

MENEGHINANO LIBRO

ESTUDOS  
CIRÚRGICOS

3ª SÉRIE

1943

2

ESTUDOS CIRÚRGICOS

5.<sup>a</sup> SÉRIE

Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

---

# Estudos Cirúrgicos

---

5.<sup>a</sup> série

*São Paulo Editôra S. A. imprimiu*

1949



*Ao*

*CLÍNICO AMIGO*

*que nos confia a intervenção de que necessita o seu cliente, contribuindo assim para o prestígio do nosso Serviço Cirúrgico,*

*é dedicado este volume, como reafirmação aqui feita da gratidão imensa que lhe devemos.*

## SUMÁRIO

	<i>Pág.</i>
Dez mil operações.....	9
As possibilidades da via arterial.....	37
Mais uma indicação da sulfanilamida intrarterial.....	43
Penicilina por via arterial.....	51
A Penicilina por via arterial.....	53
Processo prático de tratamento das queimaduras.....	57
Cornos cutâneos.....	61
Etiologia da ciste epidermóide da falangeta.....	69
Cirurgia da caseose dos nervos na lepra.....	77
Moléstia de Hodgkin e obstrução do delgado.....	93
Secção traumática do nervo frênico e fratura da primeira costela	99
Pesquisa do vascoejamento gástrico.....	103
Pesquisa da alça jejunal em cirurgia gástrica.....	111
Estenose gástrica prepilórica.....	121
Recomendações para operados de estômago.....	127
Incisão em grelha através do grande reto do abdômem.....	129
Reconstituição da vesícula.....	137
Conduta diante de um caso de ileo biliar.....	141
As incisões para a apendicectomia.....	151
A Penicilina nas apendicites perforativas.....	159
Aspectos cirúrgicos dos tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita.....	163
Peritonite crônica encapsulante.....	173
Técnica para a esterilização na mulher.....	187
Torção do cordão espermático em testículo ectópico.....	189
A palavra torção.....	200
Fisiopatologia da varicocele.....	205
Modalidade de anestesia para operações sobre o penis.....	209
Recomendações para os visitantes.....	213
II Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná.....	215
ÍNDICE GERAL DOS VOLS I A V.....	217

*Nota:* O presente volume, publicado em 1949, abrange trabalhos feitos ou divulgados nos anos de 1944 e 1945.

## Dez mil operações \*

Ao terminar uma larga série de 10.000 intervenções cirúrgicas, pareceu-nos oportuno lançar as vistas, numa síntese retrospectiva, por sobre esse passado de dezesseis anos — quantos se contam os que encerram as atividades concretizadas naquelas cifras.

Ao avaliar as proporções globais de tão significativo labor nos domínios da arte operatória, sobreleva acentuar que fomos projetado em tão vertiginosa carreira pelas mãos seguras, pulso firme, coração entusiasta, cabeça ponderada, espírito prático revestido de larga cultura e experiência do consagrado mestre que é Benedito Montenegro. Graças a ele, abriu-se-nos o alcandorado templo da Cirurgia. Já nas escadarias exteriores, nas bases áridas, porém sólidas, que formam um dos principais sustentáculos de tão grandioso edifício — a Anatomia — ele nos acompanhára, ministrando-nos, com a sua palavra exata e precisa, os conhecimentos que nos seriam indispensáveis para o prosseguimento da jornada. Depois, tomou-nos as mãos e introduziu-nos a alma e corpo no encantado palácio. A alma e corpo, sim!: a alma, porque incutiu dentro em nós, vagarosamente, com o seu próprio exemplo, aqueles sentimentos de humanidade que não se aprendem nos livros, que, de regra, não se observam nas clínicas, que, no geral, não se exteriorizam no exercício da prática profissional; o corpo, porque não só nos ensinou a manejar o bisturi, não só no-lo colocou nas mãos ainda pouco adestradas, como, ainda, paternalmente nos confiou o material humano em que pudemos cimentar a nossa experiência com a argamassa que ele havia preparado.

Acompanhando quem pisava com passos tão firmes, era natural que também logo se desvanecessem os receios que alimentávamos quando, ainda estudante, atravessamos os humbrais de tão magnífico templo. Foi, pois, com decisão segura, com espírito de renúncia, com devotamento nunca desmentido que começamos a percorrer todas as dependências desta vasta mansão cheia de encantos e de sofrimentos. Sempre à sombra do mestre, descemos ao mais recondito dos porões enlameados, onde a miséria humana vai extinguir os seus dias, e subimos as escadarias floridas das altas torres, onde se feste-

\* Considerações feitas durante o jantar que o A. ofereceu ao prof. Benedito Montenegro e aos seus assistentes e colaboradores, em comemoração da sua 10.000.<sup>a</sup> operação.

jam os sucessos dos casos felizes. No torvelinho dos contrastes, observando as lutas morais e os suplícios físicos, foi-se temperando o nosso caracter de profissional dentro da forma que o mestre nos moldava com os seus conselhos e o seu exemplo. E quando as circunstâncias nos colocaram de direito na independência de ação que o mestre de fato sempre nos concedeu, continuámos a trilhar os mesmos caminhos que percorríamos ao seu lado, agora já na companhia de outros menos experientes, que, por tabela, vinham se beneficiar das lições que nos dera.

O casarão da Cirurgia é vasto. Por ele a dentro prosseguiu o mestre na sua iluminada carreira, espalhando benefícios a mãos cheias. De nossa parte, enveredamos por outros rumos, tendo sempre na lembrança os característicos marcantes da personalidade do mestre: honestidade científica, persistência no trabalho, abstração da condição social do doente, desprendimento quanto à remuneração do serviço, respeito às idéias alheias, bonhomia em todas as horas, exposição franca dos processos adotados, serviço aberto a qualquer visitante, acessibilidade aos que desejam aprender.

Lembrando sempre as qualidades do mestre, fomos nos esforçando para proporcionar aos que se aproximaram de nós o mesmo ambiente de liberalidade, em que cada um pode apresentar sem constrangimentos as suas sugestões e fazer sem reboços a sua crítica frente a frente, para que possa ser discutida e aproveitada. Nunca pensamos em crear e impor o consenso de chefe, mas sempre procuramos conservar os nossos auxiliares como simples companheiros de serviço, aos quais sempre nos dispuzemos a prestar assistência semelhante à que eles próprios estavam nos prestando. Nada de lhes vedar a entrada para esta ou aquela operação, mas sempre a preocupação de lhes fornecer esclarecimentos e de lhes ouvir a crítica. Devido a esse sistema, foi com a sua colaboração preciosa que algumas inovações foram lançadas pelo nosso Serviço; graças a esse sistema, tivemos a satisfação de ver que muitos companheiros tiraram tal proveito do seu estágio em nosso Serviço que logo dominaram a clínica ou pelo menos estão se hobreando com os mais destacados cirurgiões dos lugares onde estabeleceram sua atividade profissional e aqueles que ainda nos acompanham têm assumido a direção de serviços de responsabilidade e vão exercendo a cirurgia como o fazem os mais reputados operadores.

E', sem dúvida, deveras compensador, para quem lutou como temos lutado, contemplar semelhante quadro! Que Deus nos conserve esta norma de conduta que adquirimos do nosso mestre e que os nossos companheiros da faina de todos os dias tão bem têm sabido compreender!

\* \* \*

Olhando para o passado, como é agradável verificar a utilidade das anotações pachorrentamente feitas dos acontecimentos de cada dia! Ai está toda a vida do cirurgião. E'-lhe facil dizer, com toda a segurança, que a sua primeira operação foi realizada no dia 24 de agosto de 1926 e que a operação n.º 10.000 foi feita no dia 6 de julho de 1942,, às 7 horas, no Sanatório São Lucas, consistindo numa colecistectomia seguida de coledocotomia e coledocorrafia por litíase biliaria.

Como nos ficam na memória as sensações da primeira operação! Foi pela manhã, no Hospital São Joaquim, da Beneficência Portuguesa de São Paulo. O prof. B. Montenegro estava ocupado com uma intervenção de vulto. Avisamos-lhe que acabava de chegar ao Serviço um pretinho com esmagamento da extremidade do dedo mínimo da mão direita.

— Faça a amputação! — ordenou.

Isso apenas; nem um esclarecimento mais. Estudante, com poucos meses de traquejo na Clínica, sentimos logo o embaraço da escolha: que qualidade de retalho havíamos de preferir. E começamos a ver mentalmente figuras em raquete, retalho palmar, incisões oblíquas, retalhos duplos de tamanho diferente e mais um milhão de detalhes que os autores clássicos apontam. E nada se ajustava ao caso presente. Urgia decidir e os livros foram esquecidos para prevalecer o critério de uma amputação econômica e colocação da cicatriz fóra das superfícies de maior contacto.

Agora, a recordação da primeira intervenção em cliente próprio, Estavamos ainda no 5.º ano da Faculdade e alguém se lembrou de nos confiar um caso de antrás da nuca. Levamos a doente para o Sanatório Santa Catarina e fizemos sozinho a excisão dos tecidos comprometidos, precedida da ainda então usada incisão em cruz e seguida da termocauterização do fundo e dos bordos da ferida cirúrgica. Fizemos sozinho, sim; mas a anestesia geral indispensavel para o ato cirúrgico foi ministrada pelo prof. Benedito Montenegro. Disso nunca nos esquecemos como também nunca nos esquecemos do destino que foi dado aos cem mil réis que cobramos por essa primeira intervenção em "doente nosso"...

Depois vieram outras operações, muitas outras, em progressão constante nos primeiros anos, como se verá. E sempre conservamos com gratidão a lembrança de que na primeira vesícula extirpada e no primeiro estômago resecado lá esteve paciente à nossa frente, fazendo com diligência o papel de auxiliar da operação, o nosso caro mestre e prezado amigo prof. Benedito Montenegro, então já na posse do primeiro posto entre os cirurgiões do Brasil.

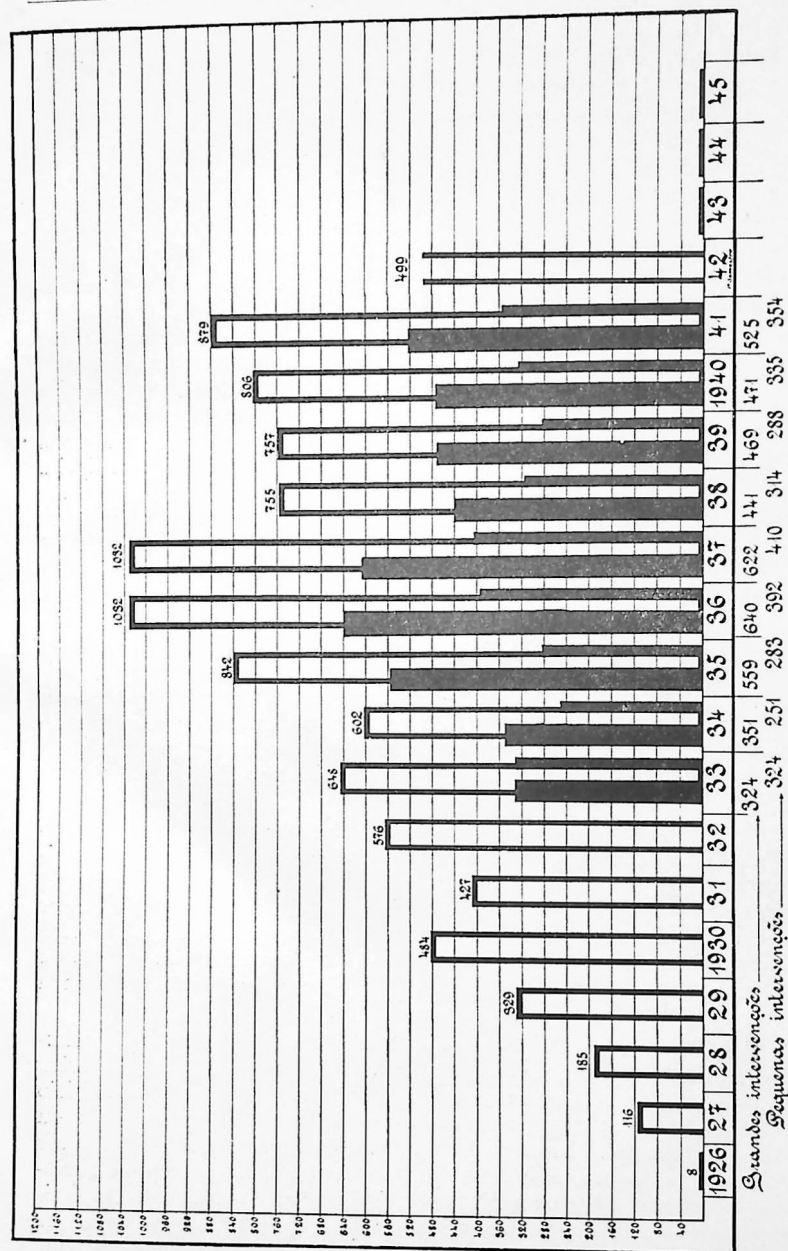
Si nos toca ao coração recordar esses fatos dos primórdios da nossa carreira, mais fundo ainda nos toca poder lembrá-los quinze anos mais tarde, na presença de quem compartilhou neles com tão elevado espírito de bondade e de renúncia.

\* \* \*

Dos fatos passemos aos números, pois eles nos dão melhor idéia da atividade exercida. Olhemos de relance para este quadro, em que estão computadas as intervenções feitas conforme o ano:

A N O S	OPERAÇÕES
1926.....	8
1927.....	116
1928.....	185
1929.....	329
1930.....	484
1931.....	427
1932.....	576
1933.....	648
1934.....	602
1935.....	842
1936.....	1.032
1937.....	1.032
1938.....	755
1939.....	757
1940.....	806
1941.....	879
1942 (1.º semestre).....	499
TOTAL.....	9.977 ou seja uma média de 604 por ano.

Passemos em revista esse quadro. Temos que nos deter, em primeiro lugar, no fim de 1927: foi a 31 de dezembro desse ano que defendemos nossa tese de doutoramento, para colar grau três dias depois, sem solenidade, na secretaria da Faculdade de Medicina, perante o diretor e com o testemunho de um dos professores. A citação da defesa de tese impõe-nos um parentesis, para esclarecimento de uma conduta que a muitos pareceu estranha. Si trabalhávamos em um serviço de cirurgia de elevada reputação, parecia lógico que devíamos ter escolhido um tema re cirurgia para a nossa dissertação doutoral. Tal não se deu: a nossa tese versou sobre as águas medicamentosas naturais. E' que nos sentíamos na obrigação de prestar um preito de gratidão à terra que nos viu nascer. Ela é depositária de uma das mais ricas bacias hidromedicinais do Brasil e até então nenhum estudo tinha merecido. Pareceu-nos apropriado homenagear o nosso torrão natal com um ensaio sobre as suas virtuosas fontes, oferecendo-lhe algo que lhe pudesse ser útil, já que a nossa futura atividade profissional não pretendíamos fosse exercida fora de um centro cirúrgico onde pudessemos aperfeiçoar os nossos velhos penhores para a arte de operar. Mas, si a tese de doutoramento não cogitou de assunto da especialidade a que nos consagramos, não tem sido pouco numerosa a contribuição que passamos a dar à literatura



cirúrgica, conforme atestam os vários livros e folhetos que temos publicado, procurando reunir a matéria apresentada ao plenário de congressos e associações científicas.

Voltemos, porém, ao quadro. Havíamos marcado uma pausa em 1927 e isso para dizer que, mesmo antes de terminado o curso da Faculdade de Medicina, já havíamos realizado 124 operações, sendo 8 enquanto cursávamos o 5.º ano e 116 enquanto cursávamos o 6.º ano. A transição de estudante para médico, nós não na sentimos: foi apenas o seguimento de uma atividade que já vínhamos exercendo, compenetrado das suas pesadas responsabilidades. A vida profissional prosseguiu, pois, sem aquele início numa espécie de vácuo, que desnortea e por vezes desanima o rapaz que deixa a Faculdade cheio de ilusões e esperanças. Continuando no mesmo Serviço e recebendo convites para exercer a cirurgia em outras organizações desta agitada Paulicéia, pudemos ver que já no segundo ano de formado fazíamos uma intervenção por dia útil e que no terceiro ano a média quasi que atingiu 1½ operações nos 365 dias do ano. Houve uma ligeira queda em 1931, para nova progressão ascendente nos dois anos seguintes; após ligeiro declínio em 1934, houve aumento sensível um ano depois, tendo a atividade do nosso Serviço se aproximado da saturação quando em 1936 e 1937 alcançou a elevada cifra de 1.032 intervenções em 12 meses. Sobreveio, então, a lei das desacumulações e tivemos de abandonar o serviço da Caixa de Aposentadorias e Pensões da São Paulo Railway, que nos fornecia cerca de 300 operações por ano. Iniciou-se, assim, em 1938 uma nova série em base mais baixa, mas que vem acusando crescente desenvolvimento, atestando um auspicioso prestígio do Serviço. Os dados do 1.º semestre do corrente ano mostram que esse crescendo ainda não parou, dando a presumir que até dezembro nos avizinharemos de 1.000 intervenções.

O total assinalado no quadro que vimos comentando não alcança os 10.000 casos, porque os 23 que faltam já pertencem aos 6 primeiros dias de julho e não foram computados para facilitar o estudo estatístico. Essas 9.977 operações foram realizadas pessoalmente por nós; não foram aí incluídas numerosas intervenções feitas no Serviço pelos nossos companheiros de trabalho nem muito menos aquelas da clínica privada dos nossos assistentes e por eles realizadas com a nossa assistência no campo operatório.

De 1933 para cá, passamos a fazer o registo das operações classificando-as em grandes e pequenas. Não há um critério clássico para se fazer essa classificação. Não pode haver, também, um critério rijo só pelo nome da intervenção realizada nem só pelo órgão ou sistema atingido. Uma amputação pode ser grande como pode ser pequena; um abcesso de axila não pode ser comparado com um abcesso subfrênico ou paranefrético; a ligadura de uma artéria em ferimento cortante do punho não equivale a uma aneurismorrafia. A gravidade da intervenção pelo estado geral do doente ou pelas con-

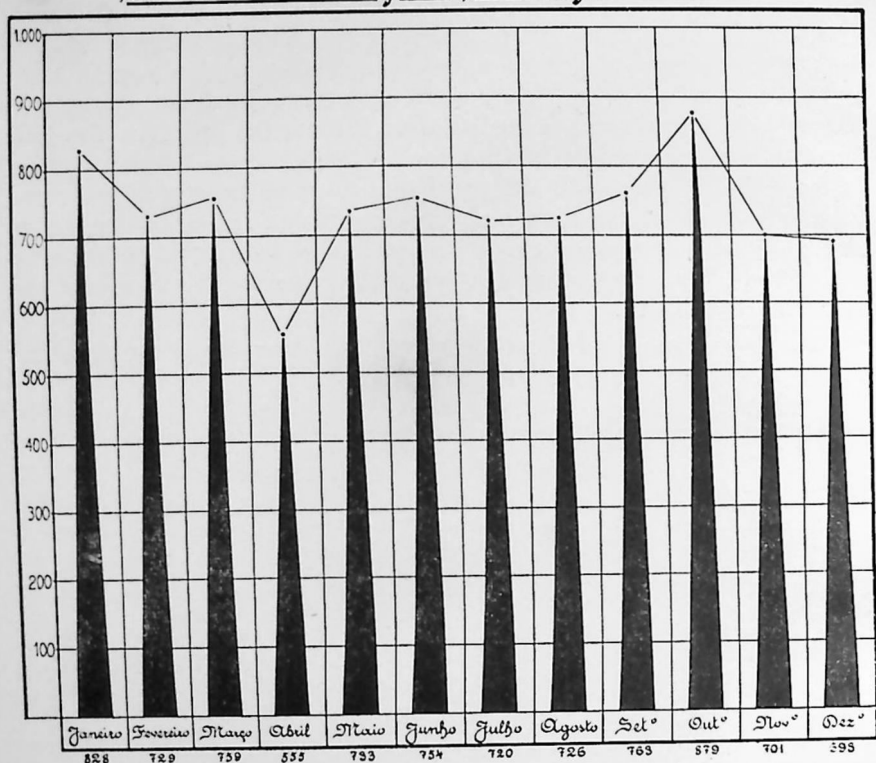
seqüências prováveis também não serve de critério imutável: a amputação de um polegar esmagado ou a abertura de um panarício sempre serão uma pequena intervenção, enquanto que uma apendicectomia, por mais simples e rápida que seja, sempre será uma grande intervenção. Já no antrás, tanto podemos ter uma pequena e simples operação, como uma grande e grave intervenção. Assim, conforme a natureza do caso, a classificação será feita mediante apreciação das circunstâncias que o envolvem. Numerosas intervenções que fizemos sob raqueanestesia foram classificadas como pequenas operações e nunca deixamos de assim classificar as curetagens uterinas, fosse qual fosse a anestesia empregada, embora saibamos que certos cirurgiões consideram essa intervenção como de grande vulto, mesmo quando feita sem nenhuma anestesia e para a simples extração de restos de aborto.

A nossa estatística destes últimos dez anos acusa os seguintes números, quanto ao vulto das intervenções:

ANOS	GRANDES OPERAÇÕES		PEQUENAS OPERAÇÕES		SOMA
	Total	%	Total	%	
1933.....	324	ou 50,00	324	ou 50,00	648
1934.....	351	ou 58,30	251	ou 41,70	602
1935.....	559	ou 66,38	283	ou 33,62	842
1936.....	640	ou 62,01	392	ou 37,99	1.032
1937.....	622	ou 60,37	410	ou 39,73	1.032
1938.....	441	ou 58,41	314	ou 41,59	755
1939.....	469	ou 61,96	288	ou 38,04	757
1940.....	471	ou 58,44	335	ou 41,56	806
1941.....	525	ou 59,73	354	ou 40,27	879
1942 (1.º sem.)	291	ou 58,32	208	ou 41,68	499
	4.693	ou 59,77	3.159	ou 40,23	7.852

Há aqui apenas alguns dados que se afastam um pouco mais da média geral: os referentes ao ano de 1933, quando as operações se repartiram igualmente em grandes e pequenas, e os referentes ao ano de 1935, quando houve acentuada predominância das grandes operações. Nos demais anos a porcentagem acusou sempre uma relação aproximada de 3 grandes intervenções para 2 pequenas. Quando iniciamos o estudo desta estatística, pareceu-nos que iríamos encontrar um aumento gradual das grandes intervenções com decréscimo das pequenas e isso porque, à primeira vista, parecia obvio que o cirurgião à medida que vai se firmando despreza as pequenas intervenções para se dedicar às de maior vulto. Mas a realidade não é essa: quanto mais seu nome se torna conhecido mais ele é pro-

Serviço Cirurgico do Dr. Eurico Branco Ribeiro  
Incidência das operações conforme o mês



curado por motivo de confiança pessoal; e o doente quer lhe confiar não só os casos graves mas também o exige para aqueles mais simples, que qualquer um faria com a mesma desenvoltura. Assim, é justo que a proporção se conserve sempre a mesma, depois de passados os primeiros anos de clínica, nos quais a idade do cirurgião e a sua pouca experiência são fatores em desfavor do ambiente de confiança de que necessita para lhe aparecerem operações de maior vulto.

\* \* \*

Não deixa de ser curioso um apanhado geral sobre a incidência das operações quanto aos meses do ano. Para isso, vamos desprezar o primeiro semestre do corrente ano e os primeiros anos de clínica, nos quais não contávamos ainda com um Serviço em pleno desenvolvimento e que, portanto, não devia sofrer as alterações normal-

mente observadas nas várias épocas do ano. E' sabido que em dezembro, pela aproximação das festas do Natal e Ano Novo, e em junho, em virtude de férias escolares e das tradicionais festas de São Pedro, os doentes no geral protelam as suas operações para depois dos festejos. Como se verá do quadro seguinte, a estatística vem confirmar essa crença para o mês de dezembro, não o fazendo, porém, para o mes de junho, que aparece logo no 5.º lugar:

*Distribuição das operações conforme o mês.*

ANOS	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	JUL.	AGÔ.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	TOTAL
1930.....	46	31	23	27	38	47	56	43	62	36	36	39	484
1931.....	54	41	31	12	50	34	24	29	28	40	48	36	427
1932.....	44	44	19	62	53	28	37	64	73	51	42	59	576
1933.....	54	52	57	37	24	63	60	51	60	68	64	58	648
1934.....	22	52	67	64	61	40	37	35	50	57	53	64	602
1935.....	56	22	50	79	76	80	86	68	77	98	81	69	842
1936.....	116	80	92	96	83	90	78	76	96	110	55	60	1.032
1937.....	99	97	101	34	93	103	81	96	87	94	70	77	1.032
1938.....	88	90	73	13	53	52	69	60	60	74	59	64	755
1939.....	53	63	82	44	59	66	57	78	60	74	62	59	577
1940.....	90	65	69	63	80	70	63	64	46	94	75	27	806
1941.....	106	92	95	24	63	81	72	62	64	83	56	81	879
Colocação.....	826	729	759	555	733	754	720	726	763	879	701	693	8.840
	2	7	4	12	6	5	9	8	3	1	10	11	

Mas há-de se notar que dezembro não é o último; êste posto ficou para abril, e por um motivo muito simples: no geral é nessa época do ano que temos tirado as nossas férias, sendo portanto razoavel que não tenha obtido melhor colocação. Os meses que se destacam como os de maior trabalho são os de outubro, janeiro e setembro, sendo que a média do conjunto setembro-outubro equivale ao total de janeiro: 821 contra 828. Assim, poderíamos dizer que no começo do ano o posfestas e o desejo de entrar numa vida nova fazem aumentar o serviço cirúrgico, enquanto que na primavera os motivos seriam a amenidade do clima, com o afluxo dos que fugiram dos dias desagradaveis do inverno. O mês de maior número de operações foi o de janeiro de 1936, com 116 intervenções.

Com referência ao número de operações por mês, podemos organizar o seguinte quadro:

OPERAÇÕES	N.º DE VEZES	%
mais de 100 operações.....	5	3,47
de 91 a 100 operações.....	12	8,36
de 81 a 90 operações.....	13	9,03
de 71 a 80 operações.....	16	11,13
de 61 a 70 operações.....	27	18,72
de 51 a 60 operações.....	29	20,15
de 41 a 50 operações.....	13	9,03
de 31 a 40 operações.....	15	10,34
de 21 a 30 operações.....	11	7,66
de 11 a 20 operações.....	3	2,11
	144	

A média geral dá 61,39 operações por mes num período de 12 anos; para se avaliar o desenvolvimento do Serviço, basta dizer que no primeiro semestre do corrente ano a média foi de 83,16 por mês, isto é, mais 22 do que a média geral. Números mais altos do que a média atual — que, como se vê, se avizinha de 80 operações — foram consignados em apenas cerca de 20% dos meses referidos no quadro acima.

\* \* \*

Quanto à procedência dos doentes, podemos organizar o seguinte quadro:

*Distribuição das operações, quanto à procedência dos doentes:*

ANO	Doentes avulsos		Caixa S. Paulo Railway		Caixa E. F. Sorocabana		Soc. Beneficente Chauffeurs		A. B. União e Progresso		Beneficência Portuguesa		Outras Sociedades		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1934.....	247	41,1	320	53,1	—	—	12	2,0	21	3,5	—	—	2	0,3	602
1935.....	263	31,2	351	41,7	165	19,6	28	3,3	34	4,0	—	—	1	0,2	842
1936.....	363	35,2	342	33,1	234	22,7	35	3,5	44	4,2	14	1,3	—	—	1.032
1937.....	328	31,8	288	27,9	272	26,3	72	7,0	51	5,0	18	1,7	3	0,3	1.032
1938.....	338	44,8	32	4,2	239	31,6	66	8,7	55	7,3	13	1,7	12	1,7	755
1939.....	386	51,0	—	—	231	30,5	69	9,1	47	6,2	17	2,2	7	1,0	757
1940.....	407	50,5	—	—	231	28,8	73	9,1	59	7,3	16	2,0	20	2,3	806
1941.....	471	53,7	—	—	236	26,8	92	10,5	52	5,9	12	1,3	16	1,8	879
TOTAL ...	2.804	41,9	1.333	19,9	1.608	23,7	487	7,2	363	5,3	90	1,2	61	0,8	6.705

Concideramos doentes avulsos aqueles que não nos foram encaminhados pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões para as quais trabalhamos nem os que nos procuraram enviados por sociedades de assistência que pagam diretamente aos médicos os serviços que prestam aos seus associados, como a Beneficência Portuguesa, a Sociedade Beneficente dos Chauffeurs, a Associação Beneficente União e Progresso, etc. Assim, a denominação de "avulsos" cabe aos doentes que vieram ter ao Serviço ou espontaneamente — uma pequena minoria — ou por indicação de colegas — em número apreciável — ou finalmente por indicação de nossos próprios clientes — constituindo a maioria, pois é sabido que os maiores propagandistas do cirurgião são os seus próprios operados. Fazemos aqui um parêntesis para deixar consignado o nosso muito sincero agradecimento a todos os que nos honraram com a sua confiança, principalmente aos colegas que entregaram em nossas mãos a solução cirúrgica dos casos dos seus clientes, contribuindo, assim, eficientemente, para mais rápido se firmar o conceito de que desfruta o nosso Serviço. Realmente, sem a cooperação dos clínicos e especialistas amigos não teríamos visto crescerem de maneira tão auspiciosa os números que se superpõem na coluna dos doentes avulsos do quadro acima. Com efeito, após uma ligeira estabilização de 1936 a 1938, os dados absolutos novamente retomaram a curva progressivamente ascendente que vinham registando. Esse crescimento se acentuou nos últimos três anos, coincidindo o início dessa nova fase com a instalação do Sanatório São Lucas, de que somos um dos diretores desde a fundação.

Passando, agora, às colunas seguintes, verificamos que os serviços de Caixa acusam u'a média praticamente estavel nos seus dados absolutos, donde a diminuição gradativa da porcentagem à medida que cresce o volume total do Serviço. Nesse quadro vê-se bem que a lei das desacumulações, obrigando-nos a abandonar a Caixa da São Paulo Railway, nos privou de uma quota de mais de 300 operações anuais, permanecendo sem alterações as 230 — 240 intervenções que nos proporciona anualmente a Caixa da Estrada de Ferro Sorocabana. A fixidez dos números relativos às Caixas deve-se, sem dúvida, ao fato de possuírem um total pouco variavel de associados, ao mesmo tempo que o nosso serviço de consultas sempre se manteve ao nível da saturação. Isto posto, com a incorporação recente de outras estradas de ferro à Sorocabana, é possível que aumente ligeiramente a nossa atividade cirúrgica na Caixa dessa ferrovia.

Já para outras sociedades, como a Beneficente dos Chauffeurs, que se acham em plena prosperidade, os dados absolutos vêm acusando um aumento progressivo, o que faz manter praticamente estavel a sua porcentagem no computo geral, acompanhando, assim, o desenvolvimento geral do Serviço. Isso traduz a confiança crescente que o nosso Serviço vem despertando entre os seus associados.

Para uma apreciação mais concisa, devemos reunir aos doentes avulsos os encaminhados pelas sociedades assinaladas no último qua-

dro, creando a rubrica de Serviço privado, em contraposição com Serviço de Caixas. Dessa forma, aquele quadro pode ser resumido no seguinte:

ANOS	SERVIÇO DE CAIXAS		SERVIÇO PRIVADO		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	
1934.....	320	53,2	282	46,8	602
1935.....	516	61,3	326	38,7	842
1936.....	576	55,9	456	44,1	1.032
1937.....	560	54,2	472	45,8	1.032
1938.....	271	35,8	484	64,2	755
1939.....	231	30,6	526	69,4	757
1940.....	231	28,6	576	71,4	806
1941.....	236	26,8	643	73,2	879
	2.941	43,8	3.765	56,2	6.706

O critério principal para uma tal divisão reside no seguinte: o Serviço de Caixas é por assim dizer compulsório, obrigando o doente a ser atendido por determinado cirurgião, que recebe uma retribuição fixa mensal; o serviço privado depende da confiança do doente, que escolhe o seu cirurgião, o qual é remunerado pelo trabalho que faz, seja diretamente pelo paciente, seja pelas sociedades a que este pertence. Assim, sob o ponto de vista financeiro, só o serviço privado pode ser um índice de apreciação, sujeito ainda a variações sem dúvida imprevisíveis, pois não há em nosso meio regras nem praxes estabelecidas para a remuneração dos serviços cirúrgicos.

Mas olhemos para o quadro. Ele mostra um aumento ininterrupto do serviço privado nestes últimos oito anos, com a estabilização já assinalada do Serviço de Caixas. Um tal fato faz que a diminuição da porcentagem relativa a este Serviço redunde em aumento da porcentagem concernente ao Serviço privado e em tal escala que vimos os números ultrapassarem os 70%, numa progressão paulatina, o que faz prever que ainda terão um ligeiro aumento ou, pelo menos, ficarão nas cercanias dessa quota.

Vejamos, agora, onde foram realizadas as operações, a partir de abril de 1933:

Quadro que mostra onde foram realizadas as operações, a partir de abril de 1933:

	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942 1.º sem.	TOTAL
LOCALS											
Beneficência Portuguesa...	171	177	362	322	363	273	235	213	223	97	2.436
Santa Catarina.....	128	201	371	520	505	326	69	9	13	10	2.152
São Lucas.....				23	2	2	386	520	571	346	1.823
Cruz Azul.....			1	6							27
Santa Rita.....		3				1			2		8
Padre Bento.....									1		3
Pró-Matre.....		1	1		2				1		4
Matarazzo.....										7	6
Liberdade.....	1										7
Maternidade.....											1
Pedro II.....		1			1						1
Santa Casa.....											1
Esperança.....							1			2	4
Curitiba.....											1
Ponta Grossa.....								1			1
Santo Amaro.....									1		1
Fortaleza.....											1
Rio de Janeiro.....											1
Florianópolis.....											1
Cons. de Caixas.....	59	53	54	92	87	66	57	51	58	1	606
Cons. Particular.....	38	47	42	42	55	70	8	11	7	29	302
A domicílio do doente.....	24	19	11	26	17	17	1		7	5	138
A bordo do "Pedro I".....		100							1		1
Sem indicação.....	133										233
TOTAL.....	555	602	842	1.032	1.032	755	757	806	879	499	7.759

\* Tiremos desse quadro as 233 operações sem indicação do lugar onde foram realizadas e poderemos organizar um novo quadro agrupando as intervenções sob um critério diverso:

ANOS	EM HOSPI- TAIS DE SÃO PAULO	EM OUTRAS CIDADES	A BORDO	EM CON- SULTÓRIO	A DOMI- CÍLIO	TOTAL
1933.....	301	—	—	97	24	422
1934.....	383	—	—	100	19	502
1935.....	735	—	—	96	11	842
1936.....	872	—	—	134	26	1.032
1937.....	873	—	—	142	17	1.032
1938.....	602	—	—	136	17	755
1939.....	690	1	—	65	1	757
1940.....	742	2	—	51	11	806
1941.....	810	3	1	58	7	879
1942 (1.º sem.).....	462	3	—	29	5	499
	6.470	9	1	908	138	7.526

Comentemos os dois últimos quadros. Vejamos, em primeiro lugar, em que porcentagem incidiram as intervenções nos hospitais de São Paulo:

Beneficência Portuguesa.....	2.436 ou 37,8 %
Sanatório Santa Catarina.....	2.152 ou 33,2 %
Sanatório São Lucas.....	1.823 ou 28,1 %
Outros hospitais.....	59 ou 0,9 %
	6.470

E' com a máxima satisfação que deixamos aqui consignados os nossos mais sinceros agradecimentos às administrações desses três hospitais acima nomeados pela solicitude com que sempre atenderam as necessidades do nosso Serviço.

Quanto à cidade em que foram feitas as operações, a quasi totalidade coube a São Paulo, como era natural, havendo apenas 10 intervenções, ou a insignificância de 0,13%, fóra de São Paulo.

A relação entre as operações feitas em hospital e fóra de hospital é a seguinte: 6.479 para 1.047 ou seja 86,1% contra 13,9% números estes bastante significativos.

\* \* \*

Agora alguns dados sôbre os colegas e companheiros de trabalho que tivemos a ventura de ver ao nosso lado nas intervenções cirúrgicas.

Podemos separa-los em três grupos: o dos que normalmente trabalham ou trabalharam no Serviço; o dos estagiários do Serviço; e o dos que acidentalmente nos auxiliaram, seja porque tivéssemos de recorrer à sua preciosa ajuda, seja porque se tratasse de operar clientes seus, seja ainda porque estivessem de passagem

pelo Serviço e o seu auxílio foi solicitado. Os dados desta estatística referem-se ao período que se iniciou em meados de 1933 e terminou com o primeiro semestre de 1942.

O primeiro grupo compreende 13 médicos que nos auxiliaram em 5.803 operações, conforme a discriminação abaixo:

MÉDICOS	N.º DE OPERAÇÕES
Dr. João von Sonnleithner.....	2.005
Dr. Ney Penteadado de Castro.....	1.589
Dr. Ernesto Afonso de Carvalho.....	707
Dr. Nelson Rodrigues Neto.....	489
Dr. José Saldanha Faria.....	230
Dr. Nelson Cayres de Brito.....	192
Dr. Paulo Bressan.....	187
Dr. João Moura Brito Filho.....	114
Dr. Juvenal Marques.....	100
Dr. Jeronymo Stempniewski Júnior.....	68
Dr. Waldemar Machado.....	61
Dr. Serafim Elias.....	46
Dr. Milton Cayres de Brito.....	15
	5.803

A esse número devemos acrescentar mais 265 pequenas operações em que fomos auxiliado por enfermeiros, no geral no Serviço de Caixa, dando o total de 6.068 intervenções com auxiliar. No mesmo período, praticamos sem qualquer ajuda no campo operatório 1.589 operações, na quasi totalidade de pequena monta, como abertura de abscessos, extirpação de cistes sebáceas, excisão de cistes dermoides, curetagens uterinas, sequestrectomias, etc., mas nesse número estão também compreendidas algumas intervenções de maior vulto, como as de apendicite, hérnia, abscesso paranefrético, etc., nas quais nos vimos na contingência de intervir sem qualquer auxílio no campo operatório. Computando mais essas operações, temos que 7.657 intervenções foram feitas utilizando o pessoal que normalmente trabalha ou trabalhava no Serviço — isto é, o grupo 1.

O grupo 2 compõe-se de 7 médicos que fizeram estágio no Serviço e cuja atividade como nossos auxiliares de campo operatório foi a seguinte:

MÉDICOS	N.º DE OPERAÇÕES
Dr. Orlando Moro.....	58
Dr. Antonio Ribeiro de Camargo.....	47
Dr. Antonio Schwannsee.....	34
Dr. João Dias Ayres.....	33
Dr. Angelo Decânio.....	26
Dr. Eduardo Adami.....	22
Dr. Aureliano Carvalho.....	6
	226

Além dessas intervenções que auxiliaram, esses colegas realizaram em nosso Serviço algumas operações que não fazem parte deste estudo estatístico, sendo ajudados seja por nós, seja por algum dos nossos assistentes. Além dos colegas acima nomeados, também fez estágio regular no Serviço, antes da época a que se referem os presentes dados, o dr. Agostinho Brenner, que hoje é um dos mais destacados cirurgiões do Paraná.

O terceiro grupo nos fornece a seguinte relação:

MÉDICOS	N.º DE OPERAÇÕES
Dr. Oswaldo Alves de Godoy.....	36
Dr. José Ribeiro de Carvalho.....	35
Dr. Alfredo Pacheco Júnior.....	18
Dr. Aloysio Camargo.....	17
Dr. Hercilio Marrocco.....	9
Dr. Nelson Souza Campos.....	8
Dr. Júlio Bittencourt.....	8
Dr. Jaime Rodrigues.....	4
Dr. João Vicente De Luca.....	4
Dr. Souza Voto.....	3
Dr. Ademar Nobre.....	3
Dr. Ernani Simas Alves.....	3
Dr. Francisco Finocchiaro.....	3
Dr. Yoshio Okumura.....	2
Dr. Bernardo Pusch.....	2
Dr. Helio Werneck.....	2
Dr. Jarbas Barbosa de Barros.....	2
Dr. Carlos Ferreira da Rocha.....	2
Dr. Francisco Cerruti.....	2
Dr. Edison de Oliveira.....	2
Dr. Ary Doria.....	2
Dr. Ossian Aguiar.....	1
Dr. Pedro Ribas.....	1
Dr. Rubem Souto.....	1
Dr. Luiz Mauro.....	1
Dr. Ubirajara Sabatella.....	1
Dr. Américo Nasser.....	1
Dr. Mario Velez.....	1
Dr. Nuno Guerner.....	1
Dr. Alves Meira.....	1
Dr. Piragibe Nogueira.....	1
Dr. Camargo Andrade.....	1
Dr. Alcides Leal Costa.....	1
Dr. João De Lorenzo.....	1
Dr. Nestor Granja.....	1
Dr. Augusto Langgard.....	1
	182

A esses 36 colegas renovamos aqui os nossos agradecimentos pelo precioso auxílio que nos prestaram.

Resumindo, podemos dizer que:

no grupo 1 fomos auxiliado por 13 médicos em 7.657 operações.  
 no grupo 2 fomos auxiliado por 7 médicos em 226 ”  
 no grupo 3 fomos auxiliado por 36 médicos em 226 ”  
 num total de . . . . . 56 médicos em 8.065 operações.

\* \* \*

Passemos agora ao estudo estatístico da anestesia empregada.  
 Vamos fazer uma chave, para melhor orientação:

Anestesia	{	geral	{	endovenosa
				por narcose
	{	parcial	{	infiltração
				loco-regional
				embebição
				congelação

Num total de 7.408 intervenções anotadas de 1933 para cá, não houve necessidade de anestesia em 697 casos ou em 9,4%, restando 6.711 em que qualquer dos métodos de anestesia foi empregado e é sobre esse total que vamos calcular as porcentagens. Os casos que dispensaram anestesia, referem-se geralmente a abscessos dentários, abscessos amígdalianos, suturas de ferimentos, curetagens uterinas, sutura de perineo posparto, etc.

Seguindo o esquema acima, vejamos como se distribuíram os casos:

Anestesia geral.....	886	ou 13,2 %
Anestesia parcial.....	5.825	ou 86,8 %
	6.711	

A segunda divisão da chave nos oferece estas informações:

	N.º DE CASOS	%
Anestesia endovenosa.....	12	0,17
Anestesia por narcose.....	874	13,02
Anestesia loco-regional.....	2.324	34,63
Anestesia troncular.....	3.501	52,18
	6.711	100,00

Verifica-se, desde logo, que a anestesia troncular é a mais utilizada no Serviço, sendo empregada em mais da metade dos casos. Trata-se, na quasi totalidade, de anestesia raqueana (3.499 contra 2), sendo que o anestésico da nossa preferência é a Scurocaina a 5%.

O quadro abaixo nos oferece maiores detalhes sobre a anestesia troncular:

ANO	OPERAÇÕES RELATADAS	SEM ANESTESIA	DOENTES ANESTESIADOS	RAQUEANA	EPI-DURAL	PARA-DURAL	% DA RAQUEANESTESIA C/ RELAÇÃO ÀS ANESTESIAS
1933	386	67	319	148	—	—	46,4
1934	420	88	332	173	1	—	52,1
1935	842	83	759	424	—	—	55,8
1936	1.032	93	939	499	—	—	53,1
1937	1.032	85	946	508	—	—	53,7
1938	755	66	689	347	—	—	50,3
1939	757	51	706	379	—	—	53,8
1940	806	71	735	375	—	—	51,0
1941	879	62	817	413	—	1	50,5
1942	499	30	469	233	—	—	49,6
	7.408	697	6.711	3.499	1	1	52,1

A quota correspondente à raqueanestesia tem variado em nosso Serviço. Ela é a anestesia de eleição para a cirurgia do fígado e vias biliares, para o andar inferior do abdome, para a cirurgia urológica e para as intervenções nos membros inferiores. Como não acusa grandes oscilações na porcentagem, podemos dizer que nas 2.500 intervenções que precederam à presente estatística cerca de 1.000 raqueanestésias foram feitas em nosso Serviço, o que eleva a nossa estatística para 4.500 requecenteses para fins anestésicos ou seja uma das mais vultosas contribuições individuais a esse tipo de anestesia em nosso país.

A anestesia loco-regional ocupa o segundo lugar em nossa estatística. Ela é usualmente empregada em nosso Serviço na pequena cirurgia, para extirpação de cistes e corpos estranhos, para a abertura de abscessos, sendo que nestes casos nós a temos associado, com os melhores resultados, a uma solução de sulfanilamida. A loco-regional também é empregada como regra na cirurgia do pescoço e do estômago, auxiliada por anestesia de base (morfina ou barbitúricos). É digno de registro que nesses casos nos utilizamos de uma quantidade relativamente pequena da solução anestésica, fazendo uma tireoidectomia subtotal com 15 a 25 cc. e uma gastroduodenectomia parcial à Polya com 50 a 80 cc, a não ser em indivíduos gordos, em que se torna necessário um gasto maior de anestésico. A anestesia loco-regional foi empregada em 34,63% dos casos, assim distribuídos:

1.878 por infiltração . . . . .	ou 80,81 %
1 por embebição . . . . .	ou 0,04 %
445 por congelação . . . . .	ou 19,15 %
Total. . . . .	2.324

Quanto aos agentes anestésicos, o quadro seguinte nos fornece uma relação dos que foram empregados:

LOCO-REGIONAL

ANOS	I N F I L T R A Ç Ã O										TOTAL			
	Scuro-caína	Sinal-gan	Neo-tuto-caína	Novo-caína	Novo-tox	Indo-lor W	Per-caína	Presto-caína	Tuto-caína	Super-caína		Sem indi-cação		
1933.....	3	30	1	15	—	—	—	—	1	1	39	—	25	115
1934.....	2	13	6	5	—	3	—	—	—	—	49	—	14	92
1935.....	46	85	14	45	—	—	—	—	—	—	—	—	43	233
1936.....	57	64	59	67	—	—	—	—	—	—	—	—	67	314
1937.....	61	94	44	70	—	1	—	—	—	—	—	—	61	333
1938.....	71	51	39	38	—	—	2	—	—	—	—	—	50	251
1939.....	67	75	16	8	7	—	2	—	—	—	—	—	68	243a
1940.....	74	113	12	2	31	—	1	—	—	—	—	—	43	277
1941.....	129	103	6	1	8	—	1	—	—	—	—	—	50	299
1942.....	89	33	2	—	19	—	—	—	—	—	—	—	24	167
	599	661	199	251	65	4	7	2	1	1	88	1	445	2.324

EMBE-BIÇÃO

CONGE-LAÇÃO

TOTAL

Passemos agora à anestesia geral, utilizada em apenas 13,2 % dos casos, nos quais a endovenosa foi empregada em somente 12 casos e a narcose em 874, isto é: 1,35 % e 98,65 %, respectivamente. O quadro seguinte nos fornece informes sobre as poucas anestésias endovenosas utilizadas no Serviço:

A N O S	EVIPAN	SONIFENO	EUNARCON	ESCOFEDAL	TOTAL
1933.....	—	—	—	—	—
1934.....	3	—	—	—	3
1935.....	2	—	—	—	2
1936.....	—	3	—	—	3
1937.....	—	—	1	—	1
1938.....	—	—	—	—	—
1939.....	—	—	—	2	2
1940.....	—	—	—	—	—
1941.....	—	—	—	1	1
1942.....	—	—	—	—	—
	5	3	1	3	12

Quanto à narcose, o quadro seguinte nos apresenta os dados registrados no Serviço com respeito ao agente anestésico usado:

ANOS	BALSO-FÓRMIO	CLORE-TILA	ETILENO	CLORO-FÓRMIO	ÉTER	CICLO-PROPANO	SEM INDICAÇÃO	TOTAL
1933	26	11	1	—	—	—	18	56
1934	30	19	—	4	—	—	10	63
1935	59	39	—	1	1	—	—	100
1936	65	58	—	—	—	—	—	123
1937	55	43	2	—	1	3	—	104
1938	45	43	—	—	—	3	—	91
1939	56	24	—	—	—	2	—	82
1940	59	23	—	—	—	1	—	83
1941	81	21	—	—	—	1	—	103
1942	52	17	—	—	—	—	—	69
	528	298	3	5	2	10	28	874

Como se verifica pelo exame dos números acima, a cloretila foi empregada em 34 % dos casos, cabendo a preferência para o Balsoformio, que foi utilizado em 61,5 % das narcoses.

\* \* \*

Para finalizar, vamos passar em rápida revista os números relativos às nossas atividades nos serviços de consultório, afim de que melhor se possa avaliar o volume total do movimento de nossa vida profissional. Não foram computados os dados relativos aos doentes que nos procuraram pela manhã nos hospitais, seja para consulta,

seja para curativos, injeções, etc., nem tampouco foram anotadas as visitas domiciliares, feitas nos intervalos dos serviços regulares ou durante a noite, por casos de urgência. A essas falhas de registo do serviço ambulatorio deve-se acrescentar a não anotação de numerosos curativos, injeções, punções, transfusões de sangue, etc., feitas em doentes internados e que não figuram nos dados que atrás reproduzimos. Isso vale dizer que a totalidade do serviço feito não nos é possível apresentar na figuração dos números.

Dois serviços independentes de ambulatorio vimos mantendo: um para os funcionários de Caixas, o outro para os clientes particulares e para os doentes encaminhados por sociedades que se utilizam do nosso Serviço Cirúrgico. No consultório particular também atendemos a um certo número de associados de Caixas que, por circunstâncias especiais, ali nos procuram, aliás cada vez com menor insistência, conforme provam as estatísticas.

O movimento do consultório das Caixas sofreu sensíveis variações, de acordo com a época, pois que trabalhamos ora para duas, ora para uma só, sendo que de 1938 para cá a lei das desacumulações nos obrigou a restringir o serviço a uma só. Mesmo assim, o volume de trabalho cresceu nos tres anos que precederam a 1941, quando o serviço de consultas se estabilizou num limiar de saturação. O acmé registado compreende os anos de 1936 e 1937, quando tivemos em plena atividade os serviços de ambas as Caixas. Em suma, nos ambulatorios das Caixas de Pensões e Aposentadorias (São Paulo Railway e E. F. Sorocabana), tivemos a oportunidade de realizar os seguintes serviços nestes últimos doze anos:

A N O	CONSULTAS	CURATIVOS	PERÍCIAS MÉDICAS
1930.....	3.314	756	20
1931.....	2.424	531	11
1932.....	2.274	346	1
1933.....	1.750	193	7
1934.....	1.529	168	22
1935.....	3.847	260	70
1936.....	5.799	580	98
1937.....	5.937	574	98
1938.....	3.813	115	47
1939.....	3.978	121	97
1940.....	4.413	94	126
1941.....	4.410	192	72
TOTAL.....	43.488	3.930	669
Média anual	3.624	327,5	56

Quanto ao nosso consultório particular, o movimento registado pode ser apreciado pelos números que damos a seguir. Vejamos, primeiro, a procedência das pessoas atendidas:

*Procedência das pessoas atendidas no consultório particular*

ANOS	CAIXAS DE PENSÕES		AVULSOS		SOCIEDADES		NÃO CONSULENTES		TOTAL
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
1930.....	635	25,3	1.456	56,8	386	15,1	60	2,7	2.565
1931.....	416	15,9	1.302	47,2	715	25,9	323	11,0	2.766
1932.....	253	9,9	1.396	55,0	661	26,0	234	9,1	2.544
1933.....	375	15,4	1.564	64,4	246	10,1	240	10,1	2.425
1934.....	326	14,6	1.488	66,6	204	9,2	215	9,6	2.233
1935.....	394	15,7	1.509	60,1	380	15,1	227	9,1	2.510
1936.....	249	9,4	1.721	65,4	440	16,7	223	8,5	2.633
1937.....	236	8,9	1.590	60,3	618	23,4	196	7,4	2.640
1938.....	44	1,6	1.759	64,1	713	26,0	228	8,3	2.744
1939.....	44	1,5	2.036	67,1	879	28,9	76	2,5	3.035
1940.....	27	0,9	2.135	68,6	916	29,4	35	1,1	3.113
1941.....	31	0,9	2.441	70,1	961	27,6	50	1,4	3.483

Verificamos nesse quadro, em primeiro lugar, o decrescimento de 25,3% para 0,9% dos doentes encaminhados pelas Caixas de Pensão, pois como mantemos um serviço diario de consultas na sua sede temos procurado atender somente ali os seus associados, apenas recebendo em nosso consultório particular os casos de urgência e certos casos especiais, de acordo com as conveniências do nosso Serviço.

Os clientes avulsos que nos procuram espontaneamente ou indicados por colegas, amigos e velhos clientes, vêm aumentando gradativamente, dando-nos a grata impressão de que o nosso Serviço vai crescendo em prestígio perante os elementos que na verdade lhe dão atividade e autonomia. Tivemos assim a asção de 56,8% em 1930 para 70,1% em 1941, cifras bem significativas.

O serviço dependente de sociedades das quais somos cirurgião também vem acusando um desenvolvimento gradativo, atestando a confiança que o Serviço tem inspirado aos beneficiários dessas sociedades. Tem-se mantido nos últimos anos entre os 25 e 30%.

Em compensação vem decrescendo a coluna dos não consulentes, na maioria formada por pessoas que nos procuram para fazer propaganda de preparados farmacêuticos e em parte constituídas por amigos que nos visitam, colegas que nos procuram e pessoas com quem entretemos relações comerciais. A queda abrupta verificada nos últimos tres anos prende-se ao fato de termos mudado o nosso consultório do centro da cidade, onde sempre estivera, para dependência do Sanatório São Lucas, onde a visita dos representantes dos laboratórios geralmente se faz no periodo da manhã e não à tarde, que é a hora destinada às consultas e a que correspondem os presentes dados estatísticos.

As visitas dos representantes durante o periodo de trabalho hospitalar não estão computadas, bem como não figuram as numerosas consultas feitas nesse periodo e em geral correspondentes a casos de urgência, mas muita vez dependentes da exigência dos doentes, que não compreendem o inconveniente para a boa marcha do Serviço da sua presença fora das horas destinadas á consulta.

Também não estão computadas, conforme já acentuamos, as numerosas visitas domiciliárias a que somos forçados pelas contingências da clínica.

Tudo isso concorre para tornar ainda mais vultoso o volume da atividade real dos nosso Serviço.

Para se ter uma idéia mais objetiva do dispêndio de energias, camos reproduzir no quadro seguinte o volume total das pessoas atendidas com referência ao número de dias de consulta, afim de verificar a média diaria, só em nosso consultório particular.

ANOS	PESSOAS ATENDIDAS	N.º DE DIAS DE CONSULTA	MÉDIA DIÁRIA
1930.....	2.565	288	8,9
1931.....	2.756	270	10,2
1932.....	2.544	251	10,1
1933.....	2.425	242	10,0
1934.....	2.233	230	9,7
1935.....	2.510	228	11,0
1936.....	2.633	229	11,5
1937.....	2.640	226	11,7
1938.....	2.744	222	12,4
1939.....	3.035	235	12,9
1940.....	3.113	226	13,8
1941.....	3.483	234	14,9

Como se vê, a média diária subiu de 8,9 para 14,9 ou seja um acréscimo de 60%. Mas esse é o movimento de um só dos nossos consultórios — o particular. E' preciso que a esse movimento se ajunte o do consultório da Caixa de Pensões, ao qual atualmente comparecemos diariamente. Podemos, então, estabelecer o seguinte quadro, em que, ao lado dos números correspondentes às pessoas atendidas em nosso consultório particular, alinhmos o total das pessoas atendidas nos consultórios de Caixa de Pensões:

ANOS	CONSULTÓRIO PARTICULAR	NAS CAIXAS DE PENSÕES	TOTAL
1930.....	2.565	3.314	5.879
1931.....	2.756	2.424	5.180
1932.....	2.544	2.273	4.817
1933.....	2.425	1.757	4.182
1934.....	2.233	1.499	3.732
1935.....	2.510	3.846	6.356
1936.....	2.633	5.799	8.432
1937.....	2.640	5.937	8.577
1938.....	3.744	3.811	6.555
1939.....	3.035	3.978	7.013
1940.....	3.113	4.413	7.526
1941.....	3.483	4.410	7.893
TOTAL.....	32.681	43.461	76.142

Verifica-se que enquanto cresce gradativamente a coluna referente ao consultório particular, a correspondente às Caixas apresenta variações acentuadas, isso porque ora trabalhavamos para uma, ora

para duas Caixas de Pensões e Aposentadorias, sendo que de 1939 para cá só temos o serviço da Caixa da Estrada de Ferro Sorocabana. O quadro mostra que em 12 anos atendemos em consultório o total de 76.142 pessoas ou a média de 6.345 por ano, dando 22,3 por dia, se dermos u'a média de 285 dias de consultas por ano (365 - 65 domingos e feriados mais 15 dias uteis de ferias). O quadro também nos mostra que o movimento do consultório de Caixa representou 57,1 % do total; entretanto é preciso que se note que ali as consultas são dadas diariamente, enquanto que no consultório particular não atendemos às quintas-feiras, consagrando a tarde ao estudo.

Mas voltemos ao movimento do nosso consultório particular, onde os dados podem ser melhor detalhados, afim de fazermos uma análise sobre os motivos pelos quais nos bateram às portas.

Fomos procurado para os seguintes fins:

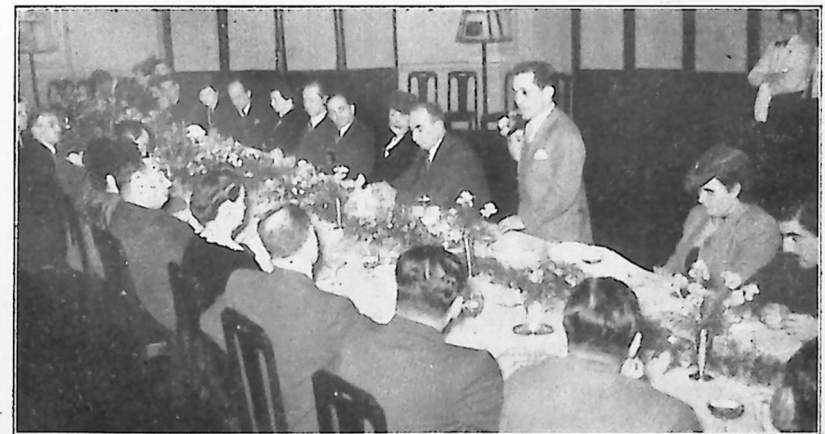
ANOS	CONSULTAS	CURATIVOS	INJEÇÕES	PEQUENAS OPERAÇÕES	OUTROS MOTIVOS	TOTAL
1932.....	1.296	363	226	58	643	2.586
1933.....	1.332	346	255	52	588	2.573
1934.....	1.269	290	190	26	578	2.353
1935.....	1.449	292	221	36	622	2.620
1936.....	1.634	344	152	25	590	2.745
1937.....	1.710	310	130	38	585	2.773
1938.....	1.618	398	188	46	661	2.911
1939.....	2.445	276	88	39	342	3.190
1940.....	2.686	277	95	37	151	3.246
1941.....	3.057	409	40	59	155	3.720
TOTAL.....	18.496	3.305	1.585	416	4.915	28.717
% média....	64,4	11,5	5,5	1,5	17,1	
% de 1941..	82,2	11,0	1,1	1,6	4,1	

O aumento gradativo do número de consultas é a prova do desenvolvimento constante do Serviço. Houve decréscimo no movimento de aplicação de injeções, de acordo com a tendência geral observada nos consultórios médicos de confiar cada vez mais a aplicação de injeções a terceiros, à medida que o serviço vai aumentando e a atividade individual se concentra a mais e mais nos misteres do diagnóstico. Também se registou nos últimos tres anos um notavel decréscimo na coluna das pessoas que nos procuram por "outros motivos" e isso já foi atrás explicado: a mudança do consultório para o Sanatório São Lucas, deixando de nos procurar nas horas de consultas os representantes de preparados farmacêuticos e outros propagandistas. Comparando a porcentagem da média geral

dos dez anos a que se refere o quadro acima com a porcentagem do último ano, vemos que ela caiu de 17,1 para 4,1 %. Nas colunas relativas aos curativos e às pequenas operações a porcentagem não variou, o que é lógico, pois uma atividade depende da outra, verificando-se que cada pequena operação corresponde a 7 ou 8 curativos. A diminuição na porcentagem das injeções já foi explicada. À custa dessa diminuição e da decorrente dos dados correspondentes às pessoas que nos procuram por "outros motivos", cresceu sensivelmente a porcentagem dos consultantes, que passou de 64,4 % na média dos dez anos para 82,2 % no último ano da estatística.

\* \* \*

Ai ficam os números que pudemos alinhar nesse balanço de atividade que nos sugeriu a realização da 10.000.<sup>a</sup> operação. Os dados não são completos, mas foram os que pudemos recordar. É facilmente compreensível que no início da nossa vida profissional não tivéssemos anotado, com a devida especificação, toda a atividade dispendida. Só com o correr do tempo, à medida que pudemos melhor organizar o nosso Serviço, é que se foram registrando os dados que hoje fazem parte integrante da rotina das nossas anotações. Mais completa será, sem dúvida, a estatística da 2.<sup>a</sup> série de 10.000 operações, si chegarmos a completa-la. Ao comenta-la queira Deus posamos externar o nosso agradecimento a todos os mesmos companheiros a quem deixamos aqui assinalada a nossa gratidão pelo auxílio decidido que nos vêm prestando.



Fotografia tirada no jantar oferecido no Hotel Terminus ao prof. Benedito Montenegro e aos auxiliares e colaboradores do autor deste livro em comemoração da sua 10.000.<sup>a</sup> operação. Falava na ocasião o dr. Nelson Cayres de Britto.

## As possibilidades da via arterial\*

A via arterial para introdução de medicamentos teve os seus primeiros ensaios em 1665, graças à iniciativa de Maltagliatti, não havendo referência sobre o remédio usado nem sobre a moléstia visada. Só cerca de dois séculos e meio mais tarde é que de novo se cogitou da via arterial. Verificada a possibilidade da utilização das artérias como meio de levar a um determinado setor do organismo substâncias de contraste radiológico capazes de orientar um diagnóstico, tendo Sicard e Forestier se destacado nas experiências iniciais, a idéia do emprego da via arterial em terapêutica surgiu naturalmente como consequência da inocuidade das picadas, até então temidas.

Em 1899, Parlavecchio escrevia na sec. cirúrgica de II Policlínico a respeito da "lavagem antisséptica intersticial dos tecidos pela via arterial". Seus estudos ficaram ainda no olvido, até que em janeiro de 1909, a Revista Clínica de Madrid publicava um trabalho de T. Gojanes sobre um novo método de anestesia regional, baseado no uso das artérias, e, dois anos mais tarde, a mesma revista inseria mais um trabalho do mesmo autor sobre a "quimioterapia direta por via arterial no tratamento da tuberculose". A iniciativa do autor espanhol foi, porém, infrutífera e isso decorreu do fato de ter ele visado u'a moléstia de evolução crônica e morosa nas reações aos medicamentos — a tuberculose: tentou jugular uma osteoartrite com cianeto de ouro e de potássio.

Esse insucesso deixou esquecida a via arterial, até que cinco anos mais tarde, em 1913, Jules Courmont e Chattot ensaiaram experimentalmente a via carotídica no tratamento do tétano e, em 1914, Paul Fiolle, autor da idéia, e seu irmão Jean Fiolle apresentaram à Sociedade de Cirurgia de Marselha os seus ensaios de hematose artificial mediante angioterapia arterial num caso de gangrena gasosa, em que fizeram a introdução de oxigênio na artéria principal do membro lesado. Durante a Grande Guerra, Leriche, que já havia experimentado a via arterial ao lado de Courmont (1913), recorreu a ela, ainda na terapêutica do tétano, fazendo a introdução do soro pelas carótidas, conforme ensaios anteriores de Heddaus (1914). Os resultados não foram muito brilhantes.

\* Comunicação à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1.º de agosto de 1945.

