

Ano V

N.º 3

Março de 1928



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

Solução de Compoatos Halogenados de Calcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE REGALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, GARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infieis; exigir os Verdadeiros Granulos CATILLON Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— GRANDE PODER NUTRITIVO

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescências —

Pedir amostras e litteratura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B.....

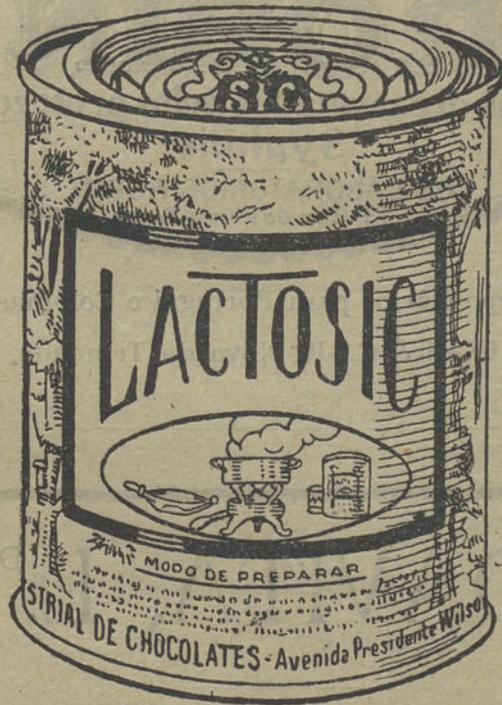
Est. S.....

Tab. 1.....

N.^o 63.....

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy. PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

N.º 1748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilizações

: Produtos químicos :

Alimentos ALLENBURYS

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.^{da}-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'



Brand

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina "A B,":

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS PARA EXPERIÊNCIAS AOS SENHORES MÉDICOS e a HOSPITAIS

A' VENDA nas farmácias em frascinhos de:

5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

25 c. c. = 500 » (» 50 »)

5 c. c. = 200 » (» 20 »)

Á VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabetes pela **INSULINA**

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd. — LONDON

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

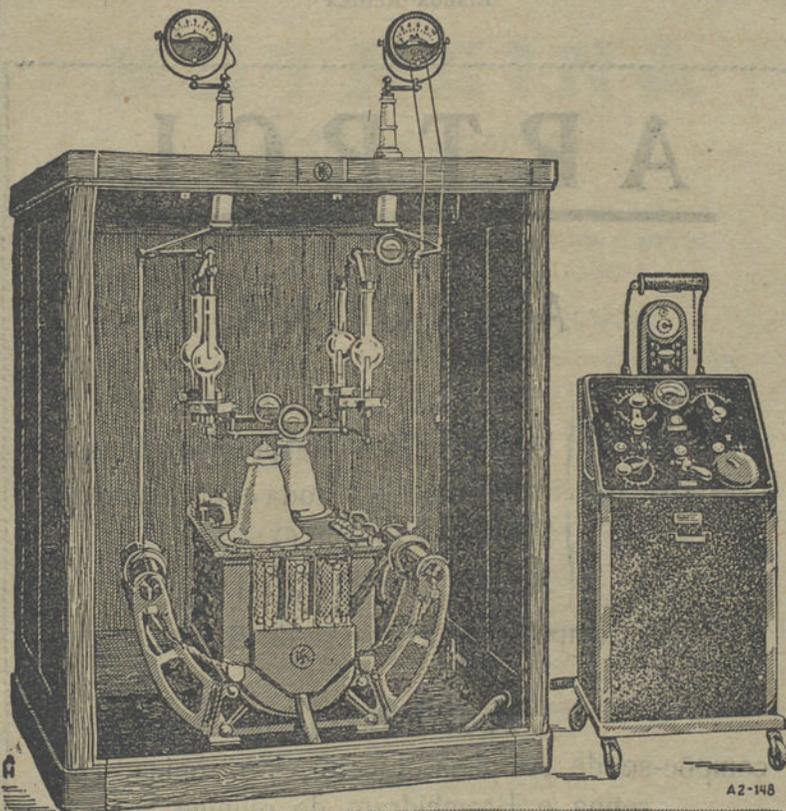
Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA



APARELHOS E INSTALAÇÕES COMPLETAS DE:
RAIOS X

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden
 Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIEDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.

AMPOLAS para todos os fins.

PELICULAS «Maro» de dupla Emulsão.

EUBARYT para exames do Estômago, etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATTOS TAVARES, LIMITADA

R. dos Fanqueiros, 218, 3.º — LISBOA

ARTROL

AMPOLAS

COMPOSIÇÃO

UROTROPINA tricristalizada.
 PIPERAZINA (desprovida de saes
 amonicos e de toda outra impureza)
 IODURO SODICO.
 AGUA TRIDESTILADA.

Em ampolas de 2. c. c. e de 5. c. c.

ARTROL (em hostias)

compõe-se de Atophan, Licetol, Urotropina, Diuretina e Bromhidrato de quinina.

ARTROL está indicado no
 REUMATISMO, CIÁTICA, NEURALGIAS,
 URICEMIA, ARTERIOESCLEROSIS, LITIASIS,
 OBESIDADE, ARTRITISMO
 e em tudo quanto provenha da Diatesis aquosa,
 oxalica, urica, etc.; etc..

Laboratorio Garcia Moro — Puebla 11, MADRID

Pedir amostras e literatura ao Representante para Portugal:

A. SERRA, Rua Almeida e Sousa, 2, LISBOA

NUTREINA

Farinhas de banana

EUNUTREINA — Farinha de banana.

LAXO-NUTREINA — Farinha de banana e aveia.

RIZO-NUTREINA — Farinha de banana e arroz.

NUTREINA — Farinha de banana e milho.

Não contém cacão nem açúcar

Alimento melhor e mais são para crianças na primeira idade, convalescentes, e pessoas fracas.

Fabricadas pela **SOCIEDADE ESPANHOLA DE NUTREINA**

Pedir amostras ao concessionario para Portugal:

A. SERRA, Rua Almeida e Sousa, 2

L I S B O A

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS: Injecção subcutânea sem dor.
Injecção intramuscular sem dor.

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, -L.^{da}

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

Sucessor: JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRAFICOS
EM TODOS OS GENEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-
LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-So, 24—LISBOA—Tel. 3110 N.

Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

Depositários:

Henrique Linker, L.da—LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

HEMOGLOBINA - FERRO

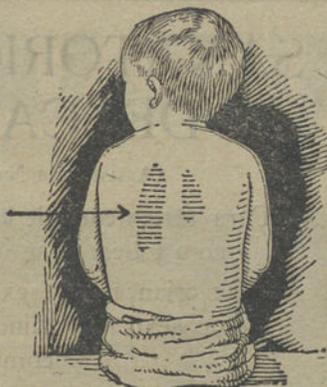
Extracto de Malte

RICO EM VITAMINAS

simples e composto com
arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

Resultados excelentes!
Sabor agradável!

Como reduzir a Temperatura na Bronco-Pneumonia



HOLT diz: — «Devemo-nos lembrar que a média normal da temperatura na bronco-pneumonia é de 101° a 104,5° F. Esta temperatura não é, em si, exaustiva; todavia, as probabilidades de cura não se obtêm enquanto o estado febril se mantém dentro destes limites.

«Nunca é demais condenar a rotina de se prescreverem drogas aos doentes... para a redução da temperatura».

*A Antiphlogistine
apressa a eliminação
das toxinas*

favorecendo assim a baixa das temperaturas.

Sendo aplicada quente e em quantidade sobre todo o torax, a Antiphlogistine, de uma maneira suave, mas com bons resultados, desenvolve a circulação capilar do doente; atenua a dor, a temperatura baixa, diminuem a congestão e a dispnea, enquanto o coração, podendo trabalhar com um volume menor de sangue, conserva a sua energia.

Há 30 anos que mais de 100.000 médicos tem usado a verdadeira Antiphlogistine. É um preparado científico e não empírico.

Devem pedir-nos o nosso livrinho «The Pneumonic Lung» — que é GRATIS e cheio de valiosas informações.

The Denver Chemical Mfg. Company
New York, U. S. A.

Laboratories: London, Sydney, Berlin, Paris,
Buenos Aires, Barcelona, Montreal, Mexico City.

Antiphlogistine
TRADE MARK

“Promotes Osmosis”



ROBINSON, BARDSLEY & C.^{LA} — Caes do Sodré, 8, 1.º — LISBOA

SANATORIO MARITIMO DE CARCAVELOS

(Assistência Nacional aos Tuberculosos)

Para tratamento de crianças escrofulosas, raquíticas
e com tuberculose óssea, ganglionar e peritoneal
Admite crianças do sexo feminino desde os 3 aos 7 anos
e do sexo masculino dos 3 aos 12 anos de idade,
como pensionistas
em camarata ou em sala especial

Pedir tabela de preços das diárias e condições de admissão ao:

Dr. ANTÓNIO DE MENESES

CHEFE DO SERVIÇO CLÍNICO

SANATORIO MARITIMO

CARCAVELOS

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Os artigos devem ser enviados à redacção da «Lisboa Médica», Hospital Escolar de Santa Marta—Lisboa.

Os autores dos artigos originaes têm direito a 25 exemplares em separata.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

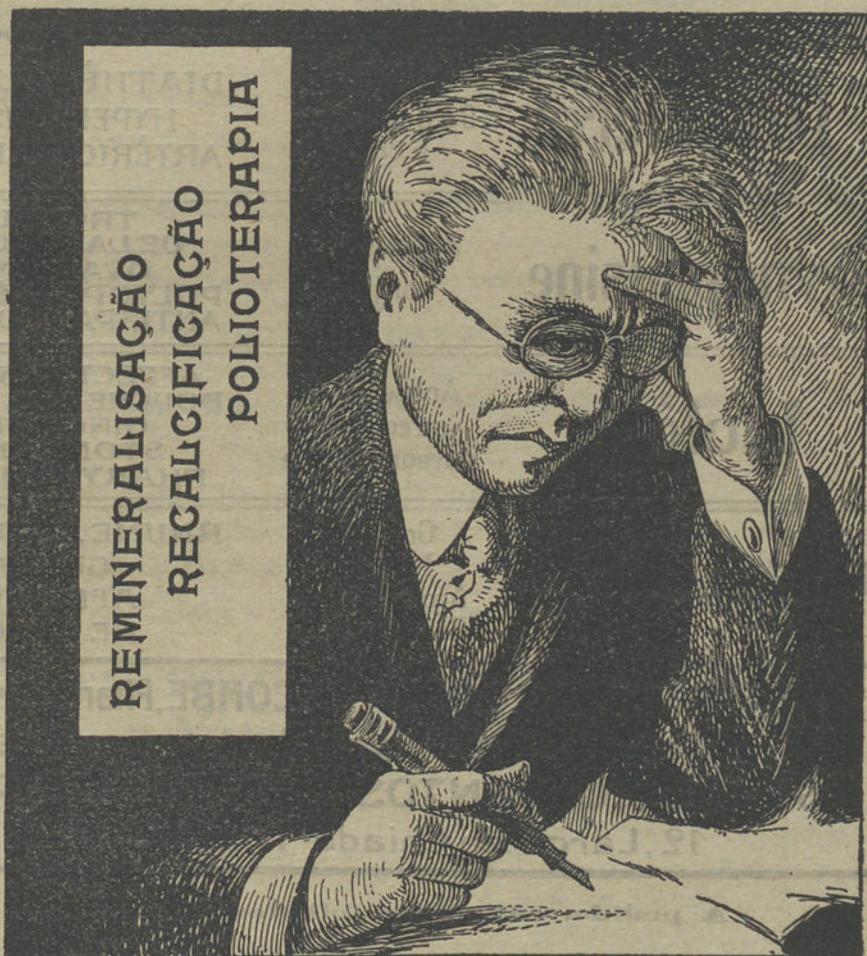
NÚMERO AVULSO: 8,700 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. Eduardo Coelho, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*,—Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

OPOCALCIUM

GUERSANT



REMINERALISAÇÃO
RECALCIFICAÇÃO
POLIOTERAPIA

Tratamento da tuberculose pulmonar, ossea, renal, ganglionar, linfatismo e rachitismo
O OPOCALCIUM é fornecido em ; Granulado, Pó, Comprimidos e Hóstias.

ENVIAM-SE AMOSTRAS E FOLHÊTOS A PEDIDO.

Estabelecimentos **ALVARO CAMPOS**

Largo do Chiado, 12, 1.º — LISBOA

Diasclérol	Granulé : 3 à 6 cuillerées à café	DIATHÈSE URIQUE HYPERTENSION ARTÉRIO-SCLÉROSE
Gynopausine	4 Comprimés par jour	TROUBLES DE LA FONCTION OVARIIENNE POLYOPOTHÉRAPIE ANTISPASMODIQUE
Inolène	Antiseptique au coaltar saveur agréable	AFFECTIONS DE LA BOUCHE, NEZ, GORGE GINGIVITES STOMATITES PHARYNGITES, ETC.
Pastilles Odilia	Gomme Menthol Aconit terpine Benzoate de S.	RHUME, BRONCHITE GRIPPE AFFECTIONS DE LA GORGE
LABORATOIRE ODILIA. LACOMBE, Pharmacien, PARIS Agent pour le Portugal et ses possessions ESTABELECIMENTOS ALVARO CAMPOS 12, Largo de Chiado 1º LISBOA		

A pedido, enviam-se folhêtos e amostras.

ALGUNAS INTERESANTÍSIMAS PUBLICACIONES MÉDICAS
DE LA

EDITORIAL MANUEL MARÍN

Provenza, 273 — BARCELONA (España)

Segunda Edición Mejorada y Ampliada
DE LA

GUÍA DEL MÉDICO PRÁCTICO

Obra utilísima para la clase Médica que comprende
las siguientes partes:

Índice Diagnóstico Diferencial

Fundada en los principales síntomas

Índice de Pronóstico

Índice de Tratamiento

Con nutrida colaboración y dirigida por los doctores

French, Short, Hutchison y Sherren

Profesores de los Hospitales de Londres y Bristol.

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL

Dr. Francisco Tous Biaggi

Ex-Médico del Hospital, del Manicomio de la Santa Cruz, de Barcelona

5 vol. Em rústica - 133 P. Em tela inglesa - 155 P.

Novísima Edición de valiosa consulta

Errores Diagnósticos e Terapéuticos y Manera de Evitarlos

bajo la dirección del

Prof. Dr. J. Schwalbe

y la colaboración de los más eminentes tratadistas alemanes

Sección de Especialidades

7 volúmenes

con 2388 páginas y 323 grabados.

Pesetas 120

Sección de Cirugía

2 volúmenes

con 1750 páginas y 257 grabados.

Pesetas 73

* Para informes, muestras y catálogos dirijam inmediatamente los solicitantes a esta casa editora. Todas las obras pueden servirse en venta a plazos, previa firma de un contrato y a pagar diez pesetas mensuales hasta cancelar el importe de la compra. Los envíos certificados se cursan libres de gastos. Los adquirentes de estas obras beneficiarían durante un año a la suscripción gratuita a la «REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA Y CIRUGIA», publicación mensual ilustrada con más de sesenta páginas de texto. *

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL $C_{15}H_{26}O$ 

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorrágia, Cistite, Piélite, Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA



Antineurasténico, Regulador do coração
Gripe, Astenia, Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÊO-RIODINE $C^3H^6O^4I^1Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO**IMMEDIATA****INTENSA**

Em injeccões intramusculares e intra-venosas.

Dose: de 1.2.3 a 5 cm³ segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

RIODINE $(C^{18}H^{33}O^3)^3(IH)^2C^3H^5$

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.

**ACÇÃO****LENTA****PROLONGADA**

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeicões.

Depositários para Portugal e Colónias:

GIMENEZ-SALINAS & C.ª Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Enxerto homoplástico do peróneo — Cura</i> , por Custódio Cabeça.....	pág. 141
<i>Tratamento dos empiemas agudos</i> , por Reinaldo dos Santos	» 152
<i>Angina pectoris</i> , por Eduardo Coelho.....	» 174

Notas clínicas

<i>A propósito dum caso de polipose rectal</i>	» 191
--	-------

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 194
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	» 211
<i>Noticias & Informações</i>	» XVII

ENXERTO HOMOPLÁSTICO DO PERÓNEO — CURA

POR

CUSTÓDIO CABEÇA

Maria de J. Pires, 25 anos, Sernache de Bomjardim.

Entrou pela primeira vez na enfermaria C. 2, aos 15 anos e em Dezembro de 1917, fraca, anemiada e ainda não menstruada.

Em agosto dêsse ano revelara-se-lhe uma ósteo-mielite aguda, febril, na tibia esquerda e alguns dias depois no húmero do mesmo lado. Ambos os focos foram até à supuração, formação de sequestros e fistulização. Foi nestas condições que ela entrou para a enfermaria.

Radiografia (Fig. 4).

Em 26 de Janeiro de 1918, é-lhe ressecada tãda a diáfise tibial esquerda. No osso ressecado nota-se o sequestro envolvido por osso de nova formação à-custa do periósteo.

Peça anatómica (Fig. 5).

A cicatrização foi demorada e só completa em Julho dêsse ano.

Em 20 de Junho, aparece-lhe ainda na face interna da perna direita, logo acima do maleolo tibial um pequeno fóco de ósteo-mielite que vai também à supuração e fistulização, mas que, passadas semanas, cicatriza sem ter formado sequestro.

Em Janeiro de 1919, vamos encontrar a doente nestas condições:

- 1) a perna direita com a fistula cicatrizada;
- 2) o braço esquerdo com uma pequena fistula no terço superior, onde se sente o húmero espessado e rugoso;
- 3) a perna esquerda com a cicatriz completa, mas com fraquíssima regeneração óssea tibial; o osso estava mole e a doente não podia apoiar-se nesse membro (Fig. 6).

Era necessário fazer um enxerto ósseo e escolhi a homoplastia, esperando que uma amputação me fornecesse o osso a transplantar.

Em 29 de Junho de 1919, entrou para a enfermaria C. 2 uma



Fig. 1



Fig. 2

doente de 13 anos com paralisia infantil da perna esquerda anquilosada em ângulo recto.

A-pezar-de não serem bons elementos para enxertia os ossos de um paralítico infantil, porque são fracos e atrofiados, resolvi aproveitar um deles à falta de melhor. Escolhi o peróneo, que, pela sua constituição anatómica e pela sua forma, se prestava a serem introduzidas as duas extremidades no cõndilo e maleolo tibiais que restavam.

ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

LÁMINA III

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

IODARSOLO

APARATO DIGESTIVO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

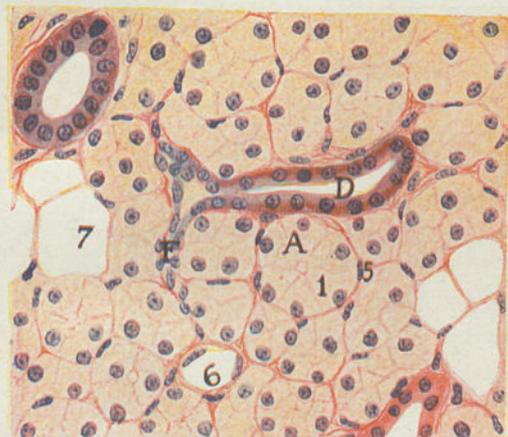


Fig 1



Fig.3

Fig.2

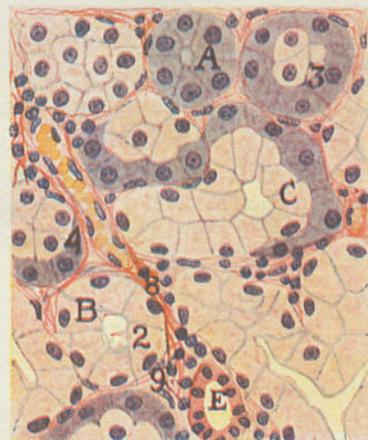


Fig. 4



Fig. 5

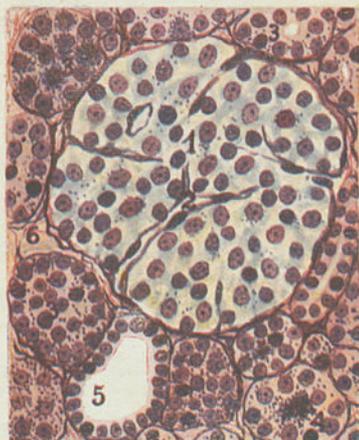


Fig. 6

- Figs. 1, 2, 3 y 4. GLÁNDULAS SALIVALES. — Figs. 1. PARÓTIDA y 2. SUBMAXILAR, hematoxilina-eosina. Fig. 3. CONDRIOMA de la glándula submaxilar, 1.^a variante. Fig. 4. SUBLINGUAL, hematoxilina-eosina. — A. Acini seroso. — B. Acini mucoso. — C. Acini mixto. — D. Canal excretor. — E. Canal excretor sin estricción basal. — F. Pieza intermedia. 1. Células serosas, claras. 2. Células mucosas. 3. Células serosas, turbias. 4. Media luna de Gianuzzi. 5. Células contráctiles de la basal. 6. Vaso. 7. Grasa. 8. Estroma conectivo. 9. Células redondas pequeñas.
- Fig. 5. — PANCREAS, hematoxilina-eosina. 1. Lobulillo. 2. Alveolo seroso. 3. Canal excretor. 4. Tabiques interlobulillares. 5. Isleto de Langerhans. 6. Capilares del isleto de Langerhans.
- Fig. 6. — PANCREAS, 1.^a Variante. 1. Isleto de Langerhans con escaso condrioma. 2. Vaso del isleto. 3. Alveolos en distinto periodo de secreción. 4. Alveolo en el cual las granulaciones reductoras se acumulan en la parte de la luz glandular. 5. Canal excretor. 6. Tabiques conjuntivos.

O primeiro produto de iodo e arsenio

IODARSOLO

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica, em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA
ARSENICAL

ZIMEMA

Hemostatico fisiologico *fermento coagulante do sangue.*

Contem o fibrino fermento obtido segundo um metodo especial, que é o que realmente actua sobre o sangue o deste modo a sua acção é constante e segura.

ABSOLUTAMENTE INOCUO EN CUALQUER
PERIODO E IDADE

Caixas con empolas de 3 cc. para uso hipodermico.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa
Agente para a Peninsula Iberica: M. VIALE - Provenza, 427 - Barcelona
Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: Sociedade Industrial Farmaceutica
(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA
AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS



Fig. 3

osso transplantado ficasse perfeitamente envolvido por elas.

A primeira radiografia post-operatória (Fig. 7) é feita 11 dias depois da intervenção e mostra que o enxerto está em perfeito contacto nas suas extremidades com os fragmentos respectivos da tíbia.

A cicatrização fêz-se lentamente e só é completa em 12 de Dezembro de 1919. No dia 31 de Dezembro, isto é, 166 dias depois da operação, uma radiografia ântero posterior (Fig. 8) mostra-nos que deve

Em 18 de Julho de 1919, as duas doentes foram operadas ao mesmo tempo, uma ao lado da outra, para que fôsse aplicado imediatamente o enxerto.

Fêz-se primeiro uma incisão em todo o comprimento da cicatriz da primeira operação; descobriram-se o côndilo tibial e o maleolo interno e abriu-se, em cada um uma goteira, onde vieram fixar-se os topos do peróneo a enxertar.

Cobriu-se asépticamente a ferida operatória e amputou-se a perna da outra doente; o peróneo foi logo isolado de aponevroses e músculos, mas conservou-se cuidadosamente o periósteo e aplicado na primeira doente.

Fêz-se a sutura das partes moles, de modo a que o

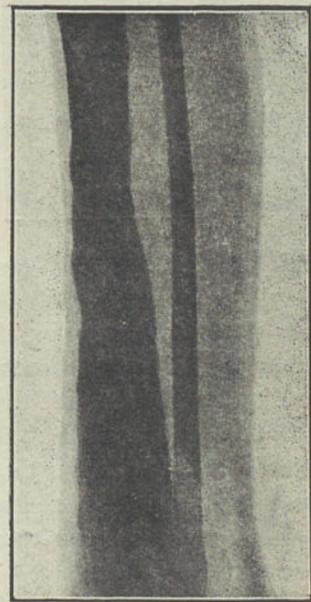


Fig. 4. — Radiografia.



Fig. 5. — Peça anátomo-patológica.

do peróneo transplantado, quando foi feita a radiografia anterior, encontrase agora já aderente.

A doente levantou-se pela primeira vez em 18 de Abril de 1920, isto é, aos 283 dias de operação e começou a sentir-se bem em 3 de Junho de 1920.

Poucos dias depois, em Maio, eu saía de Portugal, onde só voltei em

estar iniciada a soldadura óssea entre o peróneo enxertado e os fragmentos da tibia que existe.

Observando bem, notaremos um esboço de regeneração óssea em tórno do peróneo, pouco opaco aos raios X, mas bem evidente, que revela à palpação uma formação bastante dura e volumosa correspondente à sombra radiográfica.

Isto mesmo se acentua em outra radiografia (Fig. 9) tirada em 12 de Fevereiro de 1920, isto é, 219 dias depois da operação; tinham desaparecido os traços escuros que em volta dos topos do perióstio enxertado se notavam, mostrando assim que elles estavam soldados com os fragmentos tibiais.

Um retalho de perióstio que estava ainda deslocado do osso e ao lado interno do topo superior



Fig. 6. — Radiografia em Janeiro de 1919, antes da transplantação.

Todos os médicos devem fixar que

DRYCO

activado oferece a forma mais satisfatória e conveniente contra o raquitismo que a profissão médica actualmente póde usar. DRYCO irradiado possui as mesmas qualidades e características que sempre tem tido o DRYCO não irradiado, qualidades e características que são conhecidas por médicos e pediatras de todo o mundo, e além disso as vantagens que os raios ultra-violetas lhe outorgam.

O interesse universal que os leites activados por meio dos raios ultra-violetas teem despertado, como medida profiláctica e terapêutica, é um facto posto em evidência em muitíssimas observações publicadas por investigadores de todo o mundo.

The Dry Milk Company

15, Park Row
New York

(Instituição Internacional para o
Estado e Preparação de Produtos
de Leite Puro)

Depositários para Portugal
e Colónias

Gimenez-Salinas & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o

L I S B O A



MYO-SALVARSAN

Dioxidiaminoarsenobenzol-dimetansulfonato sódico

para aplicação indolor

POR VIA INTRAMUSCULAR E SUBCUTANEA

na

SALVARSAN-TERAPIA

.....

Toxidade reduzida — Alto poder terapêutico

Boa tolerância — Não irrita os tecidos

....

Indicado especialmente em todos os casos que não permitem a injeção intravenosa do Neosalvarsan

.....

Aprovado pelo Instituto Nacional de Terapêutica experimental em Frankfort a. M. (Alemanha)

....

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



Dezembro, e a doente tinha partido para Sernache, onde tem vivido.

Em 23 de Julho de 1927, a operada vem a Lisboa e dá entrada na enfermaria C. 2, para ser convenientemente estudada.

