

SINTESE BIBLIOGRAFICA

CHOQUE TRAUMÁTICO

OBSERVAÇÕES SOBRE A PATOLOGIA DO CHOQUE TRAUMÁTICO EXPERIMENTAL — DUMPHY, J. EUGLEBERT — GIBSON, JOHN G. KEELEY, JOHN, I. — Surgery, Gynecology and Obstetric — Volume 72 Numero 5. Maio 1941.

Inicia o artigo considerando como carater essencial do choque, a disparidade entre a massa sanguínea circulante e a capacidade vascular. Conclue que essa disparidade é devida a diminuição da massa sanguínea circulante, devido a sua saída dos vasos e penetração nos tecidos. Salvo nos casos de hemorragia, ha discordância em relação a sede da perda do sangue. Alguns investigadores localizam essa área como sendo a mesma que o traumatismo e outros consideram um traumatismo capilar generalizado, havendo perda de fluido em todo corpo, principalmente na área esplancnica.

O presente estudo tenta lançar luz sobre essa questão.

Os defensores do traumatismo capilar generalizado são MOON e seus colaboradores que acharam sempre, qualquer que fosse a causa do choque "forte congestão difusa dos capilares e venulas nas áreas viscerais, especialmente pulmões, fígado, etc."

Todavia não provou a relação causal, poderia isso ser um efeito secundário do choque. A teoria oposta é de BLALOCK, que admite a perda de fluido na sede do traumatismo.

Técnica experimental — Cães de 20 Kgs., chocados por queimaduras (1/3) ou martelados na coxa esquerda. Anestesia pelo pento-barbitol sódico 0,032 por Kg. de peso. Esplenectomia salvo em 3. Exame do pulso, pressão sanguínea, volume plasmático e sanguíneo em vários intervalos. Morte dos animais em vários tempos.

Pressão, volume plasmático e sanguíneo, pulso, são idênticos em todos os casos.

Patologia do choque logo após a sua produção — Autopsia revela grande perda de plasma na sede do traumatismo e quasi nenhuma ao nível das visceras. Issò macro e microscopicamente. Salvo o rim, apresenta capilares glomerulares hiperemiados — explicação da hematuria.

O volume liquido ao nível do traumatismo correspondia ao da perda sanguínea.

Conclue-se que no primeiro estadio do choque, a diminuição do colume sanguíneo é devida ao extravasamento ao nível do traumatismo.

Patologia do choque tardiamente — 6 a 12 horas e mesmo até a morte atingí-los. Aspecto patológico diferente. Congestão, hemorragias e ulcerações ao nível do pulmão, fígado, etc., mas nunca chegando ao aspecto descrito por MOON.

(*) Resumos cedidos gentilmente pela 3.^a C. H. (Serviço do Prof. Alipio Corrêa Netto).

Ação do penta-barbitol sódico — Não tem ação nociva pelo uso de testemunhos e pelo aspecto das autópsias no choque precoce. Exclue sua ação no quadro patológico.

Finaliza dizendo que o choque é a consequência duma variedade de processos fisiológicos e patológicos, onde a diminuição da massa sanguínea é constante.

Compara os vários tipos de choque-envenenamento, anafilático, hemorrágico e traumático, concluindo que o quadro patológico final é idêntico.

Admite que no choque hemorrágico há lesão capilar, por vaso-constricção permanente (BLALOCK), identifica choque hemorrágico com traumático e conclue que si as perturbações capilares no choque traumático fossem consequência da isquemia, a manutenção da pressão, digo volume sanguíneo, impedirá seu aparecimento.

Já iniciou experiências, podendo adiantar que a administração de plasma é o ideal. Publicará em número posterior o resultado.

Conclusão — No início há diminuição do volume sanguíneo por extravasamento ao nível do traumatismo. Posteriormente há lesão capilar com extravasamento sanguíneo para as visceras, mas esse deve ser considerado secundário.

OSSOS — FRATURAS

THE MEDICAL MANAGEMENT OF FRACTURES — NELSON C. FE. R. S. — J. A. M. A. — 116:3:181-189: Jan. 1941.

