

Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO SCIENTIFICO
DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO

Director: **Mario Degni**
Redactores: **Mario Lepolard Antunes e Luis Oriente**

VOLUME XIX

2.º SEMESTRE DE 1937

NUM. 63

Summario:

	Pgs.
CHRONICA	49
A CRIANÇA E O CRIME — Prof. Leonidio Ribeiro	51
METHODIZAÇÃO CIRURGICA — Prof. Edmundo Vasconcellos	63
DRENAGEM ABDOMINAL — Dr. Orlando de Souza Nazareth	99
SYPHILOMA DA CONJUNCTIVA — João Ruggiero	119
SIGNAES PSEUDO-CAVITARIOS NOS DERRAMES PARCIAES E TOTAES — Emilio Mattar	125
ABCESSO PULMONAR: CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO — David Rosenberg e Generoso Concilio	133
INSUFFICIENCIA AORTICA TRAUMATICA — Armando K. Cordeiro	145
CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE TUBERCULOSE PULMONAR INCIPIENTE TRATADO PELA VACCINA A-O — Luiz Oriente	161
DEPARTAMENTO SCIENTIFICO — Noticiario..	165
ESTATUTOS DO DEPARTAMENTO SCIENTIFICO	169
INDICE GERAL DOS VOLUMES XVI a XIX....	177

Chronica

São Paulo necessita do Hospital de Clinicas.

Eis em meia duzia de palavras, uma verdade que todos nós sentimos.

Dissemos, e muito bem, nós sentimos, pois desde o estudante de **Medicina** que inicia a sua vida hospitalar até os Professores e **Assistentes**, todos têm, o seu campo de acção limitado, sua capacidade de trabalho reduzida, pela falta de um Hospital proprio para as nossas actividades, á altura da terra de Piratininga.

Além disso o numero de leitos para doentes é exiguo, principalmente para a assistencia hospitalar gratuita.

Em todo o Estado os leitos para doentes encontram-se na proporção de 1 para 1.000 habitantes.

Mas, temos certeza, dentro de pouco tempo, o Hospital de Clinicas será uma realidade, pois como muito bem disse o Prof. Flaminio Favero, "temos um grave compromisso de honra com a Fundação que nos doou o actual predio para os laboratorios: de que as clinicas teriam tambem as suas installações.

A palavra de São Paulo' não póde faltar, porque seria a primeira vez".

A recente dadiva do Governo do Estado da quantia de 5.000 contos para o inicio da construcção do Hospital, vem confirmar as palavras acima, para orgulho de todos nós.

M. L. ANTUNES

A CRIANÇA E O CRIME (1)

Prof. Leonidio Ribeiro
(do Rio de Janeiro)

“A criminalidade é problema que infelizmente não encontrou ainda solução dentro da sciencia. A prova disso é que as estatisticas revelam um augmento progressivo do numero de crimes, em quasi todos os paizes da Europa. Na Allemanha, por exemplo, emquanto a população cresce de 20 % a criminalidade subiu de 40 %. Na França, onde o numero de habitantes não augmenta, augmenta ainda assim a porcentagem de reacções anti-sociaes.

Na America do Norte, a despeito de sua magnifica e completa organização repressiva, está publicado que só o anno passado foram praticados mais de um milhão de crimes e delictos, não obstante se gaste com o aparelhamento policial mais do que com exercito e marinha reunidos.

Pergunta-se: será que se não conseguiu ainda conhecer as causas da criminalidade ou ellas são taes e tantas que se torna difficil removel-as completamente? Infelizmente são affirmativas as duas respostas. E' que, de um lado, temos a influencia do meio em que vive o individuo, as circumstancias ambientaes que actuaem sobre elle, como a ausencia do lar e da familia, o perigo da rua e das habitações collectivas, sommadas á ignorancia e miseria em que ainda vive uma grande parte das populações urbanas. São as causas sociaes da delinquencia. Mas é preciso não esquecer que, de outro lado, está o criminoso em si, isto é, o homem, com suas condições individuaes, characteristics e complexas, ligadas as mais variadas taras e doenças geraes, physicas ou mentaes, suas e de seus antepassados, formando um conjuncto de factores que constituem as chamadas razões biologicas da criminalidade. Estas principalmente estão agora sendo melhor estudadas e documentadas.

(1) — Conferencia realizada no Instituto Oscar Freire (Faculdade de Medicina), no dia 14 de setembro de 1937, patrocinada pelo C. A. O. C.

E' facto absolutamente demonstrado que existe uma elevada porcentagem de doentes entre as populações das prisões. Um dos mais autorizados criminalistas da Europa, o prof. Vervaeck, de Bruxellas, recentemente affirmava: "A conclusão principal que se póde tirar dos estudos realizados nas penitenciarias belgas, em relação com as causas da criminalidade, é o facto incontestavel da predisposição ao crime, provocado por diversas taras biologicas. Raramente fatal, essa predisposição é factor essencial do delicto. Cerca de 90 % dos criminosos reincidentes são degenerados, quando não são alcoolistas". Em outro trabalho, o mesmo autor insiste: "Trinta annos de vida penitenciaria me deram a certeza de que não existe, nas prisões, mais de um terço dos individuos normaes que nos orgulhamos ser e que constituem a massa da população livre". Em relação com os menores delinquentes da Belgica, a porcentagem não é differente. Rouvroy affirma que o numero de crianças criminosas anormaes que foram examinados pela Escola de Moll é de 65 %. Na França é a mesma a estatistica, não só em Paris, como em Lille e Lyon. E essa porcentagem subiria certamente a 100 %, si os exames fossem mais rigorosos e completos, pois acabo de verificar, pessoalmente, que seus institutos de diagnostico não estão sufficientemente aparelhados, nem dispõem do pessoal technico que seria para desejar.

Mas ha novos argumentos e mais decisivos em favor da hypothese de que o crime é, ás vezes, uma contingencia fatal para certos individuos, ligada a factores hereditarios.

Joanes Lange, psychiatra allemão, publicou um trabalho intitulado "Crime como destino", no qual estuda os casos de trinta pares de gemeos que foram levados ao crime, e cujas conclusões são das mais interessantes. Entre os gemeos chamados univitelinos, isto é, os que nascem de um só ovo tendo uma unica placenta, em numero de treze pares, em dez casos, ambos praticaram os mesmos crimes e foram condemnados, sendo que, dos tres restantes, só um delles tornou-se criminoso, de cada par. Ao contrario, não havia a menor relação entre os crimes e o comportamento dos outros dezeseite pares de gemeos, isto é, os bivitelinos, que são originarios de duas cellulas diversas. Entre estes, apenas em dois pares, ambos os gemeos foram levados aos tribunaes, emquanto que nos outros quinze, só um dos gemeos chegou á pratica de crimes, soffrendo condemnação. O comportamento dos gemeos univitelinos, na prisão, era quasi sempre identico e até manifestações paranoicas e perversões sexuaes foram observadas em ambos, em varios casos. Nos demais livitelinos, taes factos não se verificaram. Estes, são irmãos mas não são identicos, em sua conducta na sociedade.

Legras na Hollanda, igualmente apurou que, em 4 casos de gêmeos univitelinos, ambos se tornaram criminosos, enquanto que em 5 bivitelinos, apenas, em cada par, um delles foi levado á pratica de crimes.

Dois auctores americanos, em trabalho recente, Handy e Rosanoff, apresentaram estudo completo sobre o assumpto, reunindo 340 pares de gêmeos criminosos. Dentre os 136 pares tidos como monovitelinos, em 115 casos, ambos os gêmeos praticaram actos delictuosos, ao passo que, dos 113 considerados como bivitelinos, apenas em 51 delles houve concordancia, nos dois gêmeos, em suas reacções anti-sociaes.

Vê-se, assim, que ha uma influencia hereditaria apreciavel, na genese da criminalidade, em um certo numero de casos. Numa penitenciaria, Demetz, em 4.454 meninos delinquentes encontrou 871 filhos de condemnados, isto é, 20 %.

Por outro lado, começam a ser agora estudadas as relações que existem entre o crime e os biotypos humanos, sobretudo depois dos trabalhos italianos e hespanhoes de Pende, Carrara, Landogna-Cassone, Vidoni, Di Tullio, Barbara, Boxich, Maranhão, Saldanha, Ruiz-Funes, Jimenez de Asúa e muitos outros.

Vidoni verificou que os brevilineos em 55 % dos casos praticavam crimes com violencia, e apenas em 12 %, sem violencia, ao contrario dos longilineos, cuja porcentagem era, respectivamente, de 44 % e 18 %. Cifras identicas fôram obtidas por Landogna-Cassone e Boxich. Entre os homicidas predominavam os brevilineos e entre os ladrões os longilineos. Nos crimes contra a moral, entre homens e mulheres, era mais frequente o typo brevilineo, principalmente de baixa estatura, correspondendo á variedade brevilinea hypergenital de Pende. Esse facto foi confirmado por Goring e Vervaeck e explicado por Marro e Vidoni, como o resultado do desenvolvimento precoce dos hormonios sexuaes. Schlapp, chamou a attenção dos estudiosos para as alterações da tyroide, nos delinquentes em geral. Vidoni observou a frequencia do typo hyperpituitario entre os ladrões, e Morris, Timme e Berman, igualmente assignalaram anomalias do timus como factor criminogeneo e, mais especialmente, nas perversões sexuaes.

Trabalhos realizados, nesse sentido, no Laboratorio de Anthropologia Criminal do Instituto de Identificação do Rio de Janeiro, em 33 negros e mestiços, auctores de homicidios, mostraram que 72 % eram do typo longilineo, 21 % brevilineos e apenas 6 % normolineos. Analysando melhor os diversos typos, verificou-se que havia predominancia accentuada dos longilineos puros, isto é, 45 %, enquanto os brevilineos puros eram apenas 3 %. Em relação com a estatura eram excedentes 60 %, defficien-

tes 21 % e normaes apenas 18 %. A excedencia média de estatura foi de 4 gráus e a deficiencia média de 2 gráus. Esta tendencia ás estaturas elevadas tinha sido já observada, entre criminosos belgas, pelo anthropologista Verveaeck. O facto mais interessante por nós apurado foi a notavel excedencia dos membros inferiores, nas seguintes proporções: excedencia 81 %, deficiencia 15 %, normalidade apenas 3 %. Em 195 homo sexuaes profissionaes, por nós estudados, recentemente, as conclusões tambem revelam factos identicos: 56 % eram do typo longilineo, 38 %, normolineo e apenas 5 % do grupo brevilineo.

Tendo em vista taes estudos e considerando as conclusões de estatisticas de origens diversas e tão bem documentadas, da autoria de especialistas de varios paizes e de indiscutivel autoridade scientifica, uma conclusão desde logo se impunha aos olhos de todos: a possibilidade da prevenção do crime.

Esse é assumpto que está merecendo a attenção dos criminologistas de todo o mundo, entre medicos e juristas. Realizou-se em Paris, nos ultimos dias de julho do corrente anno, o Primeiro Congresso Internacional de Psychiatria Infantil, em que tive a honra de ser o companheiro de Pacheco e Silva, na representação official do nosso paiz. Alli estiveram reunidos os especialistas mais autorizados da Europa e da America, todos procurando contribuir com sua experiencia pessoal para o estudo e solução do problema da prevenção do crime. Verveaeck, Vermeylen, Decroly, da Belgica, Kretschmer, Rudin, Schroeder, da Allemanha, Di Tullio e Gemelin, da Italia, Ombredanne, Wallon, Heuyer, de França, Fontes, de Portugal, Healy, da America do Norte, Belbey, da Argentina, e Pacheco e Silva do Brasil, todos psychiatras de renome, em seu paiz e no estrangeiro, apresentaram trabalhos dos mais interessantes que irão constituir documentação preciosa e inedita para todos que se interessam pelo assumpto.

A primeira e principal conclusão foi a de que existe uma sciencia nova, que os allemães chamam Pedagogia therapeutica e os italianos Medicina pedâgogica, destinada especialmente ao estudo das crianças debeis e anormaes, com o 'auxilio do qual será possivel realizar a obra benemerita de prophylaxia não só das doencas mentaes como tambem do proprio crime.

O interesse despertado pelo thema foi tão grande que ficou decidido reunir-se pela primeira vez, em Roma, em abril do anno proximo, um Congresso Internacional de Prophylaxia Criminal.

Nessa campanha em que estamos hoje empenhados em favor da criança, é opinião unanime que a medicina e os medicos terão papel preponderante e efficiente. Por isso, as penitenciarias começaram, recentemente, a alargar os dominios de seus institutos de anthropologia criminal e psychotechnica, de tal modo que hoje,

na America do Norte e na Europa, todos desenvolvem e aperfeiçoam, cada vez mais, suas clinicas especializadas, afim de que uma prisão possa ser, antes de tudo, um hospital e uma escola, capaz de realizar a regeneração dos criminosos. A nova penitenciaria do Rio de Janeiro, attenderá em tudo a esses requisitos technicos e scientificos e a de São Paulo, por todos os titulos, extraordinaria, precisa tambem renovar-se nesse ponto, em que está deficiente.

A observação medica dos criminosos de todas as idades precisa ser, pois, systematica e completa, antes e depois do crime, não só em institutos, adequados ao rigoroso diagnostico, mas tambem em annexos psychiatricos, não apenas para seu tratamento, mas ainda, e principalmente, afim de ser possivel o estudo das causas da criminalidade.

As grandes linhas de rehabilitação das crianças deformadas, physica ou moralmente, devem ser, pois, traçadas dentro do quadro da medicina e da pedagogia.

Por isso mesmo, ha uma reacção contra os antigos moldes em que se fazia a assistencia á infancia e reeducação dos menores, no sentido não só de estudar, isoladamente, e sob o ponto de vista medico, anthropologico e psychologico, cada criança que pratica uma reacção anti-social, como ainda e principalmente preparamos-a, efficientemente no ponto de vista physico, moral e profissional, para viver na sociedade, depois de attingir a idade adulta.

Antes da guerra, as leis quasi não se occuparam das crianças, ou quando o faziam era para impôr-lhes deveres, especialmente os de obediencia e disciplina. Foi o Tratado de Versalhes que primeiro cuidou de lhes assegurar vantagens e regalias. Veiu, depois, a declaração dos direitos de Genebra. E logo a seguir as novas constituições da Hespanha, Tchecoslovachia, Polonia e Allemanha, especificando claramente as obrigações do Estado para seu amparo e defesa.

A nossa Constituição de 34 seguiu, felizmente, esse caminho e, em varios de seus artigos, impoz a applicação de medidas e aproveitamento das rendas publicas, em favor da maternidade e da infancia. Ouçamos a palavra de um dos constituintes que mais se esforçaram por implantar, na lei basica brasileira, essa feliz orientação, o deputado Levy Carneiro: "Duas observações da psychologia da criança parecem dominar, inspirar, orientar todo o movimento legislativo contemporaneo. A primeira é a maravilhosa, a mysteriosa receptividade da criança. Verificou-se como o ambiente em que ella se cria influe em sua formação mental, psychologia, em sua vida, em seu destino, irreparavelmente, definitivamente. Disso depende sua capacidade, toda sua

capacidade social futura. Como consequencia dessa receptividade, a intensidade não menos alarmante da progressão na **escala do vicio**, mais ou menos variada, mas tão rapida e com tal intensidade que da phase inicial á extrema, decorre muitas vezes curto lapso de tempo. A segunda é surprehender as primeiras reacções anti-sociaes, evitar as primeiras faltas, não deixando que a criança chegue a adquirir os pequenos vicios, os habitos máus, que a encaminham para a criminalidade. E' preciso começar por prohibir a permanencia nas ruas. E' a phase inicial. E' indispensavel começar por ahi. Levar a criança para a escola; dar-se o ambiente familiar. Assim, não é apenas caridade que se faz; nem é apenas therapeutica; é principalmente previdencia".

Vamos encontrando, porém, ainda assim, aqui e alli, os maiores obstaculos, especialmente entre os legisladores que ainda não comprehenderam o alcance do problema, em seu aspecto social, todos ainda presos a formulas juridicas anachronicas, por isso que unilateraes e empiricas.

Vervaeck, no Congresso de Alienistas Francezes reunido em Bruxellas, em 1936, insistia na necessidade de se proceder, obrigatoriamente, a um exame completo da criança, tanto mais indispensavel quanto ella será posteriormente collocada em internatos ou em meios ruraes, onde taes exames são difficeis, convindo lembrar que é preciso, por todos os meios, evitar que esses menores possam transformar-se, nesses ambientes, em factores de contagio". E concluiu: "O exame medico e psychico da criança é elemento essencial para a documentação de cada caso concreto. Ao lado de seu interesse scientifico, elle é a propria base da collaboraçã do psychiatra na obra reeducativa. Mas o medico não póde limitar-se apenas a esse papel, devendo assumir e reivindicar sua parte, no tratamento ulterior das crianças, não sómente nos internatos, mas tambem nos dispensarios a que todos deverão comparecer, com regularidade, afim de possivelmente orientar e controlar os methodos therapeuticos e educativos, aconselhados para cada caso especial. A função do medico não é menos decisiva, pela sua acção prophylactica, no exame e descoberta dos casos de crianças taradas, e para o tratamento precoce de suas anomalias, facilitando sua readaptação ao lar e á escola".

Di Tullio affirma que as primeiras manifestações da particular predisposição para a criminalidade podem apparecer na primeira infancia, tornando-se muito nitidas, sobretudo aos olhos dos technicos, até mesmo antes da adolescencia, isto é, entre seis e doze annos. Para isso seria preciso vigiar de perto as crianças rebeldes, instaveis, indisciplinadas, kleptomanas, mentirosas, perversas, impulsivas, que reincidem na falta obstinada de respeito aos paes, e se mostram insupportaveis e incorrigiveis no lar, na

escola e no trabalho, demonstrando ás vezes tendencias ou desvios mais ou menos accentuados da conducta sexual, desde muito cedo revelando-se, assim, incapazes de viver na sociedade, normalmente, ao lado dos seus e dos outros. Em grande numero de casos, além da influencia nefasta do ambiente em que são creadas, ausencia da familia ou defeitos de educação, apresentam taes crianças anomalias ou doenças geraes, disturbios endocrinos ou defeitos de alimentação, passíveis de correcção, pelo regime ou tratamento, que só podem ser escolhidos pelo medico.

Assistindo precocemente essas crianças, a medicina, em colaboração estreita com a pedagogia, poderia supprir grande parte dos motivos que actuam, ás vezes, indirectamente e como factor accessorio, para conduzil-as ás reacções anti-sociaes. Existem mesmo os chamados "signaes de alarme" de taes predisposições e tendencias ao crime, que podem ser de natureza morphologica, funcional ou psychica. Especialmente sobre taes menores é que devem estar vigilantes todas as mais, sabido que essas crianças são principalmente as que precisam receber cuidados especiaes, para não se tornarem, afinal, elementos perigosos para á sociedade.

E', pois, no seio da familia que deveria iniciar-se a verdadeira campanha de prevenção do crime. Seria talvez possivel assim, e com o concurso dos paes e dos professores diminuir a criminalidade, evital-a ou prevenil-a, por meio da medicina e da hygiene mental, associadas á educação, como é hoje possivel prevenir ou evitar varias doenças physicas e mentaes.

Tive oportunidade de assistir em Roma, em principios do anno de 1935, á inauguração do primeiro consultorio medico-pedagogico, onde começaram tambem a ser installados os centros de reeducação dos menores abandonados e delinquentes. Destinava-se a nova instituição a descobrir as causas primeiras da criminalidade infantil, ao mesmo tempo que diffundir, no seio da familia e na escola, normas de hygiene physica e moral, capazes de evitar que as varias modalidades de predisposição ao crime, porventura existentes em algumas crianças, pudessem permanecer desconhecidas ou incomprehendidas, desenvolvendo-se e agravando-se, na primeira occasião favoravel.

Dentre as primeiras duzentas crianças alli submettidas a exames medicos, vinte apresentaram signaes de tuberculose pulmonar, dez de adenoidismo, vinte e cinco de anomalias psychicas; e quinze dellas, depois de um rigoroso tratamento anti-syphilitico, apresentaram notaveis melhoras em sua conducta.

Foi inaugurado, em julho de 1936, no Rio de Janeiro, o Laboratorio da Biologia Infantil, destinado igualmente a realizar o estudo completo, sob o ponto de vista medico e anthropologico,

dos menores abandonados e delinquentes, especialmente com o fim de estudar as causas physicas e mentaes da criminalidade infantil, no Brasil, apurando rigorosamente o diagnostico das doencas e anomalias de que eram portadoras as crianças apresentadas ao Juizo de Menores do Districto Federal, como abandonadas ou autoras de reacções anti-sociaes. Em um anno de funcionamento, pôde essa instituição demonstrar, em mais de seiscentas crianças examinadas por um corpo de technicos, que não havia uma unica siquer que estivesse em perfeitas condições de saude, psysica ou mental, sendo que cada uma dellas apresentava, no minimo, duas doencas graves, entre as quaes se destacavam a syphilis, verminose, tuberculose latente, lesões da garganta, nariz e ouvidos, numa porcentagem verdadeiramente incrivel e dolorosa.

Eis porque entendo que é preciso, desde já, iniciar uma campanha que se extenda por todo o paiz, impulsionada oficialmente pelas autoridades federaes, estaduaes e municipaes, com o apoio da opinião publica, a collaboração dos technicos e das associações particulares de assistencia social, em favor da criança e das mães, em larga escala, e com orientação scientifica, como está sendo feita na Italia, com os melhores resultados.

No Brasil, infelizmente, ainda não se conseguiu nem mesmo attender, nas grandes cidades, aos direitos infantis, proclamados em Genebra, nestes termos: "A criança tem direito a desenvolver-se, de maneira integral e normal, physica e espiritualmente, desde o nascimento. Tem direito a ser amamentada; si doente a ser tratada; si atrazada, em seu desenvolvimento, a ser amparada; si orpham ou abandonada, a ser recolhida e protegida. E si transgrediu ou praticou o mal, tem direito a ser corrigida, em casas apropriadas de reeducação, e não misturadas com criminosos adultos, em cadeias e penitenciarias, que facilitam sua corrupção, em vez de a regenerar".

O Brasil precisa possuir uma população de cem milhões de habitantes afim de poder explorar suas riquezas, tornando-se uma **grande potencia economica e militar**, capaz de lhe permittir collocar-se entre as primeiras nações do mundo. Para isso, teriamos infelizmente de esperar talvez meio século, pois o nosso coefferiente de natalidade não supplanta ainda sufficientemente, como era para desejar o de mortalidade. Por outro lado, a nova Constituição, limitando a entrada de estrangeiros, e o fechamento das fronteiras dos paizes que nos forneciam trabalhadores, tudo concorreu para difficultar a entrada de braços, de que tanto carecemos para o nosso progresso.

O unico recurso que está, pois, ao nosso alcance é o de procurar defender a saude de nosso povo e, principalmente, **cultivar**

melhor a de nossos proprios filhos, preparando para o futuro uma geração de brasileiros que sejam elementos validos, para a nação, e possam transformar-se em verdadeiros homens, na unica accepção da palavra, isto é, cidadãos uteis para si, para os seus e para a sociedade.

Dentro desse programma, do mais alto patriotismo, uma larga parte do esforço deveria ser reservado para a defesa e protecção da maternidade e da infancia e, mais especialmente, das crianças que, pelas contingencias sociaes, são abandonadas, physica ou moralmente, pelos proprios paes.

E' entre ellas, que se desenvolve, com mais frequência, a vagabundagem e o vicio, que logo acarretam a miseria e a ignorancia e onde se recruta a massa de criminosos reincidentes que enchem as prisões.

Bastaria que procurassemos, por todos os meios idoneos e scientificos, descobrir precocemente todos quantos, no seio da familia, nas escolas e nas officinas, revelassem tendencias anormaes ou pathologicas, latentes ou declaradas, para a pratica repetida de pequenos delictos ou reacções anti-sociaes, despistando e reconhecendo esse grupo socialmente perigoso dos individuos considerados como "predelinquentes" os quaes, abandonados á sua propria sorte, irão transformar-se inexoravelmente, em parasitas do Estado e pensionistas das penitenciarias, e o que é mais factores nocivos á ordem publica.

Ao criterio juridico puro, que só nos tem permittido até agora a repressão e a punição dos criminosos adultos, devemos preferir, por todos os motivos, o criterio social e humanitario que visa, antes de tudo, defender o homem e a sociedade de seus elementos inuteis e perigosos.

Póde-se mesmo affirmar que é possivel, em certos casos, descobrir o criminoso antes do crime. Bastaria fiscalizar, rigorosa e systematicamente, a massa de individuos tarados, doentes ou anormaes, restringindo sua liberdade, dando-lhes tratamento e educação adequados, tudo de accôrdo com o resultado do estudo integral da personalidade de cada um, de sorte a poder assim melhor preparal-os para a lueta pela vida.

Os laboratorios de orientação profissional completariam essa acção educativa e medica, evitando por essa fórma uma das causas mais frequentes do abandono do trabalho e da insatisfacção com que muitos individuos exercem, na vida pratica, seus mistéres, por isso que não estão dentro da profissão que melhor lhes conviria, de accôrdo com suas tendencias pessoaes.

Nesse dominio, com em tantos outros, São Paulo adiantou-se aos demais Estados do Brasil, dando-nos o bom exemplo. A creação recente do seu Departamento de Menores e o bello Ins-

tituto de Pesquisas Juvenis, são iniciativas que honram o Governo de São Paulo e seus technicos. Ao lado disso é de louvar e encarecer também a iniciativa privada dos paulistas, especialmente a Associação das Senhoras Catholicas que idealizou a Cidade dos Menores que visitei esta manhã, já em pleno funcionamento, sendo a primeira instituição que se tenta, no genero, em todo o Brasil.

No resto do paiz, pouco ou nada se conseguiu realizar até agora nesse sentido. No Rio de Janeiro só agora o problema começa a ser estudado do ponto de vista pratico e sob orientação technica. O Ministro Macêdo Soares está empenhado no estudo do ante-projecto da Cidade dos Menores, cuja construcção deverá ser iniciada ao mesmo tempo que a Penitenciaria do Districto Federal, dois serviços que ficarão assignalando entre outros, a sua passagem pelo Governo da Republica.

Vamos crear também, dentro em breve, o Tribunal de Menores, a exemplo de outros paizes e por iniciativa do Deputado Levy Carneiro, e no qual terão assento um medico, um pedagogo e uma mulher, aproveitando-se assim a experiencia da Italia e de Portugal, onde tive occasião, pessoalmente, de assistir a varias de suas sessões, tendo a impressão de que é realmente uma instituição digna de ser copiada por nós.

No Congresso Internacional de Praga de 1930, e na Conferencia Nacional de Protecção Infantil reunida, no Rio de Janeiro, em 1933, foram votadas conclusões aconselhando, expressamente, a intervenção de technicos, escolhidos entre medicos, pedagogos e pessoas de todas as classes sociaes, inclusive as mulheres. E' exactamente a essa recommendação que attende o projecto Levy Carneiro, tornando possivel a realização de uma obra de conjuncto, com a visão superior do problema e de sua complexidade, não apenas para attender ás necessidades immediatas da assistencia á infancia, na Capital do paiz, onde é muito limitada e deficiente, mais ás suas exigencias futuras, que decorrerão certamente do amplo desenvolvimento que vão tendo os serviços auxiliares do Juizo de Menores do Districto Federal.

Sobre o assumpto é o momento de recordar as palavras escriptas, ha quasi vinte annos, por um jurista brasileiro que se tornou, desde então, uma autoridade respeitada, dentro e fóra do paiz. Quero referir-me ao professor Noé de Azevedo. Diz elle: "Esses Tribunaes não são instituições repressivas, cuja missão consista em julgar os menores delinquentes e impôr-lhes a pena merecida, mas, pelo contrario, sua funcção é puramente paternal e educativa, sua principal missão consiste no estudo do menor, de sua personalidade e de seu ambiente, e em adoptar, tendo por base esses conhecimentos, a medida mais adequada á sua sal-

vação moral e social. Esses organismos, apesar de seu nome Tribunal, não julgam nem pesam, com a classica balança, os delictos dos accusados que comparecem ante elles, mas analysam e esquadrinham o caso particular que se lhes apresenta, como o medico examina o enfermo, para applicar como este, o remedio mais apropriado". E logo accrescenta: "O Tribunal de Menores é uma instituição que se póde chamar escola, asylo, refugio, ou qualquer outro nome que lembre a caridade christã, mas desconheça os duros textos das leis penaes. Não quadra bem o nome de Tribunal a estas instituições; tal nome não passa de uma sobrevivencia".

Em Portugal, aliás, já em 1911, foram creados em vez de Tribunaes de Menores, as Tutorias da Infancia, que agora vi funcionar e do qual fazem parte um medico e um pedagogogo.

Na Italia, na Belgica, na Argentina, por toda a parte onde tenho procurado estudar esses assumptos, a questão está sendo estudada e resolvida de maneira scientifica e com a mesma orientação, isto é, com a idéa de conjugar, cada vez mais intimamente, a funcção do juiz, do medico e do pedagogogo, todos visando uma unica finalidade que é a de crear em torno da criança o ambiente familiar que lhe falta e, não póde ser dispensado, no preparo daquelles que deverão servir futuramente á sua familia e á sua patria.

Já se tem allegado, é verdade, que nós medicos estamos querendo trazer, para os nossos dominios, desde os tempos de Lombroso, os problemas de Criminologia. Soccorro-me, ainda uma vez, do professor Noé de Azevedo. E' elle quem affirma: "Não se diga que ha nisso uma intervenção indebita dos esculapios, nos dominios dos sacerdotes da justiça. O que se nota é o triumpho da tendencia individualizadora dos julgamentos. Trata-se de uma divisão de trabalho indispensavel. No estado de adiantamento a que chegou a sciencia criminal, não é mais possivel encontrar-se um juiz que reuna todos os conhecimentos e aptidões para julgar, com segurança, um criminoso. Precisa o Direito do subsidio das sciencias medicas e os juizes devem fundamentar suas decisões nos pareceres e esclarecimentos fornecidos pelos cultores destas sciencias, como já se servem de outras auxiliares. Si os criminosos adultos já exigem um departamento especial, para o exame de suas faculdades mentaes, os delinquentes menores, com maioria de razão, o devem ter, porque é muito mais complexa e delicada a psychologia da criança, que só os profissionaes que tem verdadeira vocação para o assumpto chegam a comprehender bem".

Um grande jurista estrangeiro, tambem especializado no estudo dos problemas da infancia e que agora tive a felicidade

de conhecer de perto, em Portugal, havendo occupado o alto posto de Presidente da Associação Internacional de Protecção á Infancia, o dr. Augusto de Oliveira, refere-se, em sua obra, ao que elle chama o "estado de delinquencia", que seria a tendencia inata, ou a predisposição longamente adquirida por habitos inveterados, que o menor manifesta para a pratica do crime, por máu instincto, devendo-se fazer nitida distincção entre tal estado individual e a nociva e perversora predisposição do meio social que o rodeia, a qual deve levar sómente ao reconhecimento do perigo moral. Aquelle exige medidas therapeuticas de reeducação, reforma ou correcção; o segundo impõe apenas medidas meramente preventivas de educação e de amparo moral e economico. O exame e observação previos devem, pois, servir não só para escolha do regime e dos methodos a adoptar, mas para a classificação do menor". E logo insiste: "Não se deverá, pois, aguardar o crime para só então soccõrrer, com medidas adequadas, menores que revelam, antecipadamente, esse estado de delinquencia, cuja ecclosão ou manifestação externa, é apenas uma funcção do tempo e da oportunidade".

Essa é meus senhores, a contribuição que a medicina e os medicos querem dar á justiça, afim de poder tambem collaborar na obra de prevenção do crime, que é urgente, iniciar, entre nós, em larga escala, porque é verdadeiro o grito patriotico do Desembargador Vicente Piragibe: "Ou salvamos a criança de hoje, ou perderemos o Brasil de amanhã".

METHODIZAÇÃO CIRURGICA

Prof. Edmundo Vasconcellos
(Cathedratico de Technica Cirurgica)

Le but opératoire doit être poursuivi dans la **précision**, qui fait que l'acte va immédiatement a sa destination; dans la **méthode**, qui rejette impitoyablement tout ce qui est inutile; dans la **rapidité**, qui est généralement une des plus éminentes expressions de l'habilité et dont le résultat de plus appréciable est de tenir le moins longtemps, sous l'instrument du chirurgien, une chair souffrante.

DARTIGUES.

A cirurgia, como arte e como sciencia, encontra a sua expressão maxima na execução do acto operatorio; e, si a sua finalidade é fundamentalmente therapeutica, procurando o allivio da dôr e a restituição da saude, não esqueçamos que o acto cirurgico, na superioridade empolgante do drama biologico, é uma expressão dinamica de arte, "exigindo as mais apuradas qualidades de fidalguia, de exactidão, o rigor do traje, a oppulencia do local, o exaggero do alinhio, a elegancia do gesto, a certeza do triumpho e a alma do artista", no dizer primoroso de Fernando de Magalhães.

O esforço deve, pois, ser orientado para obter, pelo **methodo** e pela disciplina, ao mesmo passo que pela rigorosa padronização technica, o maximo do effeito util dentro do menor tempo, dando ao conjuncto a mais alta expressão de belleza. Na evolução constante e na ancia de se aperfeiçoar a si mesma, supperando as proprias conquistas, a cirurgia evoluiu, abandonando as velhas idéas e a antiga rotina, na qual o cirurgião executava todos os actos, operatorios ou não, desde os menores até aos mais importantes, desde enfiar uma agulha até extirpar um órgão, um calculo ou um tumor, adjudicando a si todas as funcções, superintendendo a anesthesia e dando ordens ás enfermeiras da sala.

O papel dos auxiliares era tão apagado que os transformava em subalternos, recebendo ordens e, não raro, acre reprimenda.

A esse velho systema substituiu-se hoje o **conjuncto cirurgico**, onde cada componente é um elemento autonomo, com deveres e direitos codificados.

Conhecedor das suas attribuições, cada um se mantem dentro do grupo, numa collaboraçãõ mutua de movimentos conjugados, rythmicos e pre-estabelecidos, sem intromissão de um nas funções do outro, augmentando a efficiencia e a belleza, ao mesmo passo que economizando tempo, pois, ao envez dos differentes actos se succederem com intervallos mais ou menos longos, necessarios por serem executados todos pelo cirurgiãõ, vemos-os no conjuncto cirurgico quasi simultaneos, tal a rapidez com que se desenrolam.

As operações tornam-se mais rapidas, não porque se tenha apressado a execução technica, mas porque o perfeito "taylorismo" dos movimentos eliminou as perdas inuteis de tempo, os gestos parasitas, as longas esperas.

Não somos apologistas dos recordes de velocidade e muito menos preconizamos as operações ultra-rapidas que, na maioria das vezes, se obtêm á custa da imperfeita revisão dos orgãos, sobre os quaes vamos actuar, á custa de sacrificios de technica, da hemostasia incompleta ou das suturas incorrectas.

O tempo é realmente ganho, sem prejuizo dos actos fundamentaes da operação, á custa de se eliminar os movimentos inuteis, de se abolir a desordem, a imprecisão, a espera inutil que se enfie uma agulha ou que o cirurgiãõ se volte para apanhar um instrumento.

Dirão que isto é de somenos importancia, pois que nesses pequenos actos não se perde mais que segundos. É' verdade, mas nas intervenções que demoram 1 hora a 1 hora e meia, em que esses movimentos inuteis são repetidos dezenas de vezes, os segundos sommam-se e representam ás vezes para mais de meia hora.

Ora, reduzir para 45 minutos uma operação que leva hora e meia é vantagem positiva para o doenté, ao qual assim é poupada a maior anesthesia e maior choque, e a quem opera reduz o cansaço physico e mental.

O segredo, pois, não é correr, é não perder tempo.

Que desagradavel é ver uma operação, na qual o cirurgiãõ se volta em busca de um ferro que não encontra pela desordem reinante na mesa, ou quando não, só o encontra após uma busca em que os instrumentos são violenta ou impacientemente, afastados uns dos outros, em busca do desejado. Quando este é

encontrado, a desordem é ainda maior, e esse estado de coisas só tende a se agravar.

Porque não foi previsto com antecedencia e preparado convenientemente, o cirurgião prepara os fios de sutura no momento de utilizal-os; abandona o campo operatorio, volta-se para a mesa dos instrumentos e perde longos minutos com aquillo que, se tivesse havido methodo e ordem, já deveria estar prompto, esperando apenas o momento de ser utilizado.

Quando volta ao campo operatorio, um pequeno vaso está sangrando e reclama laqueadura. Volta-se de novo e abandona a agulha e porta-agulha para apanhar uma pinça de Kocher e um fio de ligadura. Nova volta á mesa para de novo apanhar o porta-agulha que tinha sido momentaneamente abandonado.

São movimentos pequenos, perdem-se segundos, que se somam, alongam a operação e a anesthesia, quebram a harmonia, afastam toda idéa de precisão e de firmeza e de todo fazem desaparecer a belleza da cirurgia.

A isso deve accrescentar-se as frequentes trocas de opiniões entre cirurgião e assistente, dando a quem vê a idéa de insegurança, de falta de methodo e de desordem.

Do conjuncto cirurgico actual esse aspecto desapareceu, para ser substituido pelo silencio, pela harmonia, pela firmeza e precisão dos gestos e das manobras, pela elegancia da operação, pela rapidez e pela maior efficiencia.

Tres principios devem, pois, reger incondicionalmente o grupo cirurgico: **ordem** no ambiente, **autonomia** nas funcções e **harmonia** no conjuncto.

Por **methodização cirurgica** entendemos o conjuncto de regras e de disposições que devem presidir o acto cirurgico, ás quaes cada um se deve manter fiel, para que se comsiga a mais elevada efficiencia technica, traduzindo-se pela rapidez, pela precisão, dando a quem assiste a impressão superior de belleza. Chega-se assim a crear um estylo operatorio pela racionalização do pensamento motor consciente e pela integração da ordem que, no dizer de Dartigues, é uma manifestação superior de intelligencia.

O primeiro passo e as primeiras directrizes foram certamente traçadas por Bosch Arana com a sua "Sincronización quirúrgica"; é a quem cabe indubitavelmente o merito e a primazia da idéa. Procurando adaptar essas directrizes ao nosso Serviço, chegamos a ampliar a idéa, creando a methodização cirurgica que orienta e preside não só á execução technica como a todo movimento dentro da sala de cirurgia, delimitando e padronizando as attribuições de cada um para efficiencia integral do grupo.

Vamos descrever o conjuncto de disposições e de regras que methodizam as operações abdominaes, reservando-nos para futuras publicações a methodização por nós adoptada nas operações thoraxicas e sobre os membros.

Ha um certo numero de principios geraes da cirurgia methodizada que devem ser obedecidos por todos e que são a essencia mesma do seu funcionamento harmonico e regular.

PRINCIPIOS GERAES DA CIRURGIA METHODIZADA

1) **O acto cirurgico deve decorrer em silencio.** — Principio fundamental para que não se estabeleça confusão e desordem e para que se poupe o psychico do doente todas as vezes que empregamos a anesthesia loco-regional ou a rachianesthesia.

As palavras devem ser reduzidas ao minimo imprescindivel, aos pedidos estrictamente necessarios, e esses mesmo feitos sob a forma mais laconica possivel, designando-se apenas o nome daquillo que se deseja, omittindo todas as formulas habituaes de cortezia ou todo commentario inutil.

O conjuncto cirurgico compõe-se: do cirurgião, do 1.º assistente, do assistente-instrumentador, do anesthesista e de 2 enfermeiras. Assim, o auxiliar instrumentador pedirá á enfermeira da sala: fio n.º 1, gaze, iodo. . . , evitando em absoluto qualquer commentario, e omittindo mesmo o cortez “muito obrigado”, pois que já ficou subentendido pela propria harmonia e vontade de mutua collaboração que preside ao trabalho de todos.

Fica estabelecida a prohibição de qualquer commentario, suggestão ou reprimenda por parte de qualquer dos componentes do conjuncto, evitando-se que um acto inadequado ou impreciso do assistente seja recriminado pelo cirurgião, que uma ordem do auxiliar-instrumentador, e mal executada pela enfermeira, seja commentada. Todos os reparos ás desharmonias do conjuncto devem ser commentados, estudados e sanados em reuniões que se processam depois de terminado o trabalho cirurgico da manhã.

Vale o principio como fundamento para poupar o psychismo já exaltado ou alterado pelo temor com que vêm os doentes ás salas cirurgicas. As admoestações do cirurgião ao assistente sobre manobras mal executadas durante a operação, e ouvidas pelo doente, concorrem para augmentar o temor, chegando mesmo muitas vezes a apavoral-os, desencadeando medo incontido, sendo necesssrio, não raro, recorrer á anesthesia geral como unico meio de supprimil-os ao ambiente.

Accrescente-se o aspecto desagradavel para 'quem assiste de ver troca de opiniões, dando idéa de imprecisão, ou, peor ainda, assistir á troca de termos asperos entre o cirurgião e os assistentes,

2) **Autonomia integral das funcções de cada um dentro do conjuncto.** — Principio basico para que cada qual veja respeitado o seu trabalho e acatada a sua actuação, evitando que uns se imiscuam nas funcções dos outros, com visivel desharmonia e infallivel desordem. E' ainda esse principio que garante os direitos de cada um, como retribuição das suas obrigações e funcções.

3) **Respeito e comprehensão mutuas.** — E' facil comprehender o alcance desse principio, pois só assim se depreheende que não haja funcções subalternas, pois todos se equivalem dentro das suas respectivas attribuições, onde são autonomos e respeitados. Só assim é comprehensivel que o auxiliar-instrumentador, que no nosso grupo é um medico, não se veja diminuido pelas attribuições que lhe são proprias.

4) **Evitar de modo absoluto os movimentos sem finalidade, inadequados ou imprecisos.** — Os movimentos indecisos e imprecisos fazem perder tempo e tiram a belleza ao acto operatorio. Nada mais desagradavel do que assistir a uma intervenção, cujos movimentos são indecisos e imprecisos; é um instrumento que volta ao lugar sem ter sido utilizado, porque não era o adequado; esse passear vago da vista por sobre a mesa de instrumentos na indecisão do que escolher; um fio que se quebra, porque inadapitado ao esforço que se lhe pedia.