Tem agora 25 anos, está forte, robusta como mostram as fotografias. Desde que voltou a Sernache, tem sempre trabalhado

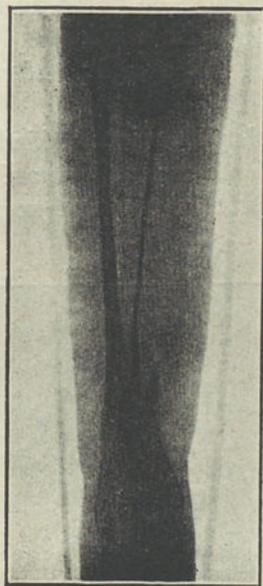


Fig. 7. — 1.ª radiografia depois da transplantação aos 11 dias.

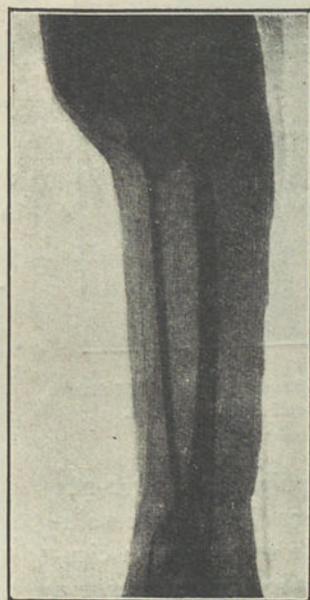


Fig. 8. — 2.ª radiografia aos 166 dias 31 de Dezembro de 1919.

e não mais se queixou do membro operado. Todos os domingos faz uma caminhada de 15 quilómetros a pé e sem fadiga.

Em Abril de 1927, fracturou o fémur esquerdo pelo terço inferior: a radiografia agora tirada mostra que a cicatrização óssea é perfeita na forma e volume do calo (Fig. 10 e 11).

A posição do membro é a do genu-valgum em que os pés distam entre si de 15 centímetros; visto lateralmente, o eixo da perna está um pouco atrás do eixo da coxa e a rótula mais abaixo do que a direita.

As medidas dos dois membros inferiores são as seguintes:
Distância da espinha ilíaca ântero-superior ao maleolo externo;

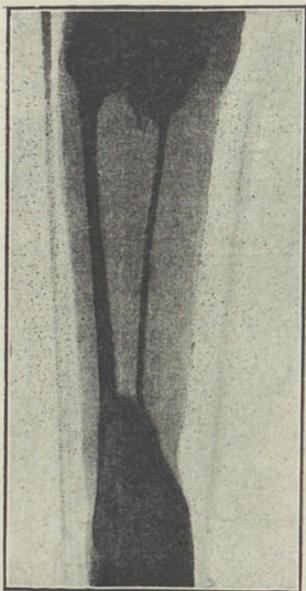


Fig. 9. — 3.ª radiografia aos 219 dias
12 de Fevereiro de 1920.

A palpação mostra-nos a cabeça do peróneo volumosa e mais alta; a cicatriz está pouco aparente e a região tibial ocupada por uma massa dura de consistência óssea em toda a sua extensão, mas sem a crista da tíbia.

As radiografias vão mostrar como se fez a reparação das lesões antigas, regenerando osso e adaptando osso já formado.

As radiografias (Fig. 12 e 13) mostram-nos que os ossos da perna direita, a perna sã, e principalmente

D. 0^m,75, E. 0^m,72; diferença 0^m,03.

Comprimento da perna — medida da cabeça do peróneo ao maleolo externo:

D. 0^m,28, E. 0^m,265; diferença 0^m,015.

Circunferência da perna ao nível dos terços superior e médio:

D. 0^m,32, E. 0^m,295; diferença 0^m,025.

A articulação do joelho é indolôr e permite flexão sem esforço até 90°. A articulação tíbio-társica é normal.

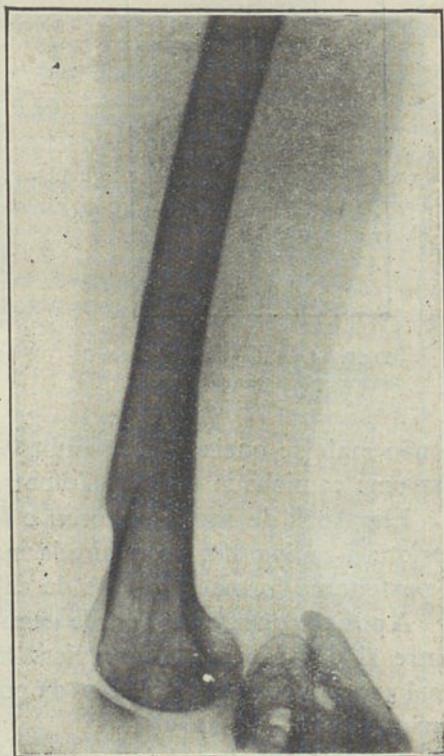


Fig. 10. — Radiografia do fêmur fracturado.

o peróneo, estão bastante descalcificados, a espessura do osso compacto é muito reduzida. Êste aspecto torna-se mais evidente comparando-o com o do peróneo da perna operada e que está na radiografia (Fig. 13).

Na radiografia ântero-posterior (Fig. 14) vê-se o cômulo interno do fêmur um pouco mais volumoso e mais baixo, contri-

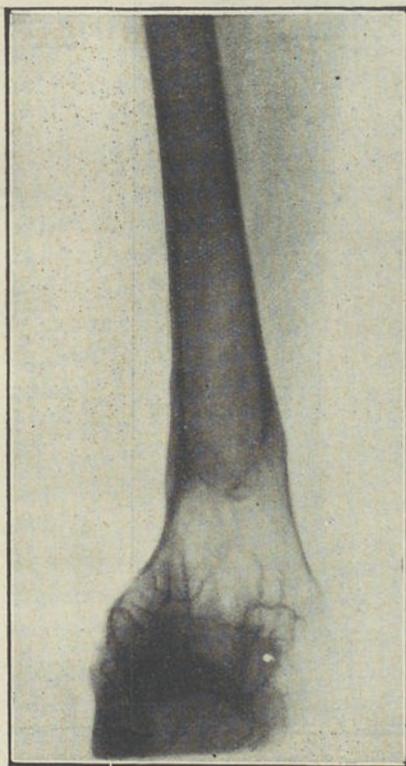


Fig. 11. — Radiografia do fêmur fracturado.

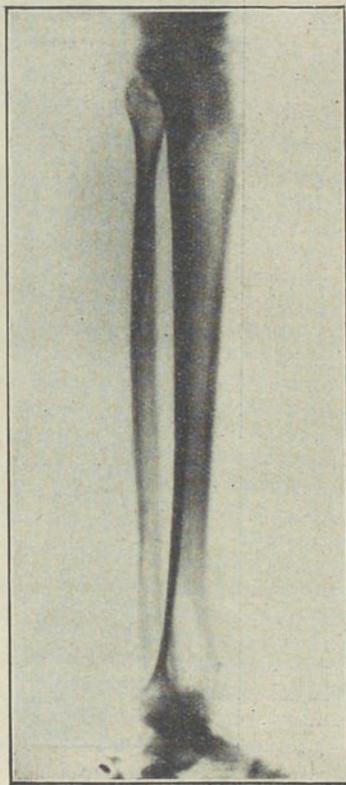


Fig. 12. — Radiografia mostrando a rarefação óssea.

buindo assim para o genu-valgum: os cômulos da tibia colocados obliquamente de baixo para cima e dentro para fóra, estão bastante descalcificados.

A região correspondente ao corpo da tibia, a diáfise é ocupada pelos restos do peróneo enxertado, de que se vêem três bocados,

superior, médio e inferior, envolvidos por osso de nova formação e pouco calcificado cujo volume é menor do que o da tibia sã. O fragmento inferior está perfeitamente soldado à epífise tibial inferior no sítio onde foi implantado. O fragmento superior deve

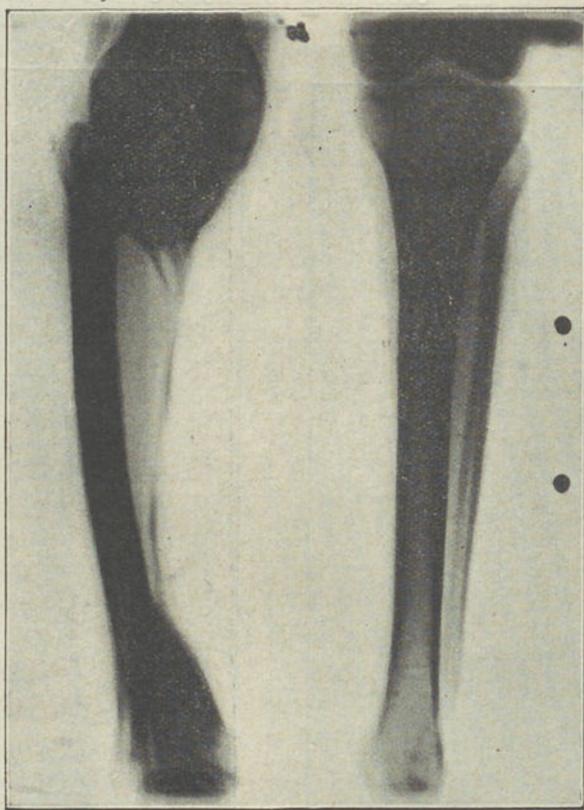


Fig. 13. — Comparação dos dois peróneos.

ter sido deslocado da goteira cavada na epífise tibial superior, o que melhor se vê na radiografia (Fig. 9).

Na radiografia (Fig. 15), tirada lateralmente, nós podemos melhor vêr a espessura que atingiu a tibia de nova formação.

Vejam os agora o que se passou com o peróneo: soldou as suas epífises às tibiais; aumentou duas a três vezes o seu volume

e espessou igualmente a sua camada de osso compacto: mostram-nos as chapas (Fig. 14 e 16) que isto se passa só na diáfise e na epífise superior, porque a epífise inferior, até ao ponto em que se dá a soldadura das diáfises tibial e peroneal, tem o volume e aspecto normal descalcificado.

O contacto dos côndilos da tibia com os do fémur faz-se num plano oblíquo de baixo para cima e de diante para traz.

A chapa (Fig. 16) mostra-nos que o aumento de espessura do peróneo é principalmente no sentido lateral, sentido em que fêz também a sua curvatura.

Parece-me não haver dúvida que o peróneo aumentou o seu volume e a sua espessura à custa do perióstio: comparando os dois peróneos da chapa (Fig. 13) vê-se que o canal esquerdo está reduzido por formação óssea à custa do endóstio, mas a grande massa de osso compacto neoformado é sub-perióstica.

Vamos agora procurar explicar o que se passou na região tibial.

Empreguei um osso bem revestido de perióstio e adaptei as suas extremidades em contacto extenso com as epífises tibiais, isto é, com osso vivo. Sabemos pelas experiências de Murphy que, se este contacto não se dá, a regeneração óssea não se faz ou é muito escassa.

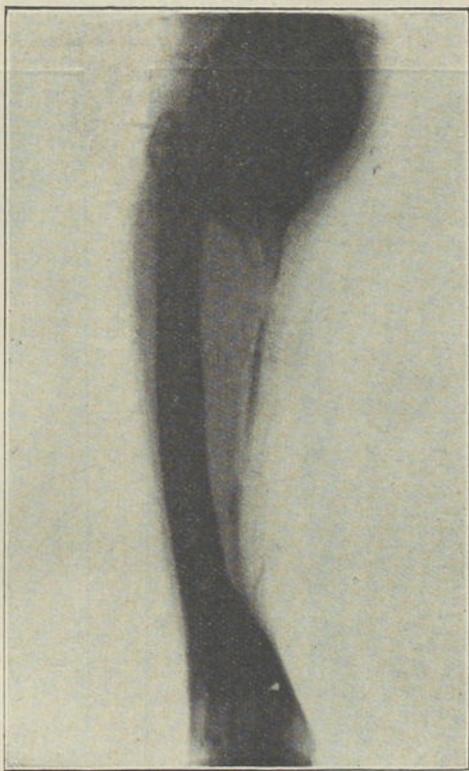


Fig. 14. — Radiografia antero-posterior.

Segundo a teoria de Axhausen, o osso enxertado morre, isto é, a parte compacta é reabsorvida, ao passo que o perióstio continua a viver e faz osso novo a que vêm juntar-se os saes cálcicos provenientes do osso morto. Ora a verdade é que só pequenas porções de osso compacto enxertado morreram.

Fundado nos trabalhos do Prof. Lexer que nos dizem: a fa-

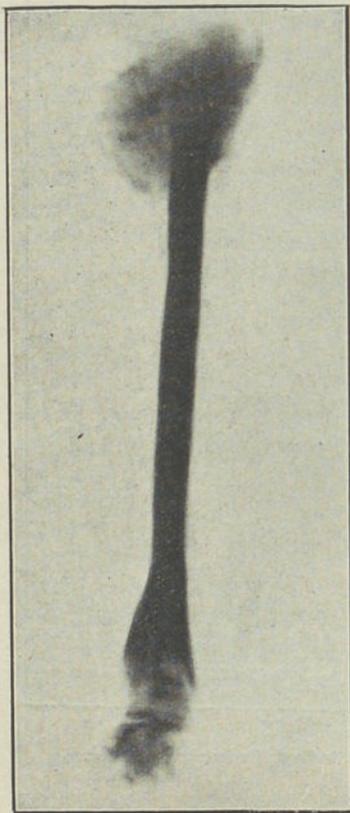


Fig. 15. — Radiografia lateral.

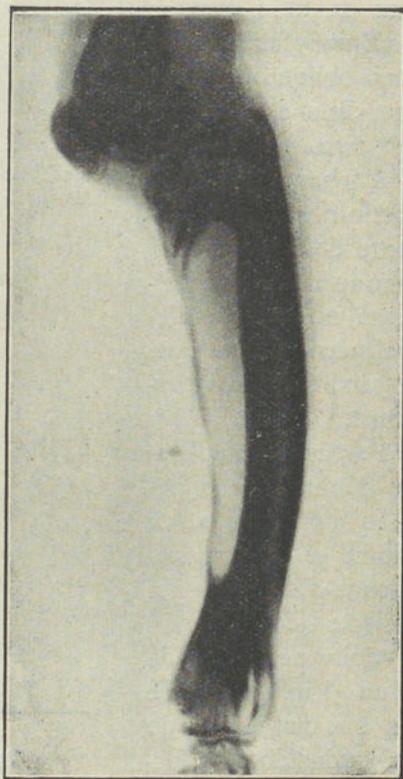


Fig. 16. — Radiografia ântero-posterior do pé direito.

culdade de fazer ou regenerar osso só se encontra nos elementos especiais para esse fim destinados, os osteoblastos do perióstio e do endóstio medular, eu julgo poder explicar a formação óssea da região tibial da seguinte forma:

Os osteoblastos das epífises tibiais, superior e inferior pelo

seu perióstee e endóstee entraram em actividade e foram sendo guiados pelo enxerto.

O perióstee do osso enxertado continuou a viver e começou a proliferar, dando o maior contingente de osso de nova formação.

É possível também que alguns farrapos de perióstee primitivo tivessem escapado à destruição e mais tarde proliferassem por sua vez contribuindo assim com uma percentagem embora mínima na regeneração óssea.

A perna desta operada não tem certamente uma plástica artística mas presta-lhe serviços que o melhor aparelho protético não poderia prestar.

TRATAMENTO DOS EMPIEMAS AGUDOS

POR

REINALDO DOS SANTOS

As concepções mais simples são por vezes as mais difíceis de fazer compreender e aceitar. Dir-se hia que certas idéas, para alcançarem prestígio e credulidade, precisam de um ambiente de complexidade ou obscura transcendência sem a qual a verdade se não revelaria aos homens...

*

* *

O tratamento dos empiemas após a dupla experiência — da guerra e da pandemia gripal de 1918 — devia ter-se transformado radicalmente.

De facto, a cirurgia da guerra abriu, com novos princípios, outros horizontes ao tratamento das infecções das serosas, particularmente do joelho e da pleura, enquanto a própria técnica da cirurgia torácica, baseada numa fisiologia patológica melhor compreendida, renovou o tratamento das feridas pleuro-pulmonares.

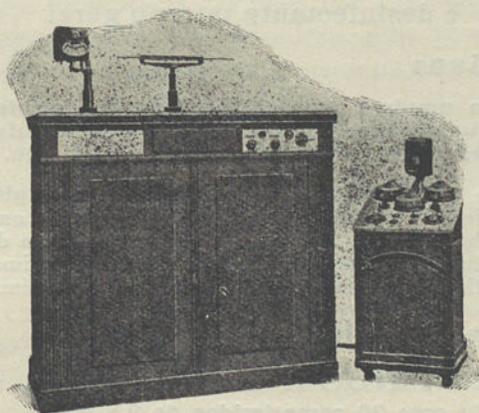
Foi precisamente nessa altura que a frequência das pleurisas gripais, após a epidemia de 1918, ofereceu uma oportunidade sem igual para a renovação e comparação da terapêutica cirúrgica dos empiemas. Dir-se hia, porém, que uma e outra experiência foram estéreis — e esquecidas, ou incompreendidas, as aquisições fundamentais do último ano da guerra.

Todavia essas idéas, ou para nos exprimirmos como então, essas *directivas* renovadoras da cirurgia pleural, eram essenciais.

A primeira, baseada nos princípios de Carrel sobre a esterilização progressiva das feridas e sua aplicação à pleura por Tuffier e Depage (1917), mostrara que um empiema era susceptível

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS
S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA
PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA
TELEFONE: NORTE 3849



As substituições e as imitações
de toda a espécie, não conseguem alcançar o nosso preparado original

UROTROPINA

EM COMPRIMIDOS E SOLUÇÃO A 40 ‰

Afamado desinfectante das vias urinárias
e desinfectante interno geral

Indicações:

Cistites aguda e crónica, pielites, pielonefrites, bacteriúria, auxiliar no tratamento da blenorragia, enfermidades infecciosas, etc.

O nome **UROTROPINA** é uma marca registada e propriedade exclusiva da casa SCHERING, onde se fabrica há mais de 30 anos. A larga experiência da sua fabricação e o emprêgo das melhores matérias primas são a garantia da sua superioridade sôbre outros similares.

Embalagem original:

COMPRIMIDOS: Urotropina-Schering, tubos com 20 comprimidos de 0,5 gr.

SOLUÇÃO: Urotropina injectável Schering, caixas com 5 ampolas de 5 c. c. para injecções intravenosas e intramusculares.

SCHERING-KAHLBAUM A. G.

BERLIN

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

SCHERING LIMITADA— LISBOA, Rua Victor Cordon, 7

de se esterelizar *independentemente da persistência da cavidade* gerada pelo derrame e mantida pelo pneumotorax.

A segunda, é que essa cavidade pleural, uma vez estéril, podia transformar-se num pneumotorax fechado e aséptico, cuja reabsorção conduziria, por fim, à aproximação progressiva das pleuras, visceral e parietal.

A cura do empiema não visava pois, nem dependia, da desapareição da cavidade mas da sua esterelização.

Ao contrário, os métodos clássicos (ainda hoje usados) confiam à *drenagem* e à *redução gradual da cavidade aberta*, a cura. Drenagem em que as lavagens antisépticas (que muitos aliás condenam) tem apenas um papel auxiliar sem objectivos de esterelização, e redução da cavidade que depende da aproximação lenta e irregular de duas paredes — uma semi-rígida, outra semi-colapsada — cuja coalescência, garantia da cura, se alcança através dos riscos e intercorrências com que tantas vezes o empiema se torna crónico.

*

* *

Foi em 1917 que Tuffier e Depage comunicaram pela 1.^a vez à Comissão Cirúrgica Interaliada, de que eu fazia parte, os resultados da *esterelização e sutura secundária da pleura* obtidos com o método de Carrel. Então, no 26th *General Hospital* (Étapes) onde dirigia dois grandes serviços de feridos graves, ensaiei logo a sua aplicação às feridas torácicas, aliás mais delicada que nas feridas das partes moles ou fracturas expostas. É que a distribuição regular das múltiplas irrigações por tôda a superfície e fundos de saco pleurais (condição essencial de uma esterelização completa) exigia um contróle radiológico na colocação dos tubos, tornando-os visíveis ao écran por um fio metálico. Processo delicado, moroso, pouco prático e inconstante, mas que serviu para demonstrar o bem fundado, senão do processo, pelo menos do método e do objectivo.

Partindo do princípio de que a irrigação completa de uma cavidade é mais fácil e melhor garantida conservando-a fechada do que abrindo-a largamente, procurei a desinfecção total das cavidades serosas (sinoviais articulares ou pleura) não com incisões e tubos múltiplos, como até então se fazia, mas com um tubo

único que apenas aflorasse o ponto declive da lóca. Por êle tinha mais facilidade de encher e esvasiar completamente, como numa lavagem vesical, a serosa infectada.

No joelho, esta técnica associada à mobilização de Willems, tal como a preconisei na C. C. I. A., é ainda hoje o processo que prefiro para o tratamento das artrites supuradas. Nas feridas torácicas, a aplicação do método é tanto mais racional porquanto o *encerramento da pleura* passou a ser uma das regras essenciais do tratamento das feridas do tórax. Dupla indicação pois para o fechar — fundada na fisiologia patológica do pneumotorax e da drenagem irrigadora.

A técnica do tratamento dos empiemas tal como a descrevi há dez anos, não se baseia noutros princípios, que completei pelo estudo da fisiologia patológica dos empiemas agudos e anatomia patológica dos empiemas crónicos.

A sua evolução pode seguir-se através das minhas seguintes publicações: a primeira sôbre o *tratamento das feridas torácicas* (relatório de 7 de maio de 1918 ao chefe do S. de Saúde do C. E. P. sôbre o funcionamento do 32th Stat. Hospital); o *tratamento dos empiemas* (discussão na Soc. Sc. Médicas, sessão de 15 fev. 1919); *Comunicação ao Congresso de Madrid*, em 23 de abril de 1919; tese do dr. Silva Reis (que inspirei): *As antigas e as modernas bases do tratamento dos empiemas torácicos*, maio, 1919); *Empiemas crónicos* (artigos da Med. Contemp., 1919, publicados depois em *separata*); finalmente, comunicação ao *Congresso de Cirurgia de Strasburgo*, outubro de 1920.

Minuciosamente descritos para os empiemas crónicos nos artigos e comunicações acima citados, os princípios e a técnica do tratamento dos empiemas agudos são talvez menos conhecidos. Êste artigo é essencialmente a conferência que, sôbre êste último tema, fiz, em fevereiro de 1927, no hospital de Arroios.

*

* *

Independentemente da gravidade da infecção, o tratamento dos empiemas agudos é mais delicado que o dos empiemas crónicos — não pela intervenção, que é extremamente simples, mas pela vigilância e cuidados post-operatórios que exige.

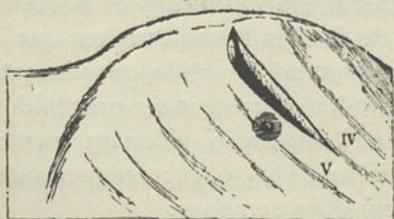


Fig. 1. — Incisão exploradora no 4.º espaço intercostal, dando acesso directo às lesões do pulmão, mediastino e pleura parietal (bridas, fistulas, abscessos e divertículos).

da intervenção que propuz: toracotomia larga que permita examinar o empiema, destruir os septos, suprimir os divertículos, lócas e outros

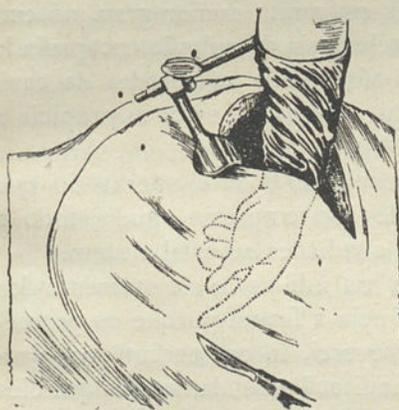


Fig. 3. — Determinação do ponto declive e contra abertura intercostal para a drenagem irrigadora (tubo aflorando a lóca ou sonda de Pezzer).

depois com facilidade o resto, isto é, estereliza a cavidade regularizada, sem que os obstáculos suprimidos tenham agora tendência a recidivar.

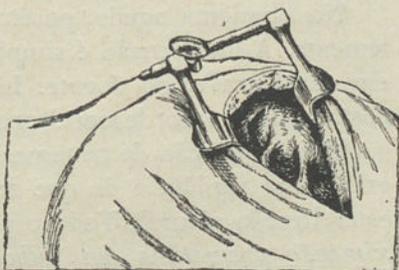


Fig. 2. — Larga exposição da cavidade com o afastador de Tuffier, permitindo introduzir a mão e explorar, desbridar, cortar e desaderir, até unificar tudo numa só lóca.

fócos de reinfectão — ósseos, pleurais ou pulmonares—regularizar a cavidade, determinar emfim o ponto declive e por êle drenar suturando a incisão operatória inicial (figs. 1 a 4).

A irrigação antiséptica faz

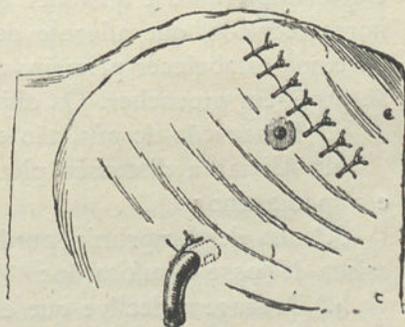


Fig. 4. — Fixação do dreno à parede aplicada herméticamente sobre ele. Sutura completa da incisão exploradora (BIP). Resta ligar o tubo a um sifão.

Por isso, o tratamento post-operatório é simples e os resultados rápidos — à parte os casos de fistulas brônquicas em que o fóco de reinfectão que a fistula constitui, só cessa quando esta fecha; mas estes casos, que aliás podem por vezes ser prevenidos suturando a fistula no momento da intervenção, alongam apenas de alguns dias a esterelização. Fóra dêles, o encerramento da pleura obtem-se freqüentemente em duas semanas.

No empiema agudo, porém, as coisas apresentam-se diferentemente. A intervenção é simples, e tem de o ser, dado o estado, em geral grave, do doente. Limita-se a uma curta incisão intercostal e colocação de um dreno declive.

Mas a direcção do tratamento post-operatório, mais delicada, exige uma vigilância de que dependem a segurança e rapidez da esterelização pleural. Todo o perigo, digamo-lo já, está na *aproximação prematura dos folhetos pleurais* que, originando adherências e septações da cavidade, criam obstáculos à boa drenagem e sua irrigação total, isto é, à base essencial da esterelização. Perigo que não existe, ou apenas em muito menor grau, no empiema crónico *operado*, onde a atelectasia do pulmão encapsulado e a já limitada retractilidade do tórax, dão às paredes da cavidade, que a operação regularizou, uma rigidez pouco propícia a coalescências prematuras.

No empiema crónico, o essencial é o acto operatório que suprime as causas de cronicidade; no empiema agudo, todo o cuidado está em evitar que essas condições se estabeleçam.

Posto isto, examinemos agora mais de perto o tratamento dos *empiemas agudos* e qualquer que seja a forma porque os pormenores técnicos, que adeante descreverei, forem executados, procuremos estabelecer primeiro as indicações fundamentais que êles se propõem preencher. Os objectivos são:

- 1.º Evacuação do pús, tão completa quanto possível;
- 2.º Aliviar a distensão pleural para descomprimir o pulmão e o mediastino;
- 3.º não descomprimir, porém, excessivamente, para evitar as crises de tosse e sufocação;
- 4.º Drenagem declive que evite as retenções;
- 5.º Desinfectão progressiva da cavidade para alcançar uma rápida esterelização;
- 6.º Manter entretanto afastados os folhetos pleurais para

evitar a formação de aderências que bridem a cavidade e criem lócas independentes ou focos de retenção que o tubo deixa de drenar e a própria irrigação antiséptica de atingir ;

7.º Suprimir o dreno tão depressa se alcance a esterelização clínica da pleura (raros micróbios no exsudado), confiando à reabsorção do pneumotorax a expansão ulterior do pulmão.

