

## SINTESE BIBLIOGRAFICA

### RETO-CARCINOMA

**CANCER OF THE RECTUM AND RECTOSIGMOID** — RANKIN, FRED, W — Surg. Gyn. Obst. 71 (2): 213; Feb., 1941.

*Etiologia* — é desconhecida. Parece estar assentado que os polipos do reto favorecem o apacimento de Carcinoma.

*Patologia* — Os ca do reto prendem-se aos seguintes tipos: adenocarcinoma, esquirro ou fibro-sarcoma, adenocarcinoma mucoide, carcinoma papilomatoso, carcinoma escamoso (squamous) e melanoma que é por uns considerado como sarcoma e por outros como carcinoma.

*Anatomia e localização*: a grande maioria se localiza no reto ou na porção reto-sigmoidiana. O ca da margem do anus é mais raro. Nunca está situado a mais que 5 a 7,5 cm. acima do anus e em geral nas faces anterior e posterior do reto; raramente na face posterior.

*Sintomatologia* — a classica, já conhecida. Encontra-se hemorragia em cerca de 80 a 80% dos casos. Constipação mais ou menos em 55% e diarréia em 20%.

*Diagnóstico* — Em geral é facil. Em cerca de 80% dos casos o toque digital faz o diagnóstico. O exame completa.

*Pre-operatorio* — deve ser demorado; 1 semana no mínimo e o mais rogo-roso possivel.

*Operação* — A operação de MILES se impoz: ressecção abdómino-perineal em 1 ou 2 tempos (adotada por RANKIN, PAUCHE, LAKEZ, GABRIEL, TUNNER; etc.).

A operação de LOCKART-MUMMERY: colostomia seguida de sessecção abdómino-perineal, vem perdendo terreno.

RANKIN usa o clamp de DE MARTEL modificado por COPE: 3 clips prendem o intestino; solta-se o do meio e secciona-se o intestino entre os outros dois. A operação torna-se aseptica e não é necessário perder tempo em sepultar o côto.

Secciona a pele na fossa iliaca esquerda, de forma circular. A incisão mediana sobre um pouco acima do umbigo.

*Resultados* — a mortalidade é mais ou menos de 6 a 8%. Sobrevida de 50 a 60% (mais de 5 anos).

RANKIN é partidário da operação em um único tempo.

### ESÔFAGO-CARCINOMA

**TRATAMENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE ESÔFAGO** — IVANISSEWICH, OSAR — FERRARI, ROBERTO — SENTINO, AQUILES (Prof. ARCE) — Semana Med., 48 (19): 1049-1065, maio (8) 1941.

Só a cirurgia resolve os casos. O conceito que o carcinoma do esôfago é incuravel é falso e tudo depende do diagnóstico precoce.

Seu caso: 52 anos, doente há 2 meses, com disfagia, e emagreceu 20 quilos em 2 meses. Biópsia: epitelioma espinocelular. Fez gastrotomia, 7 dias depois pc. mantido por 24 dias (esquerdo). Depois: raqui,

incisão ao longo da 7.<sup>a</sup> costela, ressecção da 7.<sup>a</sup> toda, e de pedaços da 6.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> retirada dos intercostais e abertura da pleura parietal. Secção da pleura ao longo do esôfago e isolamento do esôfago por dissecação até o tumor; dissecação digital do esôfago, secção a 3 centímetros do cardia e sutura em bolsa. Dissecação digital na região bronco-aórtica. Incisão da pleura mediastinal por cima da aorta, sobre o índice que levanta em préga; essa incisão prolonga-se até a cúpula do torax. Dissecação ao supra-aórtica do esôfago e passagem do esôfago por traz da aorta. Continuou a dissecação digital do esôfago torácico e cervical, feita com o índice pela incisão supra-aórtica.

Cirurgião do lado ventral do paciente para usar sempre mão direita. Fechamento completo do torax, usando-se hiperpressão de "Foregger" com oxigenio.

*Decúbito dorsal* — anestesia local — exteriorização do esôfago no pescoço. Secção a 3 cm. acima do tumor. Tunel entre a incisão cervical e peitoral e abertura aí com derivação externa.