Impreciso e deselegante ainda o movimento ou o acto cirurgico que é precedido dessa consideração silenciosa e mais ou menos vaga em que o cirurgião observa o campo e medita sobre a conducta a seguir, embora as circumstancias estejam, patentes, a indical-a. E' a quebra da harmonia e a perda inutil de tempo, indicando a vacillação, a imprecisão e a duvida.

O gesto preciso é aquelle que se executa no momento exacto, de utilidade determinada e clara, com força e intensidade justas, dando a impressão de facil e de simples. A brutalidade é substituida pela habilidade e a força pelo instrumento adequado; e, como o pensamento é rapido e as idéas são claras e methodizadas, os gestos se succedem sem hesitação, regulares e successivos.

E' preciso igualmente que o pensamento caminhe rapido e methodizado, antes da decisão operatoria, para que a manobra já executada não tenha que ser substituida ou corrigida.

A rapidez em cirurgia consiste em obter pela harmonia do conjuncto a successão eurithmica das manobras technicas, o que só se obtem pela execução harmonica do conjuncto.

ATTRIBUIÇÕES ESPECIAES

Conhecidos os principios geraes, aos quaes todos devem obedecer, passamos a discriminar as exactas attribuições de cada um, cuja integral observancia é a base mesma da efficiencia operatoria.

Attribuições do anesthesista:

- 1) collaborar com o cirurgião na escolha da melhor anesthesia para cada caso;
- 2) dar ordens para o preparo pre-anesthetico;
- 3) executar a anesthesia perfeita;
- 4) preparar a mesa do material indispensavel á anesthesia (apparelhos, mascaras, anesthetics, cannulas, abridores de bocca, pinças puxa-lingua, injeções de urgencia, seringas, agulhas, etc.) e só inicial-a depois de verificar a perfeita ordem;
- 5) advertir o operador sobre a oportunidade de iniciar a intervenção, sobre o estado do doente no decorrer do acto operatorio, e sobre os accidentes occorridos;
- 6) mandar applicar a medicação necessaria durante a anesthesia;
- 7) não seguir o acto operatorio sinão no estrictamente indispensavel para a sua orientação;
- 8) é o unico componente do conjuncto a quem é permittido dar suggestões sobre a marcha da operação e sobre as vantagens de interrompel-a;
- 9) deverá registrar a frequencia do pulso e da respiração no inicio e no fim da intervenção;
- 10) é o responsavel pela ficha integral da anesthesia;
- 11) é o unico responsavel, perante o cirurgião, pelos accidentes directamente imputaveis á anesthesia;
- 12) qualquer que seja o typo de anesthesia empregado, deverá permanecer junto ao doente para cumprir integralmente as suas funcções.

Estas attribuições dão ao anesthesista um caracter de collaborador e de responsavel directo, que evidentemente só são possiveis nas clinicas que possuem um anesthesista profissional, o que é indispensavel a todo Serviço bem organizado. Como se

infez que deva ser, dentro do conjuncto, o que melhor conhece a theoria e as recentes aquisições em materia de anesthesia, a sua collaboraçãõ é preciosa para a escolha da melhor anesthesia e para o preparo adequado do doente.

Uma vez attingida a phase de anesthesia cirurgica, o anesthesista adverte o operador, por uma simples palavra ou por um signal de cabeça, que pôde começar a intervençãõ, evitando assim que se inicie a operaçãõ sem que o doente tenha attingido a phase de somno cirurgico, desencadeando-se movimentos desordenados que quebram a harmonia e, não raro, interferem com a asepsia. Como o anesthesista tem o controle fiel do estado do doente, elle advertirá o cirurgião sobre as vantagens de interromper ou mesmo de suspender a operaçãõ em face do estado geral do doente, podendo tomar a iniciativa de mandar applicar a medicação necessaria para evitar ou corrigir os possiveis accidentes.

E' ainda o responsavel unico da ficha de anesthesia, o que permite um controle exacto da eficiencia desse serviço e das possiveis modificações a serem introduzidas.

Attribuições do 1.º assistente:

- 1) deve providenciar para que cheguem á sala operatoria, juntamente com o doente, todos os dados a elle referentes (anamnese, exames de laboratorio, chapas radiographicas, etc.), e que são indispensaveis para orientar a intervençãõ;
- 2) é o responsavel directo pelos cuidados pre-operatorios (geraes e especiaes, taes como esvasiamento da bexiga, do intestino, presença ou retirada de sondas, etc.);
- 3) deve orientar a posição do doente na mesa operatoria, fazer a antisepsia da região e preparar os campos estereis;
- 4) auxiliar o cirurgião de maneira eficiente e methodica, intervindo para tanto directamente no campo operatorio, collocando ou retirando pinças, afastando, laqueando, applicando compressas protectoras, etc., obedecendo, no emtanto, rigorosamente á technica adoptada pelo chefe do Serviço, sendo-lhe interdicto tomar decisões ou executar manobras de caracter pessoal;
- 5) pedir ao auxiliar-instrumentar, por meio dos signaes convencionados, os instrumentos ou material necessarios;

- 6) é o responsável pela ficha operatoria completa, pela peça operatoria e pelos dados a ella referentes (peso, dimensões, caracteres especiaes, photographia, exame histopathologico, etc.) e que fazem parte integrante da respectiva ficha.

O 1.º assistente, fica, assim, com funcções de um collaborador efficiente, mais do que um mero auxiliar subalterno que se limita a afastar e enxugar, devendo, no emtanto, conhecer perfeitamente a technica padronizada no Serviço, para que não interfira intempestivamente no campo operatorio, mas sim de maneira harmonica e adequada, de modo a auxiliar efficazmente o cirurgião. Utiliza-se do auxilio do instrumentador, devendo, no emtanto, obedecer aos signaes padronizados e dar tempo sufficiente para que os pedidos possam ser satisfeitos com precisão e methodo.

Disporá de uma mesa que lhe é privativa, aparelhada com um instrumental necessario ás suas attribuições em cada operação. Essa mesa deve conter os differentes afastadores, automaticos ou manuaes, tesouras, pinças de Kocher, de dissecção e dente de rato, spatulas, além de um ou outro instrumento especial para determinadas intervenções. Desse material lançará elle mão directamente, aliviando assim o trabalho e as attribuições do instrumentador.

O material que não lhe é privativo deve entregal-o novamente ao instrumentador, na fórmula adequada, respeitando o tempo necessario para que este trabalhe com methodo.

Attribuições do auxiliar-instrumentador:

- 1) indicar os instrumentos necessarios a cada operação, bem como o material a ser utilizado (fios, drenos, aspiradores, trepanos, etc.);
- 2) preparar as mesas de ferros e instrumentos, a de que se vai servir e a do 1.º auxiliar;
- 3) dispôr os ferros em ordem sempre a mesma, bem como ter preparadas as agulhas enfiadas nos fios adequados a cada tempo operatorio. Preparar os fios-laqueadura, as compressas, os drenos, etc., em disposição que deve ser sempre a mesma;
- 4) dispôr em ordem o material necessario (bisturi electrico, aspirador, trepano, etc.);

- 5) fazer os pedidos necessarios ás enfermeiras da sala (fios, gaze, pannos, sondas, etc.);
- 6) servir ao operador e ao 1.º assistente, entregando os instrumentos necessarios, respeitando os signaes convencionaes e o methodo padrão;
- 7) intervir eventualmente no campo operatorio;
- 8) manter absoluta ordem na mesa dos instrumentos;
- 9) é o responsavel pela asepsia e pelo bom funcionamento do instrumental.

Considero indispensavel que o instrumentador seja um academico de medicina ou, ainda melhor, um medico, contrariamente ao pensar de Bosch Arana e de Brandão Filho que julgam preferivel uma enfermeira adestrada. Como confiro funcções differentes ao auxiliar-instrumentador, julgo que essa divergencia fica assim justificada, pois que, no conjuncto cirurgico, tal como o realizo, o auxiliar-instrumentador deve conhecer todas as technicas utilizadas pelo chefe, acompanha o acto cirurgico e nelle interfere directamente. Ha quem defenda a idéa de que o instrumentador não deva interferir, limitando-se simplesmente a entregar e receber os instrumentos. Procurarei defender o meu ponto de vista quando fallar da disposição dos componentes e das mesas no conjuncto cirurgico.

Funcções do cirurgião:

- 1) ao cirurgião cabe a integral responsabilidade do acto operatorio, com todas as suas consequencias;
- 2) deve obedecer á technica rigorosamente padronizada, evitando, dentro do possivel, todas as alterações ou variações;
- 3) ao cirurgião incumbe seccionar e suturar os tecidos, manobras essas que ficam rigorosamente interditas aos outros assistentes;
- 4) manejar os instrumentos especiaes: bisturi electrico, aspirador, trepano, etc.);
- 5) respeitar as indicações do anesthesista;
- 6) pedir o instrumental e material de accôrdo com os signaes convencionados;

- 7) somente receber e entregar instrumentos e material ao instrumentador, respeitando a tecnica convencionada:
- 8) conduzir a intervenção desde a abertura até ao fechamento do ventre;
- 9) ao cirurgião, como chefe do conjuncto, incumbe manter a ordem, a disciplina e a harmonia.

Vê-se que, deste modo, o cirurgião reparte as attribuições, com seus auxiliares, reservando as bem definidas, que não pôde alienar, e respeitando também as dos demais componentes.

Funcções das enfermeiras da sala:

- 1) a sala será provida de suas enfermeiras, uma das quaes deverá permanecer para attender aos pedidos durante a intervenção, enquanto que a outra é encarregada de estabelecer a communição com o exterior;
- 2) as enfermeiras devem estar familiarizadas com as technicas adoptadas pelo chefe, bem como adestradas no regime da cirurgia silenciosa, sabendo a sequencia dos diferentes tempos e os habitos proprios do cirurgião, de modo a evitar extensos pedidos ou demora na sua execução.

Ficam assim estabelecidas as regras de conducta para cada um dos componentes do "team", cuja propria delimitação serve de garantia á sua perfeita execução, tendo na autonomia e no respeito mutuo a retribuição das obrigações que lhes são inherentes.

DISPOSIÇÃO DO CONJUNCTO CIRURGICO

Passemos agora a descrever a disposição que devem assumir os diferentes elementos do conjuncto e a ordem a ser dada á sala operatoria.

O conjuncto cirurgico deve dispôr-se de maneira uniforme e o arranjo da sala, no que diz respeito a maior commodidade dos operadores, e a maior eficiencia, deve também ser considerado, procurando determinar a disposição mais favoravel, evitando dispendio de esforço, movimento e tempo, e buscando a maior facilidade no desempenho das funcções individuaes.

Figurando o caso de uma intervenção sobre o estomago ou duodeno, o cirurgião ficará á direita da mesa operatoria, ficando os dois auxiliares á esquerda, em frente, pois, do operador. O 1.º assistente colloca-se directamente em frente do cirurgião, enquanto que o instrumentador, collocado á esquerda do 1.º assistente, assume uma posição ligeiramente obliqua, de modo a poder observar e actuar na mesa de instrumentos, ao mesmo passo que seguir a marcha da intervenção.

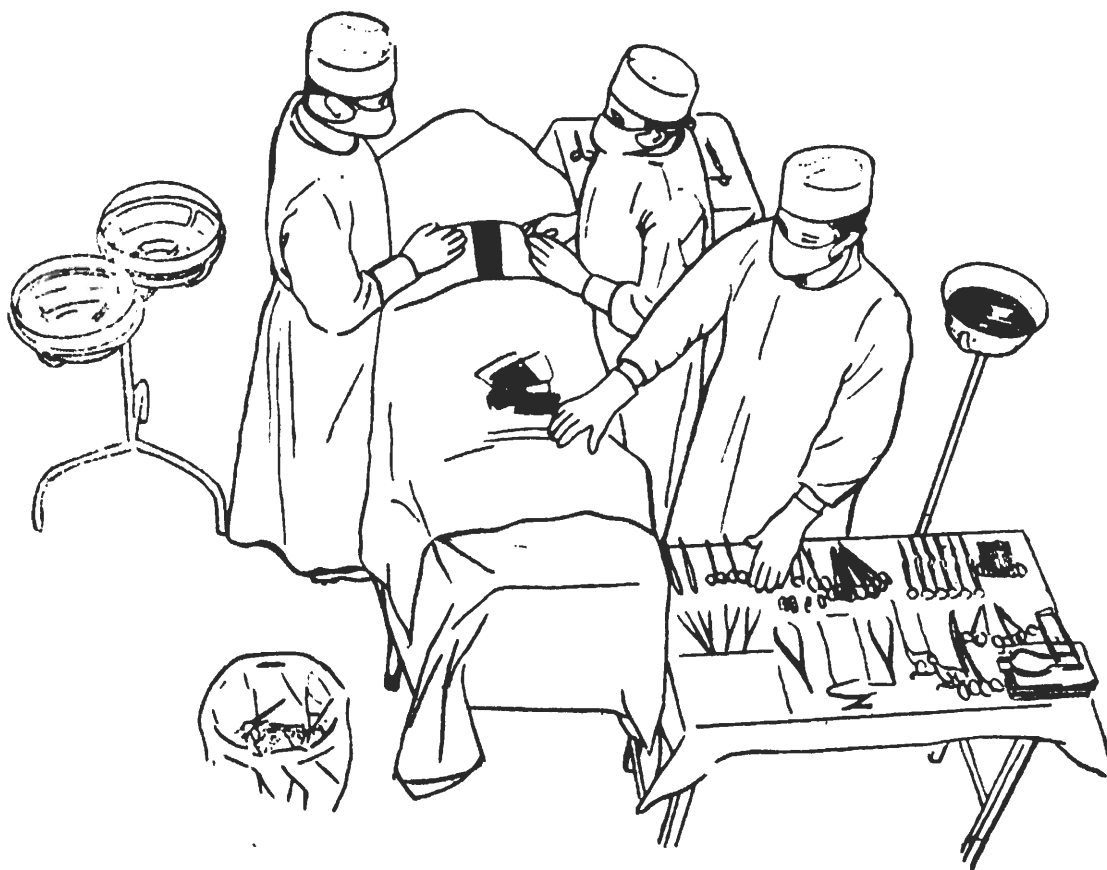


Fig. 1

**Disposição do conjunto cirurgico, das mesas, do instrumental e do material.
Attitude de espera, aguardando o signal do anesthesista para iniciar
a intervenção.**

A figura acima eschematiza essa disposição, demonstrando a attitude de espera que cada um deve guardar até que o anesthesista dê o signal para que se inicie a intervenção.

Atraz e ligeiramente á esquerda do cirurgião ficará uma bacia com agua phenicada, para lavar as luvas no decorrer da operação todas as vezes que isso se demonstrar necessario. A' direita e proximo aos pés do doente deverá ficar o sacco para gazes sujas ou material a ser rejeitado. Essa disposição é favoravel,

pois que permite a ampla liberdade de movimentos do cirurgião, sem que tenha de esbarrar em assistentes eventualmente collocados ao seu lado. A' direita do 1.º assistente fica collocada a mesa do instrumental que lhe é privativo. Essa disposição é a mais favoravel, pois permite a liberdade da mão direita para apanhar ou largar os instrumentos sem difficuldade, mesmo quando a mão esquerda se acha occupada no campo operatorio.

Ao lado, ainda á esquerda, junto aos pés do doente, em disposição que descreva um angulo recto com a mesa operatoria, deve ficar a mesa do instrumental, como se acha eschematisada na fig. 1.

Para uso dos assistentes deve existir ainda proximo a estes uma bacia com agua phenicada para ser utilizada todas as vezes que necessario.

Essa mesma disposição será obedecida, apenas com as mutações necessarias, quando se trata de operar o abdomen inferior, caso em que o cirurgião ficará á esquerda do doente, tendo em frente os dois auxiliares, mas como é necessario que as respectivas mesas fiquem á esquerda para facilitar a apprensão dos instrumentos, a mesa do auxiliar-instrumentador ficará ainda em angulo recto com a mesa operatoria, mas proximo dos hombros do doente, enquanto que a mesa do 1.º assistente occupará uma disposição junto ás pernas.

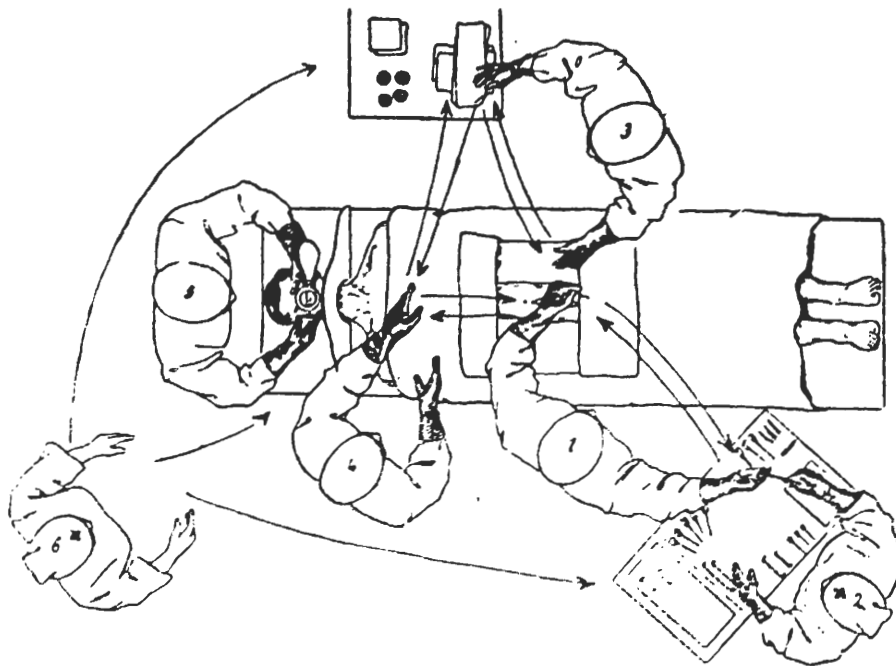


FIG. 2

Disposição do conjunto cirurgico segundo Bosch Arana

Para se ter uma idéa exacta de que as condições não variam, mantendo-se sempre o mesmo rigor da padronização, basta considerar a figura 1 e fazer com que todos os elementos descrevam um arco de 180°, em torno da mesa operatoria, mantendo-se todo o arranjo na mesma disposição standard.

Reputamos a situação do instrumentador em frente ao cirurgião muito mais vantajosa, facilitando sobremodo o trabalho dos operadores. Quando o instrumentador é collocado atraz do cirurgião ou atraz e ligeiramente á direita, como no esquema de Bosch Arana, a situação é sobremodo desfavoravel, pois o campo operatorio é inacessivel á vista do instrumentador, coberto que está pelo corpo do cirurgião, limitando assim muito as possibilidades de um auxilio efficiente, pois que se limita apenas a entregar e receber instrumentos depois de ter recebido o signal respectivo, não lhe sendo possivel realizar o que é ideal, isto é, anteceder o operador nos differentes tempos, de modo que, quando este estende a mão, obtem immediatamente o instrumento desejado. Na disposição que propomos, o instrumentador acompanha todo o desenrolar da intervenção, e, como a technica lhe é familiar, pôde prever os tempos successivos.

Objecta-se que o instrumentador deve conhecer rigorosamente a technica que deve ser absolutamente invariavel. Todos os cirurgiões sabem no emtanto, que isso é impossivel na pratica, dados os possiveis e inevitaveis imprevistos, e as mutações devidas ás condições anatomopathologicas em cada caso. E' ainda impossivel ao instrumentador prever exactamente o tempo que o cirurgião levará para executar cada um dos actos operatorios. Todos esses inconvenientes desapparecem desde que o instrumentador esteja collocado em situação tal que possa seguir perfeitamente os differentes tempos da technica.

Accrescente-se a esses inconvenientes o facto de estar a mesa dos instrumentos interposta entre o instrumentador e o cirurgião, inconveniente esse que ainda se torna mais evidente em relação ao 1.º assistente, pois que, nesse caso, acha-se ainda interposta a mesa operatoria e a distancia é tão grande que certamente o instrumentador não consegue servir efficientemente ao 1.º auxiliar. Quanto á commodidade, vemos ainda que, se a mesa estiver collocada atraz e para o lado do cirurgião, como representa a figura 2, este terá que executar um movimento de rotação com o corpo, além de extendér a mão para traz para apanhar o instrumento, o que é visivelmente incommodo. Se, ao envez disso, a mesa estiver collocada na posição por nós descripta e o instru-

mentador em frente ao cirurgião, vê-se que os instrumentos entregues pelo auxiliar-instrumentador são levados sobre o campo operatorio, portanto, na melhor situação possível, no momento

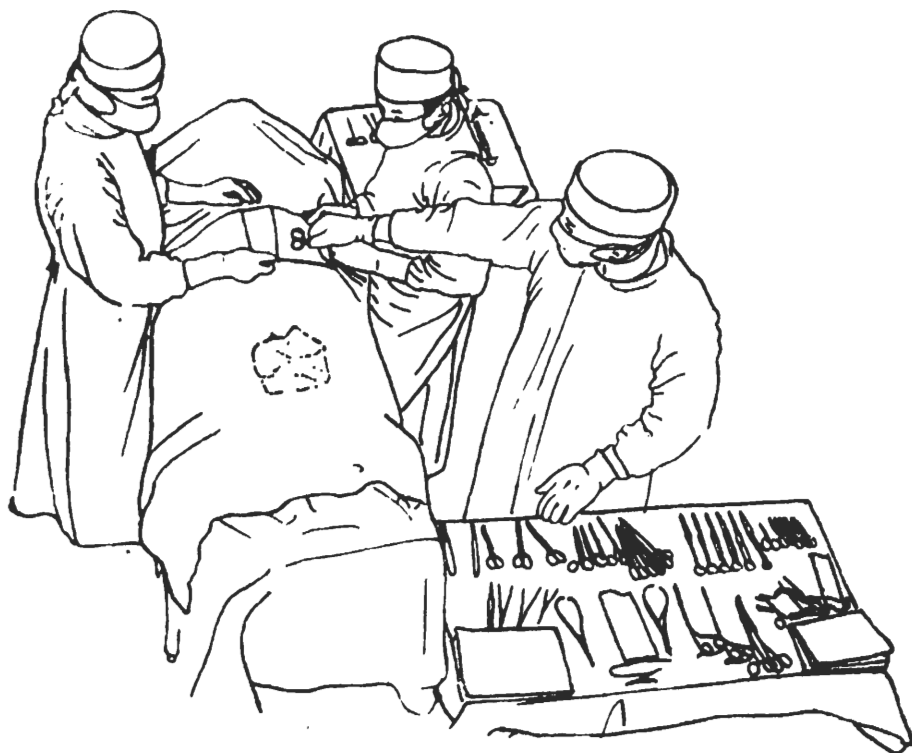


FIG. 3

O instrumentador, tendo á vista o campo operatorio, passa com facilidade os instrumentos ao cirurgião e ao assistente.

adequado e com esforço mínimo por parte do cirurgião que não tem necessidade de desviar as suas vistas do campo operatorio.

A situação da mesa dos instrumentos na posição que indicamos implica numa disposição especial dos ferros que, embora pareça caprichosa á primeira vista, é, no entanto, a mais logica e a mais racional. Estudando a figura 3, vemos que todos os instrumentos, com excepção dos porta-agulhas, estão com as pontas voltadas para o instrumentador. Essa disposição que, como dissemos, parece caprichosa, por differir inteiramente do habito commum, apresenta, no entanto, notaveis vantagens. Adoptando esse criterio, o instrumentador apanha as pinças de Kocher, por exemplo, pela ponta, apresentado ao operador a base de apprehensão, apanha a tesoura pelas laminas e entrega apresentando a base, o que facilita evidentemente a apprehensão na maneira correcta, sem necessidade de correcção ulterior. O mesmo se diga em relação á entrega dos instrumentos e a maneira com que elles "cahem" na mesa dos instrumentos; figurando o caso de uma

pinça de Kocher, o operador retira-a na posição usual e entrega ao instrumentador directamente, apresentando a ponta, o instrumento assim mantido descreve no ar um arco de círculo e cahe directamente na mesa dos instrumentos, no lugar que lhe é proprio, com a ponta voltada para o instrumentador. Essa disposição, pois, parece-nos a mais favoravel.

Mesa dos instrumentos e arranjo do instrumental. — A mesa mais adaptada e que melhor preenche os requisitos necessarios para uma bôa mesa de instrumentos é o modelo de Finochietto representado no eschema abaixo. E' formada de dois taboleiros

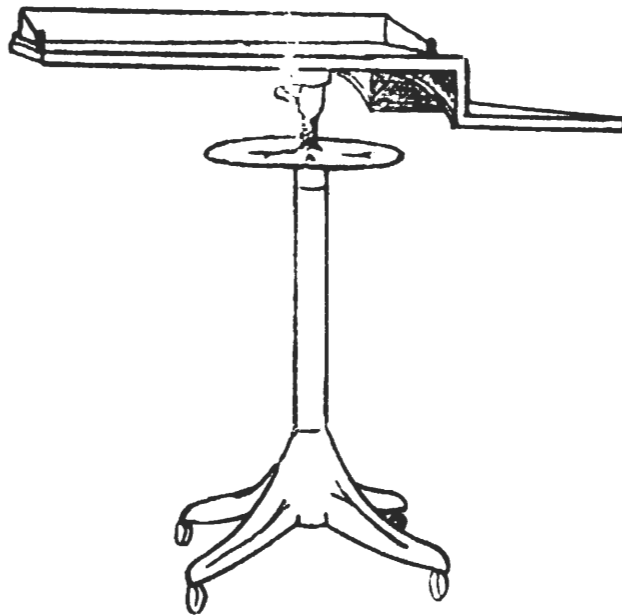


FIG. 4

Mesa typo Finochietto para dispôr o instrumental

de dimensões differentes e situados em planos diversos, sendo o inferior de comprimento muito mais reduzido. Os taboleiros estão sustentados por uma haste vertical, permittindo abaixar ou levantar a mesa por meio de um movimento de uma roda sobre um parafuso. O suporte termina-se por quatro pés providos de rodas de borracha, o que torna extremamente facil o manejo da mesa.

O movimento do parafuso permite adaptar a mesa na altura necessaria e adequada á altura do instrumentador e ás posições da mesa operatoria. Os dois taboleiros apresentam a vantagem de poder dispôr dois grupos de instrumentos para operações com um tempo septico, podendo ainda o taboleiro menor ser reservado a instrumentos que só eventualmente poderão ser utilizados,

evitando assim o grande accumulo de instrumental no taboleiro superior.

A disposição dos instrumentos na mesa deve também obedecer a uma disposição rigorosa e sempre a mesma, e que está eschematizada na figura abaixo.

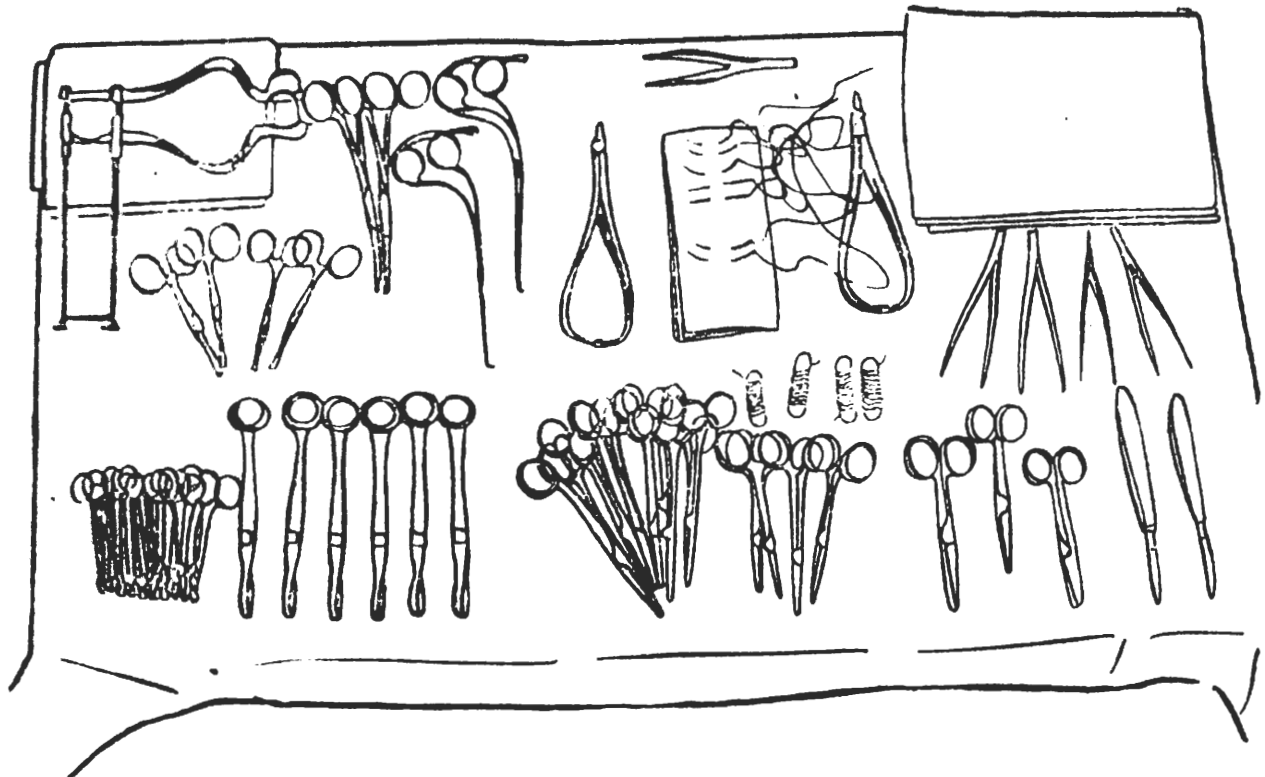


FIG 5

Disposição dos instrumentos na mesa do auxiliar-instrumentador

Os instrumentos dispõem-se em duas séries ou fileiras; na primeira, que está mais próxima ao instrumentador, e começando da direita deste para a esquerda, dispõem-se: instrumentos de direse, bisturis e tesouras; em seguida, instrumentos de hemostasia, pinças de Kocher; na extremidade esquerda ficam as pinças de campo, de Doyen e as pinças de campo, em garra. Na segunda fileira, e obedecendo á mesma ordem, ficam: pinças de dissecação e pinças com dente de rato, bem como as compressas; estas, uma vez delimitado o campo operatorio, e portanto desocupado o espaço que era mantido pelas pinças de campo, serão ahi collocadas. A seguir, estão collocados os instrumentos de sutura e synthese, isto é, os porta-agulhas e uma compressa com as agulhas enfiadas nos fios de catgut em ordem de sequencia dos tempos operatorios e com os fios de tamanho e grossura de-

terminados pela technica habitual. Junto ficam os differentes carreteis com os fios de catgut ou seda. Ahi tambem são dispostas as pinças de agraphes, como se vê no eschema acima. Os unicos instrumentos que não estão dispostos com as pontas voltados para o instrumentador, são os porta-agulhas, para evitar que o instrumentador se fira no momento de pegal-os para os passar ao cirurgião. A' extrema esquerda da fileira superior fica reservada para os instrumentos especiaes a cada operação: para o estomago e duodeno as pinças de Abbadie, os clamps curvos e rectos, as garras de Chaput, os esmagadores, etc.; para as operações sobre o intestino grosso as pinças gemeas de Vasconcellos, os esmagadores ou as pinças de Payr, etc.

Vemos por essa disposição que ficam mais proximas da mão direita do instrumentador, e portanto do campo operatorio os instrumentos de uso mais frequente, emquanto que ficam mais afastados os que são usados menos vezês ou excepcionalmente. Essa disposição facilita o trabalho do instrumentador e reduz a movimentação ao minimo.

Quando se utiliza a mesa de Finochietto, a prateleira mais baixa pôde ser usada para collocar os instrumentos contaminados e que devem ser afastados, bem como para collocar a peça operatoria.

Em outras vezes é preferivel reservar essa prateleira para ter em reserva compressas, fios, instrumentos especiaes, etc.

Julgamos que esta disposição corresponde á mais racional possivel e é a que melhor se adapta ás operações abdominaes correntes.

Mesa do 1.º assistente. — A mesa do 1.º assistente deve conter os instrumentos necessarios ao trabalho desse auxiliar: uma tesoura para seccionar os fios, pois já vimos que não é permittido ao auxiliar seccionar tecidos; pinças de Kocher, pinças anatomicas e com dente de rato. Numa segunda fileira estarão dispostos os afastadores manuaes, ás valvulas, os afastadores mechanicos, como o de Gosset, de Balfour, etc., e, por fim, as espatulas e os instrumentos especiaes que cada operação requeira e que sejam de manejo exclusivo desse auxiliar.

Adoptando essa disposição e respeitadas as attribuições de cada um dos componentes, o trabalho torna-se harmonico e a perda de tempo reduz-se ao minimo possivel. Assim, figurando o caso de uma laqueadura, vemos que os movimentos se succedem na seguinte ordem: a pinça de Kocher é mantida pela mão esquerda do 1.º assistente e o cirurgião dá o primeiro nó, que, uma vez terminado, é seguido da retirada da pinça pelo assistente que

a mantinha e entregue directamente, pela ponta, na mão direita do auxiliar-instrumentador, bastando para tanto que o 1.º assistente faça um pequeno movimento de supinação da mão. Enquanto o cirurgião dá o segundo nó, a mão direita do 1.º assistente apanha a tesoura e já está prompto a seccionar os fios. A mão esquerda livre já vai em busca da pinça immediata para repetir o mesmo movimento inicial. Vê-se assim que o encadeamento das differentes manobras obedece a um movimento contínuo e ininterrupto e harmonico, pela entrada em acção de cada um dos componentes do conjuncto no momento justo e adequado.

O auxiliar-instrumentador deve calçar luvas de algodão ou de linho por sobre as luvas de borracha, para evitar que os instrumentos humedecidos pelo sangue escorreguem-lhe das mãos, ao mesmo passo que para conferir maior firmeza nos momentos de prensão e entrega dos mesmos.

SIGNALISAÇÃO CIRURGICA

Julgamos impraticavel uma padronização technica tão rigorosa que fosse sempre invariavel a ponto de permittir ao instrumentador prever a successão dos minimos detalhes, accrescendo que todas as operações atypicas bem como todos os accidentes e intercorrencias no decurso das varias operações typicas escapariam a toda padronização e a toda synchronização de movimentos.

Preferimos, assim, modificar a primitiva idéa de Bosch Arana e, ao envez de buscar a padronização dos minimos detalhes, procuramos determinar um signal manual para cada instrumento de uso mais corrente, facilitando assim o seu pedido por meio de signaes. Como toda operação cirurgica comprehende os tres tempos fundamentaes da diereze, hemostasia e synthese, é evidente que, se padronizarmos uma série de signaes cada um para o instrumento adaptado a cada um desses tempos, teremos a possibilidade de nos communicar silenciosamente, mas de maneira efficiente, com o instrumentador. Baseado nas idéas iniciaes de Bosch Arana, ampliamos a concepção primitiva e determinamos para quasi todos os instrumentos de uso corrente na cirurgia abdominal o signal correspondente, a maneira de recebê-lo e a maneira de entregal-o. E' possivel, desse modo, evitar todo movimento inutil e chegar a uma comprehensão tão intima entre os differentes elementos do conjuncto que o acto operatorio decorre quasi em silencio absoluto, em perfeita ordem, no tempo estrictamente indispensavel á execução das differentes manobras

fundamentaes, reduzindo á metade e não raro a um terço do tempo gasto por aquelles que não adoptam a rigorosa methodização dos movimentos, e chegando, por fim, a dar ao conjuncto um aspecto de belleza technica, de precisão e de ordem, que chega a satisfazer os mais exigentes.

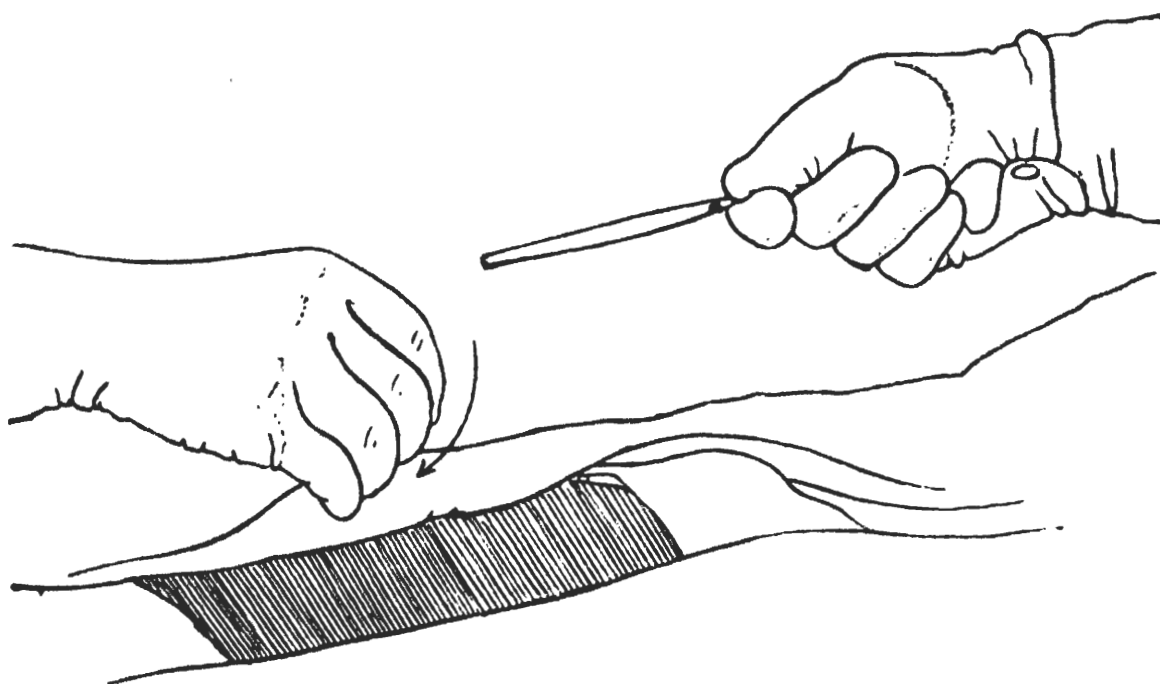


FIG. 6

Signal para indicar o pedido de bisturi

Maneira de pedir o bisturi. — Para pedir o bisturi o cirurgião manterá os dedos da mão direita semi-flectidos e reunidos pelas pontas e descreverá com a mão um arco de circulo dirigido de dentro para fóra.

Executado esse movimento, extenderá a mão aberta e o antebraço em supinação, de modo a poder receber directamente o cabo do instrumento.

O instrumentador apanhará o bisturi pela lamina, entregando-o pelo cabo, de tal modo que a lamina fique dirigida para cima e o dorso para traz, de modo a poder ser utilizado pelo cirurgião sem necessidade de corrigir o movimento.

O instrumentador deve apertar o cabo do bisturi contra a palma da mão do operador, para ter assim a certeza de que o instrumento está bem apoiado e que não vai cair.

Para seccionar a pelle, o cirurgião firma por meio do indicador e do index da mão esquerda, para evitar que ella se pregueie, e para fornecer apoio á lamina que vai cortar, enquanto a mão direita, descrevendo no ar um arco de circulo, chega até a pelle. Uma vez utilizado, o bisturi descreve caminho inverso e é entregue ao auxiliar no movimento inverso do que foi descrito para receber.

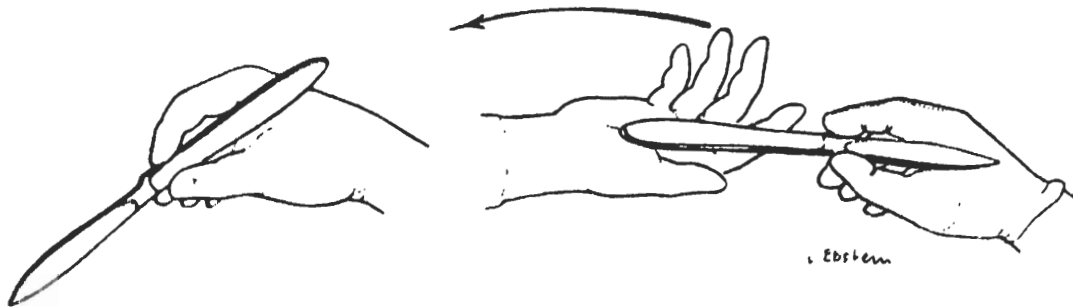


FIG. 7

Maneira correcta de entregar e de receber o bisturi, demonstrando que o instrumento fica em posição correcta para ser utilizado e que evita ferir a mão dos operadores.

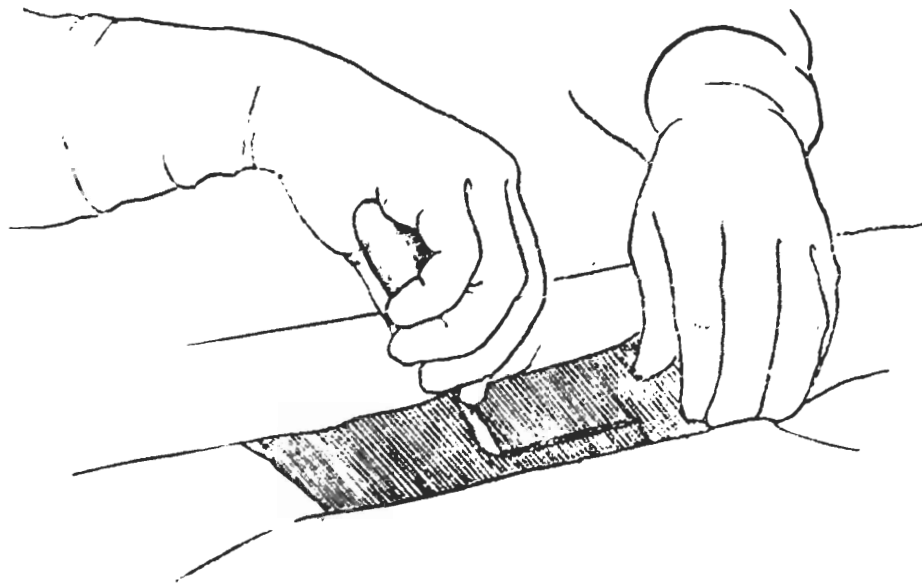


FIG. 8

Maneira correcta de seccionar a pelle. A mão esquerda fixa e distende a pelle por meio do indicador e do pollegar, enquanto a direita traça uma incisão firme e nítida.

