

Ano V

N.º 4

Abril 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

# FLUORFORMIO

Em solução aquosa e salgada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura dos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> — 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. Provas que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSAO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS 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 inoffensivas; 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, Tuberculosos e convalescências —

Peça amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

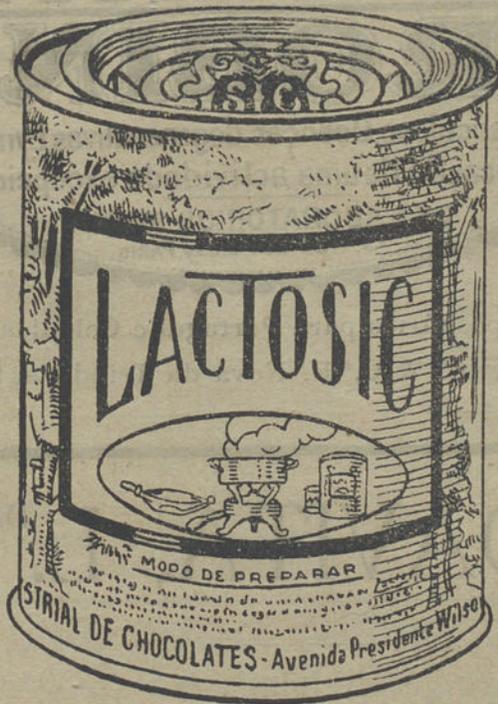
Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup> — LISBOA

LISBOA MÉDICA

11

# LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS  
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC

Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
 GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatismo  
 Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN  
 13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelq. D. N. S. P. N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :  
 GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>-R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup>-LISBOA

DAVITA, L.<sup>DA</sup>

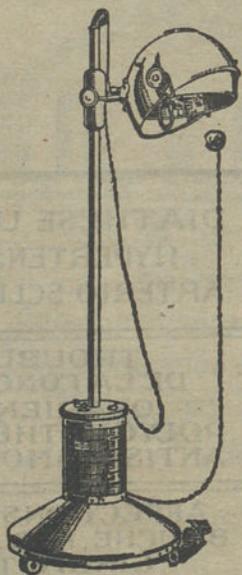
RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.<sup>o</sup>

Ampolas, Esterilizações

: Produtos químicos :

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

A pedido, enviam-se folhétos e amostras.



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

**RAIOS X**

E

**Electromedicina**

são os da

**SIEMENS REINIGER VEIFA**

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

Material para

**Raios ultravioletas**

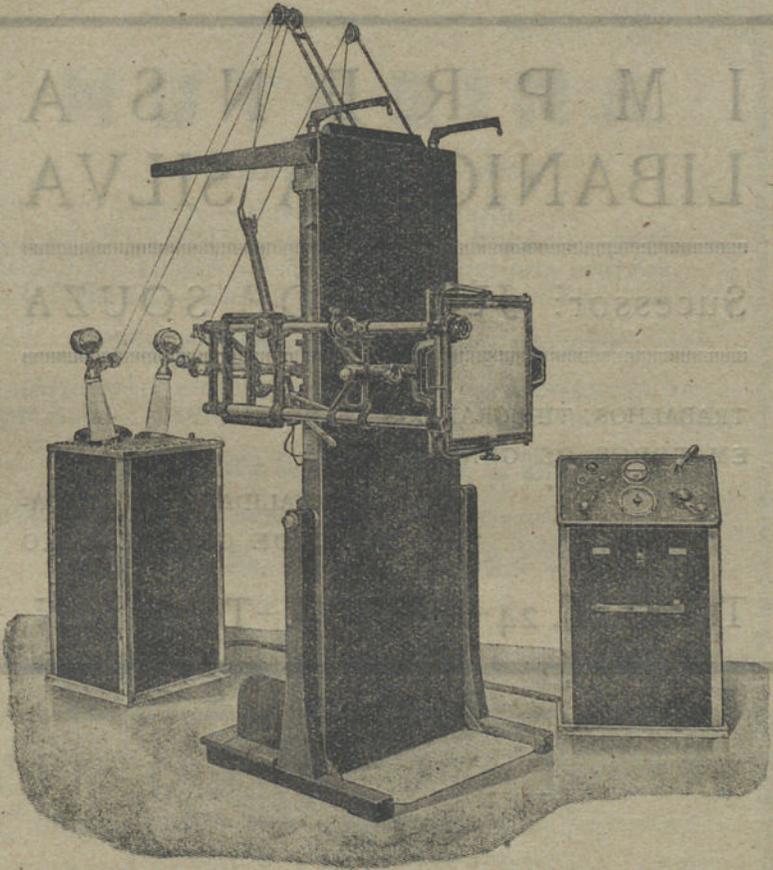
**Sempre em Armazem**

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

**J. Roma, L.<sup>da</sup>, 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

# 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!**

# 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 sã para crianças na primeira idade, convalescentes, e pessoas fracas.

Fabricadas pela SOCIEDADE ESPANOLA 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 (XVII<sup>e</sup>)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup> 45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>

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\$00

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 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.



## Um valioso auxiliar no tratamento da inflamação do ouvido medio

**T**ODO o clinico geral conhece a tendencia que tem o ouvido medio para a infecção, supurativos ou não, resultando num abcesso e estendendo-se até as celulas mastoideas que por ele veem a ser envolvidas.

O uso da Antiphlogistine tem dado os melhores resultados. Aqueça-se a Antiphlogistine e espalhe se sobre a região infectada numa espessura de cerca de meio centimetro.

Relatam alguns medicos que este tratamento é altamente satisfatorio por aliviar a dor e porque estende a inflamação e a congestão quando o abcesso ainda não está formado, evita em muitos casos os mais graves abcessos mastoideos. O metodo scientifico e pratico de tratar as inflamações mastoideas está largamente descrito no nosso livrinho especial para Ouvidos, Nariz e Garganta cuja copia teremos um grande prazer em lhe enviar.

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

“Promotes Osmosis”

Robinson, Bardsley & C. — Caes do Sodré, 8-10 — LISBOA

# 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.ºa-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

# INSULINA 'A.B.'



Brand

**SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR**

**ESTA**

1 — Rapidez e exactidão na dose.

**MARCA**

2 — Completa actividade e estabilidade.

**ASSEGURA:**

3 — Ausencia de reacção e dór na injecção.

**20 unidades por c. c. em frasquinhos de:**

**EM DUAS**

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

**FORÇAS:**

25 c. c. = 500 » ( » 50 » )

**40 unidades por c. c. em frasquinhos de:**

5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

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

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

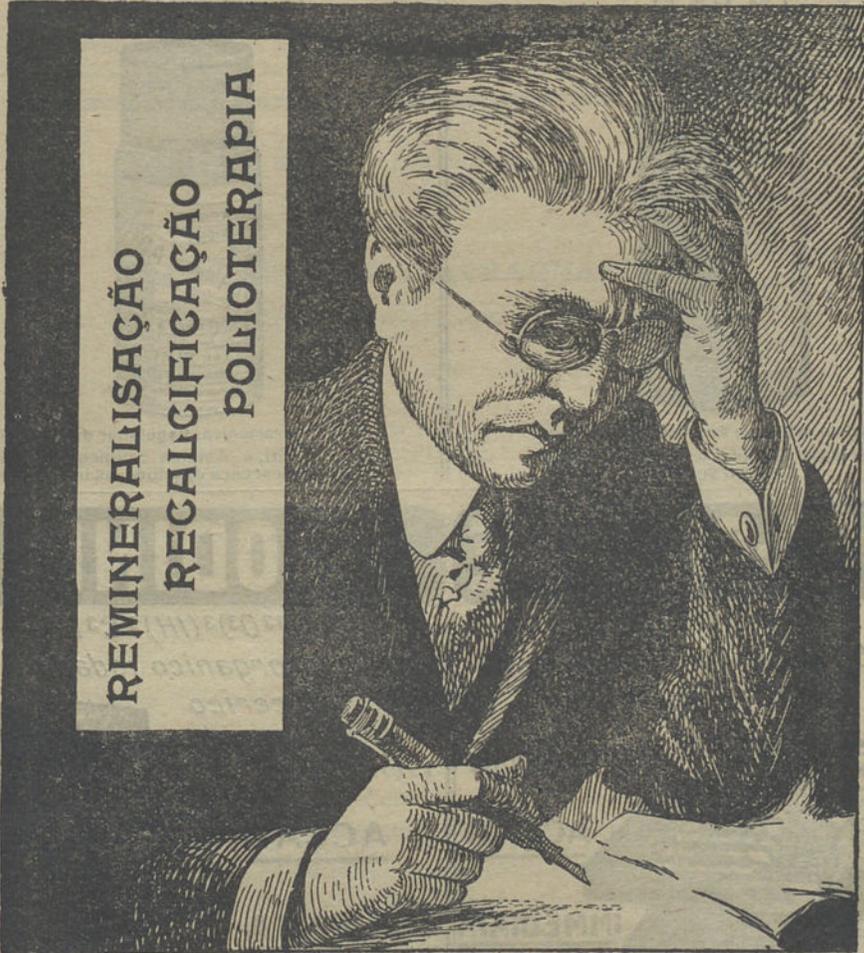
Representante em Portugal:

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

# OPOCALCIUM

GUERSANT

REMINEERALISAÇÃO  
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

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

**ARHÉOL**C<sup>15</sup> H<sup>26</sup> O

Princípio activo da Essência de Sândalo  
Blenorragia. Cistite. Piérite. Pielonefrite.  
Catarro vesical