6 dias depois, toracotomia para sero-sanguinolenta e drenagem fechada. Aos 11 dias de operação uniu-se o buraco do esôfago com a gastronomia com um tubo de borracha e alimentação por via natural. Como sobrevinha celulite periesofagica pelo tubo, ele mobilizou o esôfago.

Doente curado ha 6 meses, aumentou 7 quilos e tudo normal.

\*

Em seguida faz um interessante estudo histórico da cirurgia do esôfago. Os pontos mais importantes são:

- 1888 — NASSILOFF — Via de acesso extra-pleural para regularisar a retirada de corpos extranhos.
  - 1897 — FERGUE — Pela primeira vez in vivo. Morte.
  - 1898 — LEVY — Estabelece as bases fisiológicas da extirpação do esôfago experimentalmente. Suas bases até hoje são conservadas.
  - 1900 — DOBROMYSLOW — Ressecção transpleural com sutura término-terminal.
  - 1901 — ENDERLEN — Tirou 1 corpo extranho pela via mediastinal direita — 1.<sup>o</sup> doente que não morreu.
  - 1904 — SARRERBRUCH — Camara de hiperpressão.
  - 1913 — FRANZ TOREK — Operou e curou uma doente de Ca. do esôfago torácico. A enferma viveu 13 anos e morreu de pneumonia. — ZAAIJER operou outro que viveu meses e morreu de recidiva.
  - 1934 — OSHAWA — 11 casos curados.
  - 1940 — GARLOK — 9 casos curados: 7 pela técnica de TOREK e 2 pela de SARRERBUCH e HERMAN FISHER.
- Descreve as operações. Bibliografia excelente.

## ESTÔMAGO-ÚLCERA

**EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRODUODENAL** — IVANISSEVICH, OSCAR — ALURRALDE, PEDRO — JACGLI, OSWALDO — Bol. Inst. Clin. Quir. 17 (139): 95-196, fev.-março 1941.

De 1622-1897 o tratamento das úlceras foi médico (275 anos); de 1897-1940 é cirúrgico; a experiência cirurgica é portanto pequena (40 anos).

Os casos complicados (perfurações, hemorragias, obstruções, penetrantes) precisam ser operados.

As operações diminuem em número e importância em todo serviço que segue o ritmo verdadeiro do progresso médico. A cirurgia é um mal

necessário só aplicável após grande estudo do caso. A úlcera é um sintoma, e o ulceroso a que se retira a úlcera continua sendo, biologicamente, um ulceroso. Hoje o cirurgião procura obter uma hipocloridria, retirando a zona reflexógena do estômago (o antro), e para isso é necessária uma intervenção muito mutilante.

Mas em todo o universo as indicações cirúrgicas diminuem extraordinariamente e raramente opera-se um caso não complicado. ESCUREDO nos últimos 5 anos em 500 casos, mandou operar 4. No Bellevue Hospital, a colaboração do cirurgião e internista, reduziu a 10% a percentagem das indicações. Na Mayo só 33%. WEISS de Estrasburgo, faz histidina em todos os casos e só após 6 meses desse tratamento, G. E. se houver estenose.

Então: úlcera simples — tratamento médico; complicada — cirurgico. Como no Serviço de Escudero, fazer sempre o tratamento dietético antes; se não cura, o caso é cirurgico; se sim é clínico. Dá o tratamento dietético empregado em seus casos. Estatística: casos operados + 10% — ulcera peptica 10% (eleva a + a 12%). Dados médicos de várias estatísticas. 20 a 30% dos doentes são só melhorados. Só 60% são curados. Casos não operados:  $\pm$  3 a 5%. Conclue: opera-se demais; tratam clinicamente mal; os resultados das gastrectomias não são tão bons como dizem todos.

## PROSTATA-ADENOMA

**MORTALITY IN SURGERY OF THE PROSTATE — SAMUEL A. WEST** — The Journal of Urology — V. 45: 3: 439, Março, 1941.  
Março, 1941.