Maneira de pedir a tesoura. — Para pedir a tesoura o cirurgião manterá estendidos o indicador e o medius, enquanto os demais estão flectidos sobre a palma da mão. Os dois dedos aproximam-se e afastam-se alternadamente, imitando o movimento das laminas da tesoura.

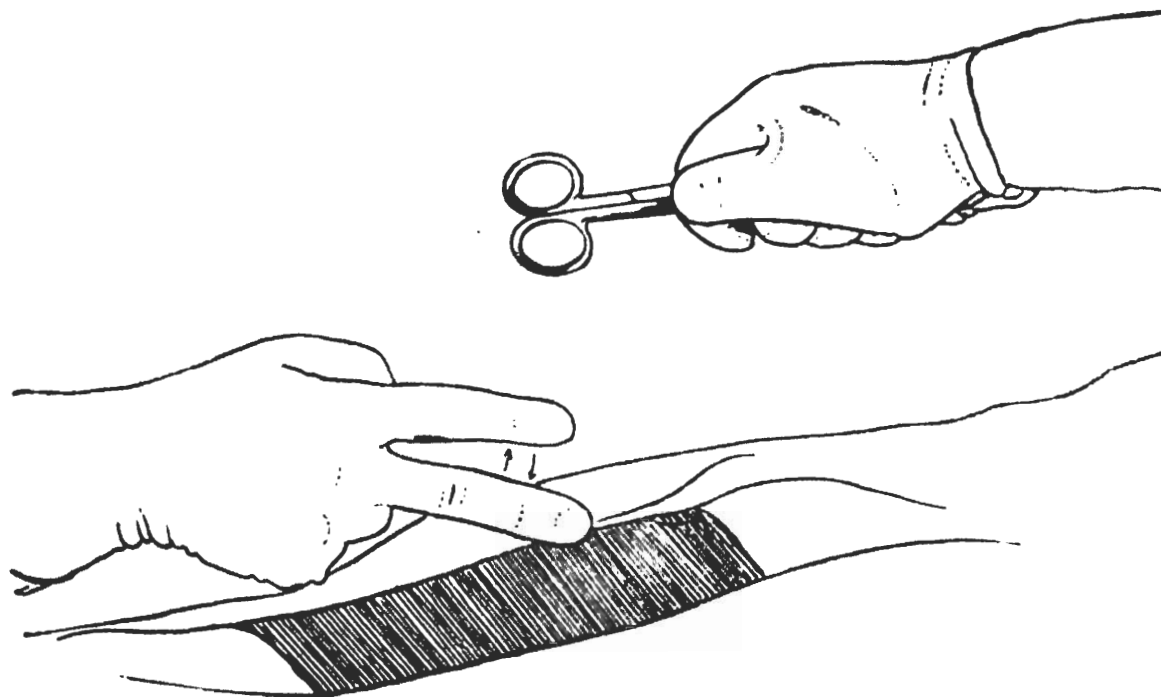


FIG. 9

Sgnal para indicar o pedido de tesoura recta

Esse movimento servirá para pedir a tesoura recta. Para pedir a tesoura curva, o movimento será o mesmo, sendo porém executado com o indicador e o medius ligeiramente flectidos.

O instrumentador deverá apanhar a tesoura pelas laminas e, ao entregar, apoiará fortemente a base do instrumento contra

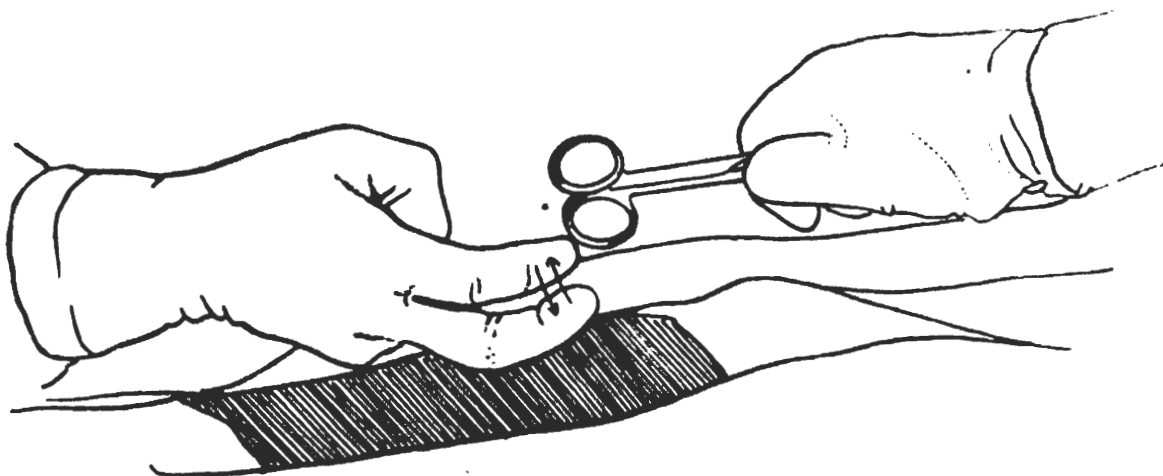


FIG. 10

Signal para indicar o pedido de tesoura curva

a palma da mão do operador para se assegurar de que o instrumento não cahia.

Julgamos impraticavel querer o instrumentador fazer com que os anneis da tesoura se encaixem directamente nos dedos do operador: a manobra torna-se difficil, o mais das vezes improficua e faz perder tempo. E' preferivel o operador corrigir a posição no espaço que medeia entre o tempo em que recebeu o instrumento e o momento de applicação.

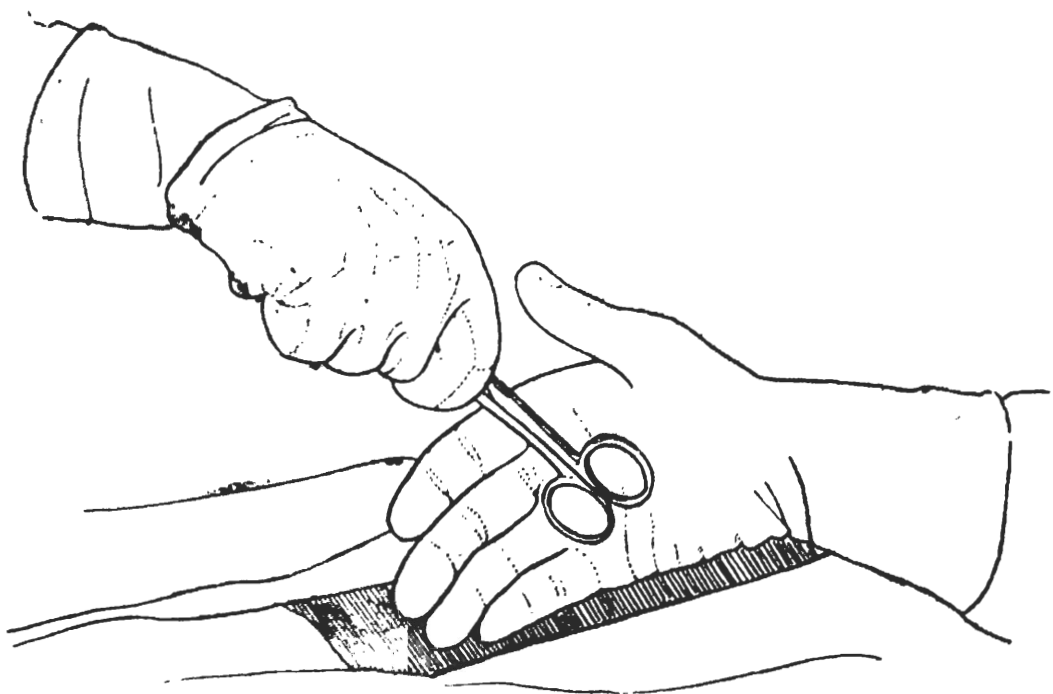


FIG. 11

Maneira correcta de entregar os instrumentos
O auxiliar apoia o cabo do instrumento contra a palma da mão do operador para se certificar que este será mantido.

A tesoura deve ser mantida com o annullar enfiado num dos anneis, o pollegar no outro, o médio firmando o ramo inferior e o indicador na articulação da tesoura, como nos mostra a figura abaixo.

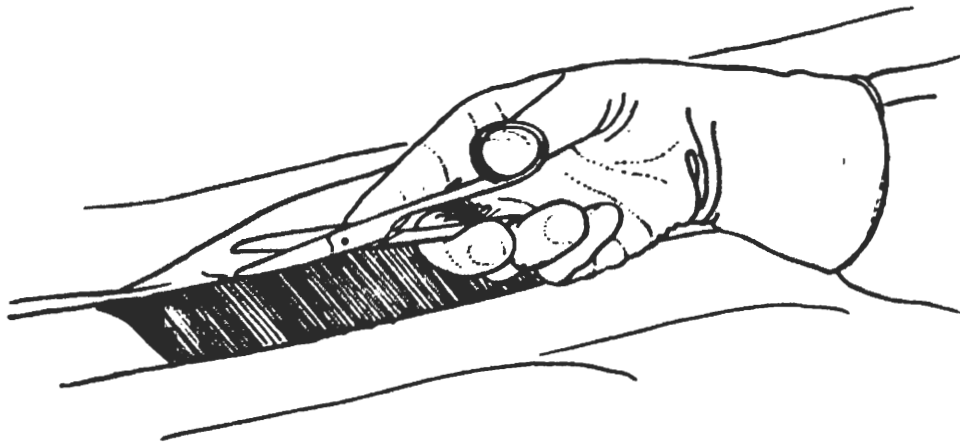


FIG. 12

Maneira correcta de segurar a tesoura, para facilitar a manobra de empalmar-a

E' essa a maneira correcta de segurar a tesoura e a que dá firmeza ao manejo do instrumento; apresenta ainda a vantagem de tornar possivel manter a tesoura na mão, mesmo quando se manejam outros instrumentos. Para tanto basta fazer com que ella descreva um movimento de 180° em torno do anel enfiado no annular, firmando-se o instrumento com a ajuda do minimo, como demonstra a figura 13.

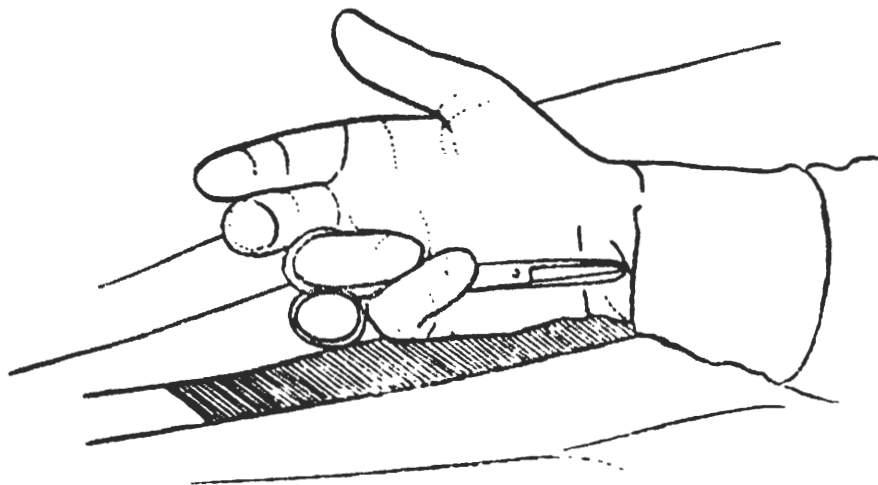


FIG. 13

Manobra de empalmar a tesoura

Como os dedos uteis são o pollegar, o indicador e o médio, é possivel manejar uma pinça de Kocher, dar um nó, manejar uma pinça dente de rato, etc., sem abandonar a tesoura, com a vantagem de, imprimindo um movimento inverso, fazer voltar a tesoura á posição primitiva para poder utilizal-a. Essa pequena

manobra, que parece sem interesse, torna-se muito elegante e é de alta valia, fazendo economizar um tempo apreciavel nas operações onde é necessario fazer uma série de laqueaduras successivas, seccionando o fio após cada uma dellas, tal como se dá, por exemplo, na manobra de retirar o grande epiploon na gastrectomia parcial.

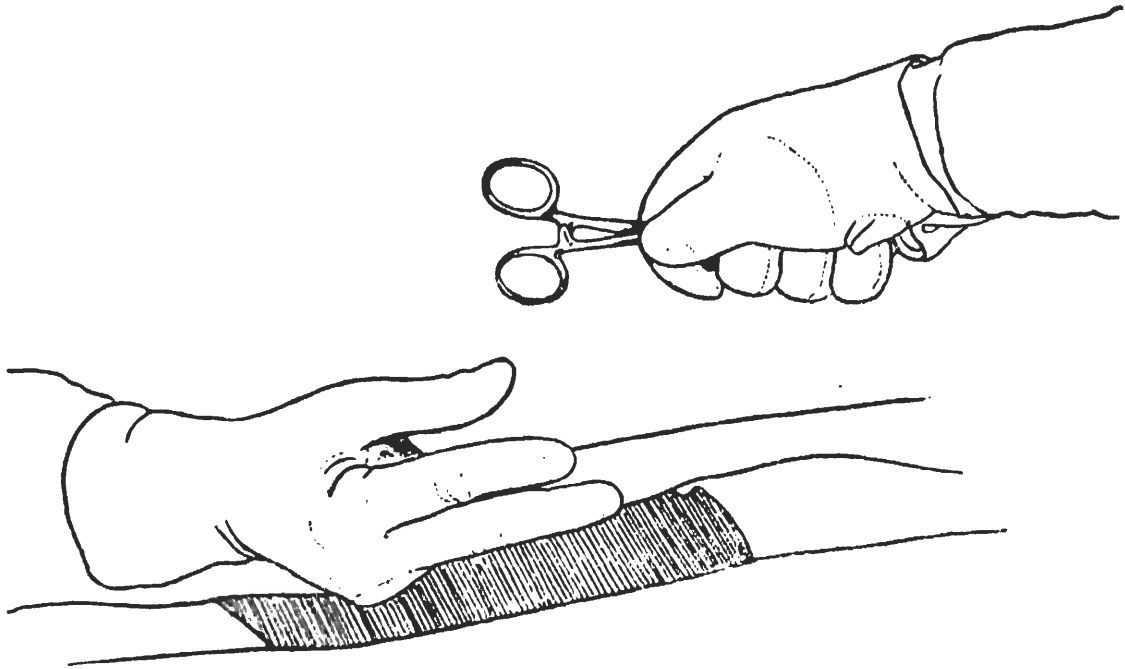


FIG. 14

Signal para indicar o pedido de uma pinça de Kocher

Maneira de pedir a pinça de Kocher. — O annular e o minimo são mantidos flectidos contra a palma da mão, enquanto que o pollegar, o indicador e o médio são dispostos extendidos e mais ou menos parallellos.

Esse movimento lembra a maneira de segurar a pinça de Kocher, pois que o pollegar se firma num dos anneis, o médio no outro e o indicador apoia-se sobre um dos ramos.

Para entregar uma pinça de Kocher o instrumentador apanha-a pela ponta e applica o cabo contra a palma da mão do operador. No espaço que medeia entre a prensão do instrumento e a sua utilização, é feita a correcção.

Para devolver a pinça, o operador retira-a pelos anneis, fecha-a e entrega apresentando a ponta que é apanhada pelo instrumentador com a mão direita que descreve no ar um arco de circulo e colloca-a no lugar adequado e na posição mais commoda, que é com a ponta voltada para si.

Na figura abaixo está representada a maneira de pedir uma pinça de Kocher enquanto se mantém a tesoura presa contra a palma da mão. Vê-se que o signal é fácil e a maneira de manejar os dois instrumentos muito commoda.

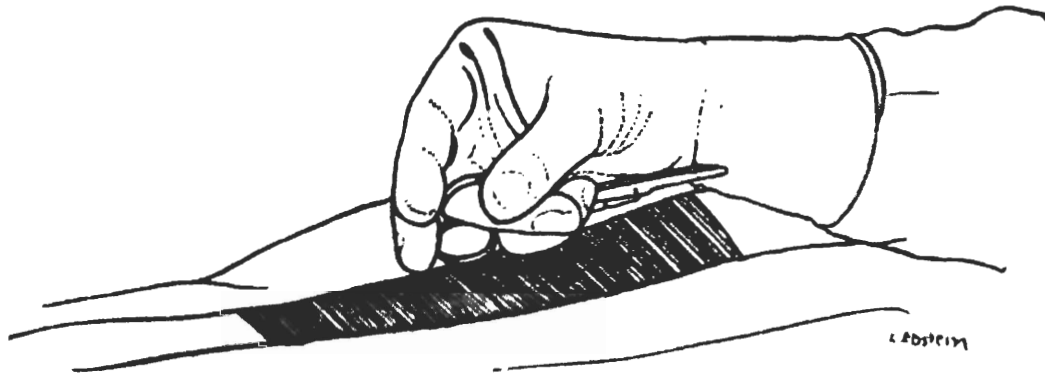


FIG. 15

Signal indicando pedido de uma pinça de Kocher, ao mesmo tempo que o operador mantém a tesoura empalmada e firme pelo annular e minimo.

Maneira de pedir a pinça de dentes. — Os quatro ultimos dedos são mantidos juntos e flectidos e se approximam e se afastam alternativamente do polegar.

Para entregar o instrumento o assistente deverá apanhal-o pela extremidade livre dos ramos, fechal-o para não se machucar e entregal-o pela base, como mostra a figura 16.

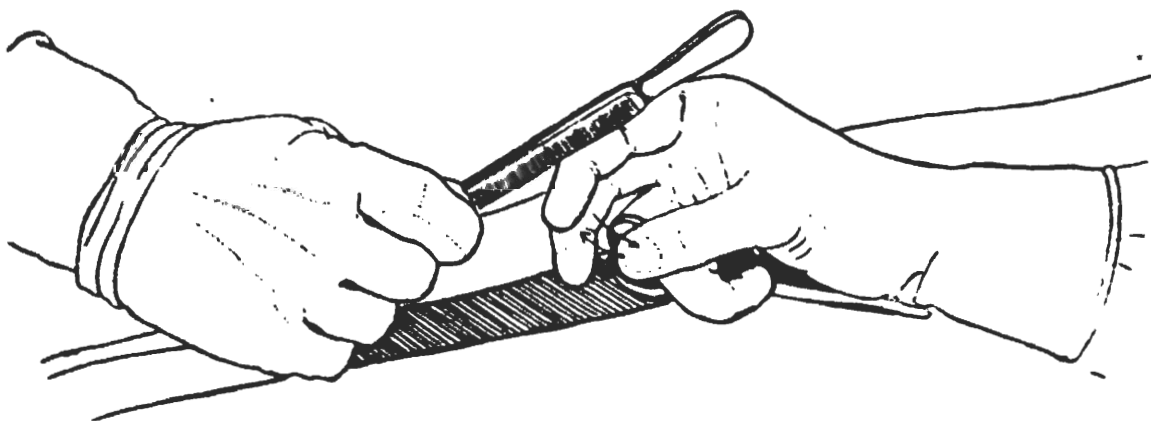


FIG. 16

Signal para indicar o pedido da pinça-dente

Para entregal-o o cirurgião deve fechal-o para evitar rasgar a luva do auxiliar ou machucal-o e entregal-o directamente pela ponta no movimento inverso ao eschematizado na

figura acima. A pinça é recollocada na mesa com os ramos voltados para o auxiliar, como se vê na figura 3, o que torna o movimento logico e simples.

Julgamos apenas necessario um signal unico para indicar tanto a pinça anatomica como a dente de rato, dado que nos utilizamos muito pouco da primeira que em cirurgia abdominal quasi que serve exclusivamente para afundar o côto do appendice ou para uma ou outra manobra mais especial. A verdadeira pinça util é a dente de rato, porque permite maior firmeza sem nenhum inconveniente, e nós a utilizamos impunemente para apanhar os órgãos cavitarios.

Para fazer a hemostasia, sobretudo dos vasos da parede abdominal, a melhor maneira de executal-a correctamente é apanhar o vaso com a pinça dente de rato e, só depois de verificado que a manobra foi correcta, é que se deve collocar uma pinça de Kocher, depois de ter puxado ligeiramente os tecidos com a pinça de dentes. Essa manobra permite evitar os pinçamentos em massa e sobretudo os erros de pinçamento, vendo-se não raro cirurgiões que dão tres ou quatro pinçamentos errados antes de attingir o vaso que sangra, isso porque os movimentos das articulações dos dedos são muito mais delicados e precisos do que os movimentos do braço e ante-braço que accionam a pinça de Kocher. A figura abaixo eschematiza a maneira correcta de fazer o pinçamento dos vasos da parede.

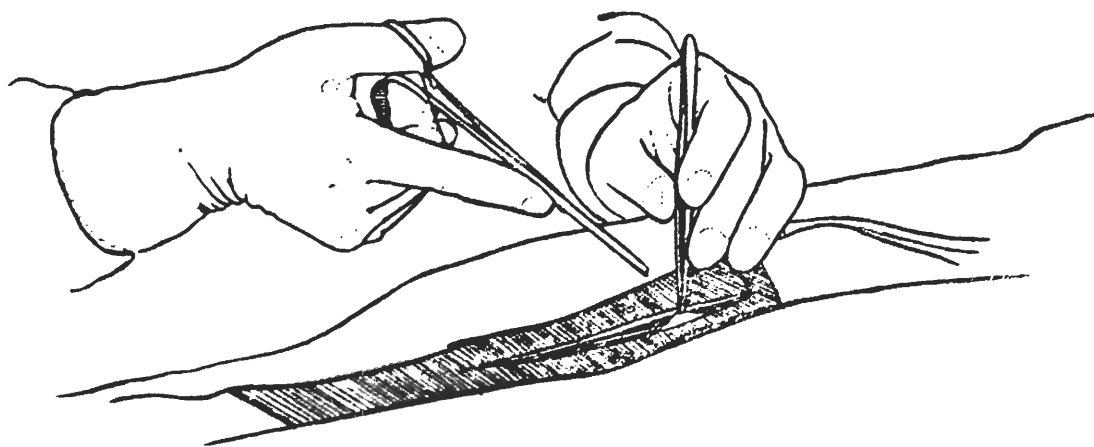


FIG. 17

Maneira correcta de fazer hemostasia de um vaso no tecido celular sub-cutaneo.

A outra modalidade, tambem util, consiste em segurar a pelle com a pinça dente de rato, fazendo uma eversão do labio da ferida, de modo a bem expôr o vaso que sangra, que é então pinçado directamente com a Kocher.

Essas manobras requerem um duplo pedido, o da pinça de dentes e o da Kocher, para isto a mão esquerda faz o signal indicativo da pinça de dentes, enquanto que a mão direita faz o signal indicativo da pinça de Kocher.

Para executar o pedido o instrumentador deve apanhar a pinça dente de rato com a mão esquerda e a pinça de Kocher com a mão direita, entregando nas mãos homologas do operador.

Apparentemente o movimento parece complexo, pois que, como vemos na figura 18, as mãos do auxiliar se cruzam; parecia, á primeira vista, mais facil entregar directamente. Julgamos, no entanto, que para bom methodo e para evitar as hesitações e as incertezas sobre a mão que deve apanhar cada um dos instrumentos, o melhor é que se siga a seguinte regra: a mão do auxiliar deve sempre entregar o instrumento á mão homologa do operador. A observancia dessa regra evita as confusões por parte quer do instrumentador quer dos operadores.

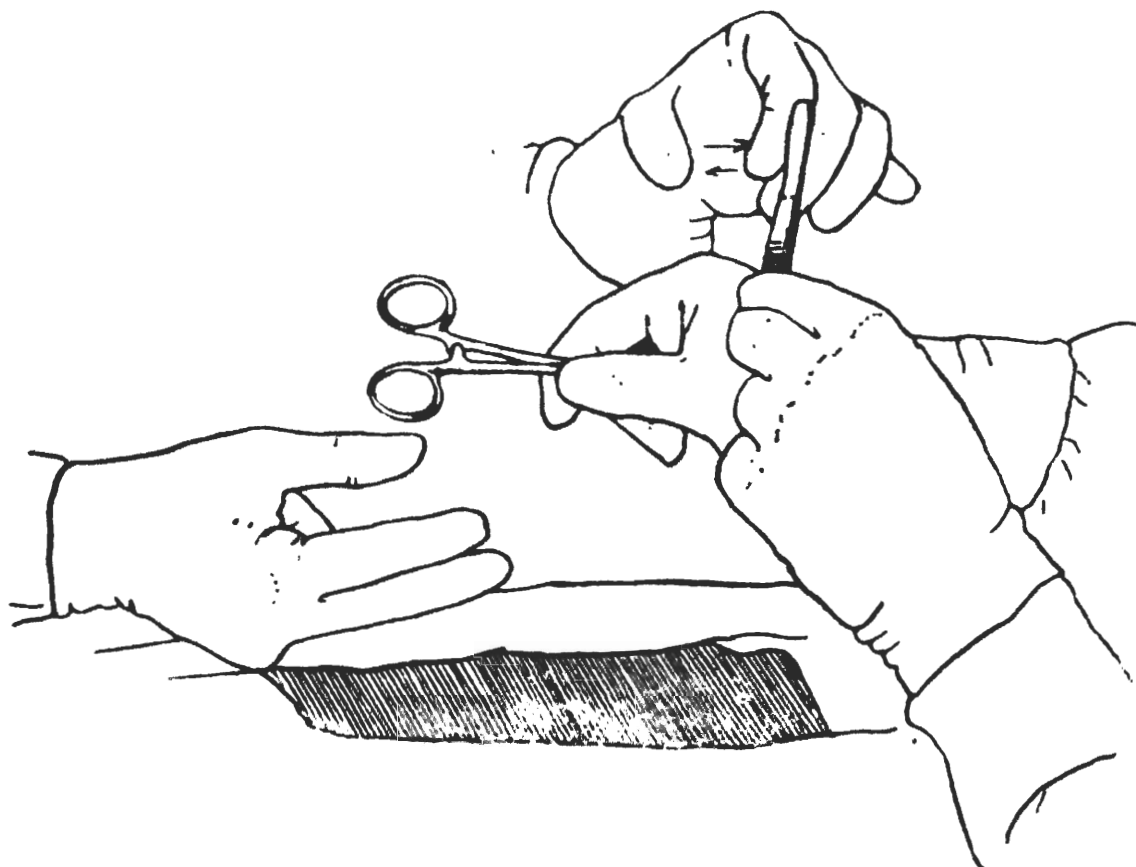


FIG. 18

Duplo pedido, de pinça-dente com a esquerda e pinça de Kocher com a direita.

A maneira de entregar os instrumentos é por meio dos movimentos inversos descriptos para a entrega.

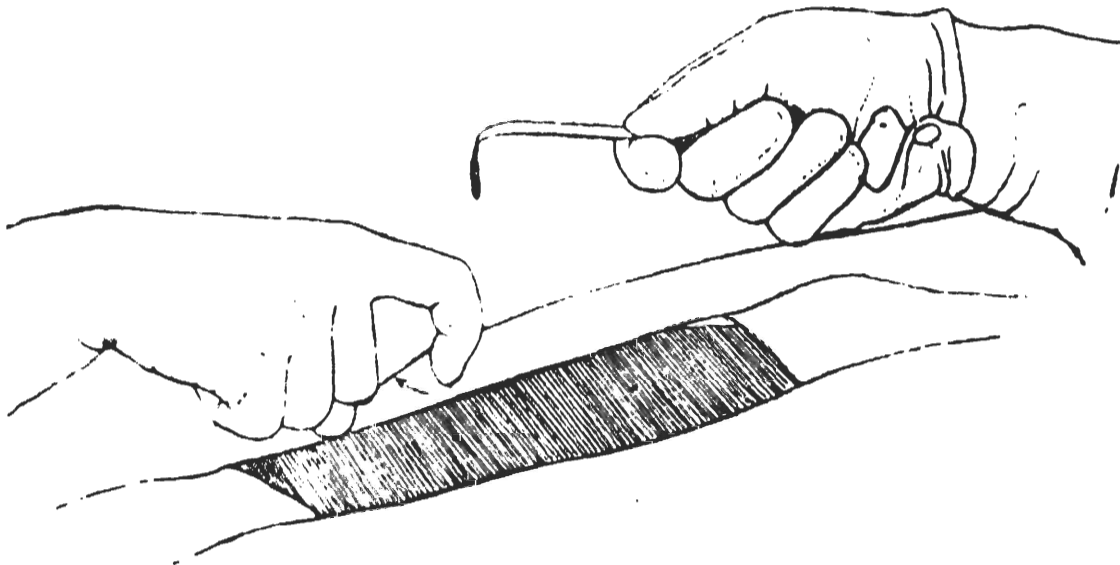


FIG. 19

Signal para indicar o pedido do afastador de Farabeuf

Maneira de pedir o afastador de Farabeuf. — Com o indicador semi-flectido e os demais dedos completamente flectidos sobre a palma da mão fazer um pequeno movimento de aproximação da mão.

Para entregal-o o auxiliar deverá offerecer uma das extremidades do instrumento.

Maneira de pedir uma valvula. — Com os dedos reunidos formando angulo recto com os metacarpianos, fazer um pequeno movimento de aproximação da mão.

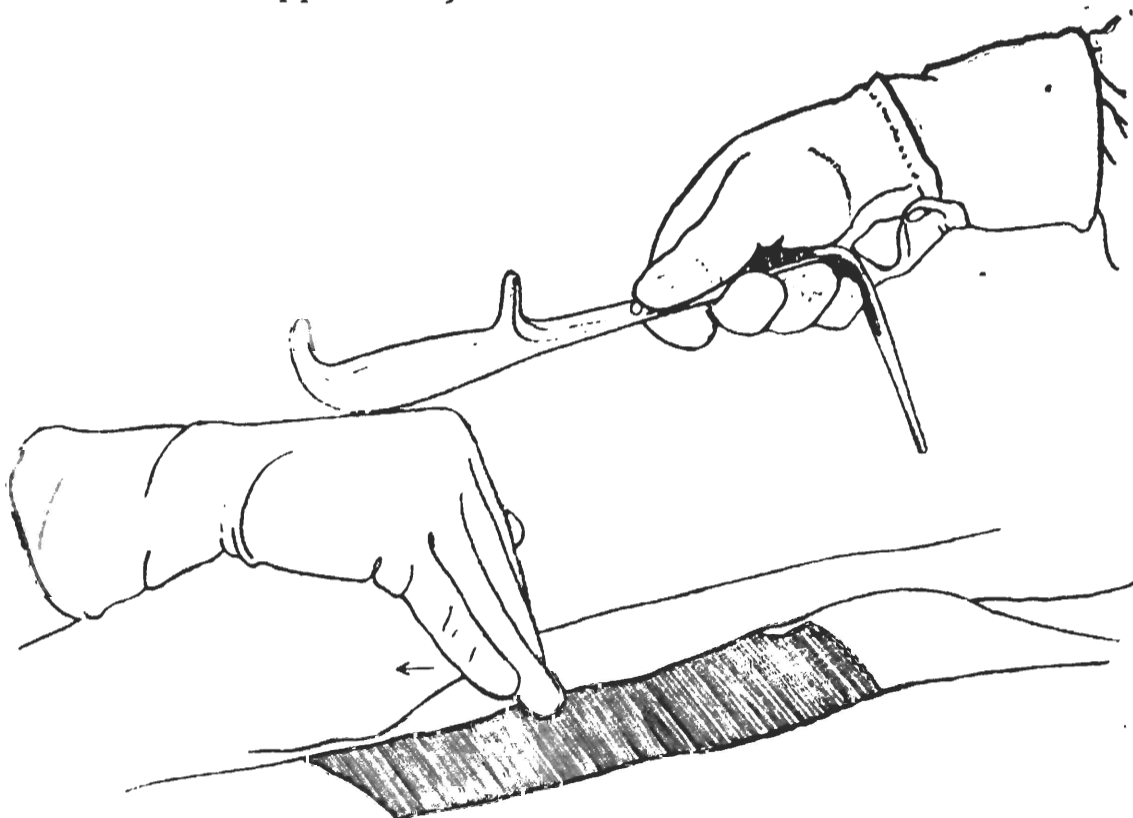


FIG. 20

Signal para indiciar o pedido de uma valvula

Para entregar a valvula o auxiliar deve apanhal-a pela lamina, apresentando o cabo do instrumento, como nos mostra a figura acima. Para devolvê-lo o cirurgião fará um movimento inverso, isto é, apanhando o cabo, apresentará a lamina que é segura pelo instrumentador que, com um movimento semi-circular do braço, repõe na mesa dos instrumentos em posição semelhante aos demais, isto é, com o cabo voltado para fóra.

Maneira de pedir o afastador mechanico. — Com o indicador e o médio de ambas as mãos semi-flectidos e com os demais dedos completamente flectidos sobre a palma da mão faz-se um movimento de afastamento imitando os ramos do afastador de Gosset.

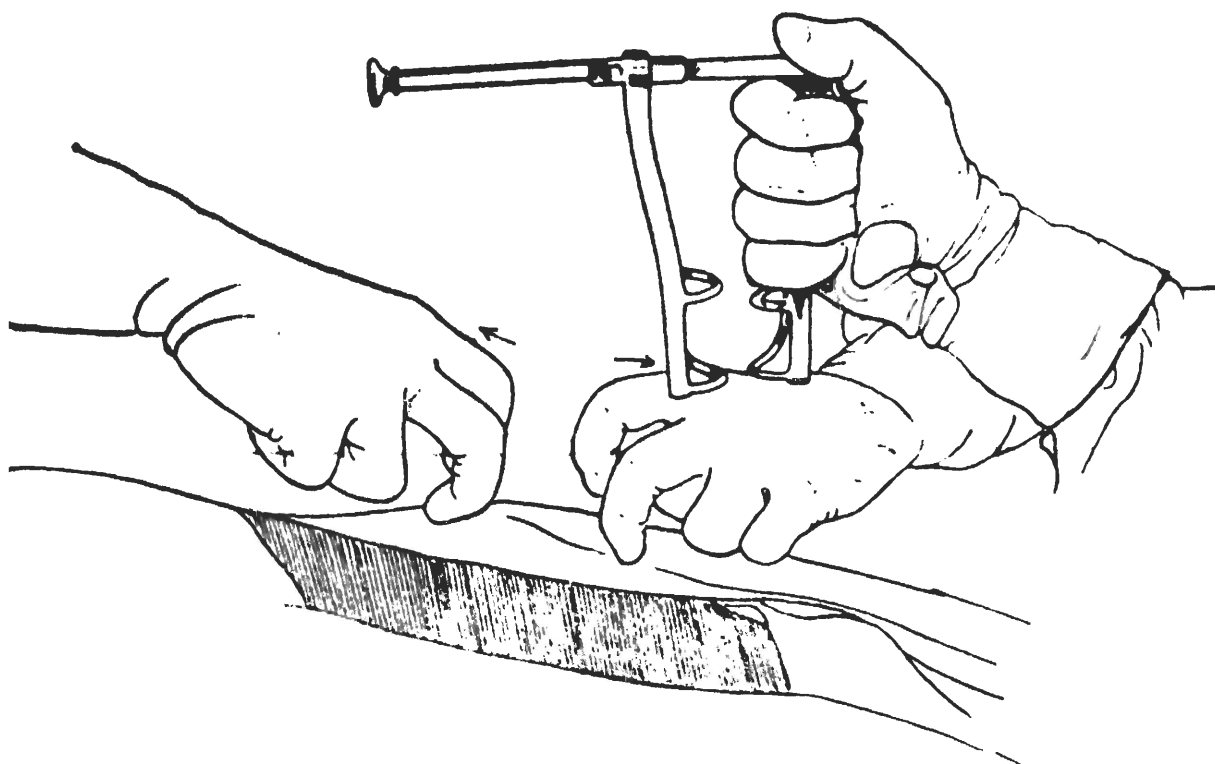


FIG. 21

Signal para indicar o pedido do afastador de Gosset

Para entregar o afastador de Gosset, o instrumentador apanha-o pelos ramos ou por um delles, apresentando a base do aparelho, que assim facilita a collocação. Para devolvê-lo o operador fechará os ramos, mantendo-o pela extremidade e entregando pela base.

Maneira de pedir uma compressa. — O operador apresentará a mão expalmada, com os dedos juntos e a face palmar voltada para cima.

O auxiliar deverá entregar a compressa dobrada para que o operador a disponha da maneira como melhor convem, evitando entregal-a aberta e muito menos dobrada de fôrma differente da habitual.

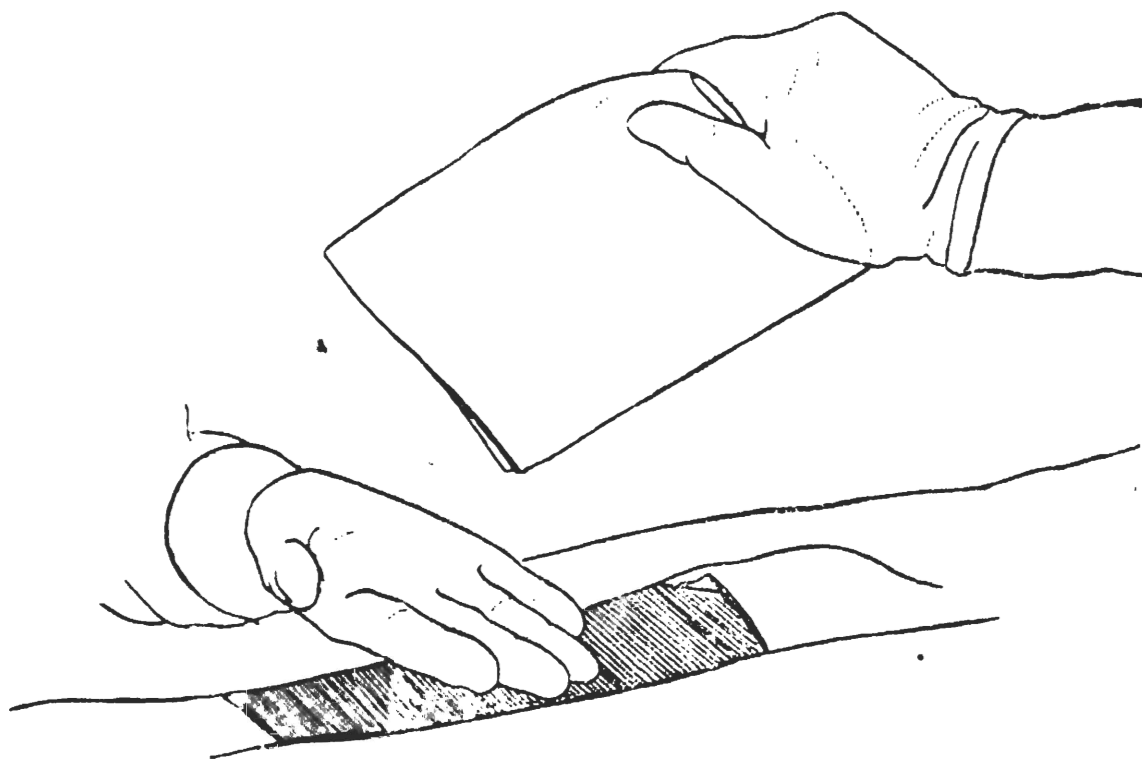


FIG. 22

Signal para indicar o pedido de uma compressa

Com isso evita-se perda de tempo, pois o operador conhecendo a maneira como vêm as compressas dobradas poderá utilizal-as desse modo ou ainda dar a melhor disposição conveniente no momento.

Maneira de pedir o catgut. — O catgut n.º 0 será pedido pelos dedos semi-flectidos e a palma da mão voltada para cima. Para pedir o catgut n.º 1 indicar-se-á pela extensão do indicador, conforme mostra a figura 24, sendo que o catgut n.º 2 será indicado pela extensão do indicador e do médio.

Para indicar os demais fios, seda, crina, etc., já porque a sua utilização é mais rara, julgo preferível o pedido verbal que deve ser por meio de uma palavra unica: seda, crina, etc.