*

* *

A técnica é de uma extrema simplicidade. É uma pleurotomia curta, de 3 a 4 cent., num espaço intercostal (sem resecção costal) linha axilar posterior. O espaço de eleição (em geral o 9.º ou 10.º) é o da mais baixa punção positiva na linha citada, para cair no ponto declive (fig. 5). Assim determinado, incisa-se, sob anestesia local, a pele, tecido celular e os intercostais até à pleura. Puncionada esta com o canivete, introduz-se imediatamente na cavidade uma sonda de Pezzer, da grossura que o espaço comporte (26 ou 28 Ch.) para se fazer larga e exclusivamente por ela o esvaziamento do empiema.

Para isso, aperta-se com um ou dois pontos de crina a incisão (Bip.) de forma a ajustá-la hermeticamente sobre o tubo. Com uma seringa vesical vai-se agora regulando o esvaziamento da pleura alternando a aspiração do pús com a injeccção de uma quantidade um pouco menor de ar (fig. 6). Assim se consegue, por uma descompressão gradual, esvasiar todo o empiema substituindo-o, pouco a pouco, por um pneumotorax moderado.

Se por cada 100 cc. de pús aspirado se injectarem, por ex., 50 cc. de ar, transforma-se um derrame de 2 litros num pneu-

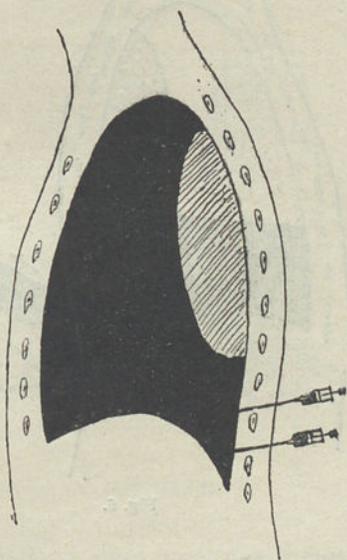


Fig. 5.

motorax de 1 litro, *sem provocar a menor crise de tosse, dispnéa ou cianose*, crises que acompanham quasi sempre — por vezes dramaticamente — as descompressões rápidas das pleurotomias abertas, com a clássica resecção costal. Qualquer ameaça de tosse pode de resto ser logo sustada com a simples injeção de mais ar na pleura, tal é o papel que a descompressão excessiva representa na sua genése e tão fácil é a sua correção.

A obstrução do dreno por falsas membranas, é também mais facilmente vencida com a injeção de ar, que de liquido.

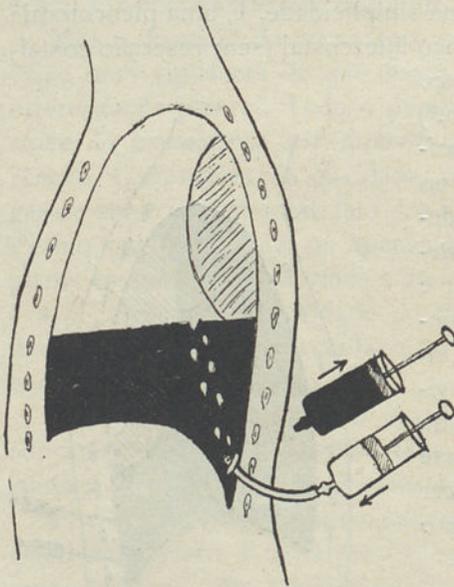


Fig. 6.

A operação pode terminar-se por uma lavagem com flavina (solução aquosa a 1 p. 4000) deixando-se um pouco de soluto na pleura e fechando-se provisoriamente o tubo, com uma pinça, até se instalar o doente na cama. Na ferida, penso com Bip. Êste penso, ao contrário do que sucede nas aberturas largas da pleura, pode manter-se sêco, sem necessidade de ser renovado, durante dias porque tôda a supuração e exsudados se devem esvasiar exclusivamente pelo dreno. Na cama,

liga-se a *Pezzer* a um sifão que, mergulhado num vaso com um antiséptico, mantém de facto fechada a cavidade pleural sem impedir a sua drenagem.

É preciso ter assistido à simplicidade com que se esvasia assim um empiema, sem ataques de tosse, traumatopnéa, cianose ou sufocação, para poder julgar da superioridade do método sôbre todos os outros geralmente empregados. As crianças suportam igualmente bem esta pequena intervenção.

Vejamos agora mais de perto alguns pontos de pormenor.

A drenagem declive. O dreno deve estar no ponto declive que pode ser determinado, como disse, na linha axilar posterior *pela mais baixa punção positiva*. É evidente que o pendor pleural não é anatomicamente fixo nem sempre o mesmo para todos os empiemas; porisso as pesquisas de Bérard e Chabrier para o determinarem no cadáver, me pareceram sempre um pouco ingênuas e vãs. A noção do declive num derrame pleural não é anômica mas funcional, *variável* com as deformações do tórax, posição do diafragma, exsudados e aderências dos fundos de saco costo-diafragmáticos; *móvel* ainda com a respiração e sobretudo com a posição do doente.

Com este sentado ou meio reclinado, o 9.º ou o 10.º espaço drenam em geral suficientemente um derrame, cujo esvaziamento complementar, as irrigações intermitentes e as mudanças de posição do doente melhor garantem.

Se o ponto declive é fácil de alcançar nos empiemas agudos (sem necessidade das duas incisões que Forgeu ainda aconselha, uma exploradora para o determinar, outra mais baixa para o utilizar), a verdade é que uma drenagem que deixe um resíduo pode tornar-se uma causa de cronicidade. Há, porém, sempre maneira de corrigir, pela posição dada ao doente, sobretudo no momento das lavagens, uma incisão não absolutamente declive. Daqui a importância dos cuidados post-operatórios que devem ser dirigidos e vigiados diariamente pelo próprio cirurgião.

Mas para que o declive seja utilizável e o dreno, na posição de eleição, esvasie o derrame, *deve o orifício interno do tubo aflorar apenas a cavidade*. Introduzido de mais, favorece a re-

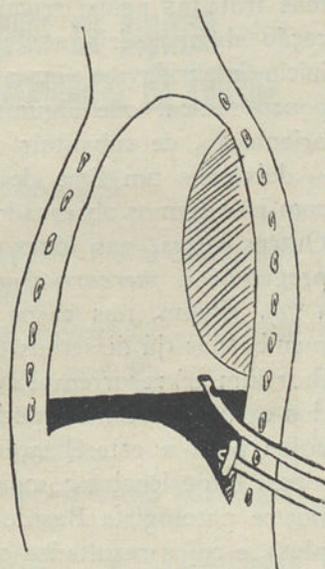


Fig. 7.

tenção e só incompletamente a esvasia qualquer que seja a posição dada ao doente (*fig. 7*). Por isso escolhi, para dreno, *uma sonda de Pezzer* que têm a dupla vantagem de se *fixar automaticamente* e garantir uma *fácil colocação* no fundo de saco pleural, puxando-a simplesmente até ser retida pelo colo.

A irrigação antiséptica da pleura. Problema ligado ao da drenagem e em que nos afastamos da maior parte dos cirurgiões que ultimamente tem escrito sobre os empiemas, é o das indicações e perigos das *lavagens pleurais*. Na experiência destes últimos dez anos, que abrange mais de uma centena de empiemas tratados pelas irrigações antisépticas, nunca vimos complicação alguma séria, atribuível à lavagem pleural. Preferimos de início a acriflavina (ou a trypaflavina) tão bem tolerada e tão pouco tóxica, que algumas vezes — em tentativas feitas noutra orientação, de substituir o empiema por um derrame de flavina — deixámos um litro de soluto 24 e 48 horas na pleura, sem com isso termos observado o menor inconveniente local ou geral. Outras vezes, nas lócas menores dos empiemas crónicos, empregamos o *mercuro-cromo 220* (numa concentração de 0,5 a 1 ‰). Emfim, nos casos de pús concreto ou abundantes falsas membranas (já dissemos que a desobstrução do dreno se faz melhor com ar) recorremos ao soluto de Dakin, cuja acção *dissolvente* dos exsudados é mais poderosa, sendo ainda o antiséptico de escolha para a esterelização final dos empiemas, agudos ou crónicos. Experiências comparativas que fizemos com Morrisson e o ilustre patologista Bashford em 1917, no *26th Gen. Hosp.* (Étapes), e cujos resultados comunicámos, com as respectivas curvas microbianas, a Sir Georges Makins que nos confiara uma das primeiras amostras de *proflavina* enviadas pelo War Office para ensaios, mostraram-nos:

1) que a desinfecção progressiva das feridas (em geral fracturas expostas da coxa) com o penso de *proflavina* (1. p. 1000) obtida aos 14, 16 ou 18 dias não ia além de 1 ou 2 micróbios por campo, o que, sobretudo com o estreptococus, não dava as garantias bacteriológicas que a sutura secundária (sem Bip.) exigia;

2) mas a passagem para o Dakin, antiséptico padrão com que todos os outros foram sempre comparados por Bashford, permitia alcançar então, em 3 ou 4 dias, uma esterelização suficiente para encerrar uma fractura exposta.

CAFIASPIRINA

**Combate eficazmente
reumatismo, gripe, nevralgias**

**Reune as reputadas vantagens da Aspirina
com as conhecidas qualidades vasotónicas da Cafeína**



DOSES

No reumatismo, gripe — 1 a 2 comprimidos 3 vezes por dia.

Nas dôres de cabeça, nevralgias — 2 comprimidos 1 a 2 vezes por dia.

Nas intoxicações pelo alcool — 1 comprimido 2 a 3 vezes por dia.

No emfisema — 1 comprimido 2 vezes por dia.

Nas cólicas menstruais — 1 comprimido 2 vezes por dia.

I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

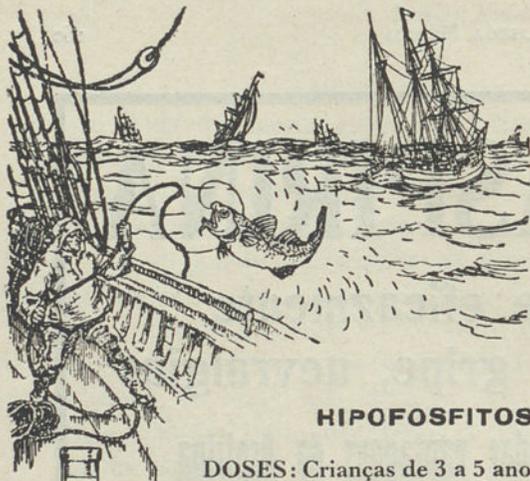
Departamento farmacêutico «Bayer-Meister Lucius»

Representante-Depositário

AUGUSTO S. NATIVIDADE

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º

LISBOA



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio, de ferro, de quinina e de estricnina.

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de café por dia.
De 5 a 10 anos, de duas a quatro colheres das de doce por dia.
De 10 a 15 anos, de duas a quatro colheres grandes por dia.
Adultos, de três a quatro colheres grandes ao dia.

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

GLEFINA é o único meio que o médico tem para formular **ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

Outras especialidades: TÓNICO SALVE: Reconstituinte do sistema nervoso.

GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Depositários gerais para Portugal: COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE, L.^{da}
Rua Primeiro de Dezembro — LISBOA

eregumil Fernández

Alimento vegetariano completo em base de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal:

Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados e princípios minerais (fosfatos naturais)

Insostituível como alimento, nos casos de intolerâncias gástricas e afecções intestinais. — Especial para crianças, velhos, convalescentes e doentes do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^{sa} — MÁLAGA

Depositários: GIMENEZ SALINAS & C.^{sa}

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o

LISBOA

Foi baseado nesta experiência que escolhi para a desinfecção dos empiemas, dentre os muitos antisépticos com que durante e após a guerra tenho trabalhado, a flavina e o Dakin.

A flavina, não tóxica nem irritante, fixando-se à superfície da pleura sem se decompor, de acção por isso mais duradoura que o Dakin, poupa melhor, de início, a sensibilidade pleural e dispensa a renovação freqüente das irrigações. Uma ou duas por dia, bastam. A partir do 8.º ou 10.º dia, quando o exsudado de purulento se tornou quasi exclusivamente mucoso, passa-se então para o Dakin, em lavagens mais freqüentes que, pelo menos durante dois ou três dias, devem fazer-se de 3 em 3 horas para a esterelização final. Só então se suprime o tubo, examinando-se um esfregaço do exsudado.

O papel activo desta desinfecção química é para nós — como o foi para Carrel, Tuffier, Depage, Dehelly e mais recentemente para Gibbon e Eggers entre outros — indiscutível.

Creio que, na pleura, ninguém levou as conseqüências dos princípios de Carrel tão longe como eu, e os resultados que publicámos nos empiemas crónicos são uma prova evidente do papel *activo* que as irrigações antisépticas representam na sua rápida esterelização e da responsabilidade que cabe à insuficiência dessa desinfecção na génese da cronicidade.

Já no estudo de 1919 (*separata*, pag. 30) citei dois casos de empiemas crónicos operados com resecção costal e simples drenagem que fistulizaram e nesse estado me chegaram às mãos. Bastou submetê-los, pela própria fistula, às irrigações com Dakin, para rapidamente os esterelizar e curar.

Um dêles, operado 6 meses antes, mantinha uma cavidade de 200 cc. Esterelizou-se em 10 dias, e 48 horas depois de retirado o tubo que introduzimos na fistula, fechava definitivamente.

Gibbon e Eggers citaram casos idênticos (*Am. jour. of med. Sc.*, n.º 4, 1922).

Mais recentemente, já no meu serviço do hospital de Arroios, tivemos ocasião de observar e mostrar um caso mais eloqüentemente demonstrativo ainda.

Tratava-se de um rapaz de 22 anos (obs. n.º 1232) que *ano e meio antes*, após uma pontada, 40º,2, tosse, etc., fizera um empiema estreptocócico do lado esquerdo, tratado noutro serviço pela resecção da 10.ª costela e drenagem.

Nunca mais fechou e foi admitido por fim no nosso serviço com uma fistula pleural, ao nível da resecção costal, e um *empiema necessitatis*, ainda não aberto mas tufando já à frente, no 2.º espaço intercostal. Ponta do coração por fóra do bordo external direito, febril, albuminúrico, estreptococcus no pús e reacção de Wasserman + + — —. A cavidade do empiema, estreita e alongada em altura, estendia-se desde a fistula (donde irradiava ainda um pequeno divertículo) até ao vértice do hemi-tórax esquerdo com uma capacidade de 150 cc., sem fistula pleuro-brônquica e uma forma que a radiografia (com lipiodol) mostra regular sem qualquer divertículo ou lóca secundária (*fig. 9*).

Em face disto, como a fistula occupava um ponto sênsivelmente declive, limitámo-nos a dilatá-la para introduzir um dreno-sifão, irrigando a cavidade, primeiro com flavina, depois com mercuro-cromo.

Doze dias depois o exsudado estava transformado de purulento em mucoso e o esfregaço era já negativo.

Apirético, com grande melhora do estado geral, a tumefacção do empiema *necessitatis* desaparecida, o exsudado pleural mucoso e estrêil, resolve-se suprimir o dreno. *Era o 12.º dia do tratamento*. Dois dias depois a fistula fechava expontânea e definitivamente. Nova radiografia mostra uma faixa de pneumotorax separando o pulmão da pleura parietal. Durante duas semanas, o doente conservou-se ainda em observação, mantendo-se sempre apirético. Com ótimo estado geral, tem alta a 10 de Janeiro de 1927.

Assim, o que se não obtivera em *ano e meio* de drenagem, aliás em boa posição, alcançou-se em *12 dias* de irrigação anti-séptica, com mercuro-cromo.

É mais uma demonstração interessante, creio, a juntar às outras já citadas (e de que Eggers publicou também exemplos) da importância decisiva que, por vezes só por si, pode ter a desinfecção química no tratamento do empiema. E é ainda a confirmação do valor do *critério de cronicidade* tal como o defini em 1919.

O que gera a cronicidade é (à parte a tuberculose que em tudo isto está excluída e contra o que afirmaram Tuffier e Janssen, entre outros) menos o tempo e a natureza da infecção do que a *existência de causas de reinfecção que se tornam um obstáculo à esterelização*. Se estas causas não existem, a esterelização obtem-se em qualquer altura da evolução do empiema. A cronicidade nestes casos não é inerente à doença mas à deficiência do tratamento.

O critério da cronicidade, assim encarado, não tem apenas um valor de doutrina mas um alcance terapêutico imediato.

Um obstáculo delicado a considerar, na esterelização dos em-

piemas agudos, é a *fistula pleuro-brônquica* — em que Wilensky havia de ver a causa essencial da reinfeção.

O seu diagnóstico é fácil. Já provável se houve vômica, é certo quando o doente sente na bôca, a certa altura da irrigação pleural, o gôsto amargo da flavina ou uma emanção de hipochlorito, esta por vezes tão irritante que as crises de tosse e sufocação obrigam a pôr o Dakin de parte, enquanto a fístula não cicatrizar. Estas fistulas, aliás mais freqüentes e rebeldes nos empiemas crônicos que nos agudos, restringem apenas o uso do Dakin ou a amplitude das irrigações, *sem as fazer cessar*, tanto mais que é a própria desinfecção a melhor maneira de as curar. Fechadas, pode recorrer-se de novo ao Dakin e completar-se a esterelização já sem perigo de reinfeção.

A *formação prematura de aderências na gênese da cronicidade*. Um dos princípios fundamentais da técnica que preconizamos, mais em desacôrdo com as idéas correntes, é o de *manter durante o período de desinfecção os dois folhetos pleurais tão afastados quanto possível, por um pneumotorax fechado*. Esta é a melhor garantia de uma bôa drenagem e sobretudo de irrigação total da cavidade — condições essenciais para a esterelização.

A pleurotomia habitual, com tórax aberto, conduz logo de início, pela retracção rápida da parede, penso mais ou menos oclusivo da ferida e expansão consecutiva do pulmão, a uma aproximação *parcial* dos folhetos com formação, quasi sempre irregular, de aderências. A cada penso e renovação do pneumotorax, o pulmão fixado num ou noutro ponto da parede ou do diafragma, retrai-se irregularmente e assim se vão constituindo, pontes, bridas e lócas secundárias, germens de retenção séptica em cujo papel tanto temos insistido (*fig. 8*).

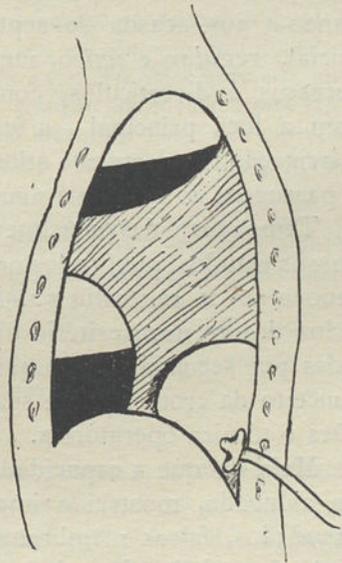


Fig. 8.

Muitos cirurgiões procuram favorecer estas coalescências pleurais, na idéa de obterem uma rápida redução da cavidade (Forgue, Keller, etc.) como se fôsse o tamanho e não a sua regularidade que importasse. Simplesmente, aquilo de que procuram fazer uma condição de cura rápida torna-se freqüentemente uma causa decisiva de cronicidade. É que a adesão dos folhetos pleurais, como a das serosas articulares, faz-se em pontos isolados, por ilhotas, ao acaso dos contactos e não por coalescência regular e progressiva de superfícies contíguas, que respeitem a unidade cavitária. Porisso as aderências precoces, *antes da esterealização da cavidade*, podem comprometer o futuro desta, entregando-a aos acasos de septações que transformam o empiema inicial, *regular e único*, numa cavidade multilocular. São estes recessus e divertículos, comunicando mal entre si e pior ainda com a lóca principal — a única que a incisão operatória drena e a irrigação regularmente atinge — que explicam, como demonstrei, a passagem do empiema agudo à cronicidade.

Temos certo desvanecimento em reconhecer agora que foram os nossos estudos, publicados na primavera de 1919, os que primeiro renovaram a *anatomia patológica do empiema crónico*. Focadas à luz de um novo critério patogénico e terapêutico, lesões até aí tidas por secundárias, passaram a ocupar um lugar primacial no conceito da cronicidade e suas causas, como nas próprias indicações e técnica operatórias.

Mais do que a capacidade do empiema e sua forma achatada ou alongada, mostrei a importância do conteúdo (natureza dos exsudados, falsas membranas, corpos estranhos) e *sobretudo da septação multilocular* criada pelas bridas, pontes e aderências entre pulmão, pericárdio, diafragma e parede torácica, cujas lesões minuciosamente descrevi. Insisti então nos *divertículos* ante e retro-pulmonares, mediastinais e dos fundos de saco costo-diafragmáticos, cujo papel na reinfecção julguei desde logo essencial.

Nas lesões de *paquipleurite parietal*, a que Schede dera outrora a importância primária que Letulle, Delorme e Picqué haviam de atribuir, por sua vez, à *pleurite visceral*, vi antes uma consequência do que uma causa de cronicidade, mais importante para o prognóstico da mobilidade torácica e expansibilidade pulmonar do que propriamente para a esterelização da cavidade, isto é, para a cura do empiema.

Em contraposição, nas drenagens não declives ou deficiências de desinfecção activa, nas fistulas dos empiemas *necessitatis*, nos fócios de osteíte esternal e sobretudo costal (consecutivas ou não a resecções), nas fistulas pleuro-brônquicas emfim, vi outras tantas causas de cronicidade, que uma terapêutica lógica do empiema crónico tinha de suprimir e a do empiema agudo de evitar.

E, assim, conclui (*separata da Med. Contemp.*, 1919, pág. 18):

Em face destas lesões tão variadas e complexas e de outras que omitti por serem bem conhecidas, compreende-se agora o fracasso dos antigos métodos e até dos novos, quando procedem como se as ignorassem.

É da sua exploração completa e do reconhecimento da sua diversidade que saem as indicações cirúrgicas diferentes que a cada caso correspondem.

Essas lesões, devem porém ser estudadas e tratadas olhando-as, não apenas pelo papel que possam representar na redução da cavidade (que era o principal objectivo que outrora se procurava) mas *como fontes de reinfeção, ou obstáculo à esterelização progressiva*, que é o ponto de vista essencial que devemos ter.

É porisso que, sem ter a pretensão de escrever um capítulo novo de anatomia patológica dos empiemas, julguei necessário chamar a atenção para certas lesões que teem actualmente uma significação e importância diferentes das que tinham até aqui.

Penso pois, que a revisão do seu estudo e a junção de novas observações estudadas sob êste novo ponto de vista, *de obstáculo à esterelização*, serão a base essencial do tratamento dos empiemas.

Posso hoje dizer que os trabalhos posteriores de Hedblom (*Ann. of Surg.*, Sept., 1920), Donati (*Arch. ital. di Chir.*, 1921, t. III, f. 6), Keller (*Ann. of surg.* 1922, n.^{os} 5 e 6) e sobretudo Wilensky (*Id.*, 1921, t. 73, n.^o 1) e Eggers (*Id.*, febr. a. march, 1923) não fizeram senão confirmar a importância das causas de cronicidade que eu já revelara e descrevera em 1919.

Keller acha em 60,8 % fistulas brônquicas, em 90 % osteítes das costelas, em 75 % lócas secundárias e divertículos e em 15 % corpos estranhos.

Wilensky, reconhece entre as causas que reinfectam a pleura: a) uma drenagem insufficiente ao nível do orificio externo ou ineficaz em consequência da estructura complexa da cavidade (divertículos, etc.); b) fócios de osteíte costal; c) corpos estranhos; d) fistula pleuro-brônquica. São essencialmente as lesões que eu expuzera, dois anos antes, em Madrid; apenas Wilensky atri-

bui um predomínio, a meu ver exagerado, da fístula brônquica sôbre os outros factores de reinfectão.

Eggers, baseado em 192 observações, descreve como *causas locais* de cronicidade: *a) fistulas superficiais* (muitas delas ligadas à osteíte costal e à condrite); *b) aperto* do orifício de drenagem; *c) drenagem não declive*; *d) bolsas, divertículos e lócas secundárias* (sobretudo no seio costo-diafragmático); *e) paquipleurite com pequenos abscessos*; *f) rigidez* das paredes do empiema; *g) pneumotorax*; *h) fístula brônquica*; *i) corpos estranhos* (drenos, balas, etc.); *j) a irritação do Dakin*, etc. É mais uma vez a reprodução das lesões que eu descrevera em 1919 e que Keller, Wilensky e Eggers, certamente sem o suspeitarem, não fizeram senão confirmar. Apenas Eggers considera, a meu ver injustamente, a rigidez da parede e o pneumotorax, como causas de cronicidade quando (julgo tê-lo provado claramente) a cura pode obter-se a despeito da rigidez e graças ao pneumotorax.

Também a acção do Dakin, factor de cronicidade (!), parece-me um pouco paradoxal e absolutamente inexplicável para quem do seu emprêgo possua, como eu, uma experiência baseada em milhares de casos; só em 1917 mais de 2:000 feridos ingleses graves, entre os quais muitos pleuro-pulmonares, tratados com Dakin. E, em cêrca de 100 empiemas, foi êste o antiséptico mais geralmente empregado.

Das nossas observações concluiu-se que os factores essenciaes de infecção, eram:

a) na pleura visceral, as fistulas pleuro-brônquicas, com ou sem focos de supuração pulmonar;

b) na parede torácica, a osteíte costal;

c) na cavidade, uma drenagem deficiente, ou por não estar no declive ou sobretudo pela existência de lócas e divertículos.

Destas causas, algumas podem evitar-se:

1) *as osteítes*: pondo de banda definitivamente *a rotina duplamente absurda da reseccão costal*, inútil para a drenagem e nociva para a desinfecção (como Lockwood acentuou também recentemente para os abscessos sub-frénicos);

2) *as fistulas pleuro-brônquicas*: operando cedo, antes da vômica (de resto nos casos agudos têm pouca tendência a persistir).

Assim, o grande escôlho do tratamento dos empiemas agudos,

o perigo essencial da sua passagem à cronicidade é a *septação da cavidade*, e os melhores meios de a evitar são:

a) as grandes irrigações da pleura, que afastam os folhetos e desfazem as coalescências com que se iniciam os septos;

b) o *pneumotorax fechado*, que nos intervalos mantém a unidade cavitária.

Esta é a dupla garantia de uma desinfecção progressiva e, por ela, de uma esterelização rápida e segura.

De todos os princípios que estabeleci em 1919 só estes, me parece, não foram ainda suficientemente considerados pelos que, desde então, se tem ocupado dos empiemas.