A via arterial foi usada por Zapelloni em 1920 para a anestesia regional nas intervenções sobre a língua e o crânio e nesse mesmo ano a técnica das injeções arteriais nas encefalopatias foi estudada na Alemanha por Enderlen e Justi. Em 1923 apareciam trabalhos de Amalfitano e de Cinquemani na Revista Sanitária Siciliana sobre as injeções intrarteriais.

A Egaz Moniz, entretanto, é que se deve o estímulo para a divulgação da nova via. Em conferência realizada na Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal do Rio de Janeiro, em agosto de 1928, contou o cientista português que observara três casos de melhoras acentuadas em doentes com hipertensão após injeção de iodeto de sódio intracarotídeo para fins diagnósticos (arteriografias). Partindo dessas observações, alguns autores portugueses, com Reynaldo dos Santos à frente, começaram a praticar injeções arteriais com propósitos terapêuticos em várias moléstias, usando diversos agentes medicamentosos. Os resultados foram tão bons que o método se tornou logo conhecido.

Em 1928, Meleney e Zan fizeram estudos experimentais com o mercuro-cromo e a violeta de genciana por via arterial, em cães, demonstrando a inocuidade das picadas e efeitos benéficos dos medicamentos empregados.

Pode-se considerar como o marco inicial da divulgação da nova via a conferência de Reynaldo dos Santos em Strasburgo, no dia 22 de março de 1929, sobre "os horizontes da via arterial".

Na Itália, Borroli em 1929 e Scollo em 1930 apresentavam magníficos resultados com a injeção de prata coloidal nas artérias. Nos Estados Unidos, em 1930, Mac-Mahon curava um caso de meningite pneumocócica.

Em 1931, Kolmar obteve bons resultados no tratamento de meningites injetando soro nas carótidas. Em 1932, Lawers tinha resultados negativos com o óxido de cobalto e o cloreto de talio em caso de cancer. Leriche, em 1933, colhia frutos magníficos com o uso do mercúrio-cromo e da violeta de genciana por via arterial em linfangites graves, artrites gonocócicas e em acidentes gangrenosos das artérias. A violeta de genciana também ofereceu resultados satisfatórios, em 1935, para Goinard, Pietre e Lemaire, em flegmão do antebraço e em osteomielites do fêmur, tendo falhado num caso de artrite tuberculosa do cotovelo. Na Angola, Silveira Ramos curou um acesso pernicioso comatoso com brometo de quinina nas carótidas e em 1933 havia feito mais de 100 injeções carotidianas de triparamide na moléstia do sono, com desaparecimento dos tripanosomas do liquor.

Ainda no estrangeiro, entre os autores que usaram a via arterial, apontam-se Lucatelli (1935) na Itália; Kolmer, Rule e Madden (1929); Crawford (1931); Ersner e Mendel (1932) nos Estados Unidos; Demel e Sgalitzer (1933) na Áustria; Goinard (1935); Fourmestreaux e Fredet (1935); Bisset (1935) Arnulf e Friech

(1936); Fixer e Santy (1936); Huet, Wilddmouth e Ricard (1937), na França; João dos Santos, Cunha Limas, Souza Pereira, Canto Moniz, Alvaro Rodrigues, Nunes da Costa e Ruy Lacerda em Portugal, etc. A experiência dos autores portugueses é vultosa e entusiasmante; ha observadores como T. Serras Simões que apresentam estatísticas de 3.000 picadas arteriais para a introdução de medicamentos.

No Serviço de Reynaldo dos Santos, Leopoldo Lares habitualmente emprega o mercuro-cromo por via arterial nas osteomielites estafilocócicas.

No Brasil foi Américo Valério o primeiro a cuidar da via arterial em terapêutica, na opinião de Romero Marques; sob o ponto de vista semiológico, Hugo de Oliveira Ribeiro defendeu sua tese de doutoramento, em São Paulo, em 1928, sobre "Encefalografia arterial".

Em 1935, no Rio de Janeiro, Armenio Borelli, animado com os próprios resultados mediante o uso da violeta de genciana, propoz o emprego da vacinoterapia intrarterial, que usou com grande sucesso em casos de infecções dos membros e da face, creando o método da imunização segmentária, ainda hoje bastante usado em nosso país, tendo Laurindo Ferreira publicado um trabalho sobre o assunto em 1939.

Ainda em 1935, Leriche e Fontaine apresentaram bons resultados com a injeção de novocaína por via arterial nas formas dolorosas das arterites obliterantes, nos estados infecciosos dos membros, em afecções ósseas e articulares, tendo observado regressões da enfermidade comparáveis às obtidas com o mercúrio-cromo e a violeta de genciana.

Entre nós, em 1938, Romero Marques e Abreu Lima, do Recife, escreveram sobre as injeções intrarteriais nas infecções dos membros, assinalando bons resultados.

O emprego da via aórtica para a transfusão de sangue no caso em que as veias não são encontradas, foi posto em realce por J. Cid Santos, em 1937. Nesse mesmo ano, Montant e Guinchar referiram na "Gazette des Hôpitaux" seus ensaios com os bacteriófagos por via arterial.

Com o advento das sulfanilamidas, o mesmo Leriche apontou a possibilidade do seu emprego através da corrente arterial, ao mesmo tempo que, no Brasil e sem ter conhecimento prévio das palavras do cientista francês, tomavamos a iniciativa de pôr em prática o uso da sulfanilamida intrarterial, conforme comunicação feita em 13/3/1940 à Sociedade Médica São Lucas. Fizemos sobre o assunto várias comunicações a sociedades sábias, publicando-as a seguir. Além de nós, Paulo Bressan, José Saldanha Faria, Waldemar Machado e João Dias Ayres, todos da mesma Escola, em 1941, 1944 e 1945 publicaram trabalhos mostrando os excelentes resultados obtidos com

a sulfanilamida por essa via nos flegmões, linfangites, erisipela, furúnculos, panarícios, úlceras das pernas, osteomielites, etc.

Em Pernambuco, Frederico Carvalheira divulgou os bons resultados que obteve com a sulfanilamida por via arterial.

Em Marrocos, Martin; em Lisboa, Lamas; e, na França, Fourmentraux usaram a via arterial para a sulfanilamidoterapia, segundo Lenormant informava em fins de 1940.

Na Argentina, onde Calcagno usa a via arterial para fins anestésicos, em outubro de 1940, José e Jorge Valls publicaram suas observações com o Prontosil e em abril de 1941, Eduardo Masciottra lembrou que já se tinham obtido resultados surpreendentes com o emprego da sulfanilamida intrarterial. Nesse mesmo país, em 1942, José Alberto Piqué obteve resultados satisfatórios com a sulfanilamida no reumatismo blenorragico. E em 1943, no II Congresso Interamericano de Cirurgia, reunido em Buenos Aires, a via arterial foi assinalada pelo relator Augusto A. Covaro e o correlator chileno Ruperto Vargas Molinari referiu os bons resultados obtidos por Imable com a sulfanilamida intrarterial. Na discussão Juan Carpanelli e Atilio Reggiani testemunharam, com larga experiência, os benefícios da sulfanilamidoterapia arterial. E recentemente (maio de 1945), Francisco Guma e Juan Alberio publicaram seus bons resultados com Prontosil nas infecções agudas da mão.

Em abril de 1943, Bernardes de Oliveira registou os bons efeitos dessa via terapêutica, ao cuidar das sulfanilamidas numa série de conferências realizadas na Associação Paulista de Medicina e em discussões havidas em nossas ociedades sábias Antonio Prudente, Nelson Cayres de Brito, Jayme Rodrigues e outros confirmaram, por experiência própria, os benefícios da sulfanilamidoterapia intrarterial e João Noel von Sonnleithner lembrou a conveniência da associação da vacina à sulfanilamida, o que temos feito muitas vezes, com os esperados resultados. Ainda entre nós, em julho de 1942, Nairo França Trench publicou seus resultados com a sulfanilamida por via carotidiana em processos meningo-encefálicos inflamatórios, referindo-se ainda à vacina em casos de abscesso cerebral e de meningite posoperatória; fez também a injeção carotidiana de 914 em caso de neurosifilis, repetindo, assim, as tentativas de Krauer, em 1919.

A sulfanilamida intrarterial foi ainda por nós usada como teste de circulação arterial dos membros, em substituição aos corantes (azul de metileno e tripaflavina) propostos anteriormente por Mário Otoberini Costa. Os resultados colhidos foram bastante animadores, proporcionando-nos a oportunidade de discutir esse método de exploração funcional das artérias perante o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, no Rio de Janeiro, em abril de 1944.

O uso da Penicilina por via arterial foi por nós feito em São Paulo, pela primeira vez, em um caso de artrite crônica supurativa do joelho, conforme nota prévia à Sociedade Médica São Lucas, em 1.º de agosto de 1944. Uma correspondência anônima em jornal

leigo datado de 29 de outubro de 1944, refere o seu uso em Portugal com os melhores resultados, em 4 casos acompanhados por Augusto Lamas.

A mais antiga publicação de que temos notícia sobre a penicilino-terapia arterial, deve-se, porém, a Maurício Gudin e Aloysio Neiva Filho, conforme ligeira nota publicada nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio, fascículo I do tomo XLI, datado de agosto de 1944, mas distribuído em fins de dezembro desse ano. A mesma nota fôra apresentada à Academia Nacional de Medicina, do Rio, em 15 de junho de 1944.

Tratando uma série de casos de osteomielite com penicilina por via arterial, conseguimos, recentemente, confirmar a nossa confiança nessa via, tendo registado, entre outros resultados brilhantes, a cura abortiva de um caso de osteomielite hematogênica do femur.

De toda essa repassada pela história do emprego da via arterial é bem fácil de se avaliar como tinha razão Reynaldo dos Santos quando lhe traçou os mais risonhos horizontes no campo da terapêutica. A sua utilidade aí é flagrante e merecedora de ser mais conhecida. No terreno da exploração funcional das artérias permite estudos mais amplos, que hão de falar em definitivo do valor que lhe está reservado no firmar orientação terapêutica diante de afecções dos membros.

## Mais uma indicação da sulfanilamida intrarterial \*

(Teste da circulação arterial dos membros)

Em março de 1940 apresentávamos os primeiros resultados que havíamos obtido com o emprêgo de solução de sulfanilamidas por via arterial. Insistindo com o uso dessa nova via do "remédio da moda" pudemos, pouco tempo depois, fazer uma comunicação mais detalhada sobre o assunto, salientando a praticidade do método e, principalmente, a excelência dos benefícios com ele colhidos nas infecções das extremidades dos membros. Em setembro-outubro de 1940, no Congresso de Estudantes de Medicina, realizado em São Paulo, despertou extraordinário interesse um trabalho apresentado por Paulo G. Bressan sobre a sulfanilamidoterapia intrarterial, baseado em observações colhidas em nosso Serviço no Sanatório São Lucas. Frederico Carvalheira, do Recife, também coligiu observações convincentes, mediante o uso da droga por via arterial. E em Fortaleza, numa reunião do Centro Médico do Ceará, em 22 de abril de 1941, José Saldanha Faria fez a apologia do método, detalhando a técnica, precisando as indicações e referindo os magníficos resultados observados.

Não obstante tais publicações, quando a Associação Paulista de Medicina promoveu, em abril de 1943, uma série de conferências sobre sulfanilamidas, o orador que cuidou do uso intrarterial se limitou a citar alguns nomes de autores estrangeiros, silenciando sobre os trabalhos nacionais atrás referidos.

A mesma omissão fizeram no II Congresso Interamericano de Cirurgia, realizado em Buenos Aires em outubro de 1943, os correlatores incumbidos de apresentar o que se havia feito sobre sulfanilamidas no Brasil. Desconhecendo, sem dúvida, os trabalhos aqui lembrados, disseram os correlatores brasileiros, depois de analisar a questão da via de introdução, que "ainda aqui não ha opinaires particularmente originais" e o disseram com tão segura convicção que logo afirmaram categoricamente: "Repetimos: não há pontos de vista brasileiros particularmente originais justificando a escolha da via".

\* Comunicação ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões, no Rio, em 3 de abril de 1944.

Entretanto, no mesmo II Congresso Interamericano de Cirurgia, o relator geral do tema, o argentino Augusto A. Covaro, referiu-se à via intrarterial, citando em primeiro lugar os nossos trabalhos, para depois assinalar os de Paulo Bressan e irmãos Valls, cronologicamente posteriores.

E já na mesma ocasião em que o tema sulfanilamida era debatido em Buenos Aires, a gentileza de um dos nossos consócios, o dr. Mário Otobriini Costa, fez com que estivesse sendo exibido no Serviço do prof. José Valls, naquela capital, um firme brasileiro demonstrando mais uma indicação do uso da sulfanilamida intrarterial por nós proposta. Trata-se de um novo teste de circulação arterial dos membros, baseado nos trabalhos daquele cirurgião e em que a tripaflavina é substituída, com vantagens, por uma sulfanilamida corada — o Rubiazol ou o Prontosil.

Como é sabido, Mário Otobriini Costa propoz, a tempos, a exploração do sistema arterial dos membros por meio de injeção intrarterial de uma substância corada, como a tripaflavina, então medicamento muito em voga. O corante logo se distribuía pelo membro injetado, dando à pele uma coloração fácil de se perceber e que persistia por algumas horas. Conforme a presteza com que se faz a coloração da pele e conforme os territórios atingidos, é fácil avaliar-se a integridade da circulação arterial. Ora, semelhante teste é, por certo, mais uma prova de fácil execução que o médico tem ao seu alcance para julgar da irrigação de um membro afectado e para a escolha de um conveniente nível de amputação.

Propondo o uso da sulfanilamida, temos em vista associar às vantagens de um teste de fácil execução a ação medicamentosa da droga e o simples efeito da punção arterial sobre a vaso-dilatação do território correspondente.

Desde os estudos de Huet e Bargeton, ficou assentado que qualquer medicação intrarterial exerce influência sobre a fisiodinâmica arterial e capilar, produzindo alterações sobre a vasomotricidade, capazes de acarretar ação benéfica na reparação dos tecidos lesados. O mecanismo dessas alterações vasomotoras foi pesquisado por Goynard e Mondazin-Lemaire, que verificaram ser a artéria muito sensível às injeções, reagindo por meio de perturbações vasomotoras de intensidade e sentido variáveis, conforme a natureza da solução injetada. Ora, além do efeito das drogas, a simples picada já é capaz de despertar uma reação à distancia, no geral benéfica. Mas si a droga empregada for a sulfanilamida, então, em certos casos, o benefício será ainda muito maior, pois o medicamento é jogado em massa contra o foco patológico, no ideal de uma concentração superelevada, indo impregnar os tecidos doentes, que o vão reter e tirar dele todo o proveito possível.

Assim, na gangrena diabética, na gangrena senil infectada, na embolia, na endarterite com tecidos necrosados, o uso intrarterial

de sulfanilamida é de grande utilidade, por combater ou prevenir a infecção e preparar o doente para uma eventual intervenção.

Quanto ao teste em si, os ensaios que temos feito são deveras alentadores. Têm mostrado até onde se pode contar com uma boa irrigação; têm mostrado como sobe alto o comprometimento da via arterial principal na endarterite obliterante. Cumpre, porém, coligir um número maior de observações para se poder tirar conclusões. Cumpre, também, fazer o estudo em animais e em indivíduos sãos, afim de controlar os resultados que a clínica vem observando nos casos patológicos.

Entretanto, a inocuidade do método, a sua execução tecnicamente fácil e bem aceita pelos doentes e as justificativas de ordem medicamentosa apresentadas autorizam a sua difusão, mesmo como base para mais detalhadas apreciações, à luz de mais vultosa experiência.

Assim, o intento desta comunicação é despertar o interesse dos prezados consócios para mais esta indicação da sulfanilamida intrarterial, esperando que venham a experimentá-la, dando, depois, o testemunho de suas observações.

Vamos passar, a seguir, o filme a que nos referimos e no qual se faz a demonstração do teste.

(Foi exibido o filme).

## COMENTÁRIOS

*Prof. Ugo Pinheiro Guimarães.* — Deseja antes de mais felicitar o orador e o Colégio pelas boas novas referidas antes da comunicação e que dizem respeito à instalação do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

Salienta especialmente o fato de já estar em funcionamento o Capítulo Paulista. É uma notícia que deve produzir grande regosijo em todos os membros do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Como autor desta organização estadual, sente-se justamente ufano verificando o êxito da iniciativa. Pela primeira vez na história das associações científicas nacionais assiste-se a um acontecimento desta espécie.

O pleno funcionamento do Capítulo Paulista, sob a esclarecida direção do Mestre dr. José Ayres Netto deverá ser imitado pelos demais órgãos congêneres e assim veremos uma sociedade médica ter características verdadeiramente nacionais.

Propõe que as comunicações apresentadas ao Capítulo Paulistas em suas reuniões periódicas sejam imediatamente publicadas no Boletim do Colégio e enaltece o vulto dessa contribuição. Pede ao dr. Eurico Branco Ribeiro que transmita seu aplauso — que é certamente o de todo o Colégio — ao mestre do Capítulo e a seus membros.

Quanto à comunicação do orador, julga-a digna de interesse e vê com satisfação mais um consócio paulista trazer aqui trabalho para ser ouvido e comentado.

Quanto à omissão dos correlatores do Congresso Interamericano e Argentino de Cirurgia, declara que não foi fácil, no momento, obter a bibliografia desejada. Serviram-se os autores de vários trabalhos paulistas, dos quais alguns eram apreciações de conjunto da produção científica daquele Estado, no que respeita à sulfamidoterapia. Os correlatores, entretanto, não tiveram à mão

o trabalho do dr. Eurico Branco Ribeiro e foi omissão involuntária a que ali se fez.

No correlato publicado, pode-se verificar que a consulta bibliográfica atingiu mais de uma centena de artigos, monografias, relatórios, etc.

O breve tempo concedido aos correlatores e o limitado número de páginas — 20 páginas datilografadas no máximo — explicam a extrema síntese tentada e a impossibilidade de reunir tudo quanto existisse.

Mas no texto do correlato ficou claramente exposto que os autores forneciam apenas o ponto de vista pessoal e o da maioria dos colegas brasileiros. Assim, o que escapou aos autores não quer dizer que não existisse nem foi omitido proposadamente. Pode ao orador desculpas pela involuntária omissão.

A referência feita, evidentemente, não se aplica à atual comunicação, que, sendo um teste de circulação, não cuida propriamente de terapêutica.

Mas o uso do Rubiazol como substância corante traz a lume a questão do tratamento pelas sulfamidas, utilizadas pela via intrarterial.

Considerando o mecanismo de ação das sulfas, não creio que a utilização da via intrarterial seja de especial vantagem.

Quanto ao teste será útil, mas o emprego do Rubiazol não é compulsório e podem ser utilizados corantes outros.

Volta a congratular-se pela presença na casa do ilustrado consócio e reitera suas escusas pela omissão involuntária.

*Prof. Rolando Monteiro* — Sr. Presidente, subscrevo os louvores feitos à interessante comunicação do dr. Eurico Branco Ribeiro. Por uma gentileza de s. excia. já conheci o estudo que s. excia. acaba de trazer ao conhecimento dos cirurgiões. Sua amabilidade me proporcionou o recebimento gratuito da esplêndida revista de que é diretor, juntamente com o "Boletim" do Sanatório São Lucas.

Nessas duas publicações tenho testemunhado com grande satisfação a operosidade científica e mesmo o cunho da personalidade dos trabalhos que o nosso distinto colega de São Paulo nos apresenta.

Do comentário feito à comunicação do dr. Eurico Branco Ribeiro, nasceu para todos nós aquela situação de angústia por novas explicações que todos nós sentimos com relação aos efeitos brilhantes da sulfanilamidoterapia.

É pacífico, desde os primeiros pesquisadores da substância, que ela age bacteriostática e não bacteriologicamente; quer dizer, que ela age prejudicando o desenvolvimento das bactérias ou micróbios, e não produzindo a sua destruição. Mas os efeitos terapêuticos são tão brilhantes e imediatos que, para nós, clínicos, essa explicação não satisfaz. Porque é difícil admitir e aceitar a explicação de que uma substância de efeitos tão rápidos aja tão somente fazendo parar o desenvolvimento da flora microbiana e permitindo que as defesas do organismo tomem conta dessa mesma flora. Deve haver uma ação muito mais enérgica das sulfanilamidas, no caso.

Tenho, por exemplo, no meu passado clínico — e eu não tenho nenhuma clínica volumosa — um fato que reputo de prioridade, mas todo êle casual, relativamente ao emprego da sulfanilamida por via endovenosa.

Pouco tempo depois de lançado no mercado o "Prontozil rubrum", fui chamado para atender, na rua Julio Otoni, em Santa Teresa, um menino de 9 anos, portador de orquiepididimite gonocócica bilateral. Muito inocentemente, gostando de novidades, apliquei imediatamente, por via endovenosa, o "Prontozil", e, com 4 injeções, curei o pequeno, radicalmente. Quando assim procedi estava convencido de que fazia uma cousa de que todos lançavam mão. Foi então que, com grande surpresa, estando com um representante graduado da Casa Bayer, lhe comuniquei o resultado da minha intervenção clínica, e êle, pondo as mãos na cabeça, me disse:

— Doutor, o "Prontozil" não deve ser aplicado por via endovenosa e sim intramuscular.

O fato, porém, foi que apliquei o medicamento por essa via, a cerca de seis anos, logo que êle foi lançado no mercado, com resultado brilhantíssimo,

sem haver o menor prejuízo para o organismo daquela criança; o combate a infecção foi também brilhantíssimo.

Nunca tive oportunidade de, numa reunião científica, citar êsse meu erro, aliás benéfico para o doente, o que agora faço, renovando os meus elogios ao dr. Eurico Branco Ribeiro pelo excelente trabalho que nos trouxe.

*Prof. Silvio D'Avila*. — Sr. Presidente, também já tive ocasião de assistir êste filme numa das reuniões da Sociedade Médica São Lucas, quando da minha última estada em São Paulo, e lá travei conhecimento com o dr. Mário Otobri Costa. Naquela noite tive conhecimento, pelo filme, da dupla ação da sulfanilamida: como teste terapêutico e como colorimétrico na circulação arterial dos membros.

No dia seguinte, pela manhã, na Casa de Saude da qual é diretor o dr. Mário Otobri, assisti a essa aplicação arterial da sulfanilamida. Verifiquei, primeiro, êsse teste calorimétrico visual, como aqui foi constatado no filme; e, depois, o dr. Mário Otobri me chamou a atenção para o fato de que inicialmente sendo injetado o Rubiazol com o fim de teste, se tornara ipso facto paralelamente, um elemento terapêutico, modificado completamente o estado infeccioso secundário que existia.

Na minha volta ao Rio de Janeiro, tive ocasião de encontrar em meu modesto Serviço da Santa Casa, num quarto particular, um doente apresentando uma osteomielite do calcâneo, com grande parte desse osso destruída, tanto que a sua face inferior quase não existia.

Recordando-me do que havia visto em S. Paulo, de cinco em cinco dias passei a fazer 10 centímetros cúbicos de Rubiazol na artéria femoral desse paciente, e posso afirmar que êle foi felicíssimo, porque se livrou de uma intervenção desagradável, tanto mais que ele já sofrera uma intervenção e não havia sido curado; entretanto, obteve com 10 cms. cúbicos de Rubiazol, de cinco em cinco dias, uma cura clínica brilhantíssima, desaparecendo completamente as fístulas existentes e havendo cicatrização de todos os tegumentos cutâneos, com restauração óssea quase perfeita.

De modo que, trazendo êsse ligeiro adendo à comunicação do dr. Eurico Branco Ribeiro, me parece que presto uma homenagem a êsse grande estudioso por nós todos bem conhecido e, ao mesmo tempo, trago uma contribuição à terapêutica que foi visada por s. excia.

Aproveito o ensejo para cumprimentar o dr. Eurico Branco Ribeiro pela bela contribuição que trouxe à terapêutica das infecções, principalmente dos membros.

*Prof. Aresky Amorim* — Sr. Presidente, a comunicação do dr. Eurico Branco Ribeiro é extremamente interessante, tanto no que se refere à nova aplicação da sulfanilamida por via intrarterial como teste para se reconhecer a integridade maior ou menor da circulação das extremidades nos diferentes processos de obliteração arterial, como também porque s. excia. nos dá notícia dos trabalhos anteriores sobre aplicação da sulfanilamida por via arterial como agente terapêutico.

Quando se aprecia essa medicação por via intrarterial, em verdade — e como muito bem afirmou o comunicante — há que levar em conta as modificações vaso-motoras que essa injeção intrarterial determina.

Em trabalho que publiquei a alguns anos sobre injeção intrarterial no tratamento da tuberculose osteo-articular, assinalo esse fato observado em todos os casos, logo após a injeção: alterações circulatórias acentuadíssimas, que se manifestaram imediatamente e mesmo durante a injeção e se traduziram por exsudação abundante e aumento de temperatura das extremidades, durando 24, 48 horas e às vezes mais tempo.

De sorte que, quando se sabe que essas modificações circulatórias são por si mesmas capazes de operar modificações sensíveis na evolução de um processo infeccioso qualquer, ficamos na dúvida si isso cabe, em verdade, ao agente medicamentoso injetado, ou si corre por conta das modificações circulatórias dos tecidos.

Mas, indiscutivelmente, é de se pensar que a via intrarterial se constitui como a via de eleição para o tratamento dos processos infecciosos dos membros, sobretudo de piogênicos e bacilíferos.

Não creio que nos casos de gangrena, em que haja infecção anaeróbia do sangue, os agentes infecciosos cedam sob a ação da sulfanilamida. Porque da experiência que temos em relação aos processos fistulares do pulmão, principalmente quando há supuração pútrida — si é verdade que tais processos se modificam muito favoravelmente por injeções repetidas, com intervalos curtos, na veia, de maneira a levar diretamente a sulfanilamida ao pulmão, como se pode obter por meio de injeções intrarteriais — e isso consta de publicação levada ao conhecimento do Colégio Brasileiro de Cirurgiões em que, como tratamento prévio de intervenções cirúrgicas aplico injeções repetidas de sulfanilamida na veia e no pulmão, com intervalos de 24 horas, conseguindo dominar muitas vezes processos de bronco-hiliite e infecções satélites — o mesmo não se consegue nos processos de gangrena em que a dor da expectoração e o processo pútrido não sofrem qualquer influência da sulfanilamida por via intravenosa, aplicada de quatro em quatro horas, seja ela o Cibazol, o Pron-tosil ou o Albucide, em doses de cinco centímetros cúbicos.

Mas, de outro lado, como referiu muito acertadamente o dr. Rolando Monteiro, a sulfanilamidoterapia, — pelo menos até agora é o que a experiência nos tem demonstrado — é de ação bacteriostática, não tem efeito bactericida, tanto que não destrói as culturas *in vitro*; apenas impede o desenvolvimento dos germes, com maior eletividade para uns e menor para outros. Impede as culturas *in vitro*, mas não tem ação bactericida.

Não se pode interpretar a sulfanilamidoterapia local como agente tópico mas, si se admitir que é absorvida quando empregada localmente, age da mesma maneira que quando ministrada por via oral ou intravenosa.

Quando o dr. Harold Giles aqui esteve e fez neste Colégio uma conferência sobre o emprego da sulfanilamida nas queimaduras, etc., disse êle que, quando utilizava a sulfanilamida largamente em feridas infectadas, não obtinha resultados com o seu emprego, mas obteve resultados aparentemente satisfatórios usando-a como preventivo em feridas vivas, em que a infecção ainda não tinha tomado conta dos tecidos. Na ferida francamente infectada, a sulfanilamida em pó ou em pomada como se está usando por aí, não proporciona resultados. Quando, porém, se espalha numa superfície cruenta, longa, extensa, ou, sobretudo, numa queimadura, é intensamente absorvida, si isso foi feito antes do aparecimento da infecção. Uma vez que a infecção tenha tomado conta da ferida, a sulfanilamida não produz qualquer ação terapêutica. Eu, pelo menos, nunca observei resultado algum nesses casos. Sua introdução na pleura, nos casos de pleurisia franca e supurada, também não me deu resultado nenhum.

Era o que tinha a dizer, felicitando o dr. Eurico Branco Ribeiro pelo seu interessante trabalho.

*Dr. Eurico Branco Ribeiro.* — O assunto sulfanilamida é tão empolgante que uma discussão, que devia versar a respeito de um teste, se transformou numa verdadeira aula sobre sulfanilamidoterapia.

Um assunto puxa outro e tivemos a oportunidade de ouvir magníficas preleções dos profs. Ugo Pinheiro Guimarães e Rolando Monteiro, a respeito da ação da sulfanilamida, e ouvimos também a confirmação prática do seu valor através da palavra do prof. Sílvio D'Avila, que disse ser a arterial a sua via de eleição nas infecções e nos processos piogênicos dos membros. Ouvimos também a palavra autorizada do prof. Aresky Amorim, nesse particular.

Entretanto, o que quis trazer, modestamente, ao conhecimento do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, foi apenas o esboço de um estudo sobre um teste de circulação arterial, cujos resultados acentuamos e oferecemos à observação dos prezados consócios, para que mais bem pudessem estudar o método.

Lembrando as palavras do prof. Ugo Pinheiro Guimarães, queremos afirmar que somos daqueles amantes da literatura médica que gostam de escrever e versar assuntos médicos e que compreendem perfeitamente as dificuldades enormes que temos em nosso país — em qualquer centro, mesmo em São Paulo e possivelmente no Rio de Janeiro, aqui talvez mais do que lá pela diversidade da vida deste ambiente agradável que muita vez nos tira o ânimo para o estudo — de se coligir uma literatura médica sobre qualquer assunto.

De modo que compreendemos as dificuldades que ocorrem e que justificam, plenamente, a omissão feita pelos correlatores brasileiros no Congresso Interamericano de Cirurgia de Buenos Aires.

Essa nossa justificativa veio de antemão e não visava o prof. Ugo Pinheiro Guimarães, porque sabemos o cuidado com que s. excia. faz os seus trabalhos e o carinho que dispensa aos temas que lhe são confiados. De maneira alguma, pois, s. excia. iria fazer qualquer omissão, conscientemente. Si o fez — estamos certo — foi porque não teve conhecimento dos trabalhos nacionais existentes. Si citamos as omissões, fizemo-lo diante de um relatório lido durante a série de conferências realizadas na Associação Paulista de Medicina (o qual foi referido no trabalho do prof. Ugo Pinheiro Guimarães), onde não havia informações sobre a ação da sulfanilamida aplicada por via intrarterial no Brasil. Omitiu-se, aí, portanto, um trabalho feito no próprio ambiente paulista. De sorte que o Prof. Ugo Pinheiro Guimarães tem mais uma justificativa para a omissão que cometeu.

Nossa intenção não foi, absolutamente, trazer à baila o Congresso de Cirurgia de Buenos Aires, visto como não pretendíamos, de maneira, alguma, abarcar o tema sulfanilamidoterapia.

Os trabalhos que temos sobre o assunto já foram publicados em revistas nacionais e são bastante conhecidos em S. Paulo. Não queremos repeti-los. Entretanto, parece que o prof. Ugo Pinheiro Guimarães não compreendeu bem que apenas nos referimos ao teste, pedindo sobre ele a observação detalhada dos ilustres consócios, porque, com respeito à sulfanilamidoterapia nas infecções dos membros e como agente profilático, temos segurança, pela grande cópia de observações, de que é um dos elementos mais eficientes de que os médicos dispõem para o tratamento dos furúnculos, dos processos piogênicos, das arterites, em que os resultados são verdadeiramente maravilhosos. O prof. Sílvio d'Avila teve ocasião de ver, em S. Paulo, diversos casos assim tratados. Não cogitamos disso. O assunto não está em discussão.

Agradecemos muitíssimo a atenção dos prezados consócios e esperamos que a discussão de hoje seja motivo para que o assunto da via intrarterial seja como terapêutica, seja como teste, tenha maior divulgação possível num grande centro como o Rio de Janeiro, onde se podem fazer observações capazes de levar o problema a conclusões definitivas.

*O sr. Presidente.* — Agradeço ao dr. Eurico Branco Ribeiro o brilho que deu à nossa sessão de hoje e a cooperação que o Capítulo de S. Paulo trouxe aos nossos trabalhos, acompanhada da notícia auspiciosa de que já iniciou suas atividades.

## Penicilina por via arterial \*

A preocupação predominante na penicilino-terapia é manter elevada concentração do medicamento nos meios circulantes, afim de se obter um efeito mais pronto sobre o agente infeccioso. É assim que se têm registado sucessos que vêm merecendo o qualificativo de milagrosos não só em estados septicêmicos mas também em infecções localizadas. Para tanto, vêm recomendando os autores as injeções várias vezes repetidas nas 24 horas, afim de se evitar que a eliminação relativamente rápida da Penicilina prive o organismo por longo tempo da sua desejada ação.

Tomando por base o princípio da alta concentração do medicamento para que se possa colher o seu melhor efeito terapêutico, lembramos que em infecções dos membros a via arterial seria a mais indicada por levar a Penicilina em alta concentração diretamente ao foco das lesões, agindo ainda, no seu retorno à circulação geral, como si fora administrada por via venosa ou muscular.

Partindo desse ponto de vista, estamos ensaiando a aplicação da Penicilina por via arterial num caso de osteoartrite supurativa do joelho, de evolução rebelde, com fistulação recorrente em 5 anos de tratamento com os mais variados agentes terapêuticos. Estamos fazendo 2 injeções diárias na artéria femoral do lado doente, ao nível da base do triângulo de Scarpa.

A Penicilina é proveniente do Instituto de Manguinhos e vem em empolas de 3 cc., com a recomendação de ser usada intramuscularmente, cada 6 horas. Conservamo-la na geladeira e estamos aplicando uma empola pela manhã e outra à noite, com intervalo de 12 horas.

Estamos no terceiro dia do tratamento. Não observamos o menor fenômeno subjetivo consequente à injeção: o doente não tem acusado dor ao se injetar a Penicilina nem posteriormente, seja no local da picada, seja em qualquer parte do membro correspondente. Não tem apresentado, também, qualquer fenômeno geral que se possa imputar ao emprego do medicamento: nem calafrios nem elevação térmica, ao contrário do que sucede com a injeção intrarterial de vacinas e de certas drogas.

\* Nota prévia apresentada à Sociedade Médica São Lucas em 1.º de agosto de 1944.

E' cedo, por certo, para tirarmos qualquer conclusão, mas apresamo-nos a registar a tolerância até agora registada nesse caso com uma via de introdução que é mais lógica e capaz de oferecer resultados mais rápidos e econômicos.

E' certo que o uso da Penicilina apresenta o inconveniente de determinar a irritação das paredes venosas, nas proximidades das picadas. E' possível que exerça a mesma ação irritante para o endotélio das artérias. Mas deve-se levar em consideração que a corrente sanguínea é mais rápida nas artérias do que nas veias, não havendo ali contacto tão demorado das substâncias injetadas com as suas paredes. Demais, é regra fazer-se a injeção endovenosa lentamente, ao passo que a injeção arterial é sempre feita com rapidez, porque a preocupação do terapêuta ao usar essa via é fazer chegar o medicamento em alta concentração no foco da afecção. Assim a Penicilina possivelmente não determinará o endurecimento das paredes das artérias como o faz com as das veias. Resta verificar si as arteriolas e capilares dos membros não vão sofrer a ação irritante da Penicilina. Contudo, deve-se lembrar que lançando mão dela em alta concentração não haverá necessidade de prolongar o seu uso dias a fio, sendo de prever que poucas picadas sejam o suficiente para debelar qualquer infecção sobre a qual tenha ação eletiva. A nossa experiência já bastante longa com a sulfanilamidoterapia intrarterial nos autoriza a afirmar que essa via em relação com as demais diminue consideravelmente o período de tratamento, sendo de prever que o mesmo aconteça com a penicilino-terapia.

Sirva esta ligeira nota para despertar a atenção e observação dos práticos para mais esta modalidade de aplicação da Penicilina, que se nos afigura isenta de perigos e capaz de produzir maior eficiência nos casos em que é cabível, encurtando o período de tratamento, com suas desejáveis consequências para o doente e para a sociedade.

## A Penicilina por via arterial \*

Em nota prévia apresentada à Sociedade Médica São Lucas no dia 1.º de agosto de 1944, mostramos as possibilidades do emprego da Penicilina por via arterial, vislumbrando os largos horizontes que se abriam diante dessa modalidade de aplicação de um dos mais eficientes recursos terapêuticos contra as infecções. As nossas observações prosseguiram, confirmando plenamente os resultados iniciais: tolerância absoluta, eficácia evidente. Não fora a escassez do medicamento em nosso meio e certamente já teríamos avolumado um número suficiente de casos para conclusões definitivas. Vários doentes se acham em tratamento sob os nossos cuidados, submetidos a penicilino-terapia intrarterial, reservando-nos para em ocasião oportuna relatar os resultados verificados.

O que nos fez voltar hoje à presença deste plenário foi a notícia que tivemos de que a via intrarterial para a Penicilina também já está sendo empregada em Portugal, com os mesmos bons resultados e com a mesma inocuidade que aqui verificamos. Trata-se de uma informação contida em jornal leigo, mas as minúcias da notícia são tais que nos levam a aceitá-la como verdadeira. Vem publicada na edição da "Voz de Portugal" do Rio de Janeiro, de 29 de outubro findo, cerca de três meses depois de apresentada a nossa nota prévia. A notícia refere que o médico português dr. Augusto Lamas visitara recentemente a Inglaterra, onde conseguira 360.000 unidades de Penicilina, depois de ter estagiado em laboratórios e hospitais, em estudo da droga e suas aplicações. Voltando a Portugal, ensaiou o emprego do medicamento por via arterial, entregando à embaixada britânica de Lisboa um relatório sobre as suas observações. São, por certo, tiradas desse relatório as interessantes informações que o jornalista divulgou na "Voz de Portugal" sob o pomposo título "Revolucionada por um médico português a técnica da aplicação da Penicilina" e cujo texto passamos a reproduzir:

"Com as 360 000 unidades de Penicilina que lhe foram confiadas, pôde o sr. Augusto Lamas tratar quatro casos por meio de injeções do medicamento nas artérias, em dois casos na femural, num caso na subclávia e, no último, na humeral do sangradouro. Nenhum acidente da punção de artéria foi observado, apesar de elas terem sido repetidas várias vezes, chegando num caso a

\* Comunicação à Sociedade Médica São Lucas, em 28 de novembro de 1944.

fazerem-se três punções no espaço de vinte e quatro horas e numa artéria delgada como a humeral no sangradouro. Procurou-se levar o medicamento, pelo sangue arterial, até à intimidade dos tecidos. Para aí o manter durante mais tempo, logo que a injeção terminou, foi feita a compressão do membro com um torniquete, que funciona pela insuflação do ar, no género das braçadeiras empregadas para medir a tensão arterial. Sempre que fôr possível, o torniquete tem de ser empregado acima do local da injeção. Na subclávia e na femural, na raiz do membro, a compressão foi feita logo abaixo.

Afim de adquirir uma idéa preliminar do que acontece à Penicilina, quando injetada por via arterial, realizaram-se, em três casos, doseamentos no sangue e na urina, pelo método descrito em 1941 por Abraham e outros. A Penicilina foi doseada no sêro sanguíneo e na urina (pelo prof. João Maia de Loureiro) e a primeira idéa do sr. dr. Augusto Lamas e do seu colaborador foi vêr si só com uma injeção arterial se podia dominar o processo infeccioso. Assim procederam nos dois primeiros casos, que eram duas osteomielites, uma do fêmur e a outra da tíbia. Ainda que nítida, só alcançaram uma melhoria que consideraram insuficiente. Com intervalos de um ou mais dias, repetiram as injeções, mas, mesmo assim, não conseguiram dominar o processo infeccioso. Os únicos resultados que obtiveram foram a impressão de uma evolução mais rápida da doença, que lhes permitiu operar no espaço de dois meses e meio a três meses com sequestro já formado. A dose total empregada foi num caso 82.000 unidades e no outro 60.000 unidades.

Num terceiro caso, um flegmão do ante-braço, seguiu-se a mesma técnica e pôde-se considerá-lo satisfatório. A localização do processo, que dava um edema de toda a mão, do ante-braço e da metade inferior do braço, estava, no fim de 48 horas, reduzida a um abcesso perfeitamente localizado à face posterior do ante-braço, o edema completamente desaparecido.

Ainda que o resultado do último caso já fôsse satisfatório, não era o que se desejava alcançar com a injeção da Penicilina na artéria. O sr. dr. Augusto Lamas resolveu, então, ensaiar outra técnica: a das injeções mais aproximadas e, num caso de flegmão da mão, foram feitas, num espaço de 24 horas, 3 injeções de 15.000 unidades cada uma. Isto, apesar de o respectivo estudo mostrar ser bastante mais lenta a eliminação do medicamento por via arterial do que por via intravenosa ou subcutânea. Tratava-se, como se disse, de um flegmão da mão, na região hipotenar, do tamanho de meia laranja, com edema de toda a mão e ante-braço. O pús revelou abundantíssimos estafilococos dourados, verificados também por cultura. No dia imediato, as melhoras eram sensíveis. No outro dia, nova injeção de 15.000 unidades. O edema e a dor desapareceram e o pús extraído por punção mostrou, nas preparações diretas, não haver estafilococos dourados e nas culturas desenvolveram-se raríssimas colônias. O doente curou-se sem ser preciso abrir o abcesso, tendo sido feitas, apenas, punções evacuadoras.

Ainda que se trate de um só caso, o resultado foi tão brilhante e completo que o sr. dr. Augusto Lamas o julgou suficiente para provar como a Penicilina aplicada por via arterial chega para dominar completamente uma infecção. A eficácia do tratamento é maior do que quando aplicada por via intravenosa ou intramuscular. Sessenta mil unidades seriam suficientes para qualquer doente, chegando-se à conclusão, através dos estudos do ilustre médico português, que a aplicação da célebre droga nas artérias representa, acima de tudo, uma grande economia no medicamento. O fato está interessando vivamente os cientistas ingleses e para êle a própria imprensa volve a sua atenção, pois demonstra a eficácia do tratamento das infecções dos membros por meio da Penicilina administrada por via arterial. Ele constitui um meio prático e econômico a que se prevê um largo futuro".

Como se vê da transcrição retro, os médicos portugueses tatearam cuidadosamente a sensibilidade das artérias, o que não se deu conosco, pois a nossa já grande experiência com o uso da sulfanila-

mida endoarterial autorisava o emprego de picadas sucessivas sem o menor temor de lesão prejudicial da parede arterial.

As observações relatadas confirmam a nossa orientação inicial — mostrando que no geral bastam duas picadas diárias de 15.000 unidades cada uma para se obterem os resultados almejados. É digno de nota que o cientista português assinala que a eficácia do tratamento por via arterial é maior do que quando a droga é empregada por via intravenosa ou muscular. Isso é fácil de se compreender, conforme pudemos em destaque em nossa nota prévia. Aqui, pois, a prática vem mais uma vez confirmar o que a teoria ensina.

Também há pleno acôrdo em que há vantagens do ponto de vista econômico: si o jornal acentua que "a aplicação da célebre droga nas artérias representa, acima de tudo, uma grande economia no medicamento" e "constitue um meio prático e econômico a que se prevê um largo futuro" — nós já havíamos dito que essa "via de introdução é mais lógica e capaz de oferecer resultados mais rápidos e econômicos".

Para terminar, vamos fazer um registro confortante para a nossa iniciativa de empregar a Penicilina por via arterial, quando ainda desconhecíamos os ensaios que se faziam em Portugal. Em nossa nota de 1.º de agosto de 1944, dizíamos que estávamos experimentando a droga em "um caso de osteoartrite supurativa do joelho, de evolução rebelde, com fistulação reincidente em 5 anos de tratamento com os mais variados agentes terapêuticos". Pois bem, nesse caso a supuração purulenta cedeu lugar, logo, ao excoamento de pequena quantidade de líquido seroso, tendo o doente se retirado para o interior nessas condições. Agora ele nos escreve dando notícia da evolução do seu caso. Eis textualmente o que diz a sua carta, datada de 21 de novembro corrente:

"Já decorreram 90 dias que não tive mais dores e o joelho não mais inflamou, não tive febre; só está inchado e, si andar sem a muleta, à noite sinto uma dorzinha no osso. Acredito que não volta a inflamar, o que espero".

#### DISCUSSÃO

O dr. Galdino Nunes Vieira referiu os resultados satisfatórios obtidos em um caso de osteomielite do fêmur, que confiou aos cuidados do dr. Eurico Branco Ribeiro: tratava-se de uma criança com lesão fistulada, dando vasão a pús com *Staphylococcus*, havendo intensa reação dos tecidos moles das vizinhanças; com a aplicação da Penicilina intrarterial, a secreção purulenta cedeu lugar, em poucos dias, a serosidade simples, cicatrizando rapidamente a ferida, com queda da temperatura; a doentinha retirou-se para o interior e de lá informam que vac bem, retomando a sua vida habitual de criança. O dr. Hercílio Marrocco reforçou as palavras do dr. Galdino dizendo que também viu a doentinha e observou o bom resultado imediato do tratamento.

## NOTA

Em sessão de 6 de fevereiro de 1945 da Sociedade Médica São Lucas, referimo-nos à Penicilina por via arterial, informando que as "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz", no seu número 1 do vol. XLI, datado de agosto de 1944, mas só distribuído em janeiro de 1945, publicaram uma pequena nota de Mauricio Gudín e Aloysio Neiva Filho sobre a aplicação da Penicilina por via arterial, com sucesso, em dois casos de osteomielite crônica. Pela leitura das duas observações, verifica-se que esses autores haviam empregado a Penicilina por via arterial antes da data assinalada na nota prévia de 1.º de agosto de 1944, mas, como se vê, a divulgação do seu trabalho só veio a lume cinco meses mais tarde, embora com a data de agosto de 1944.

Posteriormente, na sessão seguinte da Sociedade Médica São Lucas, realizada em 20 de fevereiro de 1945, comunicamos que havíamos lido na "Semana Médica" de Buenos Aires, de 28 de dezembro de 1944 uma referência à comunicação que Mauricio Gudín teria feito à Academia Nacional de Medicina, em julho de 1944, sobre o tratamento das osteomielites por meio da assepsia integral e da Penicilina. Trata-se, sem dúvida, dos mesmos casos publicados nas "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz". Assim, tem Mauricio Gudín a primazia entre nós na divulgação do emprego da Penicilina por via arterial.

## Processo prático de tratamento das queimaduras \*

É nossa intenção expor aos prezados consócios a conduta que temos tido no Sanatório São Lucas no tratamento de queimaduras mais ou menos extensas. Tratando-se de um processo muito simples e sumamente prático, pensamos merecer maior divulgação e campo mais amplo de observação, a ver si faz juz à consagração dos textos clássicos.

A nossa conduta resume-se no seguinte:

a) tratamento preventivo ou curativo do choque, com extrato suprarrenal, plasma humano, hidratação, tônicos cardíacos, morfina, aquecimento do quarto, isolamento do doente.

b) revestimento da superfície queimada, após remoção dos fragmentos da epiderme e perfuração das bolhas, com uma pasta mole assim composta:

Oleo de fígado de cação . . . . .	50 gr o
Sulfanilamida pulverizada . . . . .	5 " o
Alumínio metálico em pó . . . . .	10 " o

c) envolvimento das partes lesadas em lençol esterilizado.

d) renovação do curativo com a pasta de alumínio cada 12 horas nos primeiros dias, até que a pasta não mais se desprenda das partes atingidas.

Como se vê, é uma conduta muito simples e fácil de ser aplicada em qualquer ambiente hospitalar.

Não nos cabe insistir aqui na necessidade de prevenir ou combater o choque. Essa deve ser a primeira preocupação do médico assistente e para levá-la a bom termo pode ele recorrer ainda a outras medicações.

Julgamos de interesse dizer alguma palavras sobre que respeita à proteção das queimaduras pela pasta de alumínio. O alumínio

\* Nota prévia à Sociedade Médica São Lucas, em 9 de outubro de 1945.

metálico é substância que não consta das farmacopéias nem dos livros de terapêutica. Não se trata, pois, de uma droga que se póde encontrar nas prateleiras das farmácias. Pode ser procurada nas casas de ferragens, onde, sob o nome de "purpurina" e em forma de pó finíssimo, é destinada a dar a côr prateada das tintas de pintura. Tem a propriedade de ser muito adesiva, mesmo em superfícies úmidas e foi por isso que, nos Estados Unidos, se lembrou de utilizá-la para proteger a pele irritada pela secreção das fístulas. Assim, nos casos de fístula biliaria, de enterostomias, de cistostomias, etc., verificou-se que é o melhor protetor das superfícies vizinhas, impregnando-as de tal fórma que os líquidos derivados das fístulas não mais irritam a pele. A fórmula original para tais propósitos e por nós já largamente utilizada com os melhores resultados é a seguinte:

Alumínio metálico em pó . . . . 10 gr o

Pomada de óxido de zinco . . . . 30 gr o

Fluidificar com óleo de olivas (10 a 20 gr) até ficar uma pasta bem mole.

Dados os benefícios que observamos com essa pasta, pensamos em recorrer ao pó de alumínio no tratamento das queimaduras, modificando a fórmula para melhor se adatar ao fim visado.

Assim, suprimimos o emprego da pomada de óxido de zinco, afim de obtermos uma pasta ainda mais adesiva e mais fluída, capaz de se fixar sobre a superfície úmida das queimaduras. O óleo de olivas foi substituído pelo óleo de cação, produto facilmente encontravel no Brasil e cujo teor vitamínico é sensivelmente superior ao do óleo de fígado de bacalhau. Ora, experiências feitas por Charles Puestow na Universidade de Illinois, Estados Unidos, mostraram que as queimaduras simplesmente tratadas com o óleo de fígado de bacalhau cicatrizavam em um período de tempo 25 % mais curto que as queimaduras do mesmo tamanho observadas como controle.

Assim, é justificado o uso, hoje já bastante espalhado, do óleo de fígado de bacalhau no tratamento das queimaduras. Substituindo-o pelo óleo de figado de cação, vamos ainda apressar mais a reparação cutânea, por causa da superioridade deste em teor vitamínico.

O terceiro elemento, a sulfanilamida em pó, não se precisa de esforços de raciocínio para justificá-lo: todos conhecem a sua ação bacteriostática e o seu emprego nas queimaduras, a título preventivo, já entrou no uso corrente.

A feitura da pasta não exige nem mesmo a intervenção de um técnico em farmácia. O próprio médico pode ir deitando o pó de alumínio numa vasilha com óleo à medida que o vai agitando com uma espátula ou uma simples tentacânula. Deita depois a sulfanilamida em pó e, uma vez obtida uma suspensão homogênea, nada mais resta a fazer do que iniciar a pintura das lesões cutâneas.

Para não provocar maiores dores ao paciente, a pincelagem poderá ser feita com um pelote de algodão montado em uma pinça.

Ver-se-á que em toda a superfície ainda provida de epiderme a pasta logo adere, dando alívio imediato ao doente; nas superfícies desprovidas de epiderme, a adesão é mais difícil, destacando-se a pasta com qualquer atrito, mas no fim de algum tempo a proteção se faz efetiva, não mais desaparecendo o revestimento prateado do alumínio.

Com isso evitam-se a formação de crostas, a infecção das feridas e as cicatrizes defeituosas.

*Discussão* — O dr. Oscar I. Antônio Bruno cumprimentou o orador pela feliz idéia de reunir três medicamentos que já eram ultimamente aplicados para outros fins e que "a priori" faziam prever os excelentes resultados obtidos pelo autor nos casos tratados com o seu processo.

O dr. Ernesto Afonso de Carvalho referiu-se à ótima associação medicamentosa, que tão bons resultados deu na prática. O Dr. Hercílio Marroco lembrou-se desse um nome ao processo, nome que poderia ser "aluminagem" e o dr. Oscar Bruno propôs o nome do autor e o de "tratamento das queimaduras pela pasta de alumínio (metálico)", pois, como precisára o dr. Eurico Branco Ribeiro, o alumínio é que constitue novidade na associação medicamentosa.

## Côrnos cutâneos \*

A ocorrência de côrnos cutâneos é bastante rara (Fordyce), Os tratadistas passam por alto sobre o assunto, fazendo ligeiras referências. Assim, foi com dificuldade que coligimos alguns dados sobre a afecção, ao estudarmos um caso que tivemos a oportunidade de observar e cuja apresentação pôde ser assim feita:

*Observação* — No dia 5 de abril de 1944 deu entrada na Casa de Saúde Liberdade P. A. de 57 anos, branco, casado, português, agricultor, residente em Santo André. Queixava-se de dificuldade de andar, fraqueza das pernas, dores ao longo da coluna vertebral e uma sensação de "fraqueza" na região retroesternal. O doente se apresentava com acentuada cifose, com dificuldade de mover a cabeça, emarecido, pálido, falando com voz entrecortada, andando com dificuldade, necessitando, às vezes, de ser amparado para não cair.

O exame objetivo revelou uma rigidez total da coluna vertebral, verificando-se que a cifrose começava na região lombar, acentuando-se o encurvamento na região dorso-cervical. Tratava-se de um encurvamento em arco de circo, regular, sem acentuação preferenciais para qualquer região. Mas o que especialmente chamava a atenção era uma formação córnea, situada na cabeça a um centímetro e meio da linha mediana, na altura da sinartrose occipito-parietal. A dita formação se apresentava bifurcada desde a base de implantação, formando dois chifres bem caracterizados, de cerca de 5 cms. de comprimento, notando-se em ambos tendência para ramificação. O mais espesso, situado na parte superior, apresentava 3 pequenas bifurcações bem nítidas: na base, na parte média e na parte superior, sendo esta, ainda bifurcada. O mais delgado tinha uma ramificação na base. A consistência de ambos era dura, verdadeiramente córnea. Ambos os chifres eram moveis, com o deslocamento do couro cabeludo, apresentando movimentos de lateralidade, mais ou menos amplos, provocando dor leve. A base de implantação era desprovida de pelos, mostrando tecido granuloso com aspecto inflamatório, sem secreção.

*Histórico* — A cerca de dez anos, notou que havia uma "bola" (sic) na cabeça. Esta cresceu até chegar ao tamanho um pouco maior do que o de um ovo de pomba, dura, fixa, indolor. Um dia, tendo-se encurvado nas proximidades de uma janela, contundiu-se ao levantar-se, batendo de encontro ao batente. O "tumor" rebentou, dando vazão a sangue e pús (sic). O "tumor" como que desapareceu. Cerca de dois meses depois, notou que saíam várias excrescências moles, que o barbeiro cortava, quando lhe fazia o cabelo. Mas com o tempo as duas excrescências que ficaram endureceram muito, não podendo o barbeiro cortá-las, desde cerca de 4 anos a esta parte.

A cerca de 8 anos, começou a notar os pés inchados e não podia andar por sentir fraqueza das pernas, mas não tinha dor. "Tinha as pernas moles"

\* Comunicação feita à Sociedade Médica São Lucas, em 9 de maio de 1944, em colaboração com dr. Galdino Nunes Vieira.

(sic). Pouco tempo depois começou a notar diminuição da mobilidade, sem dor, na região lombar. Isto foi se acentuando e avançando coluna acima até atingir, a cerca de 6 anos, a região cervical. No começo ainda trabalhava, mas, de 2 anos para cá, está piorando constantemente, tendo tido dores vagas e pouco acentuadas na região lombo-dorso-cervical, fraqueza sempre mais acentuada das pernas, o que o impossibilitava quasi completamente de andar. Notava-se também deformação das articulações dos dedos dos pés.



Fig. 1 — Fotografia do doente, vendo-se os seus cõrnos cutâneos

Reflexos patelares exagerados; os demais reflexos tendinosos, levemente exagerados. Reflexos cutâneos e cremasteriano, preguiçosos. Anisocoria — Reflexo pupilar normal.

*Antecedentes hereditários e familiares* — O pai morreu com quasi cem anos, nunca tendo ficado doente. A mãe era sadia, quanto ao que sabe, mas, separando-se dela quando tinha 20 anos, ignora a causa da morte e a idade com que faleceu. Tinha 3 irmãos e 1 irmã, todos sadios. Morreu um irmão de gripe espanhola. Tem 6 filhos, a mais velha doentia, um pouco fraca, mas trabalha; os outros filhos, sadios.

*Antecedentes pessoais* — Teve sarampo, quando menino; gripe em 1918. Antes da doença atual foi sempre sadio. Não relatava moléstias venereas, mas

tinha uma Wassermann positiva a cerca de 3 anos. Wassermann em 8-8-44: Positiva fraco (+).

*Exames* — Hemossedimentação: 16 mms. na 1.<sup>a</sup> hora; 27, na segunda hora. Calcemia, 12 mmgs.%; fosfatemia, 3,8 mmgs.%.  
*Operação* — Intervenção no dia 19 de abril de 1944, na Casa de Saude Liberdade, sob anestesia local.

Foi feita uma incisão ovalar, de angulos agudos nas extremidades, com a ablação total da peça, que se destacou juntamente com um retalho de couro cabeludo, sem adherências ao osso, absolutamente livre. Feito descolamento dos tecidos adjacentes para permitir a coaptação dos lábios da ferida, foi

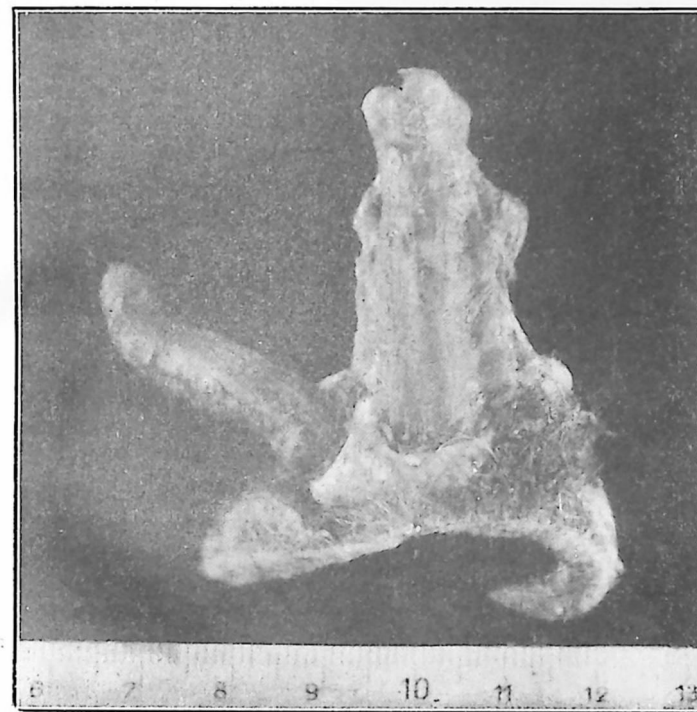


Fig. 2 — Aspecto dos cõrnos cutâneos após a extirpação

esta fechada com pontos de seda. Os dois pontos centrais não pegaram, tendo os demais contribuido para a cicatrização por primeira intenção e, por segunda, os primeiros, sem supuração.

*Exame anatomo-patológico* — Foi feito pelo dr. Juvenal R. Meyer, que montou magistralmente a peça e deu o seguinte relatório:

*Exame microscópico* — Peça formada por um retalho de couro cabeludo, tendo duas formações córneas e protuberantes, dispostas em forma de V com bases reunidas, mas independentes. Essas formações são alongadas, têm cêrca de 5 cms. de comprimento e 1,2 cm. de diâmetro. Uma delas começa a se ramificar. Entre ambas há um pequeno botão claro, de cêrca de 5 mms. formado por uma nova protuberância em começo de crescimento.

*Exame microscópico* — Os cortes interessando a base das formações córneas descritas mostram uma formação de carater verrucoso, com papilas hiper-

tróficas e uma grande hiperplasia do epitélio da epiderme. Na parte superficial esse epitélio está intensamente queratinizado dando origem ao denso depósito córneo acima descrito, o qual é formado exclusivamente por depósitos superpostos de queratina.

*Conclusão* — Cornos cutâneos múltiplos.

Os cornos cutâneos têm esse nome porque “semelham em seu aspecto e estruturalmente aos cornos dos mamíferos” (Werneck e Batista). Realmente trata-se de formações salientes, rugosas, secas,



Fig. 3 — Radiografia mostrando as lesões da coluna vertebral

indolores, duras, de forma retorcida ou sinuosa, com aspecto cilíndrico, prismático ou cônico, de grossura variável, que atinge até a de um polegar, e de comprimento que pôde atingir até 30 cms., frequentemente encurvadas como os chifres de carneiros, de cor escura pardacenta. Em nosso caso, havia a peculiaridade, talvez singular, de o corno ser bipartido, com ramificações, o que lhe dá a aparência dos chifres de veado galheiro (*Hippocamelus dichotomus*). Apesar disso tudo, e ainda si a sua frequência relativamente grande no couro cabeludo parece ser mais uma justificativa para a denominação do corno, convem ponderar que essa designação não é totalmente acertada, pois os cornos dos animais são forma-

ções que se originam no tecido ósseo, ficando a ele ligados. Contudo, o restritivo cutâneo com que se qualifica o corno que aparece no homem dá expressão a admissibilidade que o texto dos autores consagrou. Trata-se de uma afecção da segunda metade da vida, geralmente aparecendo depois dos quarenta anos, mais comumente atingindo os indivíduos na velhice. Isso se explica porque essa formação pôde ser filiada ao grupo dos epiteliomas pavimentosos da pele, frequentes nas pessoas edosas, e de evolução lenta, diferindo dos mesmos no sentido de que as células cutâneas queratinizadas não se destacam, mas vão se aglomerando, embricando-se entre si, de maneira a formar o corpo córneo que aos poucos vai crescendo. A teoria irritativa das neoformações encontra também aqui mais



Fig. 4 — Corno cutâneo no caso da viuva Dimanche, segundo Lecène

um elemento de apôio: si os cornos podem se desenvolver em pele sã e isso acontece nos indivíduos idosos, sujeitos aos epiteliomas — o mais comum é aparecerem sobre lesões preexistentes como o queratoma senil, as verrugas, a ciste sebácea fistulizada, cicatrizes e regiões sujeitas a traumatismo (o lábio inferior no caso de Demel).

O que se dá é o exagero considerável da produção córnea da epiderme (Lecène). Assim, com o ter o valor de uma simples curiosidade, o corno cutâneo não deve ser considerado como uma anomalia, como o classificam vários autores, mas sim como uma condição patológica. Si fosse anomalia, teria ligações filogenéticas e ontogenéticas, que se traduziriam por manifestações atávicas e por um estado congênito que a observação clínica não reconhece. Demais é tão clara a sua etiopatogenia que não pôde haver dúvida sobre ser uma afecção adquirida: uma hiperprodução da camada superficial da epiderme em terreno trabalhado pela irritação de outra afecção ou de traumatismos reiterados.

A sede mais frequente dos côrnos cutâneos é o couro cabeludo, não porém predominantemente, pois a face e as extremidades são também sede frequente da afecção. Contam-se casos na fronte, temporas, nariz, pálpebras, lábios, mãos e pés, como também no tronco e órgãos genitais externos masculinos. Entre as figuras que encontramos, pareceu-nos mais interessante a que aqui reproduzimos de Lecène e que esquematiza o corno cutâneo de que era portadora a viúva Dimanche, tipo muito popular em Paris, por ser vendedora no mercado.

Geralmente o corno cutâneo é único; às vezes, porém, pôde ser múltiplo, citando Fordyce um caso em que se contaram nada menos de 133 côrnos em uma moça de 18 anos. E' bem provável que nesse caso não se trate de côrnos cutâneos, mas sim de uma queratose que se localiza nos pés e nas mãos, a chamada ictiose hystrix, da qual Aschoff nos oferece expressivas gravuras.

Não conseguimos apurar a procedência, nem as razões, da alegação de alguns autores sobre ser afecção mais frequente em mulher.