**KOLA ASTIER**

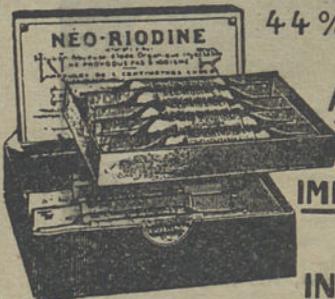
GRANULADA



Antineurasténico. Regulador do coração  
Gripe. Astenia Surmenage.  
Convalescência das doenças infecciosas

**NÉO-RIODINE**C<sup>3</sup> H<sup>6</sup> O<sup>4</sup> I<sup>5</sup> Na.

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 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

**NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO**

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

**RIODINE**(C<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sup>3</sup> (IH)<sup>2</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

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 refeições.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



## SUMÁRIO

Artigos originaes	
<i>Eventração diafragmática</i> , por Vasco de Lacerda.....	pág. 213
<i>Corpos estranhos intra-oculares</i> , por Anastácio Gonçalves.....	» 241
Notas clínicas	
<i>A dilatação diatérmica dos apertos do recto</i> (Método Bensaúde-Marchand) .....	» 255
Bibliografia	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 260
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	» 281
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	» XXIX

*Serviço de Clínica Propedéutica*  
(Prof. Lopo de Carvalho)

## EVENTRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA (1)

CONSIDERAÇÕES SÔBRE DOIS CASOS CLÍNICOS

POR

VASCO DE LACERDA  
Assistente

Os dois casos clínicos de eventração diafragmática, a que nos vamos referir, além de constituírem uma anomalia anatómica relativamente rara, oferecem ainda o interêsse de apresentarem entre si uma discordância de sintomas subjectivos, digna de registo. Efectivamente, sendo num deles absolutamente negativa a sintomatologia própria, é no outro aparatosa e flagrante a série de perturbações gerais e locais a que deu lugar.

São dois casos de eventração esquerda (*relaxatio diaphragmatic*), em que a cúpula diafragmática dêste lado, deixando a sua situação habitual, à altura da sexta costela, e sem perder a sua continuidade, foi colocar-se a um nível superior (3.<sup>a</sup> costela nos casos que apresentamos), dando-nos, pelo menos aparentemente, a impressão de que o hemidiafragma se encontra distendido, conservando como é de regra as suas inserções habituais, e o seu revestimento serôso em ambas as faces.

Nas situações anormais do diafragma, como é de prever, al-

(1) Comunicação apresentada à Sociedade das Ciências Médicas, na Secção de Tisiologia, em sessão de 10 de Março de 1928.

guns dos órgãos que a êle se ajustam perdem habitualmente também a sua posição, acompanhando-o um pouco no seu deslocamento. Assim, são muito freqüentes a dextrocardia e a ectopia de alguns órgãos abdominais, que, penetrando na cavidade torácica, mas ficando sempre sub-diafragmáticos, vão ocupar a região que primitivamente seria preenchida pelo pulmão, ou que lhe deveria ser destinada, se o seu desenvolvimento embrionário se completasse.

Os órgãos abdominais que estão com maior freqüência em ectopia são, como nos casos presentes, o estômago, o ângulo esplênico do cólon, e, possivelmente, o baço; com maior raridade podem aparecer também deslocados o lóbulo esquerdo do figado, o intestino delgado, o pâncreas e o rim.

A «eventração do diafragma» foi pela primeira vez descrita em 1774, por J. L. PETIT, mas esta denominação apareceu somente em 1849, quando CRUVEILHIER encontrou numa autópsia a posição elevada do músculo diafragma que lhe corresponde.

Desde então, muito se tem discutido sobre o nome a ligar a esta afecção, e que melhor a caracterize, aparecendo com maior insistência, entre outros, os seguintes: relaxamento (relaxatio diaphragmatic de Wieting), elevação idiopática (idiopathic high-lying diaphragm de Königen), insuficiência, atrofia, paralisia, dilatação idiopática, hemiatrofia congênita, distensão (Belo de Moraes), etc.

Em contraste com esta abundância de denominações, a afecção é relativamente rara, e assim, desde Petit até ao fim do século findo, apareceram publicados apenas nove casos, quasi todos registados como simples curiosidades de autópsia. Com a vulgarização da radiologia, a afecção tornou-se mais conhecida, e o diagnóstico um pouco mais preciso, conseguindo LOUSTE e FATOU, até 1923, coleccionar cento e trinta casos, número que nestes últimos quatro anos se tem progressivamente elevado.

Quando nos referimos a eventração diafragmática, ligamos habitualmente a idéa, e é êste o caso mais freqüente, a que todo um hemidiafragma está elevado em posição anormal — *eventração total* —; mas em alguns casos, raros é certo, somente uma zona muito limitada é atingida, incidindo o deslocamento, por exemplo, sobre os 2/3 posteriores — *eventração localizada* —; ou sobre porção ainda mais restrita, como na chamada *eventra-*

# ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

LÁMINA IV

APARATO DIGESTIVO

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

IODARSOLO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

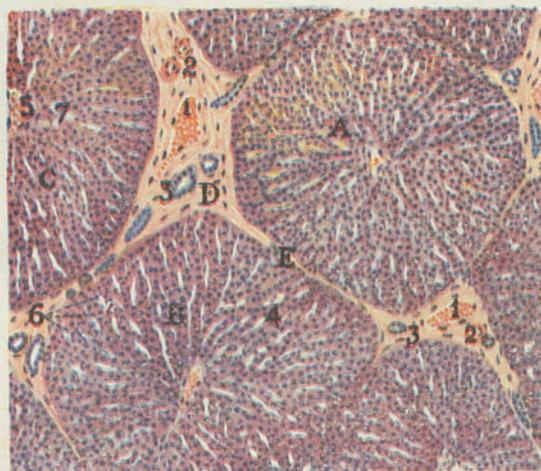


Fig. 1

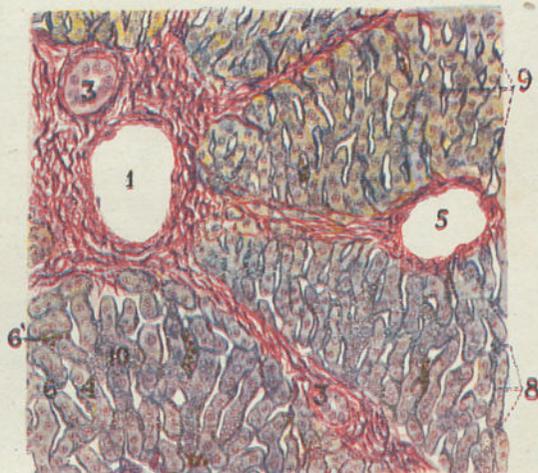


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

Fig. 1. — HÍGADO, hematoxilina-eosina y Fig. 2. HÍGADO, Del Rio lento. — A. Lobulillo cortado transversalmente. — B. Lobulillo cortado algo oblicuamente. — C. Lobulillo cortado casi longitudinalmente. — D. Espacio porta. 1. Vena porta. 2. Arteria hepática. 3. Conducto biliar. — E. Conjuntivo interlobulillar. 4. Trabécula hepática. 5. Vena central del lobulillo. 6. Vasos sanguíneos que desde la ramificación portal concurren en la vena central. 6'. Vasos con glóbulos rojos. 7. Vesículas de grasa. 8. Precolágena recubriendo, en parte, las trabéculas. 9. Células del retículo-endotelial denominadas, en el hígado, de Kupfer. 10. Granulaciones argentófilas de las células hepáticas.

Fig. 3. — HÍGADO, vasos sanguíneos y biliares. Amarillo, ramificación de la porta. Azul, ramificaciones de origen de las venas suprahepáticas. Rojo, ramificación de la arteria hepática, nutricia. Verde, tupida ramificación biliar.

Fig. 4. — HÍGADO, inyección intravital de azul de pirrol. Carmin aluminico. — A. Trabéculas hepáticas. — B. Vasos sanguíneos. 1. Células hepáticas 2. Células de Kupfer.

Fig. 5. — CONDRIOMA de las células hepáticas. Método de Altmann-Kull.

Fig. 6. — VEJIGA BILIAR, hematoxilina-eosina. 1. Epitelio cilíndrico monoestratificado, 2. Criptas. 3 Vasos. 4. Musculatura lisa.

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

## LEJOMALTO

Dextrina (70 %), Maltose (30 %), con Amylose inativa

### ASSUCAR ALIMENTICIO

Alimentação artificial, mixta - Desmamamento, perturbações gastro-intestinaes do lactante.

Não contem farinhas e portanto pode ser ministrado desde o nascimento.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCII - 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

ção *diverticular*, em que existe apenas um pequeno divertículo em dedo de luva.

Por motivos que adiante procuraremos explicar, é no hemidiafragma esquerdo que a afecção predomina; em relação ao direito, a proporção é de 20:1, diferença deveras considerável.

Os dois casos, cuja história clínica vamos relatar, são ambos de *eventração total do hemidiafragma esquerdo*, malformação, como dissemos, relativamente pouco freqüente, mas que constitue, sem dúvida, uma entidade nosológica bem definida anatómica e radiologicamente.

## CASOS CLÍNICOS

1.º CASO. — Luís M., de 27 anos, casado, marceneiro e residente em Lisboa. Entrou para a enfermaria P. A. do Hospital Escolar, em 14 de Julho de 1927. Refere que há cinco meses, sentindo-se bem, teve *uma grande hemoptise*, seguida, durante alguns dias, de escarros sangüíneos, pontadas fugazes na base posterior do hemitórax esquerdo, sintomatologia esta acompanhada a princípio de febre e calafrios intensos. Esteve durante 15 dias de cama, melhorando então. Ficou com alguma tosse e expectoração muco-purulenta, nunca mais hemoptóica. A pontada ultimamente só se repetia quando tossia; e presentemente, mesmo com a tosse, raramente o incomoda. Emmagreceu um pouco. Tem tido sempre regular apetite. Aptidão para o trabalho conservada; ligeira fadiga. Palpitações só as sente quando se cansa. Em decúbito, a posição é-lhe indiferente. Não há queixas gastro-intestinais, as digestões são perfeitas, não tem eructações e a evacuação intestinal é normal. Regular diurese.