Após comentários sobre a mortalidade apresentada por vários autores em suas estatísticas, variavel entre 20 e 28%, apresenta 365 operações sucessivas, com uma mortalidade de 1,6%, notavel por se tratar de pacientes de hospitais públicos. Praticou 233 prostatectomias perineais e apenas 12 supra-púbicas (em virtude de calculos vesicais); 132 ressecções transuretrais. Atribue a baixa mortalidade a: 1.º) bom preoperatório, incluindo drenagem por cateter para melhorar a função renal, tratamento do coração, etc.; 2.º) técnica supra púbica tão somente quando indicada (5%); 3.º) prostata consistindo em pequenas "barras" laterais ou medianas = ressecção; 4.º) prostata de tamanho moderado ou grande: prostatectomia. Acha que a prostatectomia perineal é método mais seguro e dá melhores resultados funcionais, com menor possibilidade de recorrência da obstrução, quando é a glandula de tamanho moderado ou grande, do que a ressecção. Podem ser os Ca reconhecidos e radicalmente tratados através do perineo e a drenagem é melhor, diminuindo a probabilidade de infecção do tracto urinário superior. YOUNG relatou 128 e mais tarde 198 casos de prostatectomia perineal consecutivos, sem morte, mas doentes da clínica particular. Julga ótima a sua própria estatística, com 1,6 no total e 1,2 de mortes nas prostatectomias perineais em doentes indigentes, que em geral entram no hospital em condições lamentaveis, complicados já.

Bibliografia pequena.

## APENDICITE AGUDA-SULFANILAMIDA NO TRATAMENTO

**A Aplicação intra-abdominal de Sulfanilamida na apendicite aguda —**  
THOMPSON, J. E. — BRABSON, J. A. — WALKER, J. W. — Surg. Gyn.  
Obst. 72(4):722; Abril, 1941.

Um total de 741 pacientes com apendicite aguda foi operado durante o intervalo de 1935 a 1939. A mortalidade variou de 0,53% na variedade aguda simples a 11,2% na apendicite perfurada com peritonite, sendo a mortalidade total de 27%.

A sulfanilamida foi aplicada por via intra-abdominal em quasi todos os pacientes durante 1940, nos quais havia um comprometimento evidente ou duvidoso do peritoneo por infecção. As complicações pareceram menos frequentes e foram menos intensas; o medicamento nas doses empregadas, não apresentou efeitos tóxicos gerais graves nem determinou qualquer destruição local de tecidos. O único efeito local observado foi a animadora rapidez da cura.

Num total de 204 casos durante 1940, não houve nenhum caso de morte. Destes, todos agudos, 21 tinham abcesso e 31, peritonite.

## CANCER — INTESTINO

**CARCINOMA OF THE LOW INTESTINAL TRACT. —** BIEREN  
ROLAND — Surgery G. Obstetric. 72:611-615; Março, 1941.

O A. apresenta de 1922 — Junho 939, 254 casos de adenocarcinomas (incluindo 2 do apêndice).

*Localização:* 40 casos do colon direito — 63 casos do colon esquerdo Sigmoide e reto 139 casos.

*Idade:* Incidência maior foi dos 50-70 anos.

*Raça:* 228 brancos — 13 pretos — 1 amarelo.

*Sexo* — predominou nos homens.

*Sintomas:* principais: dôr anemia, perda de peso, obstrução, tumor, etc.

*Operabilidade:* Dos 242 casos, 79 ou 33% eram operáveis. 56 casos foram considerados inoperáveis, devido a extensão da lesão local.

<i>Operação</i>	<i>N.º de casos</i>	<i>Mortes</i>	<i>Mortalidade</i>
1.º tempo — abdomino perineal ressecção	20	10	50%
2.º tempo " " "	9	5	56%
Posterior ressecção do reto . . . . .	12	1	8%
1.º tempo, ressecção com termino-terminal anastomose ou ileocolostomia . . . . .	30	11	37%

*Causa principal da morte* — peritonite.

*Prognostico* — dos casos ressecados — dos 79 casos, 49 sobreviveram a operação com follow-up.

36 pacientes com lesões inoperáveis; 3 destes não tinham follow-up. 27 destes morreram em menos de 3 anos; 6 pacientes sobreviveram 3 anos mais ou menos.

## 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](mailto:dtsibi@usp.br)).