Hathawaz (*Brit. Med. Journ.* 1920, n.º 3100) — em tentativas de abertura e sutura imediata dos empiemas, que Fisher repetiu depois (*Klin. Woch.*, 1922, I, 16) ambos aliás com sucesso incerto e desuniões freqüentes — Hathawaz compreendeu que uma das melhores garantias do seu processo audacioso era a *libertação completa do pulmão* de tôdas as falsas membranas e aderências, sem a qual a acção antiséptica (flavina e vaselina iodoformada) corria o risco de ser incompleta. E já Lloyd (*Ann. of surgery*, 1907) desfazia sistematicamente as aderências pulmonares, tão nocivas as julgava; e Homans (*Id.*, 1918), tinha-as como *causa de cronicidade* — uma das raras opiniões com que agora me encontro.

Mas a obsessão da expansão pulmonar precoce e de facilitar com as aderências pleurais, a cura, domina a técnica de quasi todos os cirurgiões esquecendo, ou não concebendo, que o objectivo primacial é outro — *esterelizar a cavidade primeiro e deixar expandir o pulmão depois*. As aderências não facilitam, só *dificultam* essa esterelização. Nesta maneira de conceber o problema, reconheço que ainda me encontro isolado. Outro, mais orgulhoso, considerar-se hia num *splendid isolement...*

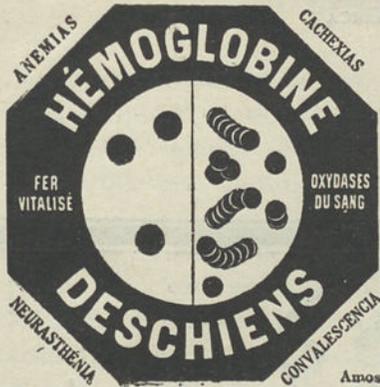
Eggers, a cujos estudos anátomo-patológicos já me referi, não tirou da sua aplicação aos empiemas crônicos a técnica lógica que essas lesões e os novos princípios da cirurgia torácica (Duval) sugeriam. Nos empiemas agudos descreveu em 1920 (*J. of A. M. Ass.*, v. 75. N.º 15) uma intervenção idêntica à que eu preconizara: incisão do 8.º ou 9.º espaço sem resecção costal, sutura das partes moles em tórno do dreno, *sifonage* à Bülow, etc. Mas vê-se que está completamente fóra da nossa concepção terapêu-

tica quando a partir do 5.^o ou 7.^o dia, até ao qual não faz lavagens, conta com as aderências que se criaram (suficientes para impedirem o pneumotorax) e passa a fazer a drenagem clássica, com o tubo aberto. Duplo êrro, que abre as portas à cronicidade e deixa arrastar durante 2 ou 3 meses uma cura, que, continuando a desinfecção, podia alcançar-se rapidamente em 2 ou 3 semanas.

Agora se compreende que, para Eggers, a rigidez da parede e o pneumotorax sejam uma causa de cronicidade, tão agarrado está ainda à antiga obsessão de aproximar as paredes em vez de as esterelizar. A sua operação do empiema crónico é essencialmente uma mobilização da parede com resecção costal unida a uma descorticação pulmonar.

Tourneix (*Thèse de Paris*, 1924) acentuou bem, com dados estatísticos, a superioridade (em que desde o início insisti) da drenagem com tórax fechado e que Ransohoff (Cincinatti) aconselhou também em 1920. Não aceita, no que estamos de acôrdo, que as lesões pulmonares ou a bilateralidade do derrame contraindiquem a abertura precoce dos empiemas gripais; os resultados desastrosos temidos por Maurice Renaud e citados por Tuffier e Janssen (*Relat. Congr. Cir. Paris*, 1920) atribui-os com razão ao tórax aberto. Mas é contra as irrigações e preconiza a *drenagem irreversível de Grégoire*, com uma lâmina de cautchú num espaço intercostal baixo. Mortalidade 8,3 %, média de cura 46 dias. É já melhor que com o tórax aberto mas, como tôda a drenagem passiva, está numa muito mais estreita dependência da unidade e declividade cavitárias do que a desinfecção activa; porisso mesmo esta é susceptível de curar, como demonstrámos, casos em que uma longa drenagem simples se mostrou insuficiente.

Na Alemanha, a-par-de alguns como Suermont (*Deut. Zeitschr. f. chir.* Junho, 1924) que empregam o Dakin e visam à sutura secundária, outros como Kögel (*Zentr. f. chir.* 22 Novembro, 1924), Malher e Ochsner (*Deut. Zeitsch. f. chir.* Novembro, 1924) e Mühsam (*Med. Klin.*, 26 Fevereiro 1926) defendem ainda a resecção costal contrapondo-a às lavagens antisépticas e *sifonage*. Mas a mortalidade de Kögel (22 %) e a de Mühsam, da clínica de Nordman (20 % na melhor série e 60 % nos casos graves), assim como a média de tratamento (64 dias) não justificam as suas preferências. Já Tourneix opozera a mortalidade



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Minerâes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^a, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, Lisboa



FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes
FERRO, MANGANEZ, CALCIUM
em combinação nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO
AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome PARIS 8^e)

PRODUTOS

Serono

Bioplastina Serono

Leticina de gema d'ovo
em sôro fisiológico

L. Lepori

RUA VICTOR CORDON, 1-A

LISBOA

dos tórax abertos (23,6%) à dos tórax fechados (10%), com uma mais freqüente passagem à cronicidade (12% contra 6%) e uma maior duração do tratamento (71 dias contra 42 dias). A técnica que preconizamos, cuja mortalidade, é mínima não exige, nos casos bem vigiados, mais de 2 a 3 semanas de tratamento.

Se os trabalhos desta última década confirmam na sua maioria a descrição anátomo-patológica que dei ao Congresso de Madrid, das lesões do empiema crônico (e em que voltei a insistir no Congresso de Strasburgo) o ponto de vista físiopatológico da gênese dessas lesões e suas conseqüências terapêuticas para o empiema agudo, parece não ter sido ainda apreendido.

*
* *
*

Mas não são apenas os sucessos operatórios que confirmam a justeza dos princípios enunciados; o próprio fracasso aparente de certas observações é uma contraprova do que estes teem de essencial. É assim que certos acidentes de evolução ou faltas post-operatórias susceptíveis de facilitarem as aderências (que os cirurgiões em geral procuram e nós receamos) podem alterar logo a marcha e o tempo de esterelização.

Porisso as *vômicas* e as *punções largamente evacuadoras* antes da operação, favorecem, mesmo com um esvaziamento incompleto, a aproximação dos dois folhetos pleurais e com ela uma septação indesejável. A pleurotomia feita nestas condições não encontra já a *unidade* e *regularidade* do empiema primitivo; nova razão para intervir sempre precocemente e contra-indicação às tentativas, quási sempre vãs e já agora nocivas, das punções evacuadoras, tanto mais que a pleurotomia garante, com a mesma simplicidade, resultados incomparavelmente superiores.

Exemplo dos inconvenientes das punções aspiradoras:

Rapaz de 16 anos (obs. 1340 da enf. n.º 2 do Hospital de Arroios). Um mês antes, pontada do lado direito do tórax, febre, dispnéa. Pleurisia. 1.ª punção serosa (?) logo depois purulenta. Evacuação de *sete decilitros de pús*. Melhora passageira, seguida de recidiva do derrame. Entra a 13-II-27 no meu serviço de Arroios. É um empiema da grande cavidade direita, *strepto* e *pneumococos*. Ponta do coração, dois dedos por fóra do mamilo esquerdo.

Imediatamente operado, sob anestesia local. *Pleurotomia* do 9.º espaço com a técnica do serviço, sifonage e irrigação intermitente.

Ao 9.º dia há já raros pneumo e strepto, mas a temperatura é irregular e a drenagem evidentemente imperfeita. O dreno está bem colocado mas a radioscopia revela uma cavidade septada em duas lócas por forte aderência freno-pulmonar. Tenta-se ainda assim a esterelização, que se alcança lentamente, tanto mais que o doente exige a saída do hospital e faz um tratamento ambulatorio irregular. A fistula ora fecha ora reabre.

Só 4 meses depois se pode suprimir definitivamente o tubo, quando a apirexia, a esterilidade do exsudado e a radioscopia (ausência de derrame) a isso nos autorizaram. Revisto um ano depois está gordo, curado, sem fistula. Estado geral ótimo. Boa função pulmonar do lado esquerdo.

Mas não são apenas as punções evacuadoras que, como neste caso, são susceptíveis de originar septações; as *vômicas* podem ter efeito idêntico com a agravante da *fistula pleuro-brônquica*. Só nos empiemas enquistados a *vômica* é por vezes um processo de cura; nos da grande cavidade deixam sempre um germen de reinfeção e demora que há tôda a vantagem em evitar. Outras vezes são os acidentes post-operatórios de uma vigilância irregular, como na obs. precedente, ou de uma técnica mal conduzida que criam atrasos na esterelização. Assim, mau funcionamento do sifão, saída do dreno para fóra da cavidade (expulso num ataque de tosse), obstrução do tubo por falsas membranas, deficiências da irrigação pleural (na quantidade ou na freqüência), podem comprometer os resultados do método, mais por êrros de vigilância que falência dos princípios. Exemplo:

Rapaz de 17 anos (obs. 1696) que no decurso de uma febre tifóide, já com mês e meio de duração, fez uma *pleurisia purulenta do lado esquerdo, ebertiana*, no hospital do Rêgo, donde foi transferido para a enf. n.º 5 e daí para o meu serviço de Arroios. Entra com um grande derrame que lhe abaúla e imobiliza o hemitorax esquerdo, a ponta do coração batendo já fóra do bordo esternal direito. Muito anemiado e emmagrecido, febre 38º, pulso freqüente (130) e fraco, estado grave de infecção e astenia, em iminência de sufocação. O exame do pús obtido por punção revela b. de Eberth. 10-XII-27: operado imediatamente sob an. local. *Pleurotomia no 10.º espaço*, linha axilar posterior. Dreno-Pezzer, evacuação gradual de ca. de 2 litros de pús substituídos por 1 litro de ar. Sifão e lav. de flavina. O estado geral melhora rapidamente, temp. cai a 37º, o pulso a 120 e depois a 100. Desaparece a opressão e polipnéa. Quatro dias depois o exsudado deixa de ser purulento e ao 10.º dia é *puramente mucoso*. A ponta do coração bate na linha mediana.

Continúa apirético. A partir desta altura porém, por uma má interpreta-

ção das instruções dadas, interromperam-se as irrigações antisépticas ficando o doente com o dreno aberto. Quando o vejo dias depois encontro-o com febre e sinais de uma retenção purulenta. Instalo de novo o sifão e as lavagens pleurais, primeiro com flavina depois com Dakin. Só uma boa distensão da cavidade (ca. de 300 cc.) faz cair a temperatura e o exsudado volta a ser claro. Durante dois dias as distensões com Dakin revelam uma pequena fistula pleuro-brônquica que fechou rapidamente sob a acção do próprio anti-séptico. Em 10-1-928, isto é, *um mês depois de operado*, de novo apirético, exsudado claro. À *radioscopia* o pulmão esquerdo regularmente expandido, limitado por uma faixa de paquipleurite, envolvido por um pneumotorax moderado *sem o menor derrame*, aliás procurado em várias posições. Uma radiografia fixa o aspecto (*fig. 10*). Mais algumas lavagens de Dakin e supprime-se o tubo, o que basta para oclusão da pleura. O pulmão esquerdo já respira em tãda altura. O coração bate um pouco por dentro da linha axilar esquerda. O estado geral excelente. Apirético, sem a menor deformação torácica. Fica ainda alguns dias em observação. Nova radioscopia que mostra uma grande redução do pneumotorax e uma quãsi completa expansão pulmonar. Tem alta, curado.

Esta observação é uma prova da importância essencial dos cuidados post-operatórios que regulámos e dos princípios em que se inspiram. Enquanto estes se observaram, a marcha para a esterelização foi rápida até ao 10.^o dia. Mais 3 ou 4 dias de injeções e ter-se hia curado, como tantos outros, no praso habitual de 2 semanas. Interrompida intempestivamente a desinfeção pleural (como na técnica de Eggers) surgiu logo retenção e febre. Restabelecidas as lavagens com distensão da pleura, esta esterelizou-se logo e fechou.

Como se vê, o problema terapêutico dos empiemas é sempre duplo: esterelizar a cavidade e evitar que se reinfecte. Se o 1.^o ponto é fácil, o 2.^o, mais delicado, exige uma vigilância atenta, de resto largamente compensada pela rapidez brilhante dos resultados. Aliás instalam-se as condições que só a operação do empiema crônico consegue depois suprimir.

A supressão do dreno e o pneumotorax residual. Esterelizada a pleura, basta suprimir o dreno para esta se fechar de um dia para o outro, sob a protecção de um simples penso aséptico. A reabsorpção do pneumotorax e conseqüente expansão pulmonar, agora útil e sem perigo, são mais ou menos prontas conforme a antiguidade da paquipleurite. Uma e outra podem seguir-se à radioscopia e são evidentemente mais rápidas nos empiemas agudos que nos crônicos, podendo não deixar sinais

alguns de deformação torácica. Empiemas porém relativamente recentes podem acompanhar-se de espessamentos pleurais que atingem 4 e 5 mm. (obs. 1696); mas são lesões temporárias cuja retrocessão se verifica nos exames posteriores.

Resultados: A mortalidade dos empiemas agudos está estreitamente ligada não só à gravidade da infecção, isto é, dos agentes que a causam e da sua virulência (Eggers), como da duração da septicémia, estado funcional dos parênquimas, etc. A mortalidade imputável à operação, feita com anestesia local e a técnica que descrevi, é nula; e a intervenção, sem descompressões bruscas nem pneumotorax aberto, subtraindo o doente à reabsorção séptica e à compressão do mediastino, dá uma imediata melhora e alívio. Por vezes a queda da temperatura é definitiva. Ao contrário do que se tem escrito e como já atrás disse, as lesões pulmonares, se são um motivo de gravidade, não são nunca contraindicação à intervenção, como também o não é a bilateralidade da supuração. Precisamente a importância do método está em esvaziar o pús sem alterar (senão na medida em que se desejar) o equilíbrio da pressão pleural. É uma substituição de pús por ar e flavina, sem risco para o regimen circulatório do pulmão.

Quanto à duração habitual do tratamento depende, como já acentuámos, do empiema ter conservado a unidade cavitária primitiva ou esta ter sido alterada por acidentes pre-operatórios (vómicas, fistulas brônquicas, punções aspiradoras) ou post-operatórios (falta de vigilância na drenagem, deficiência ou suspensão intempestiva das lavagens, etc.).

O verdadeiro empiema agudo, isto é, o que não tem ainda elementos de cronicidade, cura-se em média em 2 a 3 semanas.

Recentemente, operei no mesmo dia, perante um curso da Faculdade de Medicina, dois empiemas agudos, um dos quais já com aderências se esterelizou em 3 semanas. O outro está em via de cura. Tal é a regra de que cito apenas estes dois exemplos por serem os mais recentes.

O empiema crónico, isto é, aquele que pela história, exame clínico e radiológico (cheio primeiro de lipiodol e esvasiado depois para estudo das manchas residuais e diagnóstico das causas de cronicidade), deve ser operado segundo a técnica que em tempos descrevi (figs. 1 a 4). Uma vez regularizada a sua cavidade, estereliza-se como um empiema agudo, em três semanas. Limite-me

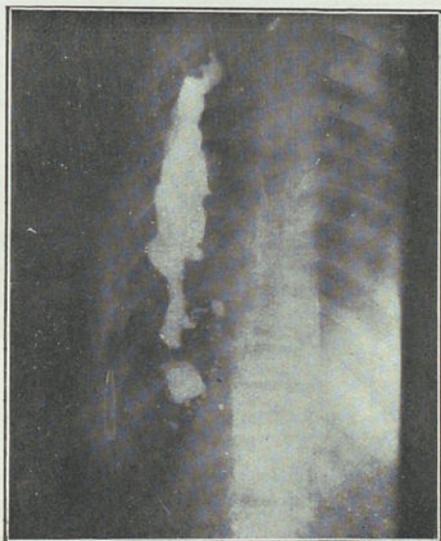


Fig. 9.

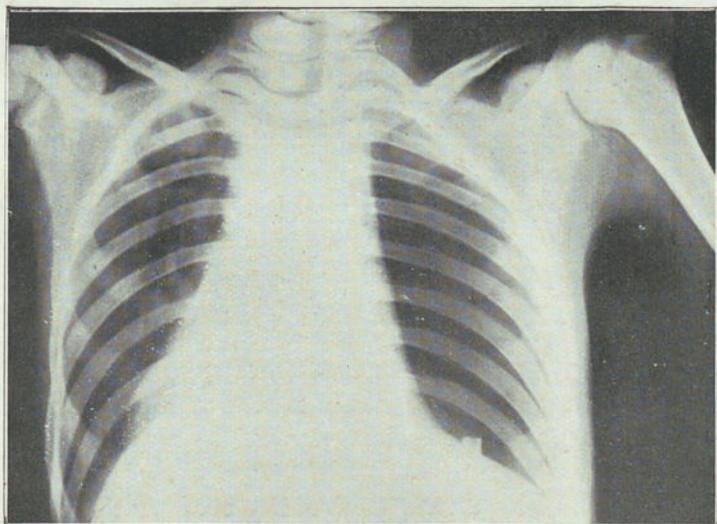


Fig. 10.

a remeter o leitor para a estatística em tempos publicada (*Med. Contemp.*, 1919). Emfim, certos empiemas não recentes, estudados à radioscopia, podem apresentar um derrame bastante importante para autorizarem um ensaio de simples pleurotomia, tratando-os como um empiema agudo, embora pela duração o não sejam. Se a evolução do caso e um novo estudo radiológico, agora mais elucidativo das suas lesões cavitárias, nos revelarem causas persistentes de cronicidade, é evidente que tem de ser tratado como um empiema crônico. A pleurotomia preliminar teve porém a vantagem de melhorar o estado geral do doente e a infecção da cavidade, preparando-a para a intervenção, mais complexa, da regularização operatória.

*

* *

Tudo o que deixamos escrito se refere aos *empiemas da grande cavidade, não tuberculosos*. Os pequenos empiemas enquistados devem ser tratados como abscessos, embora de acesso nem sempre fácil, conforme a sua situação. Em íntima relação com o pulmão curam-se por vezes por vômica; mais perto da parede costal devem abrir-se largamente, resecando uma ou mais costelas, tamponando-os ou drenando-os. Excluídos da grande cavidade nada tem que ver com os princípios fisio-patológicos e terapêuticos que este artigo analisa e defende.

Nos empiemas localizados, a vômica, a aspiração, a resecção costal e a abertura larga, são por vezes o melhor processo de cura, enquanto que nos da grande cavidade, estes mesmos meios — contam-se entre as causas mais freqüentes de cronicidade. Tal é a diferença fundamental dos dois problemas — tantas vezes confundidos!

ANGINA PECTORIS (1)

PATOGENIA E TRATAMENTO

POR

EDUARDO COELHO

(2.^a lição)

MEUS SENHORES :

Examinados os aspectos anátomofisiológicos do sintoma predominante da angina — a dor — o seu aparecimento nas diferentes doenças cardíacas, os trajectos que condicionam a sua produção e irradiação, os caracteres clínicos dos sintomas da endarterite das coronárias e do síndrome clássico da angina de Herberden, o seu polimorfismo etiológico, mostrar-lhes hei, de seguida, qual o tratamento a que devemos submeter estes doentes.

O tratamento médico da angina pectoris compreende o repouso, o regime alimentar e o tratamento medicamentoso.

O repouso e o regime alimentar obedecem aos mesmos preceitos de que lhes falei noutras lições, ao expor-lhes as regras gerais do tratamento das doenças cardíacas. Não desejo cair em repetições inúteis.

Os medicamentos de que devem lançar mão durante o acesso anginoso são especialmente os nitritos e a morfina.

Costumo, na minha prática clínica, empregar a trinitrina em injeção subcutânea (2 gotas a 1 0/0), associando-lhe um centigrama de cloridrato de morfina e meio miligrama de sulfato de atropina. Êste último impede, em parte, os inconvenientes da morfina. Se os acessos são muito frequentes, emprego, juntamente com a trinitrina, cafeína e ópio *per os*.

(1) Lições feitas aos alunos da *Cadeira de Clínica Terapêutica*, em 17 e 21 de Janeiro de 1928.

Todavia, quando os acessos resistem à medicação pelos nitritos ou se tornam subintrantes, devemos proceder à anestesia, pela novocaina ou pela tutocaina, dos nervos raquídeos que correspondem ao segmento da irradiação dolorosa. A anestesia deve incidir sobre o 2.^o e o 3.^o nervos raquídeos esquerdos, isto é, sobre os nervos das raízes que contêm maior número de fibras sensitivas cárdio-aórticas. A anestesia é feita sobre estes nervos, mas fora dos ramos comunicantes. Danielopolu demonstrou que a anestesia das fibras sensitivas cérebro-espinais pode influenciar consideravelmente, a distância, o funcionamento das fibras sensitivas viscerais correspondentes.

Passadas as crises anginosas, impõe-se o tratamento preventivo dos acessos.

Se a causa que desencadeia o síndrome é conhecida, far-se há, em primeiro lugar, e sempre que fôr possível, um tratamento etiológico. Se o ateroma da aorta ou das coronárias não tem tratamento causal, a aortite ou a coronarite sífilítica, quando recentes, podem ceder à medicação anti-sifilítica. Já lhes citei dois casos da minha consulta externa, cujos resultados alguns dos senhores tiveram ensejo de observar.

Podemos empregar, então, os preparados de bismuto ou de mercúrio, e ainda o neosalvarsan, em pequenas doses, para que as crises nitritóides, a que estes doentes mais facilmente estão sujeitos, se não observem. Costumo empregar nestes casos um total de 2,5-3 gr. de neosalvarsan para cada período de tratamento, associado de bismuto (bismugenol, espirobismol, etc.) ou de mercúrio. No intervalo desses períodos de tratamento podemos empregar o iodo sob qualquer forma, dando eu preferência às injeções intravenosas de iodeto de sódio em alta dose, ou às injeções de lipiodol ou de iodipina. Mas quando a sífilis não é recente e existem lesões de esclerose, o tratamento anti-sifilítico é quasi sempre de resultados nulos.

Em qualquer dos casos — nos de etiologia conhecida ou desconhecida — o tratamento preventivo dos acessos compreende a dedaleira, o estrofantus (ouabaína «Arnaud» ou estrofantina «Merck, etc.»), os nitritos, a papaverinna, o benzoato de benzilo, a cafeína, o gardenal ou luminal (em doses mínimas: luminaletas «Merck»), os diuréticos do grupo da teobromina, isoladamente,

ou associados ao cloreto de cálcio (cálcio-diuretina «Knoll», etc.), os brometos e os opiácios, que diminuem a excitabilidade das fibras sensitivas cárdio-aórticas.

Falo-lhes apenas daqueles medicamentos que na minha prática têm dado bons resultados.

Se a dedaleira e o estrofantus devem ser empregados em doses médias, hipotensoras, aconselho-lhes o emprêgo da trinitrina em altas doses, depois de terem determinado o grau de susceptibilidade do doente para o fármaco.

É de boa prática juntar a dedaleira aos nitritos por um período de 6 a 10 dias, intermeado da medicação diurética. A trinitrina, que tem uma acção fugaz, pode ser substituída com vantagem pelo *tetranitrol*, de acção mais demorada, mas mais persistente.

Muitas vezes o tratamento médico falha, e, então, procuramos outros recursos para os quais tende, hoje, o tratamento da angina de peito.

Quero referir-me à intervenção cirúrgica.

A operação foi praticada nos últimos anos para suprimir a dor de carácter anginoso. Começou a fazer-se o que Leriche chama, com propriedade de linguagem, *a cirurgia da dor*.

O tratamento cirúrgico da angina é, na sua origem, puramente paliativo: pretendeu-se suprimir as fibras aferentes, interrompendo-se por êste mecanismo as excitações dolorosas de origem cárdio-aórtica, conforme o ensino fornecido pela fisiologia experimental. Embora paliativo, as dores intensas da angina e a incapacidade funcional que determinam justificam de sobejo o estudo dêste método de tratamento, posto-que êle ainda não tenha dado nem a técnica definitiva nem as verdadeiras e precisas indicações.

Se lhes chamei a atenção para a destrinça a fazerem, quanto à sua sintomatologia, entre o síndrome anginoso da esclerose das coronárias e o síndrome anginoso de Heberden, foi pela importância que essa diferença assume quando o clínico tem de dar indicações ao cirurgião sôbre a intervenção operatória.

Com efeito, quando a dor, embora *típica de síndrome anginoso*, é devida a uma esclerose ou trombose das coronárias, a operação pode ser de pequeno valor. Por outro lado, em casos de angina de outra origem, com o síndrome clássico de

À Insigne Classe Médica de Portugal

Tenho a honra de comnunicar aos Ex.^{mos} Snrs. Médicos que, na qualidade de concessionário exclusivo para a propaganda e venda em Portugal, Ilhas e Colónias, dos produtos de minhas Representadas:

SERONO - ZAMBELETTI - BRUSCHETTINI - IBYS

ponho á disposição dos mesmos Snrs. a minha casa comercial, situada na Rua Victor Cordon, 1-A (Apartado 214), em Lisboa (ex-séde da Italo-Portugueza, L.^{da}) assim como as amostras que julguem oportuno pedir-me, dos produtos que ainda não tiveram ocasião de ensaiar até á data.

Fico aguardando as ordens dos Ex.^{mos} Snrs. Médicos.

L. LEPORI

Productos

Zambeletti

Injeções ARSENO-BROMO-TONICAS

Fosforo, ferro, arsenio, bromo e valeriana

Sedativo e reconstituente



L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

L I S B O A

Heberden, com pequena invasão das coronárias, a operação deu lugar a uma grande diminuição da dor, e vários doentes, graças a ela, puderam viver alguns anos entregues aos seus afazeres, embora se encontrassem até aí incapacitados.

¿ Qual a intervenção indicada na *cirurgia da dor anginosa* ?

Na exposição que lhes desejo dar não pretendo descrever a técnica das diferentes operações, porque só pertence ao cirurgião fazê-lo. Todavia, a indicação do método deve ser dada pelo clínico. «*Pertence aos cardiologistas e não aos cirurgiões o pronunciarem-se definitivamente sobre esta questão*» (Danielopolu).

A primeira operação realizou-a Th. Jonnesco. Foi Franck o primeiro fisiologista que pensou na simpatectomia cérvico-torácica na angina do peito. Numa comunicação à Academia de Medicina, em 1899, afirmou: «*Esta noção nova da sensibilidade aórtica transmitida pelo simpático cérvico-torácico sugerirá talvez a idea de praticar a sua ressecção na angina do peito*».

A operação proposta por Franck e executada em 1916 por Thomaz Jonnesco consistiu na ressecção dos três gânglios simpáticos cervicais do lado esquerdo e do primeiro torácico. Esta intervenção foi feita em cinco doentes. Cessaram os acessos de angina e só regressaram passados sete anos, no primeiro doente ; onze meses, no segundo doente ; oito meses, no terceiro doente. Êste último teve um edema pulmonar alguns meses depois da operação, e o quarto e o quinto sucumbiram de edema pulmonar quatro dias depois. Jonnesco praticou a operação em mais quatro doentes, que morreram.