Clínicamente, trata-se de uma afecção de evolução lenta, indolor, que apenas dá perturbações em virtude do seu volume e sede. Hoje em dia, com a difusão dos serviços clínicos e melhor educação popular no que concerne a moléstias, é muito raro uma afecção desse gênero assumir as proporções a que chegou em nosso caso, muito menos atingir os 30 cms. assinalados pelos autores. O crescimento rápido é indício de degeneração maligna da sua base; isso seria verificado nos casos em que teve origem nos bordos de um epiteloma cutâneo, senão mesmo nos casos em que a etiologia não fazia suspeitar qualquer lesão blastomatosa. A porcentagem de degeneração andaria por volta dos 15, segundo Lebert, e dos 12 segundo Fordyce. O corno cutâneo às vezes se destaca espontaneamente, mas a regra é a recidiva imediata, uma vez que a hiperqueratinização local prossegue como os côrnos de certos animais, que normalmente caem e se reproduzem. O cervo canadense, o veado norte-americano e a rena trocam de chifres cada ano (Gohrmley). O nosso veado galheiro perde a arma todos os anos entre dezembro e agosto, ganhando mais uma ponta cada vez que renasce.

Como tratamento, a extirpação cirúrgica se impõe. Sendo afecção da pele, não há necessidade de atingir os planos profundos, mas convem incisar sempre em pele sã, afim de prevenir a recidiva local. A intervenção pôde ser feita sob anestesia local, com incisão elíptica e fechamento sem drenagem. No couro cabeludo, afim de se obter bom afrontamento dos bordos, às vezes há necessidade de descolamento extenso dos retalhos cutâneos, menos extensíveis que em outras regiões, em virtude do plano ósseo subjacente. Rebelo Neto aconselha fazer pequenas incisões no tecido subdérmico para facilitar a aproximação dos retalhos.

## AUTORES CONSULTADOS

- ASCHOFF (L.) — "Tratado de anatomia patológica", edição espanhola de Labor, 2 vols. Barcelona, 1934.
- BASSET (A.), CONSTANTINI (H.), JANNENEY (G.), MAISONNET (J.) e MIGNIAC (G.) — "Tratado de Patologia Quirúrgica", ed. espanhola de Salvat, I, 771, Barcelona, 1933.
- DEMEL (Rudolf) — "Diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas", ed. espanhola de Labor, 130, Barcelona, 1940.
- FORDYCE (John A.) — "Cirurgia de la piel y sus anexos", Cap. XXX da Cirurgia de Keen, ed. espanhola, II, 651, Salvat, Barcelona, 1926.
- LECÈNE (P.), TIXIER (L.) e PATEL (M.) — "Tratado de Patologia Quirúrgica", edição espanhola de Pubul, I, 380, Barcelona, 1934.
- WERNECK (Carlos) e BATISTA (Raul) — "Tratado clínico do diagnóstico cirúrgico", I, 268, Rio, 1921.

## Etiologia da ciste epidermóide da falangeta \*

Em recente trabalho publicado nos "Annals of Surgery" (CXIX, 148, janeiro de 1944), Pohlmann e Wachstein, de Middletown, Nova York, Estados Unidos, acentuam que, embora tenha sido mencionado em vários compêndios (o de Brailsford sobre Radiologia dos ossos e articulações, de 1934; o de Hodges, Phemister e Brunschwig sobre Diagnóstico radiológico das moléstias dos ossos e das articulações, de 1938; e o de Kaufmann sobre Anatomia patológica especializada, também de 1938), a ciste epidermóide da falangeta só contava com dez casos provadamente descritos. Ora, já em 1.º de agosto de 1942, mais feliz em nossa pesquisa bibliográfica, referimos à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo uma série de 13 casos, aí incluído um de observação pessoal. Dada a raridade da ocorrência, tanto esses autores norte-americanos como nós tivemos a idéia de resumir os casos encontrados na literatura, de maneira a bem se poder apreciar a extensão da contingência mórbida, bem como os seus característicos.

À relação apresentada por Pohlmann e Wachstein faltam o caso de 1926 referido por Evarts A. Graham, o de 1931 publicado por Adolf Behrens e o de 1942 publicado por nós, num total de 13 casos. Agora, com o seu, a lista se eleva para 14. Completando a relação por nós coligida, vamos resumir a seguir esse 14.º caso.

Caso 14 (1943) — Ferroviário de 50 anos, que teve a ponta do seu dedo médio da mão esquerda comprimida ao manobrar um breque; o dedo se intumeceu por algum tempo e a unha ficou descorada, mas não caiu. Seis meses depois sofreu novo traumatismo e o dedo se tornou mais sensível que os outros e periodicamente se mostrava edemaciado, avermelhado e doloroso à pressão. Um ano depois do primeiro traumatismo, o doente procurou o hospital. Aos raios X, havia imagem de ciste na região distal da falangeta, estendendo-se até o seu terço proximal. Intervenção sob anestesia venosa, sendo removida a unha e feita uma incisão longitudinal; saída a matéria de aspecto

\* Comunicação à Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina, em 10 de junho de 1945.

sebáceo; a ciste foi facilmente separada de seu leito ósseo, que foi submetido a eletrocauterização; a cavidade foi tamponada com gaze vaselinada, depois de polvilhada com sulfanilamida; finalmente foi aplicado um aparelho gessado para imobilização do dedo. O conteúdo da ciste era formado de material amorfo, de aspecto sebáceo, ligeiramente amarelado. A parede continha um epitélio escamoso estratificado, havendo um estrato espinoso bem desenvolvido e um estrato granuloso formado por uma ou duas camadas de células e uma espessa camada córnea; em algumas áreas, uma fina camada de tecido conectivo vascularizado acompanhava a parte externa da parede da ciste. Não havia estruturas dérmicas. A unha cresceu novamente e a falangeta se encurtou e um exame radiológico feito seis meses mais tarde mostrou parcialmente obliterada a área anteriormente ocupada pela ciste.

Ao acrescentar mais este caso à lista dos anteriormente publicados, queremos insistir sobre a etiologia da afecção, reafirmando as novas idéias expendidas em nosso trabalho de 1942.



Fig. 1 — Reprodução parcial da radiografia do caso de Pohlmann e Wachstein

Os autores que se têm ocupado do assunto vão repetindo as teorias aventadas, sem a coragem de afastar definitivamente as mal fundamentadas e as que não explicam todos os casos. Entretanto uma análise mais detida podia deixar de lado, desde logo, as que se apegam a cogitações embriológicas. A metaplasia de tecido epitelial no interior de tecido ósseo é um absurdo biológico. A fantasia de um deslocamento de células embrionárias diferenciadas invadindo um tecido de natureza diversa, nada mais é que o resultado da ânsia de explicar fatos aparentemente estranhos. Si tais teorias tivessem cabimento, em outros ossos do organismo havíamos de encontrar de quando em vez exemplos de ciste epidermóide. Por que a eletividade pela falange distal? Tais teorias não o explicam. Não obstante o apoio de autores como Friedlander e Frankle, havemos de convir

em que o deslocamento de células epiteliais para dentro da falangeta durante a vida embrionária do indivíduo é uma concepção inaceitável.

Diziamos em nosso citado trabalho sobre o assunto:

“As teorias apresentadas para explicar as cistes solitárias dos ossos sem dúvida não nos indicam um bom caminho para a solução do problema. De fato, para alguns trata-se de um foco de necrose intraóssea, com reabsorção do conteúdo; para outros, trata-se de um foco purulento que se tornou esteril; para Lecene e Lenormant, nada mais seria do que uma distrofia óssea da infância e da adolescência; para os adeptos da teoria traumática, um hematoma intraósseo se organizaria, dando lugar a uma hiperprodução fibrosa seguida de amolecimento central; para Looser, o hematoma interfragmentário provocaria aumento da pressão local, desgastando as paredes ósseas; Para Thoma, a decomposição da fibrina causaria uma irritação que produz a reabsorção da parte esponjosa, resultando na formação de uma cavidade. Mas — fato essencial — nessas cistes, embora muitas delas reconhecidamente de origem traumática, não há o aparecimento de matéria sebácea, o que os distanciam das cistes que nos ocupam a atenção”.

A teoria da inclusão de um botão cutâneo explicaria os casos em que a formação da ciste foi precedida de ferimento aberto, num tempo satisfatoriamente distante para ter permitido a proliferação sorrateira e gradativa da pequena porção incluída, vindo, afinal, resultar em ciste epidermóide. Mas acontece que em alguns casos os doentes não referem antecedentes de ferimento aberto e, em muitos dos casos em que houve ferimento, este foi de pequenas proporções e às vezes se limitou à perda da unha. Ora, em tais casos seria difícil explicar a migração do botão cutâneo ao interior de uma falangeta esfacelada pela violência do traumatismo.

Demais, como ainda recentemente asseveraram Frank Dolce e Randolph Clarck ao se referirem em geral às cistes epidermóides, “enquanto todos os autores que têm tratado do assunto admitem que o traumatismo toma parte na produção dessas cistes, está ainda sob controvérsias a maneira pela qual isso acontece, bem como a fonte do epitélio. (New York State Journal of Medicine, XLIV, 2358, 1 - 11 - 1944).

Foi diante dessas judiciosas ponderações que em 1942 lançamos uma teoria nova para justificar a presença de ciste epidermóide no interior da falange distal dos dedos da mão.

Eis como expuzemos as nossas idéias:

“É sabido que a unha repousa sobre um leito constituído de um tecido dérmico especializado, sem glândulas sudoríparas nem glândulas sebáceas, mas contendo a zona germinativa e também se-

gundo Szymonowicz, escassa porção da zona granulosa. Logo embaixo dessa camada, encontra-se a extremidade distal da falangeta, que avança até um pouco além da metade da unha. Pois bem, um traumatismo capaz de produzir fratura da falangeta pode determinar, igualmente, uma rutura e até um esfacelamento parcial do derma subungueal, mesmo na ausência de lesão aberta. Fragmentos desse hiponíquio podem se interpor aos fragmentos da falangeta fraturada, resultando a sua natural proliferação no aparecimento de uma entidade intraóssea com todos os característicos de uma ciste epidermoide. Uma tal etiologia não só justifica os dois casos (agora três com

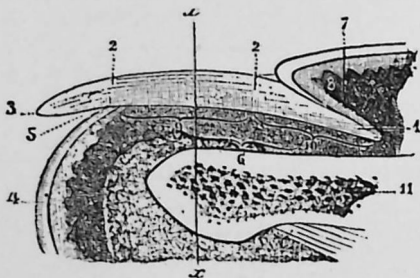


Fig. 268.

L'ongle vu en coupe longitudinale.

1, racine de l'ongle. — 2, corps de l'ongle, avec 2', lunule. — 3, extrémité libre. — 4, pulpe du doigt. — 5, angle de l'ongle. — 6, derme sous-unguéal. — 7, derme sous-unguéal ou manteau de l'ongle. — 8, rainure unguéale. — 9, lit de l'ongle. — 10, matrice de l'ongle. — 11, troisième phalange. — xx, plan suivant lequel est faite la coupe de la figure suivante.

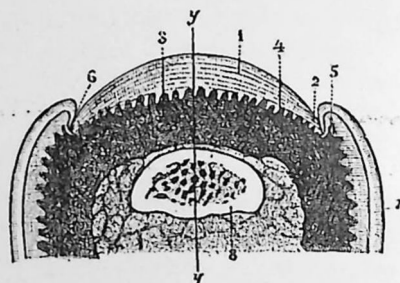


Fig. 269.

L'ongle vu en coupe transversale.

1, corps de l'ongle. — 2, ses bords latéraux. — 3, derme sous-unguéal (lit de l'ongle), avec 4, les crêtes de Henle. — 5, derme sous-unguéal ou manteau de l'ongle. — 6, rainure ou gouttière unguéale. — 7, peau du doigt, parties latérales. — 8, troisième phalange. — yy, plan suivant lequel est faite la coupe de la figure précédente.

Fig. 2 — Reprodução de Testut mostrando as relações da falangeta com o leito da unha

a publicação de Pohlmann e Wachstein) registados na literatura em que não havia traumatismo aberto, como também explica a preferência para a falange distal, justamente aquela que está em contacto com a unha. Assim também nos casos de dilaceração com ferimento aberto, é mais provável, pela proximidade, que um fragmento do leito da unha se enxerte dentro da falangeta esfacelada do que isso aconteça com um pedaço de epiderme da pele do dedo, situado a maior distância e facilmente removível durante os curativos. Para nos convenceremos da viabilidade dessa teoria, basta que lancemos os olhos sobre as figuras com que Testut esquematiza a estrutura da unha".

A apresentação do caso de Pohlmann e Wachstein vem reforçar os nossos pontos de vista. O doente desses autores tivera traumatismo progressivo violento, sem, entretanto, ter havido ferimento aberto. Um ano mais tarde, tendo ocorrido de permeio um novo traumatismo também sem provocar ferimento aberto, a imagem ra-

diológica de uma ciste óssea estava nítida na metade distal da falangeta. Até aqui, tudo como costumam assinalar as histórias dos de mais doentes. O exame das radiografias revela, porém, um fato objetivo de importância na confirmação dos nossos pontos de vista sobre a etiologia da afecção: a ciste expande-se mais para a porção dorsal do que para a porção ventral da falangeta. Isso quer dizer que o processo se desenvolve nas proximidades do leito da unha. A mesma disposição se observa em nosso caso pessoal, em que é mais espessa a camada óssea do lado ventral, e no caso de Jachnin e Summerill,

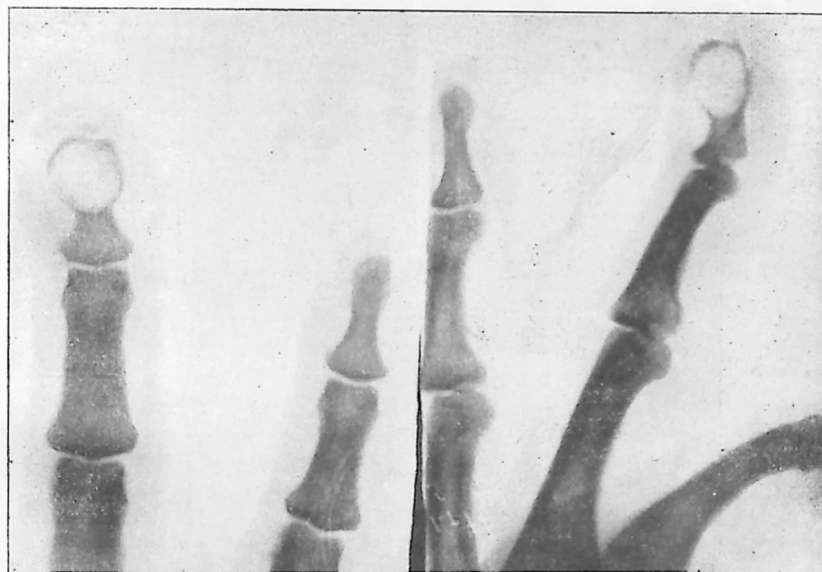


Fig. 3 — Caso pessoal do autor: aspecto radiológico da ciste, mostrando o comprometimento de toda a metade distal da falangeta

em que essa diferença é ainda mais acentuada, não havendo parede óssea do lado do leito da unha, tal como na radiografia de Pohlmann e Wachstein. Isso não quer dizer, é claro, que obrigatoriamente a ciste se desenvolva em contacto com a face ungueal da falangeta; em caso de traumatismo violento, com extenso esfacelamento da falange, é aceitável que um pedaço do leito da unha possa se aninhar a maior distância, originando ciste epidermoide na porção proximal da falangeta ou nas proximidades da sua face ventral.

Em resumo, a nossa teoria de que a ciste epidermoide da falangeta depende da migração para dentro do osso de um fragmento do leito da unha funda-se nos seguintes fatos:

- 1) A ciste epidermoide só aparece na falange distal.

2) Em todos os casos há a história de um traumatismo progressivo.

3) O tempo decorrido entre o traumatismo e a verificação da existência da ciste é o suficientemente longo para permitir a proliferação celular, constituição de paredes, descamação epitelial e formação da matéria sebácea.

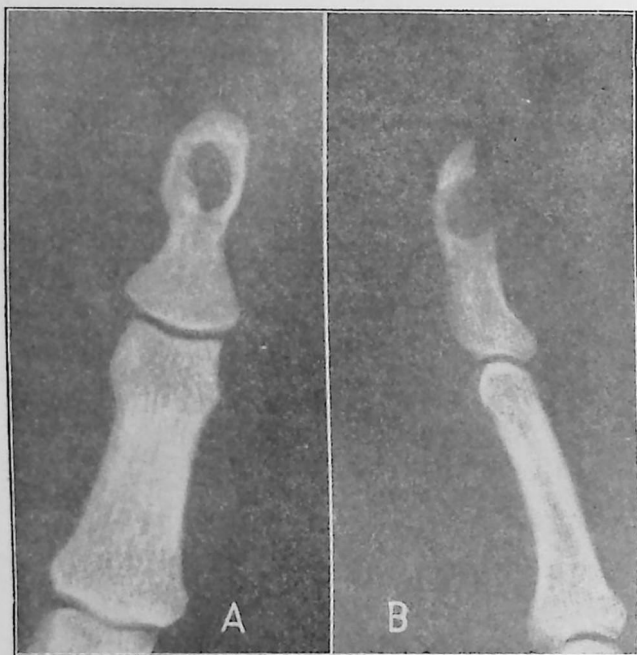


Fig. 4 — Caso de Jachnin e Summerill, em que a ciste se mostra na metade distal da falangeta, conforme a maioria dos casos; a figura reproduz o aspecto antero-posterior (A) e o lateral (B) da falangeta afetada, vendo-se neste que a ciste está localizada dorsalmente.

4) Ausência ou insignificância de ferimento aberto, tornando inconsistente a idéia da inclusão de um botão cutâneo.

5) Dentro da falangeta, a ciste se forma, de preferência, nas proximidades do leito da unha.

Resta uma prova, que talvez o tempo nos venha a dar: a verificação radiológica do esfacelamento da falangeta na época do traumatismo responsabilizado em um dedo em que mais tarde se desenvolva uma ciste epidermóide.

Cumpre-nos, ainda, diante das idéias expendidas, reafirmar as nossas ressalvas quanto à classificação do caso de Sonntag entre os de ciste epidermóide. A nós nos parece que esse caso nada mais

traduz do que a inclusão cirúrgica de um botão dérmico entre os fragmentos da 2.<sup>a</sup> falange, ali se desenvolvendo uma ciste de conteúdo sebáceo, de acôrdo com a etiologia das cistes sebáceas por nós recordada em trabalho publicado em 1936.

*Nota:* Recentemente a senhorita Villard defendeu tese em Paris (1947) com o estudo feito de um caso observado por Duperrat e Gandrille. Esses autores escreveram sobre o assunto em La Semaine des Hôpitaux, de Paris, XXIV, 78, 10 de janeiro de 1948, não citando os nossos trabalhos.

## Cirurgia da caseose dos nervos na lepra \*

Quando nos dispuzemos a operar os primeiros casos de tumoração no trajeto de nervos em doentes de lepra, graças à preferência com que nos distinguiu o dr. Nelson de Souza Campos — tínhamos sôbre a afecção e sôbre a conduta cirúrgica a seguir idéias bem diversas das que logo se firmaram e hoje estão consagradas nos meios especializados.

Do ponto de vista microscópico, verificaram os profs. Carmo Lordy, José Oria e Constantino Mignone, com material por nós fornecido, que era completamente errônea a designação de abcesso de nervo, que até então servia para identificar tais casos, mesmo nos mais adiantados centros especializados em lepra. O que havia era a formação de cáseo, em consequência de um processo reacional do organismo a uma infecção pouco violenta ou como resultado de uma luta defensiva bem sucedida, em que o organismo levou a melhor. Trabalhos posteriores, realizados no Departamento de Profilaxia da Lepra em São Paulo, confirmaram esses pontos de vista, tendo Nelson de Souza Campos definido o processo mórbido em questão, sob o aspecto etiopatogênico, da seguinte maneira: “Uma vez localizados no tecido conjuntivo intersticial de um tronco nervoso, os bacilos da lepra determinam um processo irritativo de nevrite, em que as fibras nervosas propriamente ditas são comprimidas, seguindo-se uma fase degenerativa lenta, sujeita a exacerbações agudas sucessivas, trazendo como resultado a degeneração das fibras nervosas, com todas as suas consequências. Em geral, o que daí resulta é a formação do neuro-granuloma leproso, que pode sofrer dois tipos de evolução: ou sofre um processo de esclerose, o que se observa com mais frequência, ou então o granuloma evolue por uma série de fenômenos muito semelhantes aos que se apresentam na tuberculose — formação de células gigantes, presença de células epitelioides e de linfócitos, em seguida necrose, caseificação e abcesso frio, com ou sem formação de tumores, isto é: com ou sem exteriorização da formação caseosa”. Pode ocorrer ainda um estágio mais avançado, quando, além da caseificação, se dá a deposição de sais de cálcio (carbonatos e fosfatos de cálcio com uma proporção relativamente elevada de ferro, conforme análise feita por Lambling, de Lille). Tivemos a oportunidade de operar um desses casos, de ocorrência raríssima, con-

\* Comunicação à Sociedade Médica São Lucas em 16 de novembro de 1943.

forme testemunha Nelson de Souza Campos (4 casos na literatura estrangeira e 2 verificações de autópsia entre nós). No caso por nós operado 75% do material examinado era composto de fosfato de cálcio, com traços de sódio e silício (F. J. Maffei).

Assim, o aparecimento dos tumores depende da capacidade reativa do tecido ou da intensidade da luta entre o agente mórbido e o organismo. Nuns casos vemos o caseo ficar disposto ao longo do endonervo, incapaz, pela escassez de volume, de romper o epinervo; noutros, ele é produzido em maior quantidade e vai romper as barreiras fibrosas que envolvem o tronco nervoso em uma ou mais partes para constituir o que os autores mais antigos chamavam de "abcesso ou abscessos de nervo"; ainda em outros casos, sem dúvida mais raros, a produção de caseo é tão vultosa que ele emerge dos troncos nervosos, atinge a pele, rompe-a, extravasa em fístula de longa duração, recidivando o processo por uma e mais vezes, como sucedeu no caso assinalado por Chatterji, em que, até a época da sua publicação, as formações caseosas subcutâneas tinham sido incisas quatro vezes no decurso de quatro meses, denotando produção intensa de caseo.

Diante desses conhecimentos, consagraram os centros especializados a expressão *caseose* para substituir a de *abcesso* de nervo na lepra.

Por outro lado, a idéia inicial da conduta cirúrgica a seguir modificou-se, também, profundamente. Não só devido às verificações feitas nos primeiros casos que operamos, como ao novo conceito que se veio firmando de lepra tuberculoide, tivemos de orientar a tática cirúrgica para outros rumos, não só de acordo com a localização e natureza do nervo lesado como na técnica em si da agressão ao tronco nervoso.

A idéia inicial era fazer a neurólise, libertando as fibras nervosas comprimidas pelo processo granulomatoso. Mas o que fomos encontrar era a destruição completa dos feixes nervosos, o desaparecimento das fibras em intensidade maior ou menor, conforme o nível e intensidade das lesões. Verificamos, logo, que não era possível libertar fibra alguma, no sentido restrito da palavra. As lesões tinham início na parte mais central do endonervo e se estendiam ao longo do tronco por cerca de dez centímetros, com gibosidades em vários pontos, sendo que em alguns atingiam o epinervo, interrompendo completamente o influxo nervoso. Assim, não era possível isolar a fibra desde a parte proximal normal à parte distal não atingida do tronco nervoso. Demais, conforme os trabalhos de Réquier, os feixes nervosos vão se dividindo durante o seu trajeto, enviando fibras a feixes vizinhos, em anastomoses que se multiplicam, de sorte que, como pode afirmar Francesco Purpura, em consequência de seus trabalhos e das pesquisas de seus colaboradores, "não existe nos nervos uma precisa sistematização anatômica das fibras, que, no seu caminho para a periferia mudam de posição e podem

ocupar mesmo a parte oposta àquela ocupada precedentemente, mas mantendo-se de preferência no mesmo segmento de nervo". Langley e Hashimoto já haviam descrito a formação de verdadeiros plexos internos nos troncos nervosos, correspondendo aos ramos de distribuição periférica. Também Dustin havia provado que a distribuição das fibras dos nervos é extremamente variável não só de indivíduo para indivíduo, como também no mesmo indivíduo. Estudando a estrutura dos nervos, Senawin e Epstein verificaram que se encontram entre os feixes numerosas anastomoses, variáveis de segmento para segmento e de nervo para nervo; assim, enquanto que o mediano apresenta uma estrutura muito complicada, a do radial é mais simples, cabendo ao cubital um termo médio. Cumpre recordar ainda que Guerrieri verificou experimentalmente que as neurofibrilas regeneradas, provenientes da metade do coto central do ciático (a outra metade havia sido recurvada e fixada aos tecidos moles, enquanto que a anastomose fora feita hemiproximal — coto distal), vão distribuir-se em toda a espessura do tronco nervoso periférico.

Ora, diante desses conhecimentos, a neurólise seria trabalho desnecessário, si possível. O que cumpria fazer era manter a continuidade do tronco nervoso, para que as fibras regeneradas fossem encaminhadas à porção periférica indene e ali suprissem, com o tempo, a deficiência das fibras atrofadas, fazendo reaparecer a ação motora e a sensibilidade na zona atingida. Como a lesão se inicia e se mostra mais intensa no endonervo, a conduta razoável é abrir o cordão nervoso ao longo de suas fibras, incisando-o até o centro e em toda a extensão atingida pelo processo; isso feito, remover os tecidos degenerados e o caseo já existente, respeitando somente as formações fibrosas da periferia. Lowe fala em curetagem; nós temos usado sempre o bisturi e a tesoura. Conforme o estágio do processo granulomatoso, vamos encontrar cordões duros de aspecto lardaceo, de cor que varia do amarelo ao cinzento claro e ao branco, na gradação da cor notando-se, também, a diminuição da consistência, que passa do sólido e rijo, nas formações amareladas, para o pastoso mais ou menos fluido quando a caseose está presente. Uma vez removida toda a substância degenerada, o tronco nervoso é reconstituído, fazendo-se uma sutura continua ao nível do epinervo. Afim de evitar aderências aos tecidos superficiais, o que possivelmente acarretaria transtornos futuros para o doente, a incisão do nervo deve ser feita pela sua face profunda, o que se torna muito fácil, por manobra de rotação de 180 graus, depois de completada a dissecação do tronco nervoso na parte afectada.

Quando a lesão se assesta em nervos superficiais de distribuição cutânea, torna-se desnecessária a conservação do nervo para conduzir as fibras regeneradas ao território que lhes compete suprir. Em tais casos, fazemos a simples ressecção do nervo na porção atingida. São esses os fundamentos e a orientação da cirurgia na caseose dos nervos na lepra.

Não se compreende, assim, que Chatterji recomende a tentativa de aspiração do caseo por meio de seringa, quando o conteúdo da tumoração não é muito espesso; nem se justifica que, quando se procede à intervenção, “a drenagem possa ser necessária por alguns dias”, como ele declara. Ter-se-á que discordar, ainda, desse reputado especialista quando ele aconselha, depois das operações, a continuação do uso de injeções de óleo de *Hydnocarpus* ao longo do nervo. Ora, segundo o conceito moderno de lepra tuberculoide, está-se em presença de um processo já extinto, em que não se tem que combater a causa etiológica, mas apenas corrigir os danos deixados pela passagem da moléstia. No caso da caseose dos nervos, o que cumpre é remover o tecido degenerado que está impedindo o desenvolvimento das fibrilas de regeneração; o ataque ao *Micobacterium leprae* torna-se desnecessário, porque ele já foi extinto pela própria reação do organismo. É certo que alguns autores assinalam a presença de bacilos nas lesões de nervos espessados. Lowe, por exemplo, diz ter encontrado bacilos em cerca da metade dos casos. Mas queremos crer que nem todos os casos compulsados por Lowe tenham sido de lepra tuberculoide, mas que muitos tenham sido de nevrite no curso da reação leprótica em casos lepromatosos, determinada pelo uso de iodeto de potássio, conforme ele mesmo refere. Essa crença é tanto mais justificada quanto no seu primeiro trabalho, publicado em 1929, ele se referia a 19 casos, dos quais em apenas 6 havia formação tumoral. Não seriam os outros simples casos de nevrite lepromatosa? No trabalho ulterior, que sem dúvida se refere a material selecionado com o mesmo critério, ele faz alusão a que operou “mais ou menos cem casos”, dizendo que é aconselhável a operação mesmo que haja apenas uma tumefação dolorosa do nervo, que pode ou não se transformar em abcesso. Pois bem, se a localização do bacilo leproso num tronco nervoso ainda está produzindo fenômenos dolorosos e se ainda apenas existe o espessamento fusiforme, é muito provável que a luta do organismo contra a infecção esteja em pleno desenvolvimento sem reação tissidial característica dos organismos alergizados. É razoável, pois, que em tais casos os cortes histológicos mostrem a presença de bacilos e estrutura lepromatosa.

Nós mesmo já tivemos a ocasião de encontrar bacilos por duas vezes. Recordemos esses casos:

*Caso I* — Operação n.º 2.726. L. F., sexo fem., 10 anos, branca, brasileira, internada em Pirapitinguí.

*Comemorativos* — Mãe antiga portadora de forma mixta de lepra. A cerca de 5 anos apareceram-lhe pequenos nódulos na coxa esquerda. Não se ligou importância ao fato, não tendo sido tentado qualquer espécie de tratamento. Em meados de 1933 começou a notar um tumorzinho na face interna do braço direito, logo acima do cotovelo, o qual veio crescendo sorrateiramente, sem despertar maiores incômodos.

*Exame* — Em maio de 1929, apresentava pequenos nódulos na face anterior da coxa esquerda e no lobo da orelha do mesmo lado. Em outubro de

1933, apresentava: orelhas um pouco infiltradas; em cada hemiface, existência de uma mácula eritematosa levemente infiltrada; nódulo subcutâneo na face posterior do braço direito; cubitais de ambos os lados sensíveis e espessados acima do cotovelo, havendo, à direita, ligados ao nervo, dois nódulos duros, subcutâneos, não dolorosos à pressão, pouco móveis, o maior e mais distal do tamanho de uma avelã, o menor e proximal medindo os 2/3 do outro e ligados entre si por um cordão de mais ou menos 3,5 cms. de comprimento, da grossura de um lapis comum, identificável ao nervo cubital; atrofia dos interosseos dorsais da mão direita e anestesia termo-dolorosa em toda a zona de distribuição cutânea do cubital direito.

*Relatório da operação* — Data, 6 de dezembro de 1933. Hospital do Leprosário de Pirapitinguí. Diagnóstico: dois tumores caseosos do nervo cubital direito acima do cotovelo. Indicação operatória: extirpação dos tumores. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. João N. von Sonnleithner. Anestesia regional da pele com uma mistura de Novocaina a 1% a Surocaina a 5% e infiltração do tronco nervoso com a mesma mistura. Marcha da anestesia, regular: a doentinha reclamou um pouco de dor ao manipular-se o nervo. Incisão linear de 11 cms. ao longo do trajeto do cubital direito, a partir da goteira epitrocleo-olecraneana. Incisão dos planos superficiais até expor os tumores. Descoberta do nervo, que se achava particularmente espessado na sua porção distal. O tumor mais próximo do cotovelo, de maior tamanho, tendo pouco mais de 1 cm. de diâmetro e base alargada, era de cor vinhosa e muito aderente aos tecidos sanguíneos; secção do pedículo, deixando à mostra na superfície de implantação no nervo uma substância amarelada reunida em grumos, que foi retirada após pequena incisão do tronco nervoso; recomposição deste com três pontos separados. O tumor menor de situação proximal e coloração esbranquiçada, emergia de um epinervo muito espessado e ainda não dispunha de envoltório resistente, rompendo-se com facilidade. Excisão dos tecidos aéscacelados, restando no tronco nervoso como que uma cratera do epinervo, em cujo centro existia uma substância amarelada, grumosa, que se insinuava pelo endonervo. Retirada do caseo e sutura com 2 pontos separados. Em nenhum dos tumores havia caseo liquefeito. Sutura dos planos superficiais. Sutura da pele com agrafes e crina.

*Peças cirúrgicas* — Esfregaços feitos na hora não revelaram *Micobacterium leprae*. Cortes histopatológicos demonstram focos de caseose em ambos os tumores. No tecido granulomatoso circunjacente ao tumor menor, de mais recente formação, encontrou o prof. Carmo Lordy raros bacilos com os característicos do *Micobacterium leprae*.

Como se depreende da leitura acima, tratava-se de u'a menina internada num leprosário, filha de mãe portadora de forma mixta de lepra e que, ela mesma, apresentava: orelhas infiltradas; máculas eritematosas nas faces, com ligeira infiltração; nódulo subcutâneo na face posterior do braço direito, cubitais de ambos os lados sensíveis e espessados, com dois tumores à direita. O quadro dermatológico já não indicava moléstia em atividade? A dor ao nível dos cubitais não era sinal de lesão não extinta? Demais a observação consigna que não havia caseo liquefeito em nenhum dos tumores, mas que a substância que se excoara era amarelada e grumosa — lesões ainda não amadurecidas. Os bacilos foram encontrados no tecido circunjacente ao tumor de mais recente formação, por certo aquele que mostrava o caracter ainda evolutivo da moléstia.

O outro caso é o seguinte, publicado sob o título “Achado cirúrgico em um caso de lepra nervosa considerado extinto”.

M. R., 28 anos, sexo fem., casada, brasileira, residente nesta capital. Foi-nos encaminhada por distinto e conceituado dermatologista, que afirmava: "A portadora, que trás como relíquia da infecção que sofreu um abcesso do nervo cubital, necessita de teus serviços; a sua cura já está garantida pelo tempo; com efeito, o tratamento está suspenso praticamente, porque ela é negativa a mais de 2 anos". Apresentava garra cubital esquerda, com amiotrofia dos interosseos e da região tenar, atrofia da pele no punho e no borbo cubital da mão esquerda e grande aumento no volume do nervo cubital, acima da goteira epitrocleana, sendo ligeiramente dolorosa a sua palpação, que revelava ligeira e difusa tumoração pouco acima do cotovelo. Contava a doente que já tinha cedido em parte a insensibilidade térmica e dolorosa que apresentara ao nível do dedo mínimo, pois já percebia o calor e alguma dor, não mais sentindo o dedo frio. Contava também, que já havia voltado a sudação do bordo cubital e da palma da mão esquerda.

Diante desses dados, também nós pensamos que se tratasse de um caso terminal em que a caseose do nervo já se estivesse reabsorvendo, si tal é coisa possível, e em que a reconstituição de fibras nervosas anteriormente destruídas já se estivesse processando. A intervenção proposta viria apenas acelerar a regeneração do nervo cubital.

Operação n.º 6.815, em 20 de setembro de 1938, no Sanatório Santa Catarina, sob anestesia loco-regional com novocaina a 1% (30 cc), tendo como assistente o dr. Ernesto Afonso de Carvalho. Incisão sobre o trajeto do cubital, desde o terço médio do braço até a goteira epitrocleana; exposição e libertação do nervo cubital, que logo acima da goteira se espessava em funil, até atingir a grossura de um lapis comum, para depois continuar com esse calibre até perder-se no limite superior do campo operatório; incisão do epinervo e neurolise cuidadosa; não havia caseo no interior, como havíamos observado nos casos anteriores, mas um tecido esbranquiçado e duro, de constituição fibrosa, no sentido do grande eixo do nervo. Retirada de material lesado para exame histológico: reconstituição do nervo por meio de sutura a categute da bainha epineural; sutura dos planos superficiais: agrafes na pele. Duração, 28 minutos. Retirada dos pontos no 6.º dia; cicatrização perfeita. O material colhido foi remetido para o Instituto Pinheiros, que nos forneceu o seguinte relatório: "Exame n.º 63. Nervo. Diagnóstico clínico enviado: nevrite cubital em fase de regressão. Fixação em formol, inclusão em parafina, coloração a hematoxilinaeosina e Ziehl-Neelsen. Dissociação das fibras por tecido de granulação lepromatoso. Os cortes corados pelo Ziehl-Neelsen revelaram grande quantidade de gemens alcoolacidoresistentes, sob a forma granulosa. Diagnóstico: nevrite leprosa. a) Dr. Fernando Alayon".

Como bem se vê do relatório da operação, neste caso não havia formação de cáseo, mas tratava-se, como bem atesta o relatório do anatomopatologista, de uma simples nevrite leprosa, com grande quantidade de bacilos.

Casos semelhantes a este devem ter sido os em que Lowe encontrou bacilos.

Quando ha indicação da intervenção cirúrgica em caso de nevrite leprosa caseificada? Nas seguintes hipóteses:

Si o doente apresenta fistula, a indicação cirúrgica é formal, sem restrições. Si apresenta um nervo espessado, com uma ou mais gibosidades bem palpáveis, às vezes bem visíveis, com lesões atróficas no território a jusante — a intervenção cirúrgica está bem indicada e deve ser feita antes que se dê a fistulação.

Nos casos de nevrite hipertrófica, em que a dor predomina no quadro clínico, e quando a natureza etiológica ainda não se defi-

niu, há igualmente indicação da intervenção, não só com a finalidade terapêutica, desafogando o nervo, como ainda profilática das lesões tróficas, sobretudo amiotróficas, que assim podem não se instalar, ou, se já iniciadas, melhoram visivelmente. E daí resulta a indicação cirúrgica em todo caso de nevrite hipertrófica de natureza hanseniana, que seja de estrutura lepromatosa, quer seja tuberculóide, com ou sem tumorações caseosas, com ou sem fistulação. No primeiro caso ela é a melhor terapêutica da dor, tão frequente nessa forma clínica e no segundo caso ela irá eliminar um ou mais focos de necrose caseificada, com detritos amorfos inabsorvíveis, de produção lenta e tendência, remotamente, à abertura espontânea através da pele. Si a evolução normal é para o estabelecimento de uma fístula, capaz de acarretar infecção secundária do foco, reação fibrosa residual e, conseqüentemente, maior probabilidade de compressão das fibras nervosas — é razoável que se apresse essa evolução natural, eliminando de uma feita o material caseificado, com a obtenção de uma cicatriz por primeira intenção e com o afastamento dos inconvenientes de uma fístula que leva às vezes meses para exgotar o foco. Por outro lado, tanto as fístulas já estabelecidas como as suas sequelas — fibrose, dando compressão dos elementos nervosos, que se atrofiaram e degeneraram — exigem o auxílio do cirurgião para remover, tanto quanto possível, as conseqüências próximas e à distância das lesões nervosas: interrupção do trajeto das fibras, amiotrofias, manchas cutâneas, perturbações da sensibilidade. Assim, a cirurgia tende a favorecer a restauração de um nervo lesado, visando corrigir as conseqüências possíveis e as já positivadas da afecção.

Quanto à técnica cirúrgica, dividimos os doentes em 4 grupos: o 1.º, formado de casos de evolução mais avançada, compreende os em que a fistulação do tumor se seguiu a inclusão do nervo na cicatriz residual; o 2.º, formado de casos em que há tumor, compreende aqueles em que a afecção atinge um tronco nervoso; o 3.º, formado ainda de casos em que há tumor, e compreende aqueles de caseose dos ramos terminais de distribuição cutânea; o 4.º formado de casos em que não há tumor, compreende os mais precoces na evolução, quando o cáseo ainda não rompeu a bainha nervosa para se exteriorizar em tumor.

1. Nos casos em que há cicatriz cutânea decorrente de fístula, seguimos orientação cirúrgica que pode ser assim esquematizada:

1. Anestesia tronco-regional.
2. Incisão elíptica, envolvendo a cicatriz cutânea.
3. Incisão elíptica, envolvendo a cicatriz cutânea.
4. Exposição do nervo acima e abaixo da antiga fístula.
5. Dissecção e excisão dos tecidos fibrosados.
6. Libertação do tronco nervoso.
7. Incisão longitudinal do nervo.
8. Remoção do cáseo residual.
9. Recomposição do nervo.
10. Sutura dos tecidos subcutâneos.
11. Sutura da pele.

Vejamos a razão de ser dessa conduta:

1. É obvio ressaltar as vantagens da anestesia tronco-regional. Além de menos prejudicial ao organismo que uma anestesia geral por qualquer método, ela oferece a vantagem de permitir ao operador um trabalho sosegado, executando os vários tempos cirúrgicos sem afobação, o que é de particular importância no caso, porquanto toda cirurgia nervosa demanda muita paciência, delicadeza e minúcias especiais. Fazemos a infiltração subcutânea em losango, com duas picadas de agulha, ambas ao nível do trajeto do nervo e para além dos limites que desejamos dar à incisão; aproveitandonos da picada proximalmente feita, realizamos uma infiltração profunda junto ao nervo, procurando embebe-lo no anestésico.

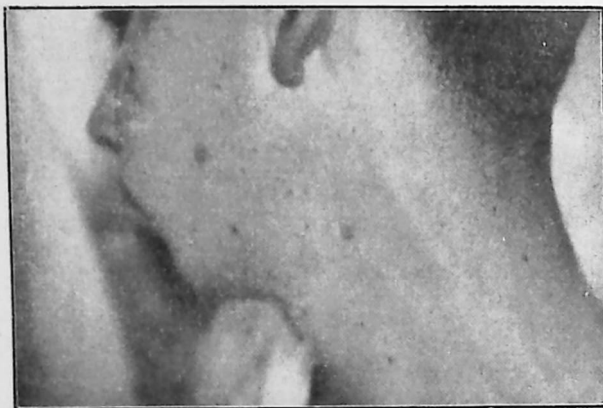


Fig. 1 — Caso de caseose do auricular

2. A incisão elíptica é imposição de regra comesinha da cirurgia: sempre que se vai incisar num campo onde há uma cicatriz é de boa técnica remover essa cicatriz, já porque ela torna mais difícil a exposição dos planos subjacentes, já porque perturba a coaptação dos bordos na síntese da ferida, já porque ficará como ofensa indelével à estética e como marco indicativo de uma desídia do cirurgião. A elipse não deve abranger apenas a extensão suficiente para uma boa coaptação da ferida cirúrgica; deve ir além: deve ser bastante ampla, de modo ao cirurgião poder expor com facilidade 2 a 3 cms. do nervo acima e abaixo da parte lesada. As nossas incisões variam de 9 a 14 cms. de extensão e acompanham o eixo do nervo.

3. A excisão da pele é ato que necessariamente decorre de uma incisão elíptica. No fazê-la é preciso ter um certo cuidado, pois o nervo em geral está superficialmente situado, em virtude do processo de cicatrização da fístula, que o atrai e o fixa à pele, e, mais

do que isso, que recalca e deprime a pele, substituindo o tecido adiposo subcutâneo por tecido escleroso sem elasticidade.

4. A exposição do nervo deve ser feita, em primeiro lugar, acima e abaixo do ponto lesado. É muito mais fácil atingir o nervo buscando-o através de tecidos sãos: trabalha-se em campo limpo e não se encontram tropeços em isolar o nervo a esse nível, porquanto não há aderências do epinervo aos tecidos vizinhos.

5. A dissecação dos tecidos fibrosados é, de regra, trabalhosa. Essa tarefa é facilitada, porém, com a exposição do nervo acima e abaixo da parte lesada. Uma tesoura de ponta fina ou um bisturi protegido por tentacanula cinde a bainha da parte exposta do nervo

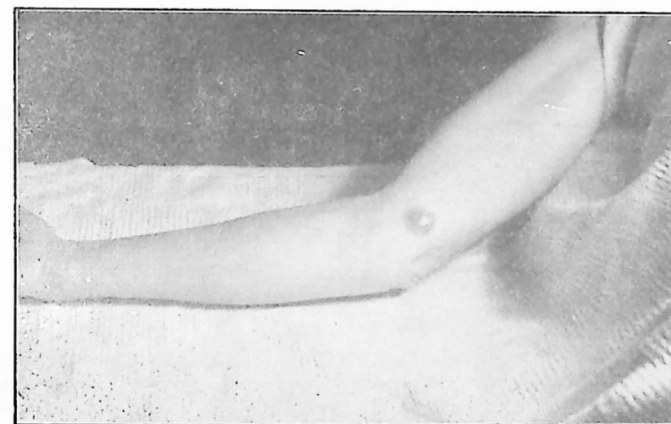


Fig. 2 — Caseose do braquial cutâneo interno quasi rompendo a pele

para a zona afetada, uma ou várias pinças sustentam os tecidos a excisar e a sua dissecação se vai fazendo a golpes de tesoura ou a ponta de bisturi. Aos poucos se faz a libertação dos tecidos vizinhos sãos e chega um momento em que só resta a íntima conexão da fibrose com o tronco nervoso. Essa conexão íntima se dá, em geral, numa extensão de 1 a 2 cms. ao longo de uma das faces do nervo. A fibrose aí se insinua pelo endonervo a dentro e perde-se entre matéria caseosa residual.

6. Uma vez excisado o tecido cicatricial, procede-se à libertação do tronco nervoso. Este é espessado, atingindo quasi sempre mais de 1cm. de diâmetro. O epinervo também é muito vultoso e irrigado, sendo digna de nota, neste tempo, a dificuldade com que às vezes se consegue estancar os vasos sanguíneos.

7. Como a lesão atinge preferivelmente o endonervo, onde se acolhe a matéria caseosa e por onde ela se alonga a vários centímen-

tros do foco principal, é necessário fazer-se a abertura do nervo. Incisa-se o nervo por sua face profunda, no sentido axial, até atingir a caseose, que se apresenta de cor amarelada e esfarelenta em contraste com o aspecto nacarado e rígido das fibras nervosas.

8. Cumpre agora respeitar tanto quanto possível os elementos vivos e, pelo contrário, retirar toda a parte caseificada, empregando para isso uma pinça de dissecação, o bisturi ou uma tesoura.

9. Procuramos reconstituir o tronco nervoso, para que as fibras destruídas possam encontrar um caminho favorável à sua restauração. Para isso, temos usado uma sutura muito superficial a pontos separados ou em chuleio com categut n.º oo.

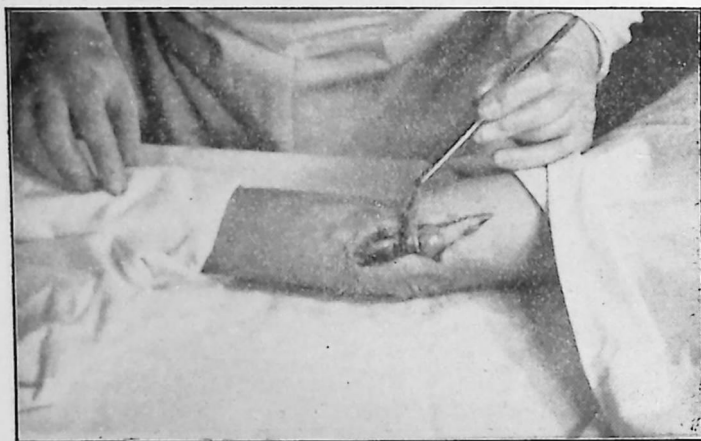


Fig. 3 — Incisão elíptica para ressecção do nervo no mesmo caso da fig. 2

10. Uma sutura de tecidos superficiais, às vezes a pontos separados, às vezes em chuleio, recobre o nervo e o separa da pele. Faz-se, previamente, um repasse no campo, com o intuito de ligar algum vaso que acaso esteja sangrando. Parece-nos desnecessária a drenagem. Uma boa hemostasia prescinde o dreno; por outro lado a anatomia patológica desaconselha-o, pois não se trata de abscesso nem de qualquer outra lesão produtiva que exija derivação. Demais, em casos nossos, o exame microscópico, a cultura e a inoculação mostraram ausência de germes de qualquer espécie; e o decurso posoperatório costuma transcorrer satisfatoriamente, sem infecção da ferida cirúrgica.

11. É preferível, na sutura da pele, o processo intradérmico. É mais demorado e exige paciência da parte do cirurgião, já cansado com um ato cirúrgico delicado e de duração mais ou menos longa (30 a 40 minutos em média). Porém é mais estético que os

demais e isso tem importância quando se trata de doente do sexo feminino. Para essa sutura, usamos seda n.º 1. Em alguns casos suturamos a pele com pontos separados de crina ou seda e com agrafes.

II. O segundo grupo é formado pelos casos em que há um tumor de caseose em liquefação mais ou menos adiantada. A conduta operatória neste grupo pode ser assim enumerada:

1. Anestesia loco-regional, segundo a técnica atrás descrita, servindo-nos da Novocaina a 1/2 % ou do Sinalgan ou de Scurocaina.

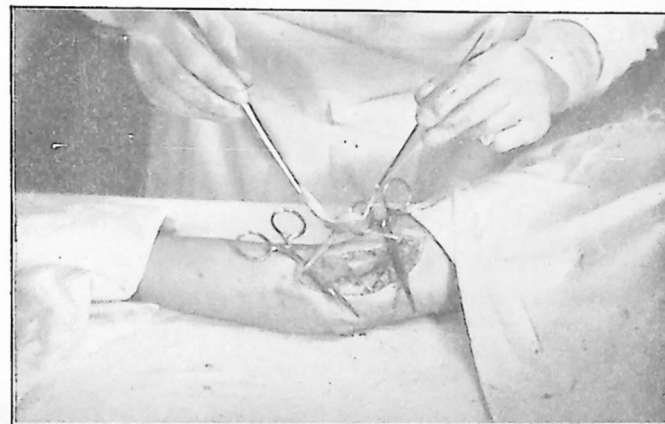


Fig. 4 — Ainda o mesmo caso, com o nervo já dissecado e o tumor caseoso aderente à pele

2. Incisão linear de mais ou menos 10 cms. segundo a projeção cutânea do trajeto do nervo.

3. Exposição do nervo acima e abaixo do tumor, trabalhando, para isso, no ângulo proximal e no ângulo distal da ferida operatória.

4. Dissecação cuidadosa do tumor, que se acha envolto em uma camada mais ou menos delgada e irregular de tecido granulomatoso, com espessura muito variável, cheia de anfratuosidades e presa nos tecidos por meio de aderências de limites pouco precisos. Não raro se rompe aqui ou acolá essa membrana envolvente, dando vazão a uma massa esbranquiçada, que é o caseo liquefeito. A libertação do tumor é sempre trabalhosa e demanda paciência para que seja realizada com precisão e sem que o campo se encha de sangue. Como a membrana que circunda o caseo é um tecido granulomatoso, os vasos aí são numerosos e sangram em lençol, exigindo muita atividade da parte do assistente. O bisturi e a tesoura devem ser manejados com cuidado e às vezes têm que seccionar fibras mus-

culares e vasos de maior calibre, tais as aderências existentes. É sempre de boa prática iniciar a dissecação do tumor a partir das partes do nervo expostas no tempo anterior; assim facilmente se consegue isolá-lo dos demais tecidos, deixando-o apenas preso, às vezes por pequeno pedicelo, ao nervo donde provem.

5. Excisão do tumor, deixando à mostra o seu ponto de emergência do nervo. Essa implantação em geral não passa de uma elipse de 1 x 1/2 cm. A secção mostra bordos espessados, em virtude de intensa reação do epinervo, reação esta que se estende por alguns centímetros do foco; o centro da superfície de secção é ocupada por caseose, parte liquefeita e esbranquiçada, parte consistente e amarelada.

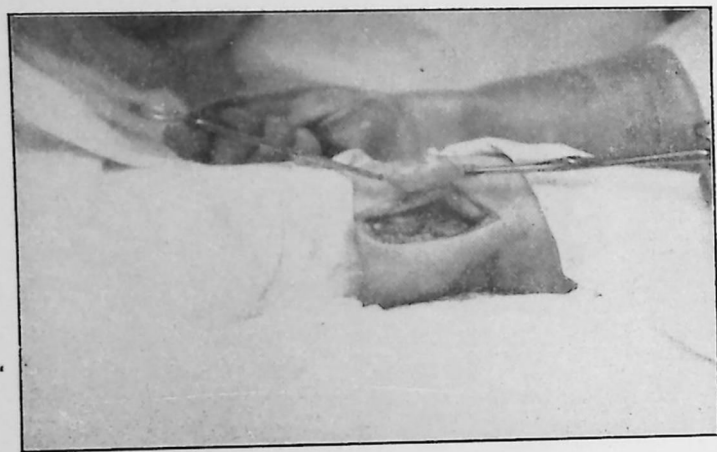


Fig. 5 — Caso de tumor caseoso, em que se vê a sua conexão com o cubital espessado

6. Abertura do tronco nervoso por sua face profunda ao longo do seu eixo, por vários centímetros, de maneira a expôr toda a porção caseificada.

7. Retirada do cáseo e reconstituição do tronco nervoso com catagute n.º 00 em sutura chuleada ou a pontos separados.

8. Repasse da hemostasia do campo e sutura dos planos superficiais recobrimdo o tronco nervoso.

9. Sutura da pele, conforme atrás descrevemos.

III. O terceiro grupo é formado de casos em que a afecção atinge ramos terminais de distribuição cutânea. Em tais emergências, a conduta cirúrgica podia se caracterizar pela orientação conservadora que presidiu àquela seguida nos casos do segundo grupo. Haveria, certas dificuldades de execução. Ter-se-ia que trabalhar

com nervos muito finos, em grande parte de sua espessura destruídos ou muito alterados e perdidos entre aderências fibrosas e tecido de granulação. Dada a distribuição cutânea dos nervos afectados, parece-nos mais expedita e mais radical a excisão em massa dos tecidos lesados. O ato cirúrgico então é muito simples: dissecação do trecho atingido, isolando o nervo acima e abaixo das tumorações e seccionando-o de ambos os lados — coisa de poucos minutos.

IV. O quarto grupo compreende os casos surpreendidos mais precocemente e em que ainda não há formações tumorais, mas simples espessamento do tronco nervoso, devido ao cáseo que está no seu interior.

Em tais casos os tempos cirúrgicos são em tudo semelhantes aos empregados nos casos dos grupos I e II, com excepção apenas da dissecação e remoção das bolsas caseosas extratruculares e dos tecidos cicatriciais decorrentes das fístulas.

\* \* \*

A nossa casuística compreende 29 intervenções, que podem ser assim divididas:

		Casos	%
I grupo	{ (fístula e espessamento de tronco nervoso)	1	3,4
	{ (cicatriz e espessamento)	4	13,8
II grupo	(tumor e espessamento de tronco nervoso)	10	34,5
III grupo	(tumor e espessamento de nervo cutâneo)	8	27,6
IV grupo	(espessamento somente)	6	20,7
		29	100%

Essas intervenções foram realizadas em 23 doentes. Estes assim se distribuíam quanto ao sexo, idade, estado civil, cor e nacionalidade:

	N.º	%
Homens	16	69,55
Mulheres	7	30,45
Total	23	100%

Como se vê a predominância no homem é acentuada.

Edade	N.º	%
De 0 a 5 anos	0	0
De 6 a 10 anos	4	17,4
De 11 a 15 anos	3	13,4
De 16 a 20 anos	5	21,7
De 21 a 25 anos	2	8,6
De 26 a 30 anos	4	17,4
De 31 a 35 anos	1	4,3
De 36 a 40 anos	2	8,6
De mais de 40 anos	2	8,6

E' evidente a preferência entre os adolescentes e os adultos jovens. São indivíduos que na infância adquiriram imunidade relativa em contacto com hansenianos e que reagiram com a forma tuberculóide da lepra nervosa. As idades limites foram 7 anos a 69 anos.

	solteiros	casados	viuvos
Estado civil . . . . .	13	9	1

Quanto à cor, apenas havia um pardo; todos os demais eram brancos.

Nacionalidade	N.º
Brasileiros . . . . .	19
Italianos . . . . .	2
Português . . . . .	1
Sírio . . . . .	1
Total . . . . .	23

Das 29 intervenções, somente uma foi feita com anestesia geral pelo Balsoformio; as demais foram executadas com anestesia loco-regional, sendo empregados os seguintes anestésicos:

	N.º	%
Scurocaina . . . . .	9	32,4
Sinalgan . . . . .	8	28,6
Novocaina . . . . . z.	7	25,6
Novocaina + Scurocaina . . . . .	1	3,5
Sem indicação . . . . .	2	7,0
Novutox . . . . .	1	3,5

Quanto ao aspecto das lesões, os nossos casos assim se distribuíam:

	N.º	%
Cicatriz e espessamento do nervo . . . . .	4	13,8
Fístula e espessamento do nervo . . . . .	1	3,4
Tumor e espessamento do nervo . . . . .	18	62,1
Somente espessamento do nervo . . . . .	6	20,7
Total . . . . .	29	

Isto pode ainda ser assim esquematizado:

	N.º	%
Casos em que o caseo vasou espontaneamente . . . . .	5	17,2
Casos em que o caseo rompeu o epinervo mas ainda não produziu fístula . . . . .	18	62,1
Casos em que o caseo ainda não rompeu o epinervo . . . . .	6	20,7
Total . . . . .	29	100,

Finalmente, quanto ao nervo afectado, temos:

	N.º	%
cubital . . . . .	20	69,00
braquial cutâneo interno . . . . .	6	20,70
auricular . . . . .	1	3,44
ramos cutâneo externo do radial . . . . .	1	3,44
safeno externo . . . . .	1	3,44
Total . . . . .	29	

A preferência pelo cubital é manifesta. Os autores lembram a interferência que os traumatismos podem ter na localização dos processos hansenianos, apontando o cubital acima do cotovelo como um tronco nervoso mais exposto aos traumatismos. O lado não teria influência e é isso o que provam as estatísticas. Em nossos casos a afecção estava à direita em 11 doentes, à esquerda em 9 doentes, e em ambos os lados em 3 doentes. Mas há uma hipótese muito plausível que explica a preferência pela localização do processo no cubital. Sabido que a via hematogena é das mais importantes na disseminação da lepra, é obvio que a circulação das arteriolas endonervosas ("vasa nervorum") pode sofrer dificuldades transitórias e intermitentes ao nível da goteira epitrocleana, daí resultando estase sanguínea a montante nos interstícios das fibras nervosas, havendo extravasão e início central de um processo parenquimatoso bacilífero, com reação tuberculóide nos indivíduos portadores de imunidade relativa. E' mecanismo etipatógênico que aqui deixamos à crítica dos especialistas e experimentadores.

A técnica cirúrgica aplicável aos vários grupos em que dividimos os nossos doentes está detalhadamente exposta no filme que a seguir vamos projetar.

#### AUTORES CONSULTADOS

- CAMPOS (Nelson de Souza) — "Calcificação dos nervos na lepra", Revista Brasileira de Leprologia, X, 323, setembro 1942.
- CAMPOS (Nelson de Souza) — "Tuméfaction caséuse des nerves au cours de la lèpre; étude des névrites nodulaires caséifiées de structure tuberculóide", International Journal of Leprosy, IV, I, janeiro 1936.
- CAMPOS (Nelson de Souza) e RIBERO (Eurico Branco) — "Nevrite e caseose de nervo na lepra tuberculóide", Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia XLI, 527, junho 1941.
- CHATTERJI (S. N.) — "Neural affections in leprosy and their diagnosis, pathology and treatment", International Journal of Leprosy, V, 329, julho-setembro 1937.
- CHARRERJI (S. N.) — "Nerve abscess in a female patient", Leprosy in India, VII, 141, julho 1935.

- GARZON (Rafael) e PITT (Luis Argüe) — "Neuritis leprosa tuberculoide a forma de abcessos caseosos múltiplos", Revista Argentina de Dermatossifilologia, XXVII, 247, junho de 1943.
- KLINGMÜLLER (V.) — "Die Lepra", 566, J. Spinger, Berlim, 1930.
- LOWE (John) — "A further note on nerve abcess in leprosy", Int. Journal of Leprosy, II, 301, 1934.
- LOWE (John) — "Nouvelle note sur l'abcess des nerfs dans la lèpre", Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, VI, 1935. Resumo em Int. Journal of leprosy, II, 1934.
- LOWE (John) — "Nerve abcess in leprosy", The Indian Medical Gazette, LXIV, 24, janeiro 1929.
- MUIR (E.) — "Nerve abcess in leprosy", Indian Medical Gazette, LIX, 87, fevereiro de 1924.
- MUIR (E.) e CHATTERJI (S. N.): "Leprous nerve lesion of the cutis and sub-cutis", International Journal of Leprosy, I, 129, abril 1933.
- MARESTANG — "De l'infiltration caseo-calcifiée des nerfs dans la lèpre systématisée nerveuse pure", Bull. Soc. Française de Dermatologie et Syphiligraphie, 210, 1892.
- PUPURA (Francesco) — "Distribuzione delle fibre nei tronchi nervosi; chirurgia dei nervi periferici", Il Policlinico (seção cir.), Roma, XXX, separata sem indicação do ano.
- RIBEIRO (Eurico Branco) — "Achado cirúrgico em um caso de lepra nervosa considerado extinto", Revista de Leprologia de São Paulo, VI, 175, n.º especial de 1938.
- RIBEIRO (Eurico Branco) — "Aspectos cirúrgicos da caseose dos nervos na lepra", Soc. Editora Médica Ltda., (Caixa Postal 1574), São Paulo, 1934.
- SCHUJMAN (Salomon) — "Coexistência de abceso nervioso y lepra tuberculoide", Revista de Leprologia de São Paulo, II, 277, dezembro 1935.

## Moléstia de Hodgkin e obstrução do delgado \*

Em uma das nossas reuniões do mês de novembro passado, a propósito da discussão de um caso do dr. Mendonça Cortez, veio à baila a questão da forma localizada da moléstia de Hodgkin e tivemos a oportunidade de referir que havíamos observado um caso de obstrução intestinal por linfogranulomatose maligna. Fomos rever a ficha da nossa doente e hoje trazemos aqui o caso, por se tratar de forma considerada muito rara da moléstia.

Trata-se de A. M. V., de 23 anos, casada, brasileira, residente em São Caetano. Internou-se a 28 de fevereiro de 1941, em estado grave, no Sanatório São Lucas, contando uma história muito confusa, que se resumia no seguinte: cerca de um mês antes levava uma queda, contundindo-se no hipocôndrio direito. Estava grávida de cerca de 4 meses, levando-se em conta do seu estado a asia de que se queixava e o aumento do volume do ventre. 8 dias antes, sobrevieram dores no epigástrico, com uma crise de vômitos, sentindo-se peor com a ingestão de alimentos; como esse estado viesse se agravando, espalhando-se as dores por todo o ventre, procurou o nosso Serviço, certa de que se tratava de afecção cirúrgica, visto que as dores se tornaram mais intensas do lado do apêndice. Com efeito, o ponto mais doloroso coincidia com o de Mac Burney, mas o ventre estava todo doloroso e distendido, percebendo-se ligeira ascite. À 1.º de março um hemograma afastou a hipótese de tuberculose:

Neutrófilos . . . . .	85,99%	{ jovens . . . . . 3,33% bastonetes . . . . . 34,66% segmentados . . . . . 48%
Eosinófilos . . . . .	2%	
Basófilos . . . . .	0%	
Linfócitos . . . . .	5,33%	
Monócitos . . . . .	6,68%	

Em resumo: neutrofilia, desvio para a esquerda; linfopenia. a) dr. Eça Mesquita. A contagem global dera, a 28-2-41, 12.520 glóbulos e 4.005.000 glóbulos vermelhos, com 80% da hemoglobina.

Acentuaram-se os sintomas de obstrução intestinal parcial com presença de dejeções diarréicas, obrigando ao uso de Leiba e bucovacina contra colite, ao mesmo tempo que se applicava soro cloretado e medicação para o estado gravídico (glicose hipertônica e Avantox).

\* Comunicação à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo em 7 de janeiro de 1944.

Novo hemograma, a 4 de março, revelava:

Neutrófilos . . . . .	81,45%	}	jovens . . . . .	4,51%
			bastonetes . . . . .	26,94%
			segmentados . . . . .	50%
Eosinófilos . . . . .				4,51
Basófilos . . . . .				0
Linfócitos . . . . .				7,69
Monócitos . . . . .				6,35

Esperançado com a ligeira melhora acusada pelo exame hematológico e

Havia 3.905.000 hemácias e 11.140 glóbulos brancos por mm<sup>3</sup>.  
diante da persistência das dores abdominais resolvemos intervir, o que foi feito a 5-3-1941.

Op. n.º 8.813, sob raqueanestesia com Scurocaina, auxiliado pelo dr. João N. von Sonnleithner. Incisão transretal direita. Com a abertura do peritoneo, deu-se a vasão de grande quantidade de líquido claro. Verificou-se o comprometimento do grande epiploon, que apresentava nódulos decorrentes de um tumor do mesentério, de consistência dura, invadindo parcialmente o delgado; havia nódulos metastásicos no peritoneo parietal e no mesocolo transverso. Pensando-se em linfosarcoma, foi retirado material para exame histológico e fechado o abdome. A exploração cirúrgica demorou 40 minutos.