Ainda não foi cientificamente explicada a causa da falta ou retardamento de consolidação óssea.

Os A.A. trataram cerca de 1000 casos de fraturas havendo consolidação de todas elas.

Os fatores que governam o metabolismo osseo são os seguintes:

- 1) Teor do calcio e fosforo sanguíneo.
- 2) A proporção entre calcio e fosforo do soro.
- 3) Atividade da glandula paratiroide.
- 4) Teor da vitamina D.

Segundo a experiência dos AA. o teor ótimo para consolidação óssea é de 10,5 a 12 mmgr. % de calcio e 3,5 a 4 mil. % de fosforo.

Quando baixa o teor calcico a causa deve ser pesquisada ou numa diminuição da tomada de calcio ou perturbação da paratiroide ou aumento de fosforo sanguíneo. Os AA. nestes casos administram 4,0 de gluconato de Ca, 1 litro de leite. Quando há aumento do fosforo diminuem os alimentos que o contem. Dar 1 cc. de paratormone cada 3 dias até o calcio atingir 12 mil. %, depois 1 cc. cada 7 dias.

Quando baixa o teor do fosforo, dar alimentos que o contem (figado, ovos, peixe, vegetais verdes, queijo, cereais). Dar diariamente 3.000 unidades de vitamina D. Si o teor calcico for bom não é necessário dar calcio. Esta terapêutica deve ser usada até atingir a proporção de calcio e fosforo 3:1.

Nos seus casos encontraram 85% dos pacientes com um teor calcico inferior ao ótimo e 25% com o teor de fosforo abaixo do nível ótimo.

O uso de paratormone e vitamina D sem o conhecimento do teor calcico e fosforeo é prejudicial.

ANESTESIA

PERIDURAL ANESTHESIA: A CONSIDERATION OF 1.000 CASES

— J. R. HARGER, E. A. CHRISTOFFERSON e A. J. STOKES — American Journal of Surgery 52(1); 24-31, Abril, 1941.

Os autores fazem um estudo detalhado sobre a anestesia peridural, usada mais ou menos com modo como se faz neste Serviço. Ha a notar: A injeção do anestésico é feita com o paciente em decúbito lateral e não é dado valor às mudanças de posição depois da injeção (TRENDELENBURG). Local da punção: fazem entre L2 e L4 quando intervem na pelve, perineo ou membros inferiores; entre D9 — L1 quando no abdomen superior; à altura de D6 quando intervem no torax. Não se servem do sinal de Gota. Injetam 45 a 50 cc. de Novocaina a 2% no inicio acrescentavam adrenalina, mas ultimamente aboliram-na completamente porque ela aumentava muito a excitabilidade do doente (hiper-adrenalismo). Usam-na, porém, nos casos de grande lipotimia ou quaisquer acidentes. Na maioria dos casos, a anestesia extendia-se aos joelhos, outros da clavícula aos pés.

Em 75% dos 1.000 casos, as alterações de pressão arterial foram sem importância; em 25% houve queda da pressão, sendo que desses, em 10% foi preciso administrar adrenalina e em 1% foi shock severo.

Acidentes: em 6 casos a pressão caiu a um ponto em que não podia ser lida, mas o coração continuava com 50-60 batimentos; havia apnéia. Com adrenalina e respiração artificial, todos voltaram depois de 5 a 15 minutos.

Em dois casos foi preciso interromper a operação: um por "idiosincrasia pela droga e outro por shock.

Em 3 casos, a injeção dos primeiros 5 cc. foi no espaço intradural: as operações se realizaram só com essa qualidade, normalmente. Não tiveram nenhum acidente anestésico mortal.

Consideram-na como ótima anestesia. Notam que às vezes é preciso esperar mais que 5 minutos para poder intervir satisfatoriamente. Contra-indicam-na nas septicemias, toxemias prolongadas, estenose do piloro com grande desidratação.

No pós-operatório, referem as grandes vantagens da anestesia. Dão água ao doente imediatamente, às vezes antes do mesmo chegar ao seu leito. O doente pode logo alimentar-se devido a ausência de náuseas e vômitos (vômitos = 3%). Não há cefaléias; raramente retenção urinária.