*Antecedentes pessoais.* — Natural de Lisboa, onde sempre tem vivido. Bastante saudável até ao início da doença actual. Não refere quaisquer traumatismos tóraco-abdominais. Não tem hábitos alcoólicos, nem tabagismo. Tem um filho saudável.

*Antecedentes familiares.* — Sem interêsse.

## OBSERVAÇÃO

Indivíduo regularmente constituído, emmagrecido, com boa coloração das mucosas. Língua vermelha, húmida. Não está dispneico. Temperatura entre 37º e 37,5. Pulso 92, rítmico, de amplitude normal. Pressão arterial (Pachon): máxima 18, mínima 9, índice oscilométrico 5. Decúbito indiferente. Pupilas iguais.

Não há deformação torácica apreciável.

Perímetro torácico mamilar: 88 cm. (em expir.) — 92 cm. (em insp.), 43 cm. a 45 cm. à esquerda e 45 a 47 cm. à direita.

Amplitude torácica total: 4 cm.

Diâmetro transverso axilar: 26 cm.

Diâmetro transverso máximo: 29 cm.

Diâmetro ântero-posterior supra-esternal: 16,5 cm.

Diâmetro ântero-posterior infra-esternal: 21 cm.

Altura torácica mamilar: 31,5 cm., à direita, e 33,5 cm., à esquerda.

*Hemitórax esquerdo.* — Hipomobilidade, com maior resistência e ausência de vibrações na sua porção inferior.

Sonoridade diminuída em toda a porção superior do hemitórax, desde a região do vértice pulmonar até ao nível da terceira costela, adiante, e da ponta da omoplata, atrás; para baixo destes limites, adiante, a tonalidade varia consoante o estado de repleção do conteúdo gástrico; quando o estômago contém grande quantidade de gás, como após a ingestão da porção de RIVIÈRE, há uma sonoridade timpânica nítida, como se a área de TRAUBE se distendesse até àquele limite; mas mais habitualmente este timpanismo não existe, e encontramos em seu logar uma macicez franca; atrás, a sub-macicez superior é continuada também por um som maciço profundo, que não atinge todavia a linha das apófises espinhosas, ficando a uns três centímetros aquém delas.

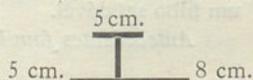
Murmúrio vesicular fraco, de pouca intensidade, não se ouvindo na zona de grande macicez. Ouvem-se fervores sub-crepitantes numerosos com a tosse, em toda a porção superior do pulmão, particularmente nítidos atrás.

Não há alterações patológicas da voz, a não ser um ligeiro apagamento para a base; não se encontra o ruído de succussão hipocrática. Procurada a existência de qualquer ruído hidro-aéreo, à auscultação da base esquerda, durante a ingestão de líquidos pelo doente, também não foi possível regista-lo.

*Hemitórax direito.* — No vértice sonoridade diminuída, respiração fraca, ouvindo-se raros fervores sub-crepitantes finos atrás, junto à zona de alarme. Vibrações normais. Neste hemitórax, o limite superior da área hepática apresenta a sua situação habitual.

*Coração.* — Região cardíaca sem deformação aparente; choque da ponta no 5.º espaço intercostal, a 8 cm. da linha médio-esternal. A área de projecção do coração não parece deslocada: conserva a sua posição normal. Tons cardíacos

regularmente batidos. Diagrama das suas dimensões



*Abdómen.* — Forma habitual, sem defeza localizada, nem pontos dolorosos. Área hepática medindo 11 cm. sobre a linha mamilar, palpando-se nesta linha o bôrdo do figado logo abaixo do rebôrdo costal. Não se palpa o baço nem se distingue bem a sua área de macicez, confundida naturalmente com a da porção inferior do tórax.

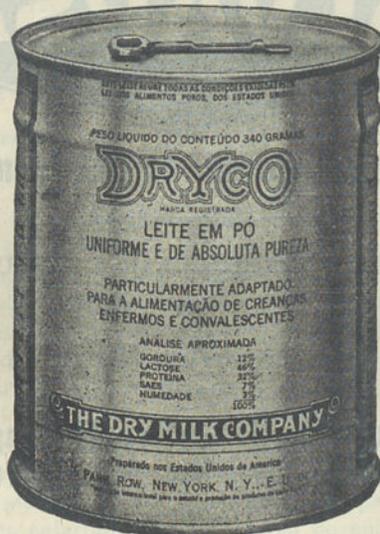
*Sistema nervoso.* — Sintomas somáticos normais. Reflectividade pupilar, tendinosa e cutânea intacta. Não há perturbações da sensibilidade.

*Sistema ganglionar.* — Não há desenvolvimento ganglionar anormal nas regiões em que habitualmente se pesquisa.

*Rins.* — Não se palpam. As urinas não contêm açúcar nem albumina.

*Reacção de Wasserman.* — Negativa.

**TANTO** em *dietética*, na qual os resultados extremamente lisongeiros têm sido reconhecidos e apreciados pelos médicos de todo o mundo.....



.....**COMO** em *terapeutica*, quando o caso se apresente verdadeiramente comprometedor, nunca o **DRYCO** atraiçoa as esperanças que V. Ex.<sup>a</sup> nele tiver depositado.

**DRYCO**

Foi o unico premiado da sua classe na  
Exposição de Estrasburgo

THE DRY MILK COMPANY, 15, PARK ROW — NEW YORK  
(INSTITUIÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESTUDO E PREPARAÇÃO DE PRODUTOS DE LEITE PURO)

DEPOSITARIOS PARA PORTUGAL E COLONIAS  
**GIMENEZ — SALINAS & C.<sup>a</sup>**

RUA NOVA DA TRINDADE, 9, 1.<sup>o</sup>

LISBOA

# 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



*Análise de sangue.* — (Em jejum):

Hemoglobina .....	92 %
Glóbulos vermelhos .....	6.310.000
Glóbulos brancos .....	10.200
Valor globular .....	0,72
Linfócitos .....	12,4
Mononucleares .....	9,6
Neutrófilos .....	77,4
Eosinófilos .....	0,2
Basófilos .....	0,2
Células de RIEDER .....	0,2

*Análise de expectoração.* — Revelou bacilos de Koch (Gaffky II). A expectoração, medida diariamente, varia entre 20 e 50 gramas.

2.º CASO. — José L. F., de 36 anos, casado, oficial do exército, residente em Santarém (Clínica particular).

Em criança tinha grandes crises de gastralgias, que só passavam deitando-se de bruços, sendo então gradual o seu desaparecimento.

Há perto de um ano sentiu uma forte prisão no peito, com pontadas à esquerda, acompanhada de tosse, expectoração muco-purulenta, suores nocturnos, emmagrecimento, canseira, dispnéa e palpitações ao mais pequeno esforço. Não tem sentido febre.

Há dois meses queixa-se de dores duma certa intensidade no epigastro e base esquerda do hemitórax, quasi permanentes, que se exacerbam com a ingestão de alimentos, incomodando-o bastante, só desaparecendo de manhã em jejum. Sensação de enfiamento e dilatação do epigastro; eructações muito frequentes e repetidas, tendo por vezes de alargar por momentos o vestuário. Procurando remediar um pouco estes sintomas dolorosos e sensação de enchimento, o doente curva-se sobre o seu abdômen, facilitando a expulsão de gases.

Quando o estômago está mais dilatado sente picadas mais acentuadas e maior impressão no pulmão esquerdo.

Vomita raramente, sendo os vômitos em geral aquosos, raras vezes alimentares. Não tem azias nem soluços. Polidipsia. Sialorréa. Prisão de ventre.

Não consente o decúbito dorsal nem o lateral esquerdo; só descansa em decúbito lateral direito.

*Antecedentes pessoais.* — Não tem sido muito doente. Esteve em Moçambique em 1917, tendo tido disenteria amoebiana. Adquiriu depois a sífilis, tendo feito um tratamento muito reduzido.

*Antecedentes familiares.* — Pai saudável. Mãe fraca. Dois irmãos faleceram em crianças e um já na idade adulta, com tuberculose pulmonar. Não há ascendentes tuberculosos. Não refere traumatismos tóraco-abdominais.

#### OBSERVAÇÃO

Indivíduo de fraca constituição, emmagrecido, pálido. Língua vermelha, húmida, brilhante. Dispnéa pouco acentuada, polipnéa 32. Pulso 76, rítmico,

pequeno. Pressão arterial (Pachon) : máxima 12,5, mínima 8, índice oscilométrico 2. Púpidas iguais.

Não há alterações da forma do tórax.

*Hemitórax esquerdo.*— Hipomobilidade, com maior resistência e diminuição de vibrações na base.

Adiante, a sonoridade pulmonar tem uma tonalidade um pouco elevada desde o vértice até à altura da terceira costela; para baixo, o som é diferente, conforme a posição do doente; de pé há macicez acentuada; em decúbito o som modifica-se, aparecendo timpanismo. Atrás há som maciço na base do hemitórax, desde a ponta da omoplata.

O ruído respiratório nesta base é muito fraco, velado, quasi imperceptível, particularmente na face axilar.

Fervores sub-crepitantes dispersos, mais numerosos na metade inferior, raros no vértice; alguns sibilos discretos. Ruído hidro-aéreo e de succussão, à auscultação da base.