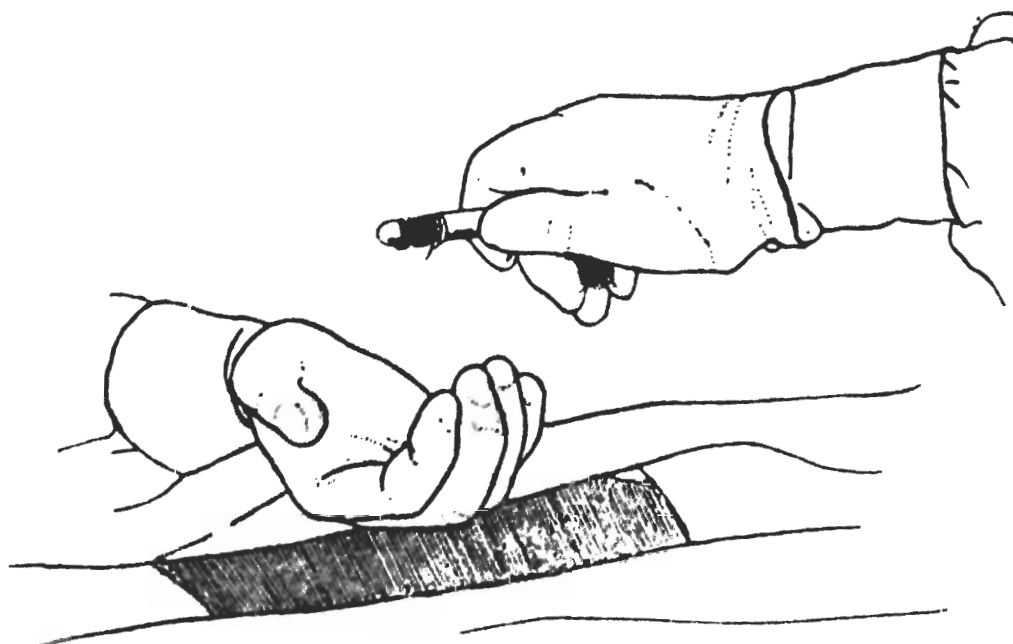


FIG. 23

Signal para indicar o pedido do catgut n.º 0

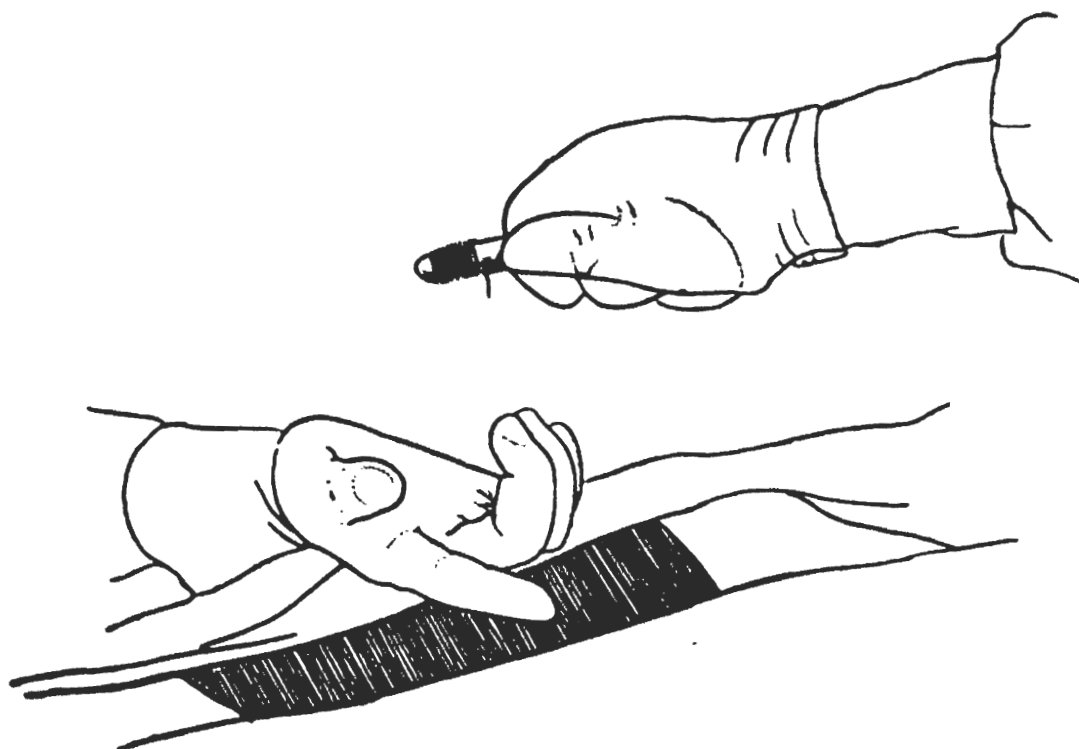


FIG. 24

Signal para indicar o pedido do catgut n.º 1

Maneira de pedir o porta-agulha. — Com os quatro ultimos dedos mantidos juntos e em semi-flexão, e o polegar semi-flectido do lado opposto, executa-se pequenos movimentos de pro-nação e de supinação.

Como vimos na disposição dos instrumentos na mesa do instrumentador, o porta-agulha montado com a respectiva agulha provida do fio adequado é o unico instrumento que está na posição usual, isto é, com a base voltada para o instrumentador.

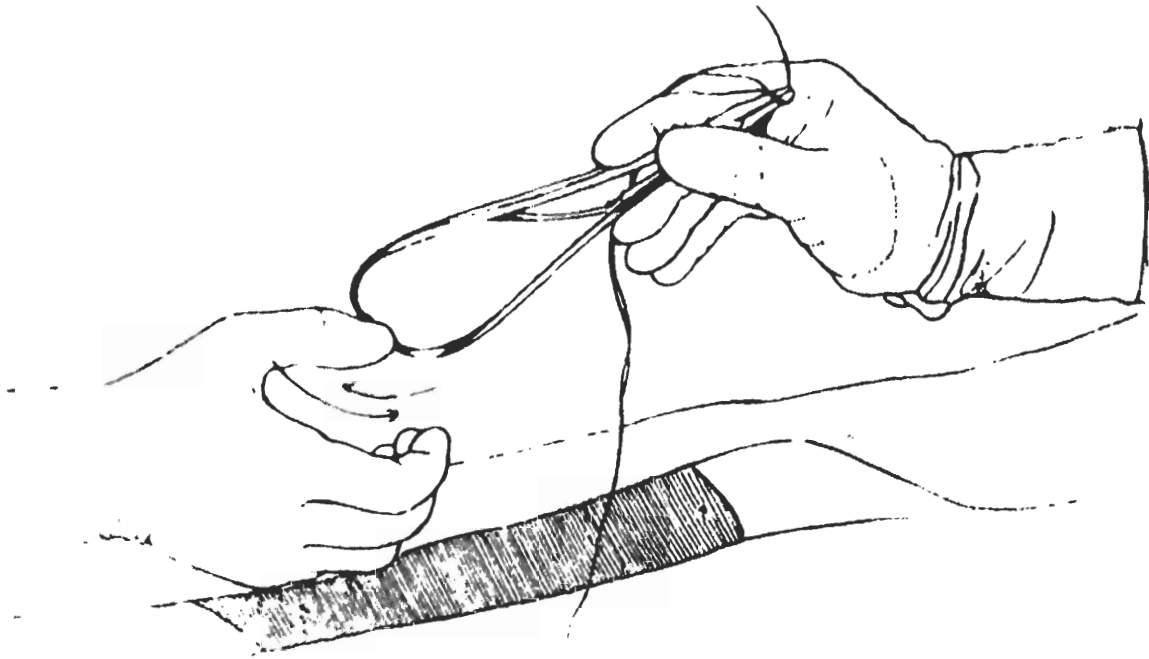


FIG. 25

Signal para indicar o pedido do porta-agulha

Isto porque é necessario apanhal-o pela extremidade, mas tendo cuidado com a agulha para que, no movimento de entrega, que consiste em tocar a palma da mão do operador com a base do porta-agulha, não ocorra ferir-se a mão do instrumentador. A maneira de entregal-o está eschematizada na figura acima, sendo que, no entanto, é preciso cuidado por parte do operador para não ferir inadvertidamente o auxiliar.

A devolução do instrumento faz-se pelo movimento inverso ao da entrega.

Maneira de pedir a garra de Chaput. — Com os dedos flectidos contra a palma da mão a ponta do pollegar é collocada entre o indicador e o médio.

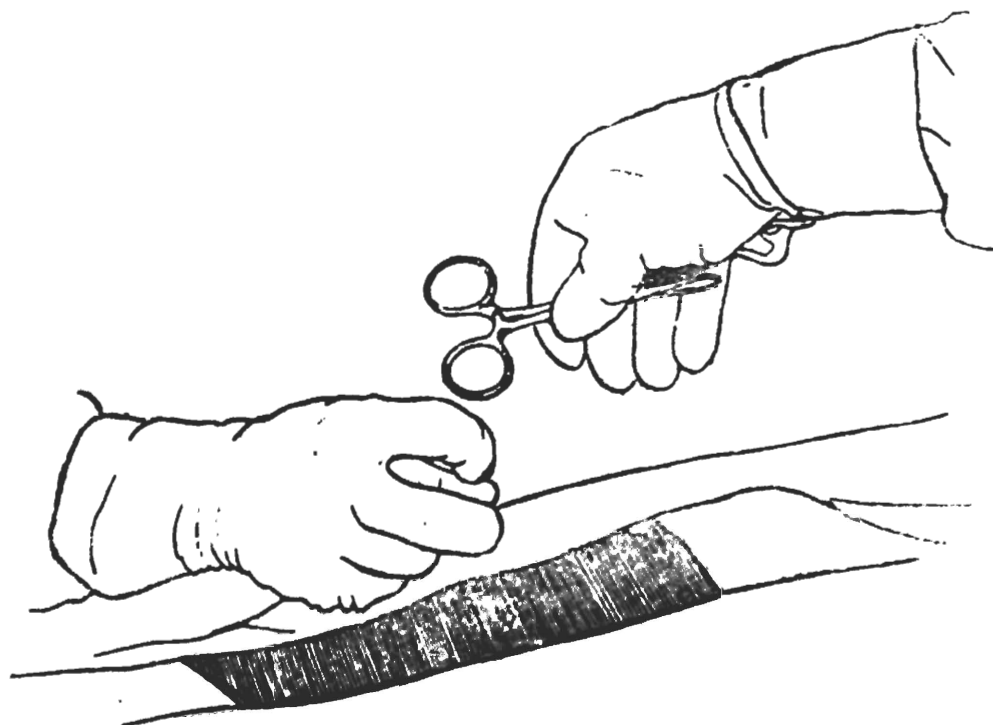


FIG. 26

Signal para indicar o pedido da garra intestinal de Chaput

E' o commum movimento indicativo da "figa".

Já vimos que todos os signaes procuram reproduzir a fôrma ou o manejo do instrumento, de modo que o signal indicativo da garra de Chaput procura imitar a disposição dos dentes dessa pinça. Embora se trate de um instrumento especial, que não devera ter um signal proprio, pois que já vimos que só os instrumentos destinados aos tempos fundamentaes é que devem ser signalizados, julgamos util incluir este ultimo pela sua frequente utilização em cirurgia abdominal, dado o vulto que assume o tubo digestivo na cavidade do abdomen.

Ficam assim indicados, por meio de signaes manuaes, todos os instrumentos e material necessarios de utilização corrente e não especializada, em cirurgia do abdomen. Todos os demais instrumentos especiaes deverão ser pedidos verbalmente e exclusivamente pelo nome proprio, assim: Abbadie, Payr, Faure, subentendido que fica que são as pinças especiaes desses respectivos auctores. O mesmo se diga para o demais material de uso menos frequente: sonda, gaze iodoformada.

ACTUAÇÃO DO CONJUNCTO CIRURGICO •

Já dissemos que a vantagem da disposição padronizada e da technica combinada é obter a maior harmonia, maior ordem, maior rapidez e maior belleza junto ao menor traumatismo, menor esforço e com menor tempo. Vejamos então como devem trabalhar os elementos desse conjuncto. Dispostos o operador e os auxiliares, preparadas as mesas e as enfermeiras attentas, fica o conjuncto á espera de que o anesthesista, por meio de um movimento de cabeça, ou de um olhar significativo, indique ao cirurgião que póde dar inicio ao acto operatorio. Este distenderá e fixará a pelle com os dedos da mão esquerda e fará o signal para que lhe seja passado o bisturi que, tomado da mão do instrumentador, descreve no ar um arco de circulo, cahindo sobre a região a ser incisada, e cortando na extensão adequada. Terminada a secção da pelle e tecido cellular subcutaneo, o operador não tem mais do que extender para diante e ligeiramente para a direita o braço e entregar o bisturi ao instrumentador. Nesse intervallo, o 1.º auxiliar, com a ajuda de quatro ou cinco gazes, comprime a ferida operatoria, evitando a hemorrhagia. O cirurgião faz ao instrumentador o duplo movimento significativo para que lhe seja entregue a pinça de dente e uma pinça de Kocher. O 1.º assistente vai agora retirando as gazes, escorregando-as sobre a ferida, da esquerda para a direita, descobrindo assim uma das extremidades da ferida operatoria e mantendo a parte restante comprimida, para sustar a hemorrhagia. O operador vai fazendo progressivamente a hemostasia pela technica já descrita, emquanto que o 1.º assistente vai retirando as gazes, num movimento de escorregamento progressivo. Uma vez terminada a hemostasia do tecido cellular subcutaneo com a ajuda das pinças de Kocher, o cirurgião entrega ao instrumentador a pinça-dente e faz o signal para que lhe seja dado o catgut n.º 0. O 1.º assistente irá apresentando progressivamente as pinças de Kocher numa sequencia methodica e continua, começando pelas de uma extremidade e caminhando progressivamente para a extremidade opposta, escolhendo para laquear em primeiro lugar as pinças superficiaes e depois as profundas, para que as primeiras não venham atrapalhar estas ultimas cahindo sobre o campo.

O 1.º assistente apresenta a pinça de Kocher e o cirurgião executa o primeiro nó que, uma vez termindo, indica ao 1.º assistente que deve retirar a pinça, movimento esse executado com a mão esquerda, tornando assim facil entregar o instrumento ao instrumentador (fig. 3), que o apanha pela ponta, collocando-o no lugar adequado. Emquanto esse movimento se passa, a mão

direita do 1.º auxiliar apanha a tesoura na mesa que lhe está á direita, tempo em que o cirurgião dá o segundo nó, tempo suficiente para que a tesoura esteja prompta para seccionar os fios. A tesoura póde ser mantida na mão direita do 1.º auxiliar que, no caso de ter necessidade de utilizal-a, fará a manobra já indicada passando-a para a palma da mão, deixando assim livres os dedos uteis. Evita com isso as continuas manobras de collocar e largar a tesoura sobre a mesa.

Feita a hemostasia, passa-se ao tempo immediato que é a protecção pelos campos. Os campos estereis são aproximados dos labios da ferida e o instrumentador dará simultaneamente uma pinça de Doyen ao cirurgião e outra ao 1.º assistente, utilizando-se para tanto das duas mãos.

Feita a protecção da ferida, o cirurgião indica novamente que deseja o bisturi que lhe é dado pelo movimento padronizado. Uma vez aberto o peritonio, o bisturi é devolvido ao instrumentador que fornece uma pinça de Kocher ao cirurgião e outra ao auxiliar, procedendo-se ao reparo do peritonio parietal. Ambos devem reparar o labio peritonial do lado opposto ao que estão collocados, para evitar movimentos intempestivos, inadequados e deselegantes sobre o campo operatorio, pois que a visibilidade é melhor sobre o retalho peritonial do lado opposto do que do lado homologo.

O cirurgião mantem o peritonio aberto traccionando pelas pinças de Kocher, emquanto que o 1.º assistente apanha o afastador de Gosset da mesa que lhe está á direita, collocando-o na ferida operatoria. As pinças são retiradas pelo operador simultaneamente e entregues ao auxiliar. O campo operatorio será protegido por compressas ou guardanapos, sendo que para isso o instrumentador entrega simultaneamente uma ao operador e outra ao auxiliar que os dispõem ao redor da ferida operatoria. Para mantel-os o instrumentador entregará as pinças de campo em garra simultaneamente ao operador e ao assistente, utilizando-se para isso de ambas as mãos.

Aberto assim o ventre methodicamente, terá inicio a operação indicada.

O fechamento far-se-á tambem por technica padronizada. O afastador de Gosset é retirado pelo 1.º assistente que o collocará na mesa á sua direita. As pinças de campo em garra são retiradas pelo operador e pelo 1.º auxiliar e entregues ao instrumentador. Os pequenos campos são retirados e lançados no balde. Os labios do peritonio são novamente reparados pelo mesmo methodo já descripto e o angulo superior da ferida exposto por meio de um

atastador que é apanhado directamente pelo 1.º assistente, da mesa que lhe é privativa. As duas pinças de Kocher que reparam os labios do peritonio são mantidas pela mão esquerda do auxiliar. O operador faz o signal indicativo para que lhe seja dado o porta-agulha provido de agulha e fio, passando a fazer a sutura continua do peritonio que irá sendo reparado progressivamente pelo auxiliar á medida que a sutura progride. Terminada a sutura, o 1.º auxiliar cortará as extremidades dos fios. Quando desear fazer pontos de crina, o cirurgião deverá pedir ao instrumentador: crina. Esta virá montada em agulha especial longa e com o porta-agulha. O instrumentador deverá ter dois porta-agulhas montados para, quando receber o primeiro, entregar immediatamente outro provido de fio.

Para collocação dos agrafes o cirurgião fará o duplo signal de pinça-dente, sendo-lhe collocada na mão esquerda a pinça provida de agrafes e na mão direita a pinça destinada a collocal-os. Emquanto o cirurgião faz os respectivos signaes e recebe os instrumentos, o 1.º auxiliar apanha duas pinças de dente com as quaes vai approximando os labios da incisão.

O curativo ficará ao encargo do assistente.

Fica assim eschematizada nas suas linhas geraes a methodização operatoria no seu completo desenvolvimento e na sua mais ampla efficiencia pela conjugação harmonica do esforço bem orientado de cada um. Si nos sobrar tempo e oportunidade apresentaremos em outra occasião a methodização cirurgica para as operações toraxicas e para as operações sobre os membros.

Laboratorio de Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental da
Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Prof. E. Vasconcellos
Director

DRENAGEM ABDOMINAL

Orlando de Souza Nazareth

Chefe do Laboratorio de Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina de São Paulo; Assistente extra-numerario de Clinica Cirurgica da mesma Faculdade (serviço do Prof. B. Montenegro)

A drenagem abdominal é ainda largamente applicada pelos cirurgiões. Realizada pela primeira vez em meados do seculo passado por PEASLEE, entrou logo em franco progresso e foi sendo adoptada progressiva e quasi systematicamente após intervenções abdominaes. Pouco durou, comtudo, o seu successo; a verificação dos resultados obtidos e experimentações cuidadosas foram se incumbindo de ir restringindo paulatinamente as suas indicações. Hoje, talvez, se possa, com os factos já bem esclarecidos, estabelecer approximadamente o seu valor e os casos em que se apresenta justificada.

A cavidade abdominal, revestida pelo peritoneo, é dotada de grande poder defensivo. Defende-se muito bem, possuindo para isso duas valiosas propriedades: a) absorpção e b) exsudação plastica. Pela absorpção (incluindo phagocytose) drena grande parte dos liquidos e particulas solidas (vivas ou mortas) que a irritam e pela exsudação localiza rapidamente o processo inflammatorio, impedindo a sua generalização. Cirurgicamente nada é possivel fazer que de longe equivalha essas reacções de defesa do peritoneo. Torna-se, portanto, imprescindivel o conhecimento exacto de como ellas se passam, afim de não as difficultar e acarretar ao organismo maleficios consideraveis. Essas razões nos fazem tecer de inicio algumas considerações sobre a physio-pathologia do peritoneo e sobre ellas basear a critica do valor da drenagem abdominal.

I. — MECHANISMO DE DEFESA DO PERITONEO

1. **Poder de absorpção do peritoneo** — Uma das modalidades reactivas do peritoneo contra corpos irritantes é a absorpção. O mecanismo de absorpção differe conforme se trate de liquidos ou de solidos.

a) **Absorpção de liquidos** — Esta propriedade do peritoneo, longa e exhaustivamente pesquisada pelos pharmacologistas e therapeutas, passou por um minucioso periodo de estudos e controversias, mas, actualmente, se encontra já bem definida.

O primeiro, talvez, a estabelecer scientificamente a absorpção de liquidos pela serosa peritoneal foi **Orlow** (1894), mostrando, experimentalmente, que a velocidade de absorpção das soluções hypotonicas é inversamente proporcional ao gráu de concentração e que as soluções hypertonicas provocam primeiramente um transudato intra-peritoneal que as dilúe e transformá em soluções isotonicas, e, como tal, são então absorvidas.

A absorpção apresentava-se, pois, condicionada pelas leis physicas da osmose-diffusão e da filtração. Varios outros pesquisadores vieram, em seguida, comprovar a veracidade dos achados de **Orlow**, em nada os alterando no referente á absorpção de verdadeiras soluções, apenas os completando e áddicionando factores capazes de, em dadas circumstancias, modificá-los. Assim, a absorpção dos liquidos é governada por leis physicas. Naturalmente essa dependencia é relativa, como o é todas as vezes que resultam da applicação de leis physicas ao nosso organismo. O processo se passa atravez de membranas vivas, influenciadas por processos vitaes ou pathologicos. Mas estes não mudam a essencia do phenomeno, apenas o modificam quantitativamente. São estes factores accessorios (isto é oscillantes) que regulam ou podem vir a regular, em determinadas condições, as leis physicas que presidem a absorpção.

A via de absorpção dos liquidos parece ser, na sua quasi totalidade, a via venosa (**Hertzler, J. Pereira, Marc Roussiel** etc.); uma parcella minima dos liquidos peritoneaes é drenada pelos lymphaticos, que representam, por outro lado, papel saliente na absorpção das particulas solidas. Assim, as trocas devem ser effectuadas entre dois meios: cavidade peritoneal e sangue. As variações osmoticas do sangue passam, por isso, a representar papel saliente no phenomeno. **Hertzler**, que estudou detalhadamente a velocidade de absorpção do peritoneo, mostrou experimentalmente que ella será tanto maior: 1.º quanto menor fôr a pressão osmotica do fluido; 2.º quanto maior fôr a pressão osmotica do sangue e 3.º quanto menor fôr a quantidade de fluido.

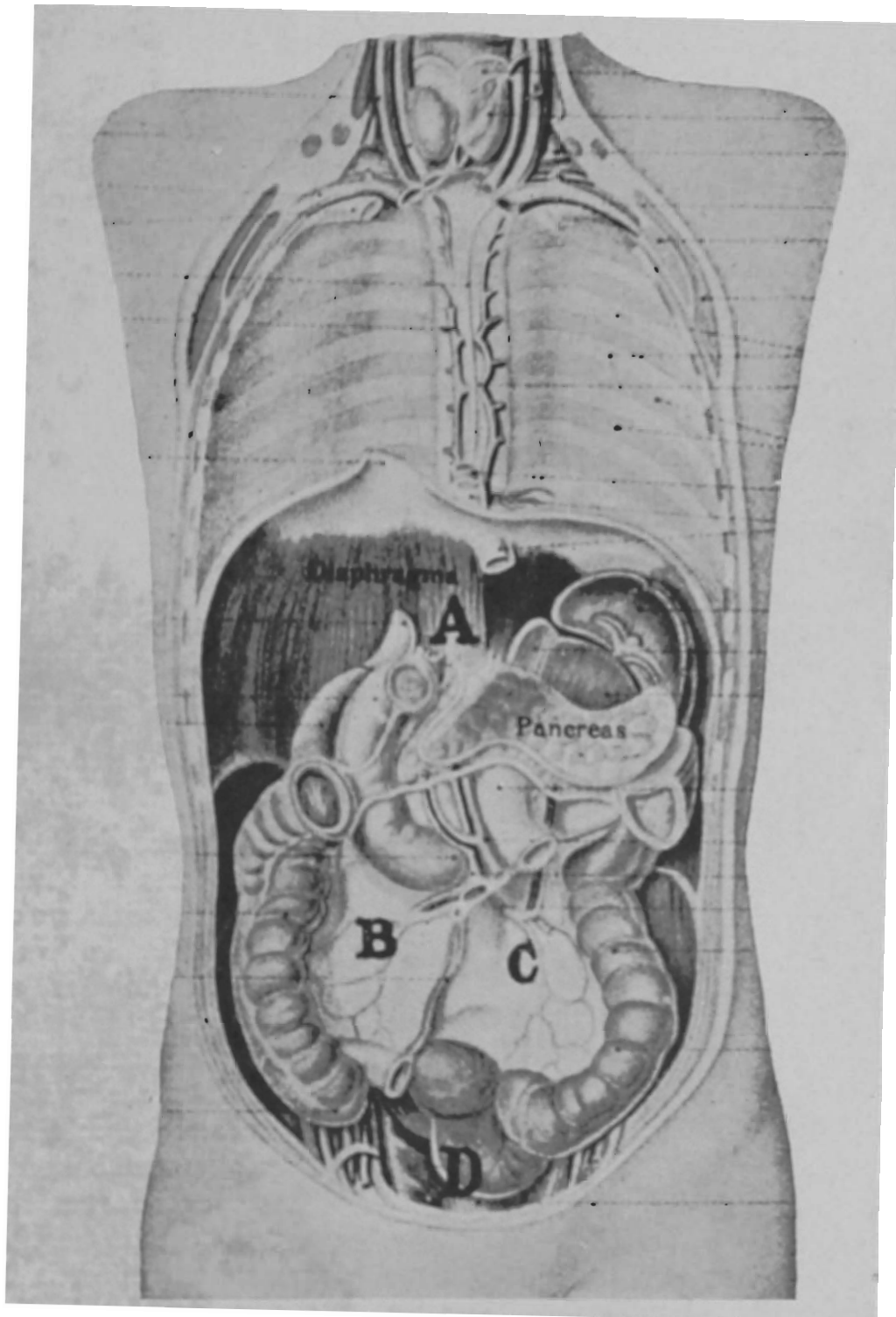


FIG. 1

As quatro grandes bacias de drenagem (Livingston)
A supra-mesocolica; B — infra-mesocolica direita;
C — infra-mesocolica esquerda; D) — pelvica.

de fluido. Como corollario dessas relações, **Hertzler** verificou que as soluções hypotônicas são, no início, absorvidas muito rapidamente, mas, á medida que vão attingindo a mesma pressão que a do sangue, a velocidade de absorpção diminue.

As soluções isotônicas apresentam uma velocidade de absorpção mais ou menos igual. Todas as substancias (adrenalina e outras) que augmentam a pressão osmótica do sangue, augmentam a velocidade de absorpção. Si a quantidade de liquido intra-peritoneal é excessiva, a absorpção é pequena, verificando **Hertzler** que quando a massa liquida representa mais de 10 % do peso do animal, é minima. Esse mesmo A. observou, ainda, e essa constatação é de interesse pratico, que quando a pressão do fluido é maior que a pressão diastolica do sangue a absorpção é

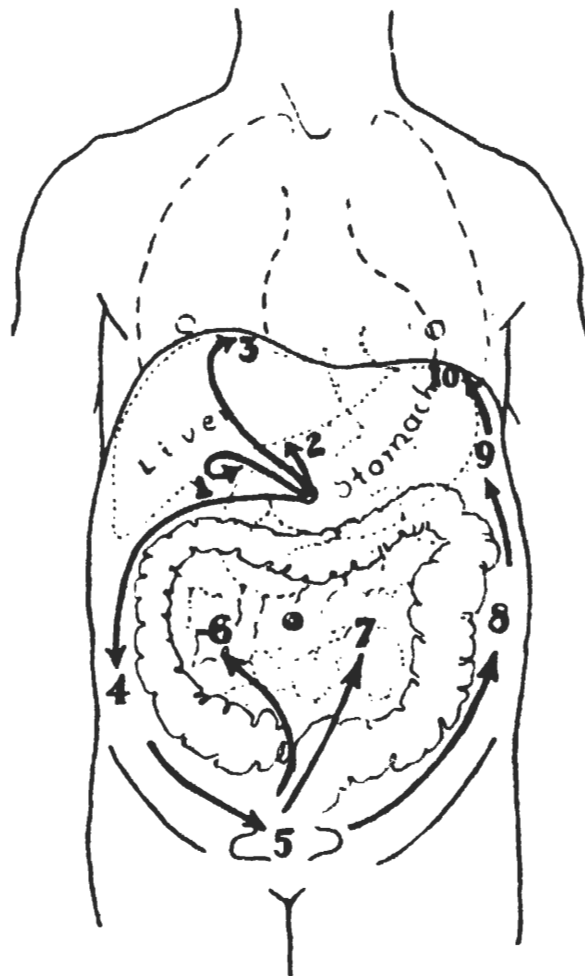


FIG. 2

Vias de comunicação entre os espaços peritoneaes (Livingston): 1 — sub-hepático; 2 — retro-cavidade dos eplons; 3 — sub-phrenico direito; 4 — recesso paracólico direito; 5 — pelvis; 6 — infra-cólico direito; 7 — infra-cólico esquerdo; 8 — paracólico esquerdo; 9 — peri-esplênico; 10 — sub-phrenico esquerdo.

muito demorada. Por essa fórma, talvez, o organismo procura reagir contra a absorpção de toxinas em grande quantidade.

A temperatura não parece ter influencia sobre a absorpção. O peritoneo absorve igualmente em todas as regiões.

b) **Absorpção de particulas solidas** — O estudo da absorpção, ou mais correctamente, da drenagem dos solidos, partiu das observações de **Recklinghausen** (1862), que pretendeu demonstrar a existencia de aberturas naturaes situadas no peritoneo diaphragmatico e denominadas por elle de "estigmatas" ou "estomatas", que seriam as terminações livres dos vasos lymphaticos. As particulas solidas introduzidas na cavidade peritoneal passariam directamente para a circulação lymphatica, atravez dessas aberturas. Estudos histologicos posteriores (**Afnasiew**, **Foá**, **Tourneaux**, **Hertzler**, etc.), vieram mostrar que os estomatas não passavam de artificios de technica, motivados pela deposição dos saes de nitrato de prata usado para revelal-as. Ulteriormente, os trabalhos de **Starling** e **Tubby**, **Adler** e **Meltzer**, **Mendel**, **Dandy** e **Rowntree** e especialmente os de **Hertzler**, vieram esclarecer o mecanismo pelo qual a cavidade peritoneal se desfazia das particulas solidas (e as observadas eram substancias corantes) nella collocadas.

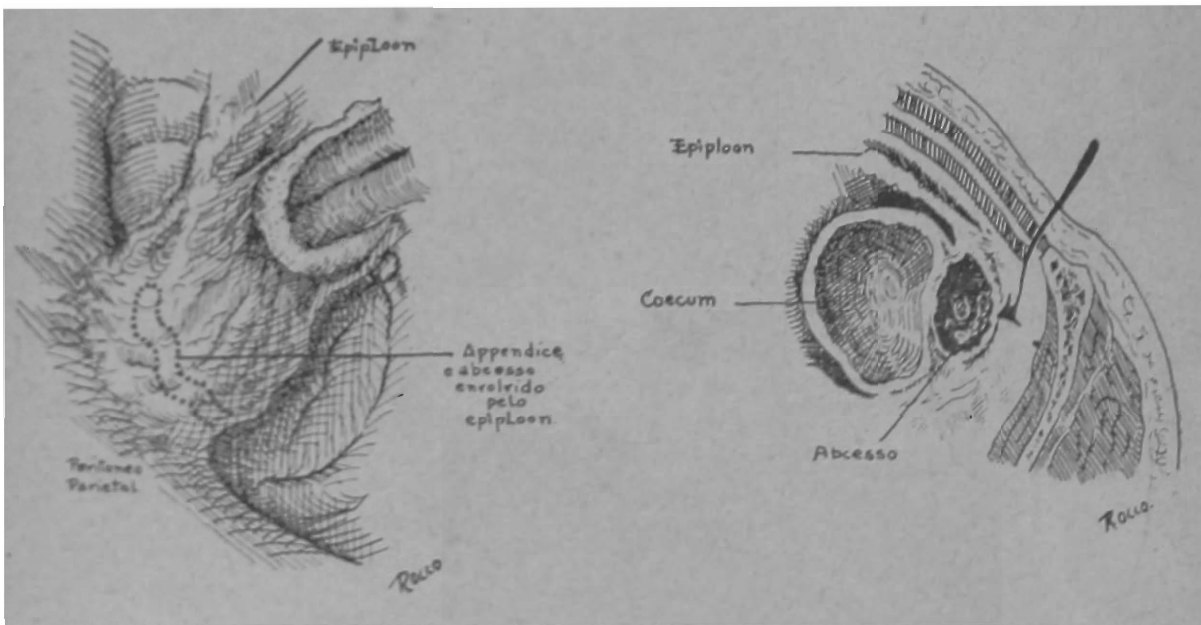


FIG. 3

Abcesso peri-appendicular extra-peritonizado pelo poder plastico do peritoneo. A boa via de accesso é extra-peritoneal. (Segundo Hertzler)

A introdução de particulas solidas na cavidade abdominal acarreta immediatamente uma rapida e fugaz vaso-constricção dos vasos peritoneaes, seguida, após alguns minutos, por uma vaso-

dilatação, com subsequente aumento de exsudação. A exsudação, de início bastante fluida, suspende as particulas e as leva para os recessos e porções dependentes da cavidade, bem como para as proximidades do grande epiploon. No fim de algum tempo, se observam já grandes accumulos de particulas no pelvis, grande apiploon e raiz do mesenterio. Nos pontos mais irritados pelos corpos extranhos ha logo um affluxo de polynucleares, que são em breve substituidos por mononucleares, e elementos histiocytarios, que tentam phagocytar as particulas ou dissovel-as. No fim de duas ou tres horas as particulas que não foram phagocytadas ou dissolvidas, se encontram inteiramente envolvidas por um exsudato fibrinoso, que se organiza em capsula fibrosa em alguns dias, assegurando um repouso permanente para o corpo extranho.

c) **Factores que modificam a absorpção** — Muito interessante e de grande valor pratico para o cirurgião, é o conhecimento dos factores capazes de influenciar o gráu e a rapidez da absorpção de liquidos, particulas solidas ou exsudatos pathologicos dentro da cavidade abdominal. Conhecendo esses factores é possível dirigil-os de tal fôrma a se apressar ou retardar a absorpção e, assim, auxiliar o organismo a se defender.

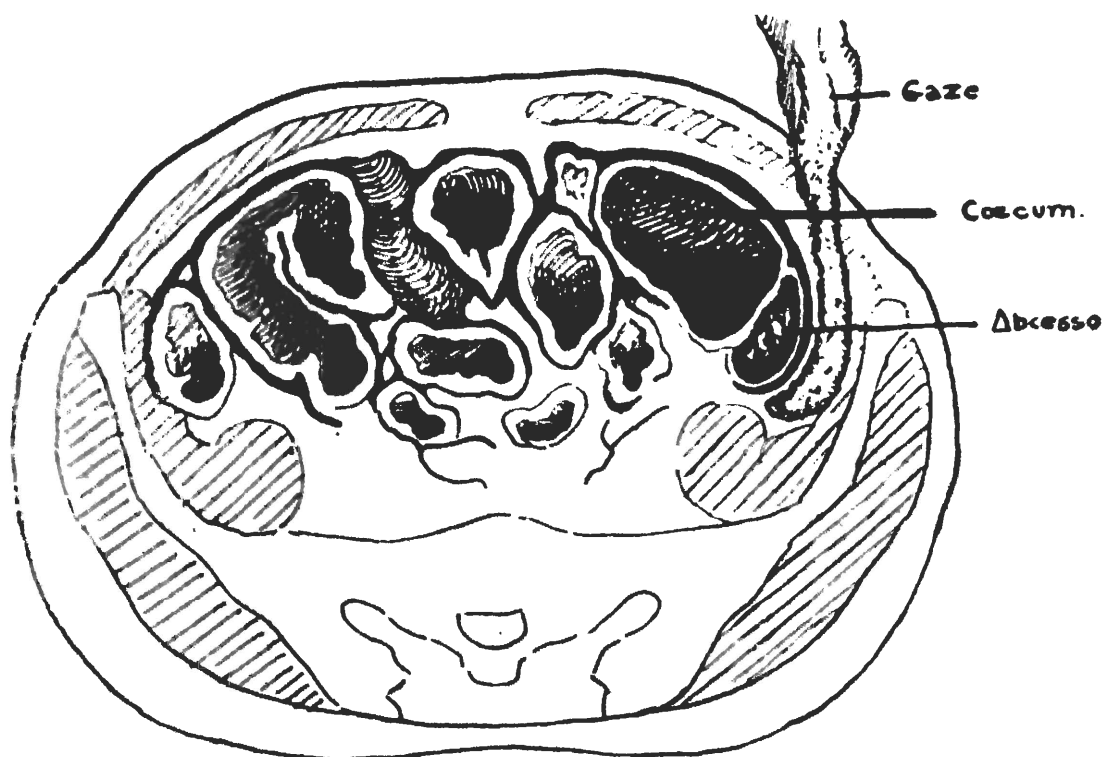


FIG. 4

Formação de adherencias com gaze para abscessos peri-appendiculares (segundo Hertzler)

As variações mais estudadas se referem sobre a porção líquida; sobre a parte sólida, a possibilidade de uma influência nitida e eficaz é pouco provável. Entre os factores que podem apressar a absorpção, apparecem os que diminuem a pressão osmótica sanguínea ou o volume de sangue circulante (hemorragia, etc.), ou que augmentam ligeiramente (desde que não seja tão grande que venha a dificultar a circulação sanguínea dentro da cavidade) a pressão intra-abdominal. Para retardar a absorpção, uma grande variedade de processos têm sido tentados, mas infructiferamente. Algumas substancias applicaveis ao animal diminuem a absorpção (dextrose, glicerina diluida, formalina) mas as doses necessarias para obter effeito não podem ser usadas no homem. Só ha, talvez, um processo capaz de diminuir a absorpção de toxinas na peritonite: a diminuição do peristaltismo, que acarreta a distensão intestinal. Um augmento pequeno da pressão intra-abdominal augmenta a absorpção, mas os grandes, que dificultam a circulação abdominal, diminuem ou annullam a absorpção. A distensão abdominal que acompanha as peritonites seria, para Hertzler, uma das fórmulas de defesa do organismo para impedir a absorpção de toxinas. Agiria augmentando a pressão intra-abdominal a ponto de causar obstaculos á circulação intra-cavitaria.

Em tempo opportuno commentaremos a veracidade e o real valor dessa fórmula de defesa do organismo (distensão). Apenas fica consignada a propria opinião de Hertzler que julga nas peritonites a absorpção se encontra diminuida ou mesmo annullada.

2) — **Adherencias peritoneaes** — Uma das principaes características da reacção peritoneal contra irritantes é a formação de adherencias, pelas quaes procura localizar a irritação. Ao poder plastico deve o peritoneo a sua grande capacidade de defesa contra as infecções. A cirurgia, no seu intento de auxiliar o organismo a se defender, deve respeitar a todo transe essa modalidade de reacção, pois que não póde substituil-a por nenhuma outra mais benefica.

O conhecimento preciso da formação de adherencias peritoneaes é de imperiosa necessidade para um estudo da drenagem abdominal.

O peritoneo póde formar duas especies de adherencias: temporarias e permanentes.

As adherencias permanentes são solidas e firmes, e resultantes quasi sempre de intervenções cirurgicas anteriores. Representam a cicatrização primitiva de duas superficies peritoneaes tra-

zidas em contacto. São ellas, portanto, que garantem a solidez das suturas intestinaes.

A sua formação segue em linhas geraes a marcha da cicatrização primitiva das lesões peritoneaes. Experimentalmente, obteve-se a sequencia exacta dos diferentes tempos da formação de uma adherencia permanente coaptando duas superficies serosas com uma sutura de seda fina, em meio aseptico. Dentro de alguns minutos no angulo formado pelas superficies coaptadas se deposita um exsudato claro e amorpho. No fim de dez minutos se verificam já feixes de fibrina que se estendem de uma á outra superficie, á maneira de ponte; no prazo de uma ou duas horas esses feixes de fibrina se encontram amplamente desenvolvidos. Gradualmente vão sendo substituidos ou transformados (Hertzler) em tecido fibroso e habitualmente esta transformação fibrosa, que começa no 3.º ou 4.º dia, termina no fim de seis a oito dias. A endothelização, por sua vez, se completa em oito ou dez dias, resultando formada definitivamente a adherencia.

Nem sempre, porém, é possível essa cicatrização peritoneal. Para que se processe é necessario que a fibrina se deposite sob a fórma fibrillar para servir de guia á reconstituição da ferida. Isso só é possível em meio aseptico. O poder proteolytico das bacterias impede a deposição sob essa fórma ou a transforma rapidamente em fibrina granular. Sob esse estado a fibrina causa uma adherencia muito fraca entre as superficies peritoneaes e, differentemente das outras, é temporaria, e persiste apenas até cessar o processo pathologico que a originou. São, pois, adherencias beneficas para o organismo e indices do esforço que faz o peritoneo para se defender, procurando localizar o processo, para mais facilmente vencel-o.

O grande merito de Hertzler foi differenciar nitidamente as funções dessas duas especies de adherencias. Emquanto que as permanentes são o resultado de traumatismos (geralmente operatorios) e significam sempre uma simples cicatrização em meio aseptico e são formadas, via de regra, sem finalidades defensivas, as temporarias são importantissimos meios de defesa do peritoneo, todas as vezes que exista uma infecção, cujos germens impeçam a formação de fibrina fibrillar. Cirurgicamente si é aconselhavel a ruptura de uma adherencia permanente que possa estar causando algum transtorno functional, em hypothese nenhuma será justificavel desfazer uma adherencia temporaria.

É preciso distinguir as adherencias temporarias da cicatrização secundaria das superficies peritoneaes, pois nestas tambem ha difficuldade ou impossibilidade de formação de traves fibrinosas entre as duas superficies, pela interposição de corpos extra-

nhos, fermentos digestivos extra-vasados, toxinas bacterianas. Em torno dessa cicatrização se formam adherencias temporarias, mas quando a cicatrização consegue vencer o obstaculo, reunindo as duas superficies com um tecido de granulação e successiva fibrose, as adherencias temporarias desaparecem por desaparecer a razão da sua existencia.

As adherencias temporarias desaparecem no fim de alguns mezes pela phagocytose dos granulos de fibrina. Quando a infeção peritoneal é pouco virulenta ha a possibilidade de formação de uma ou outra adherencia permanente entre as temporarias, o mesmo acontecendo quando é causada por germens productores de fibrina, como o gonococcus.

O grande epiploon representa um papel saliente na formação de taes adherencias, devido á sua grande mobilidade. Por essa razão foi chamado de "policia abdominal" e de orgão dotado de intelligencia.