Num total de 9 operados teve Jonnesco 6 mortos (66 0/0 de mortalidade).

Tanto Jonnesco como outros cirurgiões que retomaram o método de Franck tiveram alguns resultados desastrosos, porque nem tinham em grande conta os factos que a fisiologia experimental adquirira, nem tampouco procediam a prévias investigações fisiológicas.

Entretanto, Brüning, de Berlim, ressecou a mesma cadeia simpática cérvico-torácica esquerda em casos de angina, associando a simpatectomia perivertebral e pericarotidea. Três meses depois da operação de um doente não havia acessos da dor. Observou Brüning que a tensão arterial sistólica, muito alta antes da

operação, baixara a seguir para se manter normal durante várias semanas.

A crítica que se tem feito a estas operações consiste em que, por este processo, se suprimem as principais fibras aceleradoras que vêm do 2.º e do 3.º segmentos torácicos e que vão para o coração por intermédio do gânglio simpático cervical inferior; e também as fibras constrictoras que se dirigem para os pulmões, e ainda as fibras vasomotoras ou vasodilatadoras das coronárias. Contudo, por este último método (Brünning) extirpam-se as fibras sensitivas do coração e da aorta que vão ao longo da artéria vertebral para os nervos cervicais, e as diferentes fibras que se dirigem para o gânglio superior e para os nervos cranianos, por intermédio do tronco cervical. Brünning suprime também tôdas as passagens possíveis da dor, seccionando as fibras aferentes que se encontram nas anastomoses do vago com os três nervos cardíacos simpáticos.

Anota Danielopolu que o coração fica apenas sob o contrôlo das fibras moderadoras, porque são suprimidas as fibras aceleradoras que regulam a rapidez da sua acção e aumentam a condutibilidade e a contractilidade do miocárdio. Depois da extirpação do gânglio cervical inferior e do primeiro torácico, o coração contraí-se superficialmente e sem a energia necessária. Os acessos de edema agudo do pulmão, fatais em alguns doentes, eram provocados pela supressão das fibras motoras e portanto por insuficiência do ventrículo esquerdo.

A redução da hipertensão na observação de Brünning deu-se pela diminuição do poder de contractilidade do ventrículo esquerdo, devida à supressão das fibras motoras do coração.

Os americanos Coffey e Brown, de S. Francisco, com uma técnica idêntica à de Jonnesco, suprimem, em alguns casos, os ramos cardíacos do gânglio cervical superior (nervo cardíaco superior) e o tronco situado abaixo do mesmo gânglio; noutros, fazem uma extirpação total do gânglio cervical superior, respeitando o tronco do simpático. Nesta operação suprimem-se as fibras aferentes que se dirigem, por intermédio do nervo cardíaco superior, para o gânglio simpático superior. Apresentando menos traumatismo que a de Jonnesco, esta intervenção oferece, entretanto, sob o ponto de vista fisiológico, os mesmos inconvenientes que se imputaram àquela operação.

Danielopolu e Hristide recomendaram a secção do tronco simpático cervical acima do gânglio inferior, como foi sucessivamente aconselhado por Jennings e outros.

Guio Piero corta o tronco cervical acima do gânglio inferior e ainda as fibras que vão para a artéria vertebral.

Os resultados imediatos destas operações têm sido quasi sempre favoráveis, como a de Liliental, na qual se ressecou o cordão simpático, incluindo os gânglios cervicais superior e inferior e o primeiro torácico do lado esquerdo.

Leriche recomenda como melhor a operação que, respeitando o gânglio estrelado, dê os resultados da simpatectomia cervical superior. Nesta operação — que é conhecida com o nome de operação de Leriche — são suprimidos os ramos comunicantes dos gânglios inferior e médio, o cordão cervical acima do gânglio inferior e o nervo vertebral. São estas as operações que intervêm somente sobre o simpático.

A operação fundamental seria a que, suprimindo as fibras centrípetas, respeitasse as fibras centrífugas. Mas os nervos depressores e os hiperpressores entrelaçam-se entre si sem constituírem um nervo que contenha exclusivamente fibras pressoras ou fibras depressoras.

A melhor operação é ainda a que evita sistematicamente a supressão dos gânglios.

A operação de Brünning é, portanto, como a de Jonnesco, para condenar, porque provoca uma maior ressecção de tôdas as fibras simpáticas.

Leriche, fazendo a crítica das operações de larga ressecção, afirma que «o tratamento da angina do peito não deve consistir na supressão da cadeia ganglionar cérvico-torácica, porque se a idea que a inspira é justa, é má a sua realização. Numa questão dêste género é indispensável esforçar-se por determinar com precisão os caminhos que seguem as impressões centrípetas da região cárdio-aórtica, e a cirurgia da angina de peito não existirá enquanto não soubermos interromper exclusivamente estas fibras.

«É antifisiológico supor — acrescenta — que para suprimir algumas fibras sensitivas de uma pequena região localizada do corpo se possam destruir, sem prejuízo, os centros de associação

de incessantes reflexos coordenadores e das necessidades de um imenso território.»

Sob o ponto de vista da gravidade da intervenção, o método dos americanos Coffey e Brown é menos perigoso, mas fisiologicamente o mais incompleto, embora os resultados obtidos tenham sido, em parte, favoráveis.

As operações que incidem sobre o pneumogástrico tiveram a sua origem na concepção patogénica que considera a dor anginosa como uma simples aortalgia. Desta concepção nasceram várias intervenções.

Na operação de Wenckebach, Eppinger e Hoffer faz-se a ressecção do nervo depressor de Cyon.

Como já lhes disse na lição anterior, não há uma opinião unânime sobre a existência de uma entidade anatómica que, no homem, se possa comparar ao nervo descrito por Ludwig e Cyon, no coelho. Para Hoffer, o nervo depressor proviria, em quasi todos os casos, dos ramos do nervo laríngeo superior e do tronco do pneumogástrico, unindo-se novamente ao pneumogástrico na região torácica.

O problema do tratamento da angina levou alguns autores a um estudo anatómico mais minucioso do nervo depressor. Das investigações de Flörcken, Moharrem, Fedoroff e de Sapsechhoff, concluiu-se por estabelecer diferentes tipos de depressor, no homem:

1.º O depressor nasce do ramo externo do n. laríngeo superior e caminha como cordão isolado ou unido ao pneumogástrico.

2.º Nasce do laríngeo superior e reúne-se ao cordão simpático cervical ou ao pneumogástrico.

3.º Sai do ângulo formado pelo laríngeo superior e pelo gânglio plexiforme e confunde-se com o vago.

4.º Uma raiz sai do laríngeo superior, a outra do pneumogástrico, possuindo independência anatómica.

5.º Uma raiz sai do laríngeo superior e outra do gânglio cervical superior, fundindo-se com o pneumogástrico.

6.º Neste último tipo, o depressor nasce por três raízes — uma do laríngeo superior, outra do pneumogástrico e a terceira do gânglio simpático cervical superior, conservando o trajecto independente.

A diversidade, na sua origem e na sua topografia, do nervo depressor dificulta de tal maneira a sua ressecção que muitos operadores desistiram de o atingir.

Eppinger e Hoffer, atendendo a estas dificuldades, aconselham a técnica seguinte: *destruição de todos os filetes nervosos que se encontram compreendidos entre o gânglio plexiforme e o nervo laríngeo superior*. O pneumogástrico servirá de guia para o encontro do gânglio plexiforme. Corta-se ainda o ramo externo do nervo laríngeo superior, porque na metade dos casos o depressor tem aí a sua origem.

Quando se não encontra qualquer filete identificável com o nervo depressor, aconselha Borchard que se suprimam todos os tecidos que se interpõem entre o tronco do vago e o laríngeo superior, até ao ângulo do maxilar inferior:

A operação de Eppinger, embora menos perigosa, foi repelida por muitos cardiologistas, precisamente por se desconhecer o trajecto exacto deste grupo de fibras que, tendo independência fisiológica, carece quasi sempre de autonomia anatómica.

A crítica objectou ainda que a secção de um nervo (depressor) que defende o coração das sobrecargas momentâneas, diminui o seu trabalho mecânico ao abaixar a tensão sangüínea. Parecia um paradoxo que se cortassem as fibras *depressoras*, deixando-se somente os trajectos aferentes dos reflexos pressores, obliterando, portanto, o reflexo depressor da vasodilatação que previne a elevação anormal da pressão sangüínea, na angina. Mas tal operação tem, apenas, por fim suprimir a dor.

A-pesar dos inconvenientes apontados, Wenckebach relatou 14 casos nos quais se suprimiu com successo o nervo depressor. Dois doentes, que sofreram a mesma intervenção, morreram. No primeiro caso a dor anginosa cessou pois da ressecção do nervo depressor esquerdo; mas na operação do lado direito não foi possível isolar-se esse nervo. O pneumogástrico dividia-se abaixo do seu ramo laríngeo inferior. A dor desapareceu, mas uma noite o doente morria súbitamente, sem causa conhecida. No segundo caso, o doente faleceu cinco horas depois da operação, por edema pulmonar.

Os resultados da Escola de Viena são dos mais interessantes e merecem ser tomados em consideração. Infelizmente, o nervo cortado por Hoffer, quer seja o depressor ou uma associação de

fibras depressoras e pressoras, está longe de ser anatómicamente constante. A inconstância dêsse nervo torna a operação impossível na maioria dos casos.

As intervenções sôbre os nervos raquídios, e especialmente a operação de Danielopolu — destruição pelo alcohol dos 1.º e 2.º nervos dorsais ou das suas raízes sensitivas — basearam-se no seguinte facto, relatado por êste autor:

Num doente com acessos freqüentes de angina de peito e com irradiações da dor correspondentes aos 2.º e 3.º nervos dorsais esquerdos, a anestesia dêstes nervos com novocaina, no seu tracto intercostal, suprimiu completamente os acessos durante algumas horas. Todavia, à medida que o anestésico se eliminava, as dores iam aparecendo.

Mostra esta experiência que é possível impedir a produção da dor na angina pectoris, suprimindo as fibras condutoras da sensibilidade visceral, ou as da sensibilidade geral que tem a sua origem no mesmo segmento medular. Mas a interrupção da sensibilidade visceral tem de fazer-se no gânglio espinal, isto é, ao nível da articulação da fibra simpática com a sensitiva cérebro-espinal.

Baseado no facto provável de que «a secção de um nervo sensitivo periférico implica uma alteração ou desaparecimento de certas células dos gânglios espinais, que estão encarregadas de transmitir, em determinada direcção, as sensações dolorosas viscerais», propõe Danielopolu a ressecção do tronco nervoso ou a neurolise por injeção de alcohol.

Outros autores, intervindo ainda sôbre os nervos raquídios, empregam sômente substâncias anestésicas para a injeção paravertebral.

Laeven fêz, em 1922, a primeira injeção paravertebral contra a dor anginosa.

No congresso alemão de cirurgia dêsse mesmo ano aconselhou Kappis o emprêgo da injeção paravertebral, na parte inferior do raquis cervical, de 30 a 40 c. c. de soluto de novocaina a 0,5 0/0. Dêste modo será interrompida a condutibilidade dos nervos raquídios e das fibras simpáticas dos ramos correspondentes.

Esta operação foi modificada por Pal, Brun e Mandl com o fim de, além da anestesia dos nervos raquídios, aneste-

siarem principalmente os filetes simpáticos e a cadeia simpática cervical.

Não lhes exponho a técnica da injeção paravertebral, que os senhores encontram em todos os tratados modernos de cirurgia e de anestesia local (1).

Preciso, no entanto, de lhes dizer, pelo que respeita ao tratamento da angina de peito, que a técnica será diferente conforme se prefira fazer a operação clássica ou apenas anestésiar os ramos comunicantes.

Emquanto na parte média ou inferior da coluna dorsal os ramos têm uma situação topográfica fixa e invariável, no segmento correspondente ao gânglio cervical inferior e ao gânglio estrelado, os numerosos filetes que saem de qualquer dêles e da ansa de Wieussens apresentam as maiores variedades; nem sempre estão dispostos horizontalmente à altura dos nervos raquídeos correspondentes. Esta irregularidade topográfica implica a necessidade de inclinarmos a agulha em diferentes sentidos quando pretendemos fazer a anestesia paravertebral dos 1.º e 2.º dorsais e seus ramos correspondentes, para difundirmos o anestésico em tôdas as zonas de provável existência das fibras simpáticas.

O anestésico pode ser a novocaina ou a tutocaina a 0,5 0/0, na dose de 15-20 cc. Êste último é menos tóxico.

Devo frisar-lhes que o soluto anestésico não deve conter adrenalina porque êste fármaco, tendo uma acção específica sôbre o simpático, poduz uma vasoconstrição dos vasos cardíacos.

Mandl relata alguns casos, nos quais a injeção de anestésico manteve a supressão da crise por um período superior a 6 meses. São, a meu ver, excepções, porque a injeção paravertebral tem uma acção imediata dependente da existência do anestésico. A hipótese em que Mandl se baseia, admitindo que, nos casos de angina de peito sem *subtractum* anatómico causal, a injeção paravertebral produziria uma inversão do estado do tónus dos sistemas simpático, é destituída de fundamento.

(1) Consultar principalmente: F. Mandl — *Die paravertebrale Injektion, Anatomie und Begründung, Technik und Anwendung*, Viena, 1926, e *Ueber die paravertebrale Injektion auf Grund neuerer Erfahrungen und Berichte*, in *Ergebnisse d. g. med.*, 10.º vol., Berlim, 1927.

A aquisição dos recentes conhecimentos sobre a fisiologia do sistema nervoso cárdio-aórtico, que já lhes expus, e um estudo detalhado do resultado das experiências dos diferentes autores, que intervieram em sistemas funcionalmente antagónicos, conduziram alguns clínicos a operações mixtas com intenção de suprimirem mais radicalmente as fibras aferentes que seguem o trajecto dos dois sistemas.

Deixo-vos as operações de Borchard e Flörcken, muito incompletas, para apenas vos falar da que assumiu maior repercussão em certos meios cardiológicos. Quero referir-me à operação de Danielopolu.

Este autor, abandonando as operações de que já lhes dei conta, e sustentando que o tratamento da angina do peito deve ter como finalidade fisiológica a supressão dos reflexos vegetativos que desencadeiam o acesso anginoso, que engloba no termo de «reflexo hiperpressor», propõe a operação que visa a impedir esse reflexo. Para o interceptar suprime o maior número possível de filetes aórticos. Recomenda Danielopolu que é imprescindível respeitar o gânglio estrelado, porque por êle passam, como já lhes disse, tôdas as fibras aceleradoras do coração e uma parte das vasomotoras das coronárias.

Danielopolu, no tratamento cirúrgico da angina, não tem apenas em vista suprimir a dor, como pretenderam Wenckebach, Eppinger e Hoffer, ao proporem a ressecção do nervo depressor, que supunham o único sensitivo da aorta. Desencadeando-se o acesso anginoso pela produção de uma série de reflexos vegetativos, «é preciso interceptar as fibras centrípetas que conduzem estes reflexos». Não são as fibras da sensibilidade dolorosa que devemos inutilizar, mas as que entram no nevreixo, em ligação com os centros vegetativos, e por intermédio das quais se origina o *reflexo pressor*.

Danielopolu denomina o seu processo de *método da supressão do reflexo pressor*.

Essas fibras encontram-se dispersas em vários nervos. Há dois que é impossível suprimir: o vago, por causa das suas funções reflexas respiratórias, e o gânglio estrelado, pelas fibras centrífugas cardíacas que o atravessam. Mas, para atenuar o *reflexo pressor*, basta interceptar uma parte dessas fibras centrípetas; os acessos anginosos ficarão em esbôço e não produzirão

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO
- TORINO -



Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C^a - Rua Nova da Trindade, 9, 1.^o - LISBOA

LISO-VACINAS CURATIVAS

DO
Dr. Louis DUCHON

Chefe do Laboratorio de Bacteriologia da Faculdade
de Medicina de Paris

VACLYDUN

Bronco-pneumonias primitivas e secundarias,
Grippe, Sarampo, Coqueluche, Difteria, etc.

LABORATORIOS R. LEBOIME - 19, Rue Franklin, PARIS

Pedir amostras e Literatura ao Concessionario para Portugal: A. SERRA, Rua Almeida e Sousa, 2

PRODUCTOS

“IBYS,,

(MADRID)

BRONCONEUMOSERUM IBYS

ATOSFERIN IBYS

PRODUCTOS

“BRUSCHETTINI,,

(GENOVA)

VACINA ANTIPIOGENICA POLIVALENTE

VACINA ANTIGONOCICA

L. LEPORI

Rua Victor Cordon, 1-A

LISBOA

O professor BRUSCHETTINI foi recentemente nomeado Presidente do Instituto Internacional para a luta contra a tuberculose e o cancro, em Paris

a dor nem a paragem do coração. É preciso ainda cortar a maior parte das fibras sensitivas para que a operação dê resultado.

A diferença capital entre as ideas emitidas pelos diferentes autores que seccionavam o gânglio estrelado e as que fundamentam o método de Danielopolu reside no seguinte: se se é levado a suprimir as fibras da sensibilidade dolorosa, tem-se forçosamente a tendência a cortar o gânglio estrelado, por onde passam as fibras que conduzem ordinariamente a dor da angina, isto é, a que irradia nos primeiros pares torácicos, mas que contém numerosos filetes centrífugos, cuja incisão será perigosa; seguindo o método de Danielopolu não se suprime esse gânglio, mas muitos outros nervos que contém um grande número de fibras sensitivas condutoras dos reflexos vegetativos, sem possuírem grupos *importantes* de fibras centrífugas cardíacas.

As investigações de Danielopolu, conduzidas durante alguns anos, tiveram por fim discriminar os nervos que contém *fibras centripetas sem grupos importantes de fibras centrífugas cardíacas*. Só aconselhava a secção de determinado nervo quando as suas investigações permitiam afirmar com grande probabilidade que esse nervo possuía essa condição.

Por isso, o seu método se foi modificando à medida que os conhecimentos novos da fisiologia cárdio-aórtica apareciam, e a técnica que hoje propõe é a seguinte:

1.º *Simpatectomia cervical, respeitando o gânglio cervical inferior.*

2.º *Corte de todos os ramos do vago cervical que, saindo deste tronco, se dirigem verticalmente para o tórax, incluindo o nervo depressor, quando exista.*

3.º *Corte dos ramos comunicantes que unem o gânglio cervical inferior e o 1.º torácico aos 6.º, 7.º e 8.º nervos cervicais e 1.º dorsal.*

4.º *Corte do nervo vertebral (ou dos seus ramos de origem) e, quando exista, do filete nervoso que une o nervo laríngeo superior ao tronco do vago.*

A operação será realizada em dois tempos: no primeiro cortam-se o cordão simpático cervical imediatamente acima do gânglio cervical inferior, o nervo vertebral, os ramos comunicantes que unem o gânglio cervical inferior com os 6.º, 7.º e 8.º cervicais e 1.º dorsal; por último suprimem-se todos os filetes

verticais que rodeiam o simpático cervical e o tronco do vago e que são ramos destes nervos. Se esta operação não é suficiente para suprimir os acessos anginosos, realizar-se há uma segunda operação para ressecar a cadeia simpática cervical que se deixara, sem incluir nesta extirpação o gânglio cervical inferior, que é conservado. Cortam-se também simultaneamente todos os filetes do pneumogástrico e do laríngeo superior que se dirigem para o tórax, e o filete inconstante que saindo do laríngeo superior se dirige para o tronco do pneumogástrico, ao qual, alguns autores, denominam depressor.

Se bem que esta operação seja, entre tôdas até hoje praticadas, a que reúne mais condições de êxito, sob o ponto de vista fisiológico, não é inteiramente satisfatória. E os casos relatados constituem um número relativamente pequeno (13) para podermos tirar conclusões apodicticas sôbre o seu valor.

Na conduta a seguir no método da supressão do reflexo pressor (Danielopolu) é para lamentar que se não estabeleçam condições de operabilidade, isto é, regras para a selecção dos doentes. Nenhuma discriminação faz Danielopolu entre velhos e novos, ou entre os que possuem degenerescência miocárdica grave e os que possuem um miocárdio presumivelmente bom.

Por isso, muitas vezes estas operações falham.

A tarefa dos que se interessam por esta questão não deve consistir em tomar partido pró ou contra o tratamento cirúrgico, mas em estabelecer as condições de operabilidade dos diferentes doentes.

Ora, recentemente, os cardiologistas americanos (Levine, Newton, Lambert, etc.) demonstraram a necessidade de se proceder à selecção dos casos para a operação.

A propensão para o enfarte miocárdico em doenças avançadas das coronárias deve prevenir-nos contra a possibilidade de uma operação cirúrgica. Estudando os acessos da dor na angina, verificaram êsses autores que ela se acompanha, nas doenças coronárias, de modificações de ritmo e que, passado o acesso, aparece geralmente nas trombozes coronárias uma leucocitose e fenómenos que se não observam no síndrome anginoso clássico. Se as perturbações miocárdicas são suficientes para produzirem a sua insuficiência, não se deve aconselhar a operação. Os doentes com

insuficiência aórtica sifilítica cujo electrocardiograma apresente complexos ventriculares anormais, são inoperáveis.

Como condições de operabilidade põem ainda Levine e Newton a ausência do ritmo de galope e do pulso alternante. O coração não deve ter também uma grandeza exagerada, nem sopros diastólicos.

Levine e Newton (1) applicaram êste critério a sete doentes. Quatro não apresentavam todos os sintomas anginosos; dois tinham acessos típicos; um possuía uma aortite sifilítica e insuficiência aórtica, tratada por diferentes fármacos durante dez semanas, mas agravada. Um dos doentes morreu algumas horas depois da operação. O exame necrópsico mostrou uma oclusão da artéria coronária esquerda. Em dois casos os resultados obtidos foram excelentes (simpatectomia cervical esquerda). No 4.º e 5.º obtiveram também bons resultados (extirpação dos gânglios médio e superior esquerdos). Repetiu-se a operação do lado direito. O 6.º melhorou (simpatectomia cervical esquerda e extirpação dos três gânglios) depois de se associar o tratamento médico. O 7.º (operação idêntica à anterior) morreu cinco horas depois da operação.

¿ Que operação devemos preferir ?

É evidente que das várias operações realizadas, as que procuram interromper a primeira parte do arco reflexo asseguram melhores resultados. Os diferentes processos podem ser de iguais conseqüências quando se seccionam diferentes partes do sistema nervoso vegetativo. O mesmo processo não é, contudo, de resultados idênticos em todos os doentes, porque, como já acentei, as fibras aferentes do coração modificam o seu trajecto de homem para homem, e até do lado direito para o lado esquerdo.

O nervo depressor contém fibras depressoras que também se dirigem para a medula. Todos os estímulos dos nervos aferentes que provocam a dor, com excepção do nervo depressor, produzem uma acção vaso-constritora por efeito da excitação.

Segundo Wenckebach, sob determinadas condições patológicas, os reflexos depressores que produzem a vaso-dilatação podem

(1) *Am. Heart. Journ.*, vol. I, n.º 1, 1925.

ser transformados em reflexos pressores, produzindo uma vaso-constricção e um aumento da pressão sanguínea.

Esta inversão de reflexos aparece com a estriçnina em certas condições. Demonstrou Sherrington (1) que a estriçnina modifica a baixa da pressão sanguínea produzida pelo nervo depressor, aumentando-a. Êste fármaco transforma também o reflexo que produz a flexão do joelho — que é provocada pela contracção dos flexores com inibição dos extensores — em contracção simultânea de ambos os antagonistas. Mostrou Head que a dor cruciante da angina desempenha uma parte importante na transformação do reflexo depressor em reflexo pressor (2).

Ê, portanto, possível que, em determinados estados patológicos, como pensava Wenckebach, se possa obter uma inversão da acção depressora, com a consecutiva inibição e vaso-dilatação defensiva dos constritores, em acção vaso-constritora, com aumento anormal da pressão sanguínea.

A extirpação do 1.º gânglio cervical superior, ou a simpatectomia feita imediatamente abaixo dêsse gânglio, combinada ao corte do nervo cardíaco superior, suprime certamente tãda a acção pressora das fibras que seguem estes trajectos. A simpatectomia deve, contudo, ser tão completa como se fôsse extirpado êsse gânglio. Se se faz a extirpação do gânglio, anulam-se as acções fisiológicas dos ramos comunicantes que, das células ganglionares, se dirigem para os nervos cervicais, gânglio de Gasser e para os nervos cranianos.

Desde que a finalidade da operação consiste na eliminação do trajecto das fibras sensitivas e do reflexo pressor, obtida por corte das fibras, a melhor operação é a que, poupando os gânglios, corta o cordão do simpático e o nervo depressor.

A ressecção do nervo depressor parece ter dado bons resultados, porque elimina alguns estímulos aferentes e pressores que são conduzidos por êste nervo ou porque impede a transformação patológica do reflexo depressor em pressor.

O bloqueio do arco reflexo — finalidade pretendida em tãdas

(1) Cit. de Bayliss: *On the Vasomotor Nervous System*, Londres, 1923.

(2) Head: *British Medical Journal*, n.º 1, 1922.

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON. PARIS

E. SCHWEICKARDT²
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º **COLLOIDES ELECTRICOS** : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhódio) - Electroselenium (selênio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

2º **COLLOIDES CHIMICOS** : Collothiol (enxofre) Ioglysol (Iodo-glycogeno).

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Creanças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSEANAN

Syphille — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salicylarinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empólas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.
Grânulos a 1/4 milligr. — Suppositórios a 1/2 milligr.
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.
Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthetics.
Tubos esterilizados para todas as anesthesias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovalerianide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

TANACETYL

(Acetylтанin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn.: ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

5 cgr. de Iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

estas operações — não cura o processo patológico que produz a angina, mas defende o doente de um terrível sofrimento, que é a dor anginosa. Quando as suas lesões cardíacas são grandes, a operação não impede o desfecho fatal. Um doente de Danielopolu, depois do bloqueio cirúrgico da dor, começou a ter a sensação de extrasístoles, angústia, etc., embora a dor tivesse cessado inteiramente.

Nos doentes cuja dor anginosa é provocada por doença das coronárias, a operação, sobre ser inútil, é, por vezes, desvantajosa. Nestes casos, é preferível fazer injeções paravertebrais de alcool nas raízes posteriores da região dorsal, nos segmentos correspondentes aos reflexos da dor.

Na doença aórtica, quando os reflexos se registam na região cervical, é de aconselhar a injeção paravertebral de alcool em vez da operação, porque o doente pode sofrer sérias complicações.

Êste processo do bloqueio do arco reflexo pela destruição das raízes posteriores deve ser usado em todos os casos que, por qualquer razão, não podem experimentar o tratamento cirúrgico. Desta maneira, há grandes probabilidades de lhes prolongar uma vida que os não martirize.

Para concluir :

Em presença de um anginoso, prescrevam-lhe um tratamento médico, pelo regime, repouso e medicação, preventivo dos acessos e no momento dos acessos, conforme lhes indiquei.

Quando êste tratamento falha, empreguem as inofensivas injeções paravertebrais de alcool. Se êste processo se torna ineficaz, estabelecidas as condições de operabilidade, proponham a intervenção cirúrgica que, destruindo mais fibras aferentes, poupe, o mais possível, as fibras centrífugas.