Agravou-se o estado da doente, sobrevivendo cólicas uterinas, resultando em abortamento a 10 de março. O estado de intoxicação não melhorou, porém, pois subsistiu a estercoremia e a doente veio a falecer em 14 de março.

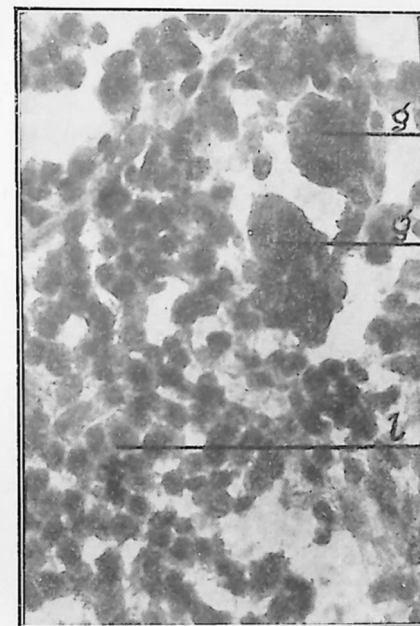
O exame anatomopatológico revelou: "n.º 1.987. Exame macroscópico — Pedaco de tecido de forma arredondada, de cor clara e de consistência friavel, medindo cerca de 12 mms. de diâmetro.

*Exame microscópico* — Intensa hiperplasia do tecido linfoide, com desaparecimento das estruturas primitivas do gânglio linfático. Entre os linfócitos veem-se numerosas células gigantes, tipo Paltauf-Sternberg, com protoplasma abundante e núcleos lobados. Conclusão: Linfogranulomatose maligna. (Doença de Hadgkin). a) Dr. Juvenal R. Mayer".

*Comentários:* No presente caso o comprometimento do delgado era dependência da localização da moléstia nos gânglios do mesentério. O mesmo ter-se-ia dado no caso entre nós publicado por Alexandre Donati e Ricardo Bragaglia ("Folia Clínica et Biológica", XIV, 103, 1942), em que havia uma "infiltração do meso de aspecto tumoral", com "infiltração ostenosante do intestino delgado, de cerca de 8 cm". Conhecida a predileção da linfogranulomatose maligna pelo sistema linfático, é provável que os casos de localização intestinal que têm sido publicados sejam, todos, de etiopatogenia semelhante: primeiro o ataque aos gânglios do mesentério; depois o comprometimento do intestino por vizinhança. Hertz levou à Academia de Cirurgia de Paris ("La Presse Medicale", XLVIII, 940, 20-23 de novembro de 1940), um caso em que fizera a ressecção do delgado pensando tratar-se de ileíte regional, sendo razoavel pensar-se que a invasão do mesentério não era, nesse caso, muito intensa, o que fala em favor de uma localização intestinal primitiva. Acresce notar que, nesse caso, o processo mórbido recidivou e a doente teve que

ser operada alguns meses mais tarde por perfuração do delgado, revelando então o exame histológico que se tratava de linfogranulomatose maligna das paredes do intestino.

A localização intestinal primitiva é raríssima, segundo afirmam os autores, tendo Mac Callum asseverado que o tubo gastro-intestinal não era acometido pela moléstia de Hodgkin. Entretanto Joselin de Jong assinalou 8 casos até 1925; Kannolkar publicou mais um e Foulon e Busser apresentaram mais outro em 1932. Si o caso de Bragaglia e Donati pode ser incluído entre essas raridades, sem



Aspecto microscópico da lesão

l — tecido linfoide e reticular em hiperplasia intensa.  
g — gigantocitos tipo Paltauf-Sternberg.

dúvida o nosso também merece ir para a pequena série que a literatura consigna, pois nem no caso deles, nem no nosso, outros teratórios ganglionares estavam tomados.

Os que defendem a possibilidade de a moléstia de Hodgkin agredir inicialmente as paredes do intestino alegam que se trata de uma retículo-endoteliose, capaz de se desenvolver onde quer que o organismo reaja à presença do agente mórbido, provavelmente um vírus capaz de determinar a formação do granuloma específico que Sternberg individualizou. Para eles, a moléstia não é exclusiva do aparelho linfático, mas demonstra predileção pelos órgãos onde é abun-

dante o sistema retículo-endotelial, tanto que Morpurgo a considera "o caso mais importante e puro de reticulose". Alegam ainda que, ao serem agredidos, os gânglios linfáticos reagem inicialmente com um processo de hiperplasia, atrofiando-se em seguida a porção linfática para dar lugar a uma intensa hiperplasia do sistema retículo-endotelial de que são ricos.

Entretanto, o que geralmente se observa nas várias formas da moléstia de Hodgkin é a agressão ao sistema linfático.

## Secção traumática do nervo frênico e fratura da primeira costela \*

A título de curiosidade, vamos expôr à apreciação dos consócios um caso duplamente interessante, pelas lesões que pudemos verificar: secção traumática do nervo frênico esquerdo concomitantemente a uma fratura da primeira costela.

A nossa observação clínica resume-se no seguinte:

L. F., 32 anos, casado, branco, residente em Conchas, neste Estado. No dia 23 de outubro de 1944 teve um atrito com um vizinho por causa de uma briga de creanças. Depois de uma troca de palavras ásperas, voltou-se para entrar pelo portão de sua casa quando foi alcançado pelo contendor, que lhe vibrou uma punhalada por sobre o ombro esquerdo, ferindo-o na região supraclavicular. Houve a intervenção de terceiros, inquerito policial e o ferido foi conduzido a um médico, que se limitou a suturar a ferida cutânea. Dois dias depois a vítima comparecia à nossa consulta, pedindo um exame mais cuidadoso, pois temia que o punhal tivesse produzido alguma afecção interna. Estado geral bom. Ausência de derrame pleural e de perturbações respiratórias. A ausculta do coração nada revelou de anormal. O ferimento supraclavicular era de pequenas dimensões, tendo permitido apenas a penetração da lâmina do punhal, e estava em vias de cicatrização. Notava-se apenas uma elevação da cúpula diafragmática à esquerda, conforme ficou bem documentado pela radiografia do torax, (figura 1). A chapa revelou, também, uma fratura da primeira costela esquerda, conforme melhor se vê na figura 2. Tivemos conduta expectante e a evolução do caso decorreu silenciosa, de acordo com o que se esperava.

O fato delitoso em si apresenta um característico interessante: o agressor teve tempo de raciocinar e quando foi em perseguição da sua vítima que se retirava, por certo sem o temor de uma traição armada, escolheu deliberadamente o lugar para desferir o seu golpe, efetuando-o por sobre o ombro esquerdo, justamente por onde os homens do campo costumam atingir de morte os animais — o chamado "sangradouro", pois é por ali que uma facada atinge os vasos da base do coração ou o próprio coração. Mas no caso o golpe falhou e falhou porque o punhal deu com a ponta de encontro à primeira costela, atingindo-a, sem dúvida, perpendicularmente à sua face superior, donde não ter havido escorregamento da arma para as partes moles das vizinhanças. Si assim foram resguardados os grossos

\* Comunicação à Sociedade Médica São Lucas, em 8 de maio de 1945.

vasos, já o mesmo não sucedeu com o nervo frênico, pois teve, de caminho, as suas fibras seccionadas, tanto que se deu a paralisia do hemi diafragma esquerdo.

A secção traumática do nervo frênico deve ser um acidente muito raro. Só mesmo em condições especialíssimas poderia dar-se. É digna de registo, por conseguinte, a ocorrência observada em nosso caso.

Também é de verificação muito pouco frequente a fratura da primeira costela. Tendo sido assintomática, poder-se-ia inquirir si

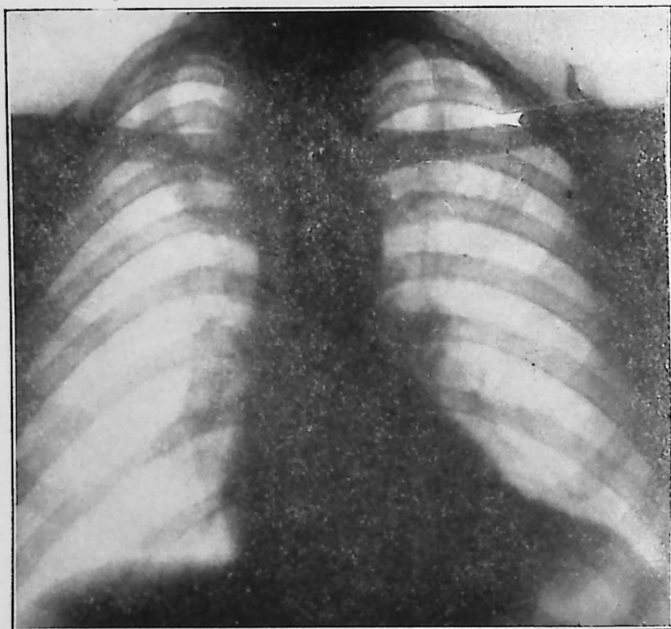


Fig. 1 — Acentuada elevação da cúpula diafragmática à esquerda, que se mostra bem mais alta que a do lado direito

realmente o que ocorreu foi uma fratura da primeira costela. É sabido que entre as anomalias costais figura a bifurcação de uma das extremidades, geralmente a anterior. Poder-se-ia pensar, então, que estaríamos em presença de uma tal anomalia. Mas esta, de regra, é bilateral e o afastamento dos ramos se faz do corpo para a extremidade, enquanto que em nosso caso a imagem radiológica só mostra lesão do lado esquerdo, sendo que o afastamento maior dos fragmentos da costela está do lado do corpo costal.

Ainda recentemente (janeiro de 1945), Luís Bonfante e José Manuel del Sel publicaram na Revista de Ortopedia y Traumatologia de Buenos Aires um caso de costela cervical parcialmente unida à primeira costela, podendo simular uma fratura da primeira costela.

Embora as fraturas de costela sejam muito frequentes, principalmente no homem de idade adulta — mais exposto aos traumatismos e com ossos mais friáveis que os das crianças, nas quais os arcos costais são bastante flexíveis — a fratura da primeira costela é considerada uma raridade, em virtude de sua localização profunda e da proteção que lhe dão a clavícula e a omoplata.

Nas estatísticas de Malgaigne e do Guy's Hospital, as fraturas das costelas dão um contingente de 10% e nas de Gurtl e von Bruns atingem 15% do total de fraturas. O outro extremo está na estatística de Eldridge Eliason, que em 10.399 casos só contou 96 de fraturas de costela ou seja uma porcentagem de só 0,92. Mas

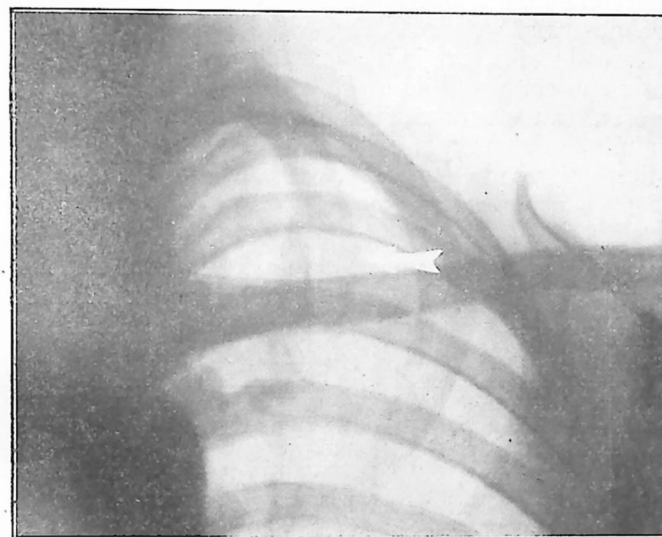


Fig. 2 — Fratura da primeira costela do lado esquerdo, a qual se mostra bipartida na sua porção anterior

a maior aproximação da verdade deve estar com os primeiros, pois uma estatística maior, como a de Daniel Eisendrath, baseada em 38.627 fraturados, coloca as fraturas de costela no 4.º lugar de frequência com 3.196 casos, ou 9,23% do total.

Em geral a fratura se dá da 3.ª à 9.ª costela, principalmente da 4.ª à 7.ª. As últimas costelas, especialmente as flutuantes, curtas e móveis, fogem com mais facilidade à ação dos traumatismos.

A fratura da primeira costela sóe ocorrer nas grandes compressões torácicas, ao lado de lesões de outras costelas. A fratura isolada é muito rara. Lenormant afirma em reedição de 1934, que só se conhecia um caso, devido a Johnson. Mas recentemente Robert L. Garber, na "Radiology", XLII, 395, abril de 1944, já havia encontrado na literatura 64 casos de fratura isolada da primeira cos-

tela. No caso desse autor, o mecanismo de produção foi a contração muscular, causa que ocorre em uma porcentagem de apenas 6. O caso assinalado por Lenormant, era, talvez, o que Jones — e não Johnson — descreveu em 1869 e é considerado como o primeiro caso relatado; mas provavelmente o de que Lenormant tinha conhecimento era do trabalho de G. M. Johnston, de Dublin, em 1896. Ao afirmar que só havia um caso conhecido, sem dúvida o autor francês não quiz computar a dezena de casos descobertos em autópsia no início do século corrente e os que já anteriormente, em 1887, Lane publicara: 4 casos também descobertos em autópsia.

Com o advento da radiologia, novos casos foram verificados, agora em indivíduos vivos, tendo Huber, em 1934, encontrado 22 casos de fratura isolada da primeira costela, aos quais acrescentou mais 4 de observação pessoal. Em 1936, Breslin publicou 5 casos próprios, fazendo uma revisão de literatura, em que encontrou mais alguns casos não computados por Huber; o total aproximou-se então de 40 casos. Nova contribuição pessoal valiosa foi trazida em 1942 por Sjögren, que descreveu 5 casos pessoais e fez minuciosa pesquisa bibliográfica, declarando que os casos assinalados na literatura passavam de 60 e não atingiam 70.

Estudando o mecanismo da fratura da primeira costela, Jacobson acentua que “parece extremamente improvável que um traumatismo direto possa afetar a primeira costela isoladamente”. E, entretanto, foi o que se deu em nosso caso, nas condições especialíssimas por nós já assinalada.

Para Sjögren a fratura da primeira costela estaria condicionada a três possibilidades: 1.<sup>a</sup> — trauma indireto, sendo a força transmitida pela clavícula; 2.<sup>a</sup> — trauma direto, sendo a força desferida pelas costas; 3.<sup>a</sup> — trauma indireto, sendo a força transmitida através do manúbrio esternal. Em nosso caso o traumatismo veio de cima e atingiu a costela diretamente. Assim o nosso caso não se enquadra no esquema de Sjögren, bem como alguns mais registados na literatura e nos quais não há história de traumatismo. Interessado em esclarecer o porque da ausência do traumatismo em tais casos, Bowie e Jacobson reviram as radiografias de 62.782 exames de torax, verificando haver 17 casos nos quais a primeira costela apresenta imagens que poderiam ser interpretadas como decorrentes de fratura: em 7 havia aparência de formação de calo ósseo e em 9 a de pseudartrose; no caso restante havia combinação dos dois tipos de lesão. Em 16 desses casos não havia passado traumático nem a ocorrência espontânea de uma dor súbita localizada. O achado radiológico é interpretado por Bowie e Jacobson não como sequela de fratura da primeira costela, mas como um desenvolvimento anômalo do osso. Esses autores apoiam-se nos dados da filogênese e da ontogênese, dizendo que os esqueletos de certos pássaros apresentam uma junta em plena primeira costela e que tal anomalia pôde ocorrer no homem, tal como Larimier encontrou na clavícula. De acôrdo com

as idéias e verificações desses autores norte-americanos, é possível que alguns dos casos coputados na literatura não sejam realmente de fratura da primeira costela. Assim, também devem ser deixados para melhor juízo os 4 casos que Axen encontrou em 17.000 exames radiológicos, em indivíduos que não apresentavam história de traumatismo ou de sintomas que pudessem lembrar uma tal fratura. A questão das anomalias costais vem desde Galeno, que teria feito as primeiras descrições a respeito. A atenção dos radiologistas deve ser agora voltada para o problema das anomalias, que já tem sido uma preocupação constante dos anatomistas. O que ainda está faltando é o concurso de ambos os grupos de pesquisadores para que sejam fixadas as imagens radiológicas das anomalias anatômicas da primeira costela, evitando-se confusões, como a apontada por Kellog e Linsman, em 1942, em “The American Review of Tuberculosis”, no caso de uma fenestração da primeira costela tomada como cavidade pulmonar, o que poderia ter desnortado completamente a terapêutica se não tivesse sido descoberto o engano por um tisiatra experimentado.

*Discussão* — O dr. Manuel de Abreu Campanário disse que em 1939 publicou um trabalho sobre anomalias raras do esqueleto, chamando atenção para os possíveis erros de interpretação.

*Nota:* No n.º 4.577 do British Medical Journal, de 25 de setembro de 1948, vem à página 602, um pequeno trabalho de Roy Astley e Batty Shaw a propósito da observação de um caso de fratura bilateral da primeira costela, provavelmente produzida por esforço em exercícios forçados do serviço militar.

Informam esses autores que Roxby Alderson (1944) encontrou 35 casos de fratura da 1.<sup>a</sup> costela em 55.451 exames radiológicos executados em pessoal da marinha em pleno exercício de funções arduas. E Abraham Cohen (1943) havia encontrado 3 casos em 3.000 exames radiológicos de torax, sem que nenhum deles tivesse acusado sintomas de sua fratura. Para identificar ao seu caso, quanto à etiologia, Astley e Shaw citam Robert Glaber (1944), que encontrara na literatura 64 casos de fratura isolada da 1.<sup>a</sup> costela, em quatro dos quais a contratura do escaleno fora a causa determinante.

## Pesquisa do vascoejamento gástrico \*

Entre os meios propedêuticos de se verificar a dilatação e a estáse gástrica conta-se a pesquisa do ruído de vascoejamento, a que Marfon e Weiss davam preferência entre todos os sinais consignados por Heichhorst, em 1890, e a que Debove e Achard davam tão grande importância que sobre êle se estenderam em suas lições de diagnóstico.

O ruído de vascoejamento foi descrito por Chomel e Ferber fez a sua apologia como meio de delimitar a grande curvatura do estômago. Tem valor clínico, si encontrado abaixo de uma linha que vae do umbigo ao ponto mais próximo do rebordo costal esquerdo (Bouchard), si o indivíduo está em jejum (Bouchard) ou nada tendo ingerido até a refeição normal seguinte (Audhoui), ou si, de acordo com a generalidade dos autores, já passaram 6 horas da última ingestão de alimentos. Indica motricidade gástrica diminuída, capacidade aumentada e o limite inferior do estômago, si pesquisada logo depois da ingestão de um copo d'agua.

No geral, os compêndios silenciam sobre a maneira de se encontrar esse sinal, limitando-se a poucas palavras sobre o seu valor. Dos livros ao nosso alcance, em apenas dois nacionais deparamos com a descrição das manobras a executar, não havendo em todos a uniformidade de expressões que seria de se desejar para uma boa compreensão do assunto. Das pesquisas bibliográficas a que procedemos, pudemos verificar, também, que não se acha referida certa manobra que vimos executando e que, em muitos casos, favorece a pesquisa do ruído de vascoejamento. Por esses dois motivos, resolvemos focalizar o assunto, afim de despertar a apreciação dos entendidos e dos observadores.

Vascolejo é o nome que os médicos dão em português ao que os franceses chamam "clapotement" ou "clapotage", os alemães "plätschendes Schlaggeräusch", os italianos "guazzamento" e os espanhóis "bazuqueo".

E' palavra derivada do latim "vasculum", vaso pequeno ou vasinho, diminutivo de "vas". Deu em português o verbo "vascoejar", encerrando o sufixo "ejar" a idéia frequentativa. Daí, talvez, o sentido de "agitar líquido em vaso" que a nossa língua consagrou. O

\* Comunicação à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, em 28-7-1944.

substantivo correspondente assinalado pelos dicionários é “vascolejamento”, mas a expressão usual nos círculos médicos é “vascolejo”, vocábulo que só encontramos registado na Encyclopédia e Dicionário Internacional, XX, 11.829, edição Jackson, sem data.

O vocabulário ortográfico recentemente publicado pela Academia Brasileira de Letras, consigna também somente “vascolejamento”.

No italiano a palavra tem a mesma derivação semântica que no português: “guazzamento” vem do verbo “guazzare”, que significa “agitar líquido em vaso”.

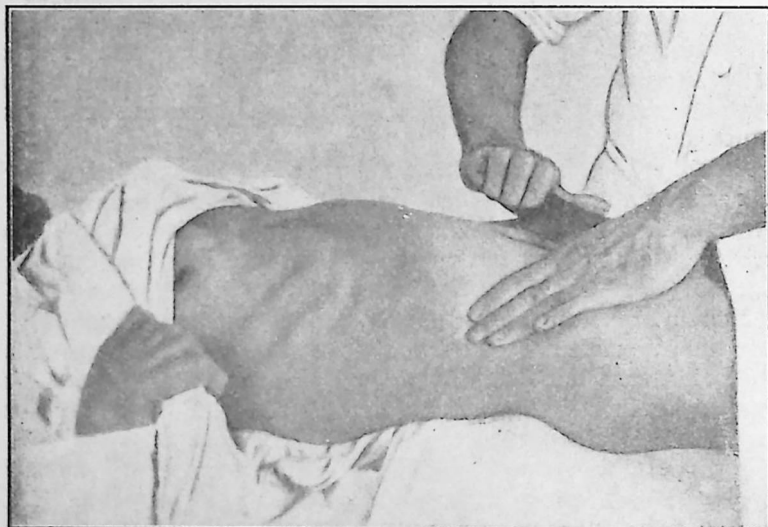


Fig. 1 — Pesquisa do vascolejamento pela manobra clássica, segundo Lejars

Assim, a palavra vascolejamento exprime a ação de agitar um líquido (no caso a mistura suco gástrico-restos alimentares) dentro de um vaso (aqui representado pelo estômago).

Para que o vascolejamento produza ruído, é necessário, primordialmente, que dentro do recipiente exista não somente líquido, mas também ar. A agitação brusca do líquido em contacto com uma camada aérea depressível permite a formação de um ruído característico, que os franceses dizem lembrar o ruído de onda ou de vaga, diferente dos outros que se produzem na cavidade abdominal e “análogo ao que se obtém agitando uma garrafa com um pouco d’água” (Vieira Romeiro). Segundo Jairo Ramos e Alípio Correia Neto, “acusticamente assemelha-se ao que se obtém quando se agita um recipiente contendo ar e líquido”.

Para que o ruído se produza, é necessário, também, que as paredes do estômago apresentem uma certa lassidão, dizendo Vieira Ro-

meiro que “no estado normal não se encontra o ruído de vascolejo nesse órgão porque as paredes se contraem sobre o seu conteúdo”. Entretanto, depois de refeições frugais ou em seguida à ingestão de uma certa quantidade de líquido, é possível obter-se o ruído de vascolejamento em estômagos normais.

Outros fatores ainda podem interferir na obtenção do sinal. Realmente, as condições dos órgãos vizinhos, e especialmente as da parede anterior do ventre, exercem influência de capital importância. De fato, assim como a rigidez muscular da parede impede a transmissão da propulsão que iria movimentar o líquido contido no estômago, assim também essa movimentação dificilmente seria obtida num caso de aerocolia demasiada ou num caso de grande esple-

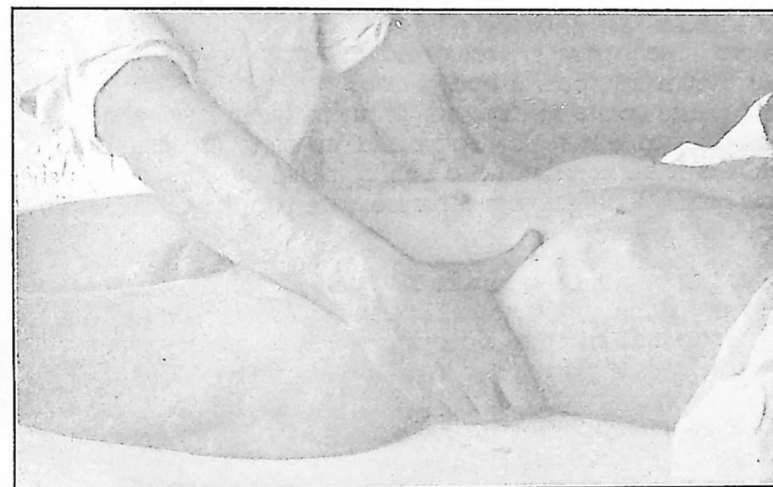


Fig. 2 — Pesquisa do vascolejamento pela sucussão subcostal (processo hipocrático), segundo Lejars

nomegalia, por exemplo. Pode-se citar ainda o caso de perfuração aguda de úlcera, que impede a produção do vascolejamento pela irritação do peritôneo e consequente repercussão sobre as partes vizinhas — defesa muscular e dor provocada por qualquer manobra no epigástrico.

Há doentes que por si próprios provocam o ruído de vascolejamento contraindo com violência os seus músculos abdominais, mesmo na posição ortostática. “Em certos indivíduos, este ruído pôde ser obtido pelo próprio paciente, que, com meneios enérgicos da bacia, provoca o deslocamento rápido de líquidos e ar contidos na luz intestinal ou gástrica” (Jairo Ramos e Alípio Correia Neto).

A pesquisa do ruído do vascolejamento é sempre feita com o doente em decúbito dorsal, repousado, respirando tranquilamente, com os seus músculos abdominais em estado de máximo relaxamen-

to. Duas são as manobras que os autores indicam para a obtenção do ruído: a) golpes secos repetidos com a ponta dos dedos sobre o epigástrico; e b) sacolejamento do tronco ou da bacia do doente.

Os autores estrangeiros distinguem nitidamente as duas manobras, exprimindo a segunda como uma sucussão obtida no decúbito dorsal ao se sacudir lateralmente a base do troco através das últimas costelas (Stern), o que Lejars denomina "sucussão sub-costal", formando com a pesquisa do vascoejamento pelo processo clássico "dois processos de exploração" da dilatação gástrica.

Eis como Suard descreve a pesquisa do ruído de vascoejamento:

"Indivíduo em jejum, ou não tendo comido desde a véspera à tarde, ou seis horas após a refeição. Posição do doente: deitado horizontalmente, desembaraçado de toda coberta, peito e abdome largamente descobertos, relachamento das paredes abdominais, respirando livremente, com a boca aberta.

O ponto aonde se deve em primeiro lugar levar a pesquisa do vascoejamento é a região epigástrica na parte esquerda, sob o rebordo das falsas costelas; desse ponto, ir-se-á um pouco mais abaixo, depois para o umbigo, depois para cima e para baixo da região umbilical".

Para se evitar a transmissão do ruído dos órgãos vizinhos, principalmente da massa intestinal, Debove e Achard aconselham interpor o bordo cubital entre a região onde se está pesquisando e a que corresponde às alças intestinais.

A expressão "sucussão" não está consignada nos nossos dicionários comuns, mas é registada no "Dicionário de termos médicos" de Pedro A. Pinto, que a define como "acto de sacudir". E diz esse autor que "ruído de sucussão é termo de vez quando empregado", citando "Propedêutica" de Castro (I, 288). Os dicionários médicos das línguas derivadas do latim também consignam esse vocábulo para exprimir a ação de sacudir o corpo ou parte dele na intenção de descobrir a presença anormal de líquidos: o francês diz "succussion", o italiano "succussione", o espanhol "sucussión". Também o inglês emprega essa expressão derivada do latim "succussio", que é um substantivo obtido do verbo "succutere" (sacudir, abalar, agitar). O alemão diz Aufschüttelung do verbo schütteln (sacudir) ou, melhor, do verbo aufschütteln (fazer levantar sacudindo, revolver).

Assim, é perfeitamente justificado o uso da palavra "sucussão" em nossa língua, na significação que interessa ao desenvolvimento deste trabalho. Aliás, está ela contida no vocabulário oficial da Academia Brasileira de Letras, atrás referido.

A sucussão é processo que data do tempo de Hipócrates. O "pae da Medicina" descreveu a manobra de sacudir o doente pelas espaldas, afim de se obter a confirmação da existência de um hidropneumotorax em virtude do ruído que assim se pode ouvir. Até a

época de Hipócrates, os médicos obtinham a sucussão amarrando solidamente o doente a uma escada de mão, que deixavam cair em pé, de uma altura mais ou menos alta, afim de ouvir o ruído quando o sólo era atingido. Tratava-se de um processo semelhante ao então usado para reduzir o prolapso uterino, sendo que neste caso a paciente era amarrada de cabeça para baixo.

E' justo, pois, que se mantenha uma palavra em nossa língua para exprimir um meio semiológico de tão remota antiguidade.

E é em virtude dos ensinamentos ministrados por Hipócrates que se convencionou chamar de "processo hipocrático" à pesquisa do vascoejamento pela sucussão ao nível das últimas costelas ou por meio "de sacudidelas rápidas realizadas pelas mãos do observador



Fig. 3 — Pesquisa do vascoejamento pela manobra pessoal do autor (sucussão lombar esquerda com a mão direita, permanecendo a mão esquerda espalmada sobre o epigástrico)

aplicadas nas duas cristas ilíacas", segundo ensinam Jairo Ramos e Alípio Correia Neto. E' isso o que se denomina sucussão total. A sucussão parcial clássica é manobra mais vulgarizada e se obtém imprimindo, da região epigástrica para a umbilical, pequenos choques ligeiros e repetidos com a polpa dos quatro últimos dedos reunidos.

E' preciso iniciar a manobra suavemente, para que o doente não reaja, contraindo os músculos subjacentes e prejudicando, conseqüentemente, a pesquisa. Por vezes só após a terceira ou quarta tentativa é que se observa a produção do ruído. Outras vezes é preciso variar a linha sobre a qual se passa do epigástrico para a região umbilical: si nada se obtém com a sucussão sobre a linha mediana, convém tentar à esquerda, em plena correspondência com o grande reto desse lado. Algumas vezes, nos estômagos muito dilatados, é

também possível obter-se o sinal com a sucussão parcial à direita da linha mediana.

De algum tempo para cá vimos obtendo a produção do ruído do vascoejamento por u'a manobra que ainda não encontramos descrita e que, por ser de fácil execução e alta porcentagem de positividade, julgamos de interesse divulgar. Eis como procedemos: Com o doente em decúbito dorsal, colocamos a mão esquerda espalmada sôbre o epigástrio esperando alguns instantes para que o seu contacto com a pele deixe de produzir qualquer reacção pela diferença de temperatura, pressão, tacto, etc. Em seguida, com os quatro últimos dedos da mão direita, produzimos a sucussão na região lombar esquerda do doente, como se estivéssemos pesquisando o rechaço de uma uronefrose. Com golpes sucessivos, mais ou menos violentos, fazemos deslocar o líquido do estômago, projetando-o contra a parede anterior do órgão, e, ao mesmo tempo que ouvimos o ruído do vascoejamento, podemos sentir com a mão espalmada sôbre o epigástrio o choque da onda líquida arremetida para cima.

A fotografia que apresentamos dá uma idéa da posição das mãos ao se proceder à pesquisa.

Em nossa experiência, que vai para várias centenas de casos, a frequência do vascoejamento, por essa manobra, é quasi absoluta nos casos em que o sinal é possível, seja porque produzido pela sucussão epigástrica, seja porque o doente é portador de éstase e dilatação gástricas radiologicamente positivadas. Em muitos casos em que a manobra clássica resultou negativa, a sucussão lombar nos fez ouvir o pesquisado ruído. E em casos de grande dilatação gástrica a manobra também é positiva à direita, ou seja com a sucussão ao nível da região lombar direita.

O intuito desta divulgação é submeter à experiência e à crítica dos clínicos e observadores u'a manobra que talvez tenha sua utilidade na verificação da dilatação e da éstase gástricas.

#### AUTORES CONSULTADOS

- ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS — "Pequeno Vocabulário da Língua Portuguesa, Imprensa Nacional, Rio, 1943.
- ALMEIDA (Francisco de) — "Le dictionnaire des six langues", Editora Occidente, Lisboa, 1902.
- CARDENAL (León) — "Diccionario terminológico de ciencias médicas", 2.<sup>a</sup> edição, Salvat, Barcelona, 1926.
- DEBOVE (G. M.) e ACHARD (Ch.) — "Manuel de diagnostic médical", I, 409, J. Rulff, Paris, 1899.
- DESEQUELLE e NIEWENGLOWSKI — "Dictionnaire pratique de médecine et d'Hygiène", Garnier, Paris, 1921.
- EICHHORST (Hermann) — "Traité de diagnostic médical", 1.<sup>a</sup> edição francesa, 545 G. Steinheil, Paris, 1890.
- LEJARS (Félix) — "Exploration clinique et diagnostic chirurgical", 2.<sup>a</sup> edição, 253-254, Masson, Paris, 1927.

- MARIE (Joseph S. F.) — "Medical Vocabulary", P. Blakiston's Son & Co., Filadelfia, 1939.
- NYSTEN (P. H.) — "Dictionnaire de Médecine", Baillièrre, Paris, 1855.
- PINTO (Pedro A.) — "Dicionário de termos médicos", Liv. Francisco Alves, Rio, 1926.
- RAMOS (Jairo) e CORREIA NETO (Alipio) — "Manual de propedeutica do abdomen", I, 49, Escolas Profissionais Salesianas, São Paulo, 1935.
- ROMEIRO (J. Vieira) — "Semiologia Médica", 3.<sup>a</sup> edição, 665, Jacinto Ribeiro dos Santos, Rio, 1923.
- SARAIVA (F. R. dos Santos) — "Novíssimo dicionário latino-português", Havre, sem data.
- STERN (W. M.) — "Diagnóstico Quirúrgico", 8.<sup>a</sup> edição, em espanhol, 612-613 Salvat, Barcelona, 1933.
- SUARD (Paul) — "Traité de Séméiologie Médicale", 99, Jules Rousset, Paris, 1900.

## Pesquisa da alça jejunal em cirurgia gástrica \*

Todos os que fazem cirurgia gástrica certamente já têm tido a oportunidade de verificar que nem sempre é fácil encontrar a alça jejunal. Seja em indivíduos gordos, seja em incisões econômicas, seja em pacientes nervosos submetidos à anestesia tronco-regional, muita vez a pesquisa da alça jejunal oferece dificuldades e preciosos minutos são perdidos até que seja encontrada e identificada a flexura duodeno-jejunal. Si na grande maioria dos casos, com a técnica universalmente aconselhada, o encontro da boa alça é questão de instantes, as dificuldades apresentadas por um ou outro caso não deixam de constituir um problema mesmo para todos os que habitualmente fazem cirurgia gástrica — problema de vulto tanto maior quanto menor for o traquejo e adextramento cirúrgico do operador.

Estando a cirurgia gástrica numa fase de expansão, tendo passado das mãos dos mestres para a de quasi todos os que fazem intervenções abdominais, quer nos grandes centros, como também nos mais longínquos e pequenos do interior — é útil que se focalizem pequenos detalhes de técnica, procurando orientar aqueles que se iniciam na sublime arte de operar e procurando apresentar aos já experimentados horizontes novos onde possam cotejar com a sua prática as pequenas modificações propostas. Eis porque insistimos hoje em focalizar um pequeno detalhe de cirurgia gástrica: a vontade de produzir alguma coisa de utilidade, por pequena que seja.

Assim o objetivo da presente comunicação é focalizar mais uma vez a conduta que vimos seguindo desde 19 de julho de 1935 na pesquisa da alça jejunal. É uma conduta que nos parece mais racional, oferecendo vantagens sobre a técnica usual, principalmente nos casos em que, seguindo esta, não se consegue desde logo encontrar a boa alça.

Vamos descrever os tempos operatórios e, em seguida, procuraremos evidenciar as vantagens que uma tal tática oferece.

\* Comunicação à Sociedade Médica São Lucas, em 8-11-1939.

Suponhamos a hipótese de se tratar de uma intervenção pelo processo de Reichel-Polya, que é aquele que conta com as preferências no dia de hoje.

Uma vez feita a libertação do estômago e já terminado o tratamento do coto duodenal, a peça a ressecar é rebatida para a es-

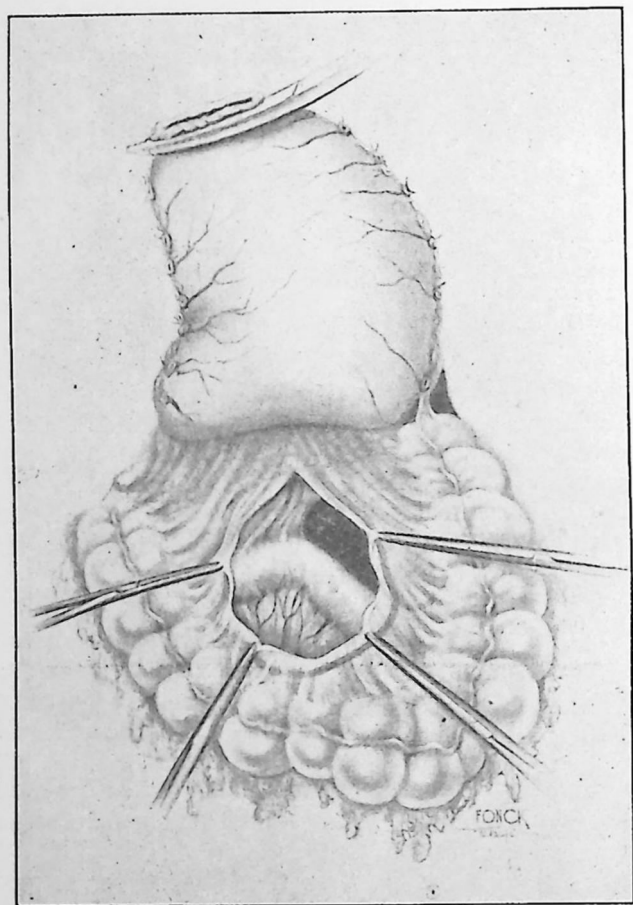


Fig. 1 — Uma vez feita a brecha do mesocolo transverso, logo se vê o ângulo duodeno-jejunal

querda e para cima. No fundo do campo operatório, em contacto com o bordo inferior do pâncreas, mostra-se o mesocolo transverso. O mais à esquerda possível é escolhida uma área pouco vascularizada e isenta de vasos de certo calibre, afim de ser feita a brecha do mesocolo. É o que se vê na figura 1. Isso feito, o mesocolo transverso é pinçado, tracionado para cima e, com tesoura, é cuidadosamente aberto, sendo os seus lábios e ângulos reparados por pinças

de Kocher. Afastados os lábios da incisão mesocólica, si esta for suficientemente à esquerda como convém, as vistas do operador cairão exatamente sobre o início da alça jejunal, conforme se vê na figura 1. Caso ela não seja logo visível, pelo fato de a incisão ter sido um pouco à direita, nada mais restará fazer do que afastar o

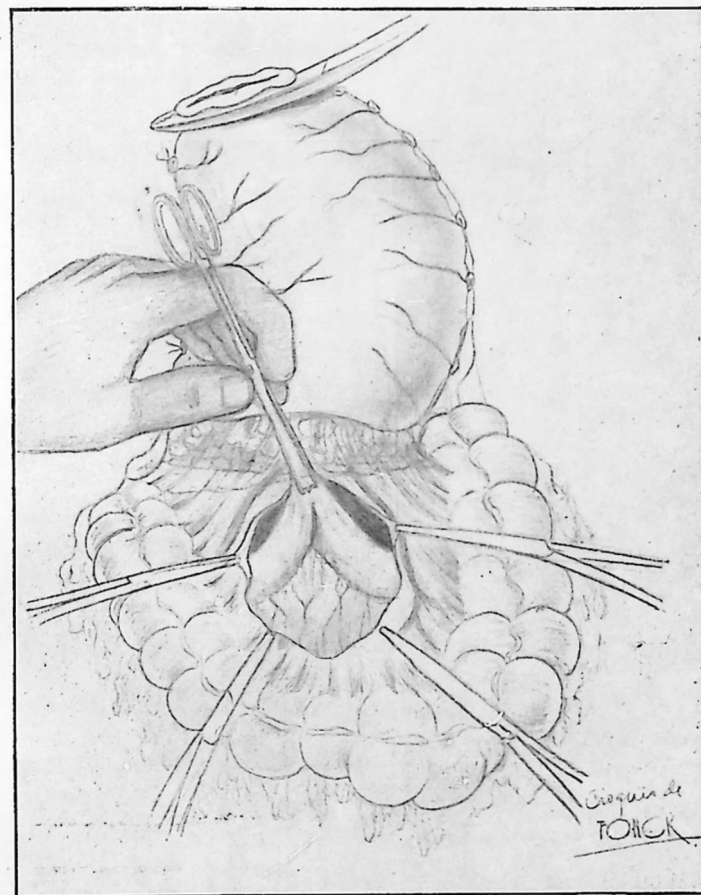


Fig. 2 — Esquema mostrando a apreensão da alça jejunal através da brecha mesocólica

lábio esquerdo da brecha e, si isso ainda não for suficiente, meter o indicador direito pela brecha, dirigindo-o para a esquerda, e com ele enlaçar suavemente a boa alça, que será facilmente reconhecida pelos meios habituais de identificação. Quando o dedo não consegue enlaçar o delgado, uma pinça de dissecação, de ramos longos, pode prestar bons serviços. O ângulo duodeno-jejunal será trazido cuidadosamente para o abdome superior, como se vê na figura 2, e,

uma vez fixado o lábio esquerdo da brecha mesocólica na parede posterior do estômago, proceder-se-á à gastro-jejunostomia pela técnica da preferência do operador, com fechamento ou não da janela jejuno-inframesocólica (\*).

E' facil de avaliar-se o quanto de vantagens pode oferecer uma tal conduta.

Em primeiro lugar facilita a pesquisa da alça jejunal. Facilita-a porque o cirurgião, na grande maioria dos casos, cõe com as vistas sôbre a alça que procura, o que em pequena porcentagem acontece



Fig. 3 — Cicatriz medindo apenas 7 cm. de extensão

com a técnica recomendada pelos autores e usualmente empregada pelos cirurgiões. Facilita-a porque, mesmo quando a alça logo não se oferece às vistas do operador, uma simples e suave manobra de pesquisa com uma pinça de dissecção ou com o indicador direito, manobra executada quasi que a céu aberto, sem maiores tracções, é capaz de encontrar num instante a alça procurada, já que ela anatomicamente está ali mesmo e as demais alças, que não foram tocadas, se acham no seu lugar próprio, afastadas do campo operatório.

(\*) Eurico Branco Ribeiro: "Obstrução posoperatória pela insinuação do delgado através da janela jejuno-inframesocólica", Boletim do Sanatório São Lucas, III, 73, novembro de 1941. Esse trabalho foi inserto em "Estudos Cirúrgicos", 4.ª série, página, 87.

Em segundo lugar é uma conduta mais anatômica. Si a porção residual do estômago fica à esquerda e si também à esquerda é que está a primeira porção de jejuno, é razoável que se faça a brecha mesocólica também à esquerda, para não repuxar a bôca anastomótica para a linha mediana, o que poderia de algum modo prejudicar o seu funcionamento. A imagem radiográfica que apresentamos, referente a um doente em que foi feita uma gastroduodenectomia parcial pelo processo de Reichel-Polya, ilustra bem esse particular da localização da bôca à esquerda.

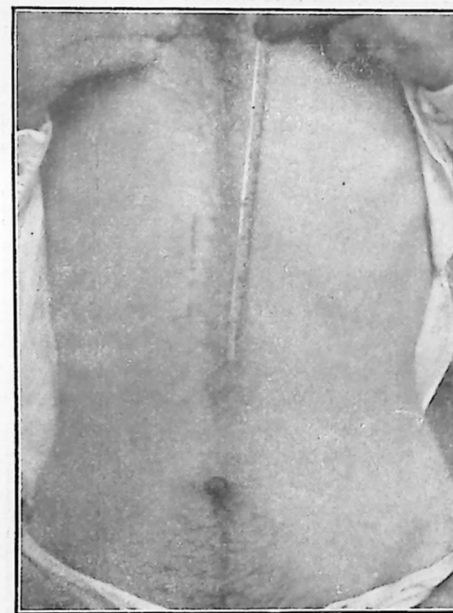


Fig. 4 — Cicatriz medindo pouco menos de 10 cm. de extensão

Em terceiro lugar, a conduta aqui defendida é menos agressiva do que a conduta clássica, na sua grande maioria de vezes. Com a técnica usual, em regra é molesto fazer ou uma tração forte sôbre o lábio esquerdo da incisão abdominal, como recomendam Pauchet e Rementería, ou o levantamento do ângulo inferior da ferida parietal, como se pratica entre nós, para que a mão direita do cirurgião penetre no flanco esquerdo e vá procurar a alça jejunal. E quando a mão traz uma alça errada, então é eviscerada e mais ou menos traumatizada uma porção às vezes grande do intestino delgado, o que não só redundará em perda de tempo como em piores possibilidades para o período posoperatório. E casos há em que, em consequência da tração feita pelos afastadores ou da compressão das vísceras pela

mão do cirurgião o doente começa a reagir e lá vem para fóra uma boa quantidade de intestino delgado, com todo o cortejo de suas desagradáveis consequências.

Com o uso da técnica por nós defendida, não haverá necessidade de tracionar a parede abdominal além do que já estava pelo afastador mecânico (Gosset ou Balfour) que permitira a libertação do estômago; nem será preciso levantar o ângulo inferior da incisão, por pequena que esta seja; nem haverá necessidade de meter a mão pelo abdomen a dentro, à cata da boa alça. O doente permanece em

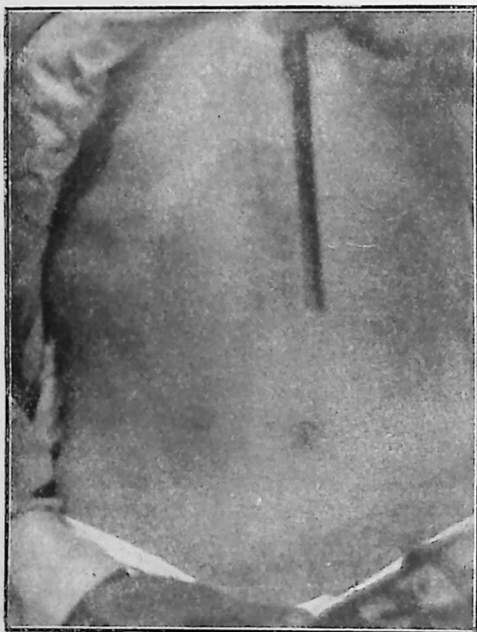


Fig. 5 — Cicatriz recente, ocupando apenas a metade da extensão da linha xifo-umbilical

silêncio e não há evisceração nem mesmo do colo transverso, que a princípio levantávamos para expôr o mesocolo, manobra que hoje abandonamos para aceitar a tática de João de Oliveira Matos, do simples pinçamento e tracionamento do meso, sem tocar no colo transverso.

Em quarto lugar a técnica por nós defendida concorre para diminuir o tempo operatório, preocupação grande de todos os que fazem cirurgia gástrica. Com a conduta clássica — já vimos — à pesquisa da primeira porção do jejuno pode ser trabalhosa e demorada. Em casos de indivíduos gordos, em casos de incisões parietais econômicas, em casos de doentes nervosos submetidos à anestesia tronco-regional, às vezes o operador leva longos minutos para en-

contrar a boa alça. Usando a conduta defendida neste trabalho, dada a economia de tempo que pode proporcionar, já conseguimos fazer, por muitas vezes, uma gastroduodenectomia parcial pelo processo de Reichel-Polya no belíssimo tempo de menos de 1 hora, várias vezes em menos de 50 minutos.

Em quinto lugar, a técnica por nós defendida permite aos cirurgiões fazer incisões parietais econômicas. De fato, si não se tem necessidade de entrar pelo abdomen inferior a dentro, si vamos encontrar a raiz do mesocolo transverso lá em cima junto ao pâncreas



Fig. 6 — Incisão recente, que exigiu apenas o uso de seis agrafes de Michel

e si podemos fendê-lo sôbre a primeira porção do jejuno para alcançar facilmente a alça desejada, certamente na maioria dos casos não há necessidade de prolongar a incisão à altura do umbigo (ver fotografias). Deve-se levar em conta que a incisão alta de pequena extensão — 8 a 10 cms. — oferece grandes vantagens, tais como menor agressão da parede, exposição apenas do campo em que se vai agir, prevenção contra as eviscerações desnecessárias, fechamento mais rápido e mais fácil da parede abdominal — tudo concorrendo para um melhor posoperatório.

Cumpre assinalar que a incisão vertical para a brecha no mesocolo é a mesma preconizada pelos autores clássicos, pelas vantagens que apresenta sôbre a incisão transversal. E' certo que esta daria melhor luz à pesquisa da alça jejunal, além do que melhor se adapta-

ria à sutura à volta do estômago, conforme defendeu Haasler, em 1893. Já anteriormente, ao fazer a primeira gastro-enterostomia retrocólica posterior, em 19 de outubro de 1883, Courvoisier havia executado uma secção transversal do mesocolo transverso. Logo se verificou que essa incisão lesava frequentemente vasos importantes para a nutrição do colo transverso, donde muitos dissabores posoperatórios. Apesar disso, autores como Brandão Filho fazem reproduzir figuras em que se vê a brecha mesocólica transversalmente feita.

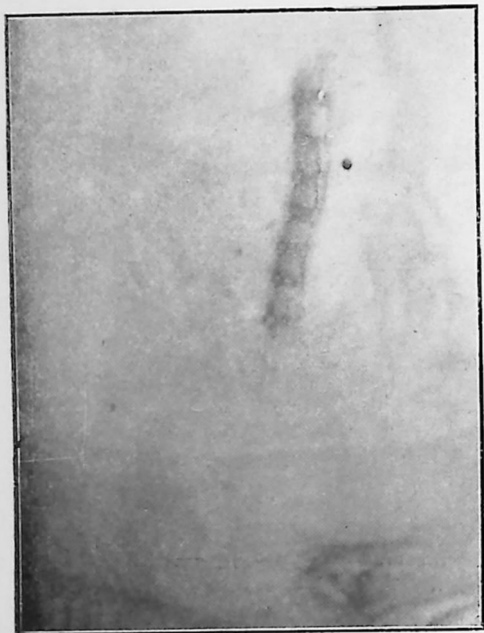


Fig. 7 — Incisão recente, que apenas exigiu o emprego de sete agrafes de Michel

Restaria discutir si a conduta defendida neste trabalho também é aplicável à gastro-jejunostomia simples. Parece-nos que sim. Basta que se recorra ao procedimento proposto por Toupet (*Journal de Chirurgie*, Paris, XV, 253, 1918), logo aceito por Pierre Duval (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, ns. 8 e 9 de 1919) e citado no livro dos prosectores da Faculdade de Medicina de Paris. Conforme diz Alfredo Monteiro, Toupet primeiro separa do colo transverso uma parte do grande epíloon, expondo a retrocavidade, e depois fende o mesocolo transverso, atraindo através da brecha a alça jejunal, tal como praticamos no Reichel-Polya, para anastomosa-la ao estômago no andar superior do abdomen. Também em *The Lancet* de 7 de outubro de 1933, pág. 802, I. Bock,

do St. Georges Hospital, propõe, para a gastroenterostomia simples, a mesma técnica de Toupet, sem citar o trabalho dêste. Ora, usando-se o procedimento de Toupet, é perfeitamente exequível também na gastro-jejunostomia simples a conduta defendida neste trabalho para a pesquisa da primeira porção do jejunum.



Fig. 8 — Cicatriz de extensão menor que a metade da linha xifo-umbilical

## Estenose gástrica prepilórica \*

A raridade da ocorrência faz com que apresentemos à discussão dos prezados consócios um caso de estenose gástrica prepilórica.

A observação do doente resume-se no seguinte:

J. P., 55 anos, masculino, casado, português, branco, residente nesta capital. Foi internado a 22 de dezembro de 1943 no Hospital de São Joaquim da Beneficência Portuguesa, em más condições gerais, com vômitos reiterados e dores epigástricas. Contava ter tido gonorréia a 30 anos, variola aos 5 anos de idade e pielite em 1932. Fumava pouco e bebia vinho às refeições até a 4 anos atrás. Fôra operado de fimose e sofria de prostatite crônica. Apresentava pulso a 78 e pressão arterial a 120-80. Temperatura, 36° C. Tipo mediolíneo; mucosas pouco coradas.

A moléstia atual iniciou-se a cerca de 4 anos com perturbações digestivas vagas, espessadas, sem ritmo nem períodos. Um ano mais tarde, começou a sentir dores no epigástrico, que aumentava com a ingestão de alimentos, durante cerca de 2 horas, às vezes com vômitos, náuseas e sialorréia. Daí para cá, a dor vinha periodicamente, com alternâncias de acalmia — dores ritmadas após as refeições. Em abril de 1942 fez um exame radiológico, encontrando-se: "presença de volumoso nicho pré-pilórico; aumento de volume do estômago; líquido de estase em jejum — dr. Eduardo Cotrim". Em dezembro de 1942, o nicho estava sensivelmente reduzido. Fez o doente ligeiros tratamentos paliativos, até que a 15 dias se iniciou crise de vômitos provocados com a ingestão de qualquer alimento, expelindo às vezes alimentos ingeridos na véspera. Como não cessassem os vômitos e se acentuassem o emagrecimento e a fraqueza geral, resolveu vir à consulta e foi logo internado. Nada de anormal apresentava nos aparelhos respiratório e circulatório. Abdome plano, simétrico, sem abaulamentos nem depressões. Não havia dor à palpação. Ruído de patinção e vascoejamento na região do epigástrico. Não havia ascite. Fígado palpável a dois dedos do rebordo costal direito, fino, mole, movel, idolar e percutível desde o 6.º intercosto direito. Ceco palpável e gargarejante, nitidamente doloroso (apresentava antigo diagnóstico radiológico de apêndice crônica).

Foi solicitado novo exame radiológico, tendo o dr. Eduardo Cotrim verificado: "Presença de um nicho de úlcera juxtapiilórica com síndrome de estenose" (22-12-1943).

O doente foi preparado por um de nós (dr. Alberto Braga), cedendo em poucos dias os vômitos, o que permitiu dar alimentação capaz de levantar as forças perdidas. Foram administrados soro glicosado, vitaminas B e C, extrato hepático, bolus alba, xarope simples e bicarbonato de sódio. Melhoradas as condições gerais e verificados: tempo de coagulação, 8m., de sangramento 3 m, taxa de hemoglobina, 85 %; leucocitos 9.200; hematias, 4.600.000;

\* Comunicação à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo em 18 de fevereiro de 1944, em colaboração com o dr. Alberto Braga.

reserva alcalina, 60%; urina alcalina com traços leves de albumina, ausência de acetona e de elementos anormais no sedimento centrifugado — foi o doente entregue à cirurgia.

Operação n.º 11.412 em 31 de dezembro de 1943. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, dr. Ney Pentead de Castro. Anestesia loco-regional com Scurocaina a 0,5% (100 cc.). Incisão paramediana pararectal interna direita. Aberto o ventre não se percebeu cicatriz de úlcera, mas estenose orgânica prepilórica e grande dilatação do estômago. Infiltração anestésica

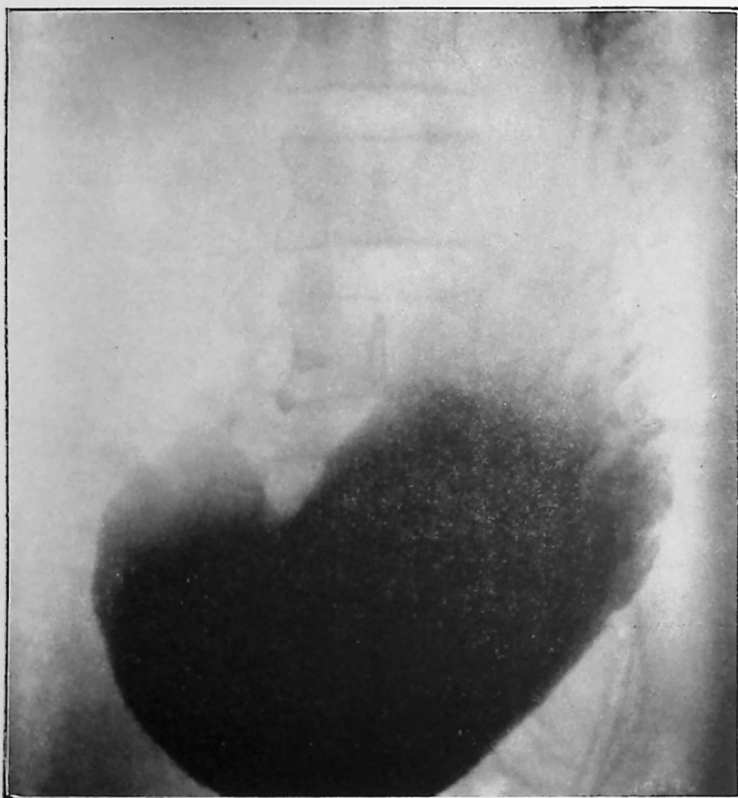


Fig. 1 — Aspecto radiológico do estômago, evidenciando a estase e estenose

dos mesos. Ligadura e secção do grande e do pequeno epiploon. Ligadura e secção do bulbo duodenal, com mergulhamento do coto distal. Brecha no mesocolo-transverso, por aí se pesquisando o jejuno. Fixação do mesocolo à parede posterior do estômago. Gastroenterostomia término-lateral anisoperistáltica em 3 planos, a categute cromado. Fixação da parede anterior do estômago ao mesocolo transverso. Fechamento da parede por planos, sem drenagem. Duração do ato cirúrgico: 1 h. 9 ½ m. A peça ressecada media 19 cm. ao nível da pequena curvatura e 36 cm. ao nível da grande curvatura. Havia uma acentuada estenose a 1 ½ cm. do píloro, havendo a esse nível uma cicatriz de úlcera na pequena curvatura; havia, também, uma pequena úlcera a 8 cm. do píloro, na pequena curvatura. O decurso posoperatório foi sem qualquer complicação, ficando o doente livre dos seus sofrimentos.

O interesse do presente caso reside quasi exclusivamente na raridade de uma estenose gástrica prepilórica produzida por mecanismo diferente daquele que usualmente ocorre. E' sabido que a estenose gástrica prepilórica é frequente nos casos de câncer do estômago. Segundo Moutier, em 56% dos casos de neoplasia gástrica a sede das lesões está no antro pilórico. Ora, a evolução normal do câncer dessa localização é para a formação de uma estenose à custa da proliferação do processo, si êle próprio já não atinge as proxi-

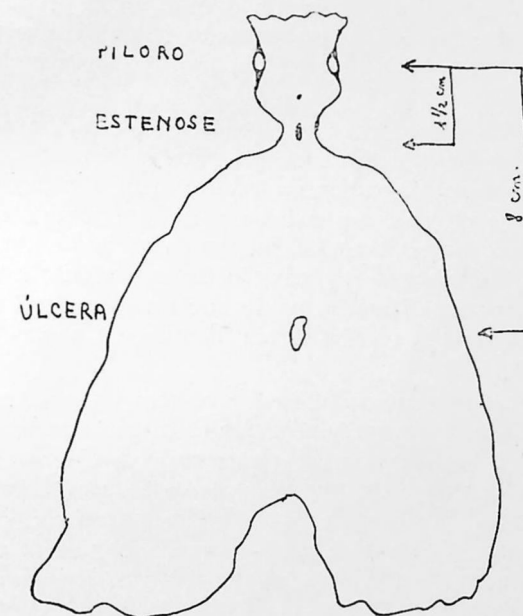


Fig. 2 — Esquema da peça retirada

midades do píloro, dando uma verdadeira estenose pilórica, ao invés da estenose prepilórica geralmente observada.

Mas o caso por nós apresentado não era de câncer e sim de úlcera.

Todos sabem que a úlcera duodenal crônica é a que apresenta acentuada tendência para a formação de estenose, pelas sucessivas retrações cicatriciais decorrentes dos surtos da moléstia. E' comum ler-se, nos clássicos, a expressão "úlcera estenosante do píloro". Quasi nunca essa denominação está exata. Benedito Montenegro focalizou o assunto, provando que na grande maioria dos casos a estenose é ao nível do bulbo duodenal, sendo excepcionais as estenoses propriamente à altura do anel pilórico. Um de nós (Eurico Branco Ribeiro) já disse que a úlcera pilórica antes produz incontinência

do que estenose, pois ela enrigesse o anel muscular e este não mais pôde contraír-se a ponto de produzir a acalásia do esfíncter; não se terá, então, a estase gástrica nem aparecerão os vômitos reincidentes, mas vai-se observar a passagem fácil do alimento opaco através de um pequeno canal rijo visível em toda uma série de chapas radiográficas.

Mas no caso presente a síndrome de estenose não corria por conta de úlcera duodenal, porém por conta de uma úlcera prepilórica da pequena curvatura, em fase de cicatrização. Em abril de 1942 o radiologista surpreendera um grande nicho prepilórico, imagem essa que se apresentava grandemente reduzida oito meses mais tarde; e um ano depois a estenose se instalava, agravando os sofrimentos do doente.

O que se deu foi a formação de uma grande úlcera que se espalhou pelas superfícies reduzidas das paredes anterior e posterior do estômago nas proximidades do piloro; com a cicatrização progressiva, houve a retração em anel da parede, restando, para formar o lume do órgão, apenas a porção indene da grande curvatura e circunjacências. Daí resultou a formação de um estreito anel mucoso, de cerca de 1 cm. de diâmetro, tendo encastrado na sua parte superior a cicatriz retraída da velha úlcera identificada nos exames radiológicos anteriores.

No geral, as estenoses gástricas de origem ulcerosa estão ao nível da incisura e têm um mecanismo de formação semelhante ao que acabamos de relatar: nas fases de cicatrização, a úlcera vai atraindo para si as paredes anterior e posterior do órgão e as fibras musculares se contraem, dando origem a profundos sulcos ao nível correspondente da grande curvatura e eis formado o "estômago em ampulheta", que as vezes evolui para uma quasi total biloculação gástrica. Isso é o que ocorre com mais frequência. A estenose prepilórica deve ser muito rara. E' o que justifica afirmar a experiência já bastante grande de um de nós em cirurgia gástrica (Eurico Branco Ribeiro): nem durante cerca de cinco anos no Serviço do prof. Benedito Montenegro, nem no seu próprio Serviço, onde foram operados até agora aproximadamente 800 doentes de estômago e duodeno, não foi observado um só caso semelhante ao presente.

Mas aqui nesta mesma Sociedade já foi apresentada a peça de uma úlcera gástrica da pequena curvatura que, pelas suas avantajadas dimensões, estava produzindo uma estenose tipo pilórica dos clássicos.

Foi na reunião de 27 de novembro de 1934, em que o comunicante (Eurico Branco Ribeiro) salientou a raridade da ocorrência, assinalando que o exame histológico da peça feito pelo prof. Carmo Lordy havia confirmado a natureza benigna do processo suspeitado pelo aspecto macroscópico da lesão. Tratava-se, assim, de um caso completamente diferente deste que ora apresentamos.

*Discussão* — O dr. Eduardo Cotrim salientou o valor de minúcias no diagnóstico, lembrando que os clínicos não devem se limitar a surpreender as lesões do órgão, mas que devem levar as suas pesquisas semiológicas a todo o sistema afectado, pois assim podem orientar melhor a sua terapêutica.

O dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou que também aos radiologistas compete buscar a existência de lesões outras que as verificadas logo ao início do exame, embora sejam elas suficientes para justificar as queixas do doente ou as suspeitas do clínico. Precisamente no caso ora apresentado, o dr. Eduardo Cotrim fez um brilhante diagnóstico, pois diante de uma "síndrome de estenose", que registou no seu relatório e que levaria um radiologista menos avisado a localizar a lesão no duodeno ou talvez no piloro — não teve dúvidas em afirmar que a úlcera era gástrica e se achava antes do piloro ("juxtapiórica", na sua própria expressão). A operação confirmou o seu brilhante diagnóstico, mas mostrou que também havia mais uma úlcera ao nível da incisura angular. Entretanto, revendo agora as radiografias não teve dúvidas o dr. Cotrim sobre a possibilidade de também ter sido assinalada mais aquela úlcera, à luz do registo radiográfico.