E' necessario salientar que, no inicio, quando as adherencias temporarias estão se formando, a reacção se estende muito além da área que está sendo isolada. Em redor da zona infectada existe

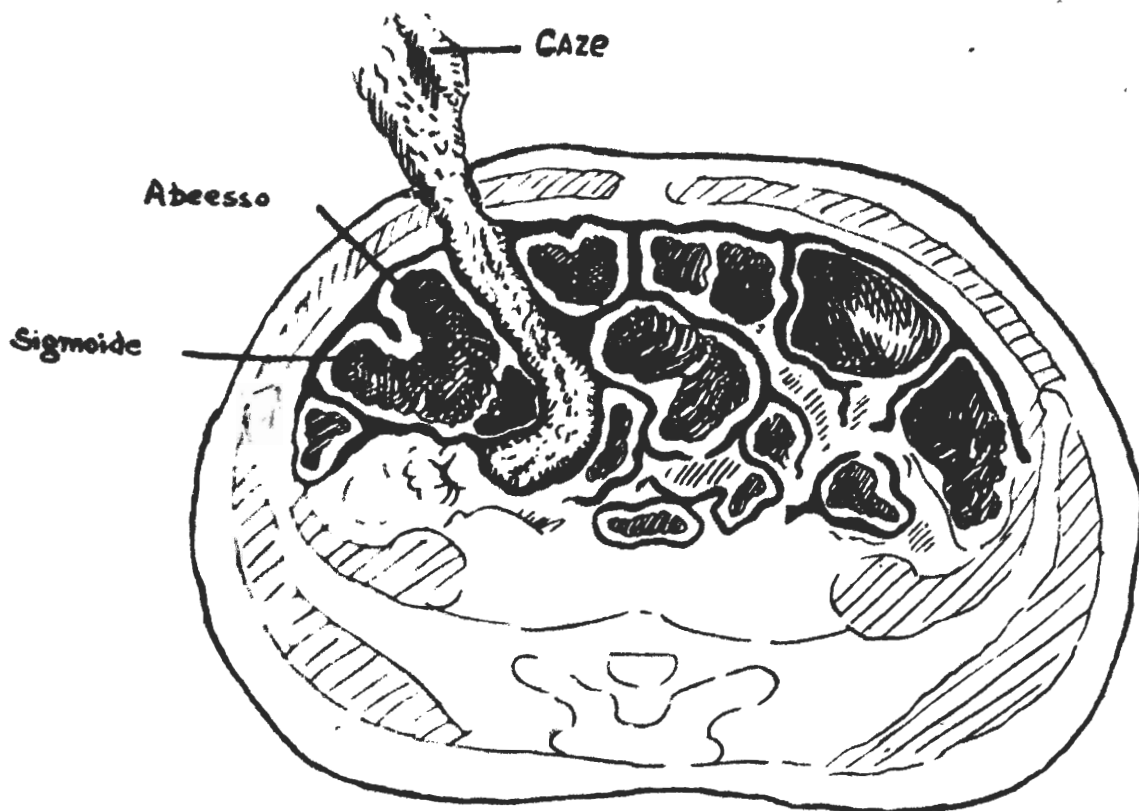


FIG. 5

Formação de adherencias para drenagem de abscessos peri-sigmoideanos (segundo Hertzler).

uma defesa de reserva, que formará rapidamente novas adherencias caso o pús venha a escapar da área enkystada. Quando o enkystamento está terminado essa reacção de vizinhança desaparece e, então, se houver ruptura artificial dessa barreira, o processo encontra a cavidade peritoneal inteiramente desprotegida.

As adherencias temporarias se deve acrescentar uma modalidade rara e extremamente grave de reacção peritoneal, que consiste na agglutinação das superficies serosas, com união muito frouxa mantida á custa de um exsudato viscoso. Não ha formação de fibrina sob nenhuma fórma. Taes superficies agglutinadas offerecem pouco ou nenhuma resistencia á propagação das peritonites, e são observadas nos casos de infecções muito graves, especialmente estreptococcicas.

B. DRENAGEM ABDOMINAL

A drenagem da cavidade abdomino-pelvica foi realizada pela primeira vez, provavelmente, por Peaslee, em 1855. Após uma ovariectomia, temendo que a exsudação ascitica continuasse, drena o fundo de sacco de Douglas, atravez da vagina, com um dreno de borracha. Estava aberto o caminho para as drenagens

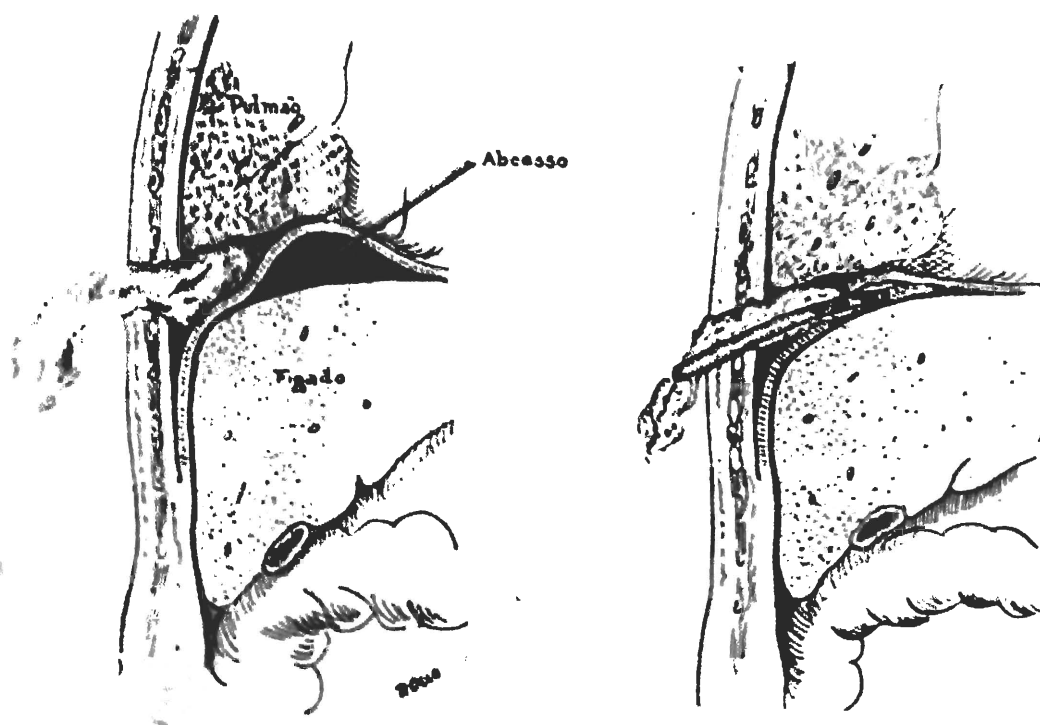


FIG. 6

Drenagem de abscesso sub-phrenico. Previa formação de adherencias (segundo Hertzler).

abdominaes, por via vaginal, que havia de encontrar em Sims (1872), seu mais ardente propagandista e divulgador. Em 1867, Koeberlé executa a primeira drenagem da cavidade abdominal através da ferida laparotomica, com um dreno de vidro. Após esses tres innovadores, verdadeiros fundadores da drenagem abdominal, os cirurgiões procuraram crear novos typos de drenos e drenagens, bem como de vias preferiveis para a sua execução. Simultaneamente, observações mais cuidadosas dos resultados obtidos foram estabelecendo os seus fundamentos, de modo a existirem, hoje, bases seguras para um julgamento preciso da significação da drenagem em cirurgia abdominal. Infelizmente nem sempre esses estudos são bem meditados e continua-se a usar a drenagem de maneira mais ou menos empirica, sem as restricções impostas pela evolução do conhecimento de suas possibilidades.

A cavidade abdomino-pelvica, irregularmente constituida, se apresenta logo a primeira vista como de difficil drenagem. Uma série de septos orientados em differentes sentidos e gosando de grande mobilidade, subdividem-na em outras pequenas cavidades ou recessos, cujo conhecimento exacto é de importancia para o estudo da drenagem.

Applicando uma terminologia geologica (Livingstone) á cavidade peritoneal, podemos dividil-a em quatro grandes bacias de drenagem:

- 1.^a grande bacia supra-meso-colica; (A, fig. 1);
- 2.^a grande bacia infra-meso-colica direita (B, fig. 1);
- 3.^a grande bacia infra-meso-colica esquerda (C, fig. 1);
- 4.^a grande bacia pelvica (D, fig. 1).

A grande bacia supra-meso-colica, acha-se por sua vez, subdividida em cinco pequenas bacias ou espaços (fig. 2):

- a) retro-cavidade dos epiploons;
- b) espaço sub-hepatico;
- c) espaço peri-esplenico;
- d) espaço sub-phrenico direito;
- e) espaço sub-phrenico esquerdo.

A' grande bacia supra-meso-colica devem ser adicionados dois outros espaços, recessos para-colicos ou espaços parieto-colicos esquerdo e direito, verdadeiros canaes de drenagem unindo esta bacia ao pelvis. Embora não situados acima do colon meso-colon, devem ser considerados como méros prolongamentos lateraes e descendentes da grande bacia supra-meso-colico.

As grandes bacias de drenagem se communicam mais ou menos livremente entre si, mas, pela disposição anatomica dos

grandes septos que as separam, as communicações se fazem mais em um sentido que em outro. Esse facto foi aproveitado pela pathologia para determinar o sentido da propagação das peritonites ou de liquidos extravazados de perfurações de visceras ôcas (fig. 2). Pelas idéas classicas de drenagem, essa direcção mais ou menos constante na diffusão das collecções liquidas ou infecciosas era de summa importancia para determinar os pontos declives onde ia se collectar a maior parte dos fluidos. Assim, exemplificando: os liquidos sahidos de uma ulcera gastrica perfurada seguirão, via de regra, a seguinte direcção: retro-cavidade dos epiploons e espaço sub-hepatico, e deste ultimo deslizariam simultaneamente para o espaço sub-phrenico direito e para o recesso para-colico direito, onde se localizaria ou se extenderia progressivamente as demais regiões do abdomen (vêr fig. 2), seguindo sempre canaes mais ou menos constantes.

Varios estudos existem sobre essa disposição topographica da cavidade peritoneal, mostrando as zonas que seriam as melhores para a drenagem. Essas pesquisas (espaço de Morrison, espaço de Douglas) perdem o seu valor quando se considera as adherencias que o peritoneo fórma rapidamente, como reacção ao derrame toxico ou infecção. Assim, esses canaes preformados, si continuam a ter valia prognostica e diagnostica, esclarecendo a séde habitual de possiveis localizações (abcessos sub-phrenicos, peri-appendiculares, etc.) á distancia de peritonites generalizadas, tornam-se inuteis em relação á drenagem, já que o peritoneo reagindo, septa com adherencias esses canaes ou bacias em um sem numero de pequenos compartimentos.

A impraticabilidade da drenagem de cavidades peritoneaes inflammadas (infeccionadas ou simplesmente irritadas) reside já no facto que não existe, no fim de algumas horas, uma unica cavidade, mas sim muitas pequeninas lojas, formadas pelas adherencias peritoneaes. As pesquisas sobre drenagem devem ser conduzidas em abdomens inflammados e não em peritoneos libertos de adherencias, com uma unica cavidade. As condições são inteiramente diversas. Talvez por não se levar tal facto em consideração é que ainda hoje se tente realizar drenagens em peritonites generalizadas. Assim, si a cavidade abdominal normal, devido á disposição anatomica muito irregular já é de drenagem difficil, a cavidade peritoneal inflammada com suas multiplas adherencias, transforma a drenagem em um acto cirurgico, sinão prejudicial, pelo menos inefficaz.

Ainda um outro factor, não menos ponderavel, contribue em annullar toda a tentativa de drenagem abdominal: a impossibi-

lidade de obter um escoamento permanente com os diferentes typos de drenagem conhecidos.

Varios typos de drenagem têm sido preconizados para obter um bom escoamento das collecções septicæ intra-abdominaes.

a) **Drenagem tubular** — a primeira drenagem da cavidade abdominal (Peasbee) foi feita com um tubo de borracha, mas diante da malleabilidade do material, preferiu-se (Koerbelé) o dreno de vidro. O perigo de uma possível quebra do tubo dentro da cavidade, fez com que se recommendasse a sua substituição por tubos de borracha (Chassaignac), de borracha com armação de aluminio (Ricard), de aluminio (Delagenière) e de outras materias.

O dreno de borracha supplantou a todos e é o usado hoje pela grande maioria dos cirurgiões.

O primeiro golpe de morte na drenagem abdominal, que adquiria, a largos passos, a sancção da quasi totalidade dos cirurgiões, foi dado, em 1889, por Delbet, que publicou os resultados de suas experiencias, em cadaver e animaes vivos, mostrando que as alças intestinaes e especialmente o grande epiploon, envolviam completamente o dreno no fim de 48 horas. Isolado da cavidade abdominal, tornava-se, assim, completamente inutil. Diante dessas verificações concluiu que a drenagem tubular era impossivel e que o escasso liquido que eventualmente corria pelo dreno provinha do proprio trajecto ou cavidade formada em torno do dreno.

Varios outros auctores (Boxen e Novak, em 1910, Rotter em 1911, Murphy, Lejars, Chaput e outros) ultimamente comprovaram as experiencias de Delbet, collocando fóra de duvida que a drenagem tubular, com qualquer especie de dreno, é inutil, pois que os drenos são inteiramente envolvidos por adherencias do grande epiploon e alças intestinaes, ficando assim, completamente isolados da cavidade abdominal. O escoamento de liquido que geralmente reaparece no 3.º ou 4.º dia é, via de regra, o resultado de uma infecção da pequena cavidade formada pelo dreno.

O envolvimento do dreno pelas alças intestinaes e grande epiploon, facto de todos conhecido, é, no entretanto, pouco considerado. Nem sempre, comtudo, tal acontece, sendo necessario para isso que o peritoneo esteja relativamente livre de adherencias e com seu poder plastico intacto. Assim, nas peritonites já extensamente septadas por multiplas adherencias ou nas peritonites localizadas com enkystamento bastante avançado, o dreno conserva-se mais ou menos livre, pois que as alças intestinaes e o grande epiploon estão já muito fixados para poderem modelar

uma cavidade em torno do dreno. Tal circumstancia é que permite drenar com relativa eficiencia as peritonites localizadas, com nitida reacção esclerotica delimitante. Nas drenagens preventivas após operações intra-abdominaes, as condições são inteiramente diversas, porquanto as alças intestinaes e grande epiploon se encontram inteiramente livres e aptos a se deslocarem para a região do dreno. Drenar uma cavidade abdominal em taes casos equivale a realizar uma manobra cirurgica que se torna inutil ao cabo de algumas horas, justamente no periodo em que a possivel infecção suspeitada talvez viesse a se processar. Adiante, ao ser feita a critica englobada da drenagem abdominal, outros inconvenientes serão accrescentados á drenagem tubular.

b) **Drenagem capillar** — Emquanto que na drenagem tubular é a gravidade que produz o escoamento de liquidos pelo tubo, na drenagem capillar o principio physico que a realiza é a capillaridade.

Varios materiaes têm sido empregados na sua pratica, subdividindo-se em outras tantas variedades: drenagem areolar (gaze), filiforme (fios de seda ou crina), laminar (laminas de borracha), mixta ou em cigarro, de Mikulicz, etc. Todos esses typos ou variantes de drenagem se caracterizam por se servirem da capillaridade como principio activo.

Experiencias muito demonstrativas e de facil reproducção foram feitas por PREABRAJEWSKY, em 1897, para demonstrar o papel da capillaridade nas drenagens com gaze. Pondo-se em communicação, por intermedio de uma gaze, um recipiente cheio de liquido com outro vazio e situado em nivel mais elevado, observa-se no fim de pouco tempo que a gaze se humidece e progressivamente vai removendo o liquido do recipiente inferior para o superior, que estava vazio. Por essa experiencia poder-se-ia ajuizar mal do valor da drenagem com gaze. A exsudação peritoneal differe, com effeito, em muito da agua, as suas condições physico-chimicas, bem como sua natureza colloide e semi-liquida escapam, pelo menos em grande parte, das leis da capillaridade. Além disso, o liquido drenado contém fibrina que se coagula e fórma crostas, tornando a gaze impermeavel e liberta das mencionadas leis physicas. Assim, si a gaze pôde vir a drenar nas primeiras horas, acaba por obstruir o orificio, tamponando-o em vez de drenal-o. A constatação clinica do phenomeno é frequente: retirando-se um dreno de gaze que se mostrava mais ou menos enxuto, dando a impressão que a exsudação terminára, desobstrue-se a ferida e dá-se vasão ás collecções liquidas que se achavam retidas pela gaze. Por essa razão, attribue-se á ella,

actualmente, mais um valor de tampão, "gaze-tampão", que propriamente de dreno.

Por outro lado, a gaze, mais ainda que os tubos, é envolvida pelas alças intestinaes e grande epiploon, adherindo a elles de maneira firme, devido á coagulação de fibrina que encontra no tecido areolar da gaze uma optima fixação. Nessas condições, a gaze representa para a drenagem abdominal os mesmos inconvenientes que os tubos. A irritação que provoca nas vizinhanças e as adherencias que fórma, tornam a sua retirada perigosa, dilacerante e muito dolorosa. Para obviar esse inconveniente propoz **MIKULICZ**, em 1886, o seu conhecido methodo de drenagem. A drenagem em cigarro (mecha de gaze envolvida por um tubo de borracha) procura tambem supprimir o inconveniente das adherencias.

Os drenos filiformes e as laminas de borracha são tambem logo envolvidos pelas alças intestinaes e grande epiploon e isolados em uma pequena cavidade. Em summa, todos os typos de drenagem são insufficientes para drenar efficazmente a cavidade abdominal.

DRENAGEM PREVENTIVA DA CAVIDADE ABDOMINAL

Ainda é habito bastante generalizado a drenagem da cavidade abdominal após intervenções em que houve contaminação do peritoneo, antes (perfuração de visceras ócas) ou durante a operação (cirurgia gastro-intestinal), ou, menos frequentemente, quando ha suspeita da efficiencia de uma sutura do tubo digestivo.

O isolamento do material de drenagem pelas alças intestinaes e grande epiploon, bem como a septação da cavidade peritoneal, caso esta venha a se inflamar de maneira accentuada, tornam a drenagem abdominal preventiva absolutamente inutil. Mas não apenas inutil, torna-se tambem prejudicial, trazendo dificuldades para a cicatrização da ferida operatoria, frequentes eventrações, infecções secundarias da ferida e da cavidade formada em torno do dreno, curativos dolorosos. Em um trabalho sobre fistulas intestinaes, tivemos occasião de salientar o papel representado pela drenagem na etiologia dessa complicação. Assim, drenar preventivamente a cavidade abdominal após uma operação suspeita de contaminação sobre ser inutil, é prejudicial, retardando o restabelecimento do paciente pelas complicações post-operatorias que traz consigo. Ainda recentemente tivemos a oportunidade de operar dois casos de ulceras duodenaes perforadas (Observações ns. 1.525 e 2.029 da 4.^a C. H. da Santa Casa, serviço do Prof. MONTENEGRO), nas quaes realizamos a gastro-duodenectomia de inicio, sem drenagem de especie alguma e o post-operatorio correu sem o menor incidente.

O peritoneo defende-se muito bem. Quando não o consegue, não será a drenagem que impedirá o aparecimento de uma peritonite. Declarada esta, o tratamento, então, deve ser outro, conforme adiante esboçaremos.

Uma ressalva deve ser feita a respeito da drenagem preventiva. Si ella é inutil como drenagem, occasiões ha em que se pôde lançar mão, não da drenagem, mas dos materiaes de drenagem com a finalidade de apressar a formação de adherencias, isolando uma determinada região do restante da cavidade. Nesses casos, aliás excepcionaes, não se trata, comtudo, de drenagem, ha apenas uma tentativa para realizar o apressuramento da formação de adherencias. O dreno que melhor preenche essas qualidades é a gaze deixada na ferida, no maximo 48 horas, mais que sufficientes para isolar completamente o fóco suspeito.

DRENAGEM ABDOMINAL NAS PERITONITES

O valor da drenagem abdominal differe conforme se trate de peritonites generalizadas ou localizadas.

a) **Nas peritonites generalizadas** — Vimos anteriormente que a drenagem é prejudicial ou pelo menos inutil, havendo outros tratamentos cirurgicos que auxiliam satisfactoriamente o organismo a se defender.

Até ha pouco tempo, imputava-se a morte nas peritonites á toxemia resultante da absorpção de materiaes toxicos existentes na cavidade peritoneal. Evidentemente a toxemia pôde vir a ser fatal ao organismo, mas sabe-se hoje, que a paralyisia intestinal atonica (MC IVER) que acompanha as peritonites, occasiona a absorpção de productos toxicos intra-intestinaes que victimam o paciente muito mais rapidamente, necessitando, portanto, maior attenção do cirurgião. Esses conhecimentos vieram repercutir consideravelmente sobre a orientação cirurgica nas peritonites generalizadas, especialmente no tocante ao funcionamento do intestino.

HERTZLER, e com elle todos os classicos, embora entrevendo a importancia da absorpção dentro do intestino, preferia auxiliar o repouso intestinal, cuja consequencia, a distensão abdominal, tinha a vantagem de augmentar a pressão intra-abdominal a ponto de dificultar a circulação venosa, causando desta fórma um retardo na absorpção de toxinas peritoneaes. Assim, para esse A., a atonia intestinal (por elle denominada "inibição do peristaltismo" para esclarecer a finalidade defensiva do organismo) e a consequente distensão abdominal, ao envez de ser combatida deveria ser auxiliada, o que julgava conseguir pela

administração de opio. A favor dessa orientação, fallava tambem o principio therapeutico geral que manda immobilizar os órgãos inflammados.

Pesquizas ultteriores vieram mostrar, comtudo, o possivel erro nessa directriz já classica.

Um dos primeiros trabalhos a esclarecer bastante a questão e dar uma direcção mais ou menos segura ás pesquisas foi o de ROGER e GARNIER, que, em 1908, mostraram experimentalmente a forte toxidez dos liquidos contidos em segmentos intestinaes situados acima de uma obstrucção. Essa toxidez era tanto mais accentuada quanto mais alta fosse a obstrucção e ia diminuindo com o decorrer do tempo, enquanto que, parallelamente, augmentavam as fermentações bacterianas. Attribuiam a acção toxica dos liquidos intestinaes ás secreções anormaes do duodeno, julgando que a influencia nociva das bacterias se revelasse apenas nas obstrucções desenvolvidas com lentidão, nas do intestino grosso por exemplo. Assim, enquanto que nas obstrucções altas, os phenomenos morbidos eram imputados á verdadeiros venenos autogenos do organismo (e surgiriam logo após a supressão dos movimentos peristalticos do intestino), nas baixas a intoxicação seria devida á absorpção dos fermentos produzidos pelas bacterias de putrefacção.

PRINGLE, executando obstrucções intestinaes em cães em diferentes alturas do tracto digestivo, verificou uma sobrevida inversamente proporcional ao nivel da obstrucção (28 dias para as rectaes, 14 para as da ileo-cecaes, 7 para as jejunaes e apenas 2 para as da 2.^a porção do duodeno). Negando que a intoxicação fosse proveniente de substancias toxicas originadas dos alimentos, pois que os phenomenos se produziam igualmente com alças vazias, culpava a acção do succo pancreatico como o responsavel pela formação de productos toxicos no intestino. Com effeito, ligando previamente o ducto pancreatico os animaes obstruidos tinham uma sobrevida cerca de duas vezes maior. O mesmo acontecia quando a obstrucção era feita acima da ampolla de Vater.

Dahi por diante as experiencias desse mesmo typo, com pequenas variantes, se multiplicam e os resultados obtidos são, de um modo geral, concordantes, mostrando que a morte do animal é tanto mais rapida quanto mais elevada fôr a obstrucção.

A causa da morte nos animaes obstruidos motivou as mais desencontradas opiniões.

A deshydratação e a perda de chloretos foi julgada por muitos como o factor effectivo que victimava os obstruidos. As dosagens sanguineas feitas em animaes obstruidos (obstrucções altas) por WALTERS, KILGORE e BOLLMAN, BOTTIN, ORR

e HADEN mostraram sempre nitidas alterações, taes como alcalose crescente, redução da agua e chloro do sangue e tecidos, retenção de uréa e azoto não proteico e augmento do poder combinante do plasma sanguineo com CO². Si aos animaes obstruidos fossem administradas injeções de sôro physiologico a sobrevida era augmentada mas não evitava que os animaes viessem a fallecer, mostrando, assim, que a perda de chloretos e liquidos, embora contribuindo para a morte, não eram os factores principaes. Por outro lado, BOTTIN provocava em animaes sãos, vomitos abundantes e repetidos, determinando perdas liquidas e mineraes muito mais elevadas que as obtidas com as obstrucções e, no emtanto, os animaes resistiam satisfactoriamente as experiencias. A deshydratação e a desmineralização podem, portanto, ser consideradas como causas secundarias ou apenas coadjuvantes.

Idéas mais claras resultam de outro typo de experiencias. Recebendo endovenosamente injeções de liquidos intestinaes colhidos em alças obstruidas, animaes sãos vinham a fallecer dentro de curto prazo, após apresentarem o quadro typico de uma obstrucção intestinal alta. Ainda que contestadas por alguns, essas experiências foram consideradas como concludentes para a maioria dos auctores, que passou á attribuir a morte dos animaes á absorpção de substancias toxicas formadas no intestino, acima do nivel da obstrucção. As opiniões sobre a origem, natureza e mecanismo de formação variam, no emtanto, enormemente. A proveniencia alimentar parece pouco provavel ou muito secundaria, já que as obstrucções agudas feitas em animaes em jejum prolongado apresentam sensivelmente o mesmo curso e duração. Para alguns A. A. a morte seria causada pela absorpção de um producto de desintegração da mucosa duodenal (ROGER E GARNIER); de uma substancia existente normalmente no duodeno mas que deixa de ser neutralizada pelas secreções jejunaes (DRAPER); de um toxico formado no duodeno pelo succo pancreatico (PRINGLE); de uma secreção duodenal feita em condições anormaes (WHIPPLE e colaboradores); toxinas bacterianas ou por productos formados no duodeno pela acção das bacterias (MURPHY e BROOKS, DRAGSTEDT, MC CLINTOCK e CHASE).

Sobre a natureza das substancias toxicas intestinaes não concordam os auctores. NESBITT considera-as como cholina e neurina ou corpos afins; MURPHY e BROOKS como muito semelhantes ás ptomainas; WHIPPLE como uma heteroproteose primaria; DRAGSTEDT como sendo aminas toxicas formadas pela acção bacteriana sobre os amino-acidos; MEAKINS e HAR-

RINGTON, GERARD, SWEET, attribuem a acção toxica á absorpção de histamina ou semelhante no intestino obstruido.

Nas obstrucções a toxemia fatal parece estar, pois, na absorpção de um producto formado dentro do intestino, embora de origem e natureza ainda não definitivamente estabelecida. A causa-mortis reside, pois, em uma absorpção intra-intestinal. A deshydratação e desmineralização entram apenas como factores secundarios.

Pelas experiencias citadas, conclue-se que a simples perturbação do funcionamento intestinal acarreta as mesmas consequencias, um pouco menos accentuadas, é certo, que as obstrucções. Nessas condições póde-se attribuir a toxemia das peritonites antes á uma absorpção intra-intestinal que extra-intestinal ou peritoneal. Esta ultima agiria accessoriamente, mormente si considerarmos que a absorpção do peritoneo inflammado é minima ou nulla (HERTZLER, KENNEDY).

Nas peritonites será, portanto, preferivel activar o peristaltismo intestinal, facilitando o seu esvaziamento, que immobilizal-o, como recommendam os classicos. A propria distensão do tubo digestivo motivada pelo repouso traz consequencias sérias para a integridade das paredes intestinaes, podendo chegar até necrose e perfuração. (VAN BUEREN, DRAGSTEED, LANG e MILLET, GATCH, TRUSLER e AYERS).

O esvaziamento do intestino nas peritonites, seja por excitantes do peristaltismo intestinal (o que raramente é efficaz), ou preferivelmente por uma derivação externa, dão resultados clinicos muito mais satisfactorios que a immobilização.

Um dos processos mais racionais para o combate da toxemia peritonitica (intra-intestinal, especialmente nas porções altas do intestino delgado) consiste na lavagem do jejuno-duodeno atravez de uma jejunostomia. PRINGLE obteve bons resultados no tratamento de peritonites generalizadas injectando frequentemente solução de bicarbonato de sodio atravez de uma sonda jejunal e a retirando por syphonagem depois de diluir as substancias toxicas e lavar o intestino alto.

JABOULAY em 1906 já preconizava a gastrostomia nos casos de peritonites generalizadas para dar vasão aos productos toxicos que constantemente refluíam do jejuno-duodeno ao estomago. LEO recommenda que, simultaneamente á gastrostomia, se faça o paciente ingerir grandes quantidades de agua, para facilitar a drenagem do estomago. Mais razoavel será praticar, ao envez de uma gastrostomia, uma jejunostomia (com duas sondas, uma voltada para a porção caudal e servindo para a alimentação e outra para a porção craneal e derivando o conteudo gas-



FIG. 7

Via sub-pleural transdiaphragmatica para abscessos sub-phrenicos direitos (segundo Vasconcellos). Por via lombar resecca-se a 11.ª costella e, após descollamento do fundo de sacco pleural, secciona-se o diaphragma, cahindo em plena cavidade do abscesso.

tro-duodeno-jejunal) e administrar líquidos em abundância por via oral. A jejunostomia dará escoamento ao líquido ingerido após a lavagem do estômago e primeiras porções do delgado.

b) **Nas peritonites localizadas** — Si nas peritonites generalizadas a drenagem se torna inútil devido às reacções peritoneaes, nas localizadas as condições são inteiramente diversas. O púz se encontra collectado em uma unica cavidade de paredes rígidas e fixadas não podendo, portanto, englobar o dreno. Assim, nas peritonites localizadas ou abcessos bem delimitados a drenagem é possível e recommendavel. Quantos abcessos existirem tantas serão as drenagens a serem feitas separadamente.

Um cuidado se impõe na drenagem desses abcessos: que não sejam drenados atravez da cavidade peritoneal livre. A rememoração do mecanismo de formação dos abcessos peritoneaes mostra claramente a importancia desse cuidado operatorio e os perigos decorrentes do seu menoscabo.

Dentro de tempos variaveis, as inflammações das visceras abdominaes e da respectiva tunica serosa podem ser enkystadas no proprio sitio da lesão inicial (peritonites localizantes) ou á distancia (peritonites propagantes enkystadas secundariamente). Quando as adherencias temporarias estão se formando, a reacção peritoneal se estende muito além da área que está sendo enkystada. Quando o enkystamento se completa, essa reacção de vizinhança desaparece e, então, se houver ruptura artificial dessa barreira de reserva, o processo encontra a cavidade peritoneal inteiramente desprotegida e se generaliza facilmente. Dahi a importancia de não aggreir esses abcessos já completamente enkystados por via peritoneal livre.

A technica da drenagem dos abcessos é variavel com a séde (abcessos peri-appendiculares, peri-sigmoideanos, sub-phrenicos, etc), mas em qualquer caso o principio da não-contaminação da cavidade peritoneal livre deve ser mantido. De um modo geral, poder-se-á dizer que os abcessos extra-peritonizados pelas propriedades plasticas do peritoneo, isto é, em contacto intimo com uma das paredes abdominaes, prescrevem formalmente o accesso extra-peritoneal. A figura 3 mostra um abcesso periappendicular, extra-peritonizado e o melhor modo de esvazial-o sem contaminar a cavidade peritoneal livre. Nos abcessos inteiramente circumdados por peritoneo livre, o mais conveniente processo consiste em collocar uma gaze em contacto intimo com o abcesso sem contudo abril-o. No fim de alguns dias a gaze provoca a extra-peritonização da collecção purulenta e o seu ulterior escoamento. Caso este não se faça expontaneamente, a gaze terá extra-peritonizado o abcesso ou formado um trajecto completamente isolado

da cavidade e que permite o acesso ao tumor sem atravessar o peritoneo livre. As figuras 4 a 6 mostram exemplos de algumas especies de abcessos e a technica mais segura para drenal-os sem os perigos de uma diffusão do processo septico. O Prof. Vasconcellos (Rev. Chir. S. Paulo, Vol. I, fasc. III, 1935), estudando os abcessos sub-phrenicos, descreveu recentemente diferentes vias de acessos para as varias modalidades de taes collecções purulentas, especialmente a via thoracica sub-pleural trandiaphragmatica (fig. 7), muito conveniente para a variedade direita.

Concluindo, qualquer que seja a séde dos abcessos enkystados, qualquer que seja a technica adoptada e qualquer que seja a via de acesso, o principio da não-contaminação da cavidade peritoneal livre deve ser intransigentemente mantido, sob pena de sérias complicações para o paciente. Seguindo-o, o cirurgião poderá adoptar as variantes technicas que mais lhe agradarem e estiverem de accôrdo com as diferentes variedades de abcessos.

Serviço da Liga de Combate á Syphilis

SYPHILOMA DA CONJUNCTIVA (1)

João Ruggiero

Quintoannista.

E. B., com 18 annos de idade, solteiro brasileiro, oleiro, conta que aos 5/4/937 appareceu com uma ligeira ulceração ao nivel do angulo externo da conjunctiva palpebral inferior direita, que pouco tempo depois progrediu, provocando intensa reacção conjunctival. Apresentou perturbações visuaes, chegando a ter a vista completamente embaçada. Ao mesmo tempo verificou um infartamento dos ganglios pré-auriculares e sub-maxillares, isto tudo do lado direito, o que o levou a procurar um medico. Não se preocupou com a lesão ocular, julgando que a mesma fosse devida a ordeolo. Procurou a consulta de olhos e lá foi procedido o exame de sangue, sendo feito a reacção de Wassermann que deu fortemente positiva (++++) e além disso foi feito exame directo do exsudato da lesão, tendo dado positivo para *Treponema pallidum*. Isto foi feito a 17/5/937, isto é, um mez e dias após o apparecimento da ulceração. Foi encaminhado, para o devido tratamento, á Liga de Combate á Syphilis, onde pudemos examinal-o mais detalhadamente.

Exame do individuo — Não faremos referencias aos outros apparatus, visto os mesmos não apresentarem nada de notavel; interessa-nos, no caso, o exame da lesão ou melhor o quadro clinico do ponto de vista syphilitico.

Ha uma ligeira ulceração para o lado da conjunctiva palpebral direita, ao nivel do bordo inferior e no angulo externo, de fórma ovalar, regular, com meio centimetro mais ou menos de diametro, apresentando uma exsudação esbranquiçada recobrimdo a ulceração. A secreção durante a noite, conforme infor-

(1) — Trabalho apresentado no Departamento Scientifico em 16-8-1937.

mação do paciente, agglutina as palpebras. A' apalpação notámos um endurecimento para o lado da base da ulceração. Ha grande reacção de toda a conjunctiva, que está fortemente hyperemiada. Póde apenas entreabrir o olho direito.

Os ganglios pré-auriculares estão pouco infartados, assim como os parotidianos que se apresentam do tamanho de uma ervilha. Os ganglios sub-maxillares apresentam intensa reacção, notando-se que o mais inferior attinge o tamanho de uma amendoa e o outro, mais acima, o tamanho de uma avelã. Todos os ganglios infartados se apresentam duros, indolores, indolentes, deslizando sobre os tecidos profundos.

Não se observam manifestações secundarias lueticas, para o lado da pelle e das mucosas.

Dos antecedentes refere sarampo e coqueluche na 1.^a infancia. Nega antecedentes venereo-syphiliticos. Nos habitos releva notar que o mesmo nunca teve relações sexuaes e nunca frequentou casas de tolerancia.

Exames de laboratorio:

Reacção de Wassermann no sôro sanguineo: tttt

Pesquisa ao ultramicroscopio da secreção: positiva para *Treponema pallidum*.

Para illustração melhor do caso pedimos um exame de especialista, tendo sido a descripção abaixo, feita pelo Dr. Aureliano Fonseca, a quem agradecemos o obsequio:

"Saliencia palpebral inferior junto ao angulo externo, côr levemente avermelhada, consistencia dura, indolor á compressão, com o terço inferior ovalar, aspecto lardaceo, avermelhado, conjunctiva palpebral inferior ulcerada com exsudação formando falsa membrana. Conjunctiva palpebral rubra e chemotica. Pouca secreção conjunctival produzindo agglutinação palpebral pela manhã. Ganglios tumefeitos na região sub-maxillar direita" (em 24-5-937).

Foi feito o tratamento pelo neosalvarsan, tendo o paciente tomado 5 grs. havendo entre uma injeccão e outra o intervallo de cinco dias.

Após este tratamento houve regressão do infartamento ganglionar, a ulceração da conjunctiva cicatrisou, sendo a cicatriz pequena, não apresentando retracção; não se nota alteração para o lado do aparelho ocular nem perturbação da visão.

Do exposto concluimos que não ha necessidade em se fazer diagnostico differencial, visto a reacção sorologica, o exame directo e, em seguida, a prova therapeutica terem dirimido qualquer duvida.

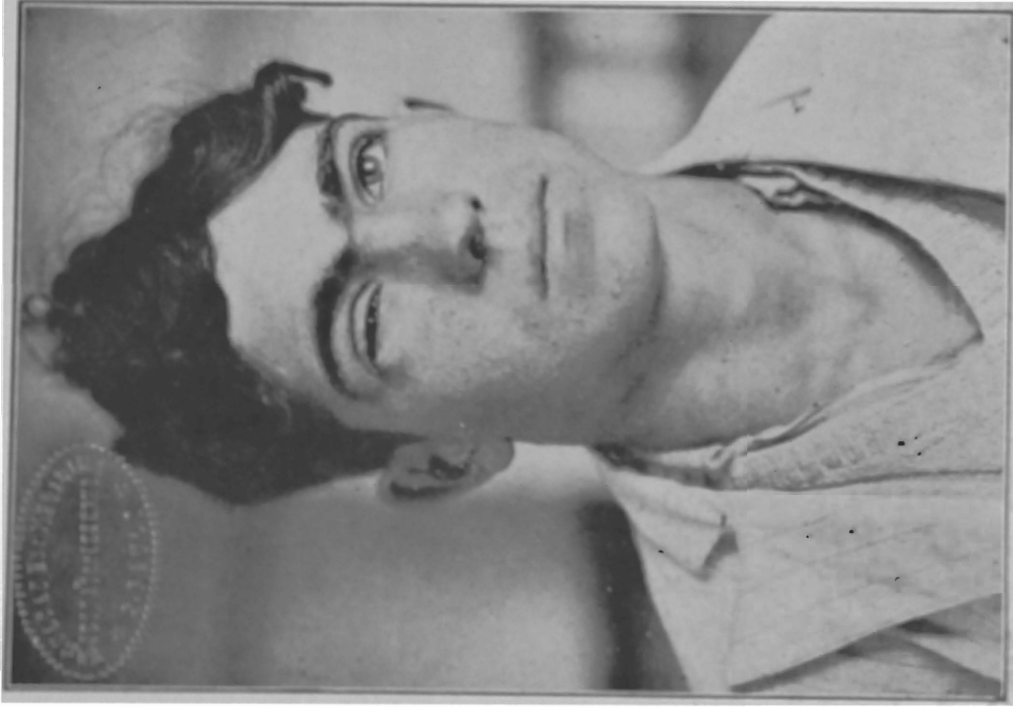


Fig. 1 — Individuo de frente



Fig. 2 — Individuo de perfil, notando-se bem a tumefação ganglionar.

Vamos tecer alguns commentarios a respeito do assumpto.

O syphiloma inicial, cancro syphilitico inicial pode-se localizar em qualquer ponto da superficie da pelle e nas proprias mucosas. Segundo Fournier os cancros iniciaes são considerados sob a seguinte fórma: cancros genitae, perigenitae e extra-genitae. A percentagem obtida pelo proprio Fournier no computo de 10.000 casos é a seguinte:

Cancros genitae	9.357 casos	93 %
" peri-genitae	67 "	0,67 %
" extra-genitae	576 "	6,33 %

Dos cancros extra-genitae o mais frequente é o cancro da mucosa buccal, sendo que, segundo a mesma estatistica, dos 576 casos verificados nos 10.000, 435 eram da mucosa buccal.

A mucosa conjunctiva não escapa, como as outras mucosas, ao proto-syphiloma de contaminação pelo Treponema. São, contudo, de observação rara e por isso os autores incluem na rubrica de cancros da conjunctiva e da palpebra, dando Fournier, sob essa rubrica, 7 casos em 10.000.

Bardet na Clinica Gaucher de França, no periodo de 1914-1918 reuniu 140 casos de cancros extra-genitae, citando apenas um caso de cancro da conjunctiva.

Buckley, em 1893, num total de 8.313 casos de cancros extra-genitae, relatou 372 de syphilomas da palpebra e conjunctiva.

Münchener, em 9.519 casos de syphilomas extra-genitae, descreveu 463 de cancros da conjunctiva e da palpebra.

Scheuer, em 13.837, contou 632 casos.

E' de se notar que, em todas as estatisticas estão incluídos os cancros da conjunctiva junto com os cancros da palpebra, donde a difficuldade de poder determinar o numero de syphilomas da conjunctiva.

Devemos lembrar que o diagnostico não deve ser feito pela localização e sim pelos caracteres da lesão, que são: fórma regular, bordos não nitidos, côr carnosa muscular, sem supuração, exsudação de serosidade limpida, indolor, induração da base, adenopathia satellite, além dos exames de laboratorio.

Os cancros syphiliticos do aparelho ocular são mais frequentes no homem do que na mulher e attingem qualquer idade, desde o recém-nascido até a pessoa idosa.

A infecção pôde-se dar por contagio directo, assim pelo beijo, pela sucção e pela lambadura, isto tendo em vista os costu-

mes de alguns feiticeiros e curandeiros em praticar sucção ou lamber os olhos para a cura do trachoma ou a extracção de corpos estranhos, pois estes individuos podem ter lesões buccaes e contaminar o paciente.

Póde a contaminação se fazer por contagio indirecto, através das particulas de saliva, cuspe, geralmente na occasião da tosse ou espirro, o que geralmente acontece na contaminação dos medicos.

No nosso caso não pudemos apurar a fonte de contagio, visto o paciente negar contagio sexual ou frequencia de casas de tolerancia, devendo-se relevar contudo que o mesmo tem um collega de trabalho, que, pela descripção feita pelo nosso doente, talvez possua lesões cutaneas syphiliticas, talvez de secundarismo, e possa ter sido essa a fonte de contagio.

As lesões oculares podem-se apresentar sob fórmula característica ou sob uma fórmula disfarçada, caso em que o exame minucioso poderá levar-nos ao diagnostico preciso, que, nesse caso, deve ser firmado sobre os exames de laboratorio.

As lesões conjunctivales da syphilis podem-se manifestar sob a fórmula de manifestações primarias (syphiloma) ou sob a fórmula de manifestações secundarias (syphilides) ou sob a fórmula de manifestações terciarias (gommas). Interessam ao caso sómente as manifestações primarias.

Localiza-se o syphiloma inicial de preferencia no angulo do olho, sobretudo ao nivel da prega semi-lunar, havendo quasi sempre o contraste patente entre os phenomenos objectivos e ausencia quasi completa de phenomenos subjectivos. A principio quasi sempre ha difficuldade. Podemos ter dôr, ardor, lacrimamento, podendo-se confundir com os prodromos de um ordeolo; depois apresenta-se a palpebra edemaciada, edema que póde difficultar a visão, provocando mesmo uma verdadeira cegueira: conjunctiva injectada apresentando falsa membrana.