*Hemitórax direito.*— Mobilidade por igual. Vibrações conservadas. Murmúrio vesicular fraco. Raríssimos fervores sub-crepitantes e alguns sibilos

*Coração e vasos.*— Pulsos radiais síncronos; artérias não esclerosadas. Locomoção humeral pouco acentuada. Área cardíaca sem deformação apreciável. Choque da ponta no 4.º espaço intercostal esquerdo a 6 cm. da linha médio-esternal. Coração desviado um pouco para a direita, estando o bôrdo direito da área cardíaca situado a 2 centímetros para a esquerda da linha mamilar direita. Tons cardíacos normais.

*Abdômen.*— À palpação ou à simples inspecção notámos apenas de anormal um abaulamento pouco marcado no epigastro e hipocôndrio esquerdo, com uma sensibilidade mais exagerada naquele; não há marulho gástrico, nem rêde venosa colateral.

Fígado grande com o bôrdo inferior situado a uns três centímetros abaixo do rebôrdo costal, na linha mamilar, sendo a sua altura, a êste nível, de 15 centímetros.

Não se palpava o baço.

*Sistema nervoso.*— Reflectividade normal. Não há desigualdade pupilar, nem alterações das suas reflexas.

*Rins.*— Não se palpam. Nem açúcar nem albumina nas suas urinas.

*Reacção de Wassermann.*— Negativa.

*Análise de expectoração.*— Raros bacilos de Koch.

## ESTUDO RADIOLÓGICO

1.º CASO — Em radioscopia verificámos a imobilidade absoluta do hemidiafragma esquerdo, em eventração, conservando-se normal a mobilidade respiratória habitual à direita.

Fizemos a excitação eléctrica do nervo frénico (faradização) no pescôço, observando uma contracção enérgica, quasi uma

tetanização do hemidiafragma direito, não notando o mais pequeno abalo muscular à esquerda, que respondesse à excitação praticada dêste lado.

Pneumoperitoneu (1) — Com o fim de precisar melhor o diagnóstico de eventração, procurámos destacar da cúpula diafragmática, anormalmente elevada, os órgãos abdominais sub-jacentes ectopiados, servindo-nos do *pneumoperitoneu*, isto é, injectando um gás, oxigénio no caso presente, dentro da cavidade abdominal, e observando em radioscopia a sua distribuição.

Este processo, quando dá resultado, é de um brilhantismo absoluto; mas em numerosos casos existem aderências que impedem a sua distribuição habitual e conseqüentemente a separação procurada.

Estando o doente em jejum, e na posição de decúbito dorsal, fizemos a injeção do oxigénio, servindo-nos da agulha-trocarte do aparelho de Kuss, que é munida duma torneira lateral, e da aparelhagem que costumamos usar na técnica do pneumotórax. Puncionámos a meio da linha que vai do umbigo à espinha ilíaca ântero-superior, e injectámos lentamente até dois litros de oxigénio: então o doente começou a queixar-se duma sensação de angústia impressionante, duma opressão violenta sôbre a região precordial e hemitórax direito, notando-se-lhe uma dispnéa acentuada com polipnéa, pulso pequeno a 120, suores frios e palidez.

Em presença dêste quadro sintomatológico embaraçoso, e temendo qualquer insucesso, imediatamente esvasiámos o gás injectado, pelo menos em grande parte, e o doente melhorou rapidamente.

Sossegando-o então, de novo, com o maior cuidado e com extrema lentidão, fômos injectando oxigénio, conseguindo introduzir-lhe mais dois litros. O doente acusou do mesmo modo os sintomas referidos, mas menos acentuadamente, suportando-os sem grande queixa, mas incomodando-o ainda um pouco a sensação de falta de ar e de angústia.

Observámos seguidamente o doente em radioscopia e em

---

(1) A realização do pneumoperitoneu teve lugar no consultório do Dr. Carlos Santos, filho, que amavelmente nos auxiliou neste estudo, com os vastos conhecimentos de técnica radiológica que todos lhe reconhecemos.

posição de pé, e verificámos que o gás se introduzira na realidade entre o diafragma esquerdo e os órgãos sub-jacentes, separando-os nitidamente até à parte mais elevada daquele, além da qual o oxigénio não passara, provavelmente pela existência de aderências.

Mas o que nos surpreendeu foi o aparecimento dum pneumotórax na cavidade pleural direita, isto é, do lado oposto à afecção, comprimindo o pulmão, reduzindo-o talvez a  $\frac{2}{3}$  do seu volume, e bem assim a formação duma aréola de gás, com  $\frac{1}{2}$  centímetro de largura, envolvendo a imagem do coração, lateralmente. A quantidade de gás constituindo o pneumotórax foi avaliada em 1800 cc., que seguidamente extraímos.

Ainda de curioso notámos a localização dum enfisema sub-cutâneo no pescoço e na face externa do hemitórax direito.

¿ Como explicar a génese de todos estes fenómenos que se passaram, pela introdução dum gás na cavidade peritoneal ?

Como as serosas se podem considerar como sacos sem abertura, para que um gás introduzido dentro desta cavidade peritoneal se encontre rapidamente na cavidade pleural direita e na cavidade pericárdica (admitindo que a aréola de gás que se observa em radioscopia, em redor da imagem do coração, correspondia à sua presença dentro desta cavidade), será forçoso aceitar-se a existência de soluções de continuidade na superfície das serosas, que torne fácil essa passagem.

A hipótese de que qualquer processo patológico anterior tivesse determinado êste descalabro nas serosas terá de ser afastada, não só porque na história clínica do doente nenhum elemento nos autoriza a pensar em tal, mas ainda porque, embora seja um facto documentado que uma causa inflamatória única pode determinar uma panserosite, difícil é conceber que nessas três serosas inflamadas se produzissem simultaneamente as deiscências necessárias para a explicação do facto.

Dada a rapidez com que o gás passou da cavidade peritoneal às cavidades pleural e pericárdica, é lógico admitirmos que as soluções de continuidade existindo na superfície das serosas se encontrem em relação mais ou menos íntima, pois que, não sendo assim, estando em cada serosa muito distantes umas das outras, o gás espalhar-se hia naturalmente no tecido celular sub-seroso e noutros, que oporiam uma certa resistência ou pelo menos dificultariam a sua progressão.

Esta hipótese vem em apoio da nossa impressão, que consiste em julgarmos ser uma anomalia de desenvolvimento, de origem congénita, que fêz comunicar entre si estas cavidades. De facto, como dentro em pouco veremos, segundo a embriologia, estas cavidades comunicam primitivamente, podendo portanto persistir, na idade adulta, certos orifícios, que estabelecem a continuidade entre a cavidade pleural e qualquer das outras.

Do cœloma embrionário, cavidade geral primitiva, destacam-se, por assim dizer, duas grandes cavidades, uma ântero-superior, denominada parietal de HIS ou pleuro-pericárdica (HERTWIG), e outra postero-inferior, a cavidade abdominal. Comunicam largamente entre si; apenas o chamado *septum transversum*, esbôço do diafragma ulterior, as separa numa pequena parte. Êste septo vai-se desenvolvendo progressivamente, até que a comunicação referida se reduz por último a dois canais estreitos, situados posteriormente dum e doutro lado da coluna vertebral.

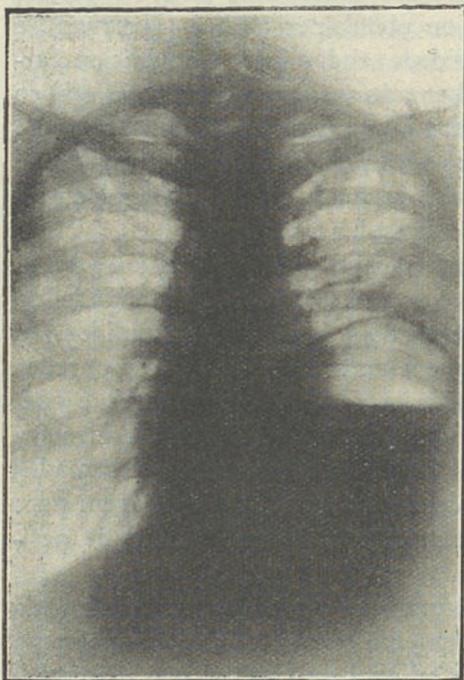
A primeira cavidade a individualizar-se, separando-se totalmente da cavidade pleural, é o pericárdio. Da intimidade do *septum transversum* separam-se dois canais, nele contidos, os *canais de CUVIER*, que se erguem amparados contra as paredes laterais do tórax, fazendo saliência na cavidade parietal, e que, pelo seu desenvolvimento progressivo, se modificam de maneira a constituir dois septos verticais, direito e esquerdo, as chamadas *membranas pleuro-pericárdicas de SCHMIDT*, que se dirigem para trás e acabam por soldar-se, isolando assim a cavidade pericárdica.

A comunicação entre a pleura e a cavidade peritoneal ainda permanece durante algum tempo, até que da parede posterior do tórax partem umas pregas, os *pilares de USKOW*, que, desenvolvendo-se em direcção ao *septum transversum*, obliteram totalmente os orifícios posteriores pleuro-peritoniais, desfazendo a comunicação.

Ora, pode suceder, realmente, que, por deficiência de desenvolvimento, os pilares de Uskow não obturem na totalidade aqueles orifícios, permanecendo uma solução de continuidade que permita a comunicação directa entre as cavidades pleural e peritoneal; como também um desenvolvimento rudimentar da membrana de SCHMIDT pode por seu turno fazer persistir uma comunicação entre o pericárdio e a cavidade pleural.

