órgãos e setores da economia.

Por sua ação anti-histaminica, a novocaína vem sendo utilizada com bons resultados nas síndromes alérgicas em geral, especialmente nas reações à penicilina, doença do soro e outras manifestações anafiláticas de origem alimentar ou não.

A novocaína aplicada na veia, por suas propriedades e efeitos terapêuticos, tem indicações múltiplas, conforme já tivemos oportunidade de difundir, em trabalhos anteriores.

APARELHO CÁRDIO-CIRCULATORIO

Taquicardia paroxística — Possuindo a novocaína efeito semelhante o até superior à quinidina, Ossipovsky resolveu experimentar, e obteve resolução espetacular de crise de taquicardia com injeção venosa de 10 cc. de novocaína a 1%.

Fibrilação ventricular — Lampson e Cols empregaram em um paciente que estava sofrendo intervenção cirúrgica de membro inferior.

Arritmias — Tem a novocaína especial indicação nas arritmias observadas durante a anestesia pelo ciclo propano e operações torácicas.

Dispnéias cardíacas — A novocaína venosa tem se mostrado "excelente medicação coadjuvante nas dos cardíacos congestivos e descompensados".

Pré-cordialgia — Qualquer que seja a causa, maxime a neurose cardíaca, a dor precordial desaparece pela novocaína venosa.

Síndromes vasculares periféricas:

Em pacientes com distúrbios de suplência de sangue, a novocaína venosa melhora a temperatura da pele, bem como "melhora ou faz desaparecer o dedo fantasma", sendo também usada com "resultados favoráveis na acroasfixia crônica e parestesia braquial". Atenua consideravelmente a claudicação intermitente; produz alívio subjetivo, além de acelerar o processo de demarcação nas síndromes de Raynaud.

APARELHO DIGESTIVO

Sendo a novocaína "notável anti-espasmódico" e apresentando a par-

ticularidade de, associada à atropina, ser melhor tolerada pelo organismo e produzir efeitos mais nítidos, está indicada nas síndromes dolorosas e espásticas, como cardio-espasmos e distúrbios dos canais biliares cólica hepática, enteralgias, neurotomia gástrica dores solares angústia epigástrica, pancreopatias e sequelas de gastrorráfia por úlcera perfurada.

Protologia — Em três casos de prolapso hemorroidários estrangulados, Schaff obteve remissão do edema, dor e "desaparecimento do desconforto" com a novocaína venosa, após "fracassos de terapêutica rotineira".

"Embebendo as terminações nervosas", inclusive as das tûnicas venosas, a novocaína proporciona alívio, fazendo "desaparecer o vaso espasmo e o reflexo consecutivo do esfíncter anal responsáveis pelo estrangulamento".

APARELHO LOCOMOTOR

A novocaína venosa é usada nas artropatias reumatoides, traumáticas ou degenerativas, visando combater a dor, os espasmos e a impotência funcional.

A novocaína, por ter afinidades pelas áreas hiperemiadas, "anestesia às terminações nervosas irritadas", interrompendo o arco reflexo, com retorno à circulação normal, a cessação da dor, contratura e espasmo.

Green e Cols, num total de 220 injeções, em 56 pacientes com artropatias, obtiveram resultados "muito alentadores", sendo também de opinião que os processos agudos reagem melhor à terapêutica novocaínica.

Graubard e Peterson observaram 250 pacientes, aplicando um total de 1849 injeções venosas de novocaína com "resultados razoáveis e sem mortalidade ou morbidade".

Nas lesões traumáticas do aparelho locomotor, a novocaína venosa previne e trata os fenômenos espásticos e os reflexos distróficos, melhorando a cicatrização das feridas a sudorese os de circulação, edema pós-traumático e pós-operatório.

Seu emprego nos casos de distensões ligamentares e entorses, por não exigir nenhum conhecimento anatômico, apresenta, em relação às infiltrações, resultados mais convincentes, além de ser muito mais prático e cômodo para os pacientes.

Entre nós, Veloso e Bonfim publicaram excelente monografia sobre a novocaína venosa nas afecções do aparelho osteo-ligamentar, empregando-a nas lombalgias, entorses, dor operatória, reduções incruentas, fraturas, luxação do côlo, reduções, mudanças de aparelhos, artrites, etc. com resultados razoáveis: em todos os casos a dor desaparecia durante as injeções, voltando, entretanto, em alguns casos.

APARELHO RESPIRATÓRIO

Asma essencial — Em trabalhos anteriores, afirmávamos textualmente: "é sem dúvida no tratamento da crise e principalmente no estado de mal asmático que a novocainoterapia endovenosa tem maior aceitação", hoje entretanto, com maior experiência e mais sereno na análise dos casos, acei-

tamos a indicação da novocaína para os estados de mal, uma vez que, a melhora transitória das crises, e as propriedades farmacológicas da substância, não suplantam às das medicações rotineiras.

Na bronquite capilar com asfixia, foi a novocaína empregada com bom resultado.

Na atelectacia pulmonar pós-operatória e na embolia pulmonar pós-parto a substância foi usada, e tendo em vista os resultados obtidos, está indicado para prevenir esses acidentes, de consequência às vees, imprevisíveis.

Foregger conseguiu com a novocaína venosa salvar a vida de pacientes com bronco-espasmo provocados pelo curare durante a anestesia, o que não havia feito em um só caso antes do advento da terapêutica novocínica.

APARELHO URINÁRIO

É indiscutivelmente a anúria, sem causa orgânica apreciável, a maior e mais espetacular indicação da novocaína venosa.

Na anúria e oligúria, o processo é superior às infiltrações dos esplâncnicos, do simpático lombar, dos plexos peritrenais e da descapsulação do rim, conforme, em nosso meio, demonstrou Bressan.

Tem a novocaína ação diurética, mesmo quando aplicada na toxicose gravídica e na síndrome do nefron inferior.

São realmente notáveis os resultados da novocainoterapia venosa nas anúrias reflexas, causadas por espasmos, fora de "lesões orgânicas ou degenerativas dos tecidos nobres do rim e túbulos".

Millies obteve, em sete pacientes com glomérulo-nefrites difusas agudas, infantis, melhora da oligúria, vômitos, hipertensão arterial e do estado de coma, com baixa da taxa de uréia sanguínea, concluindo que "os resultados são tão brilhantes quanto mais intenso é o espasmo", notando-se que "nos casos mais graves, mais nítidos são as respostas".

PEDIATRIA

Nas toxicoses, Boucomont empregou a novocaína venosa, (3 a 4 vezes por dia, visto seu efeito útil ser no máximo de 4 a 6 horas), durante vários dias, na dose de 2 cc. fazendo desaparecer o torpor ou coma, com melhora do estado geral. Obteve 75 curas dos 173 casos observados, concluindo que "cette methode parait dispenser du traitement etiologique".

Nas síndromes tóxicas da criança, Willemin obteve melhora do facies e da respiração, bem como dos vômitos e diarréia, afirmando que "dans les cas favorables, on assiste a une véritable resurrection".

A bronquite capilar e a glomérulo nefrite aguda são as outras principais indicações da terapêutica na especialidade.

Possuindo a novocaína venosa ação anti-histaminica, vagolítica, é utilizada com bons resultados nas manifestações alérgicas em geral: reações à penicilina, doença do soro, anafilaxia de origem alimentar.

Na prevenção do choque transfusional e de proteólisados, também a no-

vocaina tem se mostrado de ral valor, mesmo no tratamento dos espasmos venosos observados durante as injeções e nos estados de choque. "On numerous occasions in such cases the administration of a solution of procaina hydrochloride by injection into tubing of the transfusion apparatus near the needle has led to a great increase in the rate of flow, although the pressure on the transfusion nor the adjustment of the stopcock has been altered" (Organe).

ANESTESIOLOGIA

A novocaina venosa é usada para anestesia de extremidade, quando injetada abaixo do torniquete. Técnica facilissima, simples injeção venosa com o membro garroteado, exigindo apenas cuidados na retirada do manguito, após o término da intervenção. É um método aconselhável para a cirurgia traumática, onde as anestésias loco-regionais ou tronculares sejam impraticáveis ou incômodas e a geral desnecessária, principalmente em cidades do interior, onde o número de especialistas é reduzido.

De um modo geral a anestesia é muito boa em lesões traumáticas, em cirurgia reconstrutora das extremidades, nas regularizações de amputações traumáticas de dedos, tenorrafia, debridamentos, etc.; nas lesões inflamatórias, apesar de se obter anestesia razoavel, os pacientes reclamam a compressão do manguito, até que se injete a novocaina.

Todo cuidado deve ser posto em prática no esvaziamento do manguito; o qual deve ser, repetimos, rigorosamente lento, de mm. em mm, com o paciente recostado.

Temos experiência de apenas cinco casos, dos quais, três com ótimos resultados, em cirurgia traumática e dois resultados regulares em fleimões comissurais, onde a anestesia loco-regional era impraticavel.

Como agente anestésico geral, também a novocaina é empregada, principalmente em Obstetria onde tem máxima indicação nos partos com distócias, espasmódicas.

No terreno da Obstetria, a novocaina venosa reúne as duas condições fundamentais — não causa dano à mãe nem ao feto.

A novocaina tem sido também associada ao pentotal para anestesia geral. As maiores indicações e melhores resultados da novocaina venosa são sem dúvida seu emprego durante as anestésias gasosas, principalmente quando se usa o ciclo-propano, pois previne as arritmias, e os bronco-espasmos.

Nas arritmias, nas intervenções torácicas, em particular quando se trabalha no mediastino, na fibrilação ventricular e na taquicardia paroxística a novocainoterapia intravenosa tem apresentado ótimos resultados, quer na prevenção como no tratamento.

Observações não nos faltam para mostrar a importância do processo. Lampson e Cois em trabalho apresentado à New England Society of Anesthesiology - Boston, relatam o caso de um paciente que durante a intervenção cirúrgica num dos membros inferiores, apresentou fibrilação ventricular durante 27 minutos, regredindo com massagem cardíaca e novocaina venosa; Burstein teve oportunidade de empregar a novocaina na

dose de 30 a 70 mg. em 14 anestesiados com arritmias agudas durante intervenções torácicas, não observando efeito sobre o sistema nervoso, aparelho respiratório ou circulatório. Em seu trabalho, com belíssima documentação, inclusive eletrocardiográfica, confirmou seus estudos experimentais.

A novocaína venosa diminui a hiper-irritabilidade do sistema de condução cardíaca revertendo o controle ao nódulo sinusal.

Forreger conceituado anestesista usou novocaína venosa no tratamento da broncoconstrição com colapso pulmonar, acidentes que o curare pode produzir no homem e animais de laboratório, semelhante ao da histamina, substância por ele libertada; conseguiu salvar 50% dos pacientes. Ótimo índice, tendo-se em vista que antes da novocaína, todos os pacientes morriam desse acidente.

A novocaína venosa durante a anestesia geral, apresenta vantagens e possui alguns inconvenientes.

Efeitos desejáveis — Deprime o reflexo da tosse, não o abolindo completamente, (importante na intubação e na manipulação da cavidade pleural); previne as arritmias cardíacas durante as operações torácicas, intracardíacas ou devidas ao ciclopropano; deprime a irritabilidade cardíaca; inibe a sudorese (pele seca e quente); diminui ou abole as secreções da árvore respiratória, diminuindo a secreção salivar (árvore respiratória seca); previne os vômitos e não ha náuseas, por não haver salivação; mantém nível alto de anestesia com pouca quantidade de anestésico; analgesia pós-operatória, com melhora subjetiva dos pacientes; proporciona um despertar rápido, sem excitações.

Desvantagens — Perigos da novocainoterapia intravenosa; cuidados especiais da dosagem e preparação da solução; e possibilidade de convulsão ou depressão circulatória.

Levando-se em consideração as vantagens do emprego da novocaína durante a anestesia geral, tão bem enumeradas por Taylor e Cols., pelo fato de prevenir as arritmias do ciclo propano, os distúrbios cardíacos das intervenções torácicas, o choque operatório possível bronco-espasmo do curare, além de proporcionar analgesia e bem estar ao paciente no pós-operatório e ser eficaz na prevenção das embolias e atelectasia pulmonares, acreditamos que o processo devesse ser empregado como rotina, apesar dos inconvenientes, que diríamos cuidados especiais necessários à novocainoterapia, que rigorosamente observados tornam inocuo o processo.