## Recomendações para operados de estômago \*

### PRECEITOS GERAIS:

Escovar os dentes duas vezes por dia, procurando não deixar entre eles resíduos alimentares.

Sempre que a língua se mostrar "suja", promover a sua limpeza com escova de dente ou com uma toalha felpuda, bochechando com água bicarbonatada.

Alimentar-se em horário certo: de 3 em 3 horas nos primeiros dias; depois de passado um mês da intervenção, aumentar o intervalo entre as refeições.

Mastigar bem a comida, tomando a refeição lentamente.

Evitar as refeições frugais (comer pouco de cada vez).

Variar sempre as iguarias.

Não ingerir alimentos demasiadamente quentes nem tomar só alimentos frios.

Evitar os condimentos picantes (pimenta, mostarda).

Verificar si entre os alimentos recomendados existem alguns que não são bem tolerados, afim de evitá-los.

Usar comida preparada no azeite doce, no óleo ou na manteiga, durante os seis primeiros meses.

Repousar por meia hora depois das refeições.

Evitar purgativos fortes.

Evitar excessos físicos nos três primeiros meses.

Ter sempre em mente que o álcool e o fumo são prejudiciais; que as bebidas gazosas ou gazeificadas podem fazer mal; que as infusões fortes de café e chá são demasiadamente excitantes e devem ser vitadas; que o chocolate, tanto simples como com ovos, é de digestão difícil e não deve ser experimentado nos seis primeiros meses.

Comparecer à consulta médica no fim de 30 dias, de 6 meses e de um ano.

### ALIMENTOS PERMITIDOS ATÉ OS 15 DIAS:

Águas minerais sem gases; chá de mate e outros chás não muito fortes; torradas, casca de pão; leite; suco de uva, caldo de frutas; sopas de massa, de farinha de trigo, de milho, de semolina,

\* Preceitos discutidos e aprovados em sessão da Sociedade Médica São Lucas, em 28 de dezembro de 1943.

de mandioquinha, de batata; pirão de cará, de batatinha; ovos desmanchados nas sopas e gema crúa inteira ou batida com açúcar; caldo de galinha, canja com pedaços de galinha; arroz bem cozido, chuchú; mingáu de farinha de trigo, de maizena, de araruta, de cará; carne de galinha; caldo de carne (bifetea); geléia de pé de galinha; maçã assada, pera d'água, uva, café fraco.

#### DOS 15 AOS 30 DIAS:

Tudo o que já foi apontado, mais: café com leite, mel, bolachas, biscoitos; manteiga fresca, ovos quentes; mingáu de aveia; pirão de mandioca, macarrão fino na manteiga, abobrinha, verduras cozidas (selga, chicória, espinafre); galinha assada, pombo, bife de chapa, bife mal passado na manteiga; carne cozida; geléia do mocotó; marmelada; ameixas cozidas, banana assada ou cozida, merengues, doce de leite, geléia de marmelo.

#### DE 1 A 6 MESES:

Tudo o que já foi assinalado, mais: pão comum; suco de tomate; mingáu de aveia; sopas de ervilha, de inhame, de milho verde, de sagú e de verduras; nhoque; peixes cozidos ou assados; picadinho, carne assada; peru, carneiro, cabrito, perdiz, codorna, pato; abóbora; saladas de alface, almerão, agrião, temperadas com limão; couve-flôr, brócolos, cenoura, palmito, mangarito, mandioca, beterraba, tomate crú, espargo; caldo de feijão sobre o arroz; batata doce cozida ou assada; doces com ovos, goiabada, bananada, doces em calda, arroz doce, manjar branco, creme de leite; colhada, queijo prato, queijo de Minas, ricota, creme suíço, requeijão; frutas bem maduras pouco ácidas (abacates, laranjas, limas, ameixas, bananas, maçãs).

#### DEPOIS DOS 6 MESES:

Experimentar, ensaiando a tolerância: cebola, alho, condimentos mais fortes; raviole, carnes de conserva (atum, frios, presunto, salsichas); carnes fritas; lombo de porco, mocotó, tripas, miúdos, peixes fritos; bife e peixe à milanesa; carne de caças; pasteis de carne e palmito, tortas, feijão, vagem, lentilhas, grão de bico; farinha de mandioca e de milho; frutas ácidas, bolos feitos na manteiga; folheados, doce de coco, doce de abóbora, morango em calda, amóra.

#### DEPOIS DE 1 ANO:

Experimentar todos os demais alimentos, procurando sempre verificar as intolerâncias individuais, afim de NÃO INSISTIR em comer iguarias que fizerem mal.

## “Incisão em grelha” através do grande reto do abdome \*

Na edição de fevereiro de 1944 de *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, LXXVIII, 213, o dr. Herbert H. Davis, de Omaha, Nebraska, Estados Unidos, publicou um pequeno artigo mostrando as vantagens da “incisão em grelha” através do grande reto direito do abdome para as operações exigidas pela estenose congênita hipertrófica do piloro.

Com o propósito de deixar registada a sua prioridade nessa via de acesso, o dr. Davis disse: “Tanto quanto eu saiba, esta é a primeira vez que a incisão em grelha do reto direito, como aqui é descrita, tem sido proposta e usada”.

Entretanto, uma incisão em tudo semelhante à que ele propôs vem sendo utilizada em nosso Serviço desde 1937 e foi por nós descrita em 1939, quando tivemos a oportunidade de mostrar as suas vantagens ao escrever sobre “Incisões para cirurgia do fígado e das vias biliares”. Esse trabalho foi lido na Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa em 2 de junho de 1939 e publicado em “Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia”, São Paulo, XXXVIII, 113, agosto de 1939, depois reproduzido em nosso livro “Estudos cirúrgicos”, III, 53, São Paulo, 1940.

Posteriormente, apresentamos à Terceira Assembléia do International College of Surgeons, reunida no México entre 9 e 14 de agosto de 1941, um trabalho sobre “Modification of Spengel's incision in ideal cholecistotomy”, no qual insistimos nas vantagens que aquela nova técnica oferece, como bem se pode ver pela leitura das atas daquele Congresso, a páginas 166-173 e do número de julho-agosto de 1943 do “The Journal of the International College of Surgeons”, embora nessas publicações o referido artigo tenha sido publicado com incorreções.

Afim de estabelecer a identidade da nossa incisão com a apresentada pelo dr. Herbert H. Davis, vamos reproduzir a descrição que ele fez no “Surgery, Gynecology and Obstetrics”, LXXVIII,

\* Artigo publicado em Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XLIX, 421, maio de 1945.

213, fevereiro de 1944 e em seguida a que fizemos em 1940; dizia ele em 1944:

"A técnica usada para fazer esta incisão pode ser descrita como segue: sobre a porção superior do músculo grande reto do lado direito, uma pequena incisão transversa é feita através da pele, da gordura subcutânea e da bainha anterior do reto. A face profunda da bainha é dissecada do músculo reto, e os retalhos afastados para cima e para baixo. O músculo reto é dissociado longitudinalmente e afastado para a exposição da sua bainha posterior. Esta última camada com o peritônio é incisada transversalmente. Ao fechar-se a ferida, cada um dos planos é suturado separadamente; o peritônio com a bainha posterior do reto, o próprio músculo reto, a bainha anterior do reto e finalmente a pele".

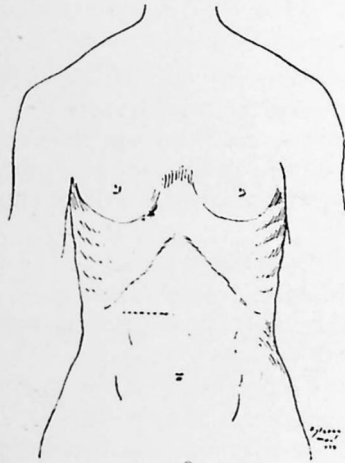


Fig. 1 — Traçado da incisão cutânea

A descrição por nós feita está contida, também, na comunicação que fizemos, a 2 de setembro de 1940, ao Colégio Brasileiro de Cirurgiões e publicada em "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", LX, 445, dezembro de 1940, depois reproduzida em "Estudos Cirúrgicos", IV, 179, São Paulo, 1945. Eis a descrição por nós publicada no Brasil em 1940:

Consiste em u'a modificação pessoal da incisão de Sprengel, modificação muito simples, mas que ainda não encontramos assinalada na literatura até agora por nós compulsada. Trata-se, apenas, de respeitar as fibras musculares do grande reto do abdome. Agimos da seguinte maneira:

1. Incisão cutânea transversal, em altura conveniente (de acordo com o biotipo individual), compreendendo apenas a largura do grande reto do abdome.
2. Incisão do tecido celular subcutâneo na mesma extensão e direção da incisão cutânea.
3. Incisão transversal da folha anterior da bainha do grande reto do abdome...
4. ...descolando dela as fibras musculares e, eventualmente, uma intersecção aponevrótica, de maneira a rebater os bordos da incisão para cima e para baixo.

5. Dissociação das fibras do grande reto do abdome, de maneira a expor a folha posterior da sua bainha numa altura de 8 a 10 cm.
6. Incisão vertical ou transversal sobre essa bainha e o peritônio.

As vantagens dessa via de acesso consistem em se poupar o grande reto do abdome e em se fazer entrecruzamento das linhas de sutura aponevrótica com a direção das fibras musculares mantidas integras. Dessa forma, a profilaxia da eventração posoperatória parece absoluta".

A identidade é perfeita. Pedimos ao "Surgery, Gynecology and Obstetrics" que publicasse uma pequena nota esclarecendo a questão de prioridade. Respondeu-nos o editor Loyal Davis:

"Estamos remetendo a sua carta ao dr. Herbert Davis para alguma resposta que ele deseje dar. Não temos o habito de publicar correspondência sobre controvérsias neste jornal".

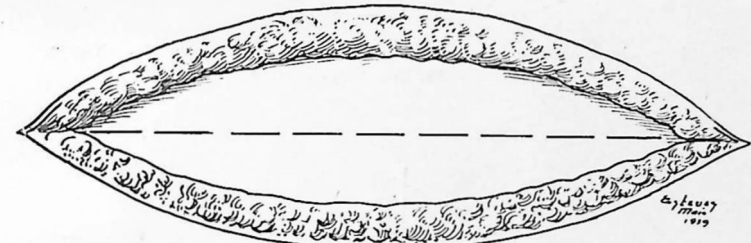


Fig. 2 — Incisados a pele e o tecido celular subcutâneo, vê-se a bainha anterior do grande reto do abdome, onde o pontilhado indica a linha de incisão

Poucos dias mais tarde recebíamos atenciosa carta do dr. Herbert H. Davis, em que dizia:

"A incisão de que você fala tem sido usada por grande número de cirurgiões neste país em cirurgia vesicular. Estou familiarizado com ela e a tenho visto usada por diversos colegas diferentes".

E depois de acentuar que a sua incisão era para estenose hipertrófica do piloro, acrescentou:

"A incisão através da bainha posterior do reto e através do peritônio em minha incisão é feita em direção transversa. Penso que isso é importante, pois se trata de um plano de fechamento extremamente importante, sendo que as fibras da bainha posterior correm transversalmente e eu as separo ao invés de corta-las. Na sua incisão, você incisa esse plano verticalmente. Pessoalmente eu creio que essa minúcia da incisão é extremamente importante. Ainda não tenho conhecimento de nenhuma descrição na literatura de incisão como a que desvrevi".

Si o dr. Herbert Davis tivesse lido o número de dezembro de 1949 de "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", ele não teria terminado a sua carta com a afirmativa que contem. Mas ele só deve ter lido, por indicação nossa, o número de julho-agosto de 1943

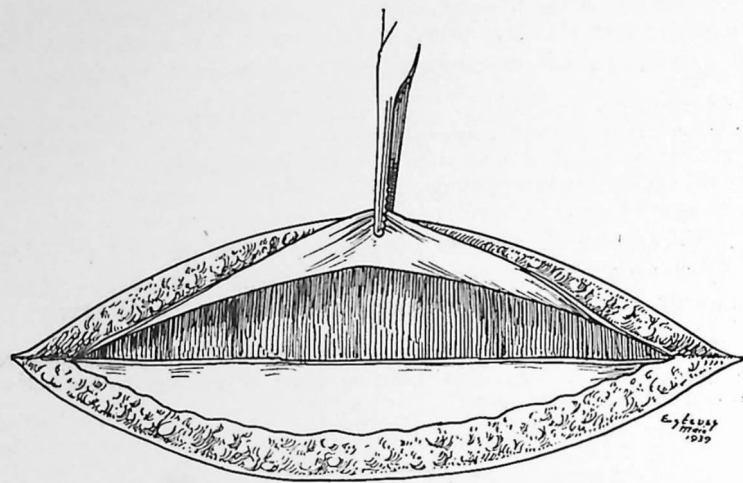


Fig. 3 — Descolamento da bainha anterior do grande reto do abdome, expondo as fibras musculares

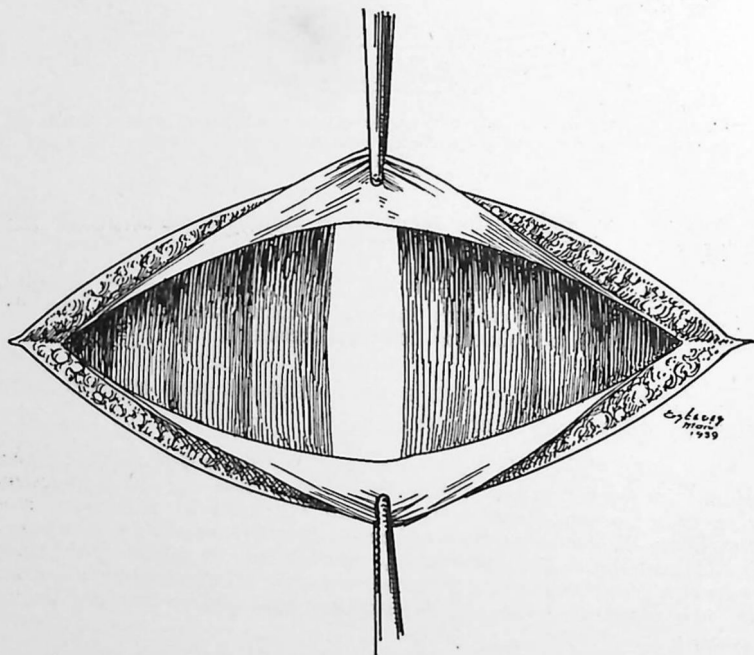


Fig. 4 — Uma vez suficientemente descoladas e afastadas as porções superior e inferior da bainha anterior do grande reto do abdome, as fibras musculares são afastadas, permitindo a exposição da bainha posterior

de "The Journal of the International College of Surgeons", onde o nosso trabalho, além de publicado com várias incorreções, contém essa de não assinalar que fazíamos indiferentemente a incisão transversal ou vertical da bainha posterior e do peritônio, como havíamos assinalado quando publicamos o trabalho em português, em 1940. E para fortalecer ainda mais a impressão do dr. Herbert Davis, a nossa figura n.º 13 inserta à página 403 da referida revista norte-americana, apresenta o pontilhado da incisão da bainha posterior

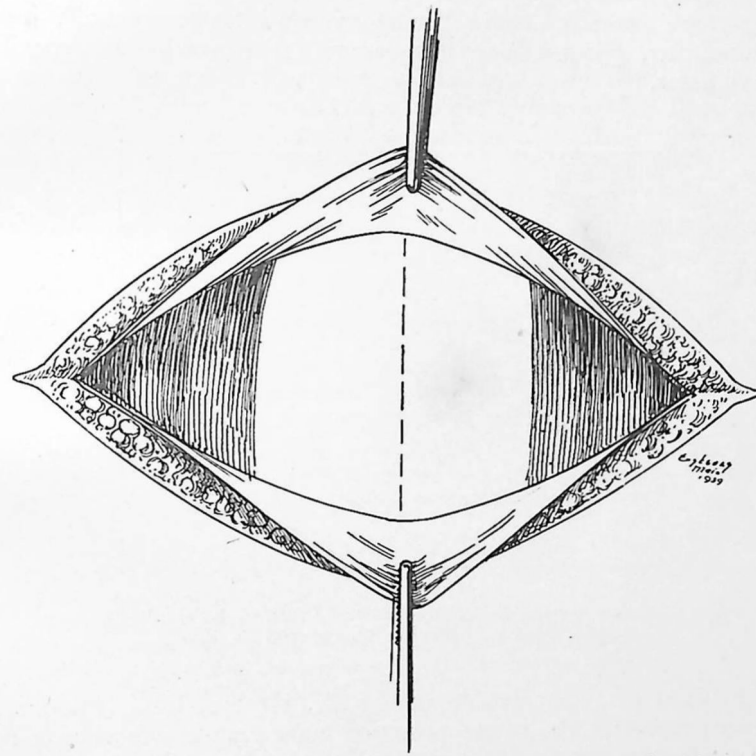


Fig. 5 — Exposta a folheta posterior da bainha do grande reto do abdome, a linha de incisão tanto pode ser traçada verticalmente, como se vê nesta figura, como transversalmente, conforme o texto de nosso trabalho em "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", LX, 445, dezembro de 1940.

no sentido vertical, pois o desenhista, para não haver confusão, apenas traçara a linha de incisão num dos dois sentidos que no texto admitíamos.

Assim, pois, o dr. Herbert Davis tem razão em dizer que não tinha lido descrição idêntica à sua. Faltara-lhe ter conhecimento da nossa publicação de 1940.

Tem razão ainda o dr. Herbert Davis quando salienta a propriedade da incisão transversal da bainha posterior e do peritônio, já por nós praticada e preconizada no trabalho divulgado em 1940.

Realmente a abertura no sentido transversal evita que se cortem as fibras da bainha posterior e facilita o fechamento do plano profundo. Com ela, não há maior dificuldade em que praticarem operações como a indicada na estenose hipertrófica do piloro e como a colecistotomia ideal por nós preconizada. Mas si o ato cirúrgico exige um campo mais amplo, como no caso de uma colecistectomia, então a incisão transversal da bainha posterior dificulta a ampliação desejada e é em tais circunstâncias que a incisão vertical da bainha posterior deve ser executada. Daí o fato de termos descrito esse tempo operatório com "incisão vertical ou transversal", indiferentemente, porque falávamos de um modo geral, sem especificar os casos.

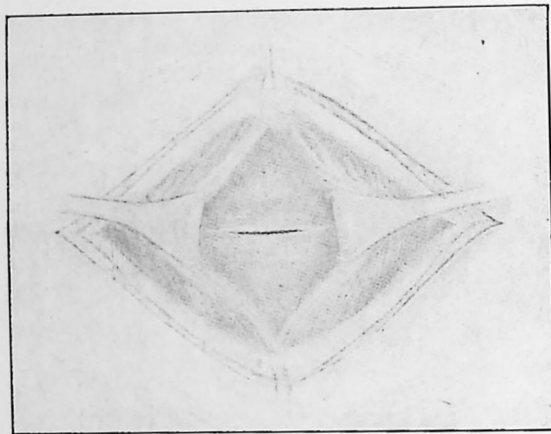


Fig. 6 — Figura contida no artigo de Herbert Davis, no *Surgery Gynecology and Obstetrics*, LXXVII, 213, fevereiro de 1944

Estamos de pleno acordo com o dr. Herbert Davis em que a incisão transversal da bainha posterior é de grande importância no fechamento da parede. Mas também não podemos deixar de reconhecer que a incisão vertical não apresenta inconvenientes capazes de condicionar a sua condenação formal. Si a necessidade de um campo maior exigir a incisão vertical da bainha posterior e do peritônio, o fechamento da parede também se fará com solidez, pois as fibras musculares adossadas e contidas pela faixa anterior suturada transversalmente dão praticamente as mesmas garantias contra a possibilidade de sobrevir uma eventração.

E' que continua de pé o principio do entrecruzamento de incisões, que permitem ao dr. Herbert Davis dar à técnica que descreveu o nome de "incisão em grelha".

Na carta do ilustre cirurgião de Omaha o que nos causou estranheza foi a asserção de que a incisão como descrevemos tem sido

muito usado em cirurgia vesicular em seu país. Si realmente assim é e si há identidade entre a nossa e a incisão por ele preconizada, então não havia razão para que ele a apresentasse como novidade. Salvo si só a estivesse indicando para uma e determinada intervenção: a aconselhada na estenose hipertrófica do piloro... Mas o que deve ter havido da parte do dr. Herbert Davis foi uma falta de compreensão da descrição por nós feita, confundindo-a com a velha e divulgada incisão de Sprengel, justamente a que procuramos modificar, melhorando-a, do ponto de vista da segurança na profilaxia das eventrações. Os autores clássicos não fazem referência a nenhuma incisão que se assemelhe à "incisão em grelha" que o dr. Herbert Davis descreveu e que nós já havíamos divulgado em 1940. Si fosse de execução corriqueira nos Estados Unidos, ele não teria dito que era "a primeira vez que incisão em grelha do reto direito" fora proposta e usada.

O que resta ao dr. Herbert Davis é reconhecer, depois da leitura do número de dezembro de 1940 dos "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", que já havíamos proposto e usado antes dele a "incisão em grelha", com a variante que consiste na secção transversal da bainha posterior do grande reto direito do abdome.

#### "RIGHT RECTUS GRIDIRON INCISION"

In the February, 1944 issue of the "Surgery, Gynecology and Obstetrics", dr. Herbert H. Davis, of Omaha, Nebraska, published a little article showing the advantages of the "right rectus gridiron incision in congenital hypertrophic pyloric stenosis".

In order to register his priority, dr. Davis said: "As far as I know this is the first time that right rectus gridiron incision, as here described, has been advocat and used".

Although, we remember that an incision like that preconized by him, has been used in our Service since 1937, and was described in 1939, when we had the opportunity of showing its advantages in writing on "Incisões para cirurgia do fígado e das vias biliárias" (the incisions for hepatic surgery and biliary tract'ones). Our article was published in "Anais Paulista de Medicina e Cirurgia, São Paulo, XXXVIII, 119, august, 1939 and reproduced in our book "Estudos Cirúrgicos", III, 53, São Paulo, 1940.

Hereafter we presented to the "Third International Assembly of the International College of Surgeons", which was held in Mexico City, August 9, 14, 1941, a work on "Modification of Sprengel's Incision in ideal cholecistotomy", in which we insisted on the advantages of that new technic, as everybody can see by reading the Proceedings of that Congress pags. 166-173

The same article was published in the July-August issue of "The Journal of the International College of Surgeons", VI, 399-406 (1943) but rather incorrectly.

In order to establish the identity of our incision with that presented by dr. Davis, we shall translate his words from the "Surgery Gynecology and Obstetrics":

"The technique used in making this incision may be described as follows: Over the upper part of right rectus muscle a short transverse incision is made through the skin, subcutaneous fat, and

anterior sheath of the rectus. The deep surface of the rectus sheath is dissected from the rectus muscle so that these flaps can be retracted upward and downward. The rectus muscle is split longitudinally and retracted to expose the posterior sheath of the rectus. This latter layer with the peritoneum is incised transversely. Inclosing the wound each of these layers is sutured separately: the peritoneum with the posterior sheath of the rectus, the rectus muscle itself, the anterior sheath of the rectus and finally the skin".

Our description is as follows, according to our publication in "The Journal of International College of Surgeons":

"I use a parietal incision which is a modification of Sprengel's one, which is not mentioned in the literature consulted. It is very simple, consisting merely in preserving the muscle fibers of the rectus abdominis by employing the following procedure:

1. Transverse cutaneous incision at a convenient height (in accordance with the individual biotype), extending only the width of the rectus abdominis.
2. Incision of the subcutaneous cellular tissue in the same direction and the same width as the cutaneous incision.
3. Transverse incision of the anterior leaf of the sheath of the rectus abdominis.
4. Detachment from the muscular fibers of the aponeurosis, so that the edges of the incision may be grasped by the forceps.
5. Separation of the fibers of the rectus abdominis so as to expose the posterior leaf of the sheath 8 or 10 cm.
6. Vertical incision of the sheath and the peritoneum".

Our figures are as clear and demonstrative as that of dr. Davis.

## Reconstituição da vesícula \*

A função faz o órgão — diz o proverbio escolástico. Certo que isso é verdade muita vez comprovada. No caso da ectomia da vesícula biliar, por exemplo, é fato que muitos verificaram a dilatação compensatória do colédoco e do hepático. Judd e Mann escreveram particularmente sobre o assunto. Mas não é só o duto biliar comum que pode assumir função vicariante na ausência da vesícula, mas também por vezes tem-se observado uma verdadeira reconstituição da vesícula, à custa, por certo, de um pequeno fragmento do cístico, paulatinamente hipertrofiado, dando ensejo à formação de nova bolsa coletora de bile.

Tais verificações vêm contradizer a opinião dos que consideram a vesícula biliar como um órgão inútil, simples reservatório sem função definida. Para firmarem tão revolucionário conceito, têm, é certo, o apoio de alguns fatos incontestáveis. Alegam, por exemplo, que alguns mamíferos não têm vesícula biliar. Dizem também que a remoção da vesícula muita vez não acarreta o menor distúrbio. Acentuam, ainda, que o pequeno tamanho da vesícula está em desproporção com o grande volume de bile secretado pelo fígado.

Entretanto, hoje estão bem esclarecidas certas funções da vesícula, como a concentração da bile, que, por contração das paredes do órgão durante o período digestivo, é lançada no intestino oito a dez vezes mais ativa do que a bile que flue diretamente do fígado. Demais, não podem ter valor absoluto aquelas alegações, pois, si existem animais sem vesícula biliar, outros há que as possuem em duplicata e até no homem não é assim tão excepcional o aparecimento de casos de vesícula dupla. Também não se pode dizer que a retirada da vesícula seja completamente inocua; são frequentes, pelo menos nos primeiros tempos, os distúrbios digestivos que se seguem às ectomias, como as diarreias matinais, as intolerâncias alimentares, etc. Não procede ainda o argumento do pequeno volume da vesícula com relação à grande secreção de bile, pois, si a glândula jecoral aumenta a sua excreção nas fases de digestão, a matéria nobre está concentrada na vesícula e é lançada na corrente biliar para aumentar-lhe sensivelmente o poder digestivo.

\* Comentários publicados no Boletim do Sanatório São Lucas, VII, 89, dezembro de 1945.

É claro que o organismo tem um grande poder de adaptação e na maioria das vezes esse poder supre as necessidades fisiológicas só pela maior produção da bile, mas às vezes isso não é possível e ele, na sua instintiva sabedoria, vai procurar regenerar o órgão que foi extirpado, procurando armazenar a bile seja nos canais principais que se dilatam, seja em uma nova vesícula que se constitui à custa de um coto de cístico deixado na operação.

Já a cerca de 250 anos Zambecari havia observado a dilatação compensadora das vias biliares depois da ligadura do cístico.



Fig. 1 — Radiografia feita a 17 anos, mostrando cálculos no interior da vesícula

As coleangiografias já bastante usuais nos grandes centros cirúrgicos têm evidenciado a presença de canais hepáticos grandemente dilatados e às vezes mergulhantes pelo fígado a dentro, mesmo sem que haja um obstáculo mecânico à jusante. A discinesia do esfíncter de Oddi não poderá ser, também, um mecanismo regulador, por intermédio do qual não está o organismo a procurar corrigir uma deficiência fisiológica?

Essas considerações vêm a propósito de um caso de reconstituição da vesícula que vimos por atenção do dr. Jacyr Quadros e por esse nosso companheiro de trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 3 de julho de 1945 e publicado no Boletim do Sanatório São Lucas, VII, 23, agosto de 1945.

Como nessa publicação não foram incluídas as radiografias do caso, vamos reproduzir aqui a observação clínica ao lado da respectiva documentação, sendo digno de nota que detalhes do esqueleto serviram para identificar a chapa radiológica obtida a 17 anos atrás, antes da intervenção cirúrgica em que foi extraída a vesícula.

Eis como o dr. Jacyr Quadros relatou o caso de reconstituição da vesícula:

Z. F. — 44 anos, branca, casada, brasileira. Em seus antecedentes é digno de nota apenas a esterilidade e uma blenorragia contraída do marido. Casos de obesidade na família. A mãe sofria do fígado. A 20 anos teve sua pri-



Fig. 2 — Radiografia recente, mostrando a reconstituição da vesícula

meira cólica hepática, tendo feito tratamento clínico durante 3 anos, sem resultados. Colectectomizada a 17 anos no Hospital do Braz. Passou 1 ano bem, quando contraiu uma infecção intestinal, caracterizada por numerosas deposições semi-líquidas e fétidas (até 16 evacuações por dia). Esse quadro permaneceu por uns oito dias, com febre, cólicas, puxos, etc. Exames de fezes posteriormente feitos foram negativos. Os intestinos nunca mais funcionaram bem e ciclicamente aparecem diarreias, cólicas ao redor do umbigo, meteorismo, etc.

Operada de apendicite, 3 anos após a retirada da vesícula, não se beneficiou com essa intervenção, pois a mesma sintomatologia continuou.

A cinco anos somaram-se a esse quadro dores no flanco direito, com sensação de repuxamento da bexiga e peso local. A paciente diz que palpava uma bola debaixo da reborda costal direita. Operada de ptose renal logo depois, passou mais ou menos bem durante 3 anos, quando surgiram novas dores, desta vez predominando no hipocôndrio direito e flanco do mesmo

lado. A dor era difusa, sem irradiação precisa. Daí para cá não mais gosou saúde. Examinamos a doente recentemente. Trazia em sua bagagem numerosos exames e receitas, dos quais se destacavam uma radiografia, mostrando vesícula com sombras de cálculos e um vidrinho contendo uma vesícula de paredes fortemente espessadas e numerosos colelitos. Era o testemunho da intervenção que sofrera anos atrás.

Ao exame geral e dos aparelhos, apuramos digno de nota o seguinte: Paciente pálida, emagrecida; ceco, sigmoide e transversal palpáveis e muito dolorosos; manobras de Murphy e Devoto, positivas. Pontos vesiculares renais e pieloureterais, doloridos. Não palpamos o rim direito, por despertar muita



Fig. 3 — Radiografia recente, depois da prova de Boyden, vendo-se a vesícula contraída

dor o exame da região. Em face desse quadro mais ou menos obscuro e como havia facilidade por parte da doente, fizemos radiografias de estômago, rins, trânsito digestivo e vesícula. A de rins mostrou uma ptose do rim direito. Estômago e trânsito digestivo radiologicamente normais. A nossa surpresa foi grande, porém, ao lermos o laudo para o colecistograma: "Vesícula bem contrastada, de dimensões e contornos normais. Hipocolecinesia (Dr. Martinelli)". O radiologista afirmou-nos que essa vesícula não foi retirada, mas a idoneidade do cirurgião que a operara não nos deixa dúvidas. Resolvemos então fazer uma tubagem duodenal, a qual deu as 3 biles, sendo a B bem concentrada. Cultura positiva para colibacilo. Desde esse exame instituímos um tratamento com sulfamidas, tubagens, ondas curtas, colagogos, etc. A colite foi tratada com sulfasuxidina. As melhoras foram evidentes: as manobras vesiculares tornaram-se negativas, a palpação do intestino quasi indolor; restou, porém, dor no flanco direito, a qual evidentemente deverá se atribuir à ptose renal recidivante ou a qualquer outro processo renal. Atualmente palpa-se com facilidade o rim fóra de sua loja.

## Conduta diante de um caso de ileo biliar\*

Causou estranheza, em certos círculos médicos desta capital, a conduta que tivemos diante de um caso de ileo biliar. Foi salientado, em primeiro lugar, o fato de termos "brilantemente firmado um diagnóstico que em geral só se faz na mesa operatória ou na de autópsia". Mas, logo a seguir, foi censurada a atitude expectante que havíamos aconselhado, para um adequado preparo preoperatório.

Vale a pena, pelos ensinamentos que nos proporciona, deixar registrados aqui os motivos que determinaram a nossa conduta, seja no que concerne ao diagnóstico, seja no que respeita à oportunidade da intervenção cirúrgica.

Vejamos o caso em suas linhas gerais:

A cerca de dois anos, fomos chamado para visitar uma doente que diziam muito mal. Encontramos uma sexagenária em plena crise de cólica vesicular, facilmente reconhecível pela sintomatologia clássica presente: vômitos biliosos, dores espontâneas no epigástrico e no hipocôndrio direito, repercutindo no ombro e espádua direitos; hiperestesia cutânea e defesa muscular em correspondência com o hipocôndrio direito; estado ansioso, polipnéia, inquietude no leito. Receitamos para a crise e pedimos que, passada esta, fizesse um exame radiológico da vesícula, afim de orientar a terapêutica ulterior. Não mais vimos a doente até que, ano e pouco mais tarde, fomos de novo procurado para visita-la, com o consentimento do colega que a estava assistindo e que, diante da gravidade do quadro clínico, desejava a opinião de um cirurgião, não podendo, no momento, estar presente para uma conferência. Atendendo ao chamado, ao anoitecer, verificamos que a doente fôra acometida quatro dias antes de uma crise mais violenta do que aquela que presenciáramos, tendo sobrevivido, na véspera do nosso exame, distensão abdominal e vômitos fecaloides, fenômenos estes que tinham desaparecido, tanto que os vômitos haviam cessado a 21 horas e o ventre já não se apresentava abaulado. Informava a doente que a cólica se iniciara como a anterior, mas fôra mais intensa e demorada, espalhando-se depois as dôres por todo o abdome, em forma de cólicas passageiras e reincidentes, ao mesmo tempo que o ventre se tornara distendido e os vômitos passaram a ser fecaloides. Mas no dia de nosso exame a situação havia melhorado, com cessação dos vômitos e sensível diminuição do volume do ventre.

Examinando a paciente, encontramos um abdome relativamente fêcido, porém doloroso, principalmente no hipogástrico e na fossa ilíaca direita. Não havia distensão gástrica nem tumoração palpável. O pulso era regular e cheio, não havendo taquicardia. A doente mostrava-se abatida e desidratada, denotando a rudeza e intensidade da crise.

Não tivemos dúvida em firmar o diagnóstico de rutura da vesícula e passagem de um cálculo para o tubo entérico, provocando, a seguir, uma obs-

\* Comunicação feita à Sociedade Médica São Lucas, em 14 de agosto de 1945.

trução intestinal possivelmente passageira. Estávamos diante de um caso de íleo biliar, em que, tendo serenado a sintomatologia, cumpria colocar a doente em condições melhores para suportar com probabilidades de sucesso a intervenção cirúrgica que o caso exigiria si não viesse a se positivar a migração do cálculo. E tão segura era essa nossa convicção que tomamos do nosso bloco de receituário e deixámos escrita ao colega assistente a nossa opinião de que se tratava de um caso de íleo biliar e que convinha fazer-lhe a medicação adequada afim de preparar a doente para uma operação, caso voltassem a se manifestar os sinais de obstrução intestinal. Soubemos dias depois que a doente fôra operada de urgência nessa mesma noite, sendo confirmado o nosso diagnóstico; o seu estado de estercoremia levou-a à sepultura, apesar de todos dos recursos postos no posoperatório para salvar-lhe a vida.

Dois pontos merecem nossa atenção neste caso: o diagnóstico clínico e a conduta terapêutica.

O diagnóstico clínico de íleo biliar tem sido feito e é perfeitamente possível ser firmado quando as circunstâncias o permitem.

No geral, seja pela raridade da ocorrência, seja por ter o processo vesicular evoluído silenciosamente, seja pela sua sintomatologia não muito precisa, "o diagnóstico etiológico é muito difícil ou irrealizável (Domingo Prat), mas Wangesteen acentua que "embora um diagnóstico preoperatório correto seja raramente feito, si se tivesse em mente a condição mórbida, ela seria reconhecida na maioria dos casos" e assinala que nos casos observados nestes últimos anos no Hospital da Universidade de Minnesota o diagnóstico ou foi feito ou a presença de cálculo foi suspeitada pelos que examinaram os doentes.

A. Wybert acertou por ter palpado o cálculo pelo toque vaginal. "No fundo de saco direito, — descreveu ele — com a palpação bimanual consegue-se fixar um corpo estranho, duro, maciço, do tamanho de uma noz, dando a impressão de que está situado dentro do intestino; espera-se uma crise dolorosa e pode-se determinar claramente a alça aferente dilatada e com líquido e a alça eferente pequena; o todo desloca-se lateral e verticalmente a tal ponto que os assistentes podem palpar o corpo estranho pelo exterior". Lamaire e Larget também palpam o cálculo pelo toque vaginal e Flint em quatro casos pode sentir o cálculo em três, por essa via de exploração semiológica.

Diante de um quadro de obstrução intestinal, Alejandro Pavlovsky firmou o diagnóstico em vista da informação da família de que em crise violenta anterior um colega havia dito tratar-se de "perfuração da vesícula biliar". Em situação semelhante, Luís Botaro fez o diagnóstico porque a doente havia vomitado 3 cálculos biliares.

Prim Rosell fez o diagnóstico certo ao atender uma doente que referia várias crises de cólica hepática e apresentava discontinuidade da síndrome oclusiva durante 13 dias.

Monçalvi baseou-se nos antecedentes litiasicos e nos característicos da crise iniciada nove dias antes: dor violenta no hipocôndrio direito, acompanhada nos dias sucessivos de dores no hipogástrio.

Diego Martínez e Eduardo Barreiro foram orientados no seu diagnóstico por terem palpado previamente uma vesícula distendida, seguindo-se o desaparecimento do tumor quando sobreveio a crise oclusiva.

Bonriot fez o diagnóstico prévio pela discordância entre os sinais certos de oclusão intestinal e a tolerância relativa do organismo por essa obstrução, em doente com história de crise dolorosa aguda no hipocôndrio direito precedendo a oclusão.

Num total de 13 casos o diagnóstico clínico fôra feito em 3, na série analisada por Hinchey.

Por ter palpado um tumorzinho de dureza extrema sob a linha mediana, logo abaixo do umbigo, Patherat pode firmar um diagnóstico preoperatório certo.

Também pela palpação externa do cálculo, Kermisson e Rochard fizeram o diagnóstico de íleo biliar, citando casos positivos de nove autores; Mondor reuniu mais 13 casos em que os respectivos autores haviam palpado o cálculo.

O exame radiológico tem sido um auxiliar precioso do diagnóstico. Bremont usou contraste por ingestão e verificou que a coluna do bário parava bruscamente diante de uma sombra mais clara, de contorno ovalar, que era o cálculo encravado.

Porcher fez o diagnóstico de séde e da causa da obstrução por meio de contraste radiológico ingerido. O exame radiológico do ventre confirmou o diagnóstico clínico em um caso publicado por Hodson.

Um caso com exame radiológico positivo foi confirmado operatóriamente por Hotz.

Rauch mandou radiografar um caso de íleo e a chapa mostrou um grande cálculo no baixo ventre.

Brocq, Brödin e Aimé registaram um caso de íleo biliar quinze dias depois de ter sido radiografado o cálculo no duodeno.

Em um dos seus quatro casos, Menéndez acompanhou a migração do cálculo aos raios X, tendo encontrado inicialmente a situação tópica, depois uma "vesícula deshabitada" e o cálculo em diferentes porções do tubo entérico.

Mac Worther positivou uma litíase vesicular aos Raios X, mas a operação, dias depois, apenas revelou uma fístula colecistoduodenal, sem haver distensão das alças delgadas; continuaram, porém, os vômitos, que no sexto dia tornaram fecalóides; outra radiografia mostrou a mesma imagem de cálculo vista anteriormente, mas agora situada no íleo terminal; a reintervenção confirmou o diagnóstico do íleo biliar.

Ringler, Borman e Noble assinalam que até 1935 só 7 casos (Brocq, Crane, Kaiser, Lüdin, Mac Whorter, Paul e Schele) haviam sido diagnosticados pelos Raios X, encontrando mais 24 casos desde essa época até 1941 e registam que dentre 14 casos examinados aos Raios X em 13 o diagnóstico certo poderia ter sido feito pelos sinais exis-

tentes nas chapas e, si não o foi, isso correu por conta de não estarem os radiologistas familiarizados com a síndrome. Em 1939, Lowman e Wissing só haviam encontrado 11 referências de diagnóstico radiológico certo.

Entretanto é sabido que nem sempre o cálculo é visível aos Raios X, como atestam o caso citado por Martens e o registado por Flynn. Também a sombra do cálculo nem sempre é devidamente interpretada, tendo pensado Schulz em fibróide calcificado num caso de Hamlin.

Gallart Monés fez o diagnóstico de obstrução do duodeno por cálculo, acertando; e dentre sete casos de íleo biliar suspeito da causa da obstrução em nada menos de cinco.

Assim, embora nos casos da Clínica Mayo não se tivesse atilado com a contingência mórbida senão na mesa operatória (7 vezes) ou na mesa de autópsia (3 vezes), o diagnóstico preoperatório não é de raridade tal que cause estranheza o fato de ser firmado.

Entre os elementos apontados pelos autores para orientar o diagnóstico, cumpre lembrar os seguintes:

1. Maior frequência na mulher, pela razão de ser a mulher mais predisposta à litíase biliar — 27 mulheres para 9 homens, na estatística de Gibson.

2. Predominância na idade avançada, dos 40 anos em diante, com frequência dos 50 aos 70 anos.

3. Antecedentes de litíase vesicular, positivados em 70% dos casos.

4. Sinais de íleo, com dor inicial difusa, logo localizada no baixo ventre, com meteorismo por vezes discreto e distensão abdominal central também pouco acentuada; a dor vem por paroxismos e é provocada pela ingestão de alimentos, pelos movimentos do doente ou pelo palpar do médico; em certos casos, pode-se acompanhar o deslocamento da dor, dizendo Chauffard que ela caminha com o cálculo, o que foi observado por Weiller, Mayo e Marott, entre outros.

5. Presença de vômitos precoces em abundância, sendo primeiro alimentares, logo depois biliosos, mais tarde como borra de vinho e finalmente fecalóides, intercalados de vômitos tardios de bile pura límpida, ao que Finochietto dá grande valor diagnóstico.

6. Intermitência das crises obstrutivas, dando um caráter oscilatório de agudização e melhora tanto quanto às dores como quanto aos vômitos (Tengwall), os quais podem cessar por um dia ou dois.

7. Estado geral relativamente pouco comprometido, quando o íleo biliar não sucede imediatamente à crise perforativa da vesícula, podendo não haver nem taquicardia nem elevação térmica.

8. Morosidade na instalação dos sintomas de obstrução completa, pois em regra a migração do cálculo se faz por etapas, à medida que cedem os espasmos entéricos provocados por sua pre-

sença e determinantes de reações pouco violentas, até que se dê o engasgamento definitivo.

9. Falta de correspondência entre a pouca vultosidade da síndrome e a profusão dos vômitos.

10. Evolução do íleo por etapas (Folliasson), dando a descontinuidade da síndrome oclusiva (sinal de Karewski), em virtude dos espasmos entéricos intermitentes ao nível do cálculo e da possível migração deste até onde fique encravado.

11. Possibilidade da palpação do cálculo, seja pelo exame externo, seja pelo toque vaginal ou retal.

12. Evidenciação radiológica de um cálculo distópico.

Entre os elementos que favorecem o diagnóstico radiológico do íleo biliar, são apontados, além da presença de uma sombra de cálculo distópico:

a) a presença de ar no tracto biliar;

b) a presença, no tracto biliar, de substância de contraste administrado por via digestiva;

c) mudança na posição de uma sombra de cálculo distópico;

d) evidência de obstrução intestinal parcial ou completa.

Martínez e Barreiro apresentam o seguinte quadro, que auxilia o diagnóstico diferencial:

	Íleo mecânico		Íleo paralítico	
	Simple	Estrangulamento	Peritonite	Enfarte
Choque .....	Não	Sim	Não	Sim
Colapso .....	Não	Sim	Sim	Sim
Pulso .....	Alteração tardia	Alteração rápida	Rápido	Rápido
Febre .....	Não	Não	Sim	Hipotermia
Defesa muscular	Não	Não	Sim	Não
Dôr .....	Em forma de cólicas	Persistente. Não aumenta por pressão	Continua	Continua
Meteorismo...	No princípio local	Localizado na alça	Generalizado	Não
Peristaltismo...	Observa-se	Não há na alça	Não se observa	Não se observa
Tumor .....	Palpa-se às vezes	Palpa-se pelo toque vaginal	Localizado	Palpa-se
Ascite .....	Não	Líquido sero-sanguinolento	Sim, origem purulenta	Não
Dejeções e gases	Não se expulsam	Não há; algumas vezes diarreia	Não, dispnéa nas formas graves	Sangue
Vômitos .....	Aumentam progressivamente	Vômitos iniciais e reflexos	Precoces	Inconstantes
Indicanúria ...	Inconstante	Inconstante	Muito marcada	Negativas

E' preciso ter em mente que o litiasico vesicular está sujeito a três graves complicações súbitas: a perfuração, a pancreatite aguda e o íleo biliar. Si se pode eliminar as duas primeiras condições, restará a ponderar a última, sempre que se estiver em presença de um abdome agudo em portador de colecistite calculosa.

Sem dúvida, quem já observou mais de um caso terá maior facilidade de acertar o diagnóstico, mas são raríssimos os cirurgiões como Del Rio, que já havia operado 13 casos; G. Turner, que já havia visto 10 casos, e Wortmann, que contava com 7 casos. E hoje em dia as possibilidades de reunir estatísticas pessoais apreciáveis são cada vez menores, pois está assentado o conceito de enviar à cirurgia os portadores de cálculos vesiculares e os doentes, no geral, já não têm mais tanto receio da mesa operatória.

\* \* \*

O segundo ponto que merece a nossa atenção no caso que provocou estas considerações refere-se à conduta terapêutica. A indicação cirúrgica é imperativa, parece não haver dúvidas. O que cumpre discutir é a questão da oportunidade da intervenção.

Hoje em dia, com a aquisição de novos recursos, já postos à prova e consagrados nos grandes centros cirúrgicos, e com o nosso melhor conhecimento das perturbações sofridas pelos meios humorais e da terapêutica que esses estados impõem, em face de uma síndrome obstrutiva — já não tem a mesma significação inabalável a regra clássica da operação de urgência nos casos de íleo biliar.

Com efeito, a aplicação do processo de Wangensteen nas obstruções intestinais veio dar tempo aos clínicos para corrigir ou pelo menos minorar com medicação apropriada as alterações profundas do meio circulante, de modo a levar o doente à mesa operatória em condições menos críticas e com maiores probabilidades de êxito.

Mc Kitrick acha que é impositiva a espera para esvaziar o intestino distendido pela sonda de Miller-Abbott nas obstruções com mais de 24 horas. E Rigler, Borman e Noble indagam si além do diagnóstico precoce a descompressão é de grande significação no abaixamento da taxa de mortalidade por íleo biliar, citando Wangensteen, que aconselha não protelar por muito a intervenção, embora reconheça que algumas vezes a simples sucção possa resultar na expulsão do cálculo, conforme sua própria observação em dois casos.

Domingos Prat diz textualmente: "Somos entusiastas propagandistas da prática prévia da sondagem intestinal aspiradora no íleo biliar, quando se pode estabelecer o diagnóstico e com a expressa constância de realizar essa sondagem, só para melhorar ou colocar o doente em melhores condições para operá-lo, sem o grave risco da toxemia".

Sullivan submeteu à drenagem à Wangensteen um doente em que o diagnóstico de obstrução intestinal por cálculo fora feito por causa de sua longa história de sofrimento vesicular; a operação foi feita e o doente sucumbiu cerca de um mês mais tarde em consequência de embolia pulmonar.

Em se tratando de íleo biliar, feito o diagnóstico numa fase de acalmia, como sucedeu no caso em apreço, a conduta lógica era atender de urgência o estado humoral, corrigindo a cloropenia, a deficiência alimentar, a desidratação, o desequilíbrio ácido-básico, a carência em vitaminas, etc. Si preciso, isto é: reaparecendo os vômitos antes de completada a preparação para a cirurgia, a introdução de uma sonda tipo Miller-Abbott viria permitir uma espera maior para terminar-se a administração da medicação julgada suficiente para o preparo operatório.

O ato cirúrgico seria indicação de urgência caso não se observassem nas primeiras horas as desejadas e razoavelmente esperadas melhoras do estado geral do enfermo. Depois de uma crise que já durava quatro dias e encarada numa fase de acalmia, a urgência era sem dúvida relativa e havia a oportunidade de se tentar um preparo adequado para a agressão cirúrgica.

Demais, diante da atenuação dos sintomas e das condições satisfatórias do pulso e do coração, quem podia dizer, no caso vertente, que a migração do cálculo havia recommençado? Era mais um motivo para observar, de mão armada, a evolução do caso.

São clássicos, já o dissemos, os exemplos em que o clínico acompanhou a migração do cálculo só pelo deslocamento da séde das cólicas nas crises sucessivas.

Grey Turner referiu recentemente o caso de um otogenário que sofreu por muitos meses crises sucessivas de obstrução intestinal, terminando pela extração de dois cálculos que já se achavam no transversos.

Wilson observou a cura espontânea por eliminação do cálculo em doente com estado geral muito grave. O mesmo observou Canicio Garcia, tendo a sua doente recuperado a saúde depois da evacuação de dois cálculos.

E' possível que cálculos volumosos percorrem os intestinos sem dar qualquer alarme, conforme verificou Domingos Prat. Mas mesmo quando provoca crises violentas, a expulsão espontânea pode-se dar e deve ser aguardada em determinadas circunstâncias.

O simples tamanho do cálculo apreciado pela imagem radiológica não serve de base para a orientação expectante. Cálculos volumosos foram expulsos espontaneamente. Rocha e Prim registaram um caso em que a oclusão foi provocada por um cálculo sensivelmente igual a outro anteriormente eliminado pelo ano. Loup observou a expulsão espontânea de um cálculo de 5 cm. por 3 cm, com 8 cm. de circunferência, pesando 19 gramas.

São vários os exemplos de casos em que a obstrução foi provocada por um cálculo de menor volume ou de menor diâmetro que outro anteriormente expelido espontaneamente (Hinchey).

Alguns autores referem casos devidos a cálculos relativamente pequenos, tendo Wangensteen observado um caso fatal em que a pedra só pesava 4 gramas, de sorte que o tamanho não serve para dar orientação quanto à atitude a assumir diante de um caso de íleo biliar.

Referindo a observação de quatro casos, Tengwall diz que só uma vez operou de urgência; esperou um dia ou dois sob vigilância, para intervir em dois casos; e, no quarto, acompanhou o doente dia por dia até a evacuação do cálculo.

Wangensteen fez tratamento conservador em dois casos, encontrando, por fim, o cálculo nas dejeções dos doentes.

Prim Rosell diz textualmente: "Uma vez suspeitado o diagnóstico de íleo biliar, deve-se intervir em quasi todos os casos; só aconselhamos esperar nos doentes em que a migração do cálculo na luz intestinal tenha sido apreciada clinica e radiologicamente". E acentua que para se tomar a decisão expectante é preciso ter um doente em bom estado geral.

Entre nós, Clementino Fraga e Fernando Luz apresentaram à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia um caso de cura espontânea de íleo biliar, e Barros Lima afirma que as estatísticas médicas davam u'a média de 50 % de curas espontâneas. Borman e Rigler afirmam que "mais de 50 % dos cálculos não causam um alto grau de obstrução, mas produzem oclusão de variado grau, passando, por fim, espontaneamente pelo reto". Convem acentuar que dos 176 casos de fístulas colecistodigestiva estudados por Wakefield, Vickers e Walters na Clínica Mayo, somente 10 deram íleo biliar. E dos 334 casos de íleo biliar estudados em 1914 por Wagner, na Alemanha, nada menos de 93 se resolveram pela expulsão espontânea do cálculo.

Gallart Monés citou vários casos registados na Espanha, em que a cura se deu por expulsão espontânea do cálculo (casos de Célis, Ximenez del Rey, Ribas) acrescentando três de sua observação pessoal num total de seis casos, sendo que dos restantes três operados só se salvou um. Diante de uma tal e ponderável experiência, aconselha o conhecido gastro-enterologista de Barcelona: "Quando se suspeita de uma oclusão intestinal por cálculo não devemos nos apressurar a estabelecer uma indicação cirúrgica, que a experiência demonstra que é grave, nem tampouco devemos esperar demasiado tempo; quando não existe reação peritoneal difusa e o estado geral do doente é bom, é lógico esperar; em todos os demais casos em que não se encontram essas condições, deve-se assentar a indicação cirúrgica imediata; isto só se pode aceitar de u'a maneira esquemática, pois na prática, como se compreende, as dificuldades são mu-

to maiores, sendo sempre o bom senso clínico o que nos deve orientar para a indicação terapêutica a realizar".

Hinchey preconiza que "quando um doente está sofrendo cólicas, com localização variada pelo abdome e desacompanhadas de vômitos e distensão, pode-se deixá-lo em observação por um período em que fique acamado, sob antiespasmódicos e dieta líquida, enquanto o abdome é estudado por exames clínicos e radiológicos repetidos".

Tem-se assinalado, também, que o cálculo pode permanecer no intestino por prazo dilatado. Hinchey cita o caso de Clute, em que várias pedras deram durante cerca de cinco anos sintomas de oclusão intestinal incompleta.

Para se tomar uma atitude de expectativa armada, encontra-se apoio também nas verificações firmadas desde Israel, em 1892, segundo as quais no íleo biliar o espasmo intestinal exerce um papel relevante, dando obstruções passageiras e reincidentes.

Um melhor preparo do doente para a provável intervenção poderá ser obtido, si se cuida, inicialmente, de combater o espasmo da musculatura intestinal para, assim, melhorar as condições locais e, então poder atender com mais tempo à correção do estado humoral. Deve-se levar em conta, também, que no íleo biliar não ha de regra perturbações circulatórias locais, a não ser, numa fase mais adiantada, quando chegou a se processar um encarceramento irremovível do cálculo, o aparecimento de necrobiose das paredes do intestino, com as cásicas lesões de decúbito determinadas por demorada compressão.

Ao terminar, é justo referir que o assunto tem sido pouco versado em nosso país. Apenas encontramos em citações ou publicados os casos ou os trabalhos de Ibraim Madeira, Luciano Gualberto, Carlos Gama, Luís do Rego, Walter Seng, Soares Hungria, Benedito Montenegro, Francisco Cerruti e Eurico Bastos em São Paulo; José de Mendonça, Daniel de Almeida, Silvio Muniz e Augusto Paulino no Rio; Aristides Novis Filho, Fernando Luz e Clementino Fraga na Bahia; e Barros Lima, no Recife.

Esta lista provavelmente não está completa, pelas dificuldades de revisão da literatura nacional.

#### BIBLIOGRAFIA

- BASTOS (Eurico S.) — "Íleo biliar", Rev. da Ass. Paulista de Medicina. XVI, 77, fevereiro de 1940.  
 DELRIO (José M.) — "Contribución al estudio del íleo biliar", Boletines y Trabajos de la Sociedad Argentina de Cirujanos, IV, 56, 16 de abril de 1945.  
 FLYNN (James) — "Intestinal obstruction at terminal ileum caused by large irregular gallstone", American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, XLIV, 69, julho de 1940.  
 GARCIA (Canicio) — "Íleo biliar consecutivo a la ingestión de una solución concentrada de sulfato magnésico", Revista Clínica Española, XIII, 254, 30 de maio de 1944.

- HAMLIN (Edward) — "Cases records of the Massachusetts General Hospital" The New England Journal of Medicine, CCXXXII, 231, 22 de fevereiro de 1945.
- HINCHY (Paul R.) — "Gallstone ileus", Archives of Surgery, XLVI, 9, janeiro de 1943.
- HODSON (C. J.) — "A case of intestinal obstruction due to gallstone" Brit. Jour. Radiol., XVI, 185, junho de 1943, resumido em Am. Journal Roentgenology and Radium Therapy, LIII, 307, março 1945.
- HUNGRIA (José Soares) e CASTRO (Paulo Carvalho) — "Ileus biliar", Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, XVII, 162, janeiro e fevereiro de 1934.
- JAKOB (R.) e MARQUET (R.) — "Ileus biliar", Archivos de la Asociación Médica del Hospital Pirovano, II, 470, outubro-dezembro de 1934.
- LIMA (Barros) — "Oclusão intestinal por cálculo biliar", Brasil Médico, XLIV, 417, 12 de abril de 1930.
- LIMA (Barros) "Clínica Cirúrgica", Imprensa Industrial, 147, Recife, 1933.
- LOUP (Enrique St.) — "Perforación de la vesícula biliar", Gaceta Médico — Quirúrgica de Bolivia, II, 157, março de 1945.
- MARTINEZ (Diego) e BARREIRO (Eduardo) — "Ileo biliar", La Semana Médica Buenos Aires, LI, 752, 12 de outubro de 1944.
- MENENDEZ (David Orta) — "Aportación a la ponencia cirugía de las vías biliares", Vida Nueva, Habana, LV, 60, janeiro de 1945.
- MONDOR (H.) — "Diagnostics urgents", 2.ª edição, Masson, I, 321 e II, 791, Paris, 1933.
- MONÉS (Gallart) — "Patología abdominal clínica", Salvat, 437, Barcelona, 1943.
- MOYNIHAN (Berkeley) — "Abdominal Operations", 4.ª edição, Saunders, II, 157 Filadelfia, 1926.
- NOVIS (Aristides Augusto) — "Observações de um interno de Clínica cirúrgica", tese da Bahia, 1932.
- PAVLOVSKY (Alejandro) — "Abdomen agudo quirúrgico", El Ateneo, 3.ª edição, II, 171, Buenos Aires, 1941.
- PRAT (Domingo) — "Ileo", Imprensa Artística, II, 4, Montevideo, 1934.
- PRAT (Domingo) — "Ileos biliar simulando um quadro de apendicitis aguda", Boletim de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, XVI, 182 27 de Junho de 1945.
- PRIM (J.) e ROCHA (A.) — "Doble ileo biliar com hemorragia aguda premonitória", Rev. Clínica Española, XIV, 173, 15 de agosto de 1944.
- RIGLER (Leo G.) e BORMAN (Chauncey N.) — "Spontaneous internal biliary fistula and gallstone obstruction", Surgery, I, 349, março de 1937.
- RIGLER (Leo G.), BORMAN (C. N.) e NOBLE (John F.) — "Gallstone obstruction", J. A. M. A., CXVII, 1753, 22 de novembro de 1941.
- SULLIVAN (Paul H.) — "Intestinal obstruction due to gallstone", Medical Times, LXXIII, 133, maio de 1945.
- WANGENSTEEN (Owen H.) — "Intestinal obstructions", 2.ª edição, Charles C. Thomas, Springfield, 1942.
- WAKEFIELD (E. G.), VICKERS (Paul) e WALTERS (Waltman) — "Intestinal obstruction caused by gallstones", Surgery, V, 670, maio de 1939.

#### DISCUSSÃO:

Dr. Oscar Bruno lembra a possibilidade do emprego da prata coloidal por via oral ou em clister afim de facilitar a expulsão do cálculo, pois tem ação sobre o espasmo intestinal.

O dr. Ernesto Afonso de Carvalho referiu-se ao aspecto dos vômitos.

O dr. João Sonnleithner lembrou os elementos clínicos que conduzem ao diagnóstico.

O dr. Hercílio Marroco falou sobre as causas do engasgamento do cálculo.

## As incisões para a apendicectomia \*

E' muita vez nos assuntos mais corriqueiros que o profissional experimentado pode interessar aos seus ouvintes, pois que, tocados não só de simples curiosidade, mas do espírito de crítica e às vezes mesmo do desejo de aproveitamento, eles vão tendo a oportunidade de comparar o próprio traquejo e as próprias idéias com o que o orador lhes vai apresentando.

Assim, não será de todo destituída de interesse esta palestra que vamos fazer sobre as "incisões para a apendicectomia", cogitação que se coloca no por assim dizer A B C do cirurgião e que a todos já deve ter dado motivos para meditações.

A primeira coisa a pensar-se é a séde da incisão. Onde cortar? Não haverá uma resposta simplista, que convenha a todos os casos. E' preciso que se tenha em mente, ao decidir a séde da incisão, as seguintes eventualidades:

Séde	{	nos casos tópicos nas distopias nas preocupações estéticas
------	---	--

Mesmo nos casos tópicos, isto é: quando o apêndice está situado na fossa ilíaca direita, o logar da incisão pode variar conforme:

- a) o biotipo individual;
- b) a posição do apêndice.

E' sabido que nos indivíduos vicero-ptósicos, que obedecem geralmente a um determinado estado constitucional, o apêndice é de situação pélvica, necessitando de uma incisão relativamente baixa para ser alcançado sem dificuldades. Nos indivíduos brevillíneos, a regra é encontrar-se o ceco altamente situado na sua loja normal e então a séde da incisão deverá ser relativamente alta. A posição apêndice é outra condição que, quando conhecida do cirurgião, pode fazer variar a séde da incisão. No geral, o apêndice é descendente interno, mas às vezes ele se apresenta ascendente interno ou

\* Palestra realizada na Sociedade Médica São Lucas em 5 de junho de 1945.

ascendente externo e, então, tal seja o seu comprimento e a altura das bridas que o estão assim mantendo, a incisão terá que variar, aproximando-se ou afastando-se da linha mediana. Nos apêndices retrocecais, assim presumidos pelos dados clínicos e radiológicos, há autores que aconselham uma incisão lombar, alegando que o acesso é mais fácil e, nos casos de supuração, tão frequentes quando o apêndice se acha por detrás do ceco, a drenagem por ali se torna facilitada e não há os perigos da propagação ao peritônio dos agentes infecciosos.

Nas distopias do ceco a séde da incisão é de fundamental importância. Podemos considerar, de uma maneira geral:

- a) o ceco invertido;
- b) o ceco subhepático;
- c) o mesentério comum;
- d) a inversão visceral, e
- e) o apêndice herniado.

O ceco invertido é anomalia bastante frequente e com ela temos deparado numerosas vezes. É facilmente reconhecida no ato operatório, porque o cirurgião logo nota que a tenia anterior se incurva, formando um U, e vai procurar na extremidade desse U a base do apêndice, que quasi sempre apresenta aderências determinantes da parada da migração do órgão para a fossa ilíaca direita. Tem-se que fazer, então, uma incisão mais alta, si a anomalia fôra reconhecida pelo exame radiológico. Si o achado é feito na mesa operatória, mediante uma incisão traçada segundo as normas clássicas, então nem sempre é possível executar a apendicectomia sem que a incisão tenha sido aumentada ou nova incisão mais acima tenha sido feita. Para evitar tais inconvenientes, temos executado com sucesso, sempre que o apêndice se mostra inacessível, a manobra que Alende propoz para a apendicectomia nas operações por hérnia inguinal: uma dissociação muscular pouco mais acima, transferindo para esse nível a abertura do peritônio já feita mais abaixo. Caem-se, então, sobre o apêndice, sem a necessidade de outra incisão e, quasi sempre, sem mesmo a necessidade de aumentar a incisão cutânea, pois a pele é elástica e relativamente movel, permitindo um afastamento suficiente para a boa execução da manobra de Alende.

Nas demais distopias do ceco, a incisão de séde clássica é inadequada. Ter-se-á que recorrer a outras incisões apropriadas para cada caso. Si a anomalia não foi previamente conhecida, a melhor conduta é, verificada a ausência do ceco na sua loja, evitar maior traumatismo visceral, cerrando a incisão feita e tomando uma destas duas decisões: ou ampla incisão mediana exploradora, ou protelação do ato cirúrgico para outra oportunidade, depois de feita a devida pesquisa radiológica. Mas si já se sabe de antemão que o doente é por-

taçador de um apêndice subhepático, temos forçosamente que situar a nossa incisão no hipocôndrio direito. No mesentério comum, em que o ceco dança folgadoamente pelo ventre, o apêndice é geralmente encontrado nas imediações do umbigo e então será adequada uma incisão transretal paraumbilical direita, ou uma incisão mediana infraumbilical. Na inversão visceral, a incisão será, logicamente, do lado esquerdo, nos confins da região costo-ilíaca e ileo-abdominal. No apêndice herniado, a incisão será forçosamente a necessária para a cura cirúrgica da mesma hérnia.