Mas nunca entreguem um doente com angina pectoris ao cirurgião, sem que tenham feito uma observação completa. É preciso determinar previamente:

1. O carácter das crises com a sua sintomatologia; seu modo de aparecimento e de propagação; a duração da doença.
2. Estado do coração, ritmo e lesões orificiais.
3. Estado da aorta.
4. Resultado dos exames radiográficos e electrocardiográficos.
5. Factores etiológicos.

São os dados que, antes de operar doentes anginosos, exige um cirurgião da categoria de Leriche (1).

As intervenções sôbre os nervos cardíacos podem curar a angina de peito de uma maneira durável. Há exemplos incontáveis.

De tôdas as operações, a que apresenta maiores requisitos é, sem dúvida, a de Danielopolu, devendo preferir-se, entretanto, o corte do tronco simpático à extirpação do gânglio cervical superior, centro nervoso de tanta importância. Todavia, se a causa da angina reside presumivelmente na aorta, podemos tentar numa primeira sessão a operação de Hoffer.

É este, meus senhores, o *modus faciendi* que, em minha opinião, os deve conduzir na prática do tratamento da angina pectoris.

(1) LERICHE. *Arch. des Mal. du Cœur*, n.º 8, 1927.

NOTAS CLÍNICAS

A PROPÓSITO DE UM CASO DE POLIPOSE RECTAL

É objectivo da presente *nota clinica* não só chamar a atenção para uma doença de certo interesse na patologia intestinal, mas raramente diagnosticada entre nós, como também salientar a importância de um método de diagnóstico — a rectoscopia — muito esquecido no nosso meio clínico.

Trata-se de um caso bastante elucidativo e por isso achamos preferível apresentar já a respectiva história clínica, antes de dizermos alguma coisa sobre o diagnóstico e o tratamento da doença.

No dia 4 de Agosto de 1927, aparece-nos na Consulta uma criança de 7 anos de idade, acompanhada da mãe. Conta-nos esta o seguinte :

A filha vinha sofrendo dos intestinos desde pequenina, queixando-se, de quando em quando, de dores pelo ventre e de tenesmo rectal.

Mas desde há 3 anos as fezes vinham acompanhadas de sangue vivo, em pequena quantidade. Outras vezes, pelo dia fóra, a doente era obrigada a defecar repetidamente, com sensação persistente de tenesmo, mas expulsando unicamente sangue vivo.

Não tinha propriamente dores ano-rectais.

E assim, com alternativas, se tinham mantido as suas queixas.

Consultou vários médicos, em Lisboa, dizendo uns que a criança sofria de hemorroidas, outros de inflamação do recto, mas sem nenhum ter feito a mais ligeira observação local, nem sequer a inspecção da região.

Pensámos, ao ouvir esta história, que provavelmente seria a polipose a causa das hemorragias rectais.

Não nos enganávamos.

A inspecção afastava-nos a possibilidade da existência de hemorroidas, o toque rectal indicava-nos a presença de um pequeno tumor pediculado. A rectoscopia, feita no dia seguinte, vem-nos confirmar o diagnóstico.

Assim, a cerca de 7 cm., vimos um tumor pediculado, arredondado, de cor vermelha, como que uma pequena cereja. Mais longe, a uns 2 cm. de distância, existia um outro, com o mesmo aspecto, mas mais pequeno. Levando o tubo rectoscópico até o fim, isto é, a 20 cm., não notamos qualquer outra alteração da mucosa.

Como tratamento, a ablação de tais tumores impunha-se. Utilizamos para isso, graças ao favor do colega Dr. Formigal Luzes, a ansa diatérmica de Bordier, tendo seccionado os dois polipos por meio da electrocoagulação, sem haver qualquer acidente. Bem entendido, a ablação foi feita através do rectoscópio, empregando um tubo de pequeno diâmetro, próprio para crianças.

O exame anátomo-patológico dos tumores confirma o diagnóstico clínico. Eis os relatórios do Prof. Parreira :

«*Tumor pequeno.* Hiperplasia adenomatosa. Estroma fortemente infiltrado de pequenas células redondas, de linfócitos e plasmazellen. Superfície ulcerada

com lesões de inflamação aguda e hemorragias recentes. Diagnóstico: adenoma.

Tumor grande. Adenoma com algumas dilatações quísticas e hiperplasia notável de alguns folículos linfáticos. Diagnóstico: adenoma quístico».

Os polipos recto-sigmoideus são tumores benignos, do tipo do adenoma, que se encontram sobretudo na criança.

Apresentam-se sob a forma de pequenas massas, atingindo frequentemente o volume de uma cereja, raramente o de uma noz ou mesmo de uma tangerina. De preferência são tumores pediculados, mas podem também apresentar-se sesséis.

A implantação faz-se a qualquer altura do tracto recto-sigmoideu.

Pode dizer-se que o único sinal da existência destes tumores são as hemorragias rectais, por vezes abundantes e repetidas, levando a um grau notável de anemia.

Como regra, devemos suspeitar da sua presença sempre que, especialmente em crianças, apareçam descargas sangüíneas, sobretudo se estas perdas de sangue vivo não forem acompanhadas de outras queixas ano-rectais.

Na observação, a simples inspecção pode bastar para fazer o diagnóstico quando os tumores estejam implantados a curta distância do ânus. Então, nos esforços da defecação, tornam-se procidentes e assim facilmente reconhecíveis. Nos outros casos, o toque rectal e a rectoscopia estabelecem o diagnóstico.

Como terapêutica, a ablação impõe-se, visto que as hemorragias se repetem, entrando o doente em anemia, que chega a ser grave. De resto, o tumor pode sofrer mais tarde a degenerescência maligna.

Na intervenção, duas regras importantes devem ser estritamente observadas: ablação completa e hemostase perfeita.

O melhor processo, aquele com que seguramente se podem respeitar as duas regras, é a coagulação diatérmica, empregando um dispositivo especial, seja a ansa de Bordier ou a pinça de Bensaude. A anestesia é dispensável, mas por razões especiais (pusilanimidade do doente, contratatura anal) pode usar-se a cocaína a 10 %.

Na falta do aparelho de diatermia, recorreremos à secção pela tesoura ou pela ansa fria. Estes métodos só dão bons resultados nos polipos baixos, quando estes podem ser exteriorizados. Nos outros casos, a ablação não é completa, podendo haver assim recidiva, além do perigo das hemorragias secundárias por hemostase imperfeita.

Por meio da diatermocoagulação, a ablação dos polipos recto-sigmoideus, como de resto dos outros tumores benignos, será feita com garantia de êxito, e isto sem anestesia e por assim dizer instantaneamente.

Seria ocioso descrever o rectoscópio e a técnica da sua introdução.

Queremos apenas lembrar aos colegas de Clínica Geral a grande impor-

tância da rectoscopia, para não falarmos do toque rectal ou da simples inspecção local.

No nosso meio, os doentes com queixas ano-rectais não são as mais das vezes devidamente observados, sem dúvida pela relutância da observação, por parte do doente e do médico. E quantas vezes uma observação rápida, como aconteceu no caso que apresentamos, estabelece imediatamente o diagnóstico.

Podíamos contar dezenas de casos de afecções ano-rectais que não foram diagnosticados pelos clínicos gerais, única e simplesmente por falta de observação.

Parece-nos pois da maior utilidade a divulgação da rectoscopia, cuja técnica é de fácil aprendizagem.

É na verdade um método de observação e de tratamento que deve entrar na prática clínica corrente.

MÁRIO ROSA.

Revista dos Jornais de Medicina

Indicações e resultados da esplenectomia nas formas dolorosas das esplenomegalias primitivas. (*Des indications et des résultats de la splénectomie*, etc), por BENHAMOU, GILLE e JUDE.—*Arch. des Mal. du Cœur*. N.º 12, 1927.

O material clínico de que os AA. dispõem permitiu-lhes discriminar, entre os grandes baços etiquetados de palúdicos, um certo número de esplenomegalias de etiologia diferente. Evidentemente que a sífilis, a tuberculose, a leishmaniose e a helmintíase estão fóra deste quadro.

As dores no decurso das esplenomegalias primitivas podem constituir a única razão, pela qual os doentes procuram o médico e a única indicação da esplenectomia.

Estas dores podem ter a sua sede na região esplênica, na região epigástrica ou hepática.

Resultados.—A esplenectomia, quando praticada precocemente, sob a indicação da dor, antes que sobrevenha uma anemia grave, uma hematemese, ou uma cirrose hepática, é uma operação relativamente benígna. Os 5 doentes apresentados pelos AA. curaram completamente. A cura mante-se passados dois anos. Afóra o desaparecimento definitivo das dores epigástricas ou hepáticas (três observações) os AA. observaram um aumento rápido de peso, desaparecimento da febre, da astenia, da melanodermia, e emfim, melhora — quando estavam modificadas — da fórmula sangüínea e da resistência globular.

Os AA. estudaram particularmente as curvas da bilirubinémia e da colessterinémia. A percentagem de bilirubina, que os AA. encontraram mais ou menos elevada no sangue dos doentes atingidos de esplenomegália primitiva, cai bruscamente após a intervenção e mante-se dentro dos valores normais.

E. COELHO.

O valor semiológico da glicorraquia. (*La valeur sémiologique de la glycorrachie*), por KATZENELBOGEN e M. STOÏLOFF.—*Annales de Med.* N.º 4, Novembro de 1927.

Desde que apareceu a encefalite letárgica, começou a atribuir-se uma importância exagerada à glicorraquia. O significado da hipoglicorraquia não provoca controvérsias. Mas a hiperglicorraquia tem sido considerada como um sintoma patognomónico da encefalite epidémica.

À medida que as observações se multiplicavam, o doseamento do açúcar do líquido céfaloraquidiano tornou-se uma investigação de laboratório corrente, e observou-se que os valores da glicorraquia, considerados como característicos da encefalite, se encontram em muitas outras doenças do sistema nervoso, e até em indivíduos normais.

Os estudos simultâneos da glicémia e da glicorraquia, permitindo esta-

belecer a relação do açúcar do sangue com a do açúcar do líquido céfaloraquídio, contribuíram para precisar o valor real das taxas de glicose raquídica consideradas como hiperglicorraquias.

Os estudos que os AA. reiniraram sugerem-lhes as considerações seguintes:

A glicorraquia inferior a 0,40 p. 1.000 deve ser considerada como uma hipoglicorraquia. O seu significado é o corolário de um estado inflamatório agudo das meninges, e especialmente de um processo infeccioso; na meningite puriforme aséptica, a glicorraquia não baixa, a não ser nos casos em que os glóbulos brancos atingem um número considerável. O valor semiológico da hipoglicorraquia diminuiu porque, na mór parte dos casos, a citologia e a dosagem da albumina do líquido céfaloraquídio bastam para confirmar o diagnóstico de meningite.

Quanto ao valor da pretendida hiperglicorraquia, o A. pergunta se podemos falar de hiperglicorraquia não diabética.

Os AA. observaram que as taxas de glicorraquia dadas como normais por certos autores se encontram indiferentemente nas afecções do sistema nervoso central e periférico, em outras doenças, e igualmente em indivíduos normais, cujo líquido céfaloraquídio é de constituição perfeitamente normal.

E. COELHO.

O valor terapêutico da quinidina na trombose das coronárias complicada de taquicardia ventricular. (*The therapeutic value of quinidine in coronary thrombosis, etc.*), por LEVINE e STEVENS.—*The American Heart Journal*. N.º 3, 1928.

Os AA. relatam um caso de trombose coronária, na qual se desenvolveu uma taquicardia ventricular com 200 pulsações. Esta durou vários dias e o estado clínico parecia desesperado. Sulfato de quinidina em doses extremamente grandes (1,5 gr. por dia) provocou a restauração do ritmo normal. Os AA. afirmam que os resultados obtidos foram a consequência da medicação, à qual se deve a vida dêste doente.

E. COELHO.

O tratamento do bloqueio auriculo-ventricular com cloreto de bário. (*The treatment of transient ventricular standstill, etc.*), por S. STRAUSS e J. MEYER.—*Am. Heart Journal*. N.º 3, 1928.

Do caso que apresentam, os AA. tiram as seguintes conclusões:

1. O cloreto de bário, administrado precocemente, em doses de 120 mgr., foi suficiente para prevenir as síncope's num período de 25 dias.
2. A administração continuada de cloreto de bário provocou a restauração completa do ritmo sinusal normal durante 10 meses.
3. A administração continuada de cloreto de bário — 40 mgr. \times 3 por dia —, não provocou quaisquer efeitos prejudiciais.
4. A experiência dos AA. confirma as idéas de Herrmann e Ashman, segundo as quais o cloreto de bário deve ser dado continuamente.

5. A adrenalina injectada subcutâneamente não dá resultados permanentes.

6. A atropina não impede as síncope.

7. A administração de iodeto de potássio em pequenas doses parece agravar a freqüência das síncope.

E. COELHO.

Glukhorment et diabète, por F. RATHERY P. MOLLARET.—*Bull. Soc. Med. Hôp.* 3 de Fevereiro de 1928.

Os AA. estudam a acção do *glukhorment* na diabetes. Os resultados terapêuticos são idênticos aos que obtiveram com a sintalina. Este medicamento não substitui a insulina, e, segundo trabalhos de outros autores, não é, na realidade, senão a própria sintalina. Tôdas as contra-indicações apontadas para o emprego da sintalina são igualmente applicáveis ao *glukhorment*.

E. COELHO.

Novo medicamento antidiabético e glicémia. (*Neue diabetesmittel und Blutzucker*), por H. CURSCHMANN.—*Fortsch. d. Therap.* N.º 2, 1928.

Experiências feitas pelo A. com o *Glukhorment* mostram que a glicosúria é modificada, mas que a sua acção é *extraordinariamente incerta (ausserordentlich unzuverlässig)*. Muitas vezes o medicamento é mal tolerado (*Die Toleranz deutlich verschlechtert*) e as perturbações metabólicas dos diabéticos peoram.

É esta a opinião quasi unânime dos que ensaiaram o *Glukhorment*.

E. COELHO.

As diferentes formas de estase venosa. (*Die Verschieden Formen der venösen Kreislaufstauung*), por WENCKEBACH.—*Med. Klin.* N.º 1, 1928.

O A. descreve as seguintes formas de estase venosa, sôbre as quais existe uma certa confusão :

1. *Retardamento geral e uniforme da circulação.*

Na grande insuficiência cardíaca encontram-se alguns casos, nos quais, pelo menos passageiramente, existe um retardamento generalizado da circulação desprovido de qualquer indício de estase, fenómeno que aparece de preferência nas fases finais da insuficiência cardíaca crónica. Esta forma de estase é muito rara no homem.

2. *Obstáculos circulatórios locais.*

O exemplo clássico dêste estado é o da estenose mitral.

As conseqüências imediatas da estase local são : replecção exagerada adiante dos obstáculos ; replecção insufficiente no outro lado ; atrazo de tôda a corrente circulatória, e circulação de uma quantidade menor de sangue na

unidade de tempo. A delimitação de uma zona com estase é do maior significado diagnóstico.

3. *Perturbações circulatórias de origem cardíaca.*

Os obstáculos situados ao nível do coração dão lugar a estase de localização diversa, consoante o obstáculo reside no coração esquerdo ou no coração direito. É indiferente a natureza do obstáculo.

Ao nível do coração, devemos mencionar, em primeiro lugar, as lesões valvulares aórticas. Tanto na insuficiência como no apêrto, mas mais na segunda do que na primeira, o excesso de trabalho do ventrículo esquerdo só tem lugar sob uma repleção exagerada do ventrículo. Enquanto o músculo cardíaco se mantiver são e puder suportar êste excesso de trabalho, e enquanto a válvula mitral funcionar normalmente durante a sístole a compensação da lesão valvular pode ser completa.

As condições variam quando se trata da válvula mitral. A estase da aurícula reflecte-se na circulação pulmonar. A estase pulmonar é o seu sintoma consecutivo, a dispnéa, é o primeiro sintoma e o mais importante de uma actividade insuficiente do coração esquerdo. É preciso frizar que nem tôda a dispnéa nem tôda a estase pulmonar resultam do coração esquerdo. Uma lesão local dos vasos pulmonares ou uma glomérulo-nefrite aguda podem provocar o síndrome — edema pulmonar.

O A. descreve de seguida as estases do coração direito.

4. *A localização da estase cardíaca na parte inferior do organismo.*

5. *Variações do tipo cardíaco da estase.*

É muito vulgar encontrar na clínica formas de estase que se desviam consideravelmente dos tipos cardíacos descritos. Há diferentes factores que modificam os típicos classicamente prestabelecidos.

6. *A estase do tipo pericárdico.*

Na pericardite, exsudativa ou adesiva, a estase hepática é, na maioria dos casos, muito intensa.

7. *Insuficiência triscúpida e pulso venoso positivo.*

Produzem-se alterações análogas no fígado.

8. *O tipo de estase na bronquite crónica e no enfizêma.*

9. *Estases venosas não cardíacas.*

São especialmente importantes os fenómenos de estase de grandes territórios venosos que se produzem por uma insuficiente função dos vasos, e por um esvasiamento defeituoso das veias em sentido centripeto.

E. COELHO.

Exantemas post-arsenobenzólicos. (*Des exanthèmes post-arsénobenzoliques*), por E. JEANSELME. — *Journal des Praticiens*. N.º 13 bis. 3o de Março de 1927 Pág. 209-213.

Tanto os arsenicais como os mercuriais podem produzir exantemas. Outrora estes casos eram raros, mas após a introdução dos arsenobenzóis na terapêutica da sífilis são relativamente frequentes, devendo o prático conhecer bem as suas características.

Após perturbações gastro-intestinais de intensidade variável, aparece o exantema. Primeiro manchas vermelhas, aparecendo de preferência na face externa dos membros, mais ainda junto das extremidades. A seguir, as manchas tornam-se confluentes e o processo atinge novas regiões sob a forma de máculas eritematosas. Por fim generaliza-se a eritrodermia. A keratodermia e a melanodermia observam-se raramente na intoxicação pelos arsenobenzóis.

Todos os produtos organo-arsenicais podem provocar acidentes cutâneos, qualquer que seja a via de administração (subcutânea, intramuscular, ou intravenosa). O grau de concentração da solução injectada não tem importância. As injecções repetidas a curto intervalo de tempo são as que, com mais frequência, provocam o aparecimento do exantema.

Podem observar-se vários tipos clínicos. Por vezes as manifestações são tão discretas que só uma atenção especial as pode despistar. O exantema pode apresentar o tipo de roséola, sendo por vezes difícil distingui-lo da roséola sifilítica. É de notar que esta última não descama, enquanto que as máculas provocadas pelos arsenicais estão cobertas por uma pequena exfoliação epidérmica furfurácea. É este um sinal importante para o diagnóstico diferencial.

Por vezes as erupções arsenicais podem simular as seborreias ou a pitiriasis rósea de Gilbert.

O tipo morbiliforme é muito frequente, mas é raro observar, como acontece no sarampo, repercussão sobre o estado geral antes do aparecimento da erupção. Nos exantemas arsenicais, a erupção não é em geral monomorfa e não tem uma marcha tão sistematizada como no sarampo, não se propaga como neste, das partes superiores para as inferiores.

A eritrodermia reveste por vezes o tipo da escarlatina, podendo o exantema arsenobenzólico complicar-se de nefrite com oligúria e grande albuminúria, o que aumenta a possível confusão. É todavia raro que a erupção tenha unicamente o tipo de escarlatina. Um exame cuidadoso da pele mostrará a existência de elementos que se não observam na escarlatina. Falta também a angina característica desta última doença e a adenopatia sub-maxilar. A descamação na eritrodermia não é seca.

Há ainda um tipo de eritrodermia edematosa, que todavia é mais raro que as outras formas.

A evolução é variável segundo as formas. As infecções secundárias ensoambram muitas vezes o prognóstico. As complicações bronco-pulmonares não são raras. A eritrodermia pode ainda acompanhar-se de insuficiência cardíaca, insuficiência hepática, icterícia grave, vômitos e diarreia incoercíveis, oligúria, albuminúria. Podem ainda com frequência observar-se nevrites periféricas.

A eritrodermia arsenical recidiva muitas vezes, quando se retoma o tratamento. Uma vez curado, o indivíduo pode ficar sensibilizado, e por vezes nestes casos o exantema aparece não só após o emprego dos arsenobenzóis, mas mesmo uma injecção de cacodilato de sódio pode também provocá-lo.

Tratamento: suspender a medicação arsenical. No período seco evitar as loções e os pensos húmidos. Envolver as regiões atingidas num penso com pó de talco. Poderão ainda usar-se, como nas grandes queimaduras, aplica-



ções de linimento óleo-calcáreo ou de uma mistura de vaselina e lanolina. Se a eritrodermia é húmida e complicada de infecção, dar ao doente um banho quente prolongado de forma a libertar a pele de tôdas as crostas. Nos dias seguintes, pulverizações com água de Alibour diluída e nas regiões mais atingidas, compressa permanente imbebida na mesma solução.

No tipo edematoso, Milian aconselha XC gotas diárias de adrenalina *per os* e ainda uma injeção sub-cutânea de 1 mmg. $\frac{1}{2}$ do mesmo medicamento.

A teobromina é ainda de aconselhar, para facilitar a diurése.

Alimentação: regimen lácto-vegetariano.

ALMEIDA DIAS.

A laqueação da artéria esplénica na púrpura hemorrágica. (*La ligature de l'artère splénique dans le purpura hémorragique*).—*Journal des Praticiens*. N.º 29, 16 de Julho de 1927. Pág. 473, 474.

Resumo dos trabalhos dos cirurgiões belgas Lemaire, Debaiseux e do seu discípulo Goidsenhoven. Estes A.A. praticam a laqueação da artéria esplénica de preferência à esplenectomia, intervenção grave, que, de resto, nem sempre pode ser utilizada, como por exemplo acontece nos doentes muito anemiados.

Referem resultados operatórios excelentes. Paragem das hemorragias e regeneração rápida do sangue. Os casos agudos curvam-se. (Aconselham, nos doentes muito anemiados, fazer previamente uma transfusão sangüínea).

Técnica: laparotomia mediana. Repuxar o estômago para baixo e para a esquerda de forma a tornar bem visível a cavidade posterior dos epíplons. A artéria esplénica reconhece-se pelo seu trajecto sinuoso e pela sua posição junto do bordo superior do pâncreas. A veia fica situada mais profundamente e mais em baixo. Praticar uma pequena botoeira no peritoneu de forma a isolar a artéria e à altura do terceiro ramo pancreático. É neste ponto que deve ser feita a laqueação.

ALMEIDA DIAS.

O significado clinico do ritmo de galope. (*The clinical significance of gallop rhythm*), por P. WHITE.—*Arch. Int. Med.* Janeiro de 1928.

Sumário e conclusões do artigo:

Serviram para estudo 100 doentes com ritmo de galope, tanto da clinica privada como da clinica hospitalar. A diferenciação destes casos em tipos diferentes, consoante o tempo em que sobrevinha o 3.º ruído ou ruído acrescido, mostrou 64 casos de ruído aparentemente proto-diastólico, 12 pre-sistólico, 4 sistólico e 20 de tipo inclassificado. A separação nítida dos tipos proto-diastólico e pre-sistólico é muitas vezes difícil ou impossível. Com frequência de pulso à volta de 120, a posição do 3.º ruído na diastole é praticamente o mesmo e meso-diastólico, quer seja proto-diastólico ou pre-sistólico com pulso menos frequente.

O tipo sistólico é raro e muito menos importante aparentemente do que os tipos diastólicos que são contudo de significado sensivelmente igual. O

tipo mais comum, o proto-diafólico, é provávelmente devido ao marcado refôrço do 3.º tom cardíaco normal. O ritmo de galope é um sinal clínico importante na prática civil e quási invariávelmente indicativo de uma afecção cardíaca grave. É quási sempre de um mau prognóstico. Quási metade dèstes 100 doentes (45 %) morreram dentro de 2 anos, depois da descoberta do sinal. 32 morreram dentro de 6 meses. Um número considerável dos restantes 55 doentes estava seriamente doente ou tinha morrido, segundo as últimas investigações que a seu respeito se fêz. Casos do ritmo de galope dos tipos proto-diafólico, pre-sistólico ou tipo diafólico não classificado, tinham uma alta representação nesta mortalidade, mas com menor incidência do tipo pre-sistólico do que dos outros. No grupo total dos 100 casos, os homens tinham uma maior percentagem do que as mulheres, em uma proporção de 3 para 1.

O ritmo de galope appareceu tanto em pessoas novas como em pessoas idosas; em 16 doentes abaixo dos 30 anos de idade, era a maioria das vezes associado com a nefrite ou com a estenose mitral e nas pessoas de mias idade associado com a afecção dos vasos coronários, hipertensão ou aortite sifilítica. A alteração dos vasos coronários, só ou em combinação com outras lesões, foi verificada em 54 % dos casos, tendo sido diagnosticada a trombose coronária 21 vezes. A hipertensão só ou complicada appareceu em 49 % dos doentes, a aortite sifilítica em 13 %, a afecção cardíaca reumatismal em 12 %, nefrite em 12 %, urémia em 10 %, síndrome de esforço em 3 %, pericardite em 3 %, endocardite sub-aguda em 2 %, doença congénita do coração em 1 % e factores indeterminados em 5 %.

A duração da doença cardíaca antes da percepção do ritmo de galope foi variável, muitas vezes de recente data mas muito mais vezes ainda com uma história datando de vários anos.

A insuficiência cardíaca foi o facto mais marcante, sendo presente pelo menos em 61 % dos casos.

A angina do peito foi uma ocorrência comum (25 %). A asma cardíaca verificou-se em 14 casos. A frequência de pulso era usualmente elevada, 100 pulsações por minuto em termo médio. Pelo menos $\frac{3}{4}$ dos casos mostraram uma frequência entre 80 a 120 pulsações.

A pressão sanglínea era variável, entre 100 e 150 mm. de mercúrio em 43 %, entre 150 e 200 em 36 casos, acima de 200 em 19 e abaixo de 100 em 3.

O pulso alternante foi frequentemente constatado (21 %). O coração estava consideravelmente aumentado em 60 %, normal em volume somente 6 e possivelmente normal em 18. Havia apagamento de tons em cêrca de metade dos casos, 52 %, e tons normais somente em 14. As doenças valvulares foram raras; a insuficiência aórtica foi observada em 15 casos, a estenose mitral pura em 4 e as duas condições associadas em 4. Sopros sistólicos da ponta foram comuns, intensos em 12 e fracos ou moderados em 33. Em 32 casos não havia sopros cardíacos. Os traçados electrocardiográficos foram obtidos em 64 doentes. Apenas 2 eram normais. A onda T anormal appareceu em 16, uma voltagem fraca em 4, predominância ventricular esquerda em 19, fibrilação auricular em 5, taquicárdia auricular e ectópica em 5, extrasístoles ventriculares em 11, extrasístoles auriculares em 2 e extrasístoles auriculares e ventriculares simultaneamente em 6. O Block

intra-ventricular foi a anomalia electrocardiográfica mais vulgar, aparecendo em 24 casos, ou 38 0/0, mas o block auriculo-ventricular foi extraordinariamente raro e demonstrável em 11 casos apenas.

A função renal investigada por intermédio da fenol-sulfo-ftaleína, foi normal em 8 e anormal em 9 dos 17 casos em que foi estudada.