CIRURGIA (PÓS-OPERATÓRIO)

O uso da novocaína intravenosa durante a anestesia geral, além dos benefícios que apresenta, assegura um despertar tranquilo, seguido de um período de analgesia e bem estar geral passageiro no pós-operatório, que poderá ser prolongado com outras aplicações da substância.

Gordon, aplicando a novocaína na cirurgia traumática, diz: "the administration of procaine intravenously in a dose of 200-500 mg. toward the end of operation frequently makes further post operative sedation unnecessary.

Previne a atelectasia pulmonar. Nesse particular, Sudong e Lander aconselham o uso sistemático de 20 cc novocaína a 0,5%. Usa-se também na profilaxia da embolia pulmonar, tem influência na capacidade vital do operado, suprime os espasmos, aliviando a dor tão frequentes nesse período, com resultados superiores à própria morfina, proporcionando desse modo "bem estar e analgesia completa".

Winter observou em 80 pacientes de operações diversas, obtendo em 95%, analgesia satisfatória, 15 minutos após o início da injeção até 10 a 14 horas.

Nas queimaduras graves a novocaína tem se mostrado superior à morfina.

DERMATOLOGIA

Nas dermatoses pruriginosas, nas reações à penicilina, na doença do soro e outras manifestações ligadas a fenômenos alérgicos e de hipersensibilidade a determinados alimentos, a novocaína endovenosa vem sendo empregada com bons resultados.

Na esclerodermia, o tratamento pela novocaína tem se mostrado útil; emprega-se num período de vários meses obtendo-se melhoras sempre progressiva o que não acontece com os outros tratamentos conhecidos. Entre nós, no Serviço do Prof. Caprignone, o Dr. J. A. Aguiar tem um caso, no qual a novocaína venosa tem proporcionado melhora do estado geral, com "maior amplitude nos movimentos de extensão do ante-braço" e "de outros movimentos até então impraticáveis"; "melhora da deglutição"; "...podendo-se preguiar a pele dos ante-braços, embora com certa dificuldade".

OBSTETRICIA

A novocainoterapia endovenosa tem indicação na Obstetria, desde os primeiros dias de gestação nos chamados "vômitos simples da gravidez", até o puerpério, quando presente a infecção, usando-se também nas gestoses e eclampsia e como agente anestésico no trabalho de parto.

A novocaína venosa é empregada para analgesia obstétrica com especial indicação nos partos distócicos por espasmos diversos.

Heredia usando novocaína em 40 parturientes com contrações espasmódicas, em 36, ou sejam em 90% a terapêutica se mostrou eficaz como meio de correção; em 33, (82,5%) como analgésico.

"Se consigue corregir la hipertonia, abrevia el periodo de dilatacion, y calma el dolor", sem haver na sua série nenhuma mortalidade materna ou fetal, mostrando o procedimento, "uma melhoria para o sofrimento fetal em todos os casos".

Nas conclusões de sua notável monografia, "trabajo de adscripcion al 4.º año de la Cátedra de clín. Obstetrica", afirma textualmente, "consideramos que el método es de buen resultado y digno de emplearse por sua inocuidad y sencillez; que teniendo en cuenta precauciones elementales puede ser empleado aun por el médico practico".

Nas gestoses com oligúria, a novocaína venosa foi administrada como diurético com bons resultados, o mesmo se verificando nas pacientes com eclâmpsia, observadas por Ezes e López.

A amaurose eclâmptica da paciente de Lutton e cols. foi curada pela novocaína venosa.

OFTALMOLOGIA

Não sendo especialista, cinto-me a citar a experiência alheia.

Como em outros departamentos da economia humana, também nas estruturas oculares sujeitas a ação neuro-vegetativa, a novocaína venosa tem indicação no tratamento das afecções espásticas. Assim, Grossmann e cols obtiveram bons resultados em 8 pacientes com diagnósticos clínicos de fenômenos vaso-espásticos com ou sem presença de dor.

Certas dores vasculares e espasmos ciliares e vasculares cedem com a terapêutica.

Larofi em 11 casos de distúrbios visuais da arsenoterapia, obteve 7 sucessos, duas melhores e dois fracassos, resultados proporcionais ao tempo de doença.

Nas tromboses das veias retinianas, Schiff e Gaillard empregaram o processo, obtendo "resultados satisfatórios na obliteração dos ramos", enquanto que no tronco da veia central, a "ação foi incerta". "L'action inhibitrice de la novocaïne s'exerce vrais emblablement sur l'artere correspondant à la veine lésée et le récupération fonctionnelle obtenus semble définitive".

Resultados semelhantes, obteve Mariotti estudando três pacientes com trombose da veia central e nove com comprometimento de seus ramos.

A amaurose causada pela estreptomycinoterapia e no decurso da eclâmpsia foram curadas pela novocaína venosa.

No edema retiniano, Rouher notou influencia indiscutível da novocaína sobre a circulação retiniana nos artério-cárdio renais: ação hipotensiva na artéria central da retina e eletivamente sobre as arterioloas.

Dots no deslocamento de retina e Grossmann na ambliopia post tiroidectomia usaram novocaína venosa.

E' notório a importância da novocaína na prevenção dos acidentes transfusionais, levando-se em conta na Cirurgia moderna, o papel da reposição do sangue, o restabelecimento do equilíbrio hidro-salino-proteico-calórico-vitaminico, em que são administradas substâncias de alto teor calórico como as proteínas e ultimamente, emulsão de gorduras em quantidades convenientes e necessárias de líquidos, afastando-se desse modo, as grandes quantidades de líquidos, a super-hidratação, com seus inconvenientes — o edema pré-renal, o edema tiocianato, e o tão conhecido e sempre indesejável síndrome do nefron inferior, o "terror dos cirurgiões".

A novocaína vem sendo usada também na prevenção do choque das injeções de proteólisados.

Pessoalmente, embora nunca tivesse empregado a novocaína no sangue ou em porteolizados para prevenir choque, em nossos pacientes, com afecções várias em que usamos a substância diluída em soro fisiológico ou glicosado, não vimos um só caso de choque pirrogênico, o que não aconteceu em igual período, em outros pacientes que recebiam essas soluções isotômicas para fins outros, como hidratação de operados, em síndromes disenteriformes, etc..

As terminações nervosas chegam às veias, "distribuídas em todas as suas tûnicas, inclusive na íntima". Seu calibre é regulado como os das arteriolas: há contração durante os reflexos pressores e dilatação nos depressores.

Nas transfusões sanguíneas, Humble e Belyavin encontraram em determinados casos espasmos venosos; e nos estados de choque, como ninguém desconhece, as veias estão prolapsadas, colabadas, com suas paredes acoladas, praticamente "sem luz". E assim sendo, "on numerous occasions in such cases the administration of a solution of procaine hydrochloride by injection into tubing of the transfusion apparatus near the needle has led to a great increase in the rate of flow, although neither the pressure of the transfusion nor the adjustment of the stopcock has been altered". Esse benefício é explicado por uma possível ação local da novocaína, produzindo relaxamento das paredes venosas.

Leger e cols., e Stelmann adicionando 25 a 40 ctg. de novocaína para 500 cc de proteolisados e 20 cc em mistura com 300 a 500 cc de sangue filtrado, não tiveram um só caso de reação.

Tendo-se em mente que a novocaína intravenosa também previne e combate o choque traumático ou operatório, proporciona melhor pós-operatório, aliviando a dor, onde substitui com vantagens a morfina, e melhorando a capacidade vital do operado, vemos que grande utilidade tem esse medicamento na cirurgia hodierna, sem levar em conta suas propriedades de anestésico local.

Reações alérgicas e manifestações anafiláticas — Além dos choques pós-transfusionais, que a novocaína venosa tem se mostrado poderoso meio preventivo é também usada nas reações à penicilina, na doença do soro e outras manifestações ligadas a fenômenos de hipersensibilidade a determinados alimentos.

Além das indicações já referidas, outras devem ser enumeradas. As cefaléias, a hemi-crania paroxística, os síndromes alucinatorios, as crises dolorosas dos hemi-plégicos, a poliomiélite aguda de Heine-Medin; úlceras varicosas ou de decubito, ferimentos indolentes e de cicatrização lenta e lúrida têm mostrado, com a novocaína, maior tendência a cicatrização.

Em estados de coma pós-traumático e por intoxicação pelo óxido de carbono, a novocaína também tem sido empregada, sendo que nas toxicoses do gaz de iluminação, Amyes, Ray e Broeckmann em 1948-49, no Service Neuro-Medical of Los Angeles Country Hospital, trataram 32 pessoas com novocaína intravenosa na dose de 500 mg. por 500 cc de dextrose e 5% em solução fisiológica. Apenas 6, em contraste com estatísticas diversas, vieram a falecer e de complicações sérias, como bronco-pneumonia, trombose, etc..

No tétano, a novocaína venosa produz sedação do trismus, documentado por trabalhos experimentais em cobaios, colocando-se assim entre os procedimentos clássicos de infiltrações do gânglio estrelado (Arnulf e Van der Linden) bi-lateral dos nervos submaxilares, ao nível do buraco oval (Sigmwald) usados para esse fim.

Em hemiplegia espasmódica de pacientes com arterite sífilítica, em trata-

mento com bismuto, Lagaze e cols. obtiveram resultado com novocaina venosa.

Nas queimaduras graves dos membros, em grandes queimados, a novocaina venosa é indicada apresentando reais vantagens sobre a morfina e sucedâneos, pois não deprime os centros respiratórios.

A novocainoterapia intravenosa não é um processo empírico, suas propriedades terapêuticas, modo de ação, dose empregada, toxicidade da substância e técnica de administração já foram determinados, e trabalhos experimentais demonstram seus efeitos e ação no homem, ritmo respiratório e capacidade vital, secreção e motilidade gástricas na secreção salivar, na motilidade dos brônquios, no coração e sobre o fígado e suas funções.

EXPERIÊNCIA PESSOAL

Tivemos oportunidade de observar, nos Serviços do Hospital Geral de Pronto Socorro, especialmente nos plantões das Equipes "Alvaro Ramos", do Dr. Sucena "Benjamin Batista", do Dr. Azevedo Sodré, "Daniel de Almeida", do Dr. Palhares e "Chapot Prevost" do Dr. Brauner, no Hospital Municipal "Antonio Pedro", (Niterói), Serviços dos Drs. M. Velga, M. Pardal e A. Lisboa, nos Serviços de Acidentados dos Ferroviários do Dr. A. Nogueira e da Cia. Nacional Cimento Portland, do Dr. W. Pinto, no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Dr. J. de Faria e em clínica particular, 335 pacientes com afecções diversas, nos quais foram aplicadas 641 injeções venosas de novocaina.

Dessas 641 injeções tivemos uma reação grave, excitação nervosa, alucinação que foi tratada pela suspensão imediata da venoclise e aplicação de barbitúrico, e, por incluírmos na nossa série todos os casos tratados pela novocaina venosa no Posto, um óbito. Desenlace que acredito não tivesse acontecido, se a injeção fosse executada com técnica. Conforme já discutimos em trabalho anterior, tratava-se de um rapaz, asmático crônico que depois de receber de nossas próprias mãos, e por duas vezes, para "estado de mal" distintos, injeção de novocaina venosa e infiltrações do estrelado, veio a falecer quando da aplicação de nova injeção para tratamento de um acesso de asma.

Quanto às reações, tivemos 22 casos, em 641 injeções o que representa um índice de 3,2%. As mais frequentes foram a lipotimia, vertigem e sudorese, e praticamente, todas elas foram vistas em pacientes nos quais os cuidados especiais não foram religiosamente cumpridos. Assim, em alguns, a velocidade de administração não foi bem dosada, outros levantaram-se imediatamente após a injeção, etc.