QUEIMADURAS

FIFTEEN YEARS OF THE TORMIC ACID METHOD OF BORN TREATMENT

— D. M. GLOVER e A. F. SYDOW — The American Journal of Surgery 51(3):601-619, Março, 1941.

Os autores fazem um estudo sobre o conceito e tratamento das queimaduras, antes e depois da introdução do método de DAVIDSON (1925).

Reuniram estatísticas feitas por diversos autores nos Estados Unidos, Inglaterra e Alemanha, comparando os resultados obtidos depois de classificá-los em dois grupos: pacientes que foram tratados pelo ácido tânico e os que foram tratados por outros processos. Obtiveram um total de 3.282 queimados, dos quais 1.569 foram tratados por diversos métodos que não o de DAVIDSON, com mortalidade de 24,5%, e 1.913 pelo ácido tânico, com mortalidade de 11,3%.

Em sua estatística própria, de 809 queimados, tiveram 8,4% de morte. Estudam as causas de morte; em 3/4 partes dos falecidos, o êxito letal deu-se nas primeiras 24 horas, por causa de natureza tóxica. Acrescentam

que o método de DAVIDSON não alterou a mortalidade nas primeiras 24 horas, manifestando ele sua superioridade nos dias seguintes.

Apresentam pequena modificação no método de DAVIDSON, e que consiste em retirar a crosta, assim que ela começar a desprender-se, por meio de prolongados curativos com Dakin. São contrários às transfusões de sangue.

Bibliografia: 34 trabalhos.

APENDICE

THE TREATMENT OF ACUTE APENDICITIS IN A MUNICIPAL HOSPITAL — BURKE JOHN AND KUHU HORACE — Surgery, Gynecol. and Obstetrics. 72:578-581; Março, 1941.

Os AA. reuniram 527 casos de apendicite aguda num período de 935-940. Todos confirmados pelo exame anátomo-patológico, exceto os casos de abcesso apendicular nos quais o apendice não foi removido.

A) Nos casos de apendicite aguda não perfurada tiveram 340 casos, com 2 mortes ou 0,58%.

B) Nos casos de apendicite com perfuração, a estatística ocupa lugar surpreendente, pois dos 527 casos tiveram 187 casos. Esta alta mortalidade foi atribuída a demora da intervenção e da ação dos purgantes. Este grupo os AA. dividiram em: perfuração com peritonite generalizada, localizada e perfuração com abcesso.

O tratamento da localizada e generalizada quasi foi o mesmo. Acreditam que a descompressão duodenal contribuiu mais que qualquer outro agente terapêutico.

Com peritonite generalizada — 83 casos, com 13 mortes ou 15,6%. Questão da drenagem: 36 casos drenados com 7 mortes — 19% de mortalidade. 36 casos não drenados — 6 mortes — mortalidade 17%.

Peritonite localizada — 44 casos — 11,3% de mortalidade. Drenados: 24 casos, com 3 mortes — 12,5%. Não drenados: 16 casos: 1 morte — 6,3%.

Em resumo: 127 casos — 18 mortes — 14,1% de mortalidade.

Perfuração com abcesso — Tratamento tem sido conservador. Abertura e retirada do apendice nos casos que for possível e nos outros a volta do paciente 2 a 3 vezes para apendicetomia.

57 casos — 7 mortes — ou 12% de mortalidade.

NOTA DE REDAÇÃO: — Com referencia ao trabalho "CONSIDERAÇÕES A PROPOSITO DE UM CASO DE POLINEVRITE ALCOOLICA" de autoria do Ddo. Alvaro Marcondes da Silva, publicado nesta revista em Janeiro '42, deixou de ser impresso, por omissão, na parte "TRATAMENTO DA POLINEVRITE ALCOOLICA" — pagina 51, o seguinte:

"Atualmente se pensa, como já dissemos, segundo ás teorias modernas que seja necessario um estado de preavitaminose para que uma polinevrite se instale. Em vista disso, dá se o complexo Vitaminico B por via injetavel ou por via oral".

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).