O doseamento do azoto não proteico do sangue foi normal em 15, elevado em 5 dos casos em que êste doseamento se fêz. A *digitalis* foi um factor mínimo determinante do ritmo de galope. Em alguns casos, êste ritmo desapareceu com a melhoria clínica conseguida com o repouso e medicação digitalica.

MORAIS DAVID.

A vacinação preventiva dos recém-nascidos contra a tuberculose pela B. C. G. Estatísticas e resultados desde 1 de Julho até 1 de Dezembro de 1927. (*La vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose par le B. C. G. Statistiques et resultats du 1^{er} Juillet au 1^{er} Décembre 1927*), por A. CALMETTE. — *Pres. Med.*, 11 Jan.º 1928.

A exposição do autor é a estatística dos resultados apurados pelo emprêgo das vacinas B. C. G. na imunização do recém-nascido contra a infecção tuberculosa.

Como é sabido, o método consiste na ingestão de bacilos de Koch artificialmente atenuados, de uma determinada extirpe e que, mantendo a propriedade de produção de anti-corpos defensivos e activos contra futuras infecções bacilares, são, contudo, incapazes de gerar lesões anatómicas específicas e virulentas ou reinoculáveis a animais sensíveis.

A vacinação deve fazer-se nos primeiros 13 dias de vida, porque, durante êste período, a estrutura particular do epitélio intestinal permite uma mais fácil permeabilidade aos agentes de vacinação e também porque há tãda a vantagem em fornecer ao organismo do recém-nascido, o mais precocemente possível, os meios de defesa que permitem protegê-lo contra a agressão do bacilo, mórmente se a criança vive em meio contaminado, em contacto com pessoas bacilíferas.

Foram vacinadas 3808 crianças até 1 ano de idade, vivendo na eminência de contágio, tendo-se verificado 118 mortes, ou seja uma percentagem de 3,1 0/0. A mortalidade correspondente à mesma idade, em crianças não vacinadas, com ou sem contágio de tubérculos é de 8,5 0/0.

A mortalidade geral até 1 ano de idade é pois menos de metade nos vacinados em contacto com tuberculosos do que nos não vacinados com êste contacto e sem êle.

No número das 118 mortes, figuram 34 por doença suspeita de tuberculose, ou seja uma percentagem de 0,9 0/0. Crianças nas mesmas condições de idade e meio infectante, não vacinadas, teem uma mortalidade de 24 a 80 0/0.

Em crianças de 1 a 3 1/2 anos, vacinadas, vivendo em contacto com tuberculosos, contam-se 1941 casos.

Neste grupo, houve um total de 21 mortes, 4 das quais por doença sus-

peita de tuberculose. A mortalidade geral é de 1,2 0/0, inferior de 0,4 0/0 à percentagem das mortes em crianças da mesma idade, não vacinadas, e com ou sem contágio tuberculoso. A mortalidade por infecção tuberculosa é de 0,2 0/0, enquanto que nas mesmas condições as crianças não vacinadas é de 0,14, com e sem contágio tuberculoso. Nem uma das mortes se refere a crianças com mais de 2 anos de idade. O tempo de imunidade conferido pela vacina, pelo que se deduz de trabalhos experimentais e clínicos, parece ser superior ao que de princípio se supoz e vai até um mínimo de 5 anos.

MORAIS DAVID.

Esplenectomia. (*Splenectomy*), por H. GIFFIN.—*Surg. Gyn. and Obst.*
Novembro de 1927.

A esplenectomia em animais é seguida de um certo número de sintomas que podem resumir-se assim :

Anemia de tipo secundário, leucocitose, aumento da resistência dos glóbulos rubros para os solutos de cloreto de sódio hipotónicos, diminuição na tendência para a hemoglobinúria e para a icterícia provocadas por substâncias hemolíticas, diminuição da quantidade de sangue portal, transformação da medula vermelha, facto que parece não decorrer da anemia secundária apontada, hipertrofia do tecido linfóide.

A esplenectomia na espécie humana raramente permite a verificação da anemia que se encontra na esplenectomia experimental, atentas as condições especiais em que se procede no homem à extirpação do baço. Em pessoas com tumores do baço e que no resto se comportam como inteiramente normais, é possível encontrar evidência de uma anemia consecutiva, secundária, como se encontra na esplenectomia dos animais. A leucocitose, o aumento da resistência globular, a diminuição na fragilidade dos glóbulos rubros, a hiperplasia do tecido linfóide, o aumento das células reticuladas e do número das plaquetas são tudo fenómenos observados em várias condições patológicas, após a extirpação do baço.

O autor revê a experiência clínica da esplenectomia em um grupo de doenças que compreende a esplenomegália séptica crónica, a anemia esplénica, a cirrose do fígado, a esplenomegália sífilítica, a icterícia hemolítica, a anemia perniciosa, a leucémia mielóide, a hiperplasia linfóide, a policitémia *vera*, a púrpura hemorrágica, a anemia aplástica aguda e finalmente em um conjunto de doenças hemorrágicas raras. Se na púrpura hemorrágica e na icterícia hemolítica a indicação da esplenectomia depende apenas da exactidão de um diagnóstico, tão profícua se mostra a operação em tais circunstâncias, a indicação da esplenectomia é já um tanto discutível nas restantes doenças enumeradas, o que não quer dizer que, em algumas delas, depois de bem pesadas as condições particulares do caso em vista, não possa haver vantagem na extirpação do baço. A intervenção grave já por si é ainda grave pelas conseqüências que se lhe podem atribuir e entre elas sobresaem as hemorragias, a trombose portal e as embolias.

MORAIS DAVID.

Flictenas oculares e tuberculose. (*Phlyctènes oculaires*, etc.), por L. WEEKERS.
— *Bruxelles Médical*. 3 de Julho de 1927.

Nos indivíduos que têm flictenas oculares, o que é extremamente vulgar, poudo o A. fazer as seguintes observações:

Existe em todos, sem excepção, uma adenopatia tráqueo-brônquica muito manifesta que se poudo pôr em evidência dum modo indubitável pela radiografia. Esta mostra às vezes a coexistência de tubérculos calcificados.

A cuti-reacção à tuberculina é positiva nas crianças flictenulares em 90 % dos casos, desde pouca idade, isto é, de um a cinco anos.

A medição da temperatura tomada em intervalos regulares no recto, põe em evidência, com frequência nestes doentes, elevações muito passageiras de temperatura, que não se podem explicar senão pela existência de um fóco tuberculoso profundo em actividade.

Em alguns destes doentes, observam-se com uma frequência notável (36 % dos casos), sintomas certos de tuberculose, lesões ósseas, articulares, cutâneas, etc.

A tuberculose é frequente nos ascendentes dos flictenulares (56 %).

O conjunto destes factos, diz o A., não deixa logar a dúvidas. As crianças que apresentam flictenas oculares estão atacadas por uma tuberculose ganglionar em actividade discreta e pouco manifesta, porém certa.

Na maioria das crianças flictenulares, este fóco ganglionar estender-se há sem dar logar a nenhum sinal de tuberculose, imunizando bem o doente para essa enfermidade.

A aparição de flictenas numa criança indica que a impregnação bacilar, à qual não é possível escapar, se realiza com uma intensidade que sobrepassa a normal, pois que, na maioria dos indivíduos, esta mesma impregnação passa completamente despercebida sem dar logar a alguma manifestação.

Se na realidade na maioria dos flictenulares vistos pelo A. esta impregnação bacilar não dá logar posteriormente a nenhum outro sintoma de tuberculose, algumas vezes sobrevêm sem dúvida outras lesões provocadas pelo bacilo de Koch. Em geral o prognóstico é favorável. Conforme com a lei de Marfan, raros são os flictenulares que se tornam tísicos.

Quanto à patogenia das flictenas oculares, parece que se deve excluir uma acção directa do bacilo de Koch. Não se encontra o bacilo nas lesões; a inoculação no animal é negativa. Novas investigações devem estabelecer se a flictena não é provocada pela forma filtrante do bacilo da tuberculose.

A clínica e a experiência demonstram que a toxina tuberculosa desempenha um papel essencial na produção das flictenas.

a) A instilação de tuberculina no fundo do saco conjuntival em antigos flictenulares provoca regularmente a aparição de flictenas.

b) A óculo-reacção à tuberculina quando é positiva acompanha-se às vezes de flictenas, mesmo em indivíduos que não as tinham anteriormente.

c) É possível produzir experimentalmente flictenas por instilação de tuberculina no olho em animais tuberculizados anteriormente.

d) Não se poudo provocar experimentalmente flictenas em animais não

tuberculizados, não apresentando a hipersensibilidade dos tecidos característica da alergia, em que a tuberculina é o principal agente.

¿ Qual é o mecanismo pelo qual a tuberculina intervem na produção das flictenas? Alguns dados estão bem estabelecidos, outros são hipotéticos.

As crianças flictenulares apresentam uma sensibilidade extrema dos seus tegumentos à tuberculina.

Tal é o facto essencial que domina o problema patogénico que nos ocupa.

A hipersensibilidade da conjuntiva manifesta-se da maneira mais característica, pela aparição de flictenas.

As flictenas são devidas, antes de tudo, à acção específica da própria tuberculina.

As flictenas observadas na clínica seriam devidas à acção sôbre uma conjuntiva hipersensibilizada, de uma quantidade ínfima de tuberculina de procedência endógena e junta às lágrimas no saco conjuntival na ocasião dum catarro qualquer.

As flictenas poderiam ser igualmente provocadas, mas isto é apenas uma hipótese, pela acção dos bacilos de Koch em pequeno número, por bacilos sem virulência, ou mortos, ou por restos de bacilos que chegam à conjuntiva por via endógena.

Esta hipersensibilidade da conjuntiva, que está essencialmente ligada à existência de um fóco tuberculoso ganglionar profundo, poderia manifestar-se igualmente sob a influência de causas locais extranhas à tuberculose, a tóxina estafilocócica, por exemplo (hetero-alergia).

MENESES.

Enxertos nervosos e tendinosos da mão. (*Greffes nerveuses et tendineuses de la main*), pelo DR. STERLING-BEUMEL (San Francisco). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie* — XXX^o Ano. N.^o 2, Fev. 1927, págs. 93-97.

É um problema ao mesmo tempo cirúrgico e social. A restauração das mãos estropiadas por um traumatismo ou por uma infecção representa para o cirurgião um problema difícil, pois as articulações precisam ficar absolutamente prontas à função e as cicatrizes retraídas, tão freqüentes, devem ser excizadas e substituídas por um enxerto cutâneo pediculado. As tracções leves e contínuas, prolongadas por muitas semanas, podem pôr uma articulação no seu lugar, ou ainda as capsulotomias ou as artroplastias.

Deve-se pôr o punho em extensão, as articulações próximas dos dedos em flexão e o polegar em opposição. O retalho cutâneo pediculado tem a vantagem de combater a contractura em flexão, substitue a cicatriz por tecido móvel, dá-nos um leito através do qual os tendões podem deslizar, melhora a nutrição da mão e do antebraço, relaxando os tecidos que estão à volta e melhorando portanto as condições de circulação e de condução nervosa. Estes dados constituem os pontos preliminares para tódã a operação nos tendões ou nos nervos.

Reparação dos nervos: As lesões nervosas põem a mão fóra de uso porque para êste órgão a sensibilidade é tão importante como a motilidade.

Com a desapareição dos delgados ramos motores do mediano ou do cubital, a preensão da mão desaparece, assim como os movimentos mais delicados. Com a desapareição de ramos sensitivos, os dedos ficam reduzidos a ganchos atrofiados e insensíveis. Felizmente, podem-se reparar facilmente os nervos digitais mesmo até à falangeta e os resultados da sutura nervosa são melhores para estes pequenos nervos do que noutra qualquer parte do corpo.

A regeneração é notavelmente boa, porque os nervos já não são mixtos e quanto mais perto se está da periferia melhor é a regeneração. A volta da sensibilidade num segmento digital dura um mês. O regresso da função nos pequenos músculos da mão, após rutura do ramo ténar do mediano ou do ramo motor do cubital, dura um ano.

O enxerto livre deve ser buscado no nervo safeno externo (sural) ou no nervo dum dedo que se tenha necessitado amputar. O enxerto do mediano foi realizado em dois tempos, no primeiro foi empregado apenas um filete simples do safeno. A sensibilidade voltou à região do polegar tão bem que seis meses mais tarde duas novas extremidades foram acrescentadas e a sensibilidade regressou a tódá a zona anestesiada e 1 1/2 ano depois o sentido estereognóstico.

Enxertos livres de tendão: Quando se procede a uma reparação tardia dos tendões duma mão é muitas vezes impossível aproximar por simples sutura os dois topos do tendão pelas razões seguintes: 1.º o músculo está contraído até ao ponto de os topos do tendão não poderem ser aproximados sem exagerar a tensão.—2.º Noutros casos foram eliminadas grandes porções de tendão ou transformadas em tecido cicatricial, enquanto noutros ainda o tendão está amarelado e quebradiço por causa da falta de funcionamento, pois os tendões, como os ossos, devem funcionar para continuar sãos.

Porisso, é quasi sempre necessário fazer enxertos livres para preencher as perdas de substância tendinosa.

Em 583 casos de operações nos tendões da mão e do antebraço, foram usados, por ordem de frequência, os seguintes processos:

1.º—Enxertos tendinosos livres.

2.º—Libertação do tendão do tecido cicatricial, a maior parte das vezes com excisão do bloco cicatricial.

3.º—Sutura do tendão topo a topo.

4.º—Transplantação do tendão.

Os enxertos foram quasi sempre buscados no longo palmar, flexôr superficial do mesmo dedo ou no longo extensor dos dedos do pé.

Quando o leito do tendão ou do enxerto tendinoso é formado por tecido cicatricial duro é necessário, para obter movimento, enxertar um mecanismo de escorregamento à volta do tendão, o que se faz com o auxílio da gordura tirada ao nível do tendão do tricípede, ou ainda da existente sobre a fascia lata.

Em geral há uma grande proliferação de tecido cicatricial que junta os tendões, e aperta nervos, linfáticos e vasos sangüíneos, comprometendo a circulação. Esse tecido cicatricial endurecido deve ser dissecado e excisado

até tecido são, como se fôsse o dum cancro, pois se se deixa tecido cicatricial, êste prolifera durante a cura da ferida e reproduz o tecido cicatricial.

Quando houve uma infecção grave, encontram-se as lesões mais acentuadas ao nível dos ligamentos anulares, porque as bainhas tendinosas são nesse nível estreitas e inextensíveis. É porisso no punho, na parte profunda da palma da mão e ao nível dos dedos, que as lesões são mais acentuadas e nestes diferentes níveis encontrar-se-hão freqüentemente os tendões substituídos por tecido cicatricial.

Quando se trata dum dedo, não devemos reparar o tendão ou colocar um enxerto tendinoso sem que os nervos tenham sido reparados e tenham tido tempo de se regenerar.

O membro deve ser previamente tornado exsanguine com a aplicação da fita d'Esmarch, e em seguida posta a manchete dum aparelho para medir a pressão sangüínea, que deve ser mantida a uma pressão de 250 mm. de mercúrio. Sob esta pressão, mantém-se a isquemia sem produzir paralisia. Não se deve deixar a manchetem ais duma hora, porque se a deixamos mais tempo arriscamo-nos a produzir um endurecimento reaccional dos tecidos. Esta cirurgia é feita de pequenos detalhes, aos quais é necessário submeter-se para obter bons resultados.

O factor principal do prognóstico é o estado de nutrição da mão e a quantidade de tecido cicatricial presente.

Nos casos graves, em que a mão foi completamente demolida pela infecção e em que os tendões e os nervos foram eliminados, é ainda tempo de restaurar a função das articulações, de restabelecer um grau de sensibilidade suficiente e de pôr o doente em estado de agarrar objectos pequenos e grandes e de abrir a mão muitos centímetros.

Quando o dedo está rígido mas as articulações estão flexíveis, pôde-se substituir o tendão e em geral obter a flexão até 1 cm. da palma da mão. Se as articulações estão anquilosadas e não podem ser reparadas já não se pode esperar tanto. Se existem apenas alguns tendões e nervos cortados, pôde-se esperar tornar a obter a maior parte das funções tendinosas e nervosas.

MENESES.

Contribuição para o estudo do cloroma. (*Contributo allo studio del cloroma*), pelo Prof. E. CALANDRA (Palermo).—XVIII Congresso da Sociedade Italiana de Ortopédia (Bologna. Out. 927).—*Bibliografia Ortopédica*. Ano VIII. N.º 6, pág. 189.

O A. apresenta um caso de cloroma desenvolvido imediatamente em seguida à operação dum sarcoma globocelular da omoplata esquerda numa pequenita de seis meses, e do estudo clínico e anátomo-patológico do caso conclue o parentesco anatômico entre o sarcoma globocelular e o cloroma.

O caso é muito importante, especialmente porque traz luz à obscura etiopatogenese do cloroma: de facto êste caso é o único caso da literatura em que se tem um pequeno tumor congénito da omoplata, sarcoma globocelular, que tratado cirurgicamente depois de seis meses faz explodir o

quadro característico do cloroma e em poucos dias leva o doente à morte. O A. põe em destaque a relação existente entre sarcoma globocelular, cloroma e a alteração da medula óssea, e deduz daí uma disposição anormal congénita do tecido conjuntivo de modo a dar primeiro uma formação de tecido novo ao nível da omoplata, dotado de carácter embrionário (sarcoma globocelular) e também que o trauma local operatório e o trauma nervoso gerado devido à narcose fêz explodir essa propriedade anormal do tecido conjuntivo especialmente o dos órgãos hematopoiéticos.

MENESES.

Sobre o tratamento com extracto hepático de anemia perniciosa. (*Über Leberextrakt — Behandlung der perniziösen Anämie*), por R. SEYDERHELM e G. OPIT. — *Klinische Woch.* N.º 5, 1928.

Com a introdução da dieta hepática no tratamento da anemia perniciosa, ficou em aberto a questão se seria possível substituir o fígado total por um extracto hepático activo.

Minot, Murphy e Cohn conseguiram isolar uma fracção hepática, de acção idêntica à do fígado total e que contém cêrca de 7% de azoto, pequenos vestígios de albumina e enxôfre. Uma fracção hepática semelhante — o Hepatrat — foi isolada na Europa e lançada no mercado pela firma Nordmark-Werke, A.-G. Hamburgo, 21. É facilmente solúvel em água e a sua análise dá o seguinte resultado :

N — 7,8 %	NaCl — 1,46 %
P — 3,4 %	Alb — (+)
S — 0,015 %	Polipeptidos — (+)
Fe — vestígios	Peptonas — (+)

De regra, os doentes com anemia perniciosa tomam uma quantidade de Hepatrat correspondente a 400-500 gramas de fígado fresco, isto é, 7,5 gr. de Hepatrat sêco ou 80 gr. (quatro c. de sopa) de Hepatrat líquido.

O Hepatrat produz modificações do quadro hematológico idênticas às que se obtêm com a administração de fígado total.

F. FONSECA.

Pesquisas clinicas sobre a utilidade do emprêgo da dioxiacetona (oxatin) nos diabéticos. (*Klinische Versuche über die Verwendbarkeit des dioxyacetons (Oxantins) bei Diabetikern*), por M. GROSSMANN e ST. POLLAK. — *Klinische Woch.* N.º 5, 1928.

A oxantin é um hidrato de carbone rapidamente absorvido e queimado pelo organismo diabético e que, sob o ponto de vista energético, corresponde aproximadamente à dextrose.

Influencia muito menos o hipersensível metabolismo hidrocarbonado dos diabéticos do que igual quantidade de dextrose.

Nos diabéticos com glicémia elevada, prvooca uma nítida baixa de açúcar

do sangue, depois duma curta subida passageira e simultâneamente tem uma influência favorável sôbre a acidose. Segundo Isaac, uma parte da subida inicial da glicêmia é devida à própria Oxantin.

Em combinação com a insulina, a Oxantin constitue o meio ideal para combater os estados comatosos e precomatosos.

F. FONSECA.

Metabolismo da colessterina e crescimento dos cabelos. (*Cholesterinstoffwechsel und Haarwuchs*)— Observações ao trabalho de Jaffé publicado na mesma revista, ano 5.º, n.º 12, pág. 507, por K. LINSER e H. KAHJER.— *Klinische Woch.* N.º 3, 1928.

Das experiências dos AA. conclue-se que a forte fricção tanto com vaselina colessterinada, como vaselina simples, accelera o crescimento dos pêlos nos coelhos. Pelo contrário, a simples deposição de ambas as pomadas não altera a regeneração do pêlo. A parte activa é pois simplesmente a irritação da pele em consequência da forte fricção. Não se pode falar da acção específica da colessterina. O valor do tónico capilar «Trilysin» baseia-se em observações experimentais em animais, cuja interpretação falsa os AA. demonstram.

F. FONSECA.

Lipóides e metabolismo. (*Lipoides und Stoffwechsel*), por H. REITER e W. REISSMAM.— *Klin. Woch.* N.º 7, 1928.

A falta de lipóides na alimentação determina um aumento da destruição da albumina.

A administração ulterior de lipóides evita esta aumentada destruição de albuminóides.

Os lipóides do preparado alimentar Promonta apresentam-se inalterados e são activos.

F. FONSECA.

Pesquisas sôbre reacções cutâneas na asma. (*Untersuchungen über Cutanreaktionen bei Asthma*), por K. BOAGÛE.— *Klin. Woch.* N.º 7, 1928

O A. chega às seguintes conclusões:

1) — Em 42 crianças normais executou a reacção cutânea com 14 substâncias; a reacção foi positiva 4 (10 %).

2) — Em 121 asmáticos (89 crianças, 32 adultos) fez a reacção cutânea com cerca de 50 substâncias. A reacção foi positiva em 88 doentes, respectivamente 64 crianças (71,9 %) e 24 adultos (75 %). 45 doentes reagiram a uma única substância (35 dêles apenas), 43 a muitas.

3) — Julga ter encontrado idiosincrasia correspondente à reacção cutânea em 33 doentes. Alguns doentes apresentavam uma reacção cutânea negativa para a substância a que tinham clinicamente idiosincrasia.

4) — Cabelos e penas determinam a maioria das vezes acessos de asma enquanto que os alimentos dão quasi sempre vômitos e erupções cutâneas.

5) — 21 asmáticos (dos quais 18 com uma reacção cutânea positiva) estiveram, durante um tempo de observação de 1 a 3 anos, sem ou quasi sem ataques de asma, depois que deles se afastou a presumida substância nociva.

O A. serviu-se de preparados dinamarqueses e ainda também de outros americanos da casa Arlington Chemical C.^o, New York.

A reacção é feita depositando na face externa do braço uma série de gotas de n/10 OH Na, nas quais estão desenvolvidas as substâncias. Depois faz-se um pequeno traço como para a reacção de Pirquet. A reacção positiva manifesta-se no decurso de 10 a 20 minutos e apresenta-se como uma pápula de urticária.

Nas reacções positivas a uma pápula de 5-7 mm. corresponde um + a, 7-10 mm. ++, a 10-15 mm. +++ e a mais de 15 mm. ++++.

F. FONSECA.

Bioquímica do escorbuto. (*Zur Biochemie des Skorbutus*), por A. ABRAHAM.
— *Klin. Woch.* N.^o 7, 1928.

O Autor apresenta um caso de escorbuto no qual encontrou as seguintes alterações :

- 1 — Diminuição da resistência osmótica dos glóbulos rubros.
- 2 — Hipocolesterinémia.
- 3 — Diminuição do calcium e simultaneamente aumento do potássio no soro sangüíneo.
- 4 — Um particular decurso da curva de glicémia (subida e decurso retardados).

F. FONSECA.

A fisiologia da insulina. (*La physiologie de l'insuline*), por P. MAURIAC e E. AUBERTIN. — *Annales de Médecine.* N.^o 5, T. XXII, 1927.

O último tempo do mecanismo de acção da insulina parece ser a transformação da glucose num corpo directamente assimilável. Se esta transformação se não faz, há glicosúria.

Quais são as causas que podem evitar esta transformação?

1.^o — A ausência do complemento da insulina, de origem tissular e sem o qual a insulina não pode actuar; para alguns estaria aí a origem da diabetes floldzinica.

2.^o — A ausência de insulina :

a) — por lesão pancreática e insuficiência glandular.
b) — por lesão nervosa: central ou vagosimpática, impossibilitando o funcionamento do pâncreas.

3.^o — A inactivação da insulina :

a) — por certas substâncias que inactivam a insulina por absorpção ou

outro mecanismo: a insulina é uma substância muito instável que pode ser absorvida por colóides ou arrastada por precipitados proteicos.

b) — por uma perturbação do sistema compensador, que opõe a secreção pancreática às secreções suprarenno-tiro-hipofisárias, e talvez também à tripsina de origem pancreática.

F. FONSECA.

A insulina em obstetrícia. (*L'insuline en obstétrique*), por M. LABBÉ e R. BOULIN. — *Annales de Médecine*. N.º 5, T. XXII, 1927.

As aplicações da insulina em obstetrícia são muito limitadas. É inútil nos vômitos incoercíveis. É mais prejudicial do que útil nas glicosúrias gravídicas simples.

A única indicação formal é a diabetes das mulheres grávidas.

F. FONSECA.

Sobre lipase na saliva. (*Über Lipase in Speichel*), por K. SCHEER. — *Klin. Woch.* N.º 4. 1928.

O A. conseguiu descobrir na saliva uma lipase que é destruída à temperatura de 65°. A secreção da parótida é mais rica neste fermento do que as outras glândulas salivares. A sua principal função deve relacionar-se com a higiene bucal.

F. FONSECA.

A parte activa da Glukhorment. (*Der wirksame Bestandteil des Glukhorments*), por H. LANGECKER. — *Klin. Woch.* N.º 4. 1928.

Nas pastilhas de Glukhorment encontra-se, em quantidade notável, a mesma substância que nas pastilhas de Synthalin e cuja constituição, propriedades e acção permitem indentificá-la com decametildiguanidina, que é, segundo Frank, a constituição da Synthalin.

F. FONSECA.

Um caso de urémia tratado com injeção intravenosa dum soluto hipertónico de sulfato de sódio. (*Ein Fall von Urämie, behandelt mit intravenöser Infusion hipertonischer Natriumsulfatlösung*), por K. MOLLER. — *Klin. Woch.* N.º 4. 1928.

O A. empregou uma solução hipertónica de sulfato de sódio (5 %) em injeção intravenosa em dois casos de urémia. Num dos casos, em que a urémia era consequência duma insuficiência renal antiga, a terapêutica não deu o menor resultado. No outro caso, em que a urémia apareceu bruscamente, sem sinais anteriores de insuficiência renal, a melhora foi quasi maravilhosa em seguida à injeção.

O A. julga que em experiências futuras devemos considerar como provável que a injeção de sulfato de sódio não terá efeito sobre as urémiás consecutivas a um largo período de insuficiência renal e antes a devemos a uzar nos casos de urémiá aguda que apareça sem sinais anteriores de grande insuficiência renal.

F. FONSECA.

Biblioteca da «Lisboa Médica»

Obras recebidas:

Intervenções e indicações cirúrgicas nas supurações crônicas do ouvido médio (estudo crítico e doutrinário), por CARLOS DE MELO. 1 vol. de 121 págs.—Lisboa, 1927.