Podemos afirmar com convicção que essas reações benígnas, passageiras podem ser perfeitamente afastadas desde que as injeções sejam feitas lentamente, 40 gotas em média por minuto, dentro da dose prevista evitando-se o levantar imediato após a injeção,

EXPERIÊNCIA PESSOAL

(Quadro demonstrativo das infiltrações simpáticas)

AFECÇÃO	N.º DE CASOS	N.º DE INFILTRAÇÕES	SÉDE DA INFILTR.	RESULT. SATISFAT.	NÃO SATISFAT.	OBSERVAÇÕES	
Acid. vascul. cerebrais	32	114	Cervical	84,6% ^a	15,4% ^b		
Paralisia facial, "frig"	1	2	Cervical	0	sim	abandonou o trat.	
Tics faciais	2	6	Cervical	0	sim	—	
Espasmos oculares	1	5	Cervical	0	sim	—	
Cólica hepática	3	5	Espláncn.	sim	0	uma bi-later. 1 re-infil.	
Cólica pancreática	2	6	Espláncn.	sim	0	Bi-later.	
Cólica renal	6	8	Espláncn.	sim	0	um ótimo 2 re-infil.	
Lesões inoperáveis :	5	41	Espláncn.	sim	0	alívio dor	
aneuris. dissec. aort. abd	1	8	"	"	0	"	
Canc. metást. fígado	1	3	"	"	0	"	
Cancer de estômago	2	21	"	"	0	"	
Canc. inv. abdominal	1	9	"	"	0	"	
Retração tendinos. e contrat.	1	6	Cervical	0	sim		
Cancer recid. mama	1	5	Cervical	sim	0	alívio dor e pre-oper. nova interv.	
Sequela trauma de membros	3	17	Cerv. 2 Lomb. 1	sim	0		
Íleus paralítico	pos-operat. traum.	2 1	6 2	Espláncn. "	sim sim	0 0	trat. compl. idem
	Arteriopatias	emb. tromb.	5	18	Lombar	—	sim
esp. p-traum.		3	7	Lomb - 2 Cerv. - 1	sim sim	0 0	
pré-operat.		8	17	Lombar	sim	0	

Quadro demonstrativo das operações do simpáticos por nós realizadas

ATECÇÕES	N.º de casos	Operação realizada	Result. bons	Selictórios	Recull. mauz	Observações
Art. pré senil, m. inf.	6	Neur-gang. Lomb.	5	2	1	
Arter. Leo Buerger	1	Idem	0	1	0	
Úlc. a ton. rec. pos-osteom.	1	Idem	1	0	0	
Hiperhidrosce palmar	1	Simpatec torax, alta	1	0	0	Dr. Fonteneli
Causalgia do mem. inf.	1	Neur-gang. Lomb.	1	0	0	Dr. Fonteneli
Osteoporosé do Suder.	1	Idem	1	0	0	Dr. Kaiser

CONCLUSÕES

As secções medicamentosas ou cirúrgicas do neuro-vegetativo constituem um grande procedimento terapêutico.

Levando-se em consideração a simplicidade e inocuidade do processo, acreditamos que as infiltrações devessem ser mais empregadas.

Devemos ampliar o campo de indicações desse método, tendo em vista os resultados e experiência dos estudiosos do assunto.

Nos traumatismos, maxime os ósteo articulares, a terapêutica neuro-vegetativa deve ser complemento obrigatório, assim como nos vasculares e nervosos, tendo em vista a evolução e principalmente a profilaxia das complicações.

No combate à dor e espasmos viscerais, as infiltrações e em alguns casos as ressecções vegetativas têm se mostrado muito eficientes.

As lesões inoperáveis, e em primeiro plano, o cancer avançado ou metástases inextirpáveis, constituem uma humana indicação das secções vegetativas, principalmente se levarmos em consideração os efeitos desagradáveis dos outros métodos conhecidos.

Nos processos isquêmicos, as secções simpáticas constituem poderosa arma terapêutica.

Os pacientes com distúrbio circulatório dos membro inferiores melhoram com a ressecção simpática lombar ou com infiltrações repetidas;

Nesses pacientes o desaparecimento do sintoma dor foi a resposta mais nítida.

Neles, houve melhora de circulação, maior oscilação demarcação de áreas já necrosadas e aumento da temperatura cutânea.

Nos pacientes já com gangrenas declaradas, a simpatectomia estacionária e limita o processo, sendo que a amputação da zona mortificada é seguida de rápida cicatrização, o que não acontece nas intervenções feitas sem secção do simpático.

As paralisias e tics faciais por nós tratadas, com infiltração do simpático cervical e gânglio estrelado, não foram beneficiadas.

As sequelas de hemi-plegia e outras lesões orgânicas do sistema nervoso não foram melhoradas, objetivamente, com as infiltrações simpáticas.

A novocalna pode ser aplicada por via intravenosa.

É praticamente inócua, visto hidrolisar-se à proporção que se injeta. Substância anfótera, age eletivamente sobre as terminações neuro-vegetativas.

Possue ação simpaticolítica, vaso-dilatadora e vagolítica, anti-acetilcolínica e anti-histamínica.

Tem grande predileção pelas zonas inflamadas e traumatizadas, daí maior concentração da substância e melhores efeitos terapêuticos.

No homem produz abaixamento da pressão arterial, midriase, hipotermia, e diurese sendo poderoso anti-espasmódico.

A novocalna combate a dor, sem deprimir o sistema nervoso central e sem criar hábito.

A novocalna venosa possui vasto campo de aplicações clínicas.

A pesar de praticamente atóxica quando injetada na veia, o processo exige cuidados especiais.

Ha casos de acidentes graves e mortais registrados na Literatura, explicados uns, por falta de técnica na administração da novocalina, outros, por condições personalíssimas dos pacientes.

A pesquisa sistemática da sensibilidade individual ao medicamento, a dose total empregada e principalmente a velocidade de administração devem nortear a terapêutica novacínica.

A novocalnoterapia endovenosa não é um método empírico. Existem estudos, pesquisas e trabalhos experimentais sobre suas propriedades, modo de ação, efeitos sobre os diversos órgãos e funções importantes do organismo, bem como a standardização da dose a ser empregada.

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ANTONIO BECHARA

Laboratorista do H.P.S. (Rio) e responsável pelo Lab. do H.O.F.
(Niterói)

Bioquímica - Hematologia - Bacteriologia - Sorologia - etc.

RUA JOSÉ CLEMENTE, 26, Sob. - Sala 6 - — NITERÓI - E. DO RIO
TEL. 2 4414 TEL. 2-1309 (Res.)

NOTA PREVIA

Dosagem das Fosfatases Ácida e Alcalina

(Método de King-Armstrong, modificado e adaptado ao colorimetro de Klett)

S. CHEFERRINO — NITERÓI

Filtro — Vermelho (n.º 66)

Técnica — Em dois tubos de ensaio, marcados "A" e "B", colocar 10 cc do "buffer" alcalino (ou ácido si dosarmos a fosfatase ácida) e deixa-los em B.M. a 37º para tomar temperatura.

Em "A" colocar 1 cc de soro (obtido por centrifugação imediata) e deixar ambos os tubos em B.M. a 37º 1 hora.

Findo este tempo retirar do banho, resfriar imediatamente em água gelada e adicionar em B, 1 cc de soro e em ambos os tubos 2 cc de ácido tricloroacético e água q. s. p. 20 cc. Filtrar.

Em um 3.º provete colocar 5cc de água (blank) nos 3 provetes adicionar:

Água	10 cc
Soda a 10%	4 cc
R. do Fenol (lentamente)	1,5cc
Água q. s. p.	25 cc

Misturar, esperar 5' e ler no colorimetro tendo antes ajustado o aparelho a zero com o blank.

O resultado da leitura multiplicado pelo fator 0,38 nos dará o n.º de miligramas de tirosina por cento.

A percentagem de mgrs. de tirosina de "A" (Onde houve a digestão) menos a de "B", nos dará o n.º de unidades KING-ARMSTRONG.

CADA UNIDADE KING ARMSTRONG = 1 mgr. de tirosina

Exemplo:

"A" = 12 mgrs. %
"B" = 3 mgrs. %
12 — 3 = 9 (nove unidade)

OBTENÇÃO DO FATOR: Preparar o standard_s de tirosina partindo da sol. stock (que tem 20 mgrs.%) contendo um, cinco e dez mgrs.% (rotulando-se 20, 100 e 200 mgrs.%).

$$\text{O fator} = \frac{\text{conc. do standard}}{\text{leitura}}$$

REAGENTES: 1) Buffer com Ph 5 (para fosfatase ácida)

Sol. A	{	Ácido cítrico	2,1 gra.
		Água	2 cc.

Dissolver e adicionar 20 cc. de soda normal.

Sol. B	{	Mono-fenil-fosfato de sódio	0,109 gr.
		Água	30 cc.

Misturar A com B e adicionar água q.s.p. 100 cc ajustando-se 2,55 de cloroformio para preservação.

2) Buffer com Ph 9.3 (para fosfatase alcalina)

Veronal sódico	1,03 gra.
Fenil-fosfato de sódio	0,109 gr.
Água q.s.p.	100 cc

(adicionar 2,5cc de cloroformio)

3) R. Fenol (vide Kolmer)

4) Ácido Tricloroacético: sol a 20%

5) Soda: sol. a 10%

6) Stock de tirosina:

Tirosina	0,2 gr.
HCl N/ 10	100 cc.

Este método vem sendo usado no Laboratório Cheferrino ha cerca de 3 anos tendo se revelado preciso e mais simples do que os demais.

As taxas normais são as mesmas do método original de King-Armstrong.

Gabinete de Radiologia

Av. Amaral Peixoto, 178 - Edif. D. Bosco - 1.º andar
conjuntos 103-104 - Telefone 2-2089

*Seriografia, Tomografia, Roentgenfotografia (Americana),
Radioterapia Superficial, Intermediária e Profunda*
Exames em domicilio

DR. HELENIO GREGORIO

RUA NEWTON PRADO N.º 19 — TEL. 2-0829

DR. A. TIBURCIO S. RODRIGUES

RUA ALVARES AZEVEDO, 238 - Apart. 101

OBSERVAÇÕES

Gangrena de Ceco

JAIRO POMBO DO AMARAL

Tivemos oportunidade de observar um caso de gangrena de ceco. cuja etiologia não foi possível determinar.

OBSERVAÇÃO

Serviço Álvaro Ramos

Reg. n.º 1087

Dia 22-4-51 às 0,40 horas.

E. F. G., masculino, branco, 48 anos, casado, pintor, residente à Ladeira Frei Orlando, Distrito Federal.

Histórico: — O paciente veio do plantão anterior com dor abdominal, náuseas e hipertemia (38,1); dor inicial do epigástrico, para depois se localizar na fossa ilíaca direita.

Exame geral e local — Ao exame do abdome, dor localizada, hiperestesia cutânea bem acentuada, defeza e sinal de Blumberg fortemente positivo. Paciente com mal estado geral e desidratado. Pulso 100 P/m; Temp. ax. 38,1, retal 38,7; P. art. 120 x 60.

Hemograma:

Leucócitos	19.800 p/mm ³
Basófilos	0,0%
Eosinófilo	0,0%
Neutrófilos	84,0%
Mielócitos	0,0%
Metamiel	0,0%
Bastões	15,5%
Segmentados	68,5%
Linfócitos	11,5%
Monócitos	44,5%

Constipado crônico, refere crises dolorosas abdominais, dor continua, "em barra" em número de quatro, tendo recorrido aos serviços da Assistência. A crise atual, começou há dois dias, dores abdominais difusas, em cólicas. Fez uso de purgante, e obteve alívio. Ontem pela manhã voltaram as cólicas, obrigando-o a adotar o decúbito dorsal com a coxa direita fletida. Defecando, obteve alívio temporário. Cólicas seguidas de diarreia. Melhorou durante 5 horas, com desaparecimento completo da dor; exacerbação violenta da dor, agora localizando-se na fossa ilíaca direita, onde apareceu um "carço" (sic).

Com diagnóstico de apendicite aguda, foi levado à mesa de opera-

ções, anestesia geral pelos gases, incisão de Mac Burney. Aberta a cavidade peritoneal, líquido sero-purulento ceco com 3 placas de gangrena, isolados por pequenas zonas de tecido de aspecto normal e perfazendo uma zona de necrose, com aproximadamente 6 cm de extensão por 2 cm no sentido transversal ao eixo do intestino (fig. 1). Apêndice retro-cecal macroscopicamente normal. Ceco movel, presença de verdadeiro "meso". Não havia hernia, brida ou fossetas internas, nem aderências.

Constatada a lesão gangrenosa do ceco numa extensão não muito grande, sem nenhum comprometimento dos vasos principais; peritonite localizada e tendo em vista o estado pouco satisfatório do paciente, resolvemos praticar uma intervenção mínima: fixação do ceco à parede e drenagem da cavidade (penrose no espaço parieto-cólico).

Pós operatório sem anormalidade; nas 48 horas houve efração da porção gangrenada exteriorizada com eliminação da zona de estacelo.

Evolução satisfatória, melhoria do estado geral com diminuição progressiva do "anus contra-natura".