O aparecimento dos enfisemas sub-cutâneos tem por seu lado uma explicação provável: basta admitir que o gás passou por qualquer fissura para o tecido celular sub-pleural ou para o tecido celular do mediastino, donde facilmente se espalhou no tecido celular sub-cutâneo.

Uma série de *films* radiológicos feitos a êste doente dá-nos com tôda a nitidez a imagem da linha diafragmática, a situação dos órgãos ectopiados, a posição anormal e característica do



Radiografia I

estômago e do ângulo esplênico do cólon, com o deslocamento correspondente do piloro e do duodeno. Tão importantes são os elementos fornecidos pela radiologia, na eventração do diafragma, que em regra só eles conseguem precisar um diagnóstico clínico suspeito, quando não são os únicos que evidenciam uma anomalia que nem em hipótese se formulara.

A série das radiografias (1) que se seguem é na verdade elucidativa e precisa. Analizemo-las sumariamente:

*Radiografia I.* — Era acompanhada pelo seguinte relatório: — uma radiografia do tórax, feita com incidência de trás para diante, mostra-nos a presença de um derrame septado da base esquerda, apresentando-se o limite superior do

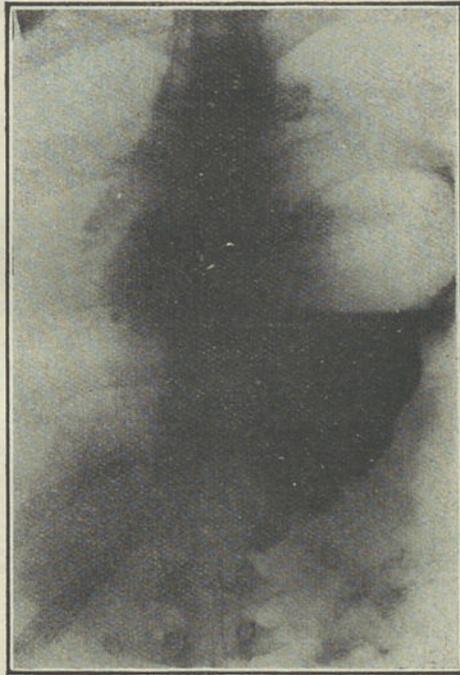
(1) Na interpretação destes *films* radiológicos, feitos no serviço de Radiologia do Hospital Escolar, fomos orientados pelo Dr. Bénard Guedes, que nos dispensou o seu saber e a sua reconhecida autoridade.

líquido horizontal, o que revela a presença de um gás em contacto com êle. Quer na parte superior dêste pulmão, quer no campo pulmonar direito, desenham-se sombras de infiltração pulmonar.

A-pesar desta radiografia poder bem representar a imagem dum hidropneumotórax septado da base esquerda, como foi feita uma punção exploradora a êste doente que saiu branca, e como alguns dos sinais semiológicos observados não se ajustavam, com efeito, a êste diagnóstico, antes parecendo que melhor corresponderiam a um estômago muito elevado no tórax, sujeitámos o doente a um novo exame radiológico, tendo-lhe feito ingerir prèviamente uma refeição opaca de sulfato de bário, e assim conseguimos a radiografia que se segue:

*Radiografia II.* — Com incidência postero-anterior, visto o doente de frente. Desenha-se a sombra gástrica muito elevada, com o limite superior da câmara de ar bastante distendido por gáses, e em correspondência precisamente com a linha curva que na radiografia anterior parecia representar o limite superior do pneumotórax. Na verdade, êste arco deve representar a cúpula diafragmática esquerda, que se elevou à altura da 3.<sup>a</sup> costela, adiante.

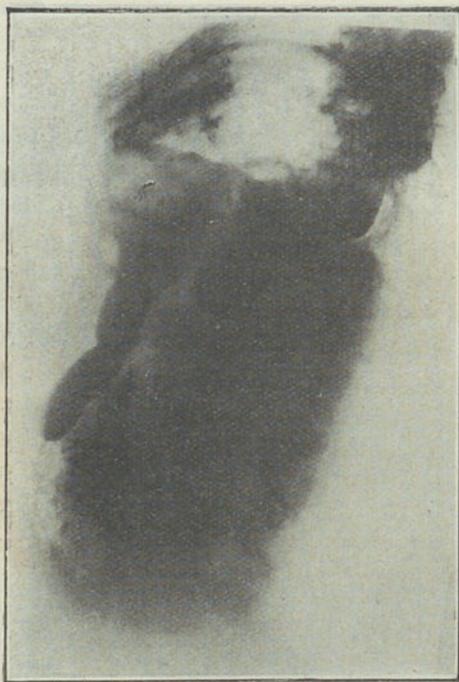
Nota-se ainda que, através da zona transparente da câmara de ar do estômago, não se desenham arborizações do desenho pulmonar; e que a sombra cardíaca se apresenta deformada, não se distinguindo bem a imagem da ponta, que deve ter rodado



Radiografia II

para diante, sem que todavia se observe desvio da totalidade do coração para a direita. Ao contrário, a imagem do brônquio direito desenha-se nitidamente desviada para este lado.

*Radiografia III.* — Também após uma refeição opaca, estando o doente de pé, mas com uma incidência lateral, isto é, numa radiografia transversal do abdómen, viu-se que o estômago se desenha com *uma forma que comparamos a uma retorta* deter-



Radiografia III

minada por um movimento de torsão, em torno dum eixo transversal passando pelo cárdia, de tal maneira que a grande curvatura fica servindo de limite superior, e o seu contôrno distendido pelos gases da câmara de ar encosta-se à cúpula diafragmática, e que a pequena curvatura fica correspondendo ao contôrno inferior da sombra gástrica.

Nesta incidência encontra-se o piloro projectado para diante e quasi ao mesmo nível horizontal que o cárdia, que corresponde à 1.<sup>a</sup> vértebra lombar.

A sombra do duodeno prolonga para baixo e para diante a imagem do estômago.

*Radiografia IV.* — Depois de uma refeição e em seguida a um clistér opaco, com o doente em decúbito ventral, conseguiu-se esta radiografia que nos mostra a relação da sombra gástrica e do ângulo esplénico do cólon com a cúpula diafragmática. O contôrno desta estende-se sem interrupção do mediastino à parede



## Opothérapie Hemática *Total*

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem inactas as Substancias Mineræas do Sangue *total*

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>a</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>a</sup>)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

# IODALOSE GALBRUN

**IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estável do Iodo com a Peptona  
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA  
Comunicação ao XIII<sup>o</sup> Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

**Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações  
sem Iodismo.**

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.  
DOSIS MÉDIAS: Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapia physiologica pelo Peptoniodo.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

# 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 DEPRESSÃO E ESTAFAMENTO

ASTHENIA CRÓNICA DOS ADULTOS

PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO

FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO  
AGRÁDAVEL: toma-se no meio das refeições, na água, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome. PARIS. 8<sup>e</sup>

**TERAPEUTICA DA  
SIFILIS**

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



**DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA**

**AMOSTRAS E LITERATURA**

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

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

lateral do tórax; e logo por debaixo dela distinguem-se os contornos superiores das imagens do estômago e do cólon, que deixam entre si um espaço angular formando com a linha diafragmática um *triângulo diedro característico da eventração*.

2.º CASO. — Em radioscopia observámos que a mobilidade do hemidiafragma esquerdo estava comprometida, sendo a sua excursão respiratória muito reduzida relativamente à do lado oposto, em que o deslocamento era normal, não apresentando o fenómeno paradoxal respiratório de KIENBOECK, que, embora raro nesta afecção, pode todavia existir. As radiografias relativas a êste caso, cujas imagens se podem justapôr às do anterior, são as seguintes:

*Radiografia V.* — Estando o doente de pé, e com incidência de trás para diante. Observa-se a existência, na base do hemitórax esquerdo, duma grande bolsa gasosa, limitada em cima por uma linha curva regular que se estende sem descontinuidade da sombra do

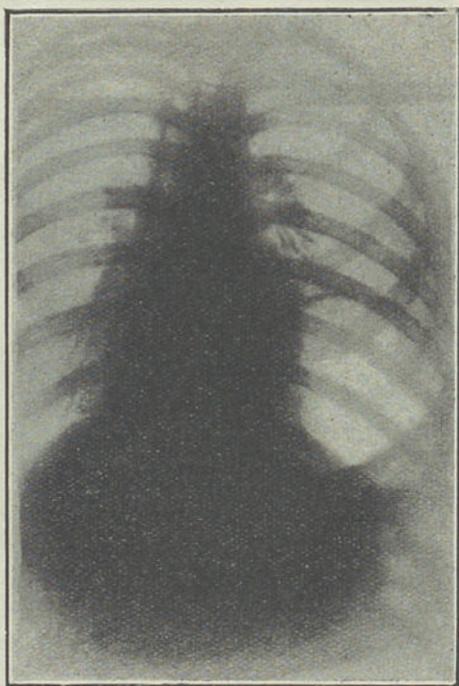


Radiografia IV

coração à parede lateral do tórax, e que deve representar a cúpula diafragmática, de limite superior quasi ao nível do arco anterior da 3.ª costela. Nota-se a mesma torsão do coração e igual desvio acentuado do brônquio direito que foram descritos na interpretação da radiografia II, correspondente ao outro doente. O bordo direito do coração está ligeiramente desviado para êste lado. Do mesmo modo, não se veem, através da bolsa gasosa, imagens de arborizações pulmonares.

No vértice dêste pulmão existe uma opacidade acentuada que deve corresponder a um estado de esclerose dessa região; para baixo desta zona opaca desenham-se algumas pequenas sombras de infiltração em provável actividade.