Tem-se que levar em conta, ainda, na apreciação da séde da incisão, a preocupação estética, por vezes lembrada e até exigida por certos clientes. Há cirurgiões que, nesse escopo, localizam sua incisão junto à espinha ilíaca superior e anterior, procurando esconder a cicatriz na proximidade do ressalto produzido por essa eminência óssea. Outros, quando se trata de mulher, fazem sua incisão na zona do monte de Venus, para que a cicatriz fique escondida pelos pêlos da região.

Outra questão importante é a do tamanho da incisão. Podemos, para melhor exposição, classificar as incisões para a apendicectomia em:

- a) macroincisões,
- b) microincisões, e
- c) incisões suficientes.

As macroincisões são-nos um legado dos primórdios da cirurgia apendicular. É compreensível que hoje, com os progressos da técnica e a experiência larga sobre esse campo da cirurgia abdominal, as grandes incisões cederam lugar a outras mais razoáveis. Entretanto, elas têm ainda a sua indicação em certos casos especiais, mas, mesmo assim, não precisam ser tão grandes como as que deixaram as enormes cicatrizes que ainda hoje nos exibem doentes operados a 25 ou 30 anos atrás. Quando não há segurança de um diagnóstico de apendicite, é justo que o cirurgião faça, logo de início, uma incisão que também lhe permita explorar a vesícula e o duodeno ou o útero e seus anexos. Também quando o diagnóstico prévio é o de apendicite retrocecal ou o de apendicite combinada de pelviperitônio, geralmente deve ser feita uma incisão ampla, bem como nos casos agudos, com tumoração palpável, indicando a necessidade de manuseio das vísceras vizinhas e do epiplon. Será mais indicado, então, ou a incisão clássica de Jalaguier, pararectal externa, com secção de um ou mesmo dois nervos intercostais, ou a incisão transretal direita, que oferece maior garantia quanto à superveniência de eventuações e é menos lesiva para os elementos nervosos. Em ambos os casos, si há necessidade de drenagem, esta pode ser feita através de uma botoeira próxima da espinha ilíaca superior e anterior, o que permite o fechamento integral da incisão feita.

As microincisões são o fruto de uma cogitação estética e seriam a sublimação de um apuro de técnica, só admissível nos cirurgões de largo tirocínio. Elas exigem um instrumental todo especial, em que figuram afastadores e pinças apropriados. E' preciso também, para executá-las, que sejam favoráveis as condições do doente: panículo adiposo reduzido e apêndice livre na cavidade, isento de processo flogístico intenso. Assim, na apendicite crônica, em que a radioscopia evidenciou ausência de aderências, as microincisões podem ser tentadas e então iremos obter cicatrizes que não ultrapassam os dois centímetros. Mas também por um artifício de técnica uma redução ainda maior será possível, conforme preceitua e executa entre nós Caetano Zamith Mamana: pequena incisão cutânea que é suturada em bolsa, reduzindo a abertura a quasi nada.

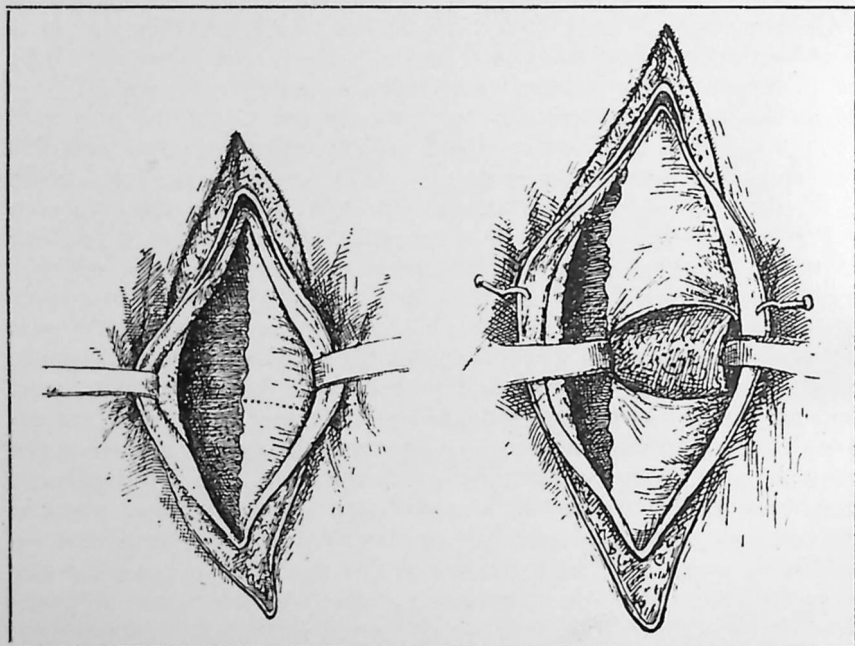
Mas micro e macroincisões só devem ser reservadas para casos de exceção. No geral o que se deve fazer é uma "incisão suficiente". E para que uma incisão seja suficiente há vários fatores a apreciar. De regra, nos casos crônicos é possível fazer-se uma incisão menor do que nos casos agudos, onde as manipulações intrabdominais são mais difíceis e há conveniência de se ter um campo mais amplo, no intuito de evitar trações e pinçamentos intempestivos. Nos indivíduos gordos a incisão precisa ser mais extensa do que nos desprovidos de reservas adiposas. Nos homens também a incisão poderá ser menor do que nas mulheres, pois nesta deve ser praxe o exame dos anexos uterinos do lado direito, conforme de muito vimos praticando e temos apontado as conveniências em publicações sucessivas. A anestesia empregada também condiciona o tamanho da incisão: quando se usa a narcose ou a anestesia venosa nem sempre se obtém um relaxamento completo dos músculos abdominais e então a incisão precisará ser um pouco mais extensa; na anestesia local também não se pode ser muito econômico nas incisões, pois, de regra, o doente reclama, faz força e as vísceras acorrem ao campo operatório, dificultando o ato cirúrgico e exigindo luz maior; já na raqueanestesia e na extradural as incisões podem ser menores, porque a flacidez da parede permite um mais fácil acesso à fossa ilíaca. Outra condição, ainda, que se relaciona com o tamanho da incisão é o traquejo e a perícia do cirurgião; é obvio que quanto mais experimentado for, mais facilidades deve encontrar o cirurgião e então para ele uma incisão menor pode ser suficiente enquanto que para outro menos experiente essa mesma incisão causaria certos transtornos; entretanto, a perícia nem sempre se acomoda em cirurgões de larga prática, havendo alguns que, por dons pessoais, adquirem logo grande adexramento, sendo capazes de fazer com a sua arte o que velhos profissionais não fariam com a mesma habilidade. A "incisão suficiente" depende, pois, de muitos fatores. E, para encerrar a questão do tamanho da incisão, devemos recordar que a pele é muito elástica, não sendo necessária uma agressão tão ampla quanto a desejada brecha. Uma vez feita a fenda cutânea, os seus bordos facil-

mente se distendem, à custa de afastadores, oferecendo um campo muito maior do que aquele que se poderia supor pela simples extensão do corte.

Vejam agora a orientação das incisões para a apendicectomia. As mais usadas ainda hoje são as incisões oblíquas, que fazem parte das descrições de Roux e Mc Burney; entretanto elas oferecem, de regra, uma cicatriz vistosa e alargada, pois não respeitam as linhas de força da pele, de sorte que, na reparação cicatricial, o repuxamento da linha de incisão faz que ao final, em vez de uma figura linear, vamos obter uma placa de tecido fibroso, inelástico, marcando indelevelmente a agressão cirúrgica. Padecem do mesmo defeito as incisões verticais, como a que se faz na abertura à Jalaguier, e as incisões arciformes, praticadas por alguns, embora não haja razão que as justifiquem. As incisões transversais recomendadas por Elliot e Babcock também podem dar cicatrizes menos elegantes, pois nem sempre as linhas de plicatura da pele seguem rigorosamente, na região em apreço, a orientação transversa. Mas comumente essas linhas descrevem um arco muito aberto em todo o baixo abdome, com a sua concavidade voltada para cima. Assim, si vamos seguir um segmento dessa linha, teremos que executar na maioria das vezes uma incisão ligeiramente oblíqua. Na prática, o aconselhável é promover o enrugamento da pele, permitindo assim que se denunciem as suas linhas de força e então traçar a incisão de acôrdo com elas. Agindo dessa maneira, vamos obter, como resultado final, cicatrizes quasi imperceptíveis. Mesmo quando o ato cirúrgico requer um campo mais amplo, a incisão no sentido das rugas da pele é perfeitamente cabível, pois pode ser aumentada sensivelmente. Si é à separação das fibras musculares que se recorreu para a via de acesso, a secção do pequeno oblíquo permitirá a ampliação do campo, si já não foi suficiente a sua dissociação mais à distância, associada a uma maior dissociação das fibras do transverso e secção da aponevrose do grande oblíquo. Será, então, uma via de acesso de difícil recomposição, favorecedora de eventrações. Mais aconselhável, sempre que se tem a necessidade de um maior campo cirúrgico, é uma incisão do tipo da que foi proposta por Scollo, mas ainda com incisão cutânea seguindo as dobras da pele e não uma incisão oblíqua e ligeiramente arcada, conforme descreveu o cirurgião romano.

A incisão de Scollo, no que respeita aos planos profundos, consiste em abrir a aponevrose do grande oblíquo e expor a bainha anterior do grande reto até a inserção que nela faz aquela aponevrose; em seguida, incisar transversalmente a bainha anterior do grande reto, de acôrdo com a direção de suas fibras, até alcançar a massa muscular do pequeno oblíquo e do transverso aí reunidos; depois, afastar para dentro as fibras do grande reto e incisar a sua bainha posterior e o peritônio para expor a cavidade. Ora, como se vê, essa incisão é mais interna que as usualmente praticadas, dando melhor acesso aos anexos uterinos e às últimas alças delgadas. Si as dificuldades a

encerrar estão mais para o lado do ceco e do ascendente, é muito fácil aumentar a amplitude do campo pela dissociação das fibras musculares do pequeno oblíquo e do transverso. Isso é grandemente favorecido por uma incisão cutânea segundo as pregas da pele. A grande vantagem da incisão de Scollo consiste na profilaxia das eventrações. A sutura do peritônio fica recoberta pelas fibras do grande reto trazida para o seu lugar e esse músculo é novamente fechado na sua bainha não por uma longa sutura vertical sujeita a trações, como na Jalaguier, mas por uma sutura transversal contendo as fibras dissociadas da bainha anterior do grande reto e sobre a qual vai ser



Figuras origina's de Scollo, mostrando a primeira o traçado da incisão e a segunda a bainha do grande reto já aberta; pela simples inspecção dessas figuras, vê-se que não é necessária uma incisão cutânea tão grande como as aqui representadas

feito ainda um novo entrecruzamento de planos, com a sutura da aponevrose do grande oblíquo, segundo a direção das próprias fibras, em incidência aguda com relação ao plano subjacente. Ainda outro entrecruzamento de sutura é obtido si empregarmos a incisão cutânea conforme as dobras da pele. Com tal via de acesso, mesmo com a ampliação do campo por meio da dissociação de fibras musculares, a possibilidade de uma eventração posoperatória se reduz praticamente a zero. Si há a necessidade de drenagem da cavidade peritoneal, o dreno será colocado numa botoeira à parte, senão na extremidade externa da incisão, em contacto com as fibras do pequeno oblíquo e do transverso.

Diante de todas essas considerações e aproveitando os conhecimentos nelas contidos, é preciso, porém, que sempre se tenha em mente estas condições ideais de uma incisão para a apendicectomia:

- a) campo satisfatório;
- b) facilidade de pesquisa dos órgãos vizinhos; e
- c) profilaxia da eventração.

Para que se realizem essas condições ideais terá o cirurgião que jogar com os elementos de um diagnóstico apurado, de dados radiológicos precisos, de uma capacidade técnica adestrada, de um conhecimento seguro do terreno em que está agindo. E dessa forma poderá aplicar a cada caso a incisão adequada.

## A Penicilina nas apendicites perforativas \*

Agora, que a Penicilina está entrando em uso corrente em nosso meio, com os excessos de entusiasmo que geralmente desperta toda medicação nova, é certamente de utilidade a exposição dos resultados que se vem observando com o seu emprego nos diversos setores da patologia, afim de que se possam precisar, cada vez com maior segurança, as indicações do novo agente terapêutico, de maneira a não desperdiçá-lo em moléstias em que a sua ação é nula ou desprezível. Tratando-se de u'a medicação cara e de difícil obtenção nesta época de racionamento de guerra, é fácil se compreender o alcance prático de uma orientação tendente a só empregar a Penicilina nos casos em que a sua ação tenha sido comprovada. Para tanto, é preciso que se relatem os sucessos alcançados.

Ora, com a escassez do medicamento, aqui no Brasil quasi que só o temos empregado em casos graves e, assim mesmo, em limitado número. Por isso, a nossa experiência clínica é pequena. Mas, por pequena que seja, quando boa é sempre um ponto de partida para novos observadores, cuja opinião se formará em prol ou contra, à luz de mais extensa documentação, confirmando ou infirmado o juízo inicial.

E' por essas razões que vimos aqui relatar sucintamente e comentar os resultados satisfatórios que observamos com a Penicilina em três casos de apendicite perforativa.

Vejamos os característicos principais desses casos.

*Observação 1* — Crise apendicular aguda no decurso de litíase. Operado de urgência num domingo à tarde. Doente obeso, febril, intoxicado, com más defesas orgânicas. Havia necrose na porção proximal do apêndice, com expulsão de cálculos ao ser mobilizado. Foi feita a apendicectomia com mergulhamento do coto do apêndice, sendo colocado pó de sulfanilamida na cavidade peritoneal e nos vários planos da parede. Drenagem da loja apendicular com sonda Nelaton, por meio da qual foram logo introduzidos na cavidade peritoneal 10 cc de soro anticoli-perfringens Pinheiros e 15 cc de Electrargol. Mais uma empola de soro anticoli-perfringens muscular. No dia seguinte repetiu-se a instilação de soro e de Electrargol na cavidade peritoneal e iniciou-se o emprego da Penicilina, sendo usadas 200.000 unidades. Decurso posoperatório ótimo, sem elevação térmica. Cicatrização rápida da ferida operatória, não deixando eventração. O exame histológico evidenciou apendicite crônica e área de necrose com perfuração no leito de um cálculo.

\* Comunicação à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa em 24 de setembro de 1944.

*Observação II* — Crise apendicular aguda, num indivíduo idoso e obeso. Conferência médica indicou intervenção imediata a 12 de setembro de 1944. Operação às 23 horas, sob raqueanestesia. Difícil acesso ao apêndice, que estava protegido por um bloco de epiplon e tinha paredes edemaciadas, com intensa hiperemia, palpando-se coprolitos no seu interior. Ao fazer-se a mobilização, rompeu-se o apêndice, destacando-se a sua metade distal e extravasando parte do seu conteúdo na cavidade abdominal. Retirada posterior da metade proximal do apêndice com mergulhamento do coto, que foi fechado por transfixão e ligadura. Epiplonoplastia. Foi colocado pó de sulfanilamida na cavidade e na parede. Sonda de Nelaton no leito do apêndice, instilando-se por ela, terminado o ato cirúrgico, uma empola de soro anticoli-perfringens e 3 empolas de Electrargol, o que se repetiu nos primeiros dias. No dia seguinte iniciou-se o emprego da Penicilina, sendo usadas 400.000 unidades. O posoperatório decorria muito bem quando sobreveio uma crise de moléstia do soro coincidindo com hidropsia aguda da vesícula, com sintomatologia local e elevação térmica por poucos dias. Entubações duodenais não deram bile B e um colecistograma foi negativo, não se evidenciando nem sombra vesicular nem de cálculos. Apesar da intensidade da crise vesicular, atestada pelos exames locais, o estado geral permaneceu bom. A evolução da ferida operatória foi muito boa, dando apenas na parede um pouco de supuração que cedeu com Leiba local (bacilos acidófilos). Cicatrização perfeita em poucos dias, sem indícios de eventração. O exame histológico do apêndice mostrara intensa infiltração de todas as camadas, com sinais de peritonite. *Adendo depois da comunicação*: — Persistiram dores no hipocôndrio direito, onde se delimitou um tumor piriforme. Feito o diagnóstico de colecistite calculosa, foi o doente novamente operado em 3 de novembro, sendo praticada a remoção de um cálculo volumoso do colo da vesícula, seguida de colecistostomia, com decurso satisfatório, após estado de choque que foi jugulado.

*Observação III* — Doente que viera do interior para ser submetido a apendicectomia por crise aguda, de média intensidade. Estava internado na Beneficência Portuguesa aguardando a operação marcada para a manhã seguinte, quando, às 20 horas, foi acometido de violenta pontada na fossa ilíaca direita, seguida de crise lipotímica, suores profusos, pulso rápido e fino. As dores continuavam fortes e o ventre em taboa se instalou, com facies lívidas, denotando grande sofrimento. Foi operado a 1 hora da madrugada, sendo feita incisão transretal direita no abdome inferior. Cavidade com líquido francamente purulento. Placas de fibrina em algumas alças delgadas. Apêndice aderente ao epiplon, infiltrado, com pequena perfuração. Apendicectomia e mergulhamento do colo. Sulfanilamida em pó na cavidade e na parede. Drenagem lateral, com duas sondas, uma na bacia, a outra na fossa apendicular. Instilação na cavidade abdominal de Electrargol e soro anticoli-perfringens Pinheiros logo após a operação e nos primeiros dias do posoperatório. Do dia seguinte em diante foram feitas 400.000 unidades de Penicilina. Houve elevação térmica por 3 dias, normalizando-se o pulso e a temperatura do quarto dia em diante. O ventre não teve distensão gazosa, havendo fácil eliminação de gases. Cicatrização demorada da incisão de drenagem.

Temos aí três casos de apendicite aguda perfurativa com evolução posoperatória magnífica. É certo que em todos eles empregamos uma terapêutica associada, como costumamos fazer sempre que o risco é grande. Impõe-se, então, um tratamento enérgico, não se devendo desprezar os recursos eficientes que se tem à mão: sulfanilamida, com sua ação bacteriostática; soro anticoli-perfringens, com sua ação bactericida, imunizante e peristáltica; prata coloidal, com sua ação impediante da proliferação bacteriana e benéfica sobre a expulsão dos gases. Apesar de todos esses recursos de comprovada

eficiência, há casos que reagem mal, com persistência da infecção bacteriana, intoxicação progressiva e êxito letal. Nos três casos atrás relatados, dois em indivíduos de má resistência orgânica, o terceiro com peritonite generalizada por perfuração cinco horas antes da intervenção, em todos eles a gravidade era manifesta e, no entanto, acrescentando a Penicilina à medicação usual no Serviço, tivemos a satisfação de observar decursos posoperatórios dos mais silenciosos, daqueles que impressionam quem está habituado a seguir casos em condições semelhantes.

Podemos acreditar, em tais casos, na eficácia da Penicilina?

Segundo a bula que acompanha a Penicilina de Parke, Davis & Companhia, ela “é de mérito discutível nas infecções mistas do peritônio e do fígado, em que o germe predominante pertence à flora gram-negativa, como sejam: apendicite perfurada”, etc. E, mais adiante: “devido à sua nenhuma eficácia, a Penicilina é contraindicada nos seguintes casos: todas as infecções por bacilo gram-negativos”, citando logo *Escherichia coli*. São recomendações do Conselho Nacional de Pesquisas dos Estados Unidos, decorrentes da observação de Chester S. Keefer, que os outros produtores de Penicilina também repetem, mas que é baseada em apenas 3.000 casos das mais variadas infecções, não tendo, portanto, o valor de comprovação definitiva.

É certo que os pesquisadores assinalam a resistência do *Escherichia coli* à ação da Penicilina. Entretanto, essa resistência não é absoluta. Estudos recentes levados a cabo na Clínica Mayo e relatados por Helmholtz e Chiek Sung (*Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, XIX, 370, 12 de julho de 1933), mostraram que na concentração de 60 unidades por centímetro cúbico, há ação bactericida para o *Escherichia coli*, cujo desenvolvimento foi inibido em 54% das amostras. Uma tal concentração é praticamente impossível de obter-se no organismo humano, mas temos o direito de acreditar que a Penicilina pode exercer uma certa atenuação na virulência do coli, de papel tão saliente nas intoxicações de origem apendicular. Tomando por base a ação eletiva da Penicilina sobre o *Staphylococcus aureus*, os autores da Clínica Mayo calcularam que esse medicamento é 1.200 a 600 vezes menos ativo sobre o *Escherichia coli*; em outras palavras: si uma dose é suficiente para matar o *Staphylococcus aureus*, serão precisas de 600 a 1.200 doses para matar o *Escherichia coli*.

Mas no caso da apendicite perfurativa não se deve levar em conta tão só o *Escherichia coli*; interferem os anaeróbios, os agentes da gangrena gazosa, e sobre esses a Penicilina exerce ação eficiente, conforme têm atestado os experimentadores. Assim, em tais contingências, parece-nos acertado o emprego da Penicilina, sem desprezar os demais recursos terapêuticos que já nós vinham dando resultados satisfatórios, tão satisfatórios que a porcentagem da mortalidade por perfuração do apêndice decresceu consideravelmente nestes vinte

anos, a partir da introdução da soroterapia por Vincent, melhorada com a polivalência proposta por Weinberg. Esperamos que com o advento da penicilinoterapia possamos registrar resultados ainda mais brilhantes.

*Discussão* — O dr. Jayme Rodrigues disse acreditar na ação eficiente da Penicilina em tais casos. Em abono de sua opinião, citou, com detalhes, um caso de peritonite apendicular que teve a oportunidade de operar recentemente na Beneficência Portuguesa. Tratava-se de uma criança em que havia esgotado todos os recursos usuais, agravando-se, entretanto, progressivamente o estado geral e local do abdome, até que o emprego da Penicilina veio mudar completamente o prognóstico, conduzindo-a à cura.

## Aspectos cirúrgicos dos tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita \*

Para a ordem do dia de nossa sessão de hoje, foi-nos destacado o tema “Tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita — parte cirúrgica”.

É preciso que se defina, inicialmente, o que se entende por tumor. Para Nysten, “chama-se comumente *tumor* toda eminência circunscrita, de um certo volume, desenvolvida em uma parte do corpo”. León Cardenal é mais sintético e exato, definindo como sendo “tumefação ou inchação morbosa”, definição repetida por Newman Dorland. Para Desesquelle e Niewenglowski, entretanto, o termo deve ser reservado aos blastomas, dizendo que é “nome genérico dado a todas as produções neoplásicas persistentes (ou produções constituídas por um tecido de nova formação), que não se possa atribuir a uma causa infecciosa determinada”. Esses dicionaristas franceses excluem, pois, os processos inflamatórios, pelo que não deveria ser adequada a denominação dada ao tema que nos ocupa. No entanto, o seu ponto de vista restritivo não é apoiado nem pelos outros dicionaristas acima apontados nem pelos nossos léxicos, que dão à palavra uma significação mais lata. Aulete, por exemplo, diz que tumor, expressão patológica, é “elevação ou inchação circunscrita, aumento de volume”. Todos estão acordes porém em que a derivação é do latim, onde “tumor” quer dizer “intumescimento, inchação” e “tumere”, que deu aquele substantivo, significa “estar intumescido, inchado, empantufado”, na opinião acatada de Santos Saraiva. Ora, si tumor, em suma, exprime a idéia de “aumento patológico de volume” não há motivo para que não seja usado nos processos inflamatórios. Aliás é corrente, tanto na literatura como na linguagem popular, o emprego do vocábulo “tumor” nos intumescimentos de origem inflamatória.

Mas si tumor traz a idéia de aumento de volume, devemos nos limitar a encarar somente os processos inflamatórios que se traduzem por aumento de volume palpavel, senão mesmo visível, na fos-

\* Palestra realizada em sessão conjunta da Sociedade Médica São Lucas e da Sociedade de Gastroenterologia de São Paulo, em 12 de dezembro de 1944, como parte de uma série de trabalhos sobre os tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita.

sa íliaca direita? ou devemos também cuidar dos processos inflamatórios estenosantes, que geralmente produzem antes retração do que intumescimento de partes do tubo intestinal?

Pensamos que o assunto deve ser tomado de um modo geral, abrangendo todas as contingências, porque mesmo os processos estenosantes, e até aqueles que nos estádios mais avançados dão obstrução quasi total da luz intestinal sem se traduzirem por tumor palpavel, apresentam os mesmos problemas terapêuticos e devem ser apreciados pelo cirurgião sob o mesmo critério de tática operatória.

Assim, não vamos nos limitar a discutir os casos de tumor que os dedos palpam, mas vamos discorrer sucintamente também sobre diversas contingências inflamatórias que o operador pôde encontrar na fossa íliaca direita, no decurso de uma laparotomia, com conhecimento prévio ou não da sua existência.

Quanto aos tumores palpaveis, podem ser eliminados desta digressão, por impositivo do tema, os de natureza blastomatosa, a torção do ceco, a invaginação intestinal, a ptose renal direita, a ciste do ovário. Praticamente temos que nos limitar aos processos inflamatórios que atingem o ileo terminal, o ceco e a porção inicial do ascendente.

\* \* \*

Os tumores inflamatórios da fossa íliaca direita podem se qualificar em agudos, subagudos e crônicos.

Os agudos se traduzem por sintomatologia mais ou menos dramática, registrando-se dor mais ou menos intensa, elevação térmica, vômitos, sinais evidentes de localização, leucocitose, neutrofilia, com desvio do hemograma para a esquerda, desaparecimento dos eosinófilos, acetonúria, estado geral comprometido. Na grande maioria dos casos, o que existe é um abcesso de natureza apendicular, formando-se uma barreira epiploica de defesa contra a invasão infecciosa da grande cavidade peritoneal. No início é tumor difuso, sem limites nítidos, mas, à medida que o tempo avança, o processo se mostra melhor circunscrito, a reação da parede nas vizinhanças se torna menos intensa e os dedos podem delimitar precisamente a extensão da reação inflamatória. A conduta cirúrgica variará conforme a fase em que se der a intervenção. Nos abscessos apendiculares iniciais ou nas apendicites gangrenosas ou perfurantes operada nas primeiras horas, havendo afluxo epiploico emprestando ao quadro um aspecto tumoral, a tática do cirurgião deve conduzir à extirpação do órgão doente e porção infiltrada do epiploon, banhando a fossa íliaca, após a remoção do conteúdo séptico, com soro anticoliperfringens e prata coloidal de mistura com 2 a 4 gramas de sulfanilamida pulverizada. A drenagem é indicada sempre que houver lesão do revestimento peritoneal e, nesses casos, fazemo-la com sonda Nelaton n.º 14 ou 16, seja pela própria incisão, ajustando bem a

sua volta o peritонеo parietal, seja por meio de uma estreita botoeira lateral, afim de se tentar a cicatrização por primeira intenção da ferida cirúrgica, em cujos vários planos deve ser lançada a sulfanilamida em pó. Quando o abcesso apendicular é diagnosticado tardiamente, no decurso da segunda ou da terceira semana, a prudência manda que não sejam desfeitas as barreiras protetoras e então a conduta do cirurgião é apenas esvasiar o pús, drenando suficientemente a cavidade, sem maiores manobras de exploração, sem procurar remover os restos do apêndice. Basta, então, a anestesia local, que costumamos associar à sulfanilamida, empregando uma ou duas empolas dos produtos encontrados no mercado de mistura com o anestésico, na mesma seringa.

Outro tipo de lesão tumoral aguda verificavel na fossa íliaca direita ou suas vizinhanças é a torção do grande epiploon, sempre acompanhada de reação inflamatória, contingência não tão rara como se pode acreditar, pois já dispomos de cinco peças no museo do Sanatório São Lucas. É afecção que geralmente simula apendicite aguda, da qual se diferencia por apresentar um tumor perceptível por palpação cuidadosa, pois em contraposição com acentuada hiperestesia cutânea não há defesa dos músculos da parede, de sorte que a massa tumoral pode ser identificada. A operação de urgência se impõe pelo grau de sofrimento do paciente e, diagnosticada a contingência, também pela preocupação de evitar uma necrobiose de consequências imprevisíveis. A operação consistirá simplesmente na ressecção da parte torcida do grande epiploon.

A ileite terminal é outra afecção que pode se manifestar em caráter agudo, com cólicas violentas, dor localizada na fossa íliaca direita, temperatura elevada, leucocitose, neutrofilia intensa, simulando o quadro de uma apendicite aguda. Não há tumor palpavel, mesmo nos indivíduos magros, porque a reação local da parede abdominal não permite as manobras semiológicas precisas. Assim, geralmente o que acontece é achar-se o cirurgião em frente de uma surpresa da mesa operatória: ao invés de um apêndice inflamado, encontra um pedaço mais ou menos extenso do ileo terminal (qual uma salsicha), infiltrado, edematoso, hiperemiado, vinhoso mesmo, com o mesentério correspondente cheio de gânglios enfiados.

Será uma manifestação alérgica? Será a consequência de uma verminose? Será uma lesão bacilar aguda localizada num portador de tuberculose pulmonar? Será a fase inicial da chamada moléstia de Crohn? Todas essas hipóteses são cabíveis. Tivemos já a oportunidade de encontrar ileite terminal aguda de aspecto alérgico em crianças acometida de intensa ascariídase e de intervir numa tuberculosa removida de Campos de Jordão para esta capital com o diagnóstico de apendicite aguda e que, no entanto, apresentava um tumor no ileo terminal, na extensão de cerca de seis a oito centímetros, com intensa reação ganglionar no mesentério das proximidades. Em ambos os casos não havia dilatação das alças a montante. No

primeiro, limitamo-nos a uma apendicectomia profilática, com administração de vermífugos no posoperatório mediato, conseguindo resultado plenamente satisfatório; no segundo, também tivemos conduta conservadora, fazendo apenas a biópsia de um gânglio satélite, que confirmou a natureza específica do processo, falecendo a doente cerca de 30 dias mais tarde, em plena granúlia, por disseminação hematogênica da moléstia. A literatura médica registra numerosos casos de insucesso diante da conduta intervencionista na ileíte terminal aguda. Tanto a ressecção intestinal, como a derivação interna dão alta porcentagem de mortalidade operatória. Seriam, pois, conduta de necessidade quando o processo inflamatório está produzindo oclusão da luz entérica, havendo distensão das alças proximais. Mas isso é uma eventualidade excepcional. A tendência da ileíte terminal aguda é a regressão, sendo pois aconselhável a atitude conservadora na intervenção cirúrgica, lembrando um recente editorial do *Jornal da Associação Médica Americana* a velha máxima popular: "Let a sleeping dog lie".

\* \* \*

Os tumores inflamatórios subagudos da fossa ilíaca direita são mais raros e têm como causa um processo apendicular atenuado com reação produtiva intensa, sem tendência à supuração. A evolução é sorrateira, sem comprometimento do estado geral, e com sintomatologia local mais ou menos discreta, evidenciando-se, por fim, um tumor de limites pouco nítidos, na fossa ilíaca direita. É o que os franceses chamam de "apendicite pseudoneoplásica" ou "apendicite de forma neoplásica". É o que alguns autores chamam de "apendicite tumoral". As paredes do ceco participam do processo, tornando-se infiltradas e rijas, envolvendo-se com tecido fibroso aderencial, que se espalha pelas vizinhanças depois de ter englobado o apêndice. O epíplon e os anexos uterinos são muita vez atraídos para o foco, estabelecendo-se aderências entre eles e o bloco tumoral. A visualização do apêndice no ato cirúrgico é quasi sempre difícil e o operador geralmente tem dúvidas sobre a natureza da afecção. No diagnóstico diferencial prévio, a ausência de sangue nas fezes fala em favor da apendicite tumoral. Muitos casos foram resolvidos pela ressecção ampla, na hipótese de se tratar de um blastoma; o exame histológico é que evidencia a natureza inflamatória do tumor. É claro que em tais casos bastaria a simples extirpação do apêndice doente, as demais lesões entrando posteriormente em regressão. Por isso, compete ao cirurgião fazer um estudo atilado da afecção, para depois tomar a decisão cirúrgica. De regra, na apendicite tumoral a história clínica é relativamente curta, em desproporção com a extensão das lesões encontradas.

\* \* \*

Os tumores inflamatórios crônicos da fossa ilíaca direita são mais numerosos e dependentes de variada etiologia. Seus caracteres diferenciais são, porém, de difícil apreciação na prática. Todos eles se traduzem por perturbações mais ou menos discretas do trânsito intestinal. As crises diarreicas são inicialmente esporádicas e passageiras e não apresentam sinais característicos. O exame de fezes pode ser falho, mesmo nos tumores de origem amebiana. Acometendo uma porção do intestino grosso de calibre dilatado — o ceco e o ascendente — os tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita só tardiamente começam a apresentar fenômenos de oclusão parcial, quando ali se vão atestando lesões estenosantes mais ou menos extensas. A dor e o comprometimento do estado geral é que chamam a atenção do clínico e este então vai apalpar um tumor de pequeno volume, às vezes ligeiramente móvel e pouco doloroso, não raro com a produção de gargarejos e cólicas provocadas pela apalpação. Em muitos casos, o tumor não é palpável e então cabe ao radiologista localizar a lesão. Mas restam ainda certas dificuldades na apreciação da natureza da afecção, pois nem sempre é fácil afirmar, diante das imagens radiográficas, si se trata de um processo neoplásico ou de um processo inflamatório e, entre os desta natureza, talvez só os de origem bacilar possam fornecer dados para um diagnóstico etiológico.

O tuberculoma do ceco é de observação mais ou menos frequente e estende-se às vezes pelo ascendente, acompanhando-se também de lesões ileais, por vezes discretas, nas últimas porções, mas que podem assumir caráter de maior intensidade e extensão, formando tuberculomas disseminados pelo intestino delgado, como já tivemos a oportunidade de ver e cuja verificação é de importância para a conduta cirúrgica. Pode estar associado à tuberculose pulmonar, e então o diagnóstico se torna mais fácil, e pode ser a tradução de uma infecção por via digestiva, com localização do germe na região de predominância de formações linfóides, sendo então de diagnóstico mais difícil, entregue ao critério radiológico.

A endometriose é outra moléstia de caráter crônico também por vezes localizada no ceco, dando-lhe um aspecto equimótico e edematoso, com formação tumoral que pode atingir o volume de um punho. Clinicamente, apresenta dores irradiadas para a fossa ilíaca direita, toda vez que se aproxima a época menstrual. Crises de subocclusão e intercorrência de apendicite aguda têm levado as doentes à mesa operatória.

Outra afecção que pode acometer o ceco e o ascendente é a linfogranulomatose de Nicolas-Favre, que, em raras ocasiões, pode produzir lesões estenosantes dessa parte do tubo digestivo, com tendência perforativas, acarretando lesões inflamatórias das proximidades.

Também certas micoses podem-se assestar no ceco, dando início a granulomas mais ou menos extensos, tendentes à fistulação, com

todo o seu indefectível cortejo de reações inflamatórias de caráter infiltrativo.

A amibiase também pode conduzir a estenoses do ceco e do ascendente, com intensa infiltração eosinófila das paredes lesadas. O exame das fezes pôde revelar a etiologia do tumor, mas, quando negativo, a história clínica sempre refere um passado disentérico.

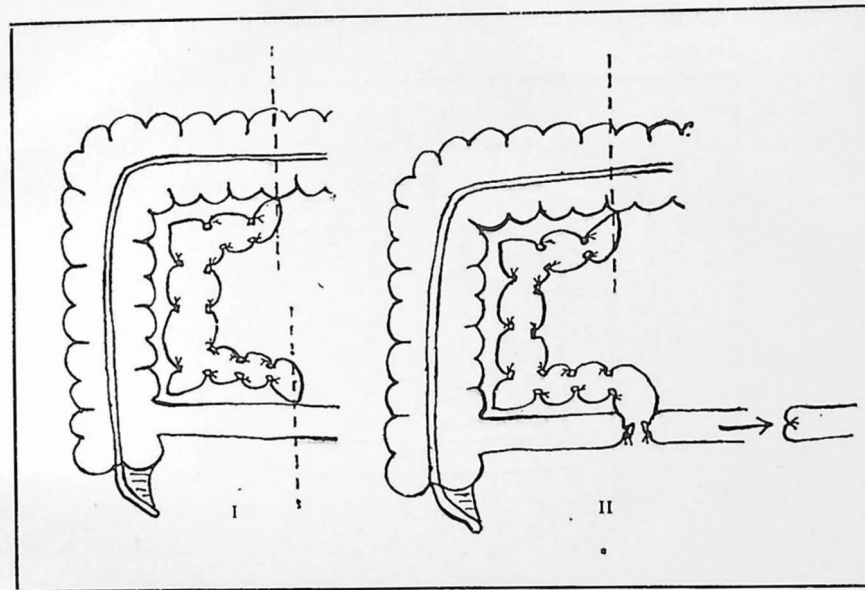
Há ainda a diverticulite crônica do ceco, afecção rara, que se traduz clinicamente por surtos agudos, seguindo-se às crises a formação de tecido inflamatório crônico, com infiltração das paredes e por vèzes evolução para a instalação de abscessos paracólicos.

Mais comum é a ileíte terminal crônica, de agente causal ainda não determinado, presumindo-se ser um vírus filtravel. A denominação de "ileíte regional" é aceitavel, por se tratar de um processo que atinge qualquer porção do intestino delgado, mas a grande maioria dos casos se apresenta na porção terminal do ileo, donde a designação costumeira de "ileíte terminal", que antes devera ser "ileíte distal", afim de se evitar a confusão com a marcha da evolução da moléstia. É uma afecção que acarreta estenose mais ou menos extensa, sendo facilmente identificada pelo exame radiológico. Pôde acometer concomitantemente outras porções do intestino e isso tem importância do ponto de vista da tática cirúrgica.

Outra afecção de caráter inflamatório que pode se circunscrever às últimas alças ileais e se estender até o ceco é a chamada peritonite crônica encapsulante. A literatura consigna casos dessa estranha moléstia em que um volumoso tumor era palpado na fossa ilíaca direita. Ele se apresenta com característicos próprios: mobilidade ampla, paredes elásticas, volume variável com o período da digestão, história de suboclusão intestinal sem peristaltismo visível, ruído de passagem de gases, timpanismo. As alças delgadas ficam aprisionadas num saco fibroso, num verdadeiro "encistamento dos intestinos". O que cumpre fazer é libertá-las, ressecando ou simplesmente incisando a membrana envolvente.

Nas demais moléstias crônicas atrás assinaladas, a ressecção intestinal ampla, a chamada "hemicolecotomia direita", é a indicação operatória que conta com as preferências dos autores. No tuberculoma cumpre, porém, uma revisão prévia da cavidade peritonial, pois podem existir lesões da mesma etiologia em outros órgãos, tão extensas e adiantadas que desaconselhem uma intervenção do vulto da hemicolecotomia direita. Também nos acidentes agudos, devidos a fenômenos obstrutivos, com doentes em más condições, é claro que a conduta cirúrgica terá que ser prudente e simplesmente a necessária para contornar a situação. As derivações externas, mesmo as baseadas no processo de Mickulicz, oferecem inconvenientes ponderáveis e estão sendo reservadas para ocasiões extremas. O ideal é a hemicolecotomia em um tempo, perfeitamente realizável nos casos crônicos, com bom preparo preoperatório, não se contando com obstrução mecânica acentuada em um segmento

cólico de vasto calibre. Mas si tais condições não estão presentes, é preferível fazer a intervenção em dois tempos, limitando-se, no primeiro, a uma ileo-transversostomia definitiva, com secção do delgado no ponto conveniente — a cerca de 10 cm. do ceco nas lesões deste ou do ascendente ou um pouco mais nas do ileo terminal, conforme a extensão do processo. Esse critério de não se aproximar demasiadamente do ceco depende da irrigação da última alça ileal, que é tributária da circulação das artérias cólicas da direita.



- I. Secção prévia dos pedículos começando pelo mesentério distal e terminando pela porção direita do mesocolo transverso.
- II. Secção do ileo entre ligaduras, vendo-se no canto à direita o coto proximal já mergulhado

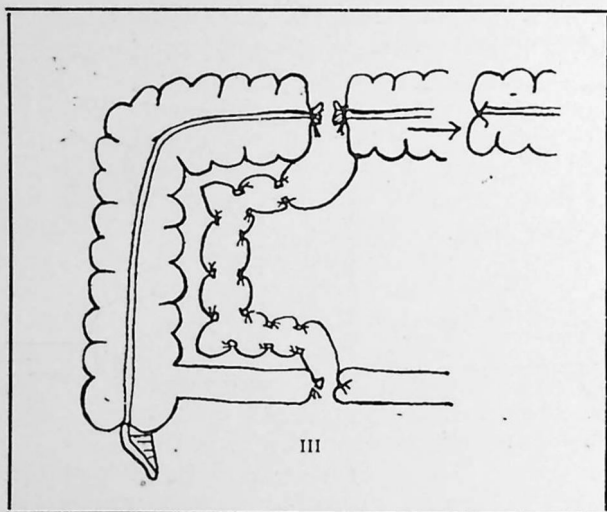
O preparo prévio dos doentes é importante. Além dos cuidados usuais em toda cirurgia abdominal e dos decorrentes do estado dos vários aparelhos em cada caso particular, costumamos administrar nos dias que precedem à intervenção vitaminas às colherinhas cada 2 horas, intercaladas com Bucovina contra colite, também às colherinhas de chá (1).

A anestesia de eleição é a raqueana ou a peridural. Ricardo Finochietto e Hugo Dickmann usaram a local com resultados satisfatórios, mas a raqueana fornece melhor exposição e maior silêncio abdominal.

(1) Atualmente (1949) costumamos também administrar sulfasuxidina ou sulfatidina, em doses altas, conforme trabalho que já publicamos em Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, LII, 383, dezembro de 1946, sob o título "O succinilsulfatiazol no preparo da cirurgia intestinal".

A incisão que empregamos é a transretal direita, na extensão de 10-12 cm, não havendo necessidade de ser maior, porque de regra os tumores são pequenos e a mobilização dos segmentos a ressecar se faz com facilidade, vencidas as aderências das imediações do tumor. Por isso, deve-se ter a preocupação de localizar a incisão à altura do tumor — mais alta si se trata de uma lesão do ascendente, mais baixa si lesados estão o ceco e ou o ileo terminal.

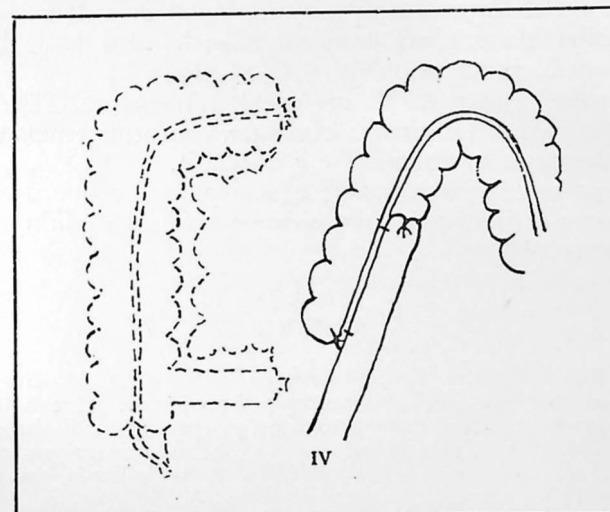
Uma vez feita a exploração e descritas as alterações encontradas, deve-se iniciar a agressão cirúrgica pelo ileo, perfurando o mesentério ao nível da futura secção. A porção distal do mesentério



III. Finalmente o transverso é seccionado entre duas ligaduras, vendo-se no canto superior à direita o seu coto distal mergulhado

é seccionada entre ligaduras prévias, fazendo-se a seguir a ligadura do ileo em dois pontos próximos, entre os quais mais tarde se fará a secção. Junto à ligadura proximal, e a conveniente distância, com agulha atraumática se prepara a bolsa para mergulhamento do futuro coto ileal, abandonando-se então o delgado para se começar a libertação do ceco. Si o apêndice ainda não tenha sido retirado, faz-se a secção do seu meso, com ligadura prévia. As aderências peritoneais do ceco são agora seccionadas entre ligaduras, a partir da sua porção inferior, continuando-se depois pelo recesso parieto-cólico acima até alcançar o ângulo hepático do colo e o terço direito do transverso. Uma vez seccionado o peritônio ao nível do ângulo diedro da goteira parieto-cólica, a mobilização do colo direito se faz facilmente, desfazendo-se com os dedos montados em gaze o acolamento da alça intestinal primitiva. Nesse tempo, convém observar que os gânglios enfartados não fiquem presos à membrana pedicular dos colos, não ficando nenhum em contacto com a parede posterior

do abdome. Convém também identificar o ureter direito e a veia cava inferior, afim de se evitar qualquer lesão dos mesmos. Faz-se, então, a secção do meso por partes, entre ligaduras prévias, cortando o mais afastado possível dos colos, afim de retirar a cadeia ganglionar satélite, possivelmente comprometida pelo processo mórbido. Uma vez libertado o meso, prepara-se o ponto de secção do transverso, limpando-o das franjas epiploicas, com o cuidado de não amarrar com elas as pequenas artérias que passam nas suas bases. Procede-se aqui como no ileo: ligadura do transverso em dois pontos, após esmagamento com clampes; passagem do fio da bolsa de mer-



IV. Feita a ressecção da peça, faz-se anastomose latero-lateral isoperistáltica, ao nível da tenia

gulhamento do futuro coto a jusante da ligadura distal. Tudo isso pronto, então é que se vae realizar o tempo séptico da intervenção, protegendo-se o campo com guardanapos e colocando-se clampes intestinais no delgado e no transverso, afim de que, durante a feitura da anastomose, o conteúdo fecal não venha a causar transtornos. O delgado é então seccionado e ambos os cotos tocados com iodo, sendo o distal protegido com gaze e o proximal imediatamente mergulhado na luz entérica e aí contido pela sutura em bolsa já preparada; faz-se a epiploonplastia desse coto e passa-se imediatamente a seccionar o transverso, com o que se completa a hemicolecomia direita, retirando-se a peça do campo operatório. O coto distal do transverso é mergulhado e contido pela sutura em bolsa já preparada e que se completa com epiploonplastia.

Vae-se cuidar agora da neostomia. Preferimos a anastomose latero-lateral isoperistáltica. Embora alguns queiram que se localize a boca entre as duas tenias amesocólicas, no bordo contro-me-

senterial do transverso, usamos com os autores clássicos o nível da tenia anterior e isso porque temos aí tecidos mais espessos e resistentes para a sutura em três planos, como nos parece mais seguro fazer-se. Usamos, pois, uma sutura sero-serosa, uma sutura seromuscular-seromuscular e uma sutura muco-mucosa, fazendo uma boca que não deve ter menos de 5 centímetros. Usamos em todas as categorias cromado n.º 0, montado em agulha atraumática.

Terminada a confecção da anastomose, retiramos os guardanapos, lavamos as luvas em água fenicada e procedemos à sutura da brecha dos mesos, dando pontos separados entre o mesentério terminal e a parte seccionada do mesocolo transverso. Segue-se o fechamento do abdome sem drenagem, depois de colocados na cavidade sulfanilamida em pó, uma empola de soro anticoli-perfringens e 15 cc de prata coloidal.

O decurso posoperatório em geral é silencioso. O funcionamento da neoboca se faz satisfatoriamente, conforme temos verificado radiologicamente, a curto prazo e a distância.

São essas as considerações de ordem cirúrgica que nos parecem cabíveis dentro do limite de tempo que nos foi concedido para tratar do tema anunciado.

#### RESUMO

O dr. Eurico Branco Ribeiro encarou os aspectos dos tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita, discorrendo inicialmente sobre o conceito de tumor. Qualificou os tumores inflamatórios da fossa ilíaca direita em agudos, subagudos e crônicos. Entre os primeiros avultam os de origem apendicular, resultando em abscesso, com defesa epiplóica, sendo indicada a conduta operatória. A torção do grande epiploon também dá tumor agudo, bem como a ileite terminal de origem alérgica, tuberculosa, verminótica, etc.

Entre os tumores inflamatórios subagudos está a apendicite tumoral, a chamada apendicite pseudoneoplásica.

Os tumores inflamatórios crônicos formam a maior variedade, podendo ser de origem micótica, amebiana, tuberculosa, diverticular, endometriósica, linfogranulomatosa. Aí se enquadram também a ileite regional crônica de Crohn e a peritonite encapsulante, quando ambas só atingem as últimas alças delgadas e apresentam, portanto, um tumor da fossa ilíaca direita.

Pasando à tática cirúrgica, especificou a técnica nas diversas contingências, falando sobre o preoperatório e detendo-se na conduta que a sua experiência demonstra ser mais aconselhada para a hemicolectomia direita, cujos detalhes apresentou.

## Peritonite crônica encapsulante \*

Com a apresentação, em dezembro de 1944, de três casos de "peritonite crônica encapsulante" observados em São Paulo por cirurgias diferentes, a Secção de Cirurgia da Associação Paulista de Medicina colocou essa moléstia na ordem do dia. Tendo observado, a tempos, dois casos dessa entidade mórbida e vindo acompanhando, com interesse, a bibliografia do assunto, pareceu-nos asada a ocasião para o registro dos nossos casos e para uma síntese dos dados contidos nos trabalhos que pudemos compulsar.

A "peritonite crônica encapsulante" é — pode-se dizer — uma denominação que veio do túmulo. Não que fosse identificada durante exames procedidos no decurso de uma exumação. Mas foi descoberta postumamente ao se rebuscarem as anotações deixadas por um anatomo-patologista russo e que se achavam por assim dizer sepultadas no meio de numerosos papéis fadados ao esquecimento.

Ao deparar com um segundo caso da moléstia, operado em 12 de outubro de 1906, Owtchinnikow lembrou-se de que havia observado com Rasumowsky, em 22 de março de 1902, um caso semelhante, falecido nas 48 horas da operação e confiado ao exame necroscópico de Lubimov. Esse conhecido anatomo-patologista russo já estava morto em 1906. Owtchinnikow foi então rebuscar os seus arquivos e descobriu a descrição detalhada das lesões encontradas, com a classificação do quadro nosológico como "peritonite crônica encapsulante". É essa denominação apareceu pela primeira vez na literatura médica no Archiv für klinische Chirurgie, de Berlim, LXXXIII, 623 - 635, 1907 ("Peritonitis chr. fibrosa incapsulata").

Entretanto, já anteriormente a afecção tinha sido observada. Virchow teria examinado um caso, dando-lhe a denominação de "peritonite deformante". Em 1900, Gutmann já se ocupara da afecção e, nesse mesmo ano, Tokarenko descrevia nos "Anales der Russisch Chirurg" a "peritonite adesiva circunscrita crônica", por alguns considerada como a primeira observação publicada. Tratava-se de uma doente que, no puerpério, apresentou um tumor residual de sintomatologia ruidosa, obrigando a uma laparotomia, na qual se encontrou o intestino delgado encapsulado em uma bolsa resistente.

\* Comunicação feita à Associação Médica do Paraná, em Curitiba, em 10 de janeiro de 1945 e resumida perante o II Congresso Médico Paulista, em 5 de março de 1945.

O assunto também fôra posto em realce no II Congresso Russo de Cirurgia, reunido entre 19 e 31 de dezembro de 1901, a propósito de dois casos de J. A. Praxin, que os apresentou como pertencentes a uma moléstia independente, com um trabalho intitulado "Sobre a sintomatologia e tratamento cirúrgico da peritonite intersticial e encapsulamento do intestino", tendo Fedorow registado então a sua contribuição pessoal.

O primeiro caso sul-americano deve ter sido o publicado em 1931 por Artemio Zeno e J. Sgrasso, de Rosario, Argentina. No Brasil, o primeiro caso é devido a Bernardes de Oliveira, em 1935.

Mas fôí devido a trabalhos publicados na Alemanha que a moléstia se tornou mais conhecida, tendo despertado grande atenção na França entre 1931 e 1934. Os alemães lhe deram o nome de "Zuckergussdarm", o que quer dizer "intestino recoberto de açúcar fundido", traduzido pelos francêsés por "intestino glacé", dada a côr esbranquiçada da capsula envolvente das alças delgadas aprisionadas. O aspecto exterior da capsula, semelhante ao dos bolos recobertos com açúcar batido em clara de ovo, é que deu origem a ambas as designações, ora consideradas como inconsistentes, pois foram "baseadas mais sobre a aparência do que sobre a realidade". A tendência, hoje, é dar-se às moléstias nomes que exprimam a sua natureza clínica, etiológica e anatomo-patológica. Quando não se possa reunir em uma só designação todos os característicos capazes de dar a compreensão exata do processo mórbido, então a preocupação é nomea-lo apenas com os dados positivados. E' por isso que, no caso, vem predominando em toda a literatura sobre o assunto a denominação "peritonite crônica encapsulante". E' claro que não conviria dizer-se "moléstia de Lubimov", ou "moléstia de Tokarenko", pois não teria significação objetiva, mas apenas seria uma recordação histórica sem nenhum indicativo prático. A própria expressão "peritonite crônica encapsulante" merece alguns reparos. Si afirma que se trata de um processo inflamatório de evolução longa, não traz indicação etiológica e faz pressupor que há lesões peritonias hiperplásticas capazes de, pelo seu desenvolvimento, englobar alças intestinais que já são revestidas do próprio peritônio, como si essa membrana pudesse lançar pseudópodos, pontes e cortinas, envolvendo todo um setor do conteúdo do abdome. Ora, o que se dá não é a distensão do peritônio, com carater encapsulante, mas o aparecimento de um processo proliferativo, de origem inflamatória, crônico, respeitando em grande parte a integridade peritoneal e criando uma membrana fibrosa envolvente dos intestinos. E' um verdadeiro "encistamento dos intestinos" (1) parcial ou total, conforme os casos. Só nos pontos do contacto com a capsula, mais extensos nuns casos, quasi nulo na grande maioria, é que a serosa peritoneal apresenta sinais de inflamação crônica, por continuidade,

(1) Lenormant dizia que se tratava de um "encistamento do intestino dentro de uma capa dissecável e distinta da serosa peritoneal".

e aderências geralmente frouxas. Pelos mesmos motivos padece crítica a denominação de "peritonite fibrosa encapsulante". Pouca atenção mereceu o nome dado por Villard de "higroma gigante do peritônio", expressão literal de uma ascite da grande cavidade abdominal.

Não se pode negar, é certo, que o processo tenha partido de uma inflamação da serosa, abandonada, de muito, a hipótese de se tratar de malformação congênita, conforme queriam Futh e Lorine-Epstein. O que parece evidente das verificações até agora feitas é que o peritônio é acometido por uma infecção pouco virulenta, sem manifestações clínicas que despertem atenção, reagindo sorratamente por meio de um processo fibroso proliferativo, que se vai organizando à medida que o tempo avança, conglobando alças e a elas aderindo temporariamente por conexões frouxas, que se desfazem ao sabor do peristaltismo normal do intestino, cujo revestimento seroso fica, assim, na sua maior parte, livre de conexões que lhe determinem retrações e estrangulamentos, como acontece depois de infecções mais ou menos virulentas (bridas, aderências e mesenterites retrateis). Para muitos a capsula se formaria sobre os despojos de uma peritonite fibrinosa, por um processo análogo ao que se dá nas sinovites com grãos riziformes; o mesmo se passaria nas bursites crônicas com formação de cordoalha. A membrana perivisceral se formaria, pois, em consequência da organização progressiva de um depósito de fibrina, consequente ao ataque peritoneal primitivo, conforme opinaram em 1931 Patel e Wilmoth. Segundo Varela Chilense, as experiências de Volkovic demonstraram que a fibrina depositada no peritônio pode originar membranas lisas que recobrem os órgãos, particularmente na peritonite tuberculosa, ainda que faltem tuberculos ou degeneração caseosa; para Wiczkowski a lesão é produzida pela endotoxina tuberculosa e segundo Gofferje a peritonite crônica encapsulante é um processo metatuberculoso. Em muitos casos, o agente causal é indiscutivelmente o *Mycobacterium tuberculosis*, em infecção atenuada, em indivíduo com boa resistência. As observações de Donovan e Zimmon, Wilmoth e Patel, Soupault, Orlow, Bloch, Blondin, Varela Chilense, Repin, Didavin mostraram a presença de lesões tuberculosas típicas na capsula envolvente. Lehrnbecher encontrou um gânglio com caseose. Donato Marmol publicou um caso em que havia salpingite tuberculosa associada. A ausência de lesões tuberculosas típicas em muitos casos é encarada por Huguerin e Esau como analgia com certas lesões específicas da pele sem tubérculos nem bacilos. O 2.º caso de M. Albo é muito ilustrativo: numa primeira laparotomia foram encontrados pequenos tubérculos na porção terminal do ileo; um ano mais tarde, nova intervenção revelou uma peritonite encapsulante, com desaparecimento completo das granulações tuberculosas. A primeira referência feita à etiologia tuberculosa foi devida a Bobrof, no 2.º Congresso Russo de Cirurgia (1901). Apesar de todas essas observa-

ções, Xavier Lopes insiste em dizer que os casos de etiologia tuberculosa não são propriamente de peritonite encapsulante.

Para outros, agentes vários podem dar início ao processo, bastando que não produzam reação violenta do peritônio. Terebrenski e Farberowa encontraram *Neisseria* no líquido de ascite em casos de peritonite encapsulante. É citado um caso em que a cultura mostrou a presença de *Diplococcus* de Frankel. O reumatismo, a malária, a febre tifoide, a enterite aguda são assinalados nos antecedentes. Tejerina Fotheringham acredita na decorrência de uma infecção pneumocócica. Alega esse autor que as formas abortivas da peritonite pneumocócica regredem sem chegar à supuração e, de regra, se localizam "adeante do paquete das alças intestinais", recalcan-do-as para trás. Daí o fato de na organização do processo fibrinoso não haver coalescência de alças, que também não aderem ao peritônio parietal anterior. Pressupõe Tejerina, portanto, que há uma fase de produção de exsudato, que afasta as alças da parede anterior do abdome "envernizando-as".

A sífilis foi responsabilizada por Letulle em um caso publicado em 1918.

Há casos da literatura que fazem crer pelo menos na concomitância de processos blastomatosos, tais como os de Jungling (endotelioma peritoneal), de Bertrand e Colson (membrana fibrosa com ciste papilífera do ovário) e de Jakob (brotos epiteliais atípicos no meio da capsula retirada).

No geral, porém, o exame histológico da capsula apresenta um tecido de caráter inflamatório crônico, que Lastra e Bello assim esquematizam: "uma substância fundamental com os caracteres tinctoriais do colágeno, na qual estão incluídos elementos celulares alongados, fibroblastos, células conjuntivas, linfócitos, alguns macrófagos, plasmazellen e pequenos vasos neoformados; as células conjuntivas de tipo estrelado são escassas e apresentam-se com seus caracteres habituais: uninucleada, com 2 ou 3 ramificações protoplasmáticas curtas, protoplasma claro; os fibroblastos predominam, existindo tôdas as fases de transição entre os elementos jovens e adultos e oferecendo as diferenças habituais antes de situação que morfológicas, segundo estejam destinadas à constituição do estroma propriamente dito ou à dos neocapilares; estes são bastante numerosos, com endotélio turgescente; existem também pequenos vasos bem organizados e de um tipo mais avançado, com pequenas arteriolas e vênulas; a infiltração linfocitária é difusa e no geral pouco intensa, poucas vezes situada ao redor de alguns vasos, cujas paredes parece infiltrar".

A peritonite crônica encapsulante é tida como afecção rara. Ao descrever o primeiro caso observado na França, Patel e Wilmoth só conheciam, em 1931, cerca de 30 casos publicados. Entre-

tanto, já em 1930, Jungling reunia 39 casos, dos quais 21 da literatura russa, 9 da alemã e 6 da americana.

Novos casos foram publicados e em 1935, Bernardes de Oliveira, baseado quasi que só na literatura francesa, contou 48 casos, desconhecendo, por certo, que já em 1934, Ahumada coletara nada menos de 84 e, em 1936, outro autor argentino, Rodolfo Pasman, calculava em uma centena os casos relatados. Dos trabalhos russos destacam-se os de N. L. Bloumenthal, de Moscou, que em 1927 no Arch. für klinische Chirurgie, abordou o tema "poliserosite e moléstia de Bamberger" publicando no ano seguinte mais um artigo em que salientava existirem então 31 casos anotados no Mundo; e em 1936 elevava para 6 os seus casos pessoais com a narração de mais 3 no n.º 7 da *Sovietskaia Chirurgia*. Entre os seus dois últimos trabalhos, havia coligido mais 35 casos, dos quais 24 entre autores russos, elevando-se o total de então para 66 casos. Com os casos ultimamente publicados, é certo que ultrapassa de uma centena o computo geral da literatura mundial.

A peritonite crônica encapsulante se caracteriza pelo envolvimento parcial ou total do intestino delgado por uma membrana fibrosa, formando uma verdadeira ciste de conteúdo intestinal, como si fora um saco cheio de alças justapostas, as mais das vezes inteiramente livres, outras ligeiramente acoladas entre si e com aderências frouxas às paredes da capsula. Esta algumas vezes se estende para conglobar porções do intestino grosso. Quando abrange a totalidade do delgado, é como que uma tela inserida no quadro dos colos; é como que uma cortina que separa o abdome inferior em duas porções — uma posterior, de conteúdo entérico, e uma anterior, vazia, compreendendo uma cavidade virtual, pois que a capsula não apresenta aderências com o peritônio parietal anterior; é, enfim, como que um escudo, de convexidade anterior, abrigando na sua concavidade todo o intestino delgado. Esse tapume é de aspecto brilhante, esbranquiçado (leitoso para Josa, côr de marfim para Villard, aporcelanado para Rouhier, madreperláceo para Zagarese), semelhante as paredes de um cistoma do ovário e lembrando a camada de açúcar batido em clara de ovo com que as doceiras recobrem certos bolos. Sua espessura varia de 2 a 8 mm, sendo diminuta a sua elasticidade. Raramente é banhado em líquido peritoneal, seja por sua face interna, seja por sua face externa. Quando existe líquido, este, de regra, é pouco volumoso e de aspecto seroso, citrino.

Quando o saco não envolve todo o intestino delgado, abrangendo apenas sua parte média, o aspecto é o de "um tumor com duas patas, uma constituída pela alça aferente, a outra pela eferente", no dizer de Goñi Moreno. Si a lesão atinge as últimas alças, o envólucro parte do ceco e há somente um cordão entérico que emerge da boca do saco voltada para a raiz do mesentério. Em qualquer caso, pois, o critério anatómico assinalado por Leibovici e

Jovanovitch é a "existência de um saco englobando a totalidade ou uma parte do intestino delgado". Às vezes parece haver mais de um saco, tal como no caso de Varela Chilense, mas o exame necroscópico mostrou que só havia uma bolsa, com três encistamentos comunicantes entre si. Em certos casos a membrana se estende por sobre outros órgãos da cavidade abdominal, como no caso de Potez, em que também estavam revestidos o fígado, o estômago e o baço.

Sob o ponto de vista clínico, a peritonite crônica encapsulante é muita vez um achado cirúrgico no decurso de operação realizada por outras moléstias, pois que a sintomatologia inicial é frusta e passa quasi sempre despercebida. Num período mais adiantado, manifestam-se sintomas passageiros de obstrução intestinal incompleta, podendo-se, nesse estágio, perceber a presença de um tumor abdominal livre na grande cavidade, confundível com ciste do ovário ou com tumor do mesentério. Numa fase ainda mais adiantada, sobrevem uma crise obstrutiva, com sintomatologia mais ou menos dramática, levando o doente à mesa operatória. Na fase intermediária, que pode variar de 1 a 20 anos no dizer de Bloumenthal, a palpação abdominal repetida pode surpreender um tumor, às vezes visível, que aumenta de volume algum tempo depois da ingestão de alimentos, de consistência elástica, timpânico, movel, de regra não doloroso, deixando perceber, muita vez, às manobras de exploração, a passagem ruidosa de gases, não se vendo, porém, ondas peristálticas, mesmo com peristaltismo e cólicas provocados. Essa discordância patente da inexistência de peristaltismo visível em ventre pouco abaulado com história de obstrução crônica intermitente conduz ao diagnóstico, na opinião de Bloumenthal. Na grande crise terminal, si o estado do doente permite, a exploração manual faz perceber a existência de um tumor mais ou menos movel e então o diagnóstico diferencial será feito com a torção do ceco ou de um megassigma, deixando à história clínica a decisão do diagnóstico de probabilidade.