Fechamento cirurgico, pro-peritoneal 90 dias após.

Alta curado.

Apezar do estudo posterior, detalhado, do paciente, incluindo exames especificados (proctológico) cardio vasculares e gastro-enterológico não foi possível apurar a etiologia precisa da lesão gangrenosa.

O presente caso, além do interesse dado pela variedade da lesão, ainda mostrou que a conduta seguida (intervenção mínima) foi a melhor indicada, pois o clássico seria a derivação interna (ileo-transversostomia) seguida de ressecção imediata ou secundária.

O paciente foi revisto 12 meses após a intervenção, achando-se em perfeitas condições, já tendo reassumido, ha muito tempo, suas funções nor-

Projétil de arma de fogo intra-vesical, sem lesão aparente da bexiga

OSIR CUNHA

JAIRO POMBO DO AMARAL

Tendo sido por nós atendido um paciente com ferimento por projétil de arma de fogo, de trajeto e consequências curiosas, passamos a relatá-lo abaixo:

OBSERVAÇÃO

Serviço Alvaro Ramos

Reg. Hosp. 2272

Reg. Serv. 161

Admissão em 19-8-51

Alta em 8-9-51

J. J. S., pardo, brasileiro, solteiro, comerciante, com 22 anos, residente à rua Lauriano Portugal.

História do acidente — O paciente foi atingido por projétil de arma de fogo, na via pública, ignorando quem o baleou e como o fez.

Exame geral e local — Bom estado geral, com pulso — 80 p/m. e pressão arterial = 12 x 7. Apresentava, a 4 dedos transversos do sulco interglúteo, na região glútea esquerda uma ferida ovalar com 3 milímetros de maior diâmetro, com características de entrada do projétil de arma de fogo. Ao exame radiológico verificou-se imagem de projétil de arma de fogo, localizado ao nível das últimas vertebrae sacras, à direita, na zona de projeção da bexiga.

Micção espontânea, com urina levemente hemática.

A indicação cirúrgica foi feita, apesar de bom estado geral e local do paciente, com ausência de sinais de irritação peritoneal, por apresentar o exame radiológico a imagem do projétil bem anterior, dando-nos a convicção de penetração no abdômen, com provável lesão vesical.

Intervenção cirúrgica —

Incisão para-mediana lateral, infra-umbilical. Exploração dos espaços paravesicais verificando-se sufusão sanguínea pouco extensa no esquerdo. Abertura do peritônio e exploração da cavidade peritoneal não sendo encontrada nenhuma lesão visceral e estando íntegro o peritônio parietal posterior, constatando-se entretanto, pela palpação, presença de corpo estranho na bexiga, que se encontrava em repleção e sem lesão aparente a um exame minucioso de suas paredes. Fechamento do peritônio. Cistostomia e retirada do projétil com aspiração do conteúdo vesical e fixação da bexiga à parede abdominal. Fechamento da parede por planos e drenagem dos espaços paravesicais. Alta curado, em 6-9-51.



Caso dos mais curiosos, pois houve penetração do projétil em uma bexiga em repleção, sem lesão aparente de suas paredes e sem extravasamento de urina.

Este fato, eventualidade raríssima, com o de Keelek (J. Thoracic Surg. 21:608, 1951 e Rev. Bras. Cir. 23:37, Jan. 52), "Embolia da arteria femora esquerda por bala, conseqüente a ferida penetrante de torax por projétil de arma de fogo", só poderá ser explicado pela textura muscular especial da parede dos órgãos "lesados", que permitiria, pelo entrelaçamento íntimo de suas fibras musculares, a ausência de consequências em lesões mínimas.

VACIDERMON — POMADA —

POMADA DE VACIDERMON
COM SULFANILAMIDA A
5%.



PIODERMIAS,
FERIDAS INFECTADAS,
FLEIMOES, ABCESSOS etc.



LABORATORIOS TOSTES S.A.

CAIXA POSTAL 553 - RIO.

Análises e Resumos

CARDIOLOGIA

RODRIGUES, H. A. — O tratamento cirúrgico da estenose Mitral — Rev. Br. Cir. 22:195 (Set.) — 1951

O A. faz uma exposição das duas espécies de intervenções que viu executar nos Estados Unidos para estenoses mitraes:

A — A Intervenção direta sobre a válvula mitral, chamada: valvuloplastia, por Harken, que lança mão da roptura da coissura a dedo e — comissurotomia por Bailey e colaboradores que acham preferível o empréio sistemático de aparelho cortante. O acesso é sempre feito pela aurícula e aurícula.

B) — A operação da derivação venosa ázigo-pulmonar (Bland-Sweet), praticamente limitada ao Mass. Gen. Hosp. de Boston.

Após um rápido esboço histórico são explanados a seleção dos doentes a operar, os princípios básicos de cada intervenção assim como as técnicas operatórias.

HILARIO, J. — A posição atual do tratamento cirúrgico da tetralogia de Fallot. — Rev. Br. Cir. 22:211 (Out.) — 1951.

O A. resume no presente trabalho a sua experiência inicial com o tratamento cirúrgico de 13 casos de Tetralogia de Fallot.

Analisa a evolução dos conhecimentos sobre as cardiopatias congênitas, seus aspectos fisiopatológicos e seu tratamento cirúrgico.

Após uma rápida embriologia, os fundamentos anatômicos desta malformação são estudados, detalhados as lesões componentes da Tetralogia de Fallot e suas principais variações anatômicas. As malformações que comumente se associam à Tetralogia também são estudadas, tendo em vista a sua grande importância cirúrgica ou funcional.

As bases fisiológicas do tratamento cirúrgico merecem detalhado estudo por parte do A. As alterações hemodinâmicas desta cardiopatia cianótica são analisadas em detalhe, a fim de justificar o postulado de Blalock-Taussig, no qual até hoje se tem baseado o tratamento cirúrgico.

Passa o A. ao estudo do tratamento cirúrgico. Analisa as soluções cirúrgicas propostas, dividindo-as em métodos de compensação funcional (operação de Blalock-Taussig e suas variantes) e método de correção anatômica (operação de Blalock). Procede ao estudo comparativo das intervenções existentes, argumentando a favor da anastomose subclávia pulmonar como método preferencial. Descreve a seguir a rotina empregada pela sua equipe para a seleção dos enfermos e as indicações para o tratamento cirúrgico.

O A. termina analisando sua experiência com 13 enfermos, 12 dos

quais submetidos à operação de Blalock-Taussig e 1 à operação de Brock, nos quais apenas perdeu 2 enfermos, tendo os demais obtidos resultado excelentes sob o ponto de vista clínico.

CIRURGIA

GALVAO L., GALVAO, J., e OLIVEIRA, A. C. — Câncer terço médio do Esôfago — Rev. Bras. Cir. 22:315 (Nov) 1951

Os A. A. iniciam o trabalho com consideração sobre as causas que dificultaram a cirurgia (intrapleural) de maneira geral. Fazem rápida revisão das fases por que passou a cirurgia do esôfago, destacando o período da operação de Torek, o das esofagoplastias pre-torácicas e o das anastomoses esofagogástricas.

O último período marcou a época atual da cirurgia do câncer do esôfago.

Passam, a seguir, a considerar os fatores que permitem a prática desta cirurgia: seleção cuidadosa dos casos de câncer do esôfago; pré-operatório rigoroso dos casos operáveis; progresso da anestesiologia, evolução no sentido positivo da técnica. Discorrem a seguir, sobre cada um dos fatores. Salientam a vantagem da toracotomia no 7.^o espaço com secção da 7.^a, 6.^a, 5.^a, 4.^a e 3.^a costelas.

Apresentam um caso de câncer do terço médio do esôfago com anastomose supra-aórtica em que houve sobrevida, estando o doente bem depois de 2 meses de operado, tendo engordado 4 quilos.

MARQUES DE ASSIS, L. — O tratamento pré-operatório do hipertiroidismo — "Rev. Paulista de Medicina", 39 (1); 11, julho 1951 e Rev. Bras. Cir. 22:291 (Out.) 1951.

A história da cirurgia do hipertiroidismo compreende três períodos: o 1.^o anterior a 1923 (início do uso do iodo); o 2.^o (a "era do iodo"), vai de 1923 a 1943 e o 3.^o, de 1943 para cá, época das drogas anti-tiroídicas substâncias que vieram modificar os resultados e mesmo as indicações cirúrgicas nos hipertiroidismos.

Antes do iodo, as operações sem preparo adequado e eventuais imperfeições na técnica tinham resultados pouco animadores. Graças a Plummer, em 1923, introdutor do uso do iodo nos preparos dos pacientes, o prognóstico da tireoidectomia melhorou; permitiu executá-las em um só tempo.

Explica o A. mostrando gráfico convincente, em seu trabalho apresentado ao III Congresso da Associação Paulista de Medicina (22-28 Janeiro 1951) a interpretação da "refratariedade ao iodo". Na fase de agravamento, os sintomas se intensificam, apesar do uso do iodo embora os fenômenos tóxicos não alcancem o mesmo grau de intensidade.

Com o advento das substâncias antitireoidianas (Astwood e col., 1943) o pré-operatório tornou-se seguro, desapareceram as crises tireotóxicas e o índice de mortalidade operatória tornou-se praticamente nulo (em 1.630 casos de hipertireoidismo operados, 0,25% de mortalidade).

Aborda as principais drogas antitireoidianas, referindo-se como as mais importantes as derivadas da tiouréia, principalmente o propiltiouracil e um outro composto de enxofre, o metilmecaptoimidazol-Tapazol.

Os derivados da tiouréia têm a capacidade de inibir o sistema de peroxidases das células tireoidianas, impedindo que os iodetos do sangue liberem o iodo ficando impossibilitada a iodização da tirosina e, portanto, a síntese da tiroxina. A cessação da síntese do hormônio conduz a alterações histofisiológicas, de grande importância na cirurgia:

- 1) diminuição do iodo orgânico do plasma;
- 2) queda do M. B. a níveis mais baixos, na dependência da dose e continuidade de administração;
- 3) aumento de produção e libertação do hormônio tireotrópico;
- 4) hipertrofia e hiperplasia dos folículos tireoidianos consequente à elevação da tireotrofina circulante: aumento da vascularização e da friabilidade da glândula;
- 5) diminuição do colóide intra-folicular.

Analisa os resultados clínicos obtidos em 125 casos não selecionados de hipertireoidismo, nos primeiros dos quais usou o tiouracil e o metiltiouracil nas doses (600-400 mg. p/dia em três frações), passando depois para o uso exclusivo do propiltiouracil, de conformidade com as indicações de 150-200 mg. por dia; com a melhora dos sintomas e ascensão da curva ponderal, reduzia-se a dose à metade e assim até o retorno do indivíduo às condições normais. Para os casos cirúrgicos usava-se o iodo nas 2-4 semanas que precediam o ato cirúrgico sendo suspenso o medicamento antitireoidiano somente na véspera.

A resposta clínica a estas três substâncias foi muito regular; nos pacientes de propiltiouracil, a normalização foi mais demorada.

Em alguns pacientes a resposta clínica foi mais demorada, a despeito do uso inicial e manutenção de dose alta. Contudo, não houve ausência de resposta em nenhum deles.

Estudando as reações tóxicas das substâncias empregadas, onde vemos no trabalho os tipos e frequência de intoxicação encontrados nos 125 casos, observa-se que o propiltiouracil usado em doses que variam de 150 a 400 mg. por dia comportou-se como droga praticamente atóxica, só havendo um caso de reação alérgica, urticária, que cedeu pela suspensão transitória do medicamento.

Aconselha para controle, a contagem global dos leucócitos, dada a possibilidade de uma inibição da medula.

JAIRO POMBO

One to Four Years After Vagotomy) — "Proc. Staff Meet. Mayo Clinic" 26:199-208 (Maio, 23), 1951, e Rev. Bras. Cir. 22:197,1951.

Os A.A. fizeram um estudo clínico e fisiológico de 130 pacientes dum total de 331 operados de "vagotomia simples" ou combinada com outras intervenções no período de abril de 1946 a 1949.

Os resultados, que constatarem com os 2.558 casos colecionados pela "Vagotomy Comité of the American Gastroenterological Association" são mostrados; o ácido clorídrico livre foi reduzido no pós-operatório imediato em 93,5% dos casos retornado em 23,7%, num período de 1 a 4 anos; a motilidade gástrica foi também influenciada no pós-operatório imediato, decaindo em 73,6% dos que sofreram apenas vagotomia é 58,4% nos que tiveram outras intervenções prévias ou associadas. A motilidade diminuiu ou continuou ausente em 26,4% dos casos em que a vagotomia foi o único procedimento, e em apenas 3,6% nos quais foram feitas outras intervenções associadas.