*Radiografia VI.* — Doente na mesma posição, com a mesma incidência, mas em seguida a uma refeição opaca. Confirma-se que a linha curva acima descrita corresponde efectivamente à cúpula



Radiografia V

do diafragma, pois que abaixo dela se observa a câmara de ar do estômago muito distendida; a sombra gástrica projecta-se muito elevada, com um falso aspecto de biloculação ao nível da pequena curvatura, e com a região pilórica situada na parte mais inferior, à esquerda da sombra da 2.<sup>a</sup> vértebra lombar. A sombra do bulbo duodenal prolonga a da região pilórica para baixo e para a direita, confundindo-se em parte com a sombra daquela vértebra.

*Radiografia VII.* —

Com incidência transversal e estando o doente de

pé. Mostra a mesma imagem do estômago *em forma de retorta*, disposta transversalmente, com a região do cárdia para trás, ao nível da 12.<sup>a</sup> vértebra dorsal, a grande curvatura invertida, em cima, ao longo da cúpula diafragmática, limitando superiormente a câmara de ar do estômago, e a pequena curvatura igualmente invertida, em baixo, constituindo o limite inferior da sombra gástrica. A região pilórica projecta-se para diante, na parte mais baixa da imagem do estômago, ao nível da 2.<sup>a</sup> vértebra lombar.

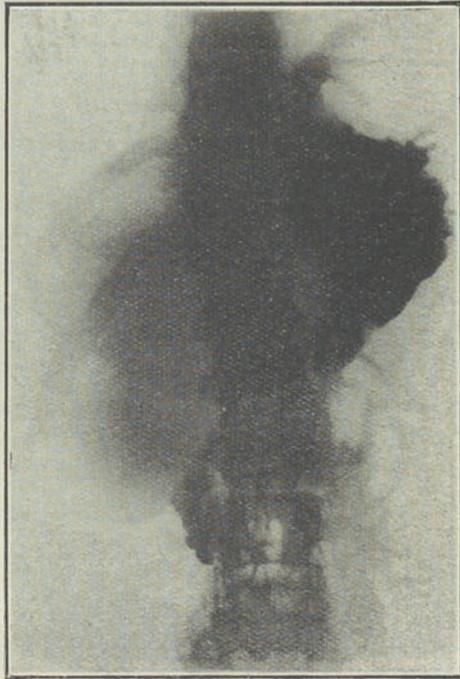
*Radiografia VIII.* — Após a ingestão duma refeição opaca, e de um clistér idêntico, estando o doente em decúbito ventral. Observa-se, além da imagem do estômago, a cuja posição elevada anteriormente nos referimos, que o ângulo esplênico do cólon se eleva igualmente muito, até quasi à cúpula diafragmática, estando situado para fóra e um pouco por diante da sombra gástrica.

Podemos concluir, pela análise da história clínica dos doentes, e pelos elementos radiológicos referidos, que os casos apresentados são de *dois doentes com tuberculose pulmonar e com eventração hemidiafragmática esquerda.*

Restringindo-nos unicamente ao exame clínico dos doentes e não atendendo aos detalhes radiológicos, podíamos estabelecer a hipótese de que o primeiro doente seria um tuberculoso pulmonar, simulando um *síndrome de hidropneumotórax septado* da grande cavidade esquerda, e que o segundo, igualmente tuberculoso, apresentava sinais evidentes de *aérogastria*.

Há, no entanto, a registar o facto de que em ambos os casos alguns dos sintomas apontados não se ajustavam bem aos diagnósticos estabelecidos; por isso fomos procurar, na radiologia, a explicação do síndrome anormal da base esquerda, que nos deixava sérios embaraços de interpretação.

Assim, conseguimos chegar ao diagnóstico preciso de eventração diafragmática, sobre o qual passaremos a fazer algumas considerações, bem como sobre o estudo patogénico da afecção, por ser ainda hoje um assunto de grande controvérsia.



Radiografia VI

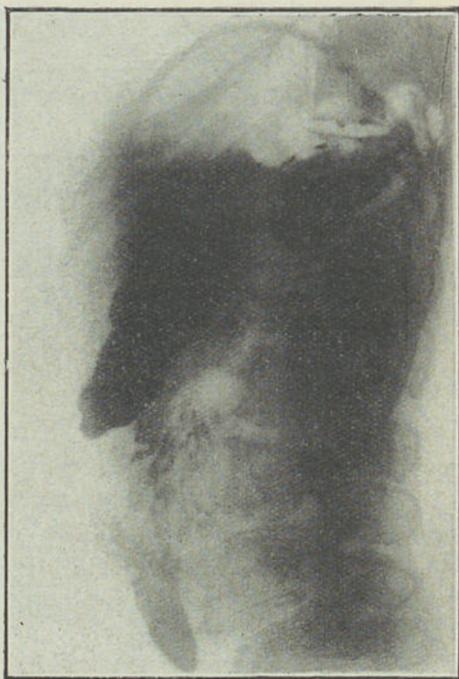
## PATOGENIA

Muito se tem discutido sôbre êste capítulo da eventração do diafragma. Há quem afirme ser a eventração uma afecção de origem congénita; outros a supõem, no entanto, adquirida após o nascimento. O que modernamente está mais ou menos assente é que a eventração diafragmática pode ser congénita ou adquirida, e esta aguda ou crónica.

Certo é, porém, que a origem congénita, representando uma

malformação anatómica do diafragma, tem maior número de defensores.

São a favor desta hipótese: o aparecimento da afecção em indivíduos da mais tenra idade, em recém-nascidos, e mesmo em fetos (1); a concomitância de outras malformações congénitas, originadas por perturbações de desenvolvimento, como a aplasia do pulmão, a maior lobulação dos pulmões (mais frequentemente a trilobulação do pulmão esquerdo), a ectopia testicular, o lábio leporino, etc.; a referência feita por doentes com eventração diafragmática a palpitações no hemitórax



Radiografia VII

direito sentidas desde criança, indicativas duma dextrocardia acentuada, mais tarde observada; e, enfim, a incidência habitual

(1) MECKEL, em 1809, aponta o caso de numa autópsia feita a um feto humano terem sido encontrados sinais evidentes de eventração esquerda, num diafragma muito reduzido, e quasi constituído apenas de tecido conjuntivo, com ectopia do estômago, parte do intestino grosso e delgado e do baço.

da eventração sôbre o hemidiafragma esquerdo, cujo desenvolvimento é mais complexo e mais tardio.

Em testemunho da origem adquirida está o facto documentado de indivíduos sujeitos a intervenções cirúrgicas, em campos justa-diafragmáticos, onde nenhum sinal de eventração existia, apresentarem ulteriormente um quadro clínico e radiológico típico desta afecção; e ainda o caso de indivíduos observados em radioscopia, anteriormente à existência da afecção, sem que se tenha verificado qualquer anomalia da posição do músculo.

¿ Como explicar a posição elevada do diafragma nas eventrações de origem congénita?

A explicação mais curiosa e mais sugestiva está no desenvolvimento embrionário do diafragma. Primitivamente, nas primeiras semanas da vida, o diafragma ainda em esboço tem uma situação muito elevada, quasi cervical; só mais tarde o tubo cardíaco e as vesículas pulmonares se vão desenvolvendo progressivamente, impellido-o então para baixo. Se por qualquer motivo o desenvolvimento do pulmão se não faz normalmente, ficando em aplasia, a descida do diafragma não se fará por seu turno, e a eventração fica então constituída. De facto, numa grande maioria de casos verificou-se, em exame anátomo-patológico, a aplasia pulmonar.

Nos casos de eventração adquirida, naturalmente há diminuição ou ausência de tonicidade do diafragma; ora, uma vez alterado o equilibrio normal do músculo, é natural que, ficando êle



Radiografia VIII

sujeito a uma maior pressão do lado abdominal, se eleva um pouco no tórax. Isto está em harmonia com o facto observado de ser a *eventração adquirida geralmente rudimentar*.

Na eventração adquirida aponta-se um sem-número de causas capazes de a originar, particularmente as afecções do próprio músculo e do nervo frénico, os processos inflamatórios justa-diafragmáticos, e as afecções capazes de determinarem um grande aumento de pressão intra-abdominal.

Entre as afecções do músculo diafragma citam-se as miosites, e certas alterações degenerativas, como consequência de algumas doenças infecciosas.

Do lado do nervo frénico apontam-se quaisquer alterações que nele incidam desde a sua origem até às suas ramificações no diafragma, como os processos inflamatórios, as adenopatias e tumores do mediastino, os traumatismos do pescôço, as fracturas ou luxações da coluna vertebral, as nevrites consecutivas a doenças infecciosas (difteria, febre tifóide, etc.) ou de natureza tóxica (alcoolismo, etc.).

Como processos inflamatórios justa-diafragmáticos registam-se as pleuresias diafragmáticas crónicas, os abscessos sub-frénicos, e de um modo geral tôdas as flegmasias que por contiguidade se transportem às serosas que cobrem o músculo diafragma, o que está de acôrdo com a lei de STOKES, que pretende que todo o músculo contíguo a uma serosa inflamada se paraliza, facilitando assim a propagação do processo flegmático à sua intimidade. Desta maneira, o diafragma perde a sua elasticidade, a sua tonicidade, torna-se por assim dizer inerte, deixando-se, portanto, distender pela pressão abdominal.

A compressão do diafragma pelo aumento considerável da pressão intra-abdominal parece poder produzir alterações circulatórias no próprio músculo, que por seu lado contendam com a sua elasticidade e tonicidade, facilitando assim a elevação, como se tem encontrado em certos casos de doença de HIRS. CHPRUNG, nas ascites, na distensão acentuada do estômago, na aerogastria e aerocolia, e mesmo na gravidez.

Após estas considerações patogénicas, pergunta-se: ¿será possível determinar a origem da eventração nos nossos doentes?