Pouco a pouco os caracteres do syphiloma se precisam e, apesar da séde mais variada, temos a lesão com seu cortejo caracteristico.

Quando o cancro se localiza ao nivel da prega semi-lunar, esta é sensivelmente espessada e faz saliencia. Nesta saliencia percebe-se uma zona ovalar de grande diametro vertical, de côr acinzentada, de aspecto lardaceo, contrastando com a côr rosea ou vermelha dos tecidos vizinhos. Ao nivel da conjunctiva tarsiana inferior, o cancro fórmula uma erosão extensa, ligeiramente deprimida em "cuvette", limitada para diante por um bordo curvilíneo, terminado em fundo de sacco.

Ao nível do pequeno angulo ou angulo externo, o cancro apresenta-se em fórma de ramos de compasso, reunindo-se os dois ramos ao nível da commissura externa, o que, no nosso caso, não é typico, apesar de haver tendencia para isso, apresentando uma fórma ovalar.

O cancro da conjunctiva tarsiana sempre provoca uma tumefacção e um endurecimento tal da palpebra que é commumente difficil debruar, comtudo o endurecimento, a adenopathia e os exames de laboratorio farão o diagnostico.

O cancro pôde-se localizar na conjunctiva bulbar, formando uma saliencia papulosa, no centro ligeiramente deprimida, recoberta por uma exsudação pseudo-membranosa. Conjunctiva visinha está avermelhada, edemaciada. A's vezes podemos ter uma ulceração de contornos irregulares.

Si a lesão é, na maior das vezes, unica, comtudo deve-se lembrar que pôde ser dupla, localizando-se uma ao nível da conjunctiva e outra ao nível da palpebra.

Quando examinamos um caso de syphiloma inicial não é sufficiente ter a impressão visual, é necessario ter a sensação tactil, verificando o endurecimento, e que nem sempre é possível constatar, devendo-se nesses casos, geralmente nos cancros da conjunctiva bulbar ou prega semi-lunar, tomar o cancro entre os ramos de uma pinça molle e apalpar a induração, após prévia anestesia com cocaina.

Adenopathia parotidiana e pré-auricular caracteriza os cancros do pequeno angulo, enquanto a lesão do grande angulo dá adenopathia sub-maxillar, apesar de que, no nosso caso, ha tanto infartamento dos ganglios parotidianos pré-auriculares, como dos sub-maxillares.

Ao exame podemos ás vezes perceber a cadeia ganglionar que se estende dos paratodianos e vae até a região cervical anterior. Os ganglios se apresentam duros, frios, moveis, deslizando sobre a profundade, de volume médio e indolores á apalpação.

A evolução não apresenta nada de especial, pois a lesão progride por 7 a 10 dias, estabilizando-se por algum tempo, mesmo um mez, indolente e após o que tende a se curar expontaneamente, formando-se uma cicatriz pequena, circumscripta e sem retracção, não produzindo perturbações do aparelho visual.

Quando a lesão não é typica pôde-se confundir com a conjunctivite infecciosa de Parinaut, tuberculose conjunctival, mormo, esporotrichose ocular, mas a lesão com sua morphologia característica e os exames de laboratorio elucidarão a lesão e sua origem.

Para o exame da lesão deve-se ter o cuidado de retirar com um chumaço de algodão a exsudação que recobre a mesma e em seguida pôde-se fazer a pesquisa directa do Treponema.

• Prognostico geralmente bom.

O tratamento não requer cuidados especiaes, pois temos as mesmas indicações de qualquer cancro inicial, isto é, a medicação arsenical, que é a medicação heroica.

Serviço de Clinica Medica do Prof. Rubião Meira

**SIGNAES PSEUDO-CAVITARIOS NOS DERRAMES
TOTAES E PARCIAES (1)**

Emilio Mattar,

Quartannista.

Signaes pseudo-cavitaríos constituem signaes semioticos semelhantes aos dados pela presença de cavidades pulmonares e determinados pelo especial estado physico do pulmão nos derrames.

E' sabido que os derrames parciaes determinam um collapso pulmonar, e si a condensação se realizar na contiguidade da trachéa e dos grossos bronchios do apice, a percussão determinará timpanismo e a ausculta revelará respiração bronchica ou cavernosa (Sahli e Martinez-Bercosnky). Estes signaes pseudo-cavitaríos nos derrames parciaes se localizam exclusivamente no apice pulmonar. Nos derrames totaes os signaes pseudo-cavitaríos apresentam-se em muito maior extensão da parede thoracica, o que é um apparente paradoxo physico não se comprehendendo á primeira vista por qual mechanismo as vibrações pulmonares e a conducção de som através a caixa thoraxica dêem lugar a signaes de cavidade extensa quando a cavidade pleural está completamente tomada pelo derrame.

O quadro physico dos derrames totaes com signaes pseudo-cavitaríos superpõe-se assim ao quadro physico do hydro-pneumotorax e a excepcional raridade da primeira eventualidade (o Dr. Lemos Torres com sua grande experiencia clinica só viu até hoje 2 casos), é naturalmente exaggerada porque verosimilmente muitos casos de derrame total com signaes pseudo-cavitaríos têm sido erradamente diagnosticados como hydro-pneumotorax. O diagnostico differencial só é possível com o conhecimento a priori da possibilidade de confusão de ambos os casos.

(1) Trabalho apresentado no Departamento Scientifico em 16-8-1937.

Observámos no Serviço de Clinica Medica do Prof. Rubião Meira — 2.º HM num dos leitos a cargo do Dr. Jairo C. Dias, um caso diagnosticado a principio como hydro-pneumotorax e que só teve correcto diagnostico physico por ter sido tal hypothese lembrada pelo Dr. Lemos Torres, cuja orientação generosa e expontanea agradecemos.

Relatamos resumidamente o caso: A. M. S., branco, brasileiro, 29 annos, solteiro, lavrador, residente em Beriguy.

Queixa e Duração — Falta de ar e tosse ha dois mezes.

H. P. M. A. — A historia do doente pôde ser dividida em dois periodos: um remoto (ha 12 annos) de queixa abdominal resumindo-se numa hepato-esplenomegalia intensa de etiologia possivelmente paludica (posteriormente o exame de fézes revelou Schistosoma Mansoni) e uma recente (ha dois mezes), que é a que presentemente nos interessa: Ha dois mezes, trabalhando na lavoura em Biriguy, começou a sentir febre com exacerbação vespertina e remissão matutina; concomitantemente tosse principalmente matutina com escarro branco, viscoso, sem laivos sanguineos nem gosto particular; alguns dias após iniciou-se falta de ar em esforços que normalmente fazia sem se cansar; durante a noite dormia bem; nega suores nocturnos, dôres thoraxicas, tremores de frio; não emagreceu mas ficou mais pallido e perdeu a disposição para o trabalho. Passou um mez assim sem consultar medico e sem se tratar, intensificando-se gradual e progressivamente os symptomas citados: tosse, escarro e dispnea, agora, mesmo aos pequenos esforços. Veiu então a S. Paulo, onde não encontrando lugar na Santa Casa, foi entretendo sua molestia com remedios populares: purgante de sulphato de sodio, pillulas Ross, ferro quina. A dispnea tornou-se então intensa apparecendo mesmo em repouso; quando deita em decubito lateral esquerdo sente oppressão toraxica e falta de folego que desaparecem com o decubito opposto; por fim foi obrigado á posição ortopneica; a tosse e o escarro augmentaram mas não se modificaram seus caracteristicos; a febre não cedeu. Neste estado entrou nesta enfermaria.

Antecedentes pessoas, familiares e hereditarios: nada digno de nota.

Interrogatorio sobre os varios aparelhos — idem.

Exame physico geral — Individuo branco, mediolineo, em estado de nutrição regular, boa constituição esqueletica e muscular; pelle sem edemas nem circulação collateral; mucosas descoradas. Posição hortopneica; dispnéa objectiva intensa.

Exame especial:

Nariz: movimentação das azas do nariz ainda na respiração superficial.

Pescoço: jugulares externas engorgitadas.

Thorax: Apparelho respiratorio — Inspeção estatica — Abaulamento generalizado do hemithorax direito; esterno desviado para a direita; ambas bases thoraxicas fortemente abauladas. Pela face lateral tem-se a impressão de um hemithorax emphyzematoso, com o diametro transversal approximadamente igual ao antero-posterior.

Inspeção dinamica: Typo respiratorio costal superior com predominancia quasi absoluta dos apices. Dispneá com tiragem supra-esternal; respiração rythmica, muito superficial, 24 por minuto. Não ha Lemos nem Litten de ambos os lados. Maior expansão respiratoria do hemithorax esquerdo tanto na base como nos apices, se bem que as bases quasi não se movimentam.

Palpação: Confirma os dados da inspeção quanto á expansão respiratoria; elasticidade thoraxica diminuida á direita. Fremito bronchico nos dois terços inferiores do hemithorax esquerdo nas faces posterior e lateral.

Fremito-thoraco-vocal: a tonalidade da voz é mais aguda que grave; fremito conservado no apice direito e abolindo-se progressivamente até ser completamente desaparecido na base.

Percussão: O hemithorax direito apresenta na face posterior um som typanico-macisso até o nivel do angulo inferior da homoplata; dahi para baixo gradativamente o som macisso augmenta e o tympanismo diminue até que na base o som adquire um caracter de maciszez hydrica absoluta: á percussão leve o som é macisso em toda extensão do hemitorax direito. A' esquerda o som é claro pulmonar excepto na face posterior, onde se percute uma região quadrilatera situada ao lado da columna vertebral entre o espaço escapulo vertebral e a margem inferior do pulmão (região infra escapular interna) com som macisso hydrico. Espaço de Traube desaparecido (esplenomegalia). A percussão da columna vertebral revela som typanico macisso até D8, dahi para baixo som macisso (signal de Signorelli).

Ausculata: Hemitorax direito: Sopro amphorico na área de tympanismo decrescendo de intensidade do apice para a base; na região de maciszez, murmurio vesicular diminuido. Hemitorax esquerdo: murmurio vesicular augmentado de intensidade.

apresentando em toda extensão roncos e sibillos.. Ausculta da voz: voz amphorica na área de tympanismo; pectoriloqua aphona na região macissa. Sucussão hypocratica negativa. Signal da moeda: caracteristico dos derrames na base, e ruído de bronze (signal de Trousseau) no apice do hemitorax direito.

Coração: Inspeção — área precordial sem abaulamentos nem retracções: ictus no 5.^o intercosto ao nível da linha axillar anterior esquerda (posição sentada). No momento de ictus, ha uma retracção, systolica portanto, ao nível da linha mammillar. Ictus pouco movel nas varias posições, regularmente impulsivo, rythmico.

Palpação: palpa-se a 1.^a bulha na ponta.

Percussão: bordo esquerdo do coração fortemente desviado para fóra.

Ausculta: Ligeiro sopro protosistolico na ponta.

Arterias: nada digno de nota.

Abdomen: Hepato e esplenomegalias intensas.

COMMENTARIOS

Deante deste caso o diagnostico de hydropneumotorax parece se impor ao quadro clinico; de facto analisando dado por dado os principaes: O abaulamento generalizado do hemitorax affectado, resulta do augmento de pressão na cavidade pleural; as bases praticamente immoveis com inversão do typo respiratorio, devido á existencia do derrame inferior; a dispnéa objectiva e subjectiva intensas (arfar das narinas e tiragem supra-esternal) por compressão pulmonar intensa e extensa e consequente diminuição da área respiratoria; a elasticidade toraxica diminuida pelo augmento de pressão intratoraxico; o fremito toraco-vocal diminuido na base pela existencia do derrame; a conservação do fremito no apice seria devido á adherencias inflammatorias do apice pulmonar á parede costal. O som tympanico macisso é proprio do pneumotorax á alta pressão como é de regra no hydro-pneumothorax. O pneumothorax como as cavidades pulmonares age como um ressoador de Helmholtz, e tem a capacidade de extrahir do som percutorio que é um ruído, uma determinada nota fundamental, e vibrar exclusivamente para esta nota, emprestando-lhe o seu timbre proprio e abafando todas as demais. O resultado acustico é um som tympanico, que é um som mais ressoante que o som claro e cujo character acustico fundamental é ser um som musical, isto é, um som em que a nota fundamental é nitidamente reconhecivel.

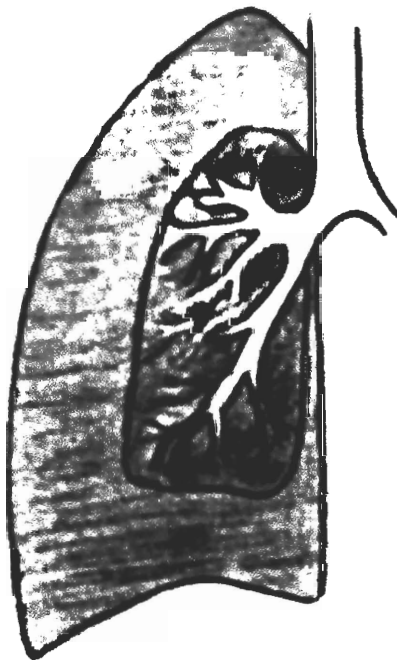
Contudo o pneumotorax não dá lugar necessariamente a tympanismo; com effeito, quando a tensão dentro da cavidade pleural augmenta consideravelmente (pneumotorax á valvula e hydro-pneumotorax principalmente), a qualidade tympanica do som póde faltar e em seu lugar se obtém um som com os caracteres de maciszez-tympanica ou sub-maciszez (Martinez-Berconsky); isto, além de fundamentação clinica tem fundamentação experimental: numa bexiga cheia de ar á alta pressão o golpe percutorio só faz vibrar as camadas superficiaes, dando origem, portanto, a som sub-macisso; ao contrario uma bexiga com gaz a pressão baixa, age como ressoador e dá som tympanico. Na base o som de percussão é macisso pela presença de derrame.

A percussão leve não consegue fazer vibrar o ar á alta tensão dando origem a som macisso.

O sopro amphorico e a voz amphorica são praticamente constantes no hydro-pneumotorax, sendo devidas á transformação pela presença de uma cavidade, que reúne determinadas condições (volumosa-superficial-paredes lisas e tensas), do sopro bronchico e das vibrações vocaes.

A falta de succussão hypocratica fala contra a hypothese de um hydro-pneumotorax si bem que sua ausencia não seja sufficiente para o afastamento deste diagnostico.

O signal de Trousseau ou ruido de bronze seria, segund, todos os autores consultados, pathognomonic de cavidade extensa ou de pneumotorax; alliado ao signal metallico da moeda na base, endossaria definitivamente o diagnostico de hydro-pneumotorax.



O desvio em massa do mediastino (exteriorisavel pelo desvio do ictus) é determinado pelo augmento de pressão do lado affectado.

Vejamos como os mesmos signaes clinicos existentes no hydro-peumotorax podem se manifestar nos derrames totaes.

O bronchio direito ramifica-se de tal maneira que ao nivel dos apices existem grossos bronchios proximos á parede toraxica, enquanto nas bases proximo á parede, só existem bronchiolos; em outras palavras: separando os bronchios de grande calibre e a parede costal no apice pulmonar só existe uma pequena massa de parenchima pulmonar; ao contrario, nas bases, ha grande massa de parenchima pulmonar.

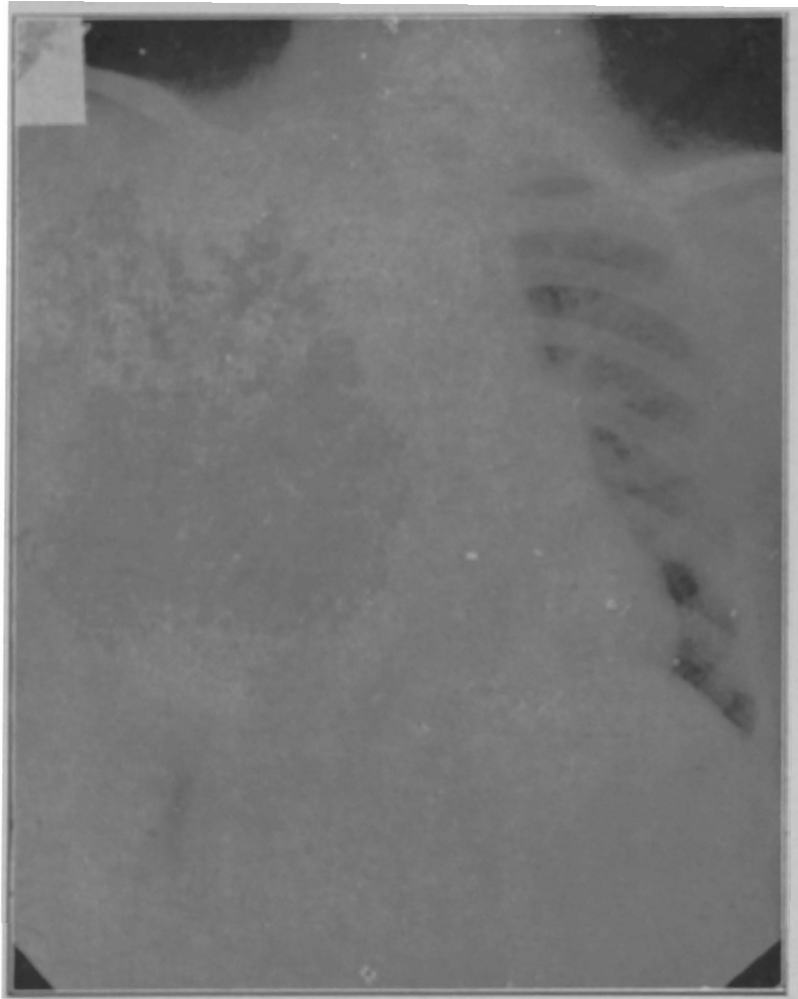
Nos derrames totaes o pulmão está colapsado em toda sua extensão, de tal maneira que separando o parenchima pulmonar da parede costal ha uma grande camada liquida. Conclue-se dahi sem mais explicações, abaulamento generalizado, immobilidade sobretudo das bases, dispnéa intensa, elasticidade toraxica diminuida, deslocamento em massa do mediastino.

Maiores difficuldades offerece a disposição particular do fremito toraco-vocal, do tympanismo e da maciszez, do sopro e da voz amphorica.

Fremito toraco-vocal. Si considerarmos que o fremito toraco-vocal diminue na base nos derrames livres da cavidade, pareceria logico que diminuisse em toda extensão do torax nos derrames totaes. Tal, porém, não se dá: nos derrames ha duas causas de diminuição do fremito: 1.^a) refração dos movimentos vibratorios quando passam por meios de densidade heterogenea. 2.^a) para fazer vibrar a massa liquida seria necessario um impulso intenso que as vibrações diminutas dos bronchiolos da base não podem dar.

E existem duas causas de augmento: 1.^a) densidade do liquido que por ser maior que a do pulmão transmite melhor as vibrações; 2.^a) compressão do parenchima pulmonar, condensando-o e, portanto, tornando-o melhor conductor dos movimentos vibratorios. Ora, no apice, os grandes bronchios conduzem vibrações vocaes de grande amplitude e, portanto, de grande intensidade, sufficientes para produzir ao chocar-se contra a massa liquida um movimento vibratorio que, como todo movimento vibratorio produzido numa superficie liquida, transmite-se em todos os sentidos em ondas concentricas cuja amplitude está na razão inversa do quadrado da distancia.

Assim, a mão que palpa sentirá um fremito tanto menos intenso quanto mais se afastar do ponto de origem das vibrações,



Radiographía mostrando o derrame total

os grandes bronchios do apice. Portanto, no apice, o fremito se conserva, e diminue gradualmente até a abolição total á medida que se palpa mais proximo á base.

Som tympanico: A trachéa e os dois bronchios são tubos cylindricos que apresentam uma superficie lisa; as paredes destes tubos são constituídas por membranas solidamente distendidas por anneis cartilagosos. A pharinge e as fossas nasaes que entre si se communicam amplamente pelas grandes cavidades das coanas, formam um systema acustico que se junta á tripode tracheo-bronchica, de tal maneira que trachea, bronchios, pharinge e cavidade nasal formam um conducto unico, apto pela estrutura, pela conformação anatomica e pelos caracteres physicos a dar sob golpes vibratorios uma vibração da columna aerea gerando um som de clara musicalidade, apresentando uma nota fundamental perfeitamente identificavel (Cova).

Normalmente este systema acustico desaparece sob a furcula esternal, porque a espessura dos tecidos na arcada costal, impede ás vibrações percussorias de alcançar com sufficiente intensidade a tripode tracheo bronchica. Quando entre a parede costal e a tripode tracheo-bronchica se intromette um meio qualquer que permite a condução das ondas vibratorias pelo golpe percussorio, este despertará o tympanismo do systema citado. É o que acontece nos casos de derrame total em que a massa liquida conduz até o tripode tracheo-bronchica as vibrações da percussão, resultando o tympanismo do apice. A' medida que nos afastamos do apice diminuem os grossos bronchios e augmenta a massa liquida o que equivale dizer, diminue o factor que engendra o tympanismo e augmenta o factor que determina maciszez; portanto o som adquire cada vez maior tonalidade macissa até obtermos maciszez absoluta. A percussão da columna, naturalmente segue as mesmas regras donde o resultado obtido: som tympanico-macisso no apice e maciszez absoluta na base.

Sopro amphorico: O limite entre o sopro bronchico e o sopro amphorico não é nitido em todos os casos (Sahli). O sopro bronchico apparece quando o parenchima pulmonar adquire condensação sufficiente para conduzir o sopro bronchico physiologico; ora, o pulmão quando perde ou diminue sua tensão interna cessa de agir como caixa sonora (isto é, vibrar para todos os tons) e ganha as propriedades de um ressoador de Helmholtz, dando um timbre tympanico á nota fundamental para a qual vibra (Cova). É muito possivel que o sopro bronchico soffra um phenomeno de ressonancia eletiva por parte do parenchima pulmonar em condições especiaes, de tal maneira que se transforma num sopro amphorico.

O diagnostico differencial entre o hydro-pneumo-torax e o derrame total com signaes pseudo cavitarios póde ser feito por varios signaes, dos quaes destacaremos pela importancia: 1.º) Ausencia do signal de Lemos, porque falta uma condição imprescindivel para a sua formação que é a movimentação do diafragma, impossibilitada pelo enorme peso liquido do derrame total. O signal de Lemos tem assim um duplo valor: presença precoce nos derrames pequenos, ás vezes como unico elemento de diagnostico; ausencia nos grandes derrames. 2.º) succussão hypocratica existente no hydro-pneumotorax. 3.º) Existencia de um limite nitido no hydro-pneumotorax, entre a região que pela percussão dá tympanismo e aquella que dá maciszez; ao passo que no derrame total ha uma passagem gradual entre essas regiões em que o som tympanico vae adquirindo caracter cada vez mais macisso e perdendo progressivamente o tom tympanico.

A confirmação diagnostica foi feita pela radiographia e pela punção pleural. Esta determina a modificação do estado physico do pulmão, alterando por conseguinte a conducção dos movimentos vibratorios; assim durante a punção pleural, observamos as seguintes modificações: **Inspeção:** Aparecimento do Lemos à direita. Diminuição da dispnea. **Percussão:** modificação do tympanismo-macisso com mais accentuação do som macisso. **Ausculat:** desaparecimento do sopro amphorico e substituição por respiração soproza, com excepção de uma ligeira área do apice direito que conservou o sopro amphorico si bem que muito diminuido em intensidade. Aparecimento do sopro pleuritico em "i" que se ausculat no bordo superior do derrame. Desaparecimento da voz amphorica.

A interpretação pathogenica que demos ao caso está de perfeito accôrdo com os conhecimentos actuaes sobre formação e conducção do som; comtudo só as observações successivas de casos semelhantes poderá trazer a sua confirmação ou em caso contrario, crear uma nova interpretação.

Serviço de Clinica Medica do Prof. Rubião Meira

**ABCESSO PULMONAR: CONSIDERAÇÕES
SOBRE UM CASO (1)**

David Rosenberg e Generoso Concilio

Quartannistas

OBSERVAÇÃO

B. C. do sexo masculino, 33 annos, casado, motorista, brasileiro, residente e procedente de S. Paulo.

Queixa e duração: Tosse com escarro, ha um mez.

H. P. M. A.: Cerca de um mez atraz, sentiu numa tarde, indisposição, arrepios de frio e febre alta. Procurou medico no dia seguinte o qual disse tratar-se de grippe, receitando-lhe uma poção e resguardo.

Nos dois primeiros dias de molestia sentiu calafrios durante o dia, febre á noite, tosse de fraca intensidade acompanhada de pequena quantidade de escarro amarellado.

Nesta altura, apanhou muita chuva e na noite desse mesmo dia tossiu muito, teve muita febre e escarrrou sangue de mistura com catharro.

Passou dahi por diante com os seguintes padecimentos: febres, suores nocturnos, escarro sanguineo, ás vezes, mas communmente amarellado, cuja quantidade augmentou progressivamente attingindo até cerca de 50 c. c.

Escarrava mais pela manhã e refere que quando deitava sobre o lado esquerdo sobrevinha tosse que então era acompanhada de maior quantidade de escarro. Procurou então o Hospital de Jaçaná onde fizeram tres exames de escarro para bacillo de Koch que resultaram negativos.

(1) — Trabalho apresentado no Departamento Scientifico, em 16-9-1937.

Fez tratamento com xaropes e injeções sentindo melhoras, pois desapareceram a febre e os suores nocturnos. Durante o mez de molestia diz ter emagrecido 6 kilos. A conselho medico internou-se em 14-10-36 na enfermaria do Prof. Rubião Meira, secção a cargo do Dr. Jairo Ramos.

Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos

Cabeça: cefaléa desde o inicio da molestia.

Olhos, ouvidos, nariz, garganta:: nada digno de nota.

Cardio-respiratorio: nega tosse, escarro, suores nocturnos, antes da molestia actual.

Gastro-intestinal: nada digno de nota.

Genito-urinario: Neuro-muscular: idem.

Antecedentes pessoas e habitos:

Tabagista e etylista moderado. Nega passado venereo-syphilitico.

Antecedentes familiares e hereditarios:

Nega na familia pessoas atacadas de molestias pulmonares.

Exame geral

Trata-se de um individuo branco, mediolineo. Pelle e anexos nada digno de nota. Mucosas visiveis coradas.

Ganglios cervicaes, occipitales, axillares e inguinaes, palpaveis, moveis, não augmentados de volume, não coalescentes e não dolorosos.

Epitrocleanos palpaveis de ambos os lados e do tamanho de um caroço de azeitona, indolores.

Não ha edema, cianose nem circulação collateral.

Posição no leito: Decubito lateral direito preferido, porque o esquerdo provoca tosse. Peso 61,200 grammas.

Exame especial:

Para o lado do segmento cephalico encontramos de positivo: dentes com falhas, caries, gengivite tartarica e piorrhéa alveolar.

Tiroide palpavel.

THORAX: Inspeção estatica

Face anterior: Hombro direito pouco mais baixo que o esquerdo. Fossas supra e infra-claviculares e Morenheim direito mais escavadas que do lado esquerdo. Angulo de Louys visivel. Abaulamento na região infra-clavicular esquerda comprehendendo a 2.^a e 3.^a costellas e a 4 cmts. da linha médio-external. Peitoral di-

reito mais desenvolvido do que o esquerdo. Mamillos ao mesmo nível e equidistantes da linha mediana. Últimos intercostos visíveis. Retracção da base direita. Charpy mais ou menos de 90°.

Face posterior: Fossas supra e infra espinhosas não escavadas. Bordos espinhaes das homoplatas pouco salientes, sendo mais na porção inferior. Angulo inferior da homoplata direita mais baixo dois centímetros do que o esquerdo. Não se notam intercostos, havendo retracção pouco evidente da base direita.

Inspeção dinamica

Inspeção dinamica: Typo respiratorio costo-abdominal. Depressão inspiratoria mais evidente a direita, nas inspirações profundas. Não ha dispnea, tiragem nem cornagem. Lemos Torres acentu. Litten presente em ambos os lados, na posição deitada: a direita, 4 cmts. e a esquerda, 5 cmts. Shnufpung ph. segundo duas linhas, regulares e paralelas de ambos os lados e a 4 dedos do rebordo costal.

Palpação: Expansão respiratoria igual nos dois hemithorax. A apalpação da face anterior, no abaulamento direito, mostra que a 2.ª e 3.ª costella junto ao externo se acham soldadas. Menor resistencia da base direita na amplexação.

Fremito toraco vocal: Representando por 4 a zona de fremito mais intenso, temos:

Face Posterior		Face Anterior		Face Lateral	
D	E	D	E	D	E
4	3	4	3,5	4	3
3,5	2,5	—	—	3	3
4	3	—	—	—	—

Percussão: Hypersonoridade das fossas infra-claviculares. Região infra-axilar esquerda tambem hypersonora. Mobilidade activa das bases numa extensão de mais ou menos 3 cmts. nas faces anterior, posterior e lateraes. No resto dos hemithoraxes, som claro pulmonar. Diminuição da sonoridade pulmonar ao nível do sexto intercosto esquerdo posteriormente, na linha escapular, em relação ao lado opposto.

Ascuta: Pulmão esquerdo: respiração bronchica no espaço inter-escapulo vertebral ate a base ouvindo-se naquelle espaço,

no angulo inferior da homoplata e na região escapular, sibillos, roncós e estertores subcrepitantes de médias e finas bolhas que augmentam com a tosse. Na face lateral, região infra-axilar, os mesmos caracteres, porém, os estertores são em menor numero. Na face anterior ao nivel do 3.º e 4.º intercostos os estertores adquirem o caracter de consonancia.

No resto, respiração sem ruidos adventicios.

Ap. cardio-vascular: Ictus visivel no 5.º intercosto esquerdo, um dedo para dentro da linha mamillar, forte, localizado.

A' percussão, a área cardiaca não se mostra augmentada. Bullas de caracteres phonicos normaes, arterias de paredes molles e despresiveis.

Pulso radial cheio, regular em tempo e amplitude com 80 batimentos por minuto. Pressão arterial: 120X70 (Tycos).

Abdomen: nada digno de nota.

Columna vertebral: idem.

Systema nervoso: reflexos normaes. Romberg'e Babinsky negativos.

Sensibilidade objectiva e subjectiva normaes.

Articulação e membros: nada digno de nota.

Exames de laboratorio

Feitos no Hospital de Jaçanã:

Sedimentação — 58 mms.	25- 9-36
Koch exame directo, negativo	25- 9-36
Homogeneização, escarro negativo para b. Koch	3-10-36
Homogeneização, escarro negativo para b. Koch	7-10-36

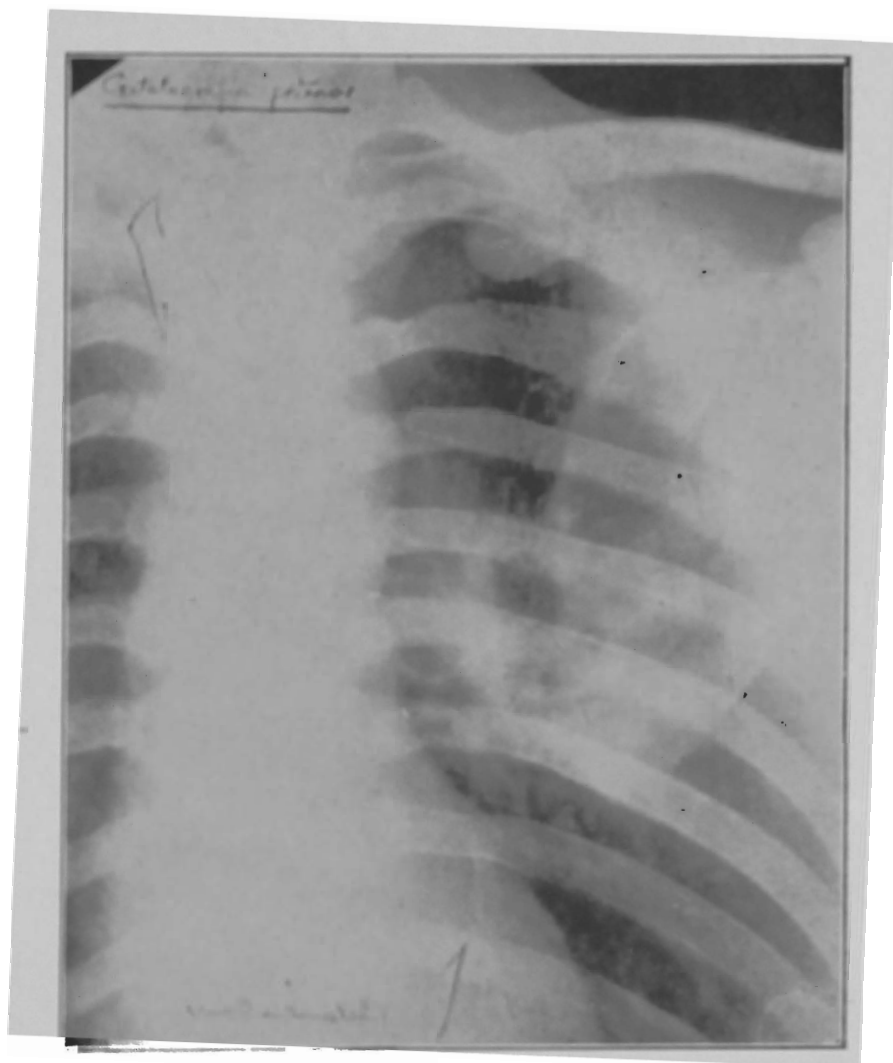
Na enfermaria:

Hemogramma:

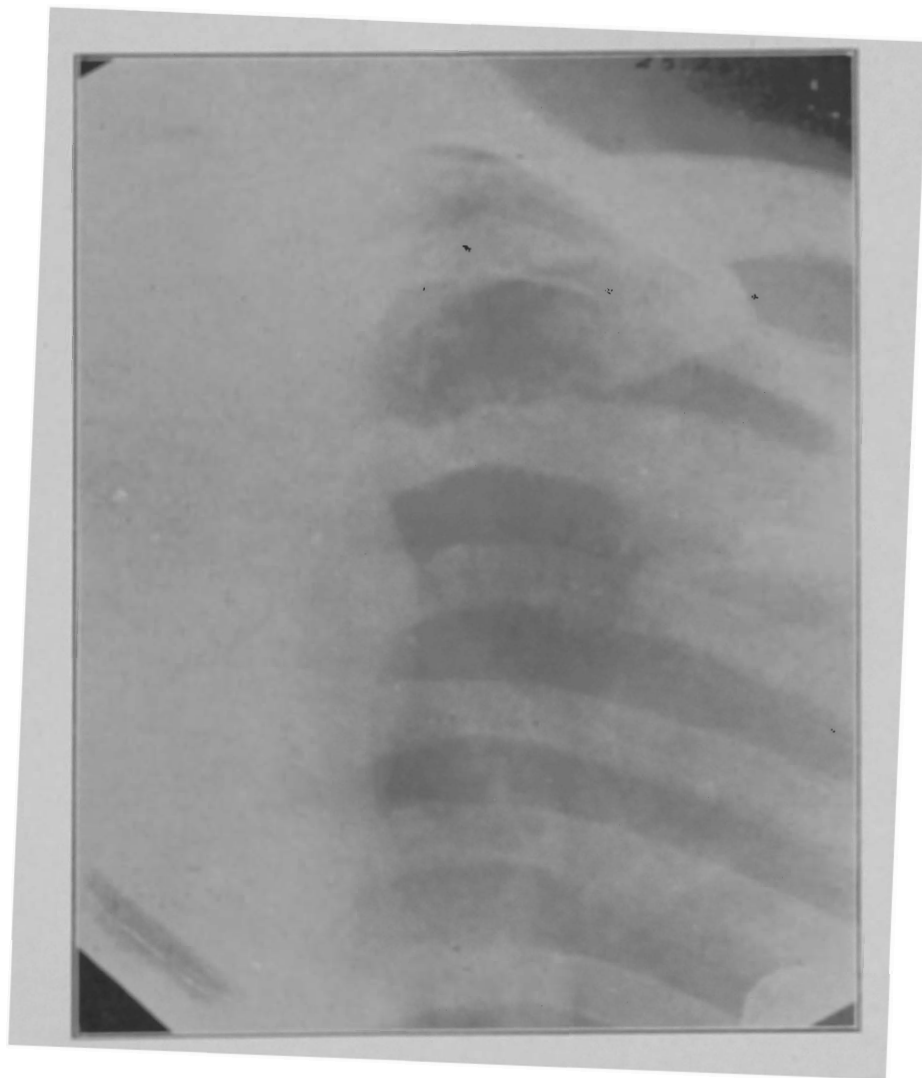
Eritrocitos	4.150.000	
Leucocitos	7.900	
Hemoglobina	68 %	
Valor globular	0,83	
Neutrophilos	65 %	
Limphocitos	32 %	
Monocitos	1 %	
Eosinophilos	2 %	
Basophilos	0 %	
Sedimentação — 20,75 mms.		13-10-36
Exame negativo para fungos, Dr. F. Almeida		21-11-36
		5-12-36



Radiographia n. 1



Radiographia n. 2



Radiographia n. 3

Exame de material colhido directamente, no fóco de lesão pelo Dr. Plinio M. Barreto e examinado pelo Dr. Nelson Planet:

Exame directo: Streptococcus. B. fusiformis. B. Friedlander. Não ha espirochetas.

Culturas em aerobiose e anaerobiose. Streptococcus viridans, Streptococcus inertes, não ha desenvolvimento de qualquer outro germen interessante.

Inoculação em camondongos e cobaias, negativos.

Póde-se excluir a gangrena e a expirochetose

15- 2-37

Reacção de Wassermann, negativa.

Radiographias, Figs. 1 e 2 mostram nitidamente a presença de cavidade com nivel liquido, assignalado pelas setas.

Evolução

Temos a evolução diaria do doente durante as suas 2 estadias na enfermaria ou seja de 21-10-36 a 23-12-36, quando teve alta por alguns dias a pedido, e de 16-1-37 a 13-2-37, quando teve alta melhorado.

Assignalaremos apenas alguns dados interessantes da evolução.

Assim analysando a curva do escarro, notamos oscillação diaria na quantidade, com um maximo de 60 cc. e um minimo de 4 cc., notando-se uma queda geral dessa quantidade com o tratamento. Durante o 1.º periodo de sua estadia na Enfermaria, o escarro era amarellado e nunca apresentou-se fétido ou hemoptoico.

Quando em maior quantidade apresentava-se em 4 camadas estratificadas.

Reentrou em 6-1-37 escarrando 5 cc. de escarro amarello esbranquiçado, fluido, sem grumos. Escarro hemoptoico uma unica vez. Apenas duas vezes escarro fétido, o que determinou exame de material colhido directamente da lesão pelo Dr. Plinio M. Barreto.

Quanto a temperatura, sempre manteve-se afebril, tendo uma unica vez attingido 37º.

O quadro semiologico pulmonar não apresentou alteração digna de nota durante o 1.º estadio na Enfermaria. Quando reentrou em 6-1-37, apresentava ligeira submacishez ao nivel do an-

gulo inferior da homoplata esquerda, roncos e sibilos nessas mesma região, com estertores subcrepitantes que appareciam com a tosse. Não havia broncophonia.

Alta em 13-2-36 para passar um mez em casa recommendando-se boa alimentação, repouso relativo e permanencia, meia hora por dia, ao levantar-se, com o tronco fletido e um pouco inclinado para diante.

Em 20-3-37 apresentava ligeira submaciszez no apice esquerdo e 3.º intercosto esquerdo. Pela ausculta nada se verificou.

Radiographia tirada pelo Dr. Cassio Villaça em 17-3-37 deu: (fig. 3) existencia de innumeras pequenas sombras nodulares, densas, esparsas na metade do campo pulmonar esquerdo, de situação provavelmente posterior.

Contorno annular representando reliquat de cavidade pre-existente na região infra-clavicular esquerda, com bronchio de esvasiamento.

4-4-37: Passa bem, come bem, nada sente. Peso, 72 kilos. Exame dos pulmões não apresenta modificação. Escarro 10 cc.

Peso:

61,200 grs.	14-10-36
61,200 grs.	25-10-36
68,200 grs.	1-12-36
71 kilos	24-12-36
72 kilos	6-1 -37
72,500 grs.	31- 1-37
72 kilos	9- 2-37
72 kilos	4- 4-37

Tratamento

Aspirações bronchicas feitas pelo Dr. Plinio de Mattos Barreto, com intervallos de 4 dias em média, durante 3 semanas.

Drenagem de postura.

914: Dose crescente num total de 12 applicações.

Vaccinas mixtas: Preparadas pelo Dr. Floriano de Almeida, com o material colhido directamente no fóco da lesão.

Alimentação farta.

Repouso no leito.

Considerações geraes

Acabamos de ver o caso de um individuo que gosava boa saúde, e subitamente teve arrepios de frio, febre, tosse com escar-

to amarellado e depois hemoptoico, como *symptomata* iniciaes de sua molestia.

Esta *symptomathologia* não é especifica, porém frequentemente o abcesso do pulmão inicia-se bruscamente, e com esse quadro *symptomatico*. Em outros casos é diversa a manifestação inicial: *dôr thoraxica*, ou tosse secca acompanhada de um ou de varios dos *symptomata* acima referidos.

Com os tratamentos iniciaes feitos no Hospital de Jaçanã, desapareceu a febre, persistindo a tosse e escarro que attingia até 50 cc.; neste estado nosso paciente deu entrada na Enfermaria.

A tosse no inicio é secca quando a supuração está fechada e não ha drenagem. Posteriormente esta drenagem se estabelece, por abertura do abcesso num bronchio, e então apparece um elemento caracteristico das supurações pulmonares, que é a expectoração de grande quantidade de púz. Com effeito o escarro purulento e em grande quantidade, apparecendo de uma vez "a bocca cheia" (*vomica*), ou então fraccionadamente, é para Sergent o *symptoma* fundamental das supurações pulmonares.

A fetidez do escarro encontra-se na variedade de abcesso dito *putrido*, em que predominam os processos necroticos e de putrefacção, ou quando ha estancamento e falta de drenagem do exsudato, nos *simples*, onde menos frequentemente a fetidez é notada.

Verificamos no nosso caso a deposição do escarro em camadas, typica das supurações pulmonares, porém sem fetidez.