O teste insulínico de Mollander foi negativo em 70% dos casos.

Os resultados clínicos foram classificados em excelente, quando o paciente tivesse completamente aliviados os sintomas da úlcera e não apresentasse nenhuma reação ou sintoma relacionado com a vagotomia, como diarreia, retenção gástrica e flatulência; não satisfatória, quando apresentasse sintomas de desconforto diretamente relacionados com a vagotomia ou disparidade entre os sintomas da úlcera e os sinais revelados pelos exames; e mau, quando houvesse recorrência ou quando o exame radiológico demonstrasse persistência da úlcera com ou sem melhoras dos sintomas,

Úlcera duodenal — Vagotomia simples em 25 pacientes; resultados excelentes em 64%, não satisfatórios em 28% e maus em 8%.

Vagotomia combinada com gastroenterostomia em 44 pacientes: resultados excelentes em 75%, não satisfatórios em 13,6% e maus em 11,4%.

Vagotomia com piloroplastia — 9 casos: resultados excelentes em 5; não satisfatórios em 4, não havendo nenhum caso de recorrência.

Vagotomia com ressecção gástrica — 9 casos: resultados excelentes 5; não satisfatórios em 4, não havendo também nenhuma recorrência.

Úlcera gástrica — Usaram a vagotomia somente até 1948; quando tiveram conhecimento dos trabalhos demonstrativos de Walter, abandonaram a vagotomia nesses casos. A "vagotomia simples" foi usada em apenas 11 casos de úlcera gástrica, com 3 excelentes resultados contra 5 não satisfatórios e 3 recorrências; "these poor results led to the complete abandonment of the procedure even on a trial basis in 1949".

Úlcera gastrojejunal após gastro-enterostomose — Foram tratados 7 casos com "vagotomia simples" com 5 resultados excelentes, entra um fraco e um não satisfatório; em 5 casos a úlcera gastro-jejunal foi excisada, sutura das bocas do estômago e jejuno, com restabelecimento da continuidade gastroduodenal e "vagotomia complementar". Obtiveram 3 resultados excelentes contra dois maus, nos quais houve reativação da úlcera duodenal, sendo em ambos negativos o teste insulínico.

Úlcera gastro-jejunal após ressecção gástrica — Em 16 casos foi executada a "vagotomia isolada" com 11 excelentes resultados, 2 não satisfa-

tórios e 3 maus. Em 3 casos uma segunda ressecção do estômago combinada com vagotomia produziu resultados excelentes em 18 meses, 2 e 3 anos respectivamente.

Os A.A. são de opinião que a "vagotomia isolada" é procedimento precioso nas úlceras gastro-jejunaes após adequada ressecção gástrica.

Uma segunda ressecção e vagotomia complementar é usada com bons resultados quando a úlcera gastro-jejunal é encontrada após inadequada ressecção ou quando persiste acidez gástrica.

Na U. G. J. após gastro-enterostomose, a vagotomia deve ser usada apenas em casos que exijam um só mínimo risco operatório, visto que os resultados tardios mostraram os sucessos da remoção da anastomose gastro-entérica e da úlcera gastro-jejunal com ressecção do estômago.

A remoção da anastomose e da úlcera com restabelecimento da continuidade gastro-duodenal com vagotomia combinada mostrou alta incidência da reativação da úlcera-duodenal.

Acreditam os AA. que há um pequeno lugar para a "vagotomia isolada" no tratamento da U. D. não somente por causa da incidência relativamente alta de recorrência, como também pela persistência de distúrbios da motilidade.

Indicações da vagotomia:

1 — combinada com gastro-enterostomia no tratamento de pacientes femininos de meia idade, nervosos com U. D. grandes que não permitam uma boa ressecção ou perfeito fechamento do côto duodenal na gastrectomia;

2 — em úlceras pequenas, usando concomitantemente uma piloroplastia ou gastroduodenostomias; e

3 — no tratamento de indivíduos selecionados, de alta tensão, com hiperacidez, assim mesmo, associada à ressecção gástrica.

Levando em conta o fato de não prevenir a recorrência da úlcera e os distúrbios de motilidade, causados pela vagotomia, e o baixo índice de mortalidades da ressecção gástrica adequada, esta deve ser o tratamento de escolha para as U. D. complicadas ou que não responderam à orientado e controlado tratamento médico.

A vagotomia não deve ser feita na U. G. não somente pela alta incidência das lesões malignas não suspeitadas, como também pela recorrência da úlcera e dos distúrbios da motilidade serem muito frequentes.

Comparam os A.A. os resultados dos diferentes cirurgiões que usaram vagotomia com os Mayo Clinic, tendo algumas considerações.

Terminam afirmando ter a vagotomia somente valor na maioria dos casos de recorrência da úlcera após adequada ressecção parcial do estômago, visto que falha na prevenção de recorrência de úlcera quando usada como complemento de gastro-enterostomia, ressecção gástrica ou piloroplastia, fato que pode ser atribuído aos distúrbios de motilidade, a retenção gástrica, a acidez gástrica por ela provocados.

KLINZENSMTIH, W. and THEUS, F. V. — **Embolocômia das artérias femural e ilíaca** — J. A. M. A., vol. 150 — N.º 14 — Dec. 6 - 1952.

Os AA. fazem um estudo crítico de 19 casos (12 homens e 8 mulheres) acometidos em pacientes de 31 a 85 anos. Foi encontrada moléstia cardíaca em 16 deles e a embolia foi diagnosticada e localizada entre 3 e 24 horas após o início dos sintomas.

São dadas como condições operatórias: 1) oclusão com menos de 8 horas; 2) sede da oclusão em bifurcação; 3) parede arterial ainda normal na sede do êmbolo; 4) ausência de embolos múltiplos; 5) elevação dos tempos de coagulação sanguínea e 6) pacientes moços.

Usam a técnica comum, com infiltração local e bloqueio dos campos com procaína a 5%. A adrenalina é contra-indicada, bem como a espinal. Incisão ao longo do vaso para a femural e abdominal para a ilíaca. Após a retirada do êmbolo, fazem a irrigação retrógrada com cloreto de sódio através a parte distal (sinal de Creen e Henlé).

Os AA. deram busca a farta literatura mundial e chegaram à conclusão idêntica à do seu Hospital, visto que em 19 pacientes, somente um, não terminou durante o tempo de hospitalização em amputação ou morte, devido a gangrena, trombose, obstrução não removida, doença cardíaca ou infecção.

H. M. DANTAS

CLOREL, A., JOSERAND, A., e CHAPPEL, J. — **Retenção dos gentisatos de sódio no organismo dos cancerosos. Relação possível com a patologia do colágeno** — S. Bil. — N.º 17-18, set. 1952.

Os AA. acham que a retenção do gentisato tenha relação com a patologia do colágeno, visto que indivíduos são eliminam mais quantidade de gentisato pela urina do que indivíduos portadores de câncer. Experimentaram fazendo os cancerosos injerir 8 grs. de sal dissolvido em água e dosam-no na urina de 24 horas.

Dão em seguida os resultados das suas experiências e concluem que existe uma retenção provocada possivelmente na periferia dos tumores epiteliais, no estroma-reação em virtude da atividade de hialuronidásica. Terminam afirmando se tais constatações traz cunha de verdade é possível que isso venha ser útil na ajuda do diagnóstico precoce do câncer.

H. M. DANTAS

PITANGY, I. H. C. e CUNHA O. — **Traumatismos arteriais** — Rev. Bras. Cir. 22:139 (set.) 1951.

Os A.A. iniciam o trabalho enumerando os fatores que influíram na evolução do tratamento conservador das lesões arteriais: Melhor domínio da fisiologia da circulação, emprego de anticoagulantes, melhor conhecimento do simpático e tratamento cirúrgico mais racional das feridas associado ao emprego de antibióticos.

Críticam em seguida a ligadura de artérias importantes, usadas atualmente, apenas, em condições excepcionais.

A fisiopatologia da circulação é estudada; o problema da circulação colateral é bem ventilado assim como a questão das várias redes anastomóticas e os meios de que dispõe o cirurgião para auxiliar a formação das mesmas, aconselhando os A.A. a associação sistemática da terapêutica simpática.

O estudo dos acidentes traumáticos vasculares na prática civil é abordado, sendo chamada a atenção para a pobreza de publicações nacionais, estatísticas, táticas e resultados.

O tempo ideal para a cirurgia conservadora, o uso dos garrottes, sendo o tipo de artéria traumatizada e das lesões associadas, são comentadas e sua importância é assinalada em gráficos.

A técnica e tática usada são descritas, e as complicações são citadas.

Passam os A.A. em seguida à causística pessoal, onde são comentados os 5 casos (3 lesões da humeral, 1 da carótida e 1 da radial e cubital), todos com ótimos resultados.

HERBERT L. HYMAN e CLAUD G. BURTON — Tratamento da pancreatite crônica recidivante pela simpatectomia e esplanicectomia — "Gastroenterology", 18:43, Maio de 1951 e Rev. M. Cir. 22:289, 1951.

O sintoma dominante na pancreatite crônica recidivante é a dor. Várias medidas cirúrgicas têm sido propostas, incluindo a pancreolitomia, pancreatectomia, coledocostomia, divisão do esfíncter de Oddi, colecistojejunostomia e ressecção gástrica. Contudo devido à mortalidade, morbidade e insucesso, que se observa em alguns casos, os cirurgiões ainda não se definiram, de modo categórico, por nenhuma delas. A simpatectomia vem acarretando bons resultados em alguns casos, porém, alguns autores aceitam-na sob reservas, alegando que não impede a progressão da moléstia. A experiência dos A.A. baseia-se em 5 casos, em 4 deles fizeram a simpatectomia unilateral e esplanicectomia; em 1, simpatectomia bilateral e esplanicectomia.

Da observação destes 5 casos, tiram os A.A. as seguintes conclusões:

- 1 — Não há acôrdo a respeito de qual seja o melhor tratamento cirúrgico para a pancreatite crônica recidivante.
- 2 — A simpatectomia e a esplanicectomia constituem recursos valiosos em alguns casos pancreatite crônica recidivante, particularmente no que se refere ao alívio da dor.
- 3 — A simpatectomia unilateral pode ser adequada em alguns casos. Contudo, existe inervação contralateral do pâncreas e, para completa analgesia torna-se necessário a simpatectomia bilateral.
- 4 — O cloridrato de tetra-etil-amônio é eficaz no que se refere ao alívio da dor da pancreatite aguda.



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."

FTALIZOL



"Torres."



"Torres."

Comprimidos de
FTALISULFATIAZOL



"Torres."



"Torres."

Colites



"Torres."



"Torres."

Disenteria bacilar crônica



"Torres."

Adjuvante no pré e

pós-operatório intestinal



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."



"Torres."

dos tumores mediastino pela Cinefluorografia e Iodo radioativo (131) (Differentiation of Mediastinal Tumors by Cinefluorographic and Radioactive Iodine (131) studies) — "Harper Hosp. Bull", 9:69-74 (Maio-Junho), 1951

Em determinadas condições o Clínico tem dificuldade na diferenciação de massas tumorais no tórax.

A configuração radiográfica, sua situação no mediastino, a observação de calcificações no estudo radiológico ou da expansão pulsátil na radioscopia, sua resposta à "dese teste" de radioterapia profunda, mais sinais clínicos, sintomas e achados laboratoriais são todos de importância no diagnóstico pré-operatório de tais lesões; contudo em alguns casos, o diagnóstico pré-operatório de tais lesões; contudo em alguns casos o diagnóstico definitivo somente é possível com a operação ou mesmo no exame anátomo-patológico da peça.

Por causa das dificuldades inerentes, diferenciação clínica de tais lesões, os A.A. relatam dois casos em que empregaram a cinefluorografia em conjunto com o traçado Iodo radioativo para facilitar o diagnóstico.

Em um paciente, do sexo masculino, 24 anos, com passado de traumatismo torácico (espasmo da artéria axilar, inclusive) apresentava um tumor pulsátil na parte superior direita do mediastino. O diagnóstico diferencial entre glândula tireóide mediastinal hipertrofiada e aneurisma artério-venoso deveria ser feito.