A nossa impressão é de que, pelo menos no primeiro caso, a

elevação diafragmática é de origem congénita. Trata-se efectivamente de um doente, que não aponta quaisquer sinais anamnésicos, nem refere antecedentes que com ela se relacionem. É possível, portanto, que seja uma eventração latente, existindo congénitamente, à qual o organismo do doente se adaptou. O diafragma está na verdade bastante elevado, o que só por excepção corresponderia a uma forma adquirida, que quasi sempre é rudimentar, como dissemos. Mas o que mais fundamenta o nosso modo de ver são, sem dúvida, os accidentes que acompanharam o pneumoperitoneu que fizemos ao doente. e que nos levou a presumir a existência de outras anomalias de desenvolvimento, simultaneamente com a eventração. A hipótese de origem congénita é, pois, plausível.

No segundo doente a patogenia é mais difficil de aclarar. Abstraindo das crises de gastralgia que o doente refere na sua infância, e que são pouco elucidativas, mas tendo em conta as perturbações gástricas que o incomodam desde há dois meses e que enquadram bem no sindroma de aerogastria, poderíamos acusar a distensão gasosa do estômago como determinante da elevação diafragmática, que seria, portanto, adquirida. Mas nos casos desta natureza a eventração é sempre muito reduzida, ao contrário do que sucede no nosso doente. Ficamos, assim, em dúvida. Há, é certo, a registar o facto de que as imagens radiológicas do estômago e do ângulo esplénico do cólon nos revelam modificações na sua forma e na sua posição, que se ajustam perfeitamente àquelas que correspondem à grande maioria dos casos descritos como sendo de eventração congénita. É, pois, provável que a origem seja também congénita, como no primeiro caso.

## DIAGNOSTICO

A eventração diafragmática é uma afecção de difficil diagnóstico clínico, não só pela sua fácil confusão com um certo número de outros estados patológicos, entre os quais figura em primeira linha a *hérnia diafragmática*, cujo diagnóstico diferencial adiante esmiuçaremos, mas ainda porque decorre, na maioria dos casos, com uma evolução lenta durante largos anos, só vindo a ser despertada por qualquer complicação que modifique o equilibrio fun-

cional existente, como uma tuberculose pulmonar, uma úlcera do estômago, uma insuficiência cardíaca ou hepática, etc.

Clínicamente a eventração do diafragma apresenta-se-nos em regra com um quadro sintomatológico, que bem pode simular uma afecção pleuro-pulmonar da base do hemitórax, particularmente um hidro-pneumotórax, ou uma afecção do aparelho gastro-intestinal.

Atendendo aos sintomas predominantes que podem acompanhar estas formas clínicas na sua evolução, LOUSTE e FATOU esquematizaram assim os tipos principais de eventração:— *Tipo pleuro-pulmonar* — com predomínio dos sintomas dispneicos e respiratórios, simulando com freqüência a pleuresia com derrame, o hidro-pneumotórax, as grandes cavernas da base pulmonar, etc. — *Tipo dispéptico* — manifestando-se sobretudo por perturbações digestivas de vária ordem, podendo simular uma úlcera do estômago, uma aerogastria, uma aerocolia, etc. É ainda o — *Tipo cardíaco* — caracterizado pela dextrocardia, que com freqüência acompanha o deslocamento do diafragma, sendo por vezes muito acentuada.

Qualquer destes tipos pode existir simultaneamente, ou em conjunto.

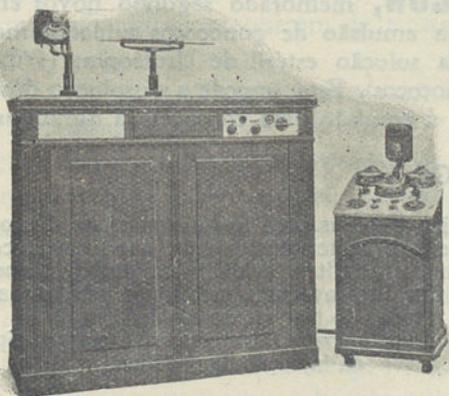
Em resumo: a eventração diafragmática pode manifestar-se por sintomas torácicos e abdominais, o que está precisamente em relação com o seu aspecto anátomo-patológico, que se caracteriza pelo facto de, ao deslocamento do diafragma, se associar a ectopia constante dos órgãos abdominais, a aplasia pulmonar, e com muita freqüência a dextrocardia.

Os sintomas são, por consequência, aqueles que correspondem às afecções que simulam a eventração, e são demasiadamente conhecidos, apenas merecendo registo especial a existência freqüente dum ruído hidro-aéreo na porção inferior do hemitórax, que aparece no momento da ingestão de líquidos, e o aspecto especial do deslocamento do coração, que é uma dextrocardia pura, em que o órgão sofre um movimento de torsão, de tal maneira que, conservando-se fixo o seu pedículo vascular, o eixo fica dirigido para baixo, para a direita e para diante, vindo a ponta bater detrás do esterno, ou mesmo além deste, junto da linha paraesternal.

Mesmo que da observação clínica dum doente nos fique a

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 5849



# ARTHIGON

## Segundo formula aperfeiçoada e ARTHIGON extra-forte aperfeiçoado

Vacina sumamente polivalente contra gonococos  
Para tratamento específico de complicações gonorreicas

O **ARTHIGON**, melhorado segundo novos ensaios, consiste em uma emulsão de gonococos cuidadosamente mortificados numa solução estéril de Urotropina ( $1\text{cm}^3 = 100$  milhões de gonococos). Esta impede a dissolução dos gonococos e dá á emulsão uma consistência duradoura.

### APLICAÇÃO:

- 1) Injecções intravenosas para fins diagnósticos, descobrimento da etiologia suspeita e bacteriológicamente não firmada, como infiltrados gonorreicos, prostatites, epididimites, artrites, anexites, portanto, com o fim de provocar a moléstia, e para avaliar dos resultados do tratamento da blenorragia
- 2) para fins terapêuticos. O tratamento é em princípio o mesmo da injeção diagnóstica.

### EMBALAGEM ORIGINAL:

Caixa de 6 ampolas, cada uma de  $1\text{cm}^3$ , em doses progressivas de gonococos (I-VI).

O **ARTHIGON extra-forte** fornece resultados terapêuticos extraordinários nos casos renitentes de epididimites, prostatites e artrites gonocócicas, como ainda, também, para debelar o corrimento agudo blenorragico da mucose uretral, associado ao tratamento local conveniente por meio de preparados de prata  
**HEGONON-Schering**

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

**SCHERING LIMITADA—LISBOA, Rua Victor Cordon, 7**

impressão de que se trata de eventração diafragmática, o facto é que só o exame radiológico é susceptível de precisar o diagnóstico. Quer dizer: *o diagnóstico da eventração diafragmática é sobretudo um diagnóstico radiológico.*

Mas ainda mais:— a-pesar-de um exame radiológico bem documentado, uma dúvida pode no entanto subsistir: *¿tratar-se há efectivamente duma eventração ou duma hérnia?*

O diagnóstico diferencial torna-se por vezes difícil, para não dizer impossível, e a confirmá-lo estão os numerosos factos apontados, de em casos referidos como sendo de eventração se verificar ulteriormente, por uma intervenção cirúrgica ou pela necrópse, a existência de uma hérnia, e vice-versa. Com efeito a sintomatologia clínica, é, pode dizer-se, absolutamente idêntica, pois ao lado de casos de eventração que evoluem durante tódia a vida do doente em silêncio, sem darem logar a qualquer perturbação aparente, algumas hérnias se encontram de sintomatologia igualmente apagada.

As hérnias são muito freqüentemente ocasionadas por traumatismos tóraco-abdominais.

Por definição, ao passo que na eventração os órgãos abdominais ectopiados se conservam sempre sub-diafragmáticos, na hérnia os órgãos herniados atravessam o diafragma por qualquer orifício normal ou patológico, vindo colocar-se, pelo menos em parte, acima da cúpula diafragmática. Daqui resulta que no exame radiológico a linha diafragmática, isto é, a linha de projecção da cúpula do diafragma é na eventração sempre regular e sem solução de continuidade, ao passo que na hérnia a linha limite superior apresenta-se, em regra, irregular, sendo duma perfeita nitidez a zona correspondente ao diafragma, e habitualmente deformada a porção que cobre o limite superior da víscera herniada. Por outro lado, na hérnia pode observar-se a imagem do parênquima pulmonar através a câmara de ar do estômago ou do cólon, o que não acontece no caso de eventração.

O diagnóstico diferencial torna-se evidente quando a linha diafragmática, acima descrita, estendendo-se sem descontinuidade do mediastino à parede lateral do tórax, se conserva nitidamente separada das linhas viscerais sub-jacentes do estômago e cólon. *Então o diagnóstico é possível e preciso.*

Mas, nalguns casos, a linha diafragmática, se-bem-que ajus-

tando-se às duas linhas limitantes superiores das imagens do estômago e do cólon, deixa entre si e a união destas um pequeno triângulo diedro bastante característico. *O diagnóstico de eventração, neste caso, comporta ainda toda a probabilidade.*

Outras vezes, porém, sucede observarmos uma linha única, representando na eventração a união da linha diafragmática com as linhas viscerais, e na hérnia isoladamente a linha limitante do estômago herniado. Neste caso, *o diagnóstico preciso é impossível*, a não ser que um pneumoperitoneu, processo aliás de certa responsabilidade e não de todo inofensivo, como tivemos ocasião de verificar, seja capaz de destacar, uma da outra, as duas linhas referidas.