Embora, em geral, os autores digam que seja impossível, o diagnóstico prévio preoperatório tem sido firmado várias vezes. Assim, não subsistem mais as afirmações de Dietrich ("o diagnóstico é impossível antes da operação"), de Josa ("o diagnóstico certo antes da operação é a meu ver impossível"), de Grunberg ("o diagnóstico antes da operação é impossível"), de Novikow ("o diagnóstico é difícil e, como regra, só pode ser feito na mesa operatória") e de Brueckner ("a moléstia é de tal maneira atípica que não há elementos para o diagnóstico"). É que o diagnóstico prévio é feito, de regra, por quem já vira um caso anteriormente. Mas também foi suscitado por Mario Nicastro, em 1940, sem que tivesse tido a oportunidade de conhecer pessoalmente outro caso. Em 1936 Bloumenthal já citava dois casos de diagnóstico provável, além de 3 casos em que ele próprio firmara o diagnóstico prévio, depois de já ter visto outros 3 casos, pois é o autor que conta com o maior número de

casos, seguindo-se-lhe Golovinsky com 4 casos. Lehrnbescher fez um diagnóstico prévio num dos seus 3 casos. Repin acertou no seu segundo caso. Jean Madier firmou o diagnóstico num caso que entregou à perícia operatória de Funck-Brentano.

Assim parece ter razão Alberto Beraldi em dizer, recentemente (1944), "que o quadro sintomatológico pode permitir um diagnóstico antes que a oclusão aguda se instale, já que os doentes sempre apresentam fenômenos oclusivos transitórios, nos quais é fácil apreciar a síndrome de Koenig; si a isso se ajunta a verificação de um tumor, *sonoro à percussão*, que ocupa preferentemente o hipogástrico, poder-se-á pelo menos presumir a existência dessa moléstia".

A radiologia também poderia trazer elementos para o diagnóstico. Em trabalho publicado em *La Radiologia Medica*, XXV, 266, março de 1938, Lenarduzzi diz "poder constituir a síndrome radiológica da peritonite crônica encapsulante", à vista dos casos da literatura e de cinco mais que estudou. Afirma esse autor que:

a) os sinais a cargo do delgado são:

1. Adossamento de parte ou de quasi todas as alças do delgado, segundo a extensão do processo, semelhante a um fole, de maneira a formar um conjunto do aspecto de pelota ou salsicha, bem diferente do resto do delgado.

2. Esse adossamento pode deixar invariável os aspectos das alças ou, si existem aderências entre a capsula e o peritoneo visceral, as alças agrupadas podem se apresentar dilatadas e alcançar o calibre do colo.

3. Ao nível das alças interessadas, podem-se observar dois tipos de incisuras marginais: umas pequenas, próximas umas das outras, correspondendo às válvulas coniventes; outras, mais profundas e afastadas, como as haustras do colo, podendo aparecer sós ou associadas à dilatação já assinalada, dando ao delgado um aspecto pseudocólico (sinal de Vespignani); isso constitue um dos sinais fundamentais da síndrome em sua fase avançada; com a compressão, pode-se por em evidência nessas alças a imagem das válvulas da mucosa, logrando-se, dessa maneira fazer o diagnóstico diferencial.

4. O conjunto de alças adossadas — que corresponde a miudo a tumor palpavel — pode deslocar-se sem que mudem muito as relações recíprocas e a forma das alças, deixando sua impressão sobre o resto do delgado, sobre o estômago, sobre o colo; essa manobra dá-nos a idéia de uma massa de certa consistência.

5. Geralmente faltam as dilatações, os níveis líquidos e as graves alterações da cinética, como sucede nas estenoses e nas mesenterites; por isso o trânsito intestinal é pouco retardado e podemos surpreender, isoladamente cheias, as alças do grupo adossado; si os movimentos estiverem abolidos em algumas alças ou em parte de algumas alças, podemos aceitar que a parede visceral a esse nível está aderida à capsula neoformada.

b) os sinais obtidos a cargo de outros segmentos do tubo digestivo são:

1. O estômago geralmente está deslocado para o alto e para a direita, apresentando a impressão do tumor na metade inferior da grande curvatura.

2) Dos colos, o mais frequentemente deformado é o transversal, podendo aparecer recalcado para cima ou repuxado para baixo, especialmente nas suas extremidades e nos ângulos; parece encurtado, devido, talvez, a uma retração por parte da capsula; pode-se também observar a impressão do tumor sobre o colo, tendo a concavidade voltada para o centro do abdome.

3) Quando o processo atinge vários segmentos do tubo digestivo, pode faltar a mobilidade relativa dos diversos órgãos atingidos.

A esses sinais, Mario Nicastro acrescenta um dado precioso: injetando uma empola de extrato de lobo posterior da hipófise, para eliminar os gases dos intestinos, verifica-se que a expulsão se faz parcialmente, persistindo aroília no lugar correspondente ao adossamento das alças, onde o contraste baritado mostraria a existência do encapsulamento. Esse autor assinala, também, uma estase gastro-duodenal relativa.

A despeito de todos esses dados, aliás só verificáveis num exame paciente e cuidadoso, e das observações clínicas já bastante divulgadas, ainda ultimamente se têm feito os mais diversos diagnósticos, mesmo com o tumor à mostra, na mesa operatória, havendo entre eles os de ciste do ovário, megacolo, megassigma, fibromioma, ciste do mesentério, invaginação intestinal crônica, etc.

Em consequência da enganante aparência do tumor, Lastra e Bello puncionaram-no com um trocate de ciste de ovário; Toole, Richard e Pistocchi pensaram estar diante de uma ciste de ovário; Futh fez a extirpação total do intestino delgado contido no saco.

Bergeret diz que "é verdadeiramente um espetáculo surpreendente olhar a cavidade abdominal sem intestinos".

O tratamento é cirúrgico e consiste, essencialmente, na libertação das alças aprisionadas. A excisão de toda a capsula é por vezes possível, quando não há aderências com os intestinos; mas essas aderências são bastante frequentes e, então, o recomendável é a incisão e excisão parcial da capsula, com a separação das alças que acaso se mostrem adossadas. A ressecção intestinal tem sido feita, em geral com maus resultados, nos casos de obstrução aguda, sendo aí, conforme o caso, uma indicação de necessidade. Rodolfo Pasman ressecou 1m30 de ileo terminal, com sobrevida. No geral a incisão da capsula é fácil, mas a sua excisão nem sempre é possível, dado o grau das aderências, como nos casos de Bortolani, Pistocchi, Albo, Bazy, Lehrnbescher. Nas suas reiteradas tentativas, Esaú chegou a lesar o intestino por várias vezes, falecendo o doente. Rodolfo Pasman, pitorescamente, escreve: "geralmente se diz: incide-se a membrana

e põe-se em liberdade o intestino delgado; pareceria que isso fosse tão fácil como por em liberdade ao pássaro encerrado na gaiola..." Mas, de fato, no geral as aderências são frouxas e facilmente se desfazem mediante manobras suaves de tesoura romba ou de ponta de dedo envolvida em gaze. Quando elas são firmes, é não insistir: deixem-se ilhas de cápsulas em contacto com os intestinos, sem temor nenhum, porque a tendência da cápsula é reabsorver-se, conforme provam muitas observações. Hardouin não conseguira retirar a cápsula por causa de aderências firmes; quinze meses mais tarde reabriu a doente, por eventração, verificando o completo desaparecimento da membrana. Fotheringham verificou a quase completa reabsorção quatro meses depois da primeira intervenção. No fim de sete meses, Gonzalez Marmol, em segunda intervenção, assinalou o desaparecimento da membrana encapsulante deixada na operação anterior. Mirailié encontrou uma peritonite encapsulante numa hérnia inguinal estrangulada; reduzindo cirurgicamente o estranho conteúdo, fez a seguir laparotomia mediana, verificando tratar-se de extenso saco, tomando também o ceco, o ascendente e o ângulo cólico direito; alguns dias depois, o doente foi acometido de morte súbita e a autópsia demonstrou considerável regressão das lesões. Tiesenhausen verificou 18 meses mais tarde uma cápsula mais fina.

Assim, a extirpação total da membrana, operação que alguns erroneamente chamam de enterolise, é conduta perfeitamente dispensável.

A operação certa, diz Bloumenthal, é a descapsulação e separação das alças sempre com suavidade, evitando erosões da serosa intestinal e manipulações prolongadas. Dada a etiologia tuberculosa de muitos casos, Bonneau aconselha o emprego do oxigenador Bayeux durante o ato cirúrgico, afim de melhor expor à ação do oxigênio o peritoneo visceral e parietal.

A paresia intestinal posoperatória tem sido observada com frequência, devida, sem dúvida, a manobras operatórias intempestivas e ao estado de oclusão com que muita vez vão os doentes para a mesa de operação.

A letalidade é bastante elevada, em virtude da estercoremia consequente à suboclusão crônica dos doentes e, por vezes, à conduta inexperiente do cirurgião em uma contingência pouco encontrada.

Na estatística de Bloumenthal, a relação entre a letalidade e o tipo de operação realizada pode ser apreciada no quadro seguinte:

Intervenção feita	N.º de casos	Mortes
Descapsulação . . . . .	49	11
Somente incisão . . . . .	3	1
Ressecção intestinal . . . . .	8	4
Laparotomia exploradora . . . . .	7	1
Total . . . . .	67	17

No Brasil, ao que conseguimos saber, o primeiro caso publicado foi o de Bernardes de Oliveira, em 1935; o segundo caso deve-se a Xavier Lopes, que baseado nele escreveu u'a monografia laureada em 1940 pela Academia Nacional de Medicina com o Prêmio "Doutorandos de 1900"; o terceiro caso pertence a Rodrigo Ramalho, que o publicou nos Archivos da Sociedade de Medicina de Alagôas, V. 37, janeiro a outubro de 1942. Agora vêm a lume os três casos apresentados à Associação Paulista de Medicina por Mario Degni e Chagas de Oliveira.

Aos casos assinalados na literatura, queremos aqui reunir os dois de nossa observação pessoal, cuja história vamos resumir a seguir:

*Observação I* — I. C., feminina, casada, espanhola, branca, 38 anos, residente nesta capital. Cerca de um ano atrás teve aborto febril com hemorragia, ficando acamada durante quinze dias. Dois meses mais tarde, começou a ter dores mais ou menos fortes no hipogástrico, irradiando-se para as regiões lombares, ora para a esquerda, ora para a direita; eram em forma de cólicas bastante intensas, vindo quasi que diariamente, piorando com esforços físicos e eram mais intensas nas vésperas das menstruações, permanecendo acentuadas durante todo o período do fluxo. Eram frequentemente acompanhadas de cefaléia, náuseas, mal estar e vômitos, que perduravam às vezes todo o dia, a despeito de qualquer medicação experimentada. Logo depois do início da moléstia, as dores se tornaram mais intensas na fossa ilíaca esquerda, onde, nas crises, não suportava a mínima pressão. De dois meses para cá, as dores também se tornaram intensas na fossa ilíaca direita, aparecendo sempre que lhe doia o hipogástrico, nunca surgindo isoladamente. Quando as dores eram mais fortes, o que aconteceu por três vezes, doia também o epigástrico e havia propagação para a bexiga, com vontade de urinar. Desde o início da moléstia notou modificar-se-lhe o ciclo menstrual: maior abundância do fluxo, que se protelava por 5-7 dias, sendo que este mês está persistindo por mais tempo, apesar de medicação apropriada. Não acusa corrimento vaginal. Desde o início da moléstia notou alterar-se o funcionamento dos seus intestinos: prisão de ventre cada vez mais rebelde, passando 4-5 dias sem evacuar; nega crises diarréicas; menarca aos 12 anos; 5 gravidezes, resultando em dois partos normais e três abortos provocados, o último dos quais, a cerca de um ano, como ficou dito atrás.

Ao exame nota-se bom estado geral, com panículo adiposo regularmente desenvolvido, mucosas coradas, ausência de edemas. Gânglios inguino-crurais palpáveis, duros, indolores, ligeiramente móveis, de cerca de 1 cm. de diâmetro. Abdome plano, sem sinais de ondas nem massisesz movel ou fixa; ausência de defesa muscular, com dor provocada ao palpar profundo no ponto de MacBurney; hipogástrico e fossa ilíaca esquerda muito dolorosos à apalpação profunda; fígado e baço nos seus limites normais, não havendo dor ao palpar dos hipocôndrios; epigástrico indolor; temperatura 36°5; pulso a 84 por minuto. Toque doloroso, não permitindo detalhes. Exame preoperatório: tempo de sangramento, 5 minutos; tempo de coagulação, 6 minutos; hemácias, 3.990.000; leucócitos, 9.700; taxa de hemoglobina, 70%; urina sem elementos anormais.

Com o diagnóstico de salpingite e apendicite crônicas, foi a doente levada à mesa de operação em 6 de junho de 1936. Operação n.º 4.698. Anestesia raqueana com Scurocaina a 5%, injetando-se 3cc após retirada de 5cc de liquor. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, dr. Ney Penteado de Castro. Incisão de Pfannenstiel. Aberto o peritoneo parietal, que estava livre, notou-se que o utero, as últimas alças do delgado e a sigmoide estavam recobertos por uma lâmina de tecido fibroso que se extendia como um avental recobrendo a cavidade pélvica. Incisada essa lâmina, puzeram-se a descoberta o útero e

as últimas alças delgadas, que se achavam acoladas por aderências frouxas facilmente desfeitas, na extensão de cerca de 1m20, desde o ceco até as proximidades da sigmoide a elas aderente; os anexos uterinos estavam aderentes, sendo feita a salpingectomia, sem mergulhamento dos cotos; o ovário esquerdo mostrava-se atrofiado; apêndice também envolto por aderências, sendo retirado após a secção do meso; mergulhamento do coto apendicular; colocação de 20cc de parafina líquida na cavidade abdominal, onde também se deixaram duas empolas de sôro anticoli-perfringens; fechamento da cavidade sem drenagem. Duração do ato operatório, 37 minutos. Posoperatório sem anormalidades.

A doente passou bem até setembro de 1938, quando voltou a ter cólicas no abdome inferior, acompanhadas de metrorragias. Em janeiro de 1939 procurou o Serviço, revelando o toque um aumento de volume e dor ao nível do ovário esquerdo. Com o diagnóstico de ciste do ovário, foi novamente à mesa operatória em 7 de janeiro de 1939. Ao exame preoperatório, verificou-se que o tempo de coagulação era 9 minutos, o de sangramento 2 minutos, a taxa de hemoglobina 76%, o número de hemácias 4.800.000, o de leucócitos 8.000, havendo grande número de hemácias na urina com elementos normais (metrorragia). Operação n.º 7.050. Anestesia raqueana com Scurocaina a 5% na quantidade de 2,5cc, após retirada de 5cc de liquor. Operador dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. João Noel von Sonneithner. Incisão mediana subumbilical. Algumas alças delgadas estavam aderentes ao fundo do útero, sendo libertadas; o ovário direito mostrava-se policístico; havia uma ciste hemática de cerca de 6 cm. de diâmetro no ovário esquerdo, sendo extirpada, com sutura do parênquima ovariano; ciste aderencial na face posterior do utero. Acima das aderências, as alças delgadas apresentavam um aspecto tuberculoide, em virtude do encapsulamento de gotículas de parafina deixadas na operação anterior. Foram deixadas duas empolas de Electrargol e um pouco de parafina líquida na cavidade abdominal, seguindo-se o fechamento da ferida sem drenagem. Não havia vestígios da capsula envolvente encontrada na primeira operação. Roentgenterapia, com o propósito de evitar novas aderências. A paciente foi revista em fins de 1944, não tendo tido mais crises dolorosas no baixo ventre.

*Observação II* — E. M., 36 anos, feminina, branca, lituana, casada, residente nesta capital. Compareceu à consulta em 20 de outubro de 1936, com a recomendação de um colega para ser operada de prolapso uterino. Contava que quatro meses antes tivera o primeiro parto na Maternidade de São Paulo, sendo-lhe feita a aplicação de fórcepe. Ficou sofrendo de dores lombares, que se exacerbavam nas menstruações, e sentindo peso na vagina, toda vez que fazia esforços. Sobre o passado remoto, contava que desde mocinha, a cerca de 20 anos, vem sentindo com frequência dores no meio do ventre, na região umbilical, acompanhadas de roncos; sempre foram pouco intensas e nunca havia procurado médico por causa delas. Nunca teve vômitos nem náuseas e os intestinos só a incomodaram depois do fórcepe, quando passou a ter, às vezes, vontade de evacuar sem exoneração de qualquer espécie. Ciclo menstrual normal, sem cólicas. Ausência de corrimento vaginal.

O exame ginecológico mostrou um utero baixo, em retroversão movel, com anexos não enfartados nem dolorosos e ruptura submucosa do perineo. Dada a sua condição de primípara, foi resolvida sómente a correção do desvio uterino, aguardando a miorrafia do perineo para depois de futuros partos.

O exame preoperatório revelou que o tempo de coagulação era 6 minutos, o de sangramento 3 e meio minutos, a taxa de hemoglobina 60%, a urina continha traços de albumina, raras células descamadas, raros leucócitos, várias hemácias e filamentos de muco.

Operação n.º 5.104 em 22 de outubro de 1936, no Sanatório Santa Catarina. Operador dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente dr. João Noel von Sonneithner. Anestesia raqueana com 3 cc. de Scurocaina a 5%. Incisão de

Pfannenstiel. Aberto o peritонеo, notou-se a ausência de alças delgadas no campo operatório. Verificou-se logo que o íleo estava contido num saco fibroso, que o envolvia desde a extremidade do ceco, onde havia um anel representando a boca do saco, com cerca de 3 cm. de diâmetro, deixando sair e entrar cerca de 10 cm. da última porção ileal. Aberta a capsula por esse anel, as alças foram facilmente libertadas, ressecando-se um pedaço da membrana. Não havia aderências pélvicas nem estavam comprometidos no processo os órgãos genitais internos. Feita a apendicectomia e mergulhado no ceco o coto apendicular, foi feita uma histeropexia ligamentar pelo processo de Doleris, que pareceu o mais adequado para o caso, dada a situação baixa do útero e a rutura submucosa do períneo.

Posoperatório sem anormalidades.

O exame anatomopatológico da membrana envolvente das alças intestinais, feito pelo dr. J. B. Monteiro de Barros Neto, revelou apenas a presença de tecido gorduroso, tecido fibroso em escassa quantidade e tecido linfo-adenóide, sem dados que permitissem maiores esclarecimentos diagnósticos.

A doente foi revista em 15 de fevereiro de 1937, apresentando-se em boas condições; o útero estava em boa posição e os anexos livres, indolores. A paciente queixava-se sómente das dores lombares aparecidas depois da aplicação do forcipe.

Como se vê das observações que acabamos de relatar, os nossos casos diferem profundamente entre si. O segundo apresenta a sintomatologia discreta mas suficientemente esclarecedora dos casos clássicos de larga duração não terminados na crise dramática da oclusão intestinal. O primeiro decorreu, evidentemente, de uma infecção ginecológica atenuada, semelhando alguns já registados na literatura sobre o assunto (Varela Chilense). Nesse primeiro caso, uma laparotomia posterior mostrou o desaparecimento completo de qualquer vestígio da capsula, enquanto que assinalou a reincidência de aderência no território dos órgãos genitais internos, comprometendo algumas alças delgadas; mas nestas, na porção propriamente dependente do encapsulamento, não se tornou a formar o acolamento, aparecendo a superfície peritoneal visceral impregnada das gotículas de parafina deixadas na primeira operação e que não tiveram a virtude de evitar as novas aderências pélvicas. O que houve de comum em ambos os casos foi o fato de o diagnóstico só ter sido feito com o ventre aberto sobre a mesa operatória.

#### AUTORES CONSULTADOS

- ALBO (M.) — "Peritonitis encapsulante", Boletín de la Soc. de Cirugía de Montevideo, III, 216, 26 de outubro de 1932.
- BERALDI (Alberto) — "Peritonitis encapsulante", Boletines de la Soc. de Cirugía de Rosario, XI, 189, julho de 1944.
- BERNARDES DE OLIVEIRA (Antônio) — "Peritonite crônica encapsulante", Revista da Associação Paulista de Medicina, VI, 287, junho de 1935.
- BLOUMENTHAL (N. L.) — "Sur le diagnostic et le traitement de la peritonite fibreuse encapsulante" Sovietskaia Chirurgia, Moscou, 69, n.º 7 de 1936.
- BONNEAU (Raymond) — "La Chirurgie dans la péritonite encapsulante", Revue de Chirurgie, outubro de 1933, resumido em Revista Brasileira de Cirurgia, III, 93, fevereiro de 1934.

- DONOVAN (Ricardo) e ZIMMAN (Jacob) — "Peritonitis encapsulante", Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición, XIII, 565, junho-julho de 1938.
- FOTHERINGHAM (W. Tejerina) e PICENA (Juan) — "Peritonitis encapsulante", La Semana Médica, Buenos Aires, XL, 1765, de 25 de maio de 1933.
- FOTHERINGHAM (W. Tejerina) — "Zuckergussdarm", La Semana Médica, Buenos Aires, XL, 173, 20 de julho de 1933.
- FOTHERINGHAM (W. Tejerina) — "Operaciones urgentes", El Ateneo, II, 909, Buenos Aires, 1942.
- GORSSE (P) e ACCART (R.) — "Peritonite encapsulante", Maroc Médical, XIX, 366, outubro-novembro de 1939.
- JAKOB (R.) — "Sobre peritonitis encapsulante", Archivos de la Asociación Médica del Hospital Pirovano, Buenos Aires, V, 277, maio-junho de 1937.
- LASTRA (Enrique Twaites) e BELLO (Raul): "Peritonitis crônica encapsulante", Bol. de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, XIII, 720, 28 de novembro de 1934.
- LENARDUZZI (G.) — "Peitonite encapsulée et rayons X", Radiologia Medica XXV, 266, março de 1938, resumido em Journal de Radiologie et d'Electrologie, XXII, 343, julho de 1938.
- LOPES (C. Xavier) — "Peritonite encapsulante", Brasil Cirúrgico, Rio, II, 699, agosto de 1940.
- MARMOL (Donato Gonzalez) — "Peritonitis crônica fibrosa encapsulante y salpingitis tuberculosa", Rev. de Medicina y Cirugia de la Habana, XL, 809, 30 de novembro de 1935.
- MIRAILLIÉ (Ch.) — "Un cas de péritonite encapsulante", Presse Médicale, XLVI, 1152, 23 de julho de 1938.
- MORENO (Goñi) — "Peritonitis crônica encapsulante", Boletín de la Academia Argentina de Cirugía, XXIV, 993, 16 de outubro de 1940.
- NICASTRO (Mario) — "Peritonitis crônica encapsulante", El Día Médico, Buenos Aires, XIII, 139, 3 de março de 1941.
- PASMAN (Rodolfo) — "Peritonitis capsulante", Soc. de Cirugia de Buenos Aires, XX, 592, 29 de julho de 1936.
- PASMAN (Rodolfo) — "Peritonitis encapsulante", Academia Argentina de Cirurgia, XXIV, 900, 25 de setembro de 1940.
- PAVLOVSKY (Alejandro) — "Abdomen agudo quirurgico", El Ateneo, II, 529, Buenos Aires, 1940.
- RAMALHO (Rodrigo) — "Peritonite encapsulante", Arquivos da Sociedade de Medicina de Alagoas, V, 31, janeiro a outubro de 1942.
- TOURTELIER (Jean): "Contribution à l'étude des péritonites encapsulantes", tese de Paris, 1934.
- USUA (José) — "Peritonitis encapsulante crônica", Revista Médica de Barcelona, XXI, 494, junho de 1934.
- VARELA CHILESE (Rodolfo) "La peritonitis crônica encapsulante", Rev. Médico Quirúrgica de Patología Femenina, IX, 517, junho de 1937.
- WILMOTH (P) — "La péritonite encapsulante", La Presse Médicale, XLVI, 77, 15 de janeiro de 1938.
- ZAGARESE (Francesco) — "Visceriti e Perivisceriti", Nicola Zanichelli editor, 137 e 292, Bolonha, 1934.

## Técnica para a esterilização da mulher \*

É sabido que as técnicas usuais para a esterilização da mulher falham em percentagem relativamente pequena de casos. Afim de evitar os transtornos de ordem econômica e moral que pode causar a superveniência de uma gravidez, vimos empregando, há cerca de dez anos, com resultados plenamente satisfatórios, uma técnica por nós ideada. O largo tempo decorrido desde as primeiras operações e o fato de ter sido adotada por cirurgiões que assistiram a nossas intervenções animam-nos a dar mais ampla publicidade dessa técnica, ficando, assim, exposta à crítica dos que a quiserem experimentar.

Sendo de execução muito fácil e isenta de qualquer risco e sendo baseada em princípios claros e convincentes, pensamos que não haverá entraves que se oponham à vontade de experimentá-la.

A nossa técnica da esterilização da mulher não foi ainda publicada em nenhuma revista médica, mas foi apresentada à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa de São Paulo em 5 de dezembro de 1935, quando exibimos um filme cinematográfico apanhado em uma operação demonstrativa por nós realizada naquele hospital.

A idéia primacial é a de obter o mergulhamento do coto da trompa, consoante se faz com o coto do apêndice na apendicectomia e com o coto do duodeno na gastroduodenectomia parcial.

A nossa técnica póde ser assim descrita:

1. A porção proximal da trompa é apreendida por duas pinças, uma das quais é colocada junto ao corno uterino.
2. A trompa é seccionada a tesoura, entre as duas pinças, cujo afastamento deixa à mostra uma brecha no mesossalpinxe.
3. A' ponta de tesoura romba, são ligeiramente dissociados os folhetos do mesossalpinxe.
4. O coto proximal da trompa é ligado a categute, ficando o nó do lado interno, sobre o corno uterino, e restando duas extremidades de fio para ulterior aproveitamento.
5. Uma das extremidades do fio é montada em agulha e serve para duas passagens sucessivas — a primeira da brecha mesossalpin-

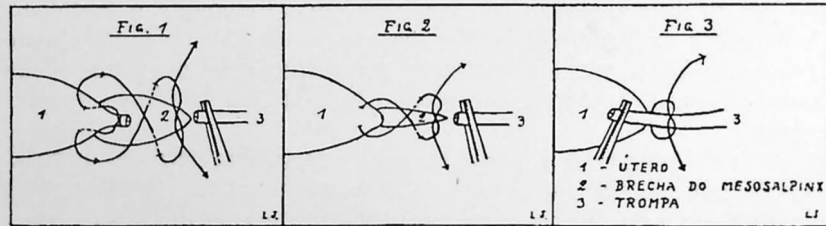
\* Esta nota foi publicada em co'aboração com o dr. João Noel von Sonn'eithner na "Obs'e'rica y Ginecología La'ino-Amer'cana" I, 197, março de 1945 e no Boletim do Sanatório São Lucas, VI, 147, abril de 1945.

geana ao músculo uterino, saindo a cerca de 1 cm. do nó, para diante da linha imaginária que une as duas trompas; a segunda passagem é feita logo a seguir, entrando pela brecha mesossalpingeana e saindo na face peritoneal do seu folheto posterior.

6. A outra extremidade do fio é montada e vai seguir caminho semelhante porém cruzado: entra pela brecha mesossalpingeana, saindo no útero a 1 cm. do nó, desta vez para trás da linha imaginária que une as duas trompas, e, numa segunda passagem, entra pela brecha mesossalpingeana para sair na face peritoneal do folheto anterior do mesossalpinge, próximo do ligamento redondo. (Figura 1, em que as flexas colocadas nos fios mostram a direção tomada).

7. O coto proximal da trompa é colocado na brecha mesossalpingeana (figura 2), cerrando sobre ele o nó formado pelas duas extremidades do fio, com o que são aproximados os dois folhetos do mesossalpinge, cuja brecha então desaparece (às vezes não é necessário colocar o coto na brecha, bastando distender os fios para que ele espontaneamente mergulhe entre os dois folhetos do mesossalpinge).

8. A parte distal da trompa é trazida por sobre o nó e aí ligada com os mesmos fios, ressecando-se a sua porção excedente pois geralmente sobra 1 a 2 cm. de trompa (figura 3).



É fácil compreender que essa técnica bem executada oferece maiores garantias que as usualmente empregadas. Dizemos “bem executada” porque é preciso, às vezes, que o cirurgião trabalhe com carinho para evitar: que o coto se rompa ao fazer a apresentação ou a ligadura; que o fio corte o músculo uterino, ao ser cerrado o nó; que os folhetos do mesossalpinge não se esgarcem ao se passar a agulha ou ao se puxar o categute.

Há casos em que todo o cuidado deve ser empregado, quando a friabilidade dos tecidos se mostra aumentada. Mesmo, porém, que ocorra acidentes dessa ordem, o método não é sacrificado, pois novas passagens do fio podem concluir o desejado mergulhamento do coto proximal da trompa.

Entretanto, na grande maioria dos casos, a técnica acima descrita é facilmente realizável.

## Torção do cordão espermático em testículo ectópico \*

A apresentação de mais 2 casos de torção do cordão espermático em testículo ectópico está plenamente justificada pela relativa raridade de comunicações a respeito, decorrente, por sua vez, da pouca frequência da condição mórbida. Em publicação anterior, um de nós (Eurico Branco Ribeiro) registrou um caso de torção alta. Assim, ascende atualmente a 3 o número de casos operados no Serviço, elevando para 14 o número de casos publicados no Brasil, como se verá do resumo que vai inserto no final deste trabalho.

A denominação que outorgamos à afecção merece ligeiros comentários: na maior parte dos trabalhos publicados a respeito do assunto, é usada a designação de “torção do testículo”; “quer-nos parecer — e aqui seguimos as palavras textuais de Alípio Correia Neto — quer-nos parecer mais adequada a denominação que esposamos, pois melhor localiza a sede da lesão”. Não obstante ser o testículo o órgão essencialmente comprometido, pelo embaraço circulatório decorrente da torção, só secundariamente é ele lesado. Devemos lembrar, ainda, que muitos autores brasileiros têm escrito “torsão”, quando a grafia certa é torção, do latim “tortionis”, que significa “tortura, torcedura”. Esses autores devem ter sido influenciados pelos textos da literatura médica estrangeira, nos quais se vê: “torsion”, no francês; “torsión”, no espanhol; “torsione”, no italiano; “torsion”, no inglês; “torsion”, no alemão, etc. — todos escrevendo com “s”. Há aí, sem dúvida, um erro originário. Existe em latim a palavra “torsio, torsionis”, com a significação de “dor de entranhas, dor de cólicas”; é palavra derivada do verbo “torere”, que quer dizer “torrar, tostar, queimar”. Assim, a dor do ventre, que a muitos semelha uma “queimação”, era chamada “dor de torsão”. E como muita vez essa dor era provocada por um vólculo do intestino, houve, por certo, a confusão entre torsão, expressão da dor, com a torção sofrida pelo intestino. E passou-se a chamar o vólculo de torsão. Por analogia, quando se conheceu melhor a torção do cordão espermático, também veio a lume a errônea denominação de “torsão”, com “s”, para exprimir esse pro-

\* Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 10 de outubro de 1944, em colaboração com o dr. Lauro Justus.

cesso mórbido. A expressão usada no primeiro caso publicado foi "tortillement" (Delasiaune, 1840), que se pode traduzir por torçedura ou torção.

Vamos resumir a história de mais êsses nossos dois casos, fazendo as considerações que nos parecem cabíveis a cada um deles:

**CASO II\*** — J. G., 6 anos, branco, brasileiro, residente nesta capital. A 17 de setembro de 1938, começou a queixar-se de dores na região inguinal esquerda; as dores não eram muito intensas, até que a 21 se agravaram, tornando penosos os movimentos. Em vista disso, foi solicitado exame médico, tendo o clínico indicado a internação do doentinho. Ao ser recolhido



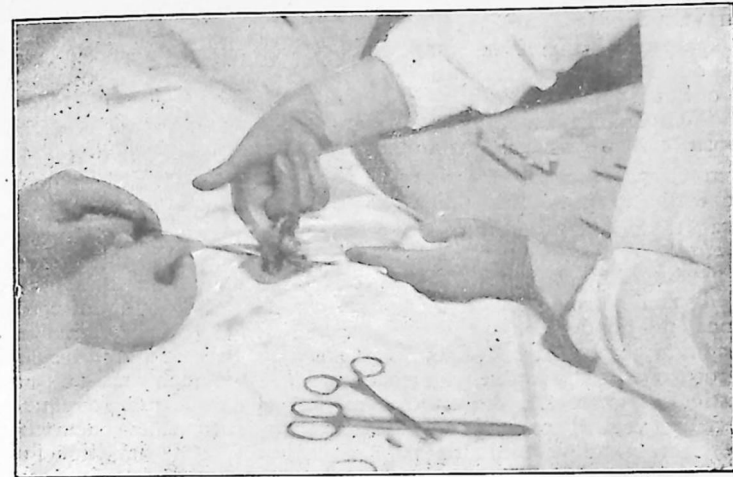
Caso II — Aspecto da região inguinal esquerda antes da operação

ao hospital da Beneficência Portuguesa, no dia 22, apresentava-se afebril e com uma tumoração na região inguinal esquerda, à altura do canal inguinal. A pele apresentava aspecto normal, havendo ligeiro edema subcutâneo. O tumor era de consistência dura, difuso, pouco movel, sem sinal de flutuação e muito doloroso ao palpar. A bolsa escrotal esquerda estava vazia do seu conteúdo normal e edemaciada, de tal modo que se apresentava mais volumosa que a do outro lado (ver fotografia).

Foi feito o diagnóstico de torção do cordão espermático em testículo ectópico e indicada a intervenção imediata.

Operação n.º 6.822 em 22 de setembro de 1938, sob anestesia geral com Balsoformio, administrado pelo dr. Alfredo Pacheco Junior. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. Nelson Cayres de Brito. Marcha da anestesia, boa. Incisão oblíqua, na região inguinal esquerda, descendo até a espinha do pube. Edema no tecido celular subcutâneo. Incisão dos tecidos superficiais e abertura da aponevrose do grande oblíquo, com o que ficou completamente exposto o tumor. Abertura da vaginal, que tinha aspecto de sufusão hemorrágica. O testículo apresentava duas voltas completas sobre o seu pedículo intravaginal. Era de cor vermelho-escura, brilhante, com intensa sufusão hemorrágica. Feita a destorção, foi o testículo fixado na bolsa escro-

\* A observação do caso I foi publicada em "Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia", XXIII, 173, março de 1932 e está contida no primeiro volume dos "Estudos Cirúrgicos", página 89.



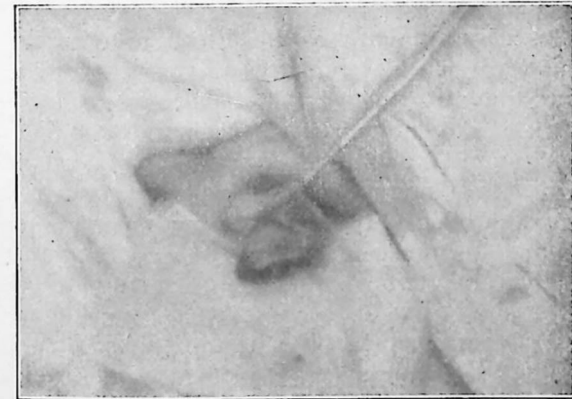
Caso II — O testículo torcido é exposto durante a operação

tal. Sutura da aponevrose do grande oblíquo; agrafes na pele. Período pós-operatório sem incidnte: não houve elevação térmica e o pulso, inicialmente alto, veio descendo gradativamente, para se normalizar do quarto dia em diante.

**CASO III** — J. M., 3 anos de idade, brasileiro, branco residente em Santo André. Foi trazido ao Sanatório São Lucas por seus pais em 25 de agosto de 1944. Segundo informações prestadas pelos genitores do menor, êste a dois dias começou a queixar-se de dores na região inguinal direita, não permitindo que se tocasse no local. No dia seguinte vomitou uma vez, não evacuando. Passando-se mais um dia e não havendo melhoras de seu estado, foi procurado socorro médico.

Ao examinarmos o doentinho, verificamos ausência dos 2 testículos na bolsa escrotal, anomalia que seus pais nos informaram ser congênita.

A' inspeção, notava-se na região do conduto inguinal direito a presença de uma tumoração pouco acentuada, alongada no sentido do conduto ingui-



Caso II — Destaca-se o testículo enfartado, com aspecto reluzente

nal; a pele da região apresentava-se de aspecto normal, não se notando edema nem vermelhidão.

A apalpação, dificultada pelas manobras de defesa do paciente, mostrou tratar-se de um tumor tenso, irreductível, bem delimitado, doloroso à compressão e que se localizava logo acima do orifício exterior do conduto inguinal. Temperatura axilar  $37^{\circ},5C$ . Não se conseguiu palpar o testículo do lado oposto. A glande do penis apresentava sinéquias balanoprepuciais.

Com esses elementos foi feito o diagnóstico de torção do cordão em testículo ectópico e indicada a intervenção de urgência.

Esta foi efetuada 60 horas após o início dos sintomas. Operação n.º 12.119, em 25/8/1944. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; assistente, dr. Justus. Anestesia geral pelo Balsofórmio. Incisão oblíqua, clássica para hérnia inguinal direita. Após abertura da aponevrose do grande oblíquo, verificou-se a presença, no conduto inguinal, de uma tumoração de cor vermelha carregada, medindo  $3 \times 2$  cms., e ligeiramente achatada. Pela continuidade do tumor com o cordão espermático não houve dificuldade em reconhecê-lo como sendo o testículo. O cordão era de aspecto normal na sua porção supravaginal. Foi aberta a vaginal parietal, que se mostrava fortemente edemaciada; da cavidade serosa houve saída de pequena quantidade de um líquido seroso citrino. Comprovou-se então uma torção de  $1 \frac{1}{2}$  voltas da porção intravaginal do cordão, torção essa que se fazia da esquerda para a direita, e que foi em seguida desfeita.

O testículo e o epidídimo apresentavam-se túrgidos, particularmente o último, e exibiam uma coloração vermelha arroxeadada, comprovando a congestão passiva a que ficaram sujeitos. Sobre os mesmos foram feitas irrigações de soro fisiológico aquecido e injeção de 1 empola de Prostigmine na vaginal visceral edemaciada, visando-se a melhoria das condições circulatórias. Pouco tempo após já se notava uma diminuição do arroxeamto e do edema.

Foi efetuada a fixação do testículo à hemibolsa escrotal correspondente, após sutura por pontos separados da vaginal parietal evertida. Sutura do soalho do canal inguinal. Sutura da aponevrose do grande oblíquo na parte mais alta da incisão, deixando aberta a sua porção inferior, para manter o testículo livre de pressões. Sutura do tecido celular subcutâneo e agrafes na pele.

Nos dois primeiros dias após a intervenção, o paciente apresentou elevação da temperatura:  $38^{\circ},5$  e  $37^{\circ},4$ , respectivamente para cair a  $36^{\circ},5$  no terceiro dia. Retirada dos pontos no 4.º dia, tendo havido cicatrização por primeira intenção e desaparecimento de todos os sinais locais. Palpava-se o testículo na parte superior da hemibolsa escrotal direita. O doentinho ainda não foi revisto.

Ambos os casos podem ser classificados como de vólculo do testículo, pois a torção se fez dentro da vaginal, variedade 10 vezes mais frequente que a torção extravaginal, denominada "bistournage" pelos franceses. A denominação mais expressiva é a de "torção intravaginal", comumente empregada pelos autores; a expressão "vólculo" também está bem aplicada, de acordo com a significação da palavra, cuja derivação do latim traz a idéia de torcer, volver sobre si mesmo; a terminação encerra um sentido diminutivo, ligado à palavra "volvo", também usada em português com a mesma significação. Assim, neste caso tanto poderíamos dizer: volvo ou vólculo ou torção intravaginal do testículo. Já não se pode ser tão liberal no declinar a denominação da outra espécie de torção: ter-se-á que dizer "torção extravaginal", votando ao esquecimento a expressão "bistournage" usada pelos franceses e adotada pelos ita-

lianos, que dizem "bitorsione". Ora, "bistournage", como bem traduziram os italianos, quer dizer "torção dupla"; isso não indica a localização do processo e tanto poderia ser aplicado quando a torção é extra como quando é intravaginal. A palavra tem apenas uma significação histórica. "Bistournage" era o nome que se dava na França e na Espanha à castração por torção dos cordões espermáticos sem abertura das bolsas, indicada principalmente nos ruminantes, sendo às vezes insuficientes as duas volta para produzir a atrofia dos testículos, pelo que se aconselhava dar tres voltas. É manobra dos domínios da Veterinária. No homem seria uma contingência de extrema raridade. Walker publicou um caso de torção bilateral, mas com o intervalo de algumas semanas entre um acidente e outro e disse não ter encontrado na literatura nenhuma citação de torção bilateral (1931). Dada a necrobiose observada no homem, é fácil de se compreender porque a palavra foi introduzida na literatura médica, em 1904, por Lapointe, que usou da expressão "bistournage accidental", para diferenciar da veterinária, que é proposital. Mas seu emprego só seria razoável na torção bilateral do cordão espermático do homem.

Voltemos aos nossos casos.

Quanto ao gráo, trata-se de torções completas; quanto ao sentido, no caso III a torção do cordão do lado direito se fez para a direita, fugindo assim à regra de Lauenstein, que estabelece torcer-se o testículo direito para a esquerda e o testículo esquerdo para a direita. Essa regra tem apresentado muitas excessões, como nos dois casos de Vitale.

No que se refere à etiopatogenia, vejamos em separado as causas predisponentes e as causas eficientes. Entre as primeiras, destaca-se a presença de um certo número de anomalias anatômicas, todas de grande significação no aparecimento de uma torção de cordão. Estas são as seguintes:

1) Ectopia testicular inguinal, que aparece em mais de 50 % dos casos de torção. Ufreduzzi fala mesmo em 60 %. Paulo de Almeida Santos cita 44 torções em testículo ectópico para 17 situados nas bolsas, ou 72 % (é de 64,3 % nos casos brasileiros). Ocorrendo a ectopia em 1,25 % dos homens, vemos a especial importância deste fator. A criptorquídia condiciona a ausência do ligamento escrotal e confere assim grande mobilidade ao testículo.

2) Mesorquio excessivamente longo e estreito, como nos nossos casos; esta condição facilita sobremaneira o vólculo do testículo, pois ao invés de uma lamina serosa, fixando o testículo à vaginal parietal, temos apenas um pedículo na parte mais alta do órgão, junto à terminação do cordão espermático. O testículo fica, pois, livre na cavidade vaginal, apenas preso ao cordão, como o badalo de um sino; "suspenso e livre, como o coração dentro do pericárdio", na comparação de Reclus; "pendurado como um fruto por

seu pedículo, e exposto ao rigor das intempéries", na expressão feliz de Nicoladoni.

3) Forma achatada do testículo; pela própria situação anômala testículo em pleno conduto inguinal, procede-se a sua adaptação à forma do continente e, portanto, o seu achatamento. Segundo Ufreduzzi, a forma achatada da glândula favorece a torção, pois requer uma força ativa menor do que aquela necessária para torcer um testículo arredondado. Neste, a força ativa deve agir até que a torção seja completa; num testículo achatado, a força age um pouco mais que a metade, sendo a torção completada depois pela própria elasticidade da cavidade que contém o órgão. Considere-se ainda a manutenção do estado de torção, pela forma achatada do testículo mais fácil de ser fixada pelos elementos do canal inguinal. A destorção só se processaria espontaneamente se agisse em sentido contrário a mesma causa que determinou o vólculo testicular, isto é: uma contração muscular enérgica; mas tal fator é pouco provável de se manifestar, devido à reação dolorosa local.

Em nosso caso III existia um fator predisponente de suma importância, a nosso ver, e que não encontramos referido em nenhum trabalho publicado sobre o assunto. Conforme consignamos em nossa observação, ao se abrir a vaginal parietal houve saída de pequena quantidade de líquido seroso citrino. Note-se que geralmente se encontra na vaginal um derrame hemorrágico, e não apenas seroso. Torna-se difícil estabelecer se a transudação desse líquido é anterior ou posterior ao fenômeno agudo da torção; na primeira hipótese, e explicando-se a hidrocele por um traumatismo prévio sobre o testículo ectópico, verifica-se-ia o afastamento das duas túnicas serosas e o envolvimento do testículo em meio líquido. Assim sendo, o órgão se libertaria da pressão externa desigual, maior no sentido antero-posterior, para sofrer uma pressão igual em toda a sua superfície, facilitando assim o mecanismo da torção. Não podemos, entretanto, dar um valor absoluto a esse fato, pois o derrame seroso poderia ser uma consequência apenas da congestão venosa causada pela torção.

No que se refere às outras causas predisponentes, encarecidas pelos diversos autores, não as enumeramos, por não havê-las observado em nossos casos.

Estudadas as causas predisponentes, vejamos as causas eficientes. Entre elas só uma pôde representar, em nossos casos, algum papel no desencadeamento do acidente agudo e constitui, no conjunto das causas predisponentes, o fósforo que incendeia a pólvora... Referimo-nos ao esforço físico, traduzido em contração muscular. Estando o testículo situado no conduto inguinal, compreende-se a influência que exercem sobre ele os músculos do abdome ao se contraírem, determinando sobre o órgão mudanças de posição. Para outros têm papel mais importante as fibras do cremaster, cuja con-

tração brusca é que seria a causa eficiente da torção, principalmente nos casos de torção extravaginal.

Quanto a um possível traumatismo, agindo sobre a região inguino-abdominal, são negativos os dados da anamnese em todos os nossos casos.

O diagnóstico, em nossos 2 pacientes, foi fácil, devendo-se esse fato à heterotopia do testículo. As hipóteses de um processo inflamatório, tais como orquite, tuberculose aguda do epidídimo, adenite, etc. foram logo postas de lado. Poder-se-ia, talvez, pensar em estrangulamento herniário, mas então os sinais locais e gerais assumiriam maior intensidade. A única causa de confusão diagnóstica seria a torção de uma hidátide de Horgagni ou de outro qualquer anexo embrionário, mas nestes casos os sinais objetivos seriam discretos em contraposição com a dor acusada pelos pacientes.

O diagnóstico prévio exato nem sempre é feito. Na estatística de Dreilholz, há somente 7 diagnósticos certos em 73 casos, ou seja 9,4 % de erros. Esse autor coligiu os primeiros casos assinalados na literatura, quando a condição mórbida ainda não era bem conhecida. Para que o médico lembre a possibilidade de uma moléstia relativamente rara, de regra ele já terá visto um caso, seja na sua clientela, seja na de outros colegas. Foi o que sucedeu conosco: foi feito o diagnóstico prévio desde o primeiro caso registrado no Serviço porque um de nós já havia observado a contingência mórbida na clínica do prof. Benedito Montenegro, quando ali trabalhava (Eurico Branco Ribeiro).

O prognóstico, no que se refere à integridade funcional da glândula, é, no geral, desfavorável. Baseando-nos na melhoria rápida das condições locais observada em nosso caso III, logo após a destorção do cordão, temos a esperança de verificar ausência de atrofia.

Quando o paciente recebeu alta, não acusava nenhum sinal local ou geral de degeneração do testículo.

Porcile realizou experiências em cães praticando torções de diversos graus; para as torções de 360°, isto é, de 1 volta, estabeleceu que o tempo útil para a destorção é de 3 a 4 dias.

Em cães, Zafragnini obteve atrofia em 24 horas com torção simples e em 13 horas com torção dupla. Em 16 horas verificou Enderlein efeito nocivo da ligadura dos vasos do cordão.

Segundo as experiências citadas por Donovan, a atrofia sobrevém se a torção perdurar 30 horas; para Campbell seriam necessárias 48 horas, conforme experiências feitas em cães. Mas há numerosos casos de operados com poucas horas e em que a necrobiose do testículo resultou em atrofia. (Nash, com 1 hora de torção). Isso faz crer que não se deve levar em conta tão só o fator tempo, mas também certas circunstâncias locais, como a compressão pela parede do conduto inguinal, o número de voltas, a intensidade do enfarte hemorrágico, etc.

O nosso terceiro paciente foi operado 2 ½ dias depois do acidente agudo, portanto dentro do prazo útil; era portador, entretanto, de uma torção de 1 ½ voltas; nos outros 2 casos houve atrofia da glândula.

Para terminar, duas palavras sobre a profilaxia da torção do cordão espermático. Sendo ocorrência comum na criptorquídia, o tratamento desta deve ser feito em tempo útil, não só por sua função hormonal, mas ainda mesmo quando está perdida, depois da puberdade, para prevenir o acidente da torção. A cirurgia fará seja a fixação do testículo na bolsa escrotal, seja a orquidectomia, em indivíduos adultos, quando a glândula não se desenvolveu. Contra o tratamento hormonal da criptorquídia na infância, levantam-se Fernando Etchegorry e Janicelli, de Montevideo, alegando que ela pode produzir puberdades precoces, devendo ser usada somente como meio de prova, com o fim de verificar si há descida com doses que não sejam prejudiciais.

\* \* \*

Conforme prometemos no início deste trabalho, vamos encerrá-lo com um ligeiro apanhado sobre os casos da literatura médica nacional.

Como se vê do quadro junto, foram relatados no Brasil, ao que pode apurar a nossa pesquisa bibliográfica, somente 14 casos de torção de testículo, dois dos quais não tiveram comprovação cirúrgica. Dos casos operados, em 4 foi feita a castração, em 6 a destorção e fixação do testículo e em 2 somente a destorção. Quanto à idade, a torção ocorreu até os 10 anos em 4 casos ou 28,6%; dos 11 aos 20, em 6 casos ou 42,8%; e dos 21 aos 30 anos, em 4 casos ou 28,6%. O lado preferido foi o esquerdo, com 8 casos, ou 57,2%, contra 6 à direita, ou 42,8%. Houve 10 casos de diagnóstico prévio; descontados os 2 de tratamento médico, são 8 casos comprovados em 12 operações, o que eleva a porcentagem de diagnóstico certo a 66,6%. Em 5 casos o testículo estava na bolsa escrotal; a torção se deu em testículo ectópico em 9 casos, ou em 64,3%, o que demonstra mais uma vez que a ectopia predispõe à torção. A presença de líquido hemático é a regra; nos casos assinalados só uma vez foi encontrado líquido seroso na vaginal. Igualmente só uma vez foi registada a torção extravaginal num total de 12 comprovações cirúrgicas, o que dá a relação de 1 para 11. O número de voltas da torção variou de menos de uma (2 casos) a 3 (2 casos), sendo o mais comum 2 voltas, o que ocorreu em 5 casos num total de 11 comprovações. Quanto ao sentido da torção, os 8 casos em que foi assinalada vêm até certo ponto confirmar a regra de Lauenstein; do lado direito, 3 torceram para à esquerda; do lado esquerdo, 3 torceram para a direita, havendo uma excessão em cada lado.

Casos de torção do testículo publicados no Brasil

Características	AMÉRICO VALÉRIO		ALÍPIO CORREIA NETO		B. MONTENEGRO		PEDRO MOURA	
	(I) 1927	(II) 1933	(I) 1928	(II) 1931	1929	(I) 1931	(II) 1932	
Anos.....	30 anos	22 anos	15 anos	14 anos	8 anos	20 anos	25 anos	
Idade.....	—	esquerdo	esquerdo	direito	direito	direito	esquerdo	
Lado.....	—	+ de 1 dia	4 dias	5 dias	3 dias	—	—	
Duração.....	torção	torção	hérnia estrangulada	torção	provável torção	torção	torção	
Diagnóstico.....	presente	presente	presente	ausente	presente	ausente	ausente	
Ectopia.....	—	hemático	hemático	hemático	hemático	hemático	—	
Líquido.....	—	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	—	
Sêde.....	—	3 voltas	2 voltas	2 voltas	1 volta	2 voltas	—	
Torção.....	—	para a direita	para a esquerda	para a esquerda	—	para a esquerda	—	
Sentido.....	médico	destorção + fixação	ectomia	destorção + fixação	ectomia	destorção	médico	
Tratamento.....	—	local	narcose	narcose	narcose	local	—	
Anestesia.....	—	39°,8	36°,9	37°,5	37°,3	—	—	
Temperatura...	—	—	—	—	—	—	—	

(Continua)

Características	A			U			T			O			R			E			S							
	EURICO BRANCO RIBEIRO									CAMENALE FILHO			MANOEL CAETANO			ARMANDO TEMPORAL			MOYSÉS BARMACK							
Anos.....	(I) 1931	(II) 1938	(III) 1944	2 anos	6 anos	3 anos	20 anos	14 anos	1936	1938	1939	23 anos	12 anos	1938	23 anos	12 anos	1938	23 anos	1939	23 anos	12 anos	1938	23 anos	1939	23 anos	
Idade.....	2 anos	6 anos	3 anos	esquerdo	esquerdo	direito	esquerdo	esquerdo	14 anos	12 anos	23 anos	14 anos	esquerdo	1936	12 anos	1938	12 anos	1938	23 anos	1939	12 anos	1938	12 anos	1939	23 anos	
Lado.....	esquerdo	esquerdo	direito	esquerdo	esquerdo	direito	esquerdo	esquerdo	esquerdo	esquerdo	esquerdo	esquerdo	esquerdo	direito	esquerdo	esquerdo	esquerdo	esquerdo	direito	direito	esquerdo	esquerdo	esquerdo	direito	direito	
Duração.....	4 dias	5 dias	2 dias	4 dias	5 dias	2 dias	2 dias	2 dias	3 dias	2 horas	7 dias	3 dias	2 horas	3 dias	2 horas	7 dias	2 horas	2 horas	7 dias	7 dias	2 horas	2 horas	2 horas	7 dias	7 dias	
Diagnóstico.....	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	torção	
Ectopia.....	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	presente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	presente	
Líquido.....	—	hemático	seroso	—	hemático	seroso	hemático	hemático	hemático	hemático	hemático	hemático	hemático	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	ausente	hemático	
Séde.....	extravaginal	intravaginal	intravaginal	extravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	intravaginal	
Torção.....	—	2 voltas	1 ½ voltas	—	2 voltas	1 ½ voltas	2 voltas	2 voltas	< 1 volta	2 voltas	2 voltas	2 voltas	2 voltas	< 1 volta	3 voltas	3 voltas	3 voltas	3 voltas	< 1 volta	< 1 volta	< 1 volta	< 1 volta	< 1 volta	< 1 volta	< 1 volta	
Sentido.....	—	—	para a direita	—	—	para a direita	—	—	para a esquerda	—	—	—	—	para a esquerda	para a direita	para a direita	para a direita	para a direita	para a esquerda	para a esquerda	para a esquerda	para a esquerda	para a esquerda	para a esquerda	p. a direita	
Tratamento.....	destorção	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção	destorção + fixação	destorção + fixação	ectomia	ectomia	destorção + fixação	ectomia	ectomia	ectomia	ectomia	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	destorção + fixação	ectomia	
Anestesia.....	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose	narcose
Temperatura.....	36°,2	36°,0	37°,5	—	36°,0	37°,5	—	—	39°,0	—	—	—	—	39°,0	—	—	—	—	37°,0	—	—	—	—	—	37°,0	

Nota. — O caso I de ALÍPIO CORREIA NETO e o de BENEDITO MONTENEGRO foram publicados na tese de doutoramento de JOSÉ DE MELO ROSATELLI, São Paulo, 1929. O caso de MOYSÉS BARMACK foi publicado no *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, em colaboração com LUÍS CONCÍLIO e JOSÉ MARIA DE FREITAS. Os demais foram publicados pelos respectivos operadores.

## AUTORES CONSULTADOS

- ALMEIDA e SANTOS (Paulo de) — “A ectopia testicular e seu tratamento”, tese do Rio, O Globo, Rio, 1930.
- BAILEY (Hamilton) — “Diseases of the testicle”, H. K. Lewis & Co., Londres, 1936.
- BRUMBERG (Nathan) — “Les torsions aiguës et subaiguës du testicle ou de ses annexes chez les enfants et les adolescents”, tese de Paris, Libr. M. Lac, Paris, 1932.
- CAETANO (Manoel) — “Sôbre um caso de torção do testículo”, Revista Médica de Pernambuco, VI, 338, setembro de 1936.
- COMENALE FILHO — “Sôbre um caso de torção de testículo ectópico”, Revista da Associação Paulista de Medicina, I, 439, setembro a dezembro de 1932.
- CONCILIO (Luiz), FREITAS (José Maria de) e BARMACK (Moysés) — “Torção do cordão espermático”, Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, XXIV, 129, março de 1940.
- CORREIA NETO (Alípio) — “Sôbre um caso de torção do cordão espermático”, Publicações Médicas, S. Paulo, V, 4, agosto de 1933.
- EMILIANI (Pietro) — “Su due casi di torsione spontanea del testicolo”, L’Ospedale Maggiore, XX, 487, agosto de 1932.
- ETCHEGORRY (Fernando) — “Torsión del cordón en un testículo ectópico”, Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, XIII, 321, 1942.
- GUÉRIN (Robert) — “Sur sept cas de torsion de l’appareil épидidymo-testiculaire”, Journal de Médecine de Bordeaux, CXV, 71, 16-23 de julho de 1938.
- ILLAIRE (Louis) — “Contribution à l’étude des “orchites” de cause mécanique (la torsion du cordon spermatique chez le nourrisson)”, tese Montpellier, Languedoc Médica, Montpellier, 1931.
- MATHIS (Rodolfo I.) — “El síndrome de torsión de los órganos genitales masculinos”, La Semana Médica, Buenos Aires, L, 58, 8 de julho de 1943.
- MAZZINI (Osvaldo F.) — “Falsas orquiepididimitis de la infancia por torsión del testículo”, La Prensa Médica Argentina, XXIII, 2610, 18 de novembro de 1936.
- MOURA (Pedro) e DUARTE (Mário Campelo) — “Torção do cordão espermático”, Boletim da Academia Nacional de Medicina, Rio, CII, 741, 14 de abril de 1932.
- ORMOND (John K.) — “Torsion of the testicle”, The Journal of the American Medical Association, CXI, 1910, 19 de novembro de 1938.
- RIBEIRO (Eurico Branco) — “Torção do cordão espermático em testículo ectópico”, Estudos cirúrgicos, 1.ª Série, 89, São Paulo, 1934.
- ROSATELLI (José de Mello) — “Tese inaugural”, 1929, São Paulo.
- TEMPORAL (Armando) — “Torção do testículo”, Arquivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia, Recife, V, 385, junho de 1938.
- TESTUT e JACOB — “Tratado de Anatomia Topográfica”, 5.ª Edição, II, 636, 1932.
- THOREK (Max) — “Surgical errors and safeguards”, 4.ª Edição, 752, 1943.
- TICOZZI (Ercole) — “Torsione del funicolo spermático”, L’Ospedale Maggiore, XX, 487, agosto de 1932.
- VALERO (Américo) — “Um caso de torção dos elementos do cordão espermático direito”, Brasil Médico, XLII, 420, 21 de abril de 1928.
- VALERIO (Américo) — “Torção dos elementos do canal deferente”, A Patologia Geral, Rio, XIX, 10, janeiro de 1934.

VITALE (A.) — “Su due casi di torsione spontanea del testicolo”, Il Policlinico, chirurgica, Roma, maio, de 1931, resumido em La Clínica Cirurgica, Milão VIII, 229, fevereiro de 1932.

WALKER (Kenneth) — “Un caso di torsione bilaterale del cordone spermatico”, The British Journal of Urology, dezembro de 1931, resumido em Il Policlinico, pratica, Roma, XXXIX, 1337, 22 de agosto de 1932.

\* \* \*

A propósito da apresentação deste trabalho, o dr João Noel von Sonnleithner fez na sessão de 17 de outubro de 1944 da Sociedade Médica São Lucas as seguintes “Considerações sobre a grafia e o significado da palavra torção”:

“O dr. Eurico Branco Ribeiro, acertadamente, fez notar em seu trabalho feito em colaboração com o dr. Lauro Justus, intitulado *Torção do cordão espermático em testículo ectópico*, que reina certa confusão na grafia da palavra “torção”, escrevendo-a alguns com “ç” e outros com “s”. A confusão, entretanto, não se limita exclusivamente ao modo de grafar o vocábulo, mas se estende ao próprio significado. Há, pois, duas questões a resolver: a primeira ortográfica; a segunda semantológica.

Vejamos a primeira. Como devemos escrever corretamente o vocábulo: com *c* ou com *s*?

Para chegarmos a uma conclusão exata, é indispensável procurar a etimologia de “torção”. Qual a origem dessa palavra? A nosso ver, só pode ter uma origem: ela provém do latim, isto é, de *tortio-tortionis*, substantivo da 3.<sup>a</sup> declinação, proveniente do verbo *torquere*.

Este verbo, que dimana da raiz sânscrita *tark* e cujos tempos primitivos são *torqueo-torques-torsi-tortum e torsum-torquere* (= torcer), apresenta-se com dois supinos, como se vê: *tortum e torsum*. Do verbo *torquere* dimanam, entre outros, os seguintes vocábulos, formados dentro da própria língua latina: *torsio-onis* (com *s*) e *tortio-onis* (com *t*).

Pelas leis que regem a trasladação das consoantes e vogais, do latim (e do grego também), para o português, sabemos que a palavra torção (com *ç*) deve ser escrita com *c*, se quisermos tomar como seu étimo *tortio-onis*, porque o *t* latino, seguido de *i* (ou no grego de *ι ε* ou do ditongo *ει*) e de vogal, passa para o português muitas vezes, com o valor de sibilante e grafado com *c*. Como por exemplo podemos citar “porção”, proveniente de *portio-onis*; “inserção”, proveniente de *insertio-onis*; asserção, proveniente de *assertio-onis*; hemácia, que provém do grego *αιμάτιον*; “sincício”, proveniente de *syncytium-ii*; aristocracia, que provém de *ἀριστοκρατία-ας*; quiromancia, que provém de *χειρομαντεία-ας*; “Lácio”, que provém de *Latiu-ii*. Porém, o mesmo não acontece,

se o *t* for precedido de *s* ou de *x*, como em *εὐχαριστία-ας* (eucaristia), *Ostia-ae* (cidade da Itália) *hostia-ae* (partícula sagrada) *ostium-ii* porta, orifício; dinastia proveniente de *δυναστεία-ας*, em que o *t* não se tornou sibilante, isto é continuou como consoante dental.

Há em latim o verbo *torrere*, que dimana da raiz sânscrita *tars*, e cujos tempos primitivos são torreo-torres-torru-torsum-torrere (= queimar). Do verbo *torrere* provém as palavras *tostus e torridus*, mas não encontramos na relação dos derivados deste mesmo verbo o vocábulo *torsio-onis* (com *s*) como regista Saraiva em seu *Dicionário Latino-Português*. Alguns poucos dicionaristas latinos não fazem aparecer em suas obras a palavra *torsio-onis* com *s*. Outros, e entre eles Quicherat, só o fazem, assinalando o vocábulo com o cunho de arcaísmo ou neologismo. Por isso achamos que *torsio-onis* escrito com *s* e tendo por origem o verbo *torrere* não é legitimamente aceitável. *Tostum*, supino de *torrere*, só poderia dar logicamente: *tostio-tostionis* (que não existe em latim, mas que forçosamente daria *tostão* em português, palavra que existe em nossa língua, mas provindo do italiano ou francês, tendo como significado uma moeda).

Embora queira Saraiva fazer *torsio-onis* (com *s*) provir do verbo *torrere*, não encontramos apóio filológico, que possa endossar tal afirmação.

Em Calepinus (*Septem linguarum, Lexicon Latinum* — in usum Seminarii Patavini — Patavi 1736) encontramos as duas formas: *torsio-onis* com *s*) e *tortio-onis* (com *t*), dando êste autor, a ambas as formas, idêntico valor.