Carlos de Melo, professor ordinário da Cadeira de Otorinolaringologia da Faculdade de Medicina, apresenta no seu último trabalho ricamente documentado, a solução de um problema da mais alta importância para a Otologia: a indicação operatória para o tratamento das supurações crônicas, não complicadas, do ouvido médio.

Há divergências profundas e fundamentais entre a opinião do A. e a dos outros otologistas portugueses.

O A. diz-nos quais as circunstâncias em que se deve indicar a intervenção cirúrgica ou aconselhar uma terapêutica conservadora, com o fim de curar a supuração do ouvido, impedindo complicações, por vezes, mortais.

«Tão grave é a meu ver—diz o A.—operar uma otorreia crônica que não resiste a meia dúzia de lavagens, como recusar a intervenção a uma purgação de ouvidos que, mais tarde, produzirá uma meningite ou um abcesso cerebral».

Mas o Prof. Carlos de Melo não vem, com êste seu importante trabalho, esclarecer-nos, apenas, sobre a indicação operatória das otites médias crônicas supuradas; dá-nos, ainda, indicações precisas sobre o processo operatório a pôr em prática, segundo os casos. Neste assunto, as divergências verificadas entre os nossos otologistas encontram-se ainda mais acentuadamente entre os especialistas estrangeiros.

Livro desempoeirado, sob o ponto de vista doutrinário, com numerosas citações, de sorte a pôr em foco as divergências de critério dos outros autores, para o escrever, melhor, para resolver êste problema otológico, o A.

não se debruçou sobre os livros dos outros; as conclusões apareceram-lhe como consequência natural da sua larga experiência clínica.

O Bebê (a arte de cuidar do lactante), de A. ZERWER. — Tradução alemã de Dr.^a Sara Benoliel e Dr. Eduardo Adler. — 1 vol. de 68 págs. — Lisboa, 1928.

Êste livrinho vem prestar valiosos serviços às mães portuguesas, divulgando noções práticas de higiene infantil. Edição cuidada e profusamente ilustrada. É apresentado pelo Dr. Castro Freire.

Tratamento farmacológico moderno da blenorragia uretral, pelo Dr. ALFREDO PERUTZ. — Barcelona, 1927. — Manuel Marin, editor.

L'infection gonococcique et ses complications, pelo Dr. F. CATHELIN e Dr. A. GRANDJEAN. — Paris, Librairie du Monde Médical.

Arquivos de Clínica Médica (Faculdade de Medicina do Pôrto). N.º 2, T. II. — 1927.

Travaux de Laboratoire (Institut Rocha Cabral, Lisbonne), publiés sous la direction de M. Ferreira de Mira. — Lisbonne, 1927.

Die Tumoren des Gehirns, pelo Prof. L. PUUSEPP. (I. Lieferung). — Tartu-Dorpat, 1927.

Tratado de Enfermedades de los Niños, por E. FEER. — Barcelona, 1928. — Manuel Martin, editor.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Congressos, cursos de aperfeiçoamento e de vulgarização

Algumas cartas que temos recebido de colegas da província, queixando-se do isolamento cultural em que vivem, desde que se separaram da Escola que os formara, sugerem-nos algumas palavras sobre o tema.

A ideologia do século XIX criou os congressos científicos, cujo alto fim a que se destinavam falhou quasi por completo. Sob o ponto de vista da investigação científica, é raro o congresso que traz na sua cornocópia a exposição de experiências clínicas ou laboratoriais inéditas, ou pontos de vista novos sobre determinada matéria; tudo estava publicado e vulgarizado nas revistas.

Claro que não incluímos nestes congressos as reuniões anuais das sociedades científicas que tendem a substituí-los — como succede em algumas da Europa e da América — levadas a efeito para exposição e discussão de determinada matéria posta e honestamente estudada com um ano de antecedência. Os trabalhos apresentados nessas reuniões são quasi sempre notáveis, e a casuística que muitos cientistas trazem à colação constitui um rico manancial de estudo. Essas reuniões são da maior utilidade. A dos congressos não conseguimos enxergá-la.

A realização de congressos nacionais em países de pobreza científica marcada — embora lhes não falte grande material de estudo — afigura-se-nos ainda, de utilidade mais precária.

Ao contrário, as *jornadas médicas*, com orientação diferente, sem o aparato teatral dos congressos, de intenções tão simpáticas e simultaneamente modestas, merecem o nosso inteiro aplauso. Levam aos práticos conhecimentos que eles não possuem, desfazem o seu isolamento, pondo-os em contacto, todos os anos, nos serviços hospitalares, com novos processos de diagnóstico e de terapêutica, com técnicas laboratoriais, que eles próprios praticam. Esperamos que o próximo congresso nacional tome esta orientação.

São esses *cursos de aperfeiçoamento e de vulgarização* que precisamos de estabelecer entre nós. As Faculdades de Medicina nos seus serviços hospitalares e laboratoriais privativos, os restantes hospitais, que tenham uma organização duplamente adequada a tal ensino, têm o dever de organizar cursos de aperfeiçoamento, onde os práticos venham todos os anos buscar

conhecimentos novos, a dentro das enfermarias e dos laboratórios, observando doentes, inteirando-se da terapêutica, praticando técnicas laboratoriais e ouvindo lições. Vimos lá fóra alguns desses cursos realizados em diferentes hospitais. Cursos práticos feitos com bom senso e com o conhecimento das realidades nacionais e da deficiência dos clínicos.

O heroísmo de alguns deles, espalhados por esse país fóra, implica da parte dos que podem ensinar esse dever. E pelo que cabe às Faculdades de Medicina, estas começarão, então, a fazer, o que podemos chamar a *extensão universitária* do seu saber e do seu ensino.

Congressos, cursos de aperfeiçoamento e de atualização

3.º Congresso Nacional de Medicina

Plano geral de organização do Congresso

A organização do Congresso obedece às seguintes disposições:

1.ª — Serão membros do Congresso:

a) todos os médicos que solicitarem a sua inscrição e pagarem a quota de Escudos 50,700;

b) como congressistas agregados, os estudantes das Faculdades de Medicina portuguesas e as senhoras da família dos médicos congressistas que se inscreverem e pagarem a quota de Escudos 25,700;

c) as individualidades nacionais ou estrangeiras que pela Comissão Executiva fôrem convidadas a tomar parte no Congresso.

2.ª — Todos os membros do Congresso poderão assistir às sessões e diversões, participar nas visitas e aproveitar de tôdas as vantagens concedidas aos congressistas.

3.ª — Só aos congressistas médicos e aos convidados será permitida a apresentação de comunicações e a sua discussão.

4.ª — O objecto do Congresso é exclusivamente científico.

5.ª — O congresso terá as seguintes Secções:

I MEDICINA.

II CIRURGIA.

III BIOLÓGIA.

IV HIGIENE E MEDICINA PREVENTIVA.

V MEDICINA MILITAR.

6.ª — Haverá uma sessão solene de abertura e uma sessão de encerramento. Nesta, serão conhecidos os votos a emitir pelo Congresso e será fixado o local da seguinte Reunião de Intercâmbio. Nas sessões de abertura e

encerramento só poderá usar da palavra quem previamente tiver sido designado pela Comissão Executiva.

7.^a— Os trabalhos científicos do Congresso consistirão em :

- conferências;
- sessões plenárias;
- reuniões das secções;
- reuniões conjuntas de duas ou mais secções;
- demonstrações clínicas e sessões operatórias.

8.^a Nas reuniões do Congresso, além de comunicações sobre assuntos da livre escolha dos Congressistas, serão apresentados e discutidos relatórios sobre assuntos de interesse geral indicados ou aceitos pela Comissão Executiva de acordo com os Presidentes das Secções.

9.^a— Os relatórios impressos serão distribuídos antes da abertura do Congresso, tendo de, para tal efeito, ser enviados dactilografados à Comissão Executiva até 15 de Março de 1928. Os títulos das comunicações devem ser indicados à mesma Comissão até ao dia 31 de Março e os respectivos textos dactilografados enviados até 15 de Abril. Tanto os relatórios como as comunicações deverão ser acompanhados de resumos ou conclusões e, para facilitar a publicidade no estrangeiro, conterão também um resumo em francês (podendo, além deste, incluir resumos em inglês e alemão).

10.^a— A Comissão Executiva e as Mésas das Secções resolverão sobre a publicação dos trabalhos apresentados ao Congresso.

11.^a— Cada congressista médico ou agregado receberá o volume geral do Congresso contendo as actas, os relatórios e as comunicações, mediante inscrição e pagamento da quota suplementar de Escudos 25,700, sendo a tiragem desse volume limitada ao número de inscrições. Será distribuído gratuitamente um volume guia com numerosas indicações úteis aos congressistas.

O programa dos trabalhos científicos, recepções e diversões, e o regulamento interno do Congresso serão enviados a todos os congressistas com a conveniente antecedência.

Conferências

Fazem parte do programa do Congresso as seguintes conferências :

- Um célebre médico português,
pelo Dr. *Augusto da Silva Carvalho*.
- Técnica da encefalografia arterial no homem. Sua importância na localização das neoplasias cerebrais,
pelo Prof. *Egas Moniz*.
- Anatomia cirúrgica do simpático,
pelo Prof. *Hernâni Monteiro*.

— Higiene moral,
pelo Prof. *Serras e Silva*.

A Comissão Executiva considera também já assegurada a realização de algumas conferências por Professores estrangeiros.

Organização das Secções

1.ª SECÇÃO — MEDICINA

Presidente: Prof. *Carlos Belo Moraes*.

Secretários: Drs. *Armando Narciso e Mário da Silva Moreira*.

Relatórios:

A roentgenerapia em medicina interna.

Relatores — Prof. *Adelino Padesca* e Dr. *Aleu Saldanha* (Lisboa).

Estudo da insuficiência renal sob o ponto de vista médico.

Relatores — Drs. *Anibal de Castro* e *João José Martins Pereira* (Lisboa).

Tensão venosa e sua importância na clínica.

Relator — Dr. *Aureliano Pessegueiro* (Pôrto).

Aspectos clínicos da associação da tuberculose pulmonar e da sífilis.

Relatores — Drs. *Luis Simões Ferreira* e *Eugénio Mac-Bride* (Lisboa).

Dr. *João Maria Pôrto* (Coimbra).

As tifo-colites crónicas na patologia da fossa ilíaca direita.

Relatores — Drs. *Manuel Cerqueira Gomes* e *Roberto de Carvalho* (Pôrto).

2.ª SECÇÃO — CIRURGIA

Presidente: Prof. *Custódio Maria d'Almeida Cabeça*

Secretários: Drs. *Casimiro Afonso* e *Luis Adão*.

Relatórios:

Diagnóstico e tratamento da prenhez tubária.

Relator — Prof. *Augusto Monjardino* (Lisboa).

Infecções pélvicas na mulher.

Relator — Prof. *José Gentil* (Lisboa).

Tratamento do abôrto febril.

Relator — Prof. *Manuel António de Moraes Frias* (Pôrto).

Tratamento das úlceras gastro-duodenais.

Relator — Prof. *Reinaldo dos Santos* (Lisboa).

3.^a SECÇÃO — BIOLOGIA

Presidente: Prof. *March Athias*.

Secretários: Drs. *Luís Simões Raposo* e *S. F. Gomes da Costa*.

Relatórios:

Quimismo sangüíneo: azotémias.

Relator—Prof. *Alberto de Aguiar* (Pôrto).

Variação do occipital e sua significação morfológica.

Relator—Dr. *Amândio Tavares* (Pôrto).

Modos de excreção dos produtos endocrínicos.

Relator—Prof. *Augusto P. Celestino da Costa* (Lisboa).

Helminthíases e anti-helminticos.

Relatores—Prof. *Silvio Rebelo* e Drs. *S. F. Gomes da Costa* e *J. Toscano Rico* (Lisboa).

4.^a SECÇÃO — HIGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Presidente: Prof. *Nicolau Anastácio de Bettencourt*.

Secretários: Drs. *Luís Figueira* e *J. G. Pacheco de Miranda*.

Relatórios:

Como organizar a luta contra a mortalidade infantil.

Relator—Prof. *António Almeida Garrett* (Pôrto).

Profilaxia da diftéria.

Relatores—Prof. *Carlos Ramalhão* e Drs. *Cesar Martins e Fonseca Castro* (Pôrto).

A crise da habitação em higiene urbana.

Relator—Dr. *Ferreira Mendes* (Pôrto).

Papel do médico, do Município e do Estado na luta contra as doenças infecciosas.

Relator—Dr. *José Alberto de Faria*. (Lisboa).

5.^a SECÇÃO — MEDICINA MILITAR

Presidente: Coronel médico e Director do Hospital Militar Principal de Lisboa, Dr. *Adriano Luís de Oliveira Pessa*.

Secretários: Drs. *António d'Oliveira Zuquet* e *Jaime de Nóbrega Salgueiro*.

Relatórios:

Organização do serviço de saúde naval em campanha.

Relator—Dr. *Júlio Gonçalves*.

Organização dos serviços de saúde militar.

Relator — Dr. *Manuel Fernandes Gião* (Lisboa).

Conferências e demonstrações clínicas

A Comissão Executiva espera conseguir que se realizem algumas conferências e demonstrações de prática clínica cujos horários serão oportunamente indicados aos Congressistas. Está em entendimento com o Prof. *José Gentil*, Director do Banco do Hospital de S. José, para a organização de algumas sessões nesse serviço em que serão versados assuntos de *Cirurgia de urgência*.

Festas e excursões, concessões aos Congressistas

Além de uma recepção oficial, fazem parte do programa as seguintes diversões a oferecer aos Congressistas:

— Excursão ao Estoril; visita ao Estabelecimento termal e ao Parque, a convite das Sociedades «Estoril» e «Estoril Plage».

— Récita no Teatro Nacional organizada pelo sr. dr. Júlio Dantas, Director da Escola de Arte de Representar.

— Tourada promovida pela Associação dos Estudantes de Medicina.

Os Congressistas terão nos preços das viagens em Caminhos de Ferro a redução de 50 % e, em alguns dos melhores hotéis, a redução de 20 %.

A Comissão Executiva procura obter que as empresas de excursões tenham durante o Congresso organizado um plano de visitas à cidade e arredores, a preços reduzidos.

*

* *

Curso de Malaria — Hamburgo 1928

No «Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten» realiza-se, de 7 de Maio a 13 Junho de 1928, um curso especial de Malariologia (Haematologia, Parasitologia, Clínica, Entomologia e Profilaxia). O curso consta de lições com demonstrações, trabalhos práticos, apresentação de doentes e excursões. Neste curso, devido à iniciativa do «Hygiene-Organisation des Völkerbundes» podem tomar parte quaisquer médicos.

Terá também interesse para os que se dedicam ao estudo do tratamento das doenças pelo parasita da Malaria.

Explicações em línguas diferentes serão dadas no *Praktikum*.

Os professores são: Nocht, Fülleborn, Giemsa, Martini, Mayer, Mühlens, Reichenow, Weise.

Para informações, etc., dirigir-se ao «Institut für Schiffs-und Tropenkrankheiten», Bernhardstrasse 74, Hamburg 4.

*
* *
*

Colectividades científicas

Sociedade Portuguesa de Biologia

Sessão de 4 de Março :

Profs. Ferreira de Mira e Joaquim Fontes.—«A acção da adrenalina sobre a contractilidade do músculo fatigado no coelho privado de cápsulas suprarrenais», e «As relações das cápsulas suprarrenais com a fadiga muscular no coelho».

Dr. Gonçalves da Cunha.—(Apresentado pelo Prof. Ferreira de Mira).—«Aplicação do método das impregnações pela prata ao estudo das sementes durante a germinação».

Prof. Celestino da Costa.—«Sobre cicatrização das feridas da suprarrenal».

Drs. Cascão de Anciães e Carlos Trincão.—«Sobre a absorção da glucose pelos precipitados albuminoides».

Drs. Morais David e Carlos Trincão.—«A acção do Glukhorment sobre a glicémia e a glicosúria».

Drs. Fernando Fonseca e Carlos Trincão.—«A acção da Efetonina sobre o quimismo gástrico».

Prof. Egas Moniz e Drs. António Martins e Almeida Lima.—«L'injection de solution d'iodure de sodium a 25 % dans la carotide externe.—Reflexe de crachement».

Prof. Egas Moniz e Dr. António Martins.—«Les accès epileptiques déterminés par l'injection dans la carotide interne d'iodure de sodium présentent souvent un aspect Jacksonien homolatéral».

Prof. Egas Moniz e Drs. Antonio Martins e Eduardo Coelho.—«Zones reflexogènes carotidiennes, chez l'homme, excitées par les injections d'iodure de sodium dans la carotide primitive».

Prof. Sílvio Rebelo e Drs. S. F. Gomes da Costa e Toscano Rico.—«Sur les différences de reactivité des Helminthes et des vers de terre à l'action de quelques drogues».

Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa

Sessão de 10 Março :

Secção de Tisiologia.

«Valor terapêutico do cianeto de oiro e de potássio na tuberculose pulmonar», pelo Dr. Raul Faria.

«Eventração diafragmática. Considerações sobre dois casos clínicos», pelo Dr. Vasco de Lacerda.

«O tratamento da tuberculose no Caramulo», pelo Dr. Jenónimo de Lacerda.

Sessão de 13 de Março:

Conferência do Prof. Moure, de Bordeus, sobre «O cancro da laringe e o seu tratamento».

* * *

Faculdades de Medicina

De Lisboa

Foram nomeados segundos assistentes os srs. drs. Alberto Pereira de Carvalho, da clínica terapêutica, e Luís Figueira e Fausto Landeiro, de Bacteriologista e Parasitologia.

— O sr. dr. Victor Hugo Moreira Fontes foi contractado para o cargo de 1.º assistente da cadeira de anatomia descritiva.

— Foi proposta ao governo a nomeação do sr. dr. Alvaro de Campos Couto Viana para segundo assistente de clínica cirúrgica.

— O sr. dr. Artur Cardoso Pereira foi reconduzido como primeiro assistente de Medicina Legal.

Do Porto

Foram nomeados: directores do laboratório da cadeira de Farmacologia, o sr. dr. José Maria de Oliveira, dos de Anatomia descritiva, Medicina operatória, Fisiologia e Patologia geral, respectivamente, os srs. drs. Joaquim Alberto Pires de Lima, Hernâni Monteiro, Alberto de Aguiar e Alfredo da Rocha Pereira e 1.º assistente do grupo de cirurgia o sr. dr. Gaspar de Melo Pestana.

— O sr. ministro da Instrução autorizou o desdobramento das cadeiras de Anatomia descritiva, Histologia e Química fisiológica.

* * *

Hospitais Cíveis de Lisboa

Foi transferido para Alcobaça o Asilo da Mendicidade de Lisboa, tendo sido cedidos aos hospitais cíveis os edifícios e mais dependências ocupados por aquele estabelecimento.

Instituto Rocha Cabral

Inauguraram-se no dia 2 do corrente, no Instituto Rocha Cabral, as conferências de divulgação científica, que este Instituto se propõe realizar.

Iniciou-as o sr. professor dr. Ferreira de Mira que tratou de «O crescimento e as glândulas de reacção interna».

No dia 9, o sr. professor dr. Celestino da Costa fez uma conferência sobre «Os organismos e a vida celular».

No dia 16, o sr. dr. Simões Raposo dissertou sobre «A acção da luz e a constituição da matéria».

Diversas Notícias

Exames de dentistas

O sr. ministro da Instrução tenciona apresentar em conselho de ministros um diploma autorizando os indivíduos que antes da publicação do decreto de 24 de Maio de 1911 eram candidatos ao exame de dentistas o requererem o mesmo exame em qualquer das três Faculdades de Medicina nos termos e com tôdas as garantias da legislação vigente à data do referido decreto.

A Sociedade Portuguesa de Estomatologia protestou contra o facto e a Associação Médica Lusitana, reclamando também junto do sr. ministro da Instrução, manifestou o seu desagrado e o da classe médica em geral pela abolição de uma regalia que tanto custou a conquistar e que tanto orgulha os médicos portugueses, visto que só médicos italianos, romenos, alemães e portugueses a possuem.

Também solicitaram a suspensão do respectivo decreto a Secção de Estomatologia da Sociedade das Ciências Médicas e a Associação dos Médicos do Centro de Portugal.

Doença do sono

A Sociedade das Nações convidou o govêrno português a fazer-se representar numa conferência que deve realizar-se em Paris, em Setembro próximo, afim de serem tratados vários pontos referentes ao combate da doença do sono.

A missão científica encarregada de estudar, em Moçambique, a referida doença e outras moléstias tropicais, a qual é composta dos srs. drs. Ayres Kopke e Anibal de Magalhães, deve regressar a Lisboa, no próximo mês, estando já a elaborar o relatório dos trabalhos ali realizados. Essa missão propõe que os estudos continuem, sendo realizados pela direcção de saúde da provincia.

O estudo do cancro

O sr. professor dr. Francisco Gentil foi convidado pelo sr. embaixador de Inglaterra em Lisboa a tomar parte, como delegado do Instituto Português do Cancro, na conferência internacional destinada a examinar o problema daquela doença nos seus aspectos mais recentes e a facilitar o intercâmbio das conquistas realizadas no sentido de a debelar.

Essa conferência realiza-se, em Londres, de 16 a 22 de Julho próximo.

No Instituto Central de Higiene efectuou-se a abertura do curso de medicina sanitária, dirigido pelo sr. prof. dr. Ricardo Jorge.

Os hospitais de Paris

O conselho municipal de Paris votou um crédito de 188 milhões para restaurações e ampliações hospitalares. Os hospitais Broussais e Bichat serão reedificados no lugar actual. O velho hospital da Charité desaparece. O de Beaujon será reedificado noutra lugar. O hospital de doenças infecciosas de Claude Bernard será ampliado, e construir-se hão hospitais suburbanos para a assistência aos tuberculosos. O hospital Broussais transformou-se num grande hospital moderno com mais de mil camas.

Dentro de doze anos — período necessário para a execução d'este projecto — ficará Paris com vários hospitais novos dotados dos mais modernos serviços de medicina e cirurgia.

Necrologia

Professor Luis de Freitas Viegas

Faleceu, no Pôrto, o sr. professor dr. Luis de Freitas Viegas, da Faculdade de Medicina daquela cidade e director da clínica de Dermatologia no Hospital Geral de Santo António.

O extinto era pai do sr. dr. Luis de Bastos Viegas, assistente da mesma Faculdade, e cunhado do sr. dr. Alvaro Teixeira Bastos, professor de clínica cirúrgica também da Faculdade do Pôrto.

O prof. Luis Viegas era natural do Pôrto, tendo nascido a 14 de Julho de 1869.

Diplomado pela Escola Médico-Cirúrgica do Pôrto, em 26 de Julho de 1893, foi nomeado por concurso, prof. demonstrador da secção cirúrgica, por decreto de 22 de Março de 1899, sendo promovido a lente substituto, por decreto de 11 de Agosto de 1900, e a lente proprietário da 1.ª cadeira, Anatomia descritiva, por decreto de 25 de Agosto de 1903.

Pelo decreto de 22 de Fevereiro de 1911, foi colocado no lugar de professor ordinário da 1.ª classe—Anatomia descritiva e topográfica, sendo encarregado da regência de Anatomia descritiva, e por deliberação do Conselho, de 30 de Julho de 1918, da clínica especial de Dermatologia e Sifilografia, curso que vinha regendo desde 1902.

Foi médico antropologista criminal da 2.ª Circunscrição médico-legal, professor de antropologia criminal e psicologia judiciária do Curso Superior de Medicina Legal, director da repartição de antropologia criminal e psicologia experimental e identificação civil, membro do Conselho Médico-Legal, director de enfermaria no Hospital Geral de Santo António e dos serviços externos de Dermatologia e Sifilografia do mesmo hospital, presidente da Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia, ex-presidente da Associação Médica Lusitana, presidente da secção Dermatológica e Sifilográfica do 15.º Congresso Internacional de Medicina, retinido em Lisboa, em 1906, era sócio correspondente do Instituto de Coimbra, da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e da Sociedade Francesa de Dermatologia e Sifilografia.

Foi governador civil do distrito de Vila Rial e era comendador da Ordem de Santiago de mérito científico, literário e artístico. Foi o representante da Associação Médica Lusitana, nos «Dias médicos», de Coimbra, onde realizou uma conferência sobre «Lepra indigena», e representou a mesma Associação na sessão inaugural das festas comemorativas do centenário da Régia Escola de Cirurgia do Pôrto.

Em nome dos congressistas portugueses, usou da palavra numa das sessões do Congresso Luso-Espanhol, realizado no Pôrto, em 1921.

Quando, em 1926 se inaugurou na Faculdade de Medicina, o busto do professor Alfredo de Magalhães, foi o extinto quem saudou em nome dos

seus colegas no professorado, o antigo director da Faculdade, actual ministro da Instrução.

Foi ainda o prof. Viegas quem usou da palavra quando, por ocasião do centenário, foi descerrada, no átrio da Faculdade, uma lápide com os nomes dos beneméritos daquele estabelecimento de ensino.

Foi também professor de física no Instituto Industrial e Comercial, bem como representante de Portugal no Congresso Internacional de Medicina, reunido em Londres em 1912.

O professor Luís Viegas publicou os seguintes trabalhos: «A imunidade», estudo da patologia geral, dissertação inaugural (Pôrto, 1893); «A tuberculose e as suas manifestações cirúrgicas» (Pôrto, 1896); «O Gonococo»; bacterioscopia cirúrgica e medicina legal (Pôrto, 1899), (Dissertações de concurso); «Oração de Sapientia» (Anuário da Escola Médico Cirúrgica do Pôrto, 1907-1908); «Mulluscum fibrosum», desenvolvido sob um extenso «naevus pigmentar» (Gazeta Médica do Pôrto, 1897-1898); «Dermatite de origem brômica» (idem, 1898-1899); «Erupções devidas à acção local do salol» (idem, 1898-1899); «A zona» (A medicina moderna), (1912); «O Impetigo» (jornal dos médicos e farmacêuticos), (1912); «Favus» (gazeta dos hospitais do Pôrto, 1912); «Contribuição ao estudo da doença de Reklinghausen» (anais da Faculdade de Medicina do Pôrto, 1914-1915); «Pityriase versicolor» (idem, 1914-1915); «Guia de terapêutica das doenças de pele» (Pôrto, Imprensa Nacional, 1916); «A medicação do prurido» (jornal dos médicos e farmacêuticos, 1916); «Medicações dermatológicas» (Pôrto, editores Lopes & C.ª, Sucessores, 1920), e «A Sífilis», suas manifestações tegumentares (Pôrto, 1925).

Dr. José Guerreiro Nuno

Dr. Paulo Valente Marrecas Ferreira

Faleceram também os srs. drs. José Guerreiro Nuno e Paulo Valente Marrecas Ferreira, médicos muito considerados em Lisboa.



OPOTERAPIA VEGETAL
Os Energétènes BYLA

TODO O SUÇO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Kubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

*Tratamento completo das doenças do fígado
e dos síndromas derivativos*

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a, Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA

LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliares, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**
AFFECÇÕES DO FIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noite ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratorios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves e C.^{ia}*
(Irmãos) pelos productos "Wander".

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves Berne

A. Fluminense

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.

ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;

CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.

MALTOSAN, sopa de malte
Keller;

NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^a (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º