O estudo do traçado Iodo radioativo mostrou hipofunção tireoidiana, enquanto que a cinefluorografia feita em 70% de "Diodrat" injetado na veia basilica direita, evidenciou ser a massa em questão de origem vascular. A intervenção mostrou a natureza vascular do "tumor" e a histopatologia confirmou "aneurisma com ativa inflamação da parede aneurismática".

No caso n.º 2 paciente de cor preta, 51 anos, com dispnéia, disfagia e crises intermitentes de "sufocação"; dois anos antes tinha sido operada tireoidectomia subtotal por adenoma.

Uma radiografia do tórax feita 1 dias antes mostrava u'a massa tireoidiana substernal com descolamento da traquéia e esôfago para a direita. O exame mostrava tireóide impalpável.

Foi feita a exploração cirúrgica pela cicatriz da tireoidectomia "para retirar" a massa retro-esternal, a qual "não foi encontrada" e assim, pela palpação foi verificado u'a massa pulsátil no mediastino posterior; fechamento sem outras manobras.

Estudos radiográficos com bário revelaram que a massa no mediastino posterior deslocava e comprimia o esôfago e traquéia; o caráter pulsátil não pôde ser precisado "se de origem endógena ou se transmitido".

A determinação da natureza do tumor foi dada com 50 microcurie de Iodo radioativo sobre as áreas mediastinal e tireoidiana. Apesar da dificuldade pelo uso de solução de lugol pelo paciente no período pre-operatório, o "Geiger" revelava "fraca indicação de tecido tireoidiano retro-esternal", indefinida localização sem determinar a extensão. O angiocardiógrama, com 70% de Diodrat injetado na jugular externa direita revelava "não comunicação entre a massa mediastinal e o sistema vascular".

Concluíram assim, que o tumor não era de origem vascular e sim tecido tireóide funcionando, o que foi confirmado pela operação e exame histo-patológico (adenoma de tireóide).

JAIRO POMBO

W. WALLACE PARK E JAMES C. LEES — A curabilidade absoluta do câncer da mama (The absolute curability of cancer of breast) — "Surg., Gyn. and. Obst.", 93:129-152, agosto 1951 e Rev. Bras. Cir., 22:360 (Nov.) 1951.

Tradução do Auto-sumário e conclusões:

1 — O tratamento do câncer da mama é baseado na hipótese de que a precocidade do tratamento aumenta a percentagem de cura. Nós estamos racionalmente decididos a julgar o valor desse tratamento na mesma base. Decorre daí que a única evidência de que tal tratamento é efetivo está em provar que um atraso no início do mesmo diminuirá a percentagem de cura. O exame da literatura mostrou que não existe esta evidência direta. Isto é devido em parte à variabilidade nos índices de crescimento dos diferentes cânceres mamários.

2 — O máximo de curabilidade aparente foi encontrado de duas maneiras:

a) Foi observado que, nos cânceres mamários diagnosticados pelos métodos comuns, a proporção de casos em metástases axilares no momento da operação aumentava de 60% nos doentes operados quando apareciam os sintomas para 75% naqueles operados com atraso de até 3 anos. Se os correntes conceitos na errabilidade do câncer forem aceitos rigidamente e se for feita a asserção de que o câncer já se espalhou fora da zona de possível excisão em 80% dos casos com metástase e em 30% dos casos sem metástases, seguir-se-á que o índice de sobrevivida para os operados no início dos sintomas é de 40% e para os operados com atraso de 3 anos, de 32,5%. A diferença entre estes índices de sobrevivida e o máximo de curabilidade aparente.

b) A literatura demonstra que a diferença entre os índices de sobrevivida de pacientes com câncer mamário que foram tratados e os que não foram é de cura de 20+ — também um máximo de curabilidade aparente.

3 — Foi explanado com a variabilidade do crescimento entre diversos cânceres combinado com o uso do índice de sobrevivida como uma medida de cura pode criar um índice aparente de cura que pode ser parcial ou totalmente fictício. Da análise da evidência foi mostrado que a curabilidade aparente do câncer da mama pode ser explicada inteiramente em termos da variabilidade dos índices de crescimento.

4 — Os resultados destes exames da verdadeira curabilidade do câncer da mama pode portanto ser resumido da seguinte forma:

a) Não foi provado que o índice de sobrevivida do câncer da mama, usando com o índice a percentagem de sobrevivida de cinco anos seja afetado por qualquer tratamento.

b) A evidência fortemente sugere que o tratamento é ineficiente em reduzir a incidência da morte pela dissiminação metastática.

c) Se o tratamento de qualquer forma for eficiente, esta eficiência não será maior que a necessária para aumentar a sobrevivência geral em 5 anos de apenas 5 ou 10%.

ZERBINI, E. J., SAN JUAN, E. S., TAVARES LIMA, M. L. T. — Tratamento cirúrgico dos cistos congênitos do pulmão — *Rev. Paul. Med.* 42:1 (Jan.) 1953.

Resumiremos os principais resultados de nosso estudo em forma de conclusões. Baseados nas observações de 14 casos de paciente portadores de cistos congênitos do pulmão, concluímos: 1) Os cistos podem permanecer silenciosos durante muito tempo. As manifestações clínicas aparecem com as complicações, das quais as mais frequentes são a insuflação por válvula brônquica, a supuração ou a hemorragia do epitélio de revestimento do cisto. De nossos casos 11 apresentaram supuração (78,5%), 5 hemoptises repetidas (35,7%), um empiema (7,1%) e um abscesso subfrênico (7,1%). Em 50% dos nossos casos os sintomas iniciaram-se durante a primeira ou segunda décadas da vida. 3) A existência de sintomas pulmonares frustos desde o nascimento ou primeira infância, na ausência de grande infecção, deve suspeitar de malformação congênita pulmonar. 4) Observação importante para o diagnóstico radiológico dos cistos congênitos consiste na presença de cavidades esféricas ou ovóides, com membrana de delimitação e com pequena ou nenhuma participação do parênquima pericístico. 5) Encontramos dez casos que apresentavam cistos em um só pulmão (71,4%). Nestes, estão incluídos dois casos de pulmão policístico. Nos restantes 4 casos os cistos eram bilaterais (28,5%). 6) No casos supostamente unilaterais deve ser feito minucioso estudo radiológico do resto do parênquima com diversos cortes planigráficos e radiografias contrastadas a fim de se verificar a integridade do resto do parênquima, fator importante para a indicação da terapêutica cirúrgica. 7) O diagnóstico anatomopatológico dos cistos é feito com facilidade na maioria dos casos, havendo, porém, casos em que é impossível distingui-lo de uma bronquectasia cística. 8) O aspecto macroscópico é muito característico mas o diagnóstico depende da confirmação do exame histopatológico. 9) Geralmente os caracteres morfológicos do cisto são pouco alterados pelo processo inflamatório a que são sujeitos, quando infectados. 10) Dos 10 casos em que fizemos o exame anatomopatológico, 4 apresentavam malformação de cissura e os cistos se estendiam de um lobo a outro. Nove casos foram diagnosticados com ecistos broncogênicos e apenas em um o cisto era de origem alveolar. 11) A drenagem do cisto não deve ser usada como tratamento definitivo, porque não faz desaparecer a cavidade, mas, apenas permite melhora do estado do paciente, preparando-o para a ressecção pulmonar. 12) A terapêutica segura e eficaz consiste na extirpação do cisto com a menor quantidade possível de parênquima. 13) O tratamento cirúrgico

pela ressecção pulmonar permitiu a cura de todos os pacientes. Foram executadas 11 ressecções pulmonares (78,5%), sendo 5 pneumotomia e 6 lobectomias, sem nenhuma morte. 14) A drenagem da cavidade cística supurada, efetuada 6 vezes, sempre melhorou as condições dos pacientes. Em 5 casos a drenagem foi uma operação preparatório para a excisão e um caso constituiu o tratamento definitivo. 15) O tratamento conservador, aplicado em dois casos, permitiu grandes melhoras do estado geral. Em um caso, apenas com o tratamento conservador, houve desaparecimento de várias cavidades císticas provável consequência da oclusão de seus brônquios de drenagem.

DERMATOLOGIA

MICHEL, J., BRAXS, A., VERRASTRO MENDES F.T. — *Aspectos hematológicos do Lupus disseminado* — Rev. Paul. Med. 42:171 (março), 1953

Os autores apresentam os dados clínicos e hematológicos colhidos da observação reiterada de 15 casos de lupus disseminado. Chamam a atenção para as formas não cutâneas e para o fato de que a maior parte (11 de 15 doentes) desenvolve a moléstia sob um curso crônico. Classificou a entidade em quatro formas principais, conforme haja ou não lesão cutânea; esta ocorreu em 11 dos 15 casos. Ocorre forma visceral aguda que pode evoluir sem lesão cutânea. Não estando sempre presente a lesão da pele, os autores preferem designar a entidade como "lupus disseminado" ou "colagenose lúpica".

Hematologicamente, os autores verificaram que há anemia em praticamente todos os pacientes num momento ou outro da evolução da moléstia. A leucopenia, verificada em cifras definitivamente baixa em apenas 2 casos sobre 15, pode ser substituída por leucocitose, seja por intercorrências seja devido ao tratamento. A plaquetopenia ocorreu em 4 de 13 pacientes. Não se acompanhava de leucopenia simultânea. Foi verificado quadro de trombocitopenia idiopática e onde teve hipertensão renal, e hepatomegalia além de esplenomegalia levaram o diagnóstico exato para pesquisa da célula de Hargraves. No estudo da medula óssea, feito em 7 casos, verificou-se anaplasia da série granulocítica neutrófila, uma hipoplasia relativa da série eritroblástica e, em todos um aumento além de 2,0% dos plasmócitos, que a 5,0, 7,5 e 10%.

A "célula do lupus disseminado" melhor chamada "célula de Hargraves" é patognomônica. Realiza-se por intervenção de um leucócito, neutrófilo segmentado na grande maioria das vezes, eosinófilo ou monócito muito raramente, sobre material de lise nuclear de segmentado neutrófilo ou de linfócito. Há necessidade de fazer a pesquisa da "célula de Hargraves" com mais de um creme leucocitário, pois há leucócito pouco sensíveis ao fator plástico provocador da fagocitose. Ocorreriam leucócitos pouco sensíveis e mesmo resistentes.

Sendo o quadro clínico do lupus disseminado muito complexo e muitas

vêzes mal definido, sempre que houver febre não esclarecida, hemossedimentação acelerada sem causa aparente, anemia, hiperglobulinemia e plasmocitose medular não esclarecidas, púrpuras trombocitopênicas súbitas, tardias na vida, e idiopáticas, hepatosplenomegalias febris, nefropatias febris e pneumopatias com pleurises recidivantes, faz-se mister a pesquisa da "célula de Hargraves".

A negatividade da pesquisa não infirma o diagnóstico. É sempre preferível repetir a prova sobretudo nas fases da reagudização da moléstia. Nos períodos de reagudização pode-se encontrar a célula de Hargreaves, que estava ausente quando do período de latência clínica. Na prática da pesquisa da célula de Hargreaves, acreditamos útil empregar o "testemunho positivo" não só para verificar as condições em que ocorre a prova, como também para identificar o estado de reatividade ou não do creme leucocitário que se utilizou.

MEDICINA

NUSSENZVEIG, I., TIMONER, J. e BASSOI, O. N. — Intoxicação Barbitúrica aguda — Rev. Paul. Med. 41:208 (Out.), 1952.

Os autores analisam 182 casos de intoxicação barbitúrica aguda internados no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas entre 1944 e 1941.

1 — O estudo da incidência anual mostra o crescimento progressivo do número de casos de ano para ano até 1949, seguindo-se queda brusca e acentuada nos anos subsequentes.

2 — A distribuição por idade revela que o grupo mais atingido é o dos 20 aos 30 anos, ao qual correspondem 88 casos (48,35%).

3 — É nítida a predominância do sexo feminino, ao qual se atribuem 69,23% dos casos.

4 — A distribuição dos pacientes segundo a cor evidenciou que 85,16% era de cor branca, atribuindo-se os restantes 14,84% às demais cores. Tais cifras parecem sugerir certa predileção dos indivíduos de cor branca pelo uso de barbitúricos para fins suicidas.

5 — A verificação do tempo decorrido entre a ingestão da droga e o início do tratamento sugere que o caso é tanto mais grave quanto maior esse intervalo.

6 — O período total de coma foi inferior a 30 horas em 46,15% dos pacientes, variou de 30 a 50 horas em 20,32%, de 50 a 100 horas em 28,5% e acima de 100 horas, em 4,40%.