Há ainda um certo aspecto radiológico característico de eventração, correspondente às imagens do estômago e do cólon ectopiados, no que diz respeito à sua forma e à sua situação. Assim, o estômago não só está deslocado, como a sua posição é quasi constantemente modificada e sempre idêntica, apresentando uma disposição invertida em relação ao habitual, com a pequena curvatura situada em baixo, e a grande servindo de limite superior. O cárdia fica geralmente fixo na sua posição usual, raramente um pouco subido e repuxado para a esquerda, e o piloro acompanha a nova situação do estômago, desviando-se bastante para a esquerda, para o hipicôndrio dêste lado, situando-se a um nível igual ou superior ao do cárdia. O ângulo esplênico do cólon, só por excepção, não acompanha esta situação anormal do estômago, colocando-se por diante e para fóra dele, em regra na parte mais elevada da eventração.

O deslocamento respiratório do diafragma, observado em radioscopia, tem sido assunto de discussão. Por muito tempo se afirmou que na eventração o hemidiafragma lesado ou era de todo imobilizado, ou a sua excursão respiratória estava reduzida, mas sempre em sentido normal, quer dizer, elevando-se com a expiração e descendo durante a inspiração, nunca se encontrando o fenómeno paradoxal de KIENBÆCK. Ao contrário, na hérnia, êste fenómeno era quasi sempre observado. Enfileiramos a-par daqueles que pensam poder existir o fenómeno de KIENBÆCK nas duas afecções: na hérnia, quando no aumento da pressão abdominal durante a inspiração a viscera herniada subisse no tórax, simulando a ascensão paradoxal da cúpula diafragmática; na eventra-

ção, quando o diafragma, estando inerte e sem tonicidade, fôsse impellido para cima pela pressão intrabdominal inspiratória, para voltar à sua posição inicial durante a expiração.

Existe ainda um certo número de pequenos sinais diferenciais postos em relêvo pelos seus autores, mas cujo valor diagnóstico é discutível. Assim:

Sinal de KORNIS — retracção inspiratória dos espaços intercostais inferiores, mais acentuada no hemitórax, onde existe a eventração. Negativo na hérnia.

Excitação eléctrica do nervo frénico no pescoço — o diafragma responde contraíndo-se; na eventração observa-se a contracção da linha diafragmática, na sua totalidade; na hérnia regista-se a contracção abaixo do limite superior da víscera herniada, ao nível do anel diafragmático.

Sinal de SCHLIPPE — medição da pressão intragástrica durante a inspiração e a expiração. No caso de hérnia, a pressão diminui durante o tempo inspiratório e aumenta no expiratório, dando-se o contrário na eventração; quer dizer, a pressão varia segundo o órgão está situado na cavidade torácica ou abdominal, proporcionalmente às diferenças de pressão que venham a existir nas cavidades correspondentes.

Alguns autores apontam ainda o facto de certos sinais funcionais (dores, vômitos, dispnéa, etc.) serem exacerbados pela ingestão de alimentos no caso de hérnia, e aliviados na eventração; e bem assim a variabilidade do aspecto da linha diafragmática com a mudança de atitude e com a ingestão de alimentos na hérnia, e a sua invariabilidade na eventração.

¿ Nos dois casos clínicos apresentados será possível estabelecer com rigor o diagnóstico de eventração ?

Julgamos poder afirmar êste diagnóstico, tendo em conta o exame radiológico. Com efeito, em ambos os doentes a linha diafragmática é de uma perfeita regularidade (Rad. I e V), estendendo-se em ponte do mediastino à parede lateral do tórax, não se observando para baixo dela, e através da câmara de ar do estômago, a menor sombra de parênquima pulmonar. Em nenhum se destaca com nitidez a linha diafragmática da linha limite superior das imagens do estômago e do cólon, mas no primeiro caso existe bem claro o triângulo dieldo característico (Rad. IV). Se

o pneumoperitoneu que fizemos a êste doente não conseguiu destacar na sua totalidade a linha superior diafragmática da linha inferior visceral, se-bem-que o fizesse numa extensão apreciável, deve êsse facto ser determinado pela existência de aderências unindo a face inferior do diafragma à porção superior do estômago, o que é freqüente acontecer nalguns casos, reduzindo então o valor do processo, que, além disso, é perigoso, como vimos.

Um sintoma mais, de alto valor, nos orientou para o diagnóstico de eventração, e que observámos em ambos os doentes: é a imagem radiológica reproduzindo a forma e a situação tão característica do estômago e do cólon ectopiados, e que com tãda a clareza se observa nas radiografias III, IV, VII e VIII.

Como sinais de valor discutível, notámos ainda a imobilidade respiratória da linha diafragmática no primeiro caso, e a mobilidade muito reduzida no segundo, mas em sentido normal; e, por último, a presença dum ruído hidroaéreo à auscultação da base do hemitórax esquerdo quando da ingestão de líquidos no segundo doente.

## TERAPÊUTICA

Algumas palavras apenas sôbre o tratamento da eventração.

Não existe tratamento médico da eventração; durante muitos anos esteve também fóra do domínio cirúrgico; mais recentemente, porém, em 1916, H. G. WOOD, cirurgião americano, propoz, pela primeira vez, a plicatura do diafragma como tratamento operatório da eventração, mas só em 1922, WILLIAM LERCHE, na América, e em 1923, PIERRE DUVAL e JEAN QUENU, em França, praticaram esta intervenção, ambos com bom resultado.

A elevação anormal do diafragma só por si não justifica uma intervenção cirúrgica. Há doentes que se encontram perfeitamente adaptados à sua anomalia anatómica, não carecendo, porisso, de ser sujeitos a uma operação de resultados duvidosos e de consequências nem sempre inofensivas. Mas quando apareçam complicações de uma certa gravidade, ou quando certos sintomas, quer respiratórios, quer cardíacos ou digestivos, se tornem absolutamente intoleráveis para o doente, a intervenção operatória tem então a sua indicação.

O êxito da operação depende um pouco da extensão da even-

tração. Emquanto que na forma diverticular ou de extensão reduzida os resultados são, regra geral, brilhantes, na eventração total dum hemidiafragma não sucede o mesmo, pois dá-se muitas vezes a reprodução da afecção. Porisso alguns cirurgiões realizam, antes da intervenção, insuflações de ar entre os dois folhetos da pleura para o estabelecimento de um pneumotórax, e outros fazem preceder a operação duma frenicectomia.

Segundo JEAN QUENU existe uma contra-indicação formal ao tratamento operatório da eventração: é a existência de lesões pleurais importantes na base do tórax.

No nosso primeiro doente não se justifica uma operação cirúrgica, tão familiarizado éle está com o seu deslocamento diafragmático. O mesmo não diremos quanto ao segundo, se os sintomas gástricos e dispneicos, que tanto o incomodam, se não acalmarem. De resto éle próprio reclama a intervenção.

## RÉSUMÉ

L'auteur décrit deux cas d'éventration diaphragmatique (*relaxatio diaphragmatica*) du côté gauche, survenus chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire; le premier présentait le syndrome clinique de l'hydropneumotorax cloisonné; le second montrait une aérographie bien nette.

Le diagnostic porté d'après l'observation clinique a été confirmé par l'épreuve radiologique. L'auteur présente une série de *films* qui montrent nettement l'image de la ligne diaphragmatique et la situation des organes. On y peut remarquer la position anormale si caractéristique de l'estomac et de l'angle splénique du colon.

La faradisation du nerf phrénique dans le cou a été effectuée chez un malade. Par l'image radioscopique on a observé une contraction énergique de l'hémidiaphragme du côté sain; de l'autre côté il n'y a eu aucune secousse en réponse à l'excitation porté sur le nerf correspondant.

Les mouvements respiratoires du diaphragme ont été étudiés également au moyen de la radioscopie. On a pu remarquer dans

un cas l'absence complète de mobilité de la portion éventrée; dans l'autre cette mobilité s'est montrée très affaiblie.

La pathogénie de l'affection a mérité quelques considerations. L'auteur croit qu'il s'agit généralement d'une malformation congénitale, et il présente des arguments dans le sens de justifier cette hypothèse relativement aux deux malades qu'il a pu observer. En outre, il établit le diagnostic différentiel entre l'éventration et l'hernie du diaphragme, et fait remarquer la difficulté et, parfois, l'impossibilité de ce diagnostic.

Relativement à la thérapeutique, l'auteur croit que l'intervention opératoire — *plicature* — est possible chez un des malades, et qu'elle n'est pas indiquée chez l'autre.

Il décrit encore les accidents survenus à la suite d'un pneumopéritoine pratiqué sur un des malades, avec le but de marquer la ligne de séparation entre le diaphragme et les organes éctopiés sous-jacents. Il a remarqué l'établissement rapide d'un pneumothorax dans la grande cavité pleurale, à droite, c'est-à-dire, au côté opposé à celui de l'affection. Par son effet, le poumon a été réduit à environ  $\frac{2}{3}$  de son volume. L'auteur trouve vraisemblable la formation d'un pneumopéricarde, révélé par une image radiologique consistant en une aréole gaseuse qui enveloppait latéralement l'ombre cardiaque. Dans le cou et la face externe de l'hémithorax droit, un emphyzème sous-cutané s'est établi.

En cherchant à expliquer tous ces phénomènes par des anomalies à origine congénitale, l'auteur rappelle la formation embryologique des cavités péritonéale, pleurales et péricardique. En effet ces cavités communiquent entre elles pendant les premières étapes du développement.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — ANTOINE, E. et BISSON, A. — Un cas de hernie diaphragmatique de l'estomac non traumatique. (*Arch. des malad. de l'app. digest. et de la nutrition*. Fevereiro de 1925).
- 2 — BARD, L. — Le mégadiaphragme. (