Além de ser *torsio-onis* (com *s*) uma forma, segundo alguns, pouco canônica, não é derivada de *torrere*, mas sim de *torsum*, supino de *torquere*, segundo os melhores autores, dentre os quais Forcellini, autor do grande Dicionário latino, em 6 volumes, além de 2 volumes onomásticos, complementares.

Há uma série de vocábulos, tais como *aspersão, detersão, imersão, e versão*, que, pela sua parte final apresentam semelhança com a palavra *torção*. Todos esses vocábulos são escritos em latim com *s*. (*versio-onis, aspersio-onis, detersio-onis, imersio-onis*) e por essa razão passam para o português também com *s*.

No mais antigo, que pude consultar, de todos os dicionários da nossa língua (*Vocabulário português e Latino* oferecido ao rei D. João V da autoria do padre Raphael Bluteau, pregador da rainha de Inglaterra, Henriqueta Maria de França, e qualificador do Sagrado Tribunal da Inquisição de Lisboa) publicado em 1712 e formado por 10 volumes, encontramos a palavra *torção* (com *ç*) como proveniente do latim *torsio-onis* (com *s*).

Se admitirmos que a palavra *torção* seja oriunda de *torsio-onis* escrita com *s*, é tolerável a grafia *torsão* (com *s*). Mas ainda nesse caso tem o mesmo significado que torção (escrito com *ç*) e é derivado do mesmo verbo *torquere*.

Contudo, há dicionários da nossa língua, que trazem o vocábulo *torsão* escrito com *s*, tendo como étimo *tortio-onis* (escrito com *t*) como é o caso do *Dicionário da Língua Portuguesa* de Antônio Morais Silva (natural do Rio de Janeiro) — edição fac-similada da Livraria Francisco Alves, publicada em 1922, comemorativa do Primeiro Centenário da Independência do Brasil, fotografada pela “*Revista da Língua Portuguesa*”, sob a direção de Laudelino Freire e correspondente à edição de 1813, dedicada ao Príncipe Regente D. João VI.

Acompanha Morais, Eduardo Faria, autor do *Novo Dicionário da Língua Portuguesa* impresso em 1850, dedicado a S. M. D. Fernando II, duque de Saxonia-Coburgo-Gota e rei de Portugal.

Essa transladação (*tortio-onis*) com *t* — dando em português *torsão* (com *s*) não pode ser aceita, à luz do estudo do histórico das consoantes e em obediência às leis que regem a translação do latim e do grego para o português.

Não nos admiremos da confusão de um dicionarista, como Saraiva firmando que *torsão* com *s*, vem de *torrere*, cujo supino é *tostum*. Também o nosso grande Morais foi um grande dicionarista, e, não obstante, asseverou que *remanso* podia ser escrito com *s* ou com *ç* (cedilhado); e, à frente, põe a origem: vem do latim *remansus* (com *s*). Ora, se *remansus* tem *s*, como poderia dar *remanso* (com *ç*)? Acredito que neste ponto Morais seguiu as pegas de Bluteau, que incide no mesmo erro.

\* \* \*

Vejamos a segunda questão, isto é, a questão do sentido do vocábulo. Nos dicionários latinos encontramos *tortio-onis* significando torção, torcedura, ato de voltar, ato mecânico de torcer ao lado do significado de dores de entranhas, dor aguda dos intestinos, causada pela disenteria ou cólica biliosa, isto é, dores de cólicas, que obrigam o doente a se torcer, a se virar ou é resultado da torcedura a que estão sujeitos os órgãos. Além destes significados, encontramos também nos dicionários mais antigos da nossa língua a palavra *torsão* com *s* equivalente à palavra *torção* (com *ç*) como sinónimo de terçol, isto é, “empolinha que nasce nas pestanas”, como vemos, por exemplo, em Bluteau, ou “empola que nasce na capelinha do olho, e sópora”, como se encontra em Morais (1813).

Saraiva, no “*Dicionário Latino-Português*”, quando trata da palavra *torsio-onis*, escrita com *s* e a considera derivada do verbo *torrere*, lhe dá a significação de dor de entranhas, dor de cólicas, e não menciona o sentido de ato mecânico de torcer ou virar.

Em conclusão: Devemos escrever *torção* (com *c*) significando o ato de torcer, de virar, de voltar ao lado do significado, hoje pouco usado em medicina, e sinónimo de cólica, dor de entranhas.

Não há razões que apoiem *torção* escrito com *s*, como provindo de *torrere*. (\*) Não há motivo para sustentar a distinção entre *torsão* escrita com *s*, significando dores de queimação, dores abdominais, cólicas, etc. e *torção* (escrito com *ç*), traduzindo o ato mecânico de torcer.

Entre os dicionaristas modernos não há discrepância. Todos eles são unânimes em grafar a palavra *torção* unicamente com *ç*. E’ o que encontramos em Cândido de Figueiredo (*Novo Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa* — edição de 1925), Antenor Nascente (*Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa* — Primeira e Única Edição de 1932).

O *Vocabulário Ortográfico* de Gonçalves Viana (1911) — mestre dos mestres — só traz *torção* com *ç*. O *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, publicado pela Academia das Ciências de Lisboa em 1940, sob a direção do Prof. Rebêlo Gonçalves e os dois publicados pela Academia Brasileira de Letras (1931 e 1943) só trazem uma forma: *torção* com *ç*.

\* \* \*

Como disse o dr. Eurico Branco Ribeiro, procurar saber se uma palavra foi escrita corretamente é questão de capital importância. Não devemos, pois, de modo algum, desprezar essa e outras questões de linguagem. Não vai em nossa afirmativa qualquer idéia de hipertrofia do valor da lingüística.

Não levamos ao exagêro as questões de linguagem. De que serve, com efeito, corrigir esta ou aquela grafia, acertar uma ou outra prosódia, se compararmos isso com a descoberta de um novo medicamento, com a descrição de uma nova técnica operatória ou com o êxito alcançado numa intervenção cirúrgica? A linguagem, contudo, tem por finalidade a expressão do nosso pensamento e por isso merece a nossa atenção. Se a palavra escrita é a expressão das nossas idéias, para que estas sejam fielmente expostas, será necessário que as palavras que as representam sejam corretamente escritas.

E’ bem exato que na linguagem comum há muitos erros, que não se podem mais corrigir. Mas na linguagem erudita ou científica nunca será tarde para emendar tudo o que for considerado inexato (J. I. Louro), haja vista, por exemplo, o que acontece com as palavras “piossalpinge” e “hematossalpingio”. E’ preferível dizer-se, respectivamente, salpingopiesia e salpingemia. Também não será difícil acostumar-nos a dizer escorreitamente: o diabeta, a ciste, uma hematémese, a lípase, a diástase, distinguir ázigo e áziga, dizer a hemóstase, a diérese, a varicocele e os leucócitos”.

\* Veja *torção* do cordão espermático em testículo ectópico. — Bol. do San. São Lucas, VI, jan. 1945.

## Fisiopatologia da varicocele \*

A varicocele é uma contingência fisiológica. Si o sangue renal não encontra facilidade para seu escoamento pelas veias normais, ele procura novo caminho, servindo-se da veia espermática em sentido contrário da corrente, para buscar o acesso à veia cava inferior através das anastomoses existentes entre essa veia e as demais que são vizinhas, conforme demonstrou radiologicamente Eduardo Cotrim. O aumento da circulação dessa nova via e a falta de planos resistentes que contenham as paredes venosas determinam a ectasia e o alongamento das veias na última porção do canal inguinal e na região escrotal, dando nascimento à varicocele. Mas o refluxo não é permanente. Há circunstâncias fisiológicas e outras mais que o provocam. Existem fases, por vezes longas, em que ele não se dá: um exame feito nessas circunstâncias não surpreende o refluxo e é por isso que alguns autores não o têm encontrado em até 25 % dos casos (Ivanissevich).

Estudos recentes provam que o refluxo venoso é apenas uma mudança transitória no sentido da circulação (Richard Heller).

Em seus estudos em varicoceles submetidos a injeção venosa de substância de contraste, verificaram Eduardo Cotrim e Jarbas Barbosa de Barros que, quando o doente está em posição horizontal, o escoamento sanguíneo se faz pelos troncos venosos que desembocam mais cranialmente; com o doente de pé, a tendência do líquido de contraste é excoar-se por troncos venosos que desembocam mais caudalmente, servindo-se das anastomoses com as funiculares, íliaca externa, safena interna, femural, pudenda externa e veias sinfisárias.

Lohr e Toelle estudaram a circulação venosa das varizes, servindo-se, como Cotrim, do meio radiológico, e concluíram que o ciclo vicioso ou refluxo venoso é apenas um fenômeno transitório.

O trabalho, isto é: o esforço, e o aumento da pressão abdominal podem produzir o refluxo. Schmier não encontrou refluxo em casos em que havia insuficiência valvular, mostrando assim que não é essa circunstância anatômica mas uma condição fisiológica o que

\* Comunicação à Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa em 5 de maio de 1944 e à II Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná, em Londrina, a 10 de setembro de 1945.

determina o aparecimento de moléstias como as varizes e o varicocele. Usando uma substância opaca aos raios X e de peso específico praticamente igual ao do sangue, esse autor verificou que a corrente seguia cranealmente; mas si o paciente fazia uma expiração profunda ou um esforço, o contraste corria para as extremidades, com inversão, portanto, da corrente circulatória. O refluxo obtido por outros autores em veias com válvulas insuficientes seria devido á injeção violenta do contraste ou ao maior pêsso deste em relação ao do sangue.

Casanueva e Velasco procuraram provar que a importância do refluxo é proporcional à intensidade e à duração do esforço. Utilizando-se de doentes que estavam sendo operados de varicocele, ligaram as veias do cordão a um manômetro e verificaram que, em posição horizontal, a pressão inicial era igual a zero; a inclinação da mesa operatória a um ângulo de mais ou menos 45° provocou uma pressão positiva pequena; a tosse ou o esforço muscular determinaram pressão positiva em região com o grau e duração do esforço; obtiveram, assim, pressão até de 36 centímetros de água; mais acima, no espaço de Bogros, a pressão da espermática atingiu até 40 centímetros de água. Essas medidas provam que a ectasia venosa, raramente observável na porção abdominal, onde a pressão é maior, vem a verificar-se onde não há planos que comprimam as veias, embora aí a pressão sanguínea sejam mais baixa.

Para alguns autores, o aumento da pressão venosa condiciona o aparecimento da dor. Assim se explicariam as dores depois dos esforços físicos e das grandes caminhadas. Surraco diz que basta pinçar com dois dedos o cordão em cada um dos seus extremos e simultaneamente, para que, pelo mecanismo do aumento da tensão dentro da envoltura fibrosa, as dores se produzam ou se exagerem; diz, também, que com a contração do cremaster a dor será tanto mais violenta quanto maior fôr o esforço. A distensão da bainha fibrosa, comprometendo a inervação, seria a causa das dores.

A ligadura da veia ou das veias espermáticas acima do canal inguinal de regra produz o desaparecimento paulatino da varicocele (Ivanissevich). Isso ocorre porque o sangue venoso proveniente da renal não pôde mais transitar pela veia espermática, buscando, forçosamente, outra via mais exigua para alcançar o coração direito, possivelmente por intermédio da anastomose com a pequena ázigos, conforme nos ensina a embriologia ou pelos demais "canais de segurança" de Fagarasanu. Enquanto isso, privado do sangue venoso renal, tendo que suprir apenas o excoamento do sangue venoso proveniente do testículo e da bolsa escrotal, o sistema varicoceleoso entra em regressão paulatina, desaparecendo aos poucos o tumor venoso, à medida que as paredes vasculares vão readquirindo a sua elasticidade, nos casos em que isso é ainda possível.

A existência de uma rica rede anastomótica com a renal esquerda é circunstância que os anatomistas têm assinalado, estranhando sua

ausência à direita. Nem fisiologistas nem clínicos ainda deram a devida importância a esse sistema de derivação venosa, que forma "verdadeiros canais de segurança" para a circulação de retorno do rim esquerdo, conforme ultimamente ponderou Eduardo Cotrim, apoiando-se em Fagarasanu. Entretanto é ele que garante o excoamento do sangue venoso do rim nos casos em que a varicocele é tratada pela secção ou ressecção das veias.

E' conhecida a grande capacidade do organismo em crear uma circulação colateral ou derivativa eficiente; não fôra isso e certamente os processos mais em voga de tratamento da varicocele já teriam sido abandonados, pois todos eles se fundam na interrupção da circulação. Felizmente nos ensina a fisiopatologia experimental que mesmo a ressecção da origem da veia cava inferior é seguida de distúrbios passageiros, sendo que as colaterais se desenvolvem rapidamente, embora só mais tarde se vão tornando calibrosas (René Fontaine e Sausa Pereira). Pode-se estabelecer o paralelismo, dentro da etiologia mecânica da varicocele, dizendo que a circulação derivativa através do sistema espermático se estabelece de pronto com o pinçamento intermitente da veia renal esquerda e a ectasia vascular aos poucos se vai operando, acentuando-se na porção em que as veias são menos protegidas. Vicente Bertola afirma que a debilidade da parede abdominal "indubitavelmente favorece a ectasia venosa".

A estase venosa produz posteriormente a sintomatologia clínica.

## Modalidade de anestesia para operações sôbre o penis \*

Tendo lido as boas referências feitas por Magid e Culp a respeito da anestesia do penis pela infiltração dos corpos cavernosos, ensaiamos essa modalidade de anestesia em alguns casos, com resultados plenamente satisfatórios. Isso nos animou a trazer o assunto à discussão, por nos parecer que se trata de uma técnica simples, útil e, portanto, merecedora de maior divulgação.

Todo cirurgião sabe que a anestesia local pela infiltração subcutânea à volta do penis oferece inconvenientes, como os do edema às vêzes demorado e os da infecção em casos de balanite, ulcerações, câncer, etc.

Por vêzes também a simples infiltração não nos proporciona anestesia na extensão desejada, principalmente quando as lesões atingem a glande. Em tais casos, tem-se usado, entre nós, a anestesia complementar por meio de mais uma picada em plena glande, nas imediações do freio do prepúcio. E', por certo, um recurso útil, porém penoso para o doente, que, além de já ter experimentado as consequências de uma anestesia insuficiente, vai sofrer mais uma picada de agulha em lugar muito sensível.

Com a anestesia por infiltração dos corpos cavernosos, todos esses inconvenientes são afastados. Magid e Culp dizem que se trata de um método de administração simples e efeito dramático, querendo com isso significar a excelência de um resultado talvez inesperado.

A técnica é de fácil execução: após desinfecção da raiz do penis com alcool, iodo, ácido pícrico, mertiolato ou outro qualquer preparo do campo operatório, o anestesista firma o penis entre o polegar e o indicador da mão esquerda e com a seringa contendo o anestésico na mão direita faz a introdução da agulha num dos corpos cavernosos por picada paramediana, evitando a veia dorsal do penis, superficial e facilmente visível. Tendo sentido a penetração da agulha em pleno corpo cavernoso em virtude da resistência que êle oferece, o anestesista injeta 5 cc. da solução anestésica, retirando a agulha para fazer imediatamente nova picada paramediana do outro

\* Comunicação à Sociedade Médica São Lucas, em 10 de outubro de 1944.

lado, com o fim de alcançar o outro corpo cavernoso, no qual também injeta 5 cc. de anestésico. O anestésico aconselhado é a novocaina a 2% com gotas de adrenalina. Temos usado a Surócaina a 2% e Sinalgan, embora neste preparado a dosagem seja mais fraca. A agulha não precisa ser grossa nem muito comprida. Parece desnecessário aspirar com o embôlo antes de injetar o anestésico, para prevenir a sua entrada na circulação venosa, mas esse cuidado pode ser tomado, como é de regra quando se age em qualquer território muito irrigado.

A injeção nos corpos cavernosos não determinam edema local, nem imediato, nem tardio. Em regra geral a anestesia se processa logo a seguir à injeção, mas às vezes o operador necessita esperar 10 a 20 minutos para haver completa perda de sensação dolorosa no prepúcio. A anestesia abrange todo o penis e a uretra anterior, não se estendendo ao escroto nem ao períneo. Dura 3 a 7 horas, sem produzir a menor modificação na anatomia e fisiologia do penis, conforme a larga experiência de Magid e Culp, que vai além de 300 intervenções. Segundo esses autores, têm plena indicação na circuncisão, na redução cruenta ou incruenta da parafimose, na excisão de tumores da porção distal do penis, na fulguração de condilomas, na meatotomia, no fechamento de fístulas peneanas.

A ausência de manifestações secundárias é tida como consequência de uma demorada absorção do anestésico infiltrado nos corpos cavernosos.

O mecanismo da anestesia ainda não está bem explicado. De acôrdo com os anatomistas, a inervação do penis vêm do nervo pudendo interno e do plexo pélvico, não devendo ser atingidos os ramos nervosos dessa origem pelo anestésico deixado no interior dos corpos cavernosos, a não ser por imbibição posterior. Testut diz que o ramo superior ou peniano do pudendo interno, também chamado nervo dorsal do penis, segue pela goteira ali existente em virtude da justaposição dos corpos cavernosos e vai terminar na glândula, distribuindo-se seja na sua mucosa, seja no seu corpo esponjoso. De caminho, esse nervo abandona numerosos ramos colaterais, que se estendem por sobre os corpos cavernosos e se distribuem em parte neles próprios e em parte na pele que os recobre.

Ora, para se obter a anestesia da pele, por meio de um anestésico lançado dentro dos corpos cavernosos, deve-se pensar que esse anestésico tenha refluído através dos orifícios de penetração dos ramúsculos cutâneos ao nível do nervo dorsal do penis. Então viria a pergunta: não seria mais fácil depositar o anestésico entre os corpos cavernosos, na raiz do penis, onde passa o ramo do pudendo interno que nos interessa atingir, fazendo, assim, uma anestesia troncular? É que assim vamos ter os inconvenientes assinalados: edema da região, perigo de injetar na luz de vasos, etc.

Demais, si os resultados são satisfatórios, por que modificar a técnica?

*Discussão* — O dr. Ney Penteado de Castro relatou a experiência de um caso, em que houve demora no se processar a anestesia, mas em que a operação foi realizada sem auxílio de qualquer outro meio anestésico. O dr. Oscar Bruno referiu-se à absorção lenta do anestésico, estranhando esse fato observado pelos autores americanos. O dr. Eurico Branco Ribeiro lembrou que a solução anestésica aconselhada é a 2%, devendo ser talvez por isso prolongado o efeito anestésico. O dr. Oscar Bruno pensa que o motivo de a anestesia perdurar tanto tempo (3 a 7 horas) deve corresponder a mecanismo semelhante ao que mantém o sangue nos corpos cavernosos durante a ereção do penis, isto é: à ação do "fascia penis": contração dos músculos do períneo, ou simplesmente o tonus muscular, impedindo que o anestésico penetre rapidamente na circulação.

## Recomendações para os visitantes \*

### AJUDE O DOENTE A SARAR

#### *Horário:*

— Não visite os doentes no período da manhã, pois é reservado para curativos, visita médica, arranjo de quartos; desde às 8 horas, pode usar o telefone.

— Não visite doentes nos três primeiros dias da operação; indague dêles sómente pelo telefone ou do acompanhante, fóra do quarto.

— Não demore mais do que dez minutos, por mais íntimo que seja, amigo ou mesmo parente chegado do doente; o enfêrmo deve ser acompanhado apenas por uma pessoa, podendo esta revezar-se com outras.

#### *Proibições:*

— Não insista em ver o doente, si o médico proibiu visitas.

— Não leve crianças ao hospital.

— Não faça visita a doentes, si estiver resfriado ou com tosse ou si esteve em contacto com portadores de moléstias infecciosas.

— Não fume no quarto de doentes.

— Não se sente nas camas.

— Não dê aos doentes doces, frutas ou outros alimentos, sem prévia autorização do médico assistente.

— Não faça barulho que perturbe os doentes.

— Não dê a mão ao doente, ao cumprimentá-lo.

\* Prescrições discutidas, emendadas e aprovadas na sessão de 17 de outubro de 1944 da Sociedade Médica São Lucas.

*Conversação:*

- Não converse em tom alto.
- Não converse sobre moléstias ou doentes, evitando comparações que possam despertar desconfiança.
- Não faça indagações sobre a moléstia do doente, nem sobre a operação que sofreu ou o tratamento que está seguindo.
- Não fale sobre fatos tristes nem sobre assuntos que possam aborrecer o doente.

## II Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná \*

A 2.<sup>a</sup> Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná constituiu um verdadeiro sucesso. Convidada especialmente para participar dos trabalhos, a Sociedade Médica São Lucas foi desta vez representada pelo seu primeiro secretário, na impossibilidade de também comparecer o presidente dr. Hercílio Marrocco.

Numerosos médicos do norte do vizinho Estado reuniram-se por alguns dias na cidade de Londrina, para onde também acorreram daqui de São Paulo o prof. Benedito Montenegro, os drs. Dante Pazzanese, Olavo Pazzanese, Celso Godoy, Saulo Moura Costa e quem vos fala.

Diariamente se realizaram sessões para apresentação e discussão de trabalhos e sessões operatórias na Santa Casa, todas muito concorridas.

Nas sessões plenárias sempre se notou a presença de senhoras, que acompanharam com muito interesse o desenrolar das discussões. Entre as contribuições apresentadas mereceram muitos comentários as do prof. Benedito Montenegro sobre cirurgia das vias biliárias, do dr. João Dias Ayres sobre divertículo do apêndice, do dr. Celso Godoy sobre cancer do colo uterino, do dr. Newton Câmara sobre leishmaniose, do dr. Adolfo Barbosa Góes sobre miiases, do dr. Dante Pazzanese sobre as lesões cardíacas não valvulares, do dr. Olavo Pazzanese sobre radiologia do tórax, do dr. Lima Teles sobre profilaxia do tracoma, etc. Tivemos a oportunidade de fazer uma exposição sobre a fisiopatologia da varicocele e sobre a técnica operatória do tratamento que seguimos nessa doença.

Entre as operações feitas, destacou-se a que foi dada ao prof. Montenegro e que consistiu em uma gastroduodenectomia parcial. A nós nos coube a ocasião de operar um caso de úlcera estenosante do duodeno e outro de ciste da tireoide.

O encerramento da "Semana" deu-se em solene banquete, durante o qual falaram vários oradores, entre os quais o dr. Barbosa Góes, em nome da Associação Médica de Londrina; o prof. Mon-

\* Relatório lido em 25 de setembro de 1945 perante a Sociedade Médica São Lucas.

tenegro, em nome dos convidados; o dr. Hermínio Conde, do Serviço Federal de Profilaxia do Tracoma, que no dia seguinte inaugurou junto à Santa Casa local o primeiro Hospital de Tracoma do Brasil, e o dr. Anísio Figueiredo em nome dos médicos organizadores do certame. A nós foi dada a honra de levantar um brinde às senhoras presentes.

Durante toda a realização da Semana, os médicos locais foram inexcusáveis em gentilezas para com todos os congressistas de outras cidades.

Ao terminar esta ligeira referência a tão significativa "Semana", fazemos votos para que ela continue a se repetir cada ano, para maior progresso da ciência médica. E que tão útil exemplo sirva de estímulo para que em muitas outras partes do Brasil também se organizem congressos regionais de Medicina.

## Índice da matéria contida nos volumes I a V

### A

- Abcesso apendicular, II, 76; IV, 107; V, 164.  
 — crônico, IV, 95.  
 — de nervos na lepra, II, 9; IV, 31; V, 77.  
 — do fígado (drenagem no —), III, 104.  
 — hepático IV, 161 e 162.  
 — — (incisão para abertura), III, 53.  
 — — e frenicectomia, I, 206 e 207.  
 — pararretal, III, 153.  
 — pneumocócico; III, 101; IV, 95.  
 — do pulmão e frenicectomia, I, 206 e 207.  
 — retropeitoral, II, 195.  
 — — (etiopatogenia), III, 157.  
 — tífico, III, 91.  
 — — e traumatismo, II, 197.  
 Abdome agudo, IV, 204 e 210.  
 — — (drenagem) III, 103.  
 — — palúdico, IV, 113.  
 — — na pancreatite, III, 31.  
 — — (incisões), III, 53 e 178; IV, 185; V, 129.  
 Ablação dos gânglios do pescoço, I, 45.  
 Acesso cirúrgico à vesícula, IV, 185.  
 Acetonúria e apendicite, II, 85.  
 Acidente do trabalho, II, 203.  
 — — e hérnia inguinal, IV, 245.  
 Acidentes do trabalho, I, 167; III, 85.  
 — — e nacionalidade dos trabalhadores, I, 169.  
 Ácido fênico no tétano, II, 182.  
 Acromegalia e primeira moléstia de Recklinghausen, I, 126.  
 Adenite catarral, I, 216.  
 — pneumocócica, IV, 91.  
 — sífilítica, IV, 21.  
 Adenocarcinoma do apêndice, I, 113.  
 — da vesícula biliar, I, 189.  
 Adenomioma, I, 221.  
 Águas medicamentosas naturais, IV, 165.  
 Alça jejunal (pesquisa da —) V, 111.  
 Alcoolismo e litíase biliar, I, 156.  
 — — vesicular, II, 132.  
 Alcoolização do mesoapêndice, IV, 112.  
 — nervo frênico, I, 211.  
 — — pressacro, IV, 233.  
 Alergia e ileite, V, 165.  
 — e lepra, IV, 31.  
 Alimentação para operados de estômago — V, 127.  
 Alterações osseas na primeira moléstia de Recklinghausen, I, 125.  
 Alumínio metálico nas queimaduras e fístulas, V, 57.  
 Amastia, I, 78.  
 Amebose do ceco, V, 168.  
 Ambulatórios, I, 170.  
 Anaeróbios e apendicite, II, 73.  
 Anafilaxia e pancreatite aguda, III, 41.  
 Anatoxina tetânica, II, 167.  
 Anestesia arterial, V, 38 e 40.  
 — através dos corpos cavernosos, V, 209.  
 — (estatística), V, 26.  
 Anestesia loco-regional, V, 27.  
 — para operações sobre o penis, V, 209.  
 — troncular, V, 27.  
 — venosa, V, 29.  
 — cutânea na primeira mol. de Recklinghausen, I, 121.  
 — em cirurgia gástrica, III, 178.  
 — empregada no Serviço, II, 234 e V, 26.  
 — local associada a sulfanilamida, III, 141; IV, 110.  
 — para a operação de bócio, IV, 29.  
 — raqueana (complicações), III, 9.  
 Anomalias dentárias, I, 141.  
 — mamárias, I, 57.  
 — da vesícula biliar, IV, 171.  
 Antro de Highmore, I, 142.  
 — pilórico (hipertrofia em anel do —), II, 89, 105 e 119.  
 Apendicite, IV, 113.  
 Apêndice (corpo estranho do —), IV, 105 e 106.  
 — (divertículo do —), IV, 115 e 123.  
 — (1890 intervenções sobre o —), IV, 103.  
 — (litíase do —), IV, 107.  
 — (miadenoma do —), I, 116 e 221.  
 — perfuração do — na febre tifóide, I, 175.  
 — (tumores do —), I, 113 e 221.  
 Apendicectomia (incisões), V, 151.  
 — nas perfurações tíficas, I, 183.  
 — IV, 9.  
 Apendicite e acetonúria, II, 85.  
 — aguda e hérnia de Richter, IV, 129.  
 — — (drenagem na —) III, 104.  
 — e cancer do colo, IV, 135.  
 — e gravidez, III, 109.  
 — tífica de Dieulafoy, I, 184.  
 — — perfurativa, V, 159.  
 — pseudo-neoplásica, V, 166.  
 — tumoral, V, 166.  
 Apendicites, IV, 103.  
 Apendicular (crise), IV, 109.  
 Aólasia dentária, I, 144.  
 Arcada dentária dupla, I, 144.  
 Arco posterior do atlas (ressecção), II, 55.  
 Arterial (via —) no emprêgo da sulfanilamida.  
 — (a via —) em terapêutica, IV, 9, V, 37.  
 — 43, 51 e 53.  
 — (teste de circulação), V, 43.  
 Arteriografia, V, 38.  
 Arterioterapia, IV, 9.  
 Ascaris e pancreatite aguda, III, 42 e 132.  
 Ascite (aspecto do líquido), I, 28.  
 — (diagnóstico diferencial), I, 18 e 40.  
 — livre, I, 24 e 40.  
 — tuberculosa, I, 18.  
 Assistentes do Serviço, V, 23.  
 Asma e frenicectomia, I, 208.  
 Atavismo em hipermastia, I, 80.  
 Atlas (osteíte supurativa do —), II, 49 e 55.  
 Atonia intestinal posoperatória, II, 59.  
 Atrofia esclerosada do rim, I, 8.  
 — renal hidronefrotica, I, 8.  
 Autonefrectomia, I, 8.  
 Avitaminose e litíase biliar, I, 157.

## B

- Bacilo coli (papel do — na febre tifóide), I, 181.  
 Bacinete de Bocca, I, 107.  
 — (fibrose do —), I, 8.  
 Bacteriemia intestinal e litíase vesicular, I, 157.  
 Bacteriologia das infecções renais, I, 13 e 53.  
 Bala intrassea, III, 127.  
 Barometria e cefaléia posraqueanestésica, III, 15.  
 Bexiga (dente na —), I, 141.  
 — (paresia posoperatória da —), II, 59.  
 Bicarbonato de sódio no tétano, II, 181.  
 Bilateralidade do cancer do ovário, I, 26, 39 e 41.  
 Bilihumina, I, 158.  
 Biopsia do nervo cubital, II, 17.  
 Blastomicose da língua, III, 101.  
 Bócio, IV, 27.  
 Broncórrea, III, 73.  
 Bronquiectasia e frenicotomia, I, 206 e 207.

## C

- Cadeias ganglionares do pescoço, I, 45.  
 Calcificação no fígado, IV, 159.  
 — de quisto pancreático, IV, 149.  
 Cálculo urinário (constituição), I, 13.  
 — vesicular, IV, 177.  
 — de carbonato de sódio, I, 157.  
 Cálculos vesiculares (facetados), I, 155.  
 — (múltiplos), III, 149.  
 — (palpação dos —), IV, 183.  
 Calculose biliar, I, 155.  
 — e radiograma negativo, I, 110.  
 — renal, III, 69.  
 — com pionirose, I, 5.  
 — urinária (gênese), I, 7 e 14.  
 — vesicular, II, 199.  
 — e cancer, II, 130.  
 Canal da dentição de leite, I, 150.  
 Cancer do apêndice, I, 133 e 221; IV, 103 e 108.  
 — de bácia, I, 45.  
 — do colo proximal, IV, 133.  
 — (o combate ao —), III, 49.  
 — do fígado, I, 193.  
 — gástrico (tamanho do nicho radiológico no —), IV, 68 e 69.  
 — e hipermastia, I, 80.  
 — (incidência em vários países), I, 190.  
 — e litíase biliar, I, 198.  
 — (sinais de suspeita), III, 50.  
 — da vesícula biliar, I, 189.  
 — (prevenção), II, 129.  
 Cangurú (tendão de — na osteosíntese), III, 133.  
 Carcinóide do apêndice, I, 113 e 223.  
 Carcinoma do ovário, I, 23.  
 Carcinomatoso abdominal, I, 25.  
 Carie dentária, I, 142.  
 Carótidas (injeções nas —), V, 37 e 38.  
 Caseose dos nervos na lepra, II, 9; . . IV, 31; V, 77.  
 Castração em torção do cordão, I, 94.  
 Catinga de mulata, II, 60.  
 Ceco (afecções), V, 163.  
 Cecostomia, I, 182; IV, 111.  
 Cefaléia posraqueanestésica, III, 9.  
 Cesareana e pituitrina intramural, IV, 231.  
 Chalazoderma, I, 121.  
 Choque na transfusão de sangue, III, 79.  
 Ciática e abscesso pararretal, III, 155.  
 — e miosite ossificantes, III, 206.  
 Circulação arterial (teste), V, 43.  
 Cirrose hepática e calculose, I, 156.  
 — em diagnóstico de ascite, I, 18.  
 Cirurgia conservadora do ovário, II, 135.  
 — (estatística de um ano), II, 233.  
 — gástrica (detalhes de técnica), III, 177.

## D

- Cirurgia (pesquisa do jejuno), III, 180; V, 111.  
 — plástica, IV, 17.  
 Ciste (ver "quisto").  
 — epidermoide da falangeta VI, 35; V, 69.  
 Cistite, I, 55.  
 Citoesteatonecrose, II, 145.  
 Classificação dos bócios, IV, 28.  
 — das heterotopias dentárias, I, 146.  
 Clavícula (dente na —), I, 141.  
 Clima e operações, V, 18.  
 Colangiografia, III, 43.  
 — operatória, IV, 197.  
 Colecistidese, IV, 180.  
 Colecistite aguda com ruptura da vesícula, III, 121.  
 — na pancreatite aguda, III, 32 e 130.  
 Colecistotomia, III, 60.  
 — ideal, IV, 179.  
 Colédoco (desobstrução do —), IV, 193.  
 Coledocostomia, IV, 193.  
 Colégio Brasileiro de Cirurgiões, V, 45.  
 Colelitíase (a loja cística de Dufour na —), II, 199.  
 Colelitogênese, I, 155.  
 Coleperitônio, I, 109.  
 Colibacilúria, I, 53.  
 Cólica hepática e éter, IV, 196.  
 Colo (cancer do —), IV, 133.  
 Coluna vertebral (osteite do atlas), II, 49 e 55.  
 Composição dos cálculos biliares, I, 111.  
 Conduta do cirurgião nos quistos do ovário, I, 31.  
 — nas perfurações tíficas, I, 175.  
 — no íleo biliar, V, 141.  
 Congressos Médicos (II Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná), V, 215.  
 Consultório (movimento), V, 30.  
 Cordão espermático (torção) I, 89; V, 189.  
 Cornos cutâneos, V, 61.  
 Corpo estranho no apêndice, IV, 105 e 106.  
 — intraosseo, III, 127.  
 Corpos cavernosos (anestesia através dos —), V, 209.  
 Costela (fratura da primeira) V, 99.  
 Crâneo (dente no —), I, 155.  
 Criptorquídia, I, 89; V, 189.  
 Cutâneo (Cornos), V, 61.
- Deformidade de Madelung, III, 89.  
 Degeneração de quisto do ovário, I, 22.  
 Delgado (obstrução do —) V, 93.  
 Dente ectópico, I, 139.  
 Dentes extranumerários, I, 144.  
 — supranumerários, I, 144.  
 Dentição (3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup>, 5.<sup>a</sup> e 6.<sup>a</sup> —), I, 145.  
 Dermatolises, I, 121.  
 Desobstrução do colédoco, IV, 193.  
 Desperdício biliar, IV, 179.  
 Dez mil operações, V, 9.  
 Diafragma vaginal, IV, 171.  
 Dieta para operados de estômago, V, 127.  
 Dismenorréia (alcoolização do nervo pressacro na —), IV, 233.  
 Divertículo do apêndice, IV, 115 e 123.  
 Diverticulite do ceco, V, 168.  
 Doença de Albarran, I, 49.  
 Drama abdominal de Dieulafoy, III, 33 e 130.  
 Drenagem em cirurgia abdominal, III, 103.  
 — do peritônio, I, 182, IV, 111.  
 Duodeno (descolamento do —), III, 179.  
 — (perfuração iminente do —), IV, 83.  
 — (tratamento do coto do —), III, 180.  
 — (tratamento da úlcera do — por transfusão de sangue incompatível), III, 79.  
 — (úlceras múltiplas do — e do estômago) IV, 71.

## E

- Ectopia dentária, I, 139.  
 — testicular, I, 152.  
 — com torção, I, 89.  
 Edema pancreático agudo, I, 144.  
 — trófico circunscrito, III, 12.  
 Emagrecimento nos tumores do ovário, I, 39.  
 Embolia pulmonar, III, 154.  
 Encravamento de cálculo no colédoco, IV, 193.  
 Enderterite obliterante, V, 45.  
 Endocrinologia em suas relações com a odontologia, I, 143.  
 Endocrinopatias e primeira moléstia de Recklinghausen I, 126.  
 Endometriose, I, 227; V, 167.  
 Enterocoele, IV, 129.  
 Enxertia em cancer do abdome, I, 227.  
 — do ovário, I, 41.  
 Epidermoide (quisto) da falangeta, IV, 35.  
 Epilepsia por dente ectópico, I, 140.  
 Epiplon (torção), V, 165.  
 Esclerodermia, III, 12.  
 Espinha ventosa, IV, 42.  
 Estagnação da bile e calculose, I, 157.  
 Estase urinária e calculose, I, 14.  
 Estatística do Serviço em 1935, II, 233.  
 — (dez mil operações) V, 9.  
 Estenose do piloro, II, 93; IV, 79.  
 — por hipertrofia em anel no adulto, II, 89, 105 e 119.  
 — gástrica prepilórica, V, 121.  
 Esterilização da mulher (técnica), V, 187.  
 Estômago (cancer do —), III, 51.  
 — (dente no —), I, 141.  
 — (drenagem na cirurgia do —), III, 103.  
 — (hipertrofia em anel do ântro pilórico), II, 89, 105 e 119.  
 — (ressecção subtotal), IV, 49.  
 — (úlceras do —), IV, 49, 53 e 65.  
 — tratamento pela transfusão de sangue incompatível III, 79.  
 — múltiplas, IV, 71.  
 — (vaseolejamento), V, 103.  
 — (estenose prepilórica), V, 121.  
 — (pesquisa do jejuno em cirurgia do —) V, 111.  
 — (recomendações para operados de —) V, 127.  
 Eter-alcool na desobstrução do colédoco, IV, 196.  
 Eter na cólica hepática, IV, 196.  
 Eventração e frenicotomia, I, 214.  
 Exame prévio dos trabalhadores, I, 169.  
 Exostose traumática, III, 191.  
 Exvasiamento ganglionar do pescoço, I, 45.
- Facies ovárica, I, 19.  
 Falangeta (quisto epidermoide da —), IV, 35.  
 Febre tifóide (profilaxia), I, 172.  
 — (perfurações na —), I, 175.  
 — (supurações tardias na —), III, 91.  
 Femur (fratura fissurária do —), II, 203.  
 Ferimentos por lapis-tinta, III, 189.  
 Fermentos e litíase biliar, I, 158.  
 Fibrolipoma da perna, III, 123.  
 Fibroma do apêndice, I, 115; IV, 103.  
 Fibromioma do apêndice, I, 227.  
 — gigante, III, 183.  
 Fichamento dos dentes, V, 11.  
 Fígado (cancer do —), I, 193.  
 — (incisões para cirurgia do —), III, 53.  
 — na litíase biliar, I, 157 e 158.  
 — (nódulo calcificado do —), IV, 159.  
 Filtrados bacterianos à Besredka, I, 131.

## F

- Fisiopatologia da varicocele, V, 205.  
 Fistula dentária, I, 140.  
 — estercoral, IV, 140.  
 — lombo-brônquica, III, 69.  
 — lombo-entérica, III, 69.  
 — pleural tuberculosa, III, 97.  
 Fistulas cólicas, III, 77.  
 — duodenais, III, 77.  
 — estercorais após operações sobre os rins, III, 77.  
 Fistulização do intestino na febre tifóide, I, 176.  
 Flora da apendicite, II, 73.  
 Fórmula dentária, I, 144.  
 Fragmentação espontânea de cálculos, I, 200.  
 Fratura fissurária do fêmur, II, 203.  
 — do osso frontal, I, 231.  
 — da primeira costela, V, 99.  
 Frenicotomia fora da tuberculose, I, 205.  
 Frênico (cirurgia do nervo —), I, 205.  
 — (secção traumática) V, 99.  
 Frenicoexerese, I, 205.  
 Frenicotomia bilateral, I, 213.  
 Frontal (fratura do —), I, 231.  
 Funcionamento da vesícula biliar, I, 156.  
 Fossa ilíaca direita (tumores inflamatório) V, 163.

## G

- Gânglios (exvasiamento dos — do pescoço), I, 45.  
 Gangrena, V, 44.  
 — do apêndice (soroterapia na —), II, 73.  
 — do pulmão e frenicotomia, I, 206 e 207.  
 Gastrite estenosante, II, 113.  
 Gastro-jejunosomia, III, 180.  
 Gastroptose e frenicotomia, I, 207.  
 Ginecomastia, I, 78.  
 Glândulas endócrinas e os dentes, I, 143.  
 — sebáceas e hipermastia, I, 83.  
 Glicosúria na pancreatite aguda, III, 37.  
 Goma sífilítica, IV, 24.  
 Goteira do frênico, I, 216.  
 Grandes operações (crítico), V, 14.  
 Granuloma leproso, II, 10.  
 Gravidez e apendicite, III, 109.

## H

- Hansen (moléstia de —), ver lepra.  
 Hematemese, III, 81.  
 Hematopleura e frenicotomia, I, 208.  
 Hematúria em urterorráfia, III, 188.  
 Hemicolectomia, V, 168.  
 Hemólise na transfusão de sangue, III, 83.  
 Hemoperitônio (drenagem no —), III, 105.  
 — ovariano, IV, 213 e 219.  
 — em quisto dermoide, IV, 219.  
 Hépatoptose e frenicotomia, I, 207.  
 Hérnia acidente do trabalho, III, 85; IV, 245.  
 — crural, IV, 123.  
 — diafragmática e frenicotomia, I, 206.  
 — epigástrica, I, 213.  
 — inguinal em infortúnica, IV, 245.  
 — de Richter, IV, 129.  
 Hérnias gigantes e frenicotomia, I, 208 e 215.  
 — múltiplas, IV, 123.  
 Heterotopia dentária, I, 139.  
 — preodôntica, I, 142.  
 Hidronefrose, I, 8 e 14.  
 Hidropsia aguda da vesícula biliar, I, 103.  
 Hiperadrenalismo, II, 113.  
 Hipercolesterolemia, I, 157.  
 Hipermastia, I, 57.  
 Hipertensão arterial e mioma, III, 187.

Hipertelia, I, 63.  
 Hipertermia raqueanestésica, III, 12.  
 Hipertrofia em anel da musculatura do ântró pilórico, II, 89, 105 e 119.  
 — congênita do piloro, II, 108.  
 Hiponíquo, IV, 45.  
 Histeropexia à Maltez, IV, 223.  
 Hodghin (moléstia de —), V, 93.  
 Hospitais de emergência, I, 161.  
 — onde operamos, V, 22.

## I

Identificação de um dente heterotópico, I, 142.  
 Leite terminal, IV, 112; V, 165 e 168.  
 Ileo biliário V, 141.  
 Ileo paralyticus, II, 59; IV, 100.  
 Imagem radiográfica dos cálculos biliares, I, 111.  
 Imunização local à Besredeka, I, 131.  
 Incisão em cirurgia gástrica, III, 178.  
 — para colecistotomia, IV, 185.  
 — em grelha V, 129.  
 — para a apendicectomia, V, 151.  
 — estética ideal na frenicectomia, I, 126.  
 Incisões para cirurgia do fígado e vias biliares, III, 53; V, 129.  
 Incontinência do piloro, II, 93.  
 Infecção e calculose, I, 157.  
 — no cancer da vesícula, I, 201.  
 Infecções urinárias altas, I, 49.  
 Infortunística, IV, 18.  
 — (a hérnia inguinal em —), IV, 245.  
 Injeções intracardiacas, IV, 10.  
 — intrarteriais, III, 146; IV, 9, V, 37, 43, 51 e 53.  
 Insônia, III, 12.  
 Insucessos na vacinação local, I, 131.  
 Intestino (dente no —), I, 141.  
 — (obstrução) V, 93.  
 — — posgastrectomia, IV, 87.  
 — (paresia do —), II, 59.  
 — (perfuração do — na febre tifóide), I, 175.  
 — (peristaltismo na peritonite aguda), IV, 97.

## J

Janela jejuno-inframesocólica, IV, 87; V, 114.  
 Jejuno (pesquisa do —), III, 180; V, 111.

## K

Klebsiella capsulatus, I, 13, 14 e 53.

## L

Lapis-tinta (ferimento por —), III, 189.  
 Lepra (casose de nervo na —), II, 9; IV, 31; V, 77.  
 — nervosa, III, 45.  
 — e traumatismo, II, 12.  
 — tuberculóide, IV, 31.  
 Levantar precoce, IV, 112.  
 Linfogranulomatose, V, 167.  
 Língua (blastomiose da —), III, 101.  
 Linha láctea, I, 71 e 81.  
 — mamária, I, 64, 69 e 81.  
 Lipoma e quisto sebáceo, III, 169.

Lipomas da primeira moléstia de Recklinghausen, I, 122.  
 Lipomatose simétrica e primeira moléstia de Recklinghausen, I, 122.  
 Líquido céfalo-raquídeo (perda do — em fratura do frontal), I, 231.  
 Literatura médica (pesquisa de —) V, 49.  
 Litíase biliar, I, 155.  
 — — e alcoolismo, I, 156.  
 — — e cancer, I, 198.  
 — — (composição e imagem radiográfica), I, 111.  
 — — (fragmentação espontânea), III, 122.  
 — — e pancreatite, II, 147 e 152; III, 131.  
 — renal (caso singular), III, 69.  
 — — (com plonefroze), I, 5.  
 — urinária (gênese), I, 7 e 14.  
 — vesicular e alcoolismo, II, 132.  
 — — e cancer, II, 130.  
 — — produzindo hidropsia, I, 103.  
 Locovacinação dos focos purulentos, I, 131.  
 Loja cística de Dufour, I, 155; II, 199; IV, 177.  
 — litogênica do cístico, I, 155.  
 Luxação do cotovelo, III, 206.

## M

Mal de Hansen, II, 9.  
 Malária e apendicite, IV, 113.  
 — (profilaxia), I, 171.  
 Malformações e sífilis, I, 150.  
 Malignidade do quisto do ovário, I, 37 e 38.  
 Maltez (histeropexia à —), IV, 223.  
 Mama (cancer da —), III, 50.  
 — supranumerária, I, 57.  
 Manchas hiperocrômicas na primeira moléstia de Recklinghausen, I, 124.  
 Marsupialização, IV, 91.  
 Mastite pneumocócica, IV, 95.  
 Maturidade dos quistos, IV, 36 e 151.  
 Menarca e tumor do ovário, I, 27.  
 Meningocele e quisto sebáceo, III, 168.  
 Mesentério comum, IV, 104.  
 Metástase ganglionar do pescoço (incisão de Squirru para ablação), I, 45.  
 Metrorragia nos miomas, III, 187.  
 Micose do ceco, V, 167.  
 Migração do folículo dentário, I, 142.  
 Mioadenoma do apêndice, I, 116 e 221.  
 Mioma do apêndice, I, 227.  
 — gigante III, 183.  
 Miosite ossificante III, 191.  
 Moléstia de Hodkin, V, 93.  
 — de Mikulicz, III, 86.  
 — de Munchmeyer, III, 191.  
 — de Nicolas-Favre, V, 167.  
 — da raquicentese, III, 9.  
 — de Recklinghausen (primeira), I, 117.  
 — de Sinding-Larssen. Johansen, III, 23.  
 — do soro, II, 188; IV, 112.  
 Mortalidade operatória, II, 233.  
 Mucocele do apêndice, IV, 103 e 108.  
 Multimamaria, I, 57, e 63.

## N

Narcore, V, 29.  
 Necrose aguda do pâncreas, III, 31.  
 — de decúbito, III, 11.  
 Nefrolitíase (veja litíase renal).  
 Nervo cubital (biópsia), II, 17.  
 — — na lepra, III, 45.

Nervo frênico (cirurgia do —), I, 205.  
 — — (secção traumática), V, 99.  
 — — pressacro, (alcoolização do —), IV, 233.  
 Nervos (casose dos — na lepra), II, 9; IV, 31; V, 77.  
 Neurofibromatose, I, 117.  
 Neurogranuloma leproso, V, 77.  
 Nevrite leprosa, II, 10; III, 45; IV, 31.  
 Nicho ulceroso e cancer, IV, 68.  
 Nucalgia, III, 11.

## O

Obesidade e pancreatite aguda, III, 35.  
 Obstrução do cólon, IV, 193.  
 — do delgado, V, 93 e 141.  
 — intestinal por bridas, IV, 93.  
 — — por cálculo, V, 141.  
 — — posgastrectomia, IV, 87.  
 Odontoma, I, 140.  
 Óleo de fígado nas queimaduras, V, 57.  
 Omopla (ressecção subtotal), I, 97.  
 Oofarografia, IV, 221.  
 Operabilidade do cancer, IV, 145.  
 Operação cesareana (pituirina intramural na —), IV, 231.  
 — de Cotte, IV, 233.  
 — de Ramstedt, II, 114.  
 Operações (incidência conforme o mês), V, 16.  
 Órgão axilar, I, 84.  
 Orquidopexia (secção da epigástrica na —), I, 94.  
 Oscilação respiratória do frênico, I, 217.  
 Ossificações postraumáticas, III, 191.  
 Osso (corpo estranho intraosseo), III, 127.  
 — frontal (fratura do —), I, 231.  
 Ossos alterações na primeira moléstia de Recklinghausen, I, 125.  
 — osteosíntese com tendão de canguru, III, 133.  
 Osteite fibroquística, I, 126.  
 — supurativa do atlas, II, 49 e 53.  
 — — da omopla, I, 97.  
 — tífica, III, 91.  
 Osteoartrite (penicilina na —) V, 51.  
 Osteocondrose da rótula, III, 26.  
 Osteodistrofia juvenil, I, 126.  
 — quística juvenil, III, 86.  
 Osteoma muscular, III, 191.  
 Osteomielite pneumocócica, IV, 95.  
 — (sul'fanilamida por via arterial na —), IV, 13 e 16.  
 — hematogênica, V, 41, 55.  
 Osteopatia fibroquística descalcificante, I, 126.  
 — (patellae juvenilis), III, 28.  
 Osteosíntese com tendão de canguru, III, 133.  
 Ovariano (hemoperitônio), IV, 213.  
 Ovário (carcinoma), I, 23.  
 — (cirurgia conservadora do —), II, 135.  
 — (conduta do cirurgião nos quistos do —), I, 31.  
 — (quisto dermóide com dente), I, 141.

## P

Pâncreas (pancreatite hemorrágica), III, 129.  
 — (quisto calcificado do —), IV, 149.  
 Pancreatite aguda, III, 31.  
 — — (quisto decorrente da —), IV, 149.  
 — — biliar, III, 39.  
 — — edematosa, II, 139; III, 39.  
 — — esteatonecrotica, III, 30.  
 — — hemorrágica, III, 39 e 129.  
 — — traumática, III, 39.  
 Papilas em quisto do ovário, I, 40.  
 Paquidermocele, I, 121.  
 Paracentese abdominal em quisto do ovário, I, 19.

Parafrênicos, I, 216.  
 Paralísias postraqueanestésicas, III, 11.  
 Paratireoide e deposição de cálcio, IV, 150.  
 Paresia intestinal, II, 59.  
 — vesical posoperatória, II, 59.  
 Pasta de alumínio, V, 57.  
 Patelitis adolescentium, III, 26.  
 Patelose dos adolescentes, III, 23.  
 Pelos (suas relações com os dentes), I, 144.  
 Penicilina nas apendicitis perforativas, V, 159.  
 — — por via arterial, V, 40, 51 e 53.  
 Penis (anestesia) V, 209.  
 Pequenas operações (critério) V, 14.  
 Perfuração do intestino na febre tifóide, I, 175.  
 Periapendicite, IV, 103, 108 e 112.  
 Perícia médico-legal, II, 203.  
 Peristaltismo intestinal, IV, 97.  
 — — e soro de cavalo, IV, 110.  
 Peritonite aguda e peristaltismo intestinal, IV, 97.  
 — — apendicular e soroterapia, II, 73.  
 — — crônica encapsulante, V, 168, 173.  
 — — e pancreatite aguda, III, 32.  
 — — e paralísia intestinal, II, 70.  
 — — tuberculosa, I, 18; III, 105.  
 Perturbações mentais na primeira moléstia de Recklinghausen, I, 125.  
 Pescoço (exvasiamento ganglionar do —), I, 45.  
 Pesquisa de cálculos na vesícula, IV, 183.  
 Petéquias e úlceras do estômago e do duodeno, IV, 51.  
 Pielite, I, 49.  
 Pielonefrite, I, 7, 8 e 55.  
 Pilórico (valor do adjetivo —), II, 144.  
 Píloro (compressão do — por úlcera gigante da pequena curvatura), IV, 65.  
 — (hipertrofia em anel do antro do —), II, 89, 105 e 119.  
 — (incontinência do —), II, 93.  
 — (úlceras do —), IV, 75.  
 Pionefrose calculosa, III, 73.  
 — — fechada, I, 5.  
 Piossalpinge (drenagem no —), III, 105.  
 Pituirina intramural na operação cesareana, IV, 236.  
 Plástica (cirurgia), IV, 17.  
 Pleiomazia, I, 63.  
 Pleura (fístula tuberculosa da —), III, 97.  
 Pleuriz e frenicotomia, I, 206.  
 Plexo hipogástrico superior (bloqueio do —), IV, 233.  
 Pneumococo dando adenite supurativa retroperitoneal, IV, 91.  
 Pneumotorax espontâneo benigno, IV, 199.  
 — — de válvula e frenicectomia, I, 207.  
 Polimastia, I, 57 e 63.  
 Posoperatório (contingências do —), IV, 263.  
 Prata coloidal na cavidade abdominal, IV, 147.  
 — — na peritonite, IV, 98.  
 Prenhez ectópica rota e pancreatite aguda, III, 32.  
 Primeira moléstia de Recklinghausen, I, 117.  
 Procedência dos doentes, V, 20.  
 Processo de Maltez para histeropexia, IV, 223.  
 — — de Witzel no intestino, I, 177.  
 Profilaxia, I, 171.  
 — do tétano II, 159.  
 Prolapso uterino, IV, 125.  
 Propagação do cancer do ovário, I, 41.  
 Prova de Boyden, IV, 150.  
 Pseudoquisto do pâncreas, II, 139; III, 32; IV, 93.  
 Pulmão (ferimento do — e, frenicotomia), I, 206.  
 Punção de quisto do ovário, I, 19.  
 — — raqueana, III, 9.

## Q

Quarto cálculo biliar, I, 157.  
 Queimaduras (sulfanilamidas nas —) V, 48 e 57.  
 — (tratamento) V, 57.

- Quisto calcificado do pâncreas, IV, 149.  
 — dermóide do ovário (com dentes), I, 141.  
 — — — (dando hemoperitônio) IV, 219.  
 — epidermóide da falangeta, IV, 35; V, 69.  
 — hidático do fígado, IV, 93.  
 — — — (incisão para), III, 53.  
 — — — (frenicectomia no —), I, 206.  
 — luteo persistente, IV, 113.  
 — osseo, III, 85; IV, 35.  
 — do ovário, I, 17 e 23.  
 — — — (cirurgia conservadora no —), II, 135.  
 — — — (conduta do cirurgião no —), I, 31.  
 — — — (dermóide), I, 141; IV, 219.  
 — — — (papilífero), I, 21 e 38.  
 — do pâncreas (calcificado), IV, 149.  
 — — — (pseudoquisto), II, 139.  
 — sebáceo, III, 165; IV, 35.

## R

- Radistesia e cancer, III, 52.  
 Radiografia negativa e presença de cálculos, I, 110.  
 Radioterapia na miosite ossificante, III, 209.  
 Raquelalgia, III, 11.  
 Raquena (via — no tratamento do tétano), II, 185.  
 Raqueanestesia, V, 27.  
 Raqueanestesia (complicações), III, 9.  
 — — — (estatística), II, 234.  
 Raquecentese (moléstia da —), III, 9.  
 — — — descompressiva, III, 18.  
 Reação de Wohlgemuth, III, 37.  
 Reconstituição da vesícula, V, 137.  
 Recklinghausen (primeira moléstia de —), I, 117.  
 Recomendações para operados do estômago, V, 127.  
 — — — para visitantes, V, 213.  
 Regime para operados de estômago, V, 127.  
 Ressecção subtotal da omoplata, I, 97.  
 Revisão dos anexos uterinos, IV, 113.  
 Richter (hérnia de —), IV, 129.  
 Rim (litíase do —), III, 69.  
 Rótula (patelose dos adolescentes), III, 23.  
 Rutura incompleta da vesícula biliar, I, 103.  
 — — — da vesícula em peritônio fechado, III, 121.

## S

- Salpingotomia (técnica), V, 187.  
 Sarcoma da omoplata, I, 101.  
 — — — osteogênico, III, 208.  
 Seio extranumerário, I, 57.  
 Semana Regional de Medicina do Norte do Paraná, V, 215.  
 Sensibilidade (perturbações da — na primeira moléstia de Recklinghausen), I, 121.  
 Septo vesicular, IV, 171.  
 Sequelas do tétano, II, 178.  
 Serosite apendicular, IV, 112.  
 Serviço cirúrgico (organização), III, 63.  
 Sífilis e cefaléia posraqueanestésica, III, 14.  
 — — — gástrica, II, 99 e 105.  
 — — — e patelose dos adolescentes, III, 28.  
 — — — e malformações, I, 150.  
 Sifilítica (adenite), IV, 21.  
 Simulação de acidente do trabalho, IV, 252.  
 Sinais de malignidade nos quistos do ovário, I, 38.  
 Sinal de Cullen, III, 36.  
 — — — de Halsted, III, 36.

- Síndrome subcostal aguda de Stajano, IV, 207.  
 — — — enterorrenal, I, 50.  
 Sinistrose, III, 85.  
 Sistematização da hipermastia, I, 72.  
 Solução incoercível e frenicectomia, I, 211.  
 Soro anticóli-perfringens na peritonite, IV, 97.  
 — — — antitetânico, I, 167.  
 — — — de cavalo e peristaltismo intestinal, IV, 110.  
 — — — contra apendicite, II, 73.  
 Soroterapia na apendicite, II, 73.  
 Spina ventosa, IV, 42.  
 Squirru (método de — no exviasamento ganglionar do pescoço), I, 45.  
 Stajano (a síndrome de —), IV, 207.  
 Succusão da vesícula biliar, IV, 183.  
 Sulfanilamida na anestesia local, III, 141; IV, 110.  
 — — — na peritonite, IV, 97 e 109.  
 — — — por via arterial, III, 145; IV, 9, 15, 19 e 20; V, 39 e 43.  
 — — — por via arterial, nas úlceras varicosas, IV, 15.  
 Supramama, I, 63.  
 Supurações tíficas tardias, III, 91.  
 Sutura da parede em cirurgia gástrica, III, 181.  
 — — — da pele na osteosíntese, III, 139.  
 — — — do ureter, III, 188.

## T

- Tanaceto e peristaltismo intestinal, II, 59; IV, 100.  
 Tática na crise apendicular, IV, 109.  
 Tendão de canguru na osteosíntese, III, 133.  
 Tentativa de suicídio como agravante de acidente no trabalho, II, 203.  
 Teoria de Dufour, I, 155; II, 199.  
 Terceira denteição, I, 145.  
 Tese de doutoramento, V, 12.  
 Teste da da circulação arterial, V, 43.  
 Testículo (dente no —), I, 141.  
 — — — (ectopia do —), I, 152.  
 — — — e torção do —, I, 89; V, 189.  
 — — — (vólculo), I, 90.  
 Tétano, I, 167.  
 — — — (aspectos da moléstia), II, 169.  
 — — — (os problemas do —), II, 159.  
 — — — (profilaxia do —), II, 159.  
 — — — (tratamento do —), II, 180.  
 Tique diafragmático, I, 206 e 212.  
 Tireóide (cirurgia da —), IV, 27.  
 Topografia da úlcera gástrica, IV, 53.  
 Torção do cordão espermático, I, 89; V, 189.  
 — — — do grande epiplon, V, 165.  
 — — — ou torsão?, V, 200.  
 — — — de quisto do ovário e pancreatite aguda, III, 32.  
 — — — dos rins, IV, 94.  
 Transfusão de sangue incompatível nas úlceras gástrica e duodenal, III, 79.  
 Tratamento das queimaduras, V, 57.  
 Traumatismo e abcesso, II, 197.  
 — — — e lepra, II, 12.  
 Tuberculosa (adenite), IV, 21.  
 Tuberculose do apêndice, IV, 103 e 108.  
 — — — e fistula pleural, III, 97.  
 Tuberculoma do ceco, V, 167, 168.  
 — — — do ceco, V, 167.  
 — — — e ileite terminal, V, 165.  
 Tumor do ceco (diagnóstico diferencial), I, 18; V, 163.  
 — — — (Conceito de —) V, 163.  
 — — — em eclipse de Tuffier, I, 8.  
 — — — do hipocôndrio direito (diagnóstico), I, 5.  
 — — — do ovário, I, 24.  
 — — — real de Boudet, I, 120.  
 Tumores do apêndice, I, 113 e 221.  
 — — — inflamatório da fossa ilíaca direita, V, 163.

## U

- Úlcera de beijo, IV, 58 e 73.  
 — — — de contacto, IV, 58 e 73.  
 — — — de decalque, IV, 58, 66 e 73.  
 — — — duodenal em iminência de perfuração, IV, 83.  
 — — — (perfuração em peritônio livre), IV, 83.  
 — — — (reconhecimento de —), III, 178.  
 — — — espelho, IV, 58 e 73.  
 — — — gástrica, II, 92 e 125.  
 — — — alta, IV, 49.  
 — — — e cancer, IV, 68.  
 — — — gigante, IV, 65 e 69.  
 — — — (localização da —), IV, 53, 75 e 77.  
 — — — da parede anterior, IV, 53.  
 — — — da parede posterior, IV, 51 e 54.  
 — — — (pilórica), II, 93; IV, 75.  
 — — — e traumatismo, IV, 67.  
 — — — pilórica, II, 93; IV, 75.  
 — — — varicosa e sulfanilamida intraarterial, IV, 15.  
 Úlceras gástricas e duodenais múltiplas, IV, 52 e 71.  
 — — — perfuradas e pancreatite aguda, III, 32.  
 — — — (tratamento por transfusão de sangue incompatível), III, 79.  
 Ureter (secção do —), III, 188.  
 Ureterorrria, III, 188.  
 Urina (acetonúria na apendicite aguda), II, 85.  
 Uronefrose, I, 8.  
 Útero (cancer do —), III, 50.  
 — — — duplo ou didelfo, I, 78.

## V

- Vascolemomaneto gástrico, V, 103.  
 Vacinação antitetânica, II, 167.  
 — — — antitífica, I, 172.

- Vacinação arterial, IV, 9 e V, 39.  
 — — — local, I, 55.  
 — — — dos focos purulentos, I, 131.  
 Vacinoterapia na síndrome entero-renal, I, 54.  
 Vagina (dente na —), I, 141.  
 Vasomotricidade, V, 44.  
 Varicocele, IV, 255; V, 205.  
 Ventre em madeira, III, 36.  
 Verminose e pancreatite, III, 131.  
 Verminoses (profilaxia das —), I, 173.  
 Versão espontânea reincidente, IV, 227.  
 Vértebras (osteíte do atlas), II, 49; 55.  
 Vesícula biliar em ampulheta, IV, 171.  
 — — — em barrete frígido, IV, 171.  
 — — — (cancer da —), I, 189; II, 129.  
 — — — (colecistotomia ideal), IV, 179.  
 — — — dupla, IV, 171.  
 — — — (fisiologia da —), I, 156.  
 — — — (formação de cálculos na —), I, 155.  
 — — — (imagem radiográfica sob a ingestão de água medicinal), IV, 165.  
 — — — (litíase da —), II, 199.  
 — — — (perfuração da — na febre tifóide), I, 176.  
 — — — (prevenção do cancer da —), II, 129.  
 — — — (reconstituição) V, 137.  
 — — — (rutura da —), I, 103; III, 21; V, 141.  
 — — — septada, IV, 171.  
 Vesículas multicalculosas, III, 149.  
 Via arterial (a sulfanilamida por —), III, 145; IV, 9.  
 — — — no tratamento das úlceras varicosas, IV, 15.  
 (possibilidades), V, 37.  
 Vias biliares (drenagem na cirurgia das —), III, 114.  
 — — — (incisões para atingir as —), III, 53; V, 129.  
 Visitantes (recomendações para —), V, 213.  
 Volume de líquido nos quistos do ovário, I, 39.  
 Vólculo do testículo, I, 90; V, 192.