A temperatura no inicio é alta: 38-39° ás vezes 40°; desce depois e oscilla em torno de 37°.5; quando desaparece ou diminue accentuadamente a quantidade de escarro espelida, sobrevem febre e outros *symptomata* indicativos de intoxicação, mais ou menos severa, o que se explica pela falta de drenagem e consequente retenção do escarro.

O emagrecimento que apresentou o nosso doente, 6 kilos no primeiro mez de molestia, é *symptoma* frequente.

Chama-nos a attenção na historia do nosso doente a influencia da posição no apparecimento da tosse, e augmento da quantidade de escarro. Os estudos de Reimberg explicam esta influencia da posição, pela excitação das zonas reflexogenas, attingidas pelo accumululo do exsudato, quando a drenagem não se está dando, ou então attingidos pela drenagem do exsudato. Dahi o individuo se deitar de preferencia de modo a não provocar apparecimento da tosse, em posição na qual não haverá drenagem do abcesso atravez o bronchio; esta posição depende da situação da fistula bronchica, e de accôrdo com esta situação, o individuo se deita ora sobre o lado da lesão, ora sobre o lado opposto a ella.

No exame physico podemos encontrar os **dedos hypocraticos** das mãos e dos pés, de valor relativo, pois encontram-se em outros estados pulmonares chronicos e em certas cardiopathias indicando um estado anoxemico.

Vemos, portanto, que uma anamnese bem conduzida aliada a um exame physico cuidadoso, podem nos levar a uma suspeita diagnostica de abcesso pulmonar, cuja confirmação se pedirá aos exames de laboratorio e subsidiarios.

O exame do material, colhido directamente do fóco da lesão com o auxilio da bronchoscopia, revelou, no nosso caso, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus inertes*, *B. Friedlander* e *B. fusiformes*. São esses os germens mais frequentemente encontrados nos abcessos simples.

O quadr ohemático revela na maioria dos casos uma leucocitose que póde ir a 20-40.000 por mm³. segundo Von Bergmann. Isto porém não verificamos no nosso em que também não havia anemia notavel que póde existir em outros casos obrigando ás vezes a uma transfusão.

Importantes na confirmação do diagnostico, assim como fundamental na localização exacta do processo, são a radiographia a bronchographia, e a bronchoscopia.

Localização

A localização mais frequente é nos lobos interiores e destes o direito é a séde mais commum conforme podemos ver no quadro abaixo:

	Casos	Lobos inf.	Pulmão D.	Pulmão E.
Morris	30	70 %	63,3 %	36,6 %
Walker	132	57 %		
Moore	202	60 %	41 %	19 %

A exploração physica do thorax nada apresenta de característico. Podemos encontrar signaes de infiltração pulmonar, ou então signaes cavitarios quando já se deu a liquefação e esvasiamento de parte da zona abcedada.

Estes signaes cavitarios podem ser verificados facilmente quando a cavidade está vazia e superficialmente localizada; quan-

do profundamente situada no lobo inferior estão ausentes. Sendo esta a mais frequente situação do abscesso, comprehende-se a ausencia tão commum desses signaes. Norris e Landis em 30 casos encontraram 8 com signaes cavitarios.

No nosso caso tinhamos, conforme vimos sub-maciszez, bronchophonia, roncros e sibilos e estertores subcrepitantes de médias e finas bolhas, ao nível do angulo inferior da homoplata, região escapular e região infra-axylar, sendo que na face anterior ao nível do 3.º e 4.º intercosto os estertores tinham o caracter de consonantes.

Ethiologia

Multiplos são os factores causas do abscesso pulmonar. Podemos, no entanto, destacar como mais importantes:

- 1) Pneumonia.
- 2) Aspiração de corpos extranhos.
- 3) Intervenção cirurgica nas vias aereas superiores e principalmente amigdalectomia.

Dos 30 casos de Morris e Landis, 9 reconhecem como causa a pneumonia.

Wessler apresenta 100 casos, 37 dos quaes foram determinados por pneumonia.

Chevallier-Jackson attribue grande importancia a aspiração de corpos extranhos, particularmente em crianças.

As verificações destes ultimos annos attribuem maior importancia as operações cirurgicas nas vias aereas superiores, particularmente a tonsilectomia.

Richardson, aliás já chamara a attenção sobre esse facto em 1912. Lord estudando 227 casos responsabiliza em 34,3 % a tonsilectomia como causa; o mesmo faz Kerman em 27 dos seus 103 casos. Alguns autores como Jackson, Moore, Crowe, Scarf defendem nestes casos a origem bronchogena, inspiratoria, em quanto que outros como Lambert, Weeks, Cutler inclinam-se mais para a origem embolica destes abscessos. Culpou-se tambem a anesthesia como causa, mas a experiencia mostrou o apparecimento de abscesso pulmonar post tonsilectomia mesmo com anesthesia local. Esta importancia da amigdalectomia verificada em tão grande proporção nos Estados Unidos, não se confirma em outros lugares como na Argentina.

Ceballos dá particular importancia aos abscessos alveolo-dentarios e à piorrhœa alveolar, o que não se pôde deixar de levar em consideração, se lembrarmos que são os germens habitualmente encontrados na bocca e na piorrhœa alveolar, os que se en-

contram também na cavidade dos abscessos ou no parenchima com gangrena.

Temos ainda a considerar na ethiologia do abcesso pulmonar, os traumatismos do thorax e a propagação ao pulmão de processos supurativos da vizinhança: empiema, abscessos hepaticos, perinephritico, sub-phrenico e mediastinite supurada.

Aos agentes ethiologicos já fizemos referencia linhas atraz.

Em relação á especificidade de germe para gangrena pulmonar, citaremos somente que os trabalhos de Etchegoin na Argentina, parecem ter estabelecido ser a gangrena pulmonar determinada por um espiroqueta, diferente morpho e biologicamente do espiroqueta de Vincent e outros da bocca; dito espiroqueta, inoculado em cobaia e coelho, reproduziu nestes animaes um abcesso pulmonar identico ao do homem, mesmo quanto a distribuição zonal do germe.

Diagnostico differencial

A confusão é possível com tuberculose, quando ha caverna typica, limitada e no apice. A differenciação faz-se principalmente pelo exame do escarro, e do material colhido directamente da lesão por bronchoscopia, e mesmo inoculação deste material em cobaia, como foi feito no nosso caso.

O diagnostico differencial deve ser feito com o cancer; neste a cachexia é maior e mais rapida, a anemia é mais intensa, os escarros hemoptoicos são mais frequentes com aspecto de grosseira; apparece o cancer geralmente em individuos com mais de 45 annos de idade; a radiographia e principalmente a bronchographia, que nos mostra o bronchio amputado, são elementos de grande valia. A prova mais concludente será a biopsia do material colhido por meio da bronchoscopia. Devemos assignalar a possibilidade, não rara, do abcesso apparecer como uma complicação do cancer, e também a possibilidade do cancer se desenvolver nas paredes de um abcesso, tendo-se então uma symptomathologia ambigua.

As micoes pulmonares que dão mais hemoptises que vomitadas, diagnosticam-se pela positividade da cultura nos meios adequados.

Uma gomma syphilitica ulcerada do pulmão póde também dar symptomathologia pulmonar, distinguindo-se porém do abcesso porque na gomma syphilitica os signaes de infecção são menores, e encontramos outros signaes de syphilis, reacção de Wasserman e Kahn positivas, e a efficacia do tratamento anti-syphilitico.

Bronchiectasia: a tosse é o symptoma dominante apparecendo em acessos e acompanhada de expectoração abundante, que apparece pela manhã (toilette matinal), e a noite ao deitar-se, ou pela mudança de posição: é a pseudo-vomica de Sergent em que temos a sahida de puz dos bronchios dilatados, esvaziamento destes bronchios. No abcesso, vimos, a expectoração se dá durante todo o dia, fraccionada, sem hora determinada. As hemoptises são mais frequentes na bronchiectasia: segundo Ochsner encontra-se em 50 a 70 % dos casos. O diagnostico é principalmente dado pela bronchographia com lipiodol que mostra os bronchios dilatados de aspecto cylindrico, sacular ou fusiforme de accôrdo com a variedade da bronchiectasia.

Faremos apenas menção á

Evolução clinica do abcesso pulmonar

Podemos ter a ruptura do abcesso num bronchio logo após ter-se formado a collecção purulenta, dando-se o seu esvaziamento por vomicas successivas, fechamento e cicatrização da cavidade. Esta cura expontanea do abcesso pulmonar agudo, dá-se em 25-50 % dos casos, nos abcessos ditos simples, determinados por aerobios.

Podemos ter a abertura do abcesso na pleura dando empiema enkystado, se já havia adherencias previas, ou piopneumothorax quando a ruptura se faz na grande cavidade pleural sem formação previa de adherencias: enquanto o empiema enkystado é uma occorrença relativamente benigna, e cura pela drenagem, o piopneumothorax é mortal em 90 % dos casos.

Finalmente, podemos ter a passagem a chronicidade: o abcesso pulmonar chronico, não se distingue do agudo a não ser pelo tempo: até 6 a 8 semanas do seu inicio, o abcesso diz-se agudo, depois diz-se chronico.

Este abcesso chronico não tem muita tendencia á cura expontanea: segundo Ceballos temos só 8 % de cura immediata e 4 % de cura tardia.

Tambem a cura clinica (por varios processos: alcooltherapia, sôrotherapia, vaccinas arsenicaes, etc.), dos abcessos chronicos principalmente dos gangrenosos, determinados por espiroquetas, é problematica, e segundo Sauerbruch, pelo tratamento medico dos abcessos pulmonares chronicos, temos uma mortalidade de 60 a 80 %. De accôrdo com Ceballos, dada a possibilidade de remissões enganosas, não se pôde dizer que um caso não operado esteja curado, antes de um periodo de 2 annos, e com con-

trole radiológico, pois frequentemente, após um período de melhora, temos a volta de toda a symptomathologia anterior.

Baseados nos dados estatísticos de Graham, Coquelet, Sauerbruch, Baumgartner, Lockwood, podemos dizer que o abcesso crônico do pulmão pertence à cirurgia, e quanto antes elle fôr entregue ao cirurgião, tanto mais brilhantes serão os resultados obtidos.

Serviço de Clinica de Doenças Tropicæes e Infectuosas do Prof.
Celestino Bourroul

INSUFFICIENCIA AORTICA TRAUMATICA (1)

Armando K. Cordeiro

Quarto annista

Deixando de lado considerações de ordem Anatomica e Physiologica do coração vamos passar em revista a pathologia do coração.

Na pathologia do coração distinguimos as Malformações congenitas e as alterações adquiridas. Vejamos em primeiro lugar as **Malformações congenitas**.

Para chegar ao seu desenvolvimento completo o coração experimenta certas transformações, no decorrer das quaes se reprega o tubo cardiaco primitivo e se formam paredes divisorias entre as suas cavidades. A ausencia ou a realização incompleta de qualquer destes processos faz com que o sêr humano nasça com uma malformação congenita cardiaca.

As malformações congenitas individualizadas na autopsia são numerosas mas dentre ellas as que apresentam interesse clinico são em pequeno numero.

Passando rapidamente sobre estas malformações congenitas de interesse clinico nós temos: **A molestia de Roger ou Comunicação Interventricular, A Persistencia do Buraco de Botal, A estenose da Arteria Pulmonar, A Molestia Azul ou Coração de Fallot, A Estenose ou Coartação do Isthmo Aortico.**

Ainda temos outras malformações congenitas que deixamos propositalmente de enumerar.

Passando as alterações adquiridas estas são, como sabemos das tres camada que formam o coração — o Pericardio, o Endocardio e o Miocardio bem como o seu systema de irrigação, as arterias coronarias, as quaes podem ser séde de alterações pa-

(1) Trabalho apresentado no Departamento Scientifico em 18-5-1937.

thologicas. Estas são capazes de comprometter tambem a aorta e a arteria pulmonar dada a intima correlação funcção das com o coração.

Vejamos alguma coisa sobre a pathologia destas diferentes partes começando pelo pericardio.

Como sabemos a inflamação do pericardio denomina-se pericardite e de accordo com a natureza do exsudato distinguimos: a pericardite fibrinosa, pericardite sero-fibrinosa, a pericardite purulenta e a pericardite hemorrhagica.

Com o nome geral de derrame pericardico englobamos as pericardites fibrinosa, sero-fibrinosa, purulenta, hemorrhagica, o hidropericardio.

Temos ainda os chamados Pneumopericardios, Hemopericardio, e as associações Hidropneumopericardio, hemopneumopericardio, Piopneumopericardio.

Por hydro-pericardio se entende a transudação de liquido no pericardio, o que se observa nos periodos avancados da insuficiencia cardiaca, e nos estadios pré-mortem (segundo Brugsch este liquido é produzido talvez durante a agonia).

Passando em seguida a tratar do Endocardio a sua inflamação constitue a Endocardite e é devido a causas toxico-infecciosas que evoluem de forma aguda e sub-aguda e chronica localizando-se de preferencia nas valvulas produzindo insuficiencia ou estenose, podendo se localizar tambem no endocardio parietal.

A endocardite clinicamente se apresenta sob 2 formas: endocardite simples e endocardite septica; a primeira forma corresponde anatomicamente á trombo endocardite superficial e a segunda forma á endocardite ulcerosa ou ulcero vegetante.

Brugsch dá para causa ethiologica da endocardite septica ou ulcerosa principalmente o rheumatismo poliarticular agudo, é devida principalmente em 59 % dos casos a uma septicemia estreptococcica, em 39 % estaphilococcica, 41 % pneumococcica, 6 % gonococcica e 1 % colibacilar e meningococo de Weichselbaum, agente da meningite cerebro espinhal epidemica. Finalmente póde ainda o endocardio ser sede de processos degenerativos, placas de ateromasia ou transformação fibrosa, fibrose endocardica.

Visto assim rapidamente as Endocardites passamos a ver as Miocardites que são as inflamações do miocardio.

Distinguiu-se durante muito tempo a miocardite aguda da chronica, hoje em dia ha, em clinica, tendencia sempre crescente a não se fallar em miocardite chronica, dada a impossibilidade pratica de a reconhecer no leito do doente.

Quanto á ethiologia das Miocardites, ellas podem ser consequencias de infecções agudas sobretudo a diphteria, o rheumatismo poliarticular agudo, a escarlatina, a febre typhoide, tambem podem ser provocadas pelas infecções estreptococcicas, pneumococcicas, meningococcica, grippaes e gonococcicas. Raramente o processo de Miocardio é isolado, isto é, sempre um proceso infeccioso a que se póde imputar a causa.

O quadro anatomo-pathologico da miocardite é representado por processos exsudativos e proliferativos do tecido intersticial e processos degenerativos da fibra cardiaca.

Em consequencia da lesão do miocardio especializado (eix de His) apparecem os differentes typos de arithmia; a lesão do miocardio commum produzirá os differentes gráus de insufficiencia cardiaca.

Denomina-se fibrose miocardica ou cardio-esclerose a transformação fibrosa do miocardio. A principio acreditava-se dependesse a fibrose miocardica de intoxicação e infecções attenuadas, actualmente ha uma maior tendencia a relacional-a com um "deficit" da irrigação miocardica proveniente de alterações na arvore coronaria. A fibrose do miocardio póde ainda representar a sequella de uma miocardite aguda, sobretudo rheumatica.

Passamos em seguida á Pathologia das arterias coronarias, esta reduz-se praticamente á estenose e á oclusão total de sua luz com defficiencia na irrigação do musculo cardiaco. Tanto a estenose como a oclusão podem ser transitorias ou definitivas. Quando são transitorias reconhecem como causa um espasmo vascular e não chegam a determinar alterações estructuraes do miocardio, limitando-se a produzir perturbações funcçionaes como dór anginosa, modificações do rythmo, syncope, etc. Quando definitivas a estenose e a oclusão das coronarias resultam de alteração organica: espessamento da intima por arterio-esclerose, formação de trombo em uma placa de ateroma, embolia, estenoses de orificios de origem por aortite, syphilitica, etc.

Si a oclusão é repentina (trombose ou embolia) caso não se dê a morte immediata, forma-se uma necrose ischemica do miocardio e infarto que logo se transforma numa cicatriz fibrosa é a placa fibrosa post enfartica.

Si a oclusão é lenta por engrossamento gradual da intima e consequente redução progressiva da luz, produz-se uma ischemia relativa do miocardio com perturbações funcçionaes como syndromo anginosa e transformação fibrosa do miocardio que é a fibrose miocardica primitiva.

A obstrucção lenta e progressiva do tronco da coronaria D não traz o exito letal, principalmente em individuos jovens com

suas arterias capazes de soffrer uma adaptação e assim vamos ver que a obstrucção lenta do tronco da coronaria D, sem uma circulação colateral, mas uma supplencia, conforme foi verificado experimentalmente com substancias corantes, é feita pela coronaria E.

Quando a obstrucção é no tronco da coronaria E, a morte sobrevem por falta de irrigação do coração e este é um facto interessante a supplencia da coronaria D pela E, já não se observando o mesmo quadro quando a obstrucção é no tronco da coronaria F.

Tanto o enfarto miocardico como a placa fibrosa post enfarctica e a fibrose miocardica primitiva por ischemia, representam um ponto de menor resistencia da parede do coração, cuja ruptura ou propulsão para fóra poderá dar-se sob a pressão reinante no interior das cavidades cardiacas e teremos a ruptura espontanea do coração ou o aneurisma parietal do coração.

Quanto ás inflammações da Aorta estas chamam-se **Aortopatias**, denominando-se mais precisamente de aortites quando inflammatorias e esclerose e ateroma aortico quando degenerativos.

A aortite syphilitica representa a fórma mais bem individualizada, tratando-se de uma pan aortite com destruição da camada média, pois é isto que os allemães denominam de Meso-aortite syphilitica, estas circumstancias explicam os differentes typos de Aneurismas aorticos, estenoses das coronarias na sua origem e ainda insufficiencia das valvulas sigmoides, insufficiencia aortica.

Vimos assim alguma coisa da Pathologia da Aorta, passando á Arteria pulmonar esta póde soffrer uma inflammação de sua parede constituindo a arterite pulmonar, habitualmente pela syphilis. Tambem aqui se trata uma panarterite com destruição de tecido elastico levando á dilatação do vaso e mesmo formação do aneurisma. Tambem podemos encontrar a esclerose da arteria pulmonar.

Quando qualquer dessas alterações da art. pulmonar é acompanhada de intensa cianose por hypoventilação alveolar o quadro clinico corresponde aos casos que Cossio denomina **Cardiacos negros de Ayerza**. Vejamos em seguida o chamado **Augmento do coração**; por este nome se denomina o augmento de volume do coração. Podemos distinguir o augmento physiologico, augmento hyperdiastolico, do augmento pathologico ou melhor simplesmente augmento do coração.

O augmento physiologico representa o adaptar-se do coração á maior exigencia de trabalho, e é uma lei do coração: a fibra miocardica alonga-se para fornecer uma contracção mais energica. Na realidade o augmento de volume é apenas durante a dias-

tole, visto como cada retracção systolica é mais ampla e faz o órgão voltar ao seu volume primitivo. O augmento cardiaco isto é, o augmento pathologico de volume é permanente: o coração tem maior tamanho tanto na diastole como na systole. Nesse caso trata-se de adaptação do órgão, não mais a uma maior exigencia circulatoria, mas a uma retracção systolica cuja amplitude é menor em virtude da insufficiencia do poder contratil do miocardio. Com effeito como acontece a todo corpo espherico a capacidade das cavidades está em relação com o cubo de seu raio. Nestas condições o augmento de tamanho das cavidades cardiacas permite que com maior encurtamento do raio se expulse a mesma quantidade de sangue que anteriormente.

O augmento cardiaco é devido a dilatação das cavidades, dilatação cardiaca, e augmento da espessura do miocardio, hypertrophia do miocardio. Em geral ambos participam do processo podendo algumas vezes haver predominancia de um ou outro.

Na clinica não ha signaes que permittam distinguir hypertrophia da dilatação, no augmento de volume cardiaco é preferivel fallar apenas em augmento cardiaco e não hypertrophia ou dilatação. Quando o augmento se produz repentinamente como acontece num esforço excessivo, dilatação aguda do coração ou num ataque prolongado de tachicardia paroxistica só está em jogo um processo de dilatação.

O augmento do coração pôde limitar-se a um ou dois ou a todos compartimentos do coração. Em geral no inicio o augmento cardiaco fica restricto ao segmento que é séde do transtorno mechanico à circulação do sangue, mas logo se estende aos demais segmentos, dada a repercussão que nelles tem o transtorno inicial.

As miocardites agudas e super-agudas occasionam um augmento total do coração.

Passamos em seguida a estudar as **Arithmias**.

Arithmias são as perturbações do rythmo: augmento ou diminuição da frequencia, irregularidades, transtornos da condução e alternancia. Segundo Vaquez e Donzelot é actualmente impossivel uma classificação pathogenica das arithmias, de modo que só é possivel uma classificação puramente clinica poderá ser adoptada.

Para facilidade didactica podemos dividir em 2 categorias os processos responsaveis pelas alterações do rythmo cardiaco: 1) os que irritam e os que inibem as propriedades do miocardio, e de accôrdo com a região miocardica em que se produz a irritação ou a inibição ter-se á esta ou aquella desordem do rythmo.

Vejamos as **Arrithmias por irritação**:

Os processos irritativos exaltam as propriedades do miocardio especifico. Si a irritação se processa de uma maneira continua apparece a tachicardia, si ella se faz de quando em quando temos as extrasistoles.

Tachicardia é a aceleração dos batimentos cardiacos, distinguindo-se a tachicardia sinusal e a heteropica ou paroxistica, a differença é que uma parte do miocardio auricular gera o estimulo.

Passamos em seguida ás **Extrasistoles** são contracções prematuras que interrompem a cadencia dos batimentos cardiacos ou estimulos que dão lugar ás contracções, que cahem fóra do rythmo normal do coração. O lugar onde nasce a extrasistole corresponde ao ponto de irritação do miocardio, assim temos: as extrasistoles sinusaes, auriculares, nodaes ou auriculo-ventriculares e ventriculares.

A inibição deprime as propriedades do systema excito conductor, si ella actua sobre o nodulo sinusal predomina a diminuição do automatismo e se agem sobre o resto do miocardio especializado preponderam os transtornos de conducção auriculo ventricular.

A depressão permanente das propriedades do nodulo sinusal occasiona ou a bradicardia sinusal ou o rythmo nodal conforme o gráu de inibição.

A depressão intermitente do automatismo do nodulo sinusal acarreta o aborto sinusal, chamado bloqueio sino auricular. Si a depressão se localiza no feixe de His, temos alteração da conductibilidade auriculo ventricular e conforme o gráu de depressão temos ou o augmento do tempo de conducção ou o bloqueio. Quando a depressão é ligeira temos augmento de tempo de conducção auriculo ventricular. Si a depressão é mais accentuada temos interrupção parcial ou total da conducção do estimulo das auriculas para os ventriculos e temos bloqueios parciaes ou incompletos e os bloqueios completos ou totaes respectivamente.

Si a depressão se localiza em um dos ramos do feixe de His ha alteração da conducção intra-ventricular constituindo o chamado bloqueio de ramo e como consequencia a excitação dos 2 ventriculos não é simultanea, contrae-se primeiro o que tem seu ramo intacto e depois o lesado, por propagação do septo intra-ventricular.

Passando em seguida as arithmias que produzem ao mesmo tempo irritação e inibição no systema excito conductor temos a arithmias respiratoria, a arithmia sinusal, a interferencia dos 2 rythmos, o flutter e fibrilação auricular.

Segundo Vieira Romeiro distinguimos nas arithmias:

- 1) As arithmias sinusaes.
- 2) As Extrasistoles.

- 3) A Arithmia completa, Fibrilação auricular.
- 4) O pulso alternante.
- 5) As tachicardias.
- 6) As bradicardias.

Nas arithmias sinusaes considera ainda este A.:

- a) Tachicardias sinusaes.
- b) Bradicardias sinusaes.
- c) A arithmia respiratória.
- d) Pulso paradoxal.

Nas extrasistoles considera ainda: extrasistoles sinusaes, auriculares, ventriculares e nodaes. Podendo ainda ser irregulares e isoladas, rithmadas e agrupadas.

Nas tachicardias considera as Tachicardias paroxisticas e não paroxisticas. As tachicardias não paroxisticas são: phisiologicas (trabalho muscular, ortostatica) e pathologicas como nos estados febris, anemicos e caqueticos, intoxicações, affecções cardio-vasculares e outros estados pathologicos.

As tachicardias paroxisticas distingue 2 typos: a tachicardia paroxistica total ou doença de Bouvet e a fórmula parcial ou Flutter dos Inglezes.

Von Bergmann descreve as **anomalias nomotopas** de formação do estímulo que são: Tachicardia sinusal, Bradicardia sinusal, Arithmia sinusal, Arithmia respiratoria e a juvenil. As anomalias heterotopas: Arithmia extrasistolica, arithmia absoluta e os transtornos na conducção, são os diferentes typos de bloqueio, ainda descreve os transtornos da contractilidade do coração.

Uma vez vista assim de conjuncto, muito rapidamente a pathologia do coração, vejamos o que se entende por **Insufficiencia circulatoria**.

Como sabemos o aparelho circulatorio tem por função movimentar a massa sanguinea que serve de vehiculo ao oxygenio e ás substancias nutritivas necessarias á manutenção da vida dos diferentes tecidos. Quando esta mobilização se processa de uma maneira defficiente, diz-se que ha insufficiencia circulatoria. Em geral está cheio o systema venoso e relativamente vazio o systema arterial. Esta distribuição anomala do sangue é o phenomeno de conjuncto mais nõtavel na Insufficiencia circulatoria. Além disso, sua generalização é tambem parte essencial do quadro clinico, já que a extase local, como se observa, por, exemplo, na trombose venosa, não é insufficiencia circulatoria.

Como sabemos ha 2 classes de insufficiencia circulatoria: uma central ou cardiaca e a outra de origem peripherica ou vascular, a

primeira é conhecida com o nome de insuficiencia cardiaca e a segunda com o nome de insuficiencia peripherica. Estas duas classes de insuficiencia podem existir isoladamente ou associadas. Em geral, a principio se inicia a insuficiencia circulatoria por um desses typos, porém mais tarde os dois se associam e não sendo raro ver uma insuficiencia cardiaca complicada por uma insuficiencia peripherica e o contrario tambem se observa.

Vejamos em primeiro lugar a **Insuficiencia cardiaca**.

Diz-se que ha insuficiencia cardiaca quando o coração perde a capacidade de fornecer ao organismo a quantidade de sangue necessario, a massa liquida circulando mais lentamente se accumula em diversos territorios e o plasma póde transudar e infiltrar os intersticios cellulares.

A defficiencia do rendimento do orgão circulatorio resulta ou da insufficiente evacuação systolica ou da incompleta repleção diastolica. Em certas condições' especiaes os 2 mecanismos se associam para dar origem ao "deficit" circulatorio como se observa na estenose mitral e adherencias pericardicas.

A evacuação systolica defficiente reconhece como causa a diminuição do poder contractil do miocardio seja por lesão (miocardite, etc), seja por um excesso de trabalho (porque provoca a diminuição do poder contractil do miocardio, em virtude da distensão exaggerada das fibras cardiacas ou do proprio processo de hypertrophia que elle determina).

A incompleta repleção diastolica das cavidades cardiacas tem por causa a compressão do orgão (derrame pericardico) ou uma grande acceleração cardiaca com consequente diminuição do repouso diastolico (taçhicardia paroxistica).

A evacuação systolica ou a repleção diastolica defficiente isoladas ou combinadas determinam uma série de disturbios hemodinamicos. O volume systolico diminue e embora haja acceleração dos batimentos cardiacos o volume circulatorio na unidade de tempo soffrerá gráus variaveis de diminuição. **A vis a tergo** reduz-se e o sangue circulando mais lentamente estagna-se ao nivel dos tecidos aos quaes abandona uma maior quantidade de oxygenio. Em circumstancias especiaes a insuficiencia cardiaca reduz a **vis a tergo** e augmenta a "vis a fronte" em virtude do accumulo da massa liquida no systema venoso. A pressão hydrostatica augmentará então ao nivel dos capillares havendo transudação do plasma, que infiltrará os intersticios cellulares, é a insuficiencia cardiaca do typo congestivo.

O gráu mais adiantado da insuficiencia cardiaca traduz-se pela existencia de um "deficit" circulatorio mesmo quando são

minimas as exigencias organicas, como por exemplo no repouso absoluto.

A escola franceza tem procurado differenciar dois typos de insufficiencia cardiaca chronica: a insufficiencia do V. E. e a insufficiencia do V. D.

Veamos a seguir a **Insufficiencia peripherica**, neste caso o "deficit" circulatorio corre por conta de um retorno incompleto do sangue ao coração. Como sabemos o systema vascular tem capacidade superior ao volume da massa liquida circulante no seu interior graças á acção dos nervos vaso motores e ao reflexo de Hess: no orgão em actividade ha vaso dilatação ao passo que nos orgãos em repouso domina vaso constricção e como consequencia o continente se adapta ao conteudo, de modo que não haja estagnação do sangue, que retorna totalmente ao orgão central da circulação.

Si como acontece nos estados toxi-infecciosos graves, traumatismos violentos, hemorragias, etc., a vaso dilatação de extensos territorios vasculares, impede essa adaptação do continente ao conteudo, o sangue estagna, e não retorna na sua totalidade ao coração. A repleção diastolica passa a ser insufficiente e o coração lançará na arvore arterial uma quantidade de sangue menor, estabelece assim um circulo vicioso ao qual sobrem a **insufficiencia circulatoria**.

A essa insufficiencia circulatoria podem juntar transtornos vaso motores cutaneos com sudação profusa com resfriamento geral e lividez das extremidades constituindo o colapso algido que vem agravar ainda mais a situação em virtude de subtrahirem liquido.

Quando sobrem insufficiencia circulatoria peripherica repentinamente após intervenções cirurgicas, traumatismo temos o shock operatorio ou traumatico. Vimos assim rapidamente a insufficiencia circulatoria com seus 2 typos: insufficiencia cardiaca e insufficiencia peripherica. Interessa-nos mais de perto a insufficiencia cardiaca e desta a **insufficiencia aortica**.

A insufficiencia aortica caracteriza-se clinicamente por uma série de signaes physicos de que veremos os mais importantes. A insufficiencia aortica é uma das cardiopathias mais frequentes nesta afecção: o sangue reflue na diastole, da aorta para o V. E. que ao mesmo tempo recebe o sangue que vem da A. E. Assim recebendo maior quantidade de sangue este segmento do coração se dilata e depois se hypertrophia que quando é definitiva compensa a lesão.

Anatomo pathologicamente temos na insufficiencia aortica:

1) Dilatação do cone aortico.

- 2) Dilatação do segmento apical com arredondamento da ponta.
- 3) Achatamento dos musculos papillares e trabeculas.
- 4) Hypertrophia secundaria da musculatura ventricular, principalmente dos musculos papillares devido ao augmento da tensão valvular pela dilatação do anel da valvula mitral.
- 5) Dilatação secundaria e hypertrophia da aorta.

Vejamos então os signaes physicos:

- 1) Signaes centraes ou cardiacos: nestes temos:

- a) Choque da ponta cupuliforme ou "endome" de Bard, ou globoso.
- b) Fremito pre systolico de Flint.
- c) Inspeção e palpação revela deslocamento do ictus para baixo e para fóra, para a esquerda.
- d) Percussão confirma a inspeção e palpação isto é, o augmento de volume do coração.
- e) Sopro diastolico mais audivel na parte média do externo.
- f) Ruflar de Flint que é audivel na ponta é um sopro pre-systolico, sem nenhuma lesão organica.

- 2) Signaes periphericos ou arteriaes periphericos:

- a) Pusatilidade anormal das carotidas,, sub-clavias axilares, humeraes, etc. (dansa das arterias).
- b) Pulsatilidade da aorta na furcula.
- c) Palpação na aorta na furcula.
- d) Fremito da aorta e outros vasos.
- e) Pulso Corrigan ou em martelo de agua.
- f) Signal de Musset (inclinação da cabeça rythmica com as contracções systolicas).
- g) Pulso popliteu.
- h) Pulso capillar de Quincke, verificado nas unhas e nos labios.
- i) Pulso da uvula ou signal de Müller, são movimentos oscillatorios da uvula.
- j) Pulso amygdalo-carotidiano, signal de Huchard.
- k) Pulso da lingua ou signal Minervini, consiste na elevação da lingua em cada systole.
- l) Signal de Landolfi, estreitamento da pupilla na systole e da dilatação na diastole.
- m) A auscultação da carotida revela o desaparecimento do 2.º tom.

- n) Signal de Alvarenga-Duroziez.
- o) Duplo tom de Traube.
- p) Pistol-shot, nas pediosas.

Ainda além destes signaes devemos fazer esphigmograma, electrocardiogramma, radiographia do coração e vasos da base, bem como medirmos a tensão arterial cuja differença é característica.

Deve-se ainda fazer reacção de Wassermann, pesquisar o reflexo patelar e o signal de Argyll-Robertson para a possibilidade de um diagnostico de Tabes incipiente, que Babinsky diz não ser raro junto á insufficiencia aortica.

Quanto aos typos de insufficiencia aortica os mais importantes são em numero de quatro: 1) a insufficiencia aortica por ruptura valvular (traumatismo). 2) A endocardica (Doença de Corrigan). 3) A de origem arterial (Doença de Hogdson) e 4) Insufficiencia aortica funccional, isto de accôrdo com Vieira Romeiro.

Na insufficiencia aortica por ruptura valvular, as desordens funcionaes são subitas, logo após a lesão valvular. Observa-se depois de um violento esforço, de um traumatismo violento sobre o thorax, de uma queda de grande altura, os doentes sentem uma viva dôr na região pre-cordial e em seguida violenta dispnéa que muitas vezes o individuo perde os sentidos.

A insufficiencia aortica endocardica ou doença de Corrigan apresenta como causa mais frequente o Rheumatismo poli-articular agudo, e a insufficiencia aortica de origem arterial ou doença de Hogdson, é geralmente devida á Syphilis.

Na insufficiencia aortica funccional não ha lesão do aparelho oro-valvular.

Destes 4 typos de insufficiencia aortica interessa-nos o primeiro isto é, a insufficiencia aortica por ruptura valvular.

A insufficiencia aortica por ruptura valvular como dissemos é verificada após traumatismos violentos sobre o thorax como seja queda de grande altura, esforço violento. Quanto a ethiologia clinica desta molestia estamos de accôrdo com Scherf, e que diz que uma fórmula relativamente rara é a insufficiencia aortica traumatica. E' encontrada quasi sempre com uma mesoaortite. Póde apparecer acompanhando os efeitos de uma elevação brusca da pressão sanguinea, pela existencia de um ponto ordinariamente já adoecido.

Ouve-se um tom musical de um sopro, que acompanha ao mesmo tempo a bulha diastolica. Muito frequentemente nos adultos, por muito tempo sentem uma dôr persistente.

Uma vez vista assim alguma coisa sobre a pathologia do coração vejamos o caso verificado por nós na 6.^a Medicina de Homens da Santa Casa, Serviço do Prof. Celestino Bourroul, deixando aqui nossos agradecimentos aos Drs. Cicero de Moraes e Oscar Barcellos, o primeiro por nos ter suggerido a apresentação deste caso e que muito nos orientou, bem como o Dr. Oscar Barcellos.

T. S. — 46 ANNOS — VIUVO — LAVRADOR — JAPONES — AMARELLO — CAPITAL.

QUEIXA E DURAÇÃO: Dôr na região pre-cordial após um coice de burro, dispnéa, ha 4 mezes.

H. P. M. A.: Ha 4 mezes, lidando nos trabalhos ruraes recebeu um coice de burro no hemithorax E, na parte anterior correspondente á região cardíaca e outro no hypocondrio D. O traumatismo foi tão violento que teve de se acamar durante 15 dias, apparecendo-lhe logo em seguida falta de ar, não podendo por isso fazer qualquer esforço violento ou andar grandes distancias. Ao mesmo tempo sente dôr na região pre-cordial no ponto em que soffreu o traumatismo.

Sempre foi forte e trabalhava com disposição antes de soffrer o traumatismo.

Ha cerca de um mez teve grippe acompanhada de febre e tosse com escarro de côr branca sem sangue. Desde então vem o seu estado se aggravando dormindo mal devido á dispnéa que o obriga a procurar a janella ou a posição orthopneica, sentindo constantemente dôr no ponto em que soffreu o traumatismo correspondente a região pre-cordial.

Nega qualquer alteração para o lado do aparelho urinario.

Interrogatorio sobre os differentes aparelhos: Sem importancia.

Antecedentes pessoaes

Doente nascido em condições normaes passando uma infancia sadia. Trabalha em serviço pesado (enxada), alimentando-se bem, não fazia exercicio matinal, fumava regularmente (15-20 cigarros por dia), bebia bastante, meio litro de canninha diariamente, desde os 18 annos até a idade de 44 annos. Aos 20 annos teve uma perturbação gastro-intestinal. Nega molestias proprias da infancia, rheumatismo, angina e outras molestias infecciosas. Nega antecedentes venereo-syphiliticos.

Antecedentes familiares e hereditarios

Paes fallecidos: Pae fallecido de molestia do figado (sic). Ignora a causa da morte da mãe. Tem um irmão vivo e forte.

E' viuvo a esposa fallecida de Dysenteria amebiana. Tem 2 filhos vivos e fortes. Negando abortos ou nati-mortos.

Exame objectivo

Individuo de compleição robusta, typo brevilineo (Charpy maior que 90°) apresentando physionomia calma, quasi indifferente ao meio. Não apresenta dispnéa nem edema. Pelle humida e quente de côr caracteristica da raça a que pertence, não apresentando cicatrizes, nem circulação collateral. Mucosas visiveis ligeiramente descoradas. Paniculo adiposo regular e bem distribuido. Musculatura bem desenvolvida. Arcabouço osseo bem conformado. Mucosas externas ligeiramente descoradas. Pellos com disposição masculina.

Mede 1,65 de altura e pesa 58 kilos.

Systema ganglionar: ganglios cervicaes e inguinaes moles, moveis sobre os planos subjacentes e indolores.

Exame especial

O mais interessante é o exame do pescoço.

Pescoço: fino e cylindrico, apresentando saliencia dos musculos esterno-cleido-mastoideus, notando-se batimentos arteriaes synchronos com os batimentos cardiacos. Apresentando-se estas arterias do pescoço duras, ateromatosas.

Thorax

Inspecção estatica F. A.: Thorax chato, simetrico, apresentando hombros na mesma altura, claviculas ligeiramente salientes, fossas supra e infra-claviculares, pouco escavadas. Mammillos na mesma altura e a igual distancia da linha médio-esternal. Intercostos visiveis principalmente os ultimos. Charpy maior que 90°. Louys visivel.

F. P.: Hombros na mesma altura, fossas supra e infra-espinhosas muito excavadas, espaço inter-escapulo vertebral ligeiramente excavado, bôrdos espinhaes dos homoplatas, ligeiramente salientes, e situados a igual distancia da linha espondilea. Angulos inferiores dos homoplatas situados na mesma altura e a igual distancia da linha espondilêa.

Inspecção dinamica: Typo respiratorio thoraco abdominal, movimentos amplos e iguaes de ambos os apices e bases. **Litten** visivel de ambos os lados, seguindo uma linha parallela a 2 cms. do rebordo. Schnup. ph.: visivel de ambos os lados. Sprechen. ph.: idem. Lemos Torres: negativo.

Palpação: Fremito thoraco vocal: Normal.

Percussão: Som claro pulmonar em toda área.

Ausculata: Murmurio vesicular normal em toda a área pulmonar.

Apparelho Cardio-Vascular: Coração: Inspeção: Ictus batendo no 6.º espaço intercostal E, uns 3 cms., para fóra da linha mammilar, para baixo e para a E. **Palpação:** Confirma a inspeção e demonstra fremito precordial. **Percussão:** Área cardíaca augmentada de volume. **Ausculata:** Revela sopro diastolico no fóco aortico propagando-se para cima ao longo do esterno. Duplo sopro, no fóco mitral. Arterias moles, elasticas e depressiveis, pulso batendo 108 vezes por minuto, regular em tempo e amplitude. Pressão maxima 135 e pressão minima 80. As arterias do pescoço são duras, ateromatosas.

Abdomen

Nada digno de nota.

Columna e reflexos

Nada digno de nota.

Pesquisas dos signaes de Insufficiencia Aortica.

Signaes centraes:

- 1) Choque da ponta Cupuliforme: positivo.
- 2) Fremito pre-systolico de Flint: positivo.
- 3) Percussão do coração e aorta: revela augmento da área cardíaca.
- 4) Sopro doce, diastolico no fóco aortico com propagação para cima ao longo do esterno.

5) Ruflar de Flint: /———/

Signaes periphericos:

- 1) Pulsatilidade das carotidas, sub-clavias, axillares, humeraes (dansa das arterias): positivo.
- 2) Pulsatilidade da aorta na furcula: positivo.
- 3) Palpação da aorta na furcula: positivo.
- 4) Fremito da aorta e outros vasos. /———/
- 5) Pulso Corrigan: positivo.
- 6) Signal de Musset: positivo.
- 7) Pulso popliteu: não foi pesquisado.
- 8) Pulso capillar de Quincke (labios e unhas) /———/
- 9) Pulso da uvula (Müller) /———/
- 10) Pulso amigdalocarotidiano. /———/
- 11) Pulso da lingua ou signal de Minervini /———/

- 12) Signal de Sandelfi (iris: estreitamento na systole e dilatação na diastole.
- 13) Auscultação da carotida (desapparecimento do 2.º tom) não foi feito.
- 14) Signal de Alvarenga Duroziez: positivo.
- 15) Duplo tom de Traube. /———/
- 16) Pistol shot nas pediosas. /———/
- 17) Tensão arterial: 135-80.

Exames complementares:

Reacção de Wassermann no sangue: negativa.

Exame de urina: Vol 275 cc. Dens 1.034. Albumina: contem — Assucar: contem. Exame microscopico: normal.

ELECTROCARDIOGRAMA: Desvio do eixo para a direita. Q R S 1 espessada e T 1 pequeno.