7 — De acordo com o critério adotado, 30 doentes (16,48%) se encontravam em semi-coma, 71 (39,01%) em coma e 81 (44,51%) em coma profundo.

8 — Segundo o critério exposto para a avaliação da gravidade do caso, 34 pacientes (18,68%) foram classificados como de média gravidade, 56 (30,77%) como graves e 92 (50,55%) como muito graves.

9 — Dos barbitúricos, o mais frequentemente ingerido foi o Nembutal, em 33% dos casos, seguindo-se o Gardenal com 13,73%, o Allonal com 13,18%, o Seconal com 11,53% e outros, com frequências menores. Em 33 casos a

dose ingerida ultrapassou a dose média fatal humana dos respectivos barbitúricos, sobrevivendo 28 pacientes.

10 — O esquema de tratamento utilizado é exposto, salientando-se as vantagens da administração por gôta-a-gôta na veia, da solução de picrotoxina diluída em soro fisiológico ou glicosado.

11 — As complicações mais comuns foram: broncoplegia (30,77%), broncopneumonia (18,68%), pneumonia (7,74%), cianose (20,22%), colapso periférico (18,13%), elevação térmica (53,30%) e hipotermia (29,12%).

12 — Dos 182 pacientes 13 vieram a falecer, sendo pois, a mortalidade igual a 7,14%. Considerando somente os casos muito graves, a mortalidade se eleva para 14,13%. No grupo tratado pela picrotoxina, faleceram 13,75%. Os 13 casos fatais são relatados.

13 — Os autores preconizam, nos casos de intoxicação barbitúrica aguda, o emprêgo de tratamento geral metódico, a terapêutica estimulante pela picrotoxina diluída em soro fisiológico ou glicosado isotônico e administrada por gôta-agôta na veia e o uso de sonda endotraqueal para a aspiração periódica das secreções acumuladas nas vias aéreas.

ORTOPEDIA

RUDGE, O. — Luxação total tarso-metatarsiana — Rev. Bras. Cir. 22:277 (Out.) 1951.

O A. aborda o tema das luxações totais da articulação de Lisfranc ou tarsometatarsiana, não se ocupando das luxações parciais.

Analisa os vários aspectos sob os quais se apresentam as luxações em aprêço, não só quanto ao tipo como também em relação ao mecanismo de produção e incidência nas diversas profissões, citando dados estatísticos de incidência geral que foi em proporção inferior a 1:600 no total dos doentes internados no Hospital IAPETEC e 1:1.500 em relação aos doentes internados na Clínica Traumatológica-Ortopédica.

Põe em relêvo a abundância de sintomas que orientam o diagnóstico que entretanto só é perfeitamente caracterizado pelo exame radiográfico.

Encara a necessidade do diagnóstico precoce, pois só desta forma se consegue uma boa orientação terapêutica, com resultados anatômicos, por meio de manobras ortopédicas, que serão absolutamente ineficazes nos casos negligenciados, exigindo intervenção cruenta.

Descreve a técnica empregada na Clínica, apresentando a seguir a casuística com farta documentação radiográfica.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA

SANSON, R. D., KÓS, J. e HUNGRIA, H. — Complicações intracranianas das sinusites frontais — Rev. Bras. Cir. 23:409 (maio) 1952.

Os A.A. apresentam as complicações intracranianas das sinusites frontais de um modo geral sem entrar em análise e muito menos no detalhe.

Apreciam inicialmente a etiopatogenia e a seguir o estudo clínico e terapêutico das meningites e dos abscessos extradural, subdural e cerebral.

Assinalam que enquanto a tromboflebite dos seios venozos da dura-mater é complicação relativamente frequente nas infecções otogênicas, torna-se raríssima nas infecções sinusais, omite portanto esta complicação fazendo apenas uma referência sobre a tromboflebite do seio longitudinal superior, o único a manter relações mais íntimas com a cavidade frontal.

TEIXEIRA, J., VAZ, A. e COSTA, N. — Bronquiectasia associada a inversão total e sinusite — (Sind. Kartagener) — Rev. Bras. Cir. 23:431 (maio) 1952.

Os A.A. apresentam o caso de uma adolescente de 15 anos, portadora de bronquiectasia associada à inversão visceral total, aplasia dos seios frontais e sinusite (síndrome de Kartagener) que foi tratada com sucesso pela lobectomia; os dados fornecidos pela intervenção e pelo estudo anatomopatológico da peça cirúrgica vieram completar a observação clínica já conhecida do caso, anteriormente publicada por Fraga Filho e col.; a doença broncopulmonar apresentou-se com características clínicas, radiológicas e anatomopatológicas muito sugestivas de bronquiectasia adquirida, pois nenhum estigma de má-formação congênita foi encontrado no lobo ressecado. Embora o fator adquirido seja proeminente na etiopatogenia das dilatações brônquicas, verifica-se, na literatura, uma tendência para admitir a influência de uma predisposição visceral, em que a incidência dessa broncopneumonia é muitas vezes superior à encontrada nas pessoas com vísceras normalmente distribuídas. Impõe-se na prática, o maior cuidado de prevenção e tratamento das infecções respiratórias das crianças com situs inversus organorum.

P E D I A T R I A

MARTINHO DA ROCHA, J. e SERRA DE CASTRO, A. — Síndromes hemorrágicas familiares — Relatório ao III Congresso Pan-Americano de Pediatria — Montevideo, 2 a 8 de dez. 1951 — Anais Nestlé n.º 31 pag. 21.

Os A.A. passam em revista os atuais critérios de classificação das síndromes hemorrárgicas familiares, cuja importância aumentou em face dos novos conhecimentos sobre a fisiologia da coagulação do sangue e a hemostasia. Revistam, sumariamente os sinais clínicos e provas de laboratório para o diagnóstico na hemofilia verdadeira, principal síndrome do grupo filiado às desordens da coagulação. No que toca às púrpuras familiares na infância, passam em revista as mais importantes questões, analisam sumariamente os casos publicados na chamada forma hereditária congênita da trombopenia essencial e discutem as hipóteses etiopatogênicas. Referem-se também à trombostenia hereditária hemorrágica e aos vários tipos de trombopatias constitucionais. Sallentam, sobretudo, à luz dos trabalhos modernos, o valor do tempo de coagulação prolongado na hemofilia, mas na prova praticada em sangue venoso diretamente colhido; a ex

celência das provas de tempo da protombina e da prova de QUICK (novo tempo de consumo de protombina) no diagnóstico diferencial da hemofilia com a trombopenia e a trombastenia. Principal progresso decorrente dos atuais estudos etiopatogênicos na hemofilia refletem-se no valor das repetidas transfusões de sangue não hemofílico ou plasma contendo as frações corretivas da falta de fatores necessários ao processo da coagulação na referida doença. Literatura essencial moderna foi consultada.

MESQUITA, M. P. e RIBEIRO, V. R. L. — O problema da Hemofilia em pediatria — Anais Nestlé, 32 pag. 54.

Neste trabalho, chamamos a atenção do pediatra para o problema da hemofilia discutindo a base teórica do defeito de coagulação que o provoca, os quadros clínicos mais comumente encontrados na doença e o critério para diagnóstico, dando maior valor às provas do tempo de consumo de protombina.

A seguir, comentamos os meios de que se serve a terapêutica moderna para aliviar e corrigir os distúrbios do hemofílico.

Do conjunto do trabalho, chegamos às seguintes conclusões:

1 — O diagnóstico da hemofilia deve ser precoce e baseado nas provas de tempo de consumo de protombina de QUICK.

2 — O novo tempo de consumo de protombina de QUICK permite a diferenciação entre a hemofilia, a púrpura trombocitopênica e a trombastenia.

3 — os outros métodos de diagnóstico laboratorial são falhos, servindo apenas como auxiliares.

REUMATOLOGIA

ROMEIRO NETO, M. M., DÉCOURT, L. V. e TRANCHESO, B. — A reação de Weltmann na doença reumática ativa — Rev. Paul. Med. — 41:137 (Set.) 1952.

Os autores estudaram o comportamento da prova de coagulação de Weltmann em 18 casos de reumatismo ativo, associado ou não à insuficiência cardíaca, comparando-o com o da homosedimentação obtida em uma hora, pela técnica de Wintrobe. Procuraram avaliar o interesse prognóstico daquela prova, partindo da noção clássica de que, nos processos exsudativos, a coagulação se manifesta apenas nas soluções mais concentradas (tubos iniciais, desvio para a esquerda ou reação encurtada), enquanto nos produtivos ela se estende às mais diluídas (tubos finais, desvio para a direita ou reação alargada). A análise dos resultados obtidos logo à admissão dos enfermos ainda não medicados ou durante a evolução, sob o uso dos salicílicos, permitiu uma série de conclusões.

1 — Na primeira determinação, à entrada dos doentes no Hospital, a homosedimentação revelou-se mais útil que a prova de Weltmann. De fato, valores elevados daquela foram encontrados em 88,3% dos casos, enquanto desvios para a esquerda desta, apenas em 66,7% deles.

2 — Apenas um enfermo, portador de cardite reumática primária be-

nigna, mostrou normalidade simultânea de ambas as provas ao ser hospitalizado. A obtenção das duas parece, assim, aconselhável.

3 — Durante a evolução dos doentes, a faixa de coagulação pela prova de Weltmann mostrou-se um índice mais seguro do que a cifra da hemossedimentação. Nos enfermos que não exibiam hipossistolia franca ela oscilou, concordando satisfatoriamente com a atividade da doença; encurtou-se discretamente nos casos benignos, acentuadamente nos graves, e aproximou-se da normalidade nos que melhoraram ou evoluíram para a cura. Já a hemossedimentação parecendo influenciada prematuramente pela medicação salicilica, não ofereceu a mesma segurança, chegando a normalizar-se cinco vezes durante períodos de nítida atividade da moléstia.

4 — Em três doentes, entretanto, que foram hospitalizados principalmente por uma insuficiência cardíaca acentuada, a prova de Weltmann nunca se apresentou desviada para a esquerda, apesar dos fenômenos de atividade. Embora outros enfermos descompensados tenham mostrado esse desvio, é sugerido um papel ativo da própria hipossistolia, quando muito intensa.

5 — O alargamento da faixa de coagulação, com desvio para a direita, foi verificado apenas em dois enfermos, após longo período de evolução. Os sinais de atividade, nesse momento, estavam presentes apenas em um, mas uma insuficiência cardíaca acentuada existia em ambos.

6 — O prognóstico não parece favorável quando a prova de Weltmann tende a desviar-se progressivamente para a esquerda. Em dois casos onde este comportamento foi verificado, a morte ocorreu por cardite grave.

UROLOGIA

POMBO DO AMARAL, J. — Testículo supra-numerário ou duplicação testicular — Rev. Br. Cir. 23:463 (maio) 1952.

O A. operando uma hérnia inguinal no serviço de Clínica Cirúrgica da Faculdade Fluminense de Medicina, Cátedra do Prof. Ernani de Faria Alves, encontrou um pequeno tumor de consistência e característica de testículo, embora na bolsa escrotal estivessem as duas glândulas.

Apresenta então uma revisão da bibliografia, citando todos os dezenove casos existentes, de comprovação histológica, em ordem cronológica, onde resume as características principais de cada um: idade do paciente, lesão que levou o paciente a procurar o médico, afecções concomitantes, estudo das vias excretoras e espermatozóides.

Passa em revista, resumidamente, a embriologia do testículo, enumerando as principais causas da duplicação testicular.

O problema do poliorquidismo é estudado, bem como a opinião dos que se interessam pelo assunto: admite-se atualmente como verdadeiro, a simples duplicação ou subdivisão testicular, mesmo assim, com comprovante histo-patológico.

Apresenta o caso pessoal, documentado com fotografia da peça e do comprovante histológico.

Laboratório de Análise Clínica

————— *Dr. S. Cheferrino*

Análises Clínicas ★ Histopatologia ★ Metabolismo
basal ★ Provas funcionais ★ Colpocitologia
★ Diagnóstico biológico de gravidez ★

————— *Diariamente de 7 às 18 horas* —————

R. JOSÉ CLEMENTE, 100 - 4.º ANDAR
TELS. 5416, 7011, 3134

Francisco Pimentel

CIRURGIÃO

ED. ARARIBOIA, 7º ANDAR - TELS. 2-2090 4434

De 2.ª a 6.ª feira das 16 às 19 horas

Vida Associativa

S O C I A I S

Posse da Diretoria recém-eleita, constituída por:

Presidente — Dr. Sebastião Cheferrino.

Vice-Presidente — Dr. João Gomes da Silva.

Secretário Geral — Dr. Almir de Castro Lisboa.

1.º Secretário — Dr. Milton Nunes.

2.º Secretário — Dr. José B. C. Viegas.

Tesoureiro — Dr. Sebastião Lizardo Lima.

Bibliotecário — Dr. Jairo Pombo do Amaral.

Orador — Dr. Paulo Gomes Gouvêa.

Comissão Fiscal — Drs. Eduardo Imbassahy, Francisco Pimentel e Carlos Tortelly Costa.

Após a posse da Diretoria houve um programa artístico a cargo da consagrada pianista patricia Ana Carolina.

1.ª Parte:

- a) Relatório do atual Presidente — Dr. Carlos T. Costa.
- b) Posse da nova Diretoria.
- c) Discurso do Presidente eleito Dr. Sebastião Cheferrino.

2.ª Parte:

Hora de arte, a cargo da Professora Ana Carolina.

- a) Bach - Bauer — Cantata n.º 147 — "Jesus alegria dos homens".
- b) Albeniz — Sevilha
- c) Debussy — Clair de lune
- d) F. Mignone — 2.ª valsa de esquina
- e) Chopin — Fantasia improviso.
- " — Dois estudos.
- " — Scherzo em si menor op. 20.

Recepção oferecida pela Exma. Sra. Sebastião Cheferrino às Exmas. Sras dos sócios da S. M. C. N. em 2-3 53..

Em 30-4-53 foi realizada a Assembléia Geral da S. M. C. N. para discussão e votação das emendas apresentadas pela Sociedade Médica de Petrópolis ao projeto dos Estatutos da A. M. F.

O Bar do Clube Médico passou a ser explorado pela Sociedade.
 Foi adquirida a "Revista Fluminense de Medicina".
 Foi construído o passelo da sede da Sociedade.
 Foram eleitos os novos Diretores, a saber:
 Diretor Social — Prof. Francisco Pimentel.
 Diretor de Previdência — Dr. Eduardo Kraichete.
 Diretor de Publicidade — Dr. Antônio Abunahman,
 2.º Tesoureiro — Dr. Arthur Tibau Kastrup.
 Foi feito um pedido aos sócios para uma contribuição de Cr\$ 100,00.

11-5-53 — Recital de declamação da ilustre artista gaúcha Mafalda Busato, patrocinado pela Assembléia Legislativa do Estado e pela A.M.F., com o programa:

1.ª parte:

Marcha triunfal — Rubem Duflo.
 "In Extremis" — Olavo Bilac.
 Última confidência — Vicente de Carvalho.
 Ladainha — Cassiano Ricardo.
 A carta — Anônimo.
 Poema da Maternidade — Fernanda de Castro.

2.ª parte:

Mascaras — Menotti del Picchia.
 Hindenburg em Tannenberg — Conto: Humberto de Campos (adaptação de Mafalda Busato).
 A Liga da Duquesa — Julio Dantas.
 Tédio — Heinrich Heine.

CIENTÍFICA

Na primeira sessão ordinária do ano, após a hora do expediente, foi dada a palavra na meia hora de pequenas comunicações ao Dr. Milton Madruga, que mostrou haver conseguido o isolamento do B. Manchester. Fez considerações sobre sua diferenciação dos demais do mesmo grupo, sobre os estudos realizados no Brasil e referiu a título de curiosidade, haver obtido o material em adulto, quando todos os casos assinalados na Literatura nacional em número de sete, foram de crianças.

Com a palavra o Dr. Paulo Gouvea que comunica à casa uma observação de brucelose e aborda o problema da "zona" e diagnóstico sorológico.

Em seguida o Dr. Jairo Pombó faz seu relatório verbal do Congresso

Internacional de Cirúrgiões, onde aborda interessantes aspectos da cirurgia cardíaco-vascular, esôfago, megacolon, estomago-duodeno, vesícula biliar e de queimaduras, retirados da experiência de consagrados técnicos, como Bayly, Resano, Albanessi, Montenegro Alípio Corrêa Neto, e outros.

Na ordem do dia falou o orador inscrito, o professor Francisco Pimentel sobre o tema "Nova técnica do reforço parietal da hérnia inguinal". Após necessárias e oportunas considerações anatomo-clínicas da região inguinal e patogenia da afecção, mostra em magníficos desenhos, o fundamento de sua técnica, que consiste no reforço do fascia transversalis a custa do tendão conjunto; este por sua vez, fixa-se à arcada crural por pontos inabsorvíveis que transfixando a aponeurose do grande oblíquo, obriga o tendão conjunto manter-se em contato com a face superficial do lábio externo da aponeurose do grande oblíquo".

Encerra a conferência, foi o trabalho comentado pelo Dr. Jairo Pombo, que inicia tecendo palavras elogiosas ao professor e lembrando as magníficas aulas que recebera do Mestre. Em seguida pede explicações sobre o modo como são dados os pontos e fala sobre sua técnica de reforço parietal em relação com as existentes, fixando sua indicação em particular nos casos de hernias diretas, onde o ponto fraco é a parede posterior ao nível do triângulo de Hesselbach.

Sessão ordinária de 10-4-53.

Pequenas comunicações — Com a palavra o Dr. Jairo Pombo que relata um caso de ferida contusa, por arma branca, de pescoço, com secção da jugular, transfixão do lobo da tiroide e da traquéia. Caso dramático e acidentado onde diversas equipes de cirurgia, anestesia, gazoterapia e de banco de sangue do Pronto Socorro do Hospital Municipal Antonio Pedro tomaram parte no tratamento do traumatizado que deu entrada no Hospital em estado de choque por anemia aguda, que tratado entrou em edema agudo de pulmão, colapso periférico e síndrome de obstrução de vias aéreas superiores. Mediado convenientemente, inclusive com traqueotomia, intubação e a cirurgia da ferida, onde foi feita a ligadura da veia, reconstituição da tiroide, por "captonagem" e sutura da traquéia, foi o paciente para a enfermaria, onde teve um pós-operatório tranquilo, sendo retirada a cânula da traqueotomia com 4 dias e alta curado em 8 dias.

Na ordem do dia foi ouvido o trabalho "Sobre um caso de deslocamento prematuro da placenta normalmente inserida com apoplexia utero-placentar", de autoria dos Drs. Carlos Tortelly Costa (Relator), Humberto Milton Dantas e Wilson Pereira de Oliveira. São comentados com destaque e brilhantismo a intervenção (Cezariana) e o porque da conservação do útero. Fazem um histórico do tema e estudam a seguir a etiologia, sintomatologia, diagnóstico diferencial, prognóstico, anatomia patológica e tratamento. São mostradas estatísticas, para estudo comparativo. Nas conclusões do trabalho, os AA. emitem opiniões próprias sobre tão palpitante assunto.

to que se encontra, até os nossos dias catalogado no terreno das doenças das hipóteses.

Comentaram elogiando o trabalho, os Drs. José Sampaio e Nereu Leite.

Sessão ordinária de 27-4-53.

Pequenas comunicações — Com a palavra o Dr. Milton Madruga que comunica à Casa um caso de septemia pelo "Strepto-bacillo-moniliforme", o segundo verificado no Brasil.

Em seguida, o Dr. Paulo Gouvea descreve um caso de brucelose com lesões ósseas e tece considerações em torno do mecanismo patogênico, fazendo por fim um apelo aos médicos contra o preconceito científico.

Dr. Sylvio Mello relata observações bem documentadas sobre os déficits auditivos e a incidência é revelada destas complicações da estreptomycinoterapia. Adverte aos coelgos para a alta incidência, a agravação dos sintomas pré existentes e o perigo do emprego rotineiro da droga, mandando pesar bem suas indicações.

Com a palavra o orador inscrito na Ordem do Dia, o Professor Francisco Fialho, que apresentou o trabalho "Diagnóstico histopatológico das hiperplasias e neoplasias dos gânglios linfáticos".

O A. inicia seu trabalho salientando o valor do trabalho em equipe no diagnóstico histopatológico dos linfomas. A referida equipe se refere ao trabalho conjunto do histopatologista com o hematologista.

A seguir faz a classificação moderna, à luz dos conhecimentos atuais, dos chamados linfomas da seguinte forma: o grupo monomorfo e o polimorfo. No 1.º grupo estão os tumores compostos inteiramente de células linfóide-reticulares e no 2.º mostram uma mistura de células inflamatórias.

Fazem parte do 1.º grupo: linfoma de cels. reticulares, o linfoma linfoblástico, o linfoma linfocítico e o linfoma folicular.

No 2.º grupo temos: a doença de Hodgkin e a micose fungicida.

O A. faz uma apreciação didática sobre gânglios mostrando que eles representam coleções definidas de tecido linfóide condensadas em órgãos e que eles se encontram dispersos em todo o organismo.

Conclui logicamente que uma doença generalizada do tecido linfóide não se limitará aos gânglios.

Descreve a doença de Hodgkin como doença dos órgãos hematopoiéticos e mostra que ela é mais frequente no homem e na meia idade. Demonstra que a hipertrofia pode ocorrer nos grupos mediastinais, mesentéricos e retroperitoneais, mostrando rica documentação toda ela pessoal.

Faz a seguir uma exposição de uma série de dispositivos despertando grande interesse dos presentes. O Sr. presidente concede-lhe mais meia hora além do prazo regulamentar para que o orador possa terminar a sua conferência, que foi comentada pelos colegas José Tostes, Altamiro Vianna, Ed. Imbassahy e Sylvio Mello.

NOTAS**II CONGRESSO DA SECÇÃO BRASILEIRA E I PANAMERICANO DO COLÉGIO INTERNACIONAL DE CIRURGIÕES**

Realizar-se-á em Curitiba, Estado do Paraná, nos dias 5 a 9 de outubro de 1953, o referido Congresso, durante os festejos do 1.º Centenário desse Estado.

Comissão executiva — Pela regional de Curitiba: Profs. Drs. Mario Braga de Abreu, João Vieira de Alencar e Dagoberto Pusch. Pela Secção Brasileira: Dr. J. Avelino Chaves, J. Maria Campos e Eurico Branco Ribeiro.

Temas oficiais: 1) Morte por anestesia; 2) Toracotomia — indicação e contra-indicações; 3) Cirurgia das vias biliares. Subtemas oficiais de Cirurgia das vias biliares: a) Provas da função hepática; b) pré-operatório; c) colangiografias; d) colecistite aguda; e) colecistectomia; f) colecistostomia; g) colecistendese; h) coledocostomia; i) anastomoses biliodigestivas; j) hepatostomia; k) drenagem em cirurgia biliar; l) pós-operatório; m) desobstrução do colédoco; n) ileo biliar.

Relatores oficiais: Prof. Max Thorek (Chicago) para o 1.º tema oficial; Prof. Jorge Talana (B. Aires) para o 2.º e Dr. Francisco Augusto Pinto para o 3.º.

Temas livres: Além dos temas oficiais serão admitidos temas livres sobre assuntos novos de interesse cirúrgico, técnico e táticas cirúrgicas pessoais.

Línguas oficiais: Português, espanhol, inglês e francês. Informações: Norma Kenworthy, Secretária da Secção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, rua Cesario Mota, 112, São Paulo.

Antonio J. Abunaman

— Doenças pulmonares —

Tuberculose — Raios X

★

Diariamente das 12 às 18 horas

Rua José Clemente, 100 - 4º andar

Tels. 2-0234 e 6443

FTALAMIDA

*terapêutica direta das
infecções intestinais*

FTALAMIDA



A FTALAMIDA difunde-se em elevada concentração nas paredes do intestino, embora não seja absorvida em quantidade apreciável pelo sangue. Por este motivo, é extremamente bem tolerada, não apresentando o perigo de produzir reações tóxicas secundárias.

INDICAÇÕES: Disenteria bacilar, colite ulcerosa aguda ou crônica, profilaxia pré-operatória em cirurgia abdominal, etc.

EMBALAGENS ORIGINAIS: Tubo com 20 e frasco com 50 comprimidos de 0,50 g de ftalil-sulfacetamida.

Schering

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S/A
RIO DE JANEIRO

S. PAULO • P. ALEGRE • RECIFE • B. HORIZONTE • FORTALEZA • RUIZ DE FÓRÇA