RADIOGRAPHIA: do coração e vasos da base: Área cardíaca medindo aproximadamente 200cm.2, apresentando, portanto, um excesso de mais de 100 % sobre a área normal para o peso. Configuração radiologica de augmento predominante do ventriculo esquerdo. Aorta medindo aproximadamente 40 mm. de diametro ao nivel da crossa. Accentuada extase pulmonar. Fócos esparsos de condensação no pulmão D.

Evolução e tratamento:

Em 1.º de abril durante o decurso de sua permanencia nesta enfermaria appareceram edemas generalizados, mais accentuados na face, dispnéa, tosse com escarros mucosos. Medida a pressão arterial esta nos deu Mx. 145 e Mn. 80. Pulso batendo 134 vezes por minuto. A percussão do thorax encontramos sub-massicez nas bases e a ausculta revelou: estertores sub-crepitantes finos e alguns sibillos. Feito exame de urina revelou grande quantidade de albumina.

O tratamento consistiu: em sangria 300 cc., ventosas sarjadas nas bases, 30 gottas de Digitalina e Salirgan. Passado o perigo do edema agudo do pulmão, o estado do paciente se normaliza e a lesão cardíaca entra em periodo de compensação.

Durante sua estada nesta enfermaria o doente tomou 90 gottas de Digitalina, 3 ampollas de Salirgan, Salicilato de sodio e Iodeto de Potassio. A 17 de abril o doente pediu alta em condições relativamente boas.

Portanto como vemos, este caso, é um caso de Insufficiencia aortica em que a etiologia poderá ser explicada pelo alcoolismo ou pela aterosclerose das valvulas sigmoides aorticas (?), e a causa desencadeadora foi o traumatismo (no caso apresentado coice de um burro).

- Brugsch — Prof. Dr. Theodor — Tratado de Pathologia Medica. Traducção hespanhola. Edit. Labor S. A., 1934.
- Cossio-Pedro — Coração e Vasos (Semiologia). Editora Nacional — 1937.
- Romeiro-Vieira — Semiologia Medica — 1933.
- Scherf-D. Klinik und Therapie der Herzkrankheiten und der Gefässer-korankugen — 1936.
- Von-Bergmann — Tratado de Pathologia Medica — 1936.

Noticiario do Departamento Scientifico

**SESSÕES REALIZADAS NOS MEZES DE JULHO,
AGOSTO E SETEMBRO DE 1937**

4.^a Sessão Ordinaria, realizada no dia 19 de Julho de 1937.

Presidente: Mario Lepolard Antunes; secretario: Euclides Frugoli.

Aberta a sessão o sr. Presidente agradece a presença e saúda os academicos de medicina da Faculdade de Medicina de Bello Horizonte que se encontravam entre nós.

Foi convidado para orientar os debates o Dr. Henrique Mindlin.

Da ordem do dia constaram os seguintes trabalhos:

1) **Considerações em torno de um caso de "Mal de Roger"**, pelos academicos Fuad Chammas e Luiz Kencis.

Esse trabalho que foi publicado no numero anterior mereceu por parte do Dr. Henrique Mindlin referencias elogiosas.

2) **Considerações sobre as Epilepsias, com apresentação de um caso**, pelo Ddo. Euclides Frugoli.

Inicia o A. seu trabalho, referindo-se á importancia das epilepsias em Medicina.

A seguir lê uma abervação que tivera ocasião de fazer, quando alumno de Neurologia, na 1.^a M.H.

Proseguindo trata da ethiologia das epilepsias, criticando a sua divisão em essenciaes e symptomaticas, e apresenta então a divisão de Abrami em epilepsia dos jovens, do adulto e da infancia.

Resalta a importancia da herança alcoolica no apparecimento da epilepsia.

Passa a tratar da syntomatologia tanto do "grande mal", "estado de mal epileptico", "pequeno mal" como da "epilepsia bravais-jacksoniana".

O A. refere em continuação os methodos empregados para o tratamento, resaltando a importancia do gardenal e luminal, após ter feito o diagnostico differencial das epilepsias com a hysteria, por considerar este o diagnostico differencial mais importante nas epilepsias.

Dada a palavra ao orientador Dr. Henrique Mindlin, este tece considerações sobre o assumpto em fóco e, a seguir, affirma o grande valor das reuniões como esta.

O sr. presidente agradecendo ao dr. Mindlin a sua cooperação dá por suspensa a sessão.

5.^a Sessão Ordinaria, realizada em 16 de Agosto de 1937.

Presidente: Mario Degni; secretario: Euclides Frugoli.

Aberta a sessão pelo sr. presidente, o secretario justifica a ausencia do Dr. Jairo C. Dias, que deixou de comparecer á sessão na qual deveria orientar os trabalhos.

Da ordem do dia constaram os seguintes trabalhos:

1) **Syphiloma da Conjunctiva** pelo Ac. João Ruggiero. Trabalho publicado neste numero.

Discutiram esse caso os Ddos. Feliciano Penido Burnier. Renato Toledo, Paulo Braga Magalhães e Mario Degni.

2) **Signaes pseudo-cavitaris nos Derrames Parciaes e Totaes** pelo Ac. Emilio Mattar. Trabalho publicado na integra nesta revista.

O presente trabalho não foi discutido, sendo elogiado pelo sr. presidente, que resaltou a clareza da exposição e os solidos conhecimentos do A. sobre o assumpto.

2.^a Sessão Extraordinaria realizada em 1 de Setembro de 1937.

Presidente: Mario Degni; secretario: Mario Lepolard Antunes.

Aberta a sessão o sr. presidente fallou do crescente interesse que o Departamento Scientifico estava merecendo dos alumnos da Faculdade de Medicina e esse facto se expressava pelo grande numero de candidatos aos differentes cargos do Departamento, nas proximas eleições.

Justificou em seguida a ausencia do Prof. Celestino Bourroul, convidado especial para a sessão.

Passando á ordem do dia, o sr. presidente dá a palavra ao primeiro inscripto.

1) **Assistencia á Maternidade e á Infancia e organização da lucta contra a Tuberculose na Italia** pelo Ac. José Finocchiaro.

Começa o A. a descrever a Obra Nacional da Maternidade e Infancia creada em 1927, com a finalidade de proteger e assistir ás mães, creanças, menores delinquentes, fazendo grande diffusão de principios sobre a hygiene pré-natal.

É dirigida por 13 membros e em cada provincia existe uma federação provincial assistida por 11 membros, nomeados pelo Estado e que trabalham gratuitamente.

Estendeu-se o orador em seguida sobre a organização dos serviços da Obra Nacional da Maternidade e Infancia.

Proseguindo o Ac. José Finocchiaro trata da organização da lucta contra a tuberculose na Italia, frizando que o assumpto se resolveu brilhantemente com o seguro obrigatorio contra a tuberculose de todos os cidadãos maiores de 21 annos.

Finalizando descreve o Instituto Forlanini de Roma e numerosos institutos identicos.

Foi esse trabalho muito apreciado pela casa, tendo comentado o mesmo o Ac. Generoso Concilio.

Proseguindo na ordem do dia, toma a palavra o Ddo. Mario Degni, após ter passado a presidencia ao Ac. Mario Lepolard Antunes.

2) Organização hospitalar e universitaria na Italia pelo Ddo. Mario Degni.

Extendeu-se o A. sobre a organização hospitalar na Italia, detendo-se especialmente nos serviços cirurgicos, salientando o uso preferido das incisões longas nos actos operatorios.

Resalta que o serviço dos medicos é facilitado pelo facto das enfermeiras passarem por um curso de 3 annos, onde aprendem noções basicas para a sua profissão.

Descreve em seguida varias instituições de Roma, Napoles, Florença, Milão, Padua e outras cidades.

Accentúa bem o facto dos Chefes de Clinica possuirem doentes dos dois sexos, facilitando assim o estudo.

O Ddo. Mario Degni passa em seguida a tratar da Organização Universitaria na Italia, salientando o alto espirito universitario existente.

Procede á descripção da cidade universitaria de Roma com minucias.

Termina o A. descrevendo o Instituto Biotypologico Orthogenetico de Pende, causando optima impressão aos presentes.

Retomando a presidencia o Ddo. Mario Degni dá por encerrada a sessão.

6.ª Sessão Ordinaria realizada no dia 16 de Setembro de 1937.

Presidente: Mario Degni; secretario: Mario Lepolard Antunes.

Compareceu á sessão, especialmente convidado para orientar os debates, o Prof. Alipio Corrêa Netto.

Abrindo a sessão o sr. presidente agradece a presença do Prof. e communica ter recebido um relatório sobre os resultados obtidos com o primeiro "Curso de Venereologia e educação sexual" e que punha o mesmo a disposição dos interessados.

Na "Sessão de Notas praticas" pede a palavra o Ac. Roberto Brandi que disserta sobre a vantagem do emprego da anatoxina tetanica, isolada e principalmente associada á anatoxina diphterica e vaccina T. A. B., na prophylaxia systematica do tetano.

A seguir pede a palavra o Ac. David Rosenberg que communica á casa o effeito de XL gottas de digitalina em uma mulher que entrou na 3., M.H. apresentando fibrillação e um deficit de 30, e que no dia seguinte apresentava-se bôa com 48 pulsações por minuto.

Da ordem do dia constaram os seguintes trabalhos:

1) **Tratamento da Tuberculose Cirurgica** pelo Ac. José Finocchiaro.

O A. focaliza os methodos de tratamento da tuberculose cirurgica fazendo comentarios a respeito de sua efficacia, meio de acção e porcentagem de cura.

Apresenta o methodo do Dr. Francisco Finocchiaro, que denomina iodoroentgentherapia, descrevendo seu methodo de applicação.

Para comprovar o principio de acção do methodo, que seria o desprendimento de raios secundarios por parte do iodo, sob a acção dos raios roentgen, cita e descreve experiencias de Ghilarducci, Conte, Rivera, Nadson e Stern e outros AA.

Finalizando apresenta a estatistica referente a 15 casos curados.

Commentando o trabalho fallaram os Acs. Massaki Udihara e Generoso Concilio.

Em seguida o Prof. Alipio Corrêa Netto fez longas considerações sobre o caso apresentado.

2) **Abcesso Pulmonar: considerações sobre um caso** pelos Acs. David Rosenberg e Generoso Concilio. Communicação integralmente publicada nesta revista.

Discutiram o trabalho apresentado os Acs. Octavio Lemmi e Roberto Brandi.

Em seguida o Prof. Alipio Corrêa Netto tece considerações bastante proveitosas e elogia longamente a sessão que acabara de assistir.

ESTATUTOS

DO DEPARTAMENTO SCIENTIFICO DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"

(Promulgado em 2 de Março de 1931)

FINS

Art. 1.º — Incentivar o interesse dos estudantes pelos assumptos medicos; familiarisa-los com o uso da tribuna scientifica; cultivar as suas faculdades intellectuaes.

MEIOS

Art. 2.º — Celebrará sessões em que sejam estudados assumptos relativos á Medicina e Sciencias affins.

Art. 3.º — Ventilará problemas medico-sociaes do momento, promovendo conferencias, reuniões ou quaesquer outros meios de divulgação.

Art. 4.º — Publicará, sob o titulo de "Revista de Medicina", um periodico, contendo na integra ou em resumo, os trabalhos apresentados em suas sessões e tambem, a collaboração de medicos e estudantes, quando solicitada.

ORGANIZAÇÃO E DIRECÇÃO

Art. 5.º — A administração será confiada a uma directoria composta de:

- a) 1 presidente;
- b) 1 secretario geral;
- c) 1 secretario.

Art. 6.º — O presidente será um 6.º annista; o secretario geral um 5.º annista. Não ha especificação para o secretario.

Art. 7.º — A directoria será eleita, annualmente, na 1.ª quinzena de Novembro, em Sessão do Departamento, convocada com 15 dias de antecedencia.

Art. 8.º — Em caso de vagas, ocorridas durante o anno social, será feita nova eleição, para preenchimento do cargo vago, em sessão convocada com 15 dias de antecedencia.

Art. 9.º — Ao presidente compete:

- a) convocar e presidir as sessões ordinarias e extraordinarias;
- b) convidar, para orientar os debates das sessões, um medico de reconhecida competencia;
- c) assignar as actas das sessões e todos os documentos do Departamento;
- d) designar, em casos de ausencia, quem substitua os membros da direcção da "Revista";
- e) exercer fiscalização sobre a materia a ser discutida, podendo exigir a entrega dos trabalhos, com antecedencia, para o parecer de um especialista;
- f) exercer o cargo de director da "Revista de Medicina";
- g) apresentar relatorio de sua gestão, em que apreciará, tambem, o estado social, propondo medidas que julgar necessarias ao desenvolvimento do Departamento.

Art. 10 — Ao secretario geral compete:

- a) ter a seu cargo o archivo do Departamento;
- b) desenvolver a permuta e distribuição da "Revista de Medicina";
- c) substituir o presidente na sua ausencia ou impedimento;
- d) archivar as actas das sessões;
- e) exercer o cargo de redactor-chefe da "Revista", organizando com o presidente os seus numeros.

Art. 11 — Ao secretario compete:

- a) encarregar-se do expediente das sessões do Departamento;
- b) redigir do proprio punho em livro proprio as actas das sessões, e lel-as na sessão seguinte;
- c) substituir, em seu impedimento, o secretario geral e auxiliar-o quando necessario;
- d) assignar, com o presidente e o secretario-geral, as actas das sessões.

DOS SOCIOS

Art. 12 — Todos os alumnos da Faculdade de Medicina de S. Paulo são considerados socios do Departamento Scientifico. Paulo são considerados socios do Departamento Scientifico.

Art. 13 — Os estudantes de medicina de outras Faculdades poderão tomar parte nas sessões e apresentar trabalhos na qualidade de convidados.

SESSÕES

Art. 14 — Os trabalhos serão dirigidos por uma meza constituida pelo presidente, pelo medico convidado e pelo secretario.

Art. 15 — Na falta do presidente, a sessão será presidida pelo secretario geral e, na falta deste, pelo secretario.

Art. 16 — Na ausencia dos secretarios o presidente convidará para substituil-o qualquer dos socios presentes.

Art. 17 — As sessões ordinarias realizar-se-hão mensalmente.

Art. 18 — O presidente poderá convocar sessões extraordinarias se assim o exigirem os trabalhos sociaes.

Art. 19 — As sessões ordinarias e extraordinarias serão publicas.

Art. 20 — As sessões só serão suspensas por justo e excepcional motivo, a juizo do presidente do Departamento.

Art. 21 — O orador terá o tempo maximo e improrogavel de 30 minutos para a exposiçào de seu trabalho.

Art. 22 — Os socios que discutirem a materia não poderão ultrapassar de 5 minutos nas suas considerações.

Art. 23 — Na discussào dos trabalhos apresentados, o orador responderá por ultimo a todas as objecções, tendo, para isso, 10 minutos no maximo.

Art. 24 — Os mezes de Janeiro e Fevereiro são considerados de férias, mantendo-se fechada durante elles, a séde do Departamento.

Art. 25 — A abertura dar-se-á na segunda quinzena do mez de Março, com uma sessão inaugural de cuja ordem do dia consarão:

- a) apresentação do relatorio do presidente, cujo mandato se extingue;
- b) distribuiçào de premios;
- c) posse da directoria eleita para o anno social inaugurado.

PREMIOS

Art. 26 — O Departamento poderá pôr em concurso, entre estudantes da Faculdade de Medicina de S. Paulo, certo numero de questões, conferindo premios a juizo de uma commissão julgadora.

Art. 27 — Poderá, tambem, conferir premios instituidos por pessoas ou corporações extranhas sob clausulas impostas ou acceptas pelo Departamento.

Art. 28 — Os premios serão custeados pelo Centro, nas condições do artigo 26.

Art. 29 — Haverá um livro especial para o registro dos premios conferidos.

REVISTA DE MEDICINA

Art. 30 — O Departamento terá a seu cargo a publicação da "Revista de Medicina" que se constituirá, de preferencia, de trabalhos de estudantes.

Art. 31 — A Revista publicará, ainda, a resenha de todos os trabalhos apresentados nas sessões do Departamento e bem assim um artigo de um medico de notoria competencia sobre questão de sua especialidade, que seja de interesse geral.

Art. 32 — A direcção da "Revista de Medicina" será constituida por um director, um redactor-chefe e um redactor.

Art. 33 — O director e o redactor-chefe serão, respectivamente, o presidente e o secretario geral do Departamento. O redactor será nomeado pelo presidente do Departamento.

Art. 34 — A direcção da "Revista" resolverá, de accordo com a Directoria do Centro "Oswaldo Cruz", quantos numeros se publicarão sob sua gestão.

Art. 35 — Fica abolida a seriação da "Revista de Medicina" por anno, usando-se, de ora em diante, o criterio de volume; o volume se constituirá dos numeros publicados no periodo de 1.º de Janeiro a 31 de Dezembro de cada anno. Os numeros publicados no decorrer de 1931 constituirão o "volume XV" da "Revista de Medicina".

Art. 36 — A Revista de Medicina publicará, no ultimo numero de cada anno, o indice geral do volume respectivo, segundo o criterio adoptado no N.º 55 do vol. XV. A partir desse, os volumes da Revista de Medicina, multiplos de 5, deverão trazer um indice geral, abrangendo os 5 volumes anteriores.

Art. 37 — No que concerne ao formato de seus numeros, ao corpo typographico, ao tamanho da composição, aos dizeres,

cliches e cores das suas 4 capas e bem assim da 1.^a pagina, a "Revista de Medicina" adopta, como padrão invariavel, o numero 55 de sua colleção, do qual se conservará, annexo aos presentes Estatutos, um exemplar encadernado e devidamente rubricado pelo actual presidente do Departamento.

Art. 38 — A partir do Vol. XV, se conservarão, na séde do Centro Academico "Oswaldo Cruz", devidamente encadernados, esse e os volumes seguintes da "Revista".

DISPOSIÇÕES TRANSITORIAS

Art. 39 — Emquanto perdurar o entendimento precario, estabelecido por tempo indeterminado entre a presidente do Departamento e a Direcção da Faculdade de Medicina, a distribuição e archivo da "Revista de Medicina" fica a cargo da Bibliotheca da Faculdade.

Art. 40 — A reforma dos presentes estatutos, em qualquer de seus artigos, exige approvação da Assembléa Geral do Centro Academico "Oswaldo Cruz".

INDICE GERAL

DOS

VOLUMES XVI A XIX

INDICE GERAL DOS VOLUMES XVI A XIX

1932 a 1937

N.ºs 56 a 63

Aidar (Salim). Adenopathia tracheo-bronchica (*) 1933, n. 58, p. 48.

Almeida (Hugo Ribeiro de) e **Amaral** (Claudino). Carcinoma da da columna vertebral (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 88.

Almeida (Marcelo) e **Aranha** (E. de Souza). Nephropexia a Von Lichtemberg. (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 64.

Amaral (Claudino) e **Almeida** (Hugo Ribeiro de). Carcinoma da columna vertebral (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 88.

Ameba.

Abcesso amebiano do fígado aberto no pulmão. Sobrę um caso de —; (*) v. Fanganiello e Tranchesi.

Amorim (João) Conceito anatomico, clinico e therapeutico das amygdalas (*), 1937, n. 62, p. 35.

Amputações: considerações geraes; physiopathologia da dôr no côto de amputação (*) v. Degni e Nasser.

Amydalas. Conceito anatomico, clinico e therapeutico das —; (*) v. Amorim.

Aneurysma.

Diagnostic topographico clinico dos aneurysmas aorticos (*), 22 fig., v. Prado.

Um caso de aneurysma cirsoide da mão (*) 1 fig., v. Rodrigues.

Considerações clinicas sobre dois casos de aneurysma da aorta abdominal (*) 7 fig., v. Bechelli e Tisi.

Aneurysma da aorta abdominal (res. com. Dep. Sc.), v. D'Alambert.

Angina monocytica. Dois casos de —; (res. com. Dep. Sc.), v. Toledo.

Anomalia.

Um caso de "situs viscerum inversus totalis" (res. com Dep. Sc.), v. Gomes e Bertacchi.

Antunes (Mario L.). Chronica da Rev. de Med., 1937, n. 63. p. 49.

Aquino Filho (F. Prudente de). Insufficiencia respiratoria de origem nasal (res. com. Dep. Sc.), 1936, n. 61, p. 87.

Principaes abreviações: (*) artigo original; an. — analyse; conf. — conferencia; res. com. Dep. Sc. — resumo comunicação Departamento Scientifico.

- Aranha** (E. de Souza) e Almeida (Marcello). Nephropexia a Von Lichtemberg (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 64.
- Arantes** (Francisco Ribeiro). Carcinoma Bronchico (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 87.
- Asthenia** neuro-circulatoria (*) 2 fig., v. Lotufo e Ramos Jr.
- Baço.**
Um caso de lues do baço (*) 1 fig., v. Placco.
Technica da splenectomia nas rupturas do baço (res. com. Dep. Sc.), v. Zerbini.
- Baptista** (Luiz). Cons. em torno do diag. de 2 casos de doença de Nicolas-Favre (*) 4 fig., 1933, n. 58, p. 18.
- Barmak** (Moysés). Abscesso putrido do pulmão (res. com. Dep. Sc.), 1936, n. 61, p. 90.
Pressão arterial média (*) 3 fig., 1932, n. 57, p. 175.
- Bastos** (Fernando de Oliveira). Um caso de nephrose lipoide (*) 1 graph. n. 56, p. 34.
- Batalha** (Edmundo) e Marques (Ruy de Azevedo). Um caso de exophtalmo pulsatil verdadeiro (*) 6 fig., 1935, n. 60, p. 3.
- Bastos** (Aldemar). Considerações sobre um caso de sarcoma osteoblastico da extremidade superior da tibia (*) 10 fig., 1933, n. 58, p. 34.
- Bastos** (Carlos de Oliveira):
Considerações sobre um caso de carcinoma estenosante do piloro (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 56, p. 67.
Carcinoma bronchico (*) 3 fig., 1932, n. 56, p. 22.
Exploração do chimismo gastrico pela prova fraccionada de Katsch (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 57, p. 206.
- Bechelli** (Luiz Marino). Proteino-therapia em um caso de Wassermann positivo irreductivel (*), 1932, n. 56, p. 46.
— e Tisi (Octavio). Considerações sobre dois casos de aneurysma da aorta abdominal (*), 7 fig., 1933, n. 58, p. 56.
- Bernheim** (Syndrome de). Estudo anatomo-physiologico (*) 5 fig., v. Pimenta.
- Bertacchi** (Sylvio):
Um caso de syndrome infundibulo-tuberiano luetico (*), 4 fig., 1934, n. 59, p. 13.
— e Gomes (Cassio Portugal). Um caso de "situs viscerum inversus totalis" (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 88.
- Botelho** (Gabriel) e Vasconcelos (Edmundo). Megaesophago experimental (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 92.
- Borba**. Retrato, 1932, n. 57, p. 204.
- Brandi** (Roberto). Considerações sobre um caso de syphilis gastrica (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 62, p. 46.
- Bronchiectasias** e seu diagnostico (res. com. Dep. Sc.), v. Ramos Jr.
- Carcinoma:**
Considerações sobre um caso de carcinoma estenosante do piloro (res. com. Dep. Sc.), v. Bastos.
Carcinoma bronchico (*) 3 fig., v. Bastos.
Carcinoma da columna vertebral (res. com. Dep. Sc.), v. Amaral e Almeida.
Carcinoma bronchico (res. com. Dep. Sc.), v. Arantes.
Cancer do esophago (*) 2 fig., v. Dutra.
Inst. de Med. Exp. para o estudo e trat. do Cancer da Univ. de B. Ayres (*) 5 fig., v. Dutra.
Carcinoma da ampola de Vater (res. com. Dep. Sc.), v. Moraes.
- Cassiano** (Domingos Hermes). Embolia septica localizada na arteria poplitêa (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 57, p. 207.
- Catatonias** clinica. Considerações sobre a syndrome catatonica (*) 4 fig., v. Vale.
- Centro Acad. "Oswaldo Cruz":**
Depart. Scientifico.

- Caravanas** — 1934, n. 59, p. 94; 1936, n. 61, p. 91.
- Estatutos** — 1937, n. 63 p. 169.
- Noticiario** — 1932, n. 56, p. 66; 1932, n. 57, p. 206; 1933, n. 58, p. 75; 1934, n. 59, p. 87; 1935, n. 60, p. 58; 1936, n. 61, p. 87; 1937, n. 62, p. 43; 1937, n. 63. p. 165.
- Chammas** (Fuad) e Kencis (Luiz) Considerações em torno de um caso de Mal de Roger (*) 1937, n. 62, p. 27.
- Chiaverini** (Reynaldo) Reticulo — endothelioma do rim (*) 4 fig. 1935, n. 60, p. 37.
- Chimica e a musica**, Analogias entre a —; (res. com. Dep. Sc.), v. Lentino.
- Collazo** (A.) Marañon (G.) e Jimena (J.). O tratamento do mal de Addison pelo sal commum (an.) 1935, n. 60, p. 51.
- Concillo** (Generoso) e Rosenberg (David). Abcesso pulmonar: considerações sobre um caso (*) 3 fig., 1937, n. 63. pag. 133.
- Conferencias:**
v. Pupo, Ribeiro.
- Coração:**
Sobre um caso de provavel permanencia do canal arterial (*) 6 fig., v. Toledo.
Sobre um caso de anarchia ventricular (*) 10 fig., v. Santos.
Variação tonal e de timbre do sopro diastolico num caso de insuficiencia aortica (res. com. Dep. Sc.) v. Pimenta.
Sobre um caso de pancardite (res. com. Dep. Sc.), v. Dias e Marques.
Disturbios hemodynamicos nos vicios valvulares do coração (*) 3 graph., v. Ramos.
Coração e obesidade (*) 5 fig., v. Tranchesi e Corêa.
Considerações em torno de um caso de Mal de Roger (*) v. Chammas e Kencis.
Insuficiencia aortica traumática (*) v. Cordeiro.
- Cordeiro** (Armando K.). Insuficiencia aortica traumatica (*) 1937, n. 63, p. 145.
- Corrêa** (Ignacio L. Alves) e Tranchesi (B.) Coração e obesidade (*) 5 fig., 1936, n. 61, p. 66.
- Creevy** (C. D.) Manifestações clinicas confusas de neoplasmas renaes malignos (an.) 1935, n. 60, p. 56.
- Criança**, A. — e o crime (conf.), v. Ribeiro.
- Cysticercose** sub-cutanea e cerebral (res. com. Dep. Sc.), v. Freire.
- D'Alambert** (José Penha G.) Aneurysma da aorta abdominal (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 62, p. 46.
- Debilidade mental**, syndrome melancholico e pseudo-espasmo de torsão (res. com. Dep. Sc.), v. Vale.
- Degni** (Mario) Organização Hospitalar e Universitaria na Italia (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 63, p. 167.
— e Nasser (Americo) Amputações: considerações geraes; physiopathologia da dôr no coto de amputação (*) 1937, n. 62, p. 15.
- Delascio** (Domingos) e Neme (Feres). Utero gravido encarcerado (res. com. Dep. Sc.), 1936, n. 61, p. 88.
- Dias** (Jairo C.) e Marques (Ruy de Azevedo). Sobre um caso de Pancardite (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 91.
- Drenagem** abdominal (*) 7 fig., v. Nazareth.
- Dutra** (Licinio H.):
Chronica da Red. da Rev. de Med., 1936, n. 61, p. 3.
Cancer do esophago (*) 2 fig., 1936, n. 61, p. 32.
Inst. de Med. Exp. para o estudo e trat. do Cancer da Univ. de B. Ayres (*) 5 fig., 1936, n. 61, p. 78.
- Embolia** septica localizada na arteria poplitea (res. com. Dep. Sc.), v. Cassiano.

- Empyema typhico.** Um caso operado e curado (res. com. Dep. Sc.), v. Finocchiaro.
- Epilepsias,** Considerações sobre as — com apresentação de um caso (res. com. Dep. Sc.), v. Frugoli.
- Estomago:**
- Exploração do chimismo gástrico pela prova fraccionada de Katsch (res. com. Dep. Sc.), v. Bastos.
- Considerações sobre um caso de syphilis gastrica (res. com. Dep. Sc.), v. Brandi.
- Exophthlmo pulsatil** verdadeiro. Um caso de —; (*) 6 fig., v. Marques e Batalha.
- Fanganiello** (Felippe) e Tranchesi (B.).
- Sobre um caso de abcesso amebiano do fígado aberto no pulmão (*) 3 fig., 1935, n. 60, p. 43.
- Sobre um caso de tumor do mediastino (*) 8 fig., 1936, n. 61, p. 49.
- Fantus.** Tratamento das queimaduras (an.) 1935, n. 60, p. 53.
- Favero** (Flaminio). Necrologio do Prof. Guilherme Millward, 1932, n. 57, p. 201.
- Finocchiaro** (José):
- Empyema typhico. Um caso operado e curado (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 62, p. 45.
- Assistencia á maternidade e á infancia e organização da lucta contra a tuberculose na Italia (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 63, p. 166.
- Tratamento da tuberculose cirurgica (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 63, p. 168.
- Freire** (Geraldo de Campos). Cysticercose sub-cutanea e cerebral (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 61.
- Froelich,** Estudo comparativo da syndrome de — e acromegalia, em dois casos de tumor da hypophyse (res. com. Dep. Sc.). v. Bechelli.
- Frugoli** (Euclides). Considerações sobre as epilepsias com apresentação de um caso (res. com. Dep. Sc.), 1937, n. 63, p. 165.
- Gomes** (Cassio Portugal) e Bertacchi (Sylvio). Um caso de "situs viscerum inversus totalis" (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 88.
- Grieco** (João). Sobre um caso de Mal de Werlhof (*) 1932, n. 57, p. 189.
- Hereditariedade:**
- Theoria algebraica do "Crossing-over". Calculo exacto de sua probabilidade (*) 2 graph. v. Pawel.
- Insufficiencia** respiratoria de origem nasal (res. com. Dep. Sc.) v. Aquino Filho.
- Intestino:**
- Diverticulos do grosso intestino. Considerações em torno de tres casos (res. com. Dep. Sc.), v. Toledo.
- Um caso de peritonite encystada por ulcera duodenal perforada (*) v. Lauro Jr.
- Jimena** (J.) Marañon, (G.) e Colazo (A.). O tratamento do mal de Addison pelo sal commum (an.) 1935, n. 60, p. 51.
- Kencis** (Luiz) e Chammas (Fuad) Considerações em torno de Mal de Roger (*) 1936, n. 62, p. 27.
- Lange** (Oswaldo) O Liquido cephalo-rachidiano nas affecções do systema nervoso (*) 1933, n. 58, p. 3.
- Lauro Jr.** (Cyro de) Um caso de peritonite encystada por ulcera duodenal perforada (*) 1937, n. 62, p. 5.
- Lentino** (Paulo). Analogias entre a chimica e a musica (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 62.
- Liquido cephalo rachidiano** nas affecções do systema nervoso (*) v. Lange.
- Lotufo** (Mario V.) e Ramos Jr. (José). Asthenia neuro-circulatoria (*) 2 fig., 1936, n. 61, p. 23.

- Lymphogranulomatose inguinal.** Considerações sobre sete casos de — e sua therapeutica pelo antimonio (*) 1 fig., v. Toledo.
- Mal de Addison.** O tratamento do — pelo sal commum (an.) v. Marañon, Collazo e Jimena.
- Mal de Werlhof.** Sobre um caso de —; (*) v. Grieco.
- Marañon (G.) Collazo (A.) e Jimena (J.).** O tratamento do mal de Addison pelo sal commum (an.) 1935, n. 60, p. 51.
- Marques (Ruy de Azevedo) e Batalha (Edmundo).** Um caso de exophtalmo pulsatil verdadeiro (*) 6 fig., 1935, n. 60, p. 3.
- e Dias (Jairo C.). Sobre um caso de Pancardite (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 91.
- e Pontes (Fernando Bomfim). Um caso de sacro polycystico (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 64.
- Mattar (Emilio).** Signaes pseudo cavitaris nos derrames parciais e totaes (*) 2 fig., 1937, n. 63, p. 125.
- Megasophago experimental** (res. com. Dep. Sc.) v. Botelho e Vasconcelos.
- Memoria e seus disturbios, Da** (*) v. Pacheco e Silva.
- Methodização cirurgica** (*) 26 fig. v. Vasconcellos.
- Millward (Guilherme).** Retrato, 1932, n. 57, p. 203.
- Moraes (C. Vieira de)**
Radiokymographia do coração (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 90.
- Carcinoma da ampola de Vater (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 91.
- Myopathia progressiva, typo Erb.** Considerações geraes sobre as myopathias primitivas. (*) 1 fig. v. Rodrigues.
- Nasser (Americo) e Degni (Mario)** Amputações: considerações geraes; physiopathologia da dor no coto de amputação (*) 1937, n. 62, p. 15.
- Nazareth (Orlando de Souza)** Drenagem abdominal (*) 7 fig., 1937, n. 63, p. 99.
- Necrologio — Prof. Guilherme Millward — v. Favero.**
- Neme (Feres) e Delascio (Dominigos).** Utero gravido encarcerado (res. com. Dep. Sc.), 1936, n. 61, p. 88.
- Neoplasmas renaes malignos.** Manifestações clinicas confusas de — (an.) v. Creevy.
- Nephrite.** Sobre um caso de glomerulo-nephrite lipoidophyllica (*) 1 fig. v. Ramos Jr.
- Nephropexia a Von Lichtemberg** (res. com. Dep. Sc.), v. Aranha e Almeida.
- Nephrose lipoide,** Um caso de — (*) 1 graph. v. Bastos.
- Nicolas-Favre,** Considerações em torno de diagnostico de dois casos de doença de — (*) 4 fig. v. Baptista.
- Nobre (Mathias Octavio Roxo).** Um caso de rim em ferradura (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 57, p. 208.
- Obstetricia,** Utero gravido encarcerado (res. com. Dep. Sc.), v. Delascio e Neme.
- Oriente (Luiz)** Considerações sobre um caso de tuberculose pulmonar incipiente tratado pela vaccina A-O (*) 1937, n. 63, p. 161.
- Pacheco (Augusto A. Motta)** Considerações em torno de uma familia de hemophylicos (*) 4 fig., 1934, n. 59, p. 35.
- Pacheco e Silva (A. C.).** Da memoria e seus disturbios (*) 1936, n. 61, p. 5.
- Paula Souza (G. de)** Chronica da Rev. de Med., 1932, n. 56, p. 1.
- Pawel (Martinus)** Theoria algebrica do "Crossing-over". Calculo exacto de sua probabilidade (*) 2 graph. 1934, n. 59, p. 3.
- Peritonite encystada por ulcera duodenal perfurada.** Um caso
- Pimenta (Aloysio Mattos)**
Variação tonal e de timbre do sopro diastolico num caso de

- insufficiencia aortica (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 90.
- Syndrome de Bernheim. Estudo anatomo-physiologico (*) 5 fig. 1935, n. 60, p. 17.
- Placco** (Roberto). Um caso de lues do baço (*) 1 fig. 1934, n. 59, p. 61.
- Pontes** (Fernando Bomfim) e **Marques** (Ruy de Azevedo). Um caso de sacro polycistico (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 64.
- Ponto-cerebellar**, Syndrome do angulo — (res. com. Dep. Sc.), v. Vale.
- Prado** (A. de Almeida). Diagnostico topographico clinico dos aneurysmas aorticos (*) 22 fig., 1932, n. 57, p. 75.
- Pressão arterial média** (*) 3 fig., v. Bastos.
- Prova de Katsch**. A exploração do chimismo gastrico pela — (res. com. Dep. Sc.), v. Bastos.
- Pulmão**
- Adenopathia tracheo-bronchica (*) v. Aidar.
- Sobre o diagnostico auscultatorio das cavidades pathologicas do vertice pulmonar (*) 5 fig., v. Tisi.
- Sobre um caso de abcesso amebiano do figado aberto no pulmão (*) v. Fanganiello e Tranchesi.
- Abcesso putrido do pulmão (res. com. Dep. Sc.) v. Barmak.
- Signaes pseudo-cavitarios nos derrames parciais e totaes (*) 2 fig., v. Mattar.
- Abcesso pulmonar: considerações sobre um caso (*) 3 fig., v. Rosenberg e Concilio.
- Considerações sobre um caso de tuberculose pulmonar incipiente tratado pela vaccina A-O (*) v. Oriente.
- Pupo** (Aguiar). A syphilis e seus aspectos medico sociaes (conf.) 1932, n. 56, p. 3.
- Queimaduras**. Tratamento das — (an.) v. Fântus.
- Radiokymographia** do coração (res. com. Dep. Sc.), v. Moraes.
- Ramos** (Jairo). Disturbios hemodynamicos nos vicios valvulares do coração (*) 3 graph. 1936, n. 61, p. 15.
- Ramos Jr.** (José):
- Sobre um caso de glomerulo nephrite lipoidophylica (*) 1 fig., 1935, n. 60, p. 29.
- Relato sobre os serviços clinicos de B. Ayres (res. com. Dep. Sc.), 1936, n. 61, p. 89.
- Bronchiectasias e seu diagnostico (res. com. Dep. Sc.), 1936, n. 61, p. 90.
- e Lotufo (Mario V.). Asthenia neuro-circulatoria (*) 2 fig., 1936, n. 61, p. 23.
- Reticulo endothelioma** do rim (*) 4 fig., v. Chiaverini.
- Retrato**. G. Millward e Borba.
- Ribeiro** (Leonidio). A criança e o crime (conf.) 1937, n. 63, p. 51.
- Rim**
- Um caso de rim em ferradura (res. com. Dep. Sc.), v. Nobre.
- Reticulo-endothelioma do rim (*) 4 fig., v. Chiaverini.
- Manifestações clinicas confusas de neoplasmas renaes malignos (an.) v. Creevy.
- Rodrigues** (Jayme):
- Um caso de myopathia primitiva progressiva do typo Erb. Considerações geraes sobre as myopathias primitivas (*) 1 fig., 1932, n. 57, p. 181.
- Um caso de aneurysma cisoide da mão (*) 1 fig., 1933, n. 58, p. 11.
- Rosenberg** (David) e **Concilio** (Generoso). Abcesso pulmonar: considerações sobre um caso (*) 3 fig. 1937, n. 63, p. 133.
- Ruggiero** (João) Syphiloma da conjunctiva (*) 2 fig. 1937, n. 63, p. 119.
- Sacro polycistico**. Um caso de — (res. com. Dep. Sc.), v. Marques e Pontes.
- Sangue**:
- Considerações em torno de uma familia de hemophylicos (*) 4 fig., v. Pacheco.

- Santos** (Aldemar Barros dos). Sobre um caso de anarchia ventricular (*) 10 fig., 1932, n. 57, p. 149.
- Sarcoma** osteoblastico. Considerações sobre um caso de — da extremidade superior da tibia (*) 10 fig., v. Bastos.
- Semiotica:**
Sobre o diagnostico auscultatorio das cavidades pathologicas do vertice pulmonar (*) 5 fig., v. Tisi.
- Signaes pseudo cavitarios nos derrames parciais e totaes (*) 2 fig. v. Mattar.
- Splenectomia** nas rupturas do baço, technica (res. com. Dep. Sc.), v. Zerbini.
- Syphilis:**
A syphilis e seus aspectos medico-sociaes (conf), v. Pupo.
- Proteinotherapia em um caso de Wassermann positivo irreductivel (*) v. Bechelli.
- Um caso de syndrome infundibulo tuberiano luetico (*) 4 fig., v. Bertacchi.
- Um caso de lues do baço (*) 1 fig., v. Placco.
- Considerações sobre um caso de syphilis gastrica (res. com. Dep. Sc.), v. Brandi.
- Syphiloma da conjunctiva (*) 2 fig., v. Ruggiero.
- Tisi** (Octavio). Sobre o diagnostico auscultatorio das cavidades pathologicas do vertice pulmonar (*) 5 fig., 1934, n. 59, p. 73.
- e Bechelli (Luiz). Considerações clinicas sobre dois casos de aneurysma da aorta abdominal (*) 7 fig., 1933, n. 58, p. 56.
- Toledo** (Diderot Pompeu de). Tyreodite toxica (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 62.
- Toledo** (Paulo J. de Almeida):
Considerações sobre sete casos de lymphogranulomatose inguinal e sua therapeutica pelo antimonio (*) 1 fig., 1932, n. 56, p. 57.
- Sobre um caso de provavel permanencia do canal arterial (*) 6 fig., 1932, n. 56, p. 9.
- Dois casos de angina monocitica (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 56, p. 70.
- Diverticulos do grosso intestino: considerações sobre tres casos observados (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 57, p. 208.
- Tranchesi** (Bernardino) e Fanganiello (Felippe):
Sobre um caso de abcesso amebiano do figado aberto no pulmão (*) 3 fig., 1935, n. 60, p. 43.
- Sobre um caso de tumor do mediastino (*) 8 fig., 1936, n. 61, p. 49.
- e Corrêa (Ignacio L. Alves). Coração e obsessidade (*) 5 fig., 1936, n. 61, p. 66.
- Trench** (Nairo) — Luto — 1932, n. 57, p. 205.
- Tuberculose** cirurgica. Tratamento da — (res. com. Dep. Sc.), v. Finocchiaro.
- Tumor do mediastino.** Sobre um caso de — (*) 8 fig., v. Tranchesi e Fanganiello.
- Tyreodite** toxica (res. com. Dep. Sc.), v. Toledo.
- Utero** gravido encarcerado (res. com. Dep. Sc.), v. Delascio e Neme.
- Vasconcellos** (Edmundo) Methodização cirurgica (*) 26 fig., 1937, n. 63 p. 63.
- e Botelho (Gabriel). Megaesophago experimental (res. com. Dep. Sc.), 1934, n. 59, p. 92.
- Vale** (José Ribeiro do):
Debilidade mental, syndrome melancholico e pseudo espasmo de torsão (res. com. Dep. Sc.), 1932, n. 56, p. 67.
- Considerações sobre o syndrome catatonico. Catatonica clinica (*) 4 fig., 1932, n. 57, p. 138.
- Syndrome do angulo ponto-cerebellar (res. com. Dep. Sc.) 1932, n. 57, p. 206.
- Werlhof**, Sobre um caso de molestia de — (*) v. Grieco.
- Zerbini** (E. de Jesus). Technica da splenectomia nas rupturas do baço (res. com. Dep. Sc.), 1935, n. 60, p. 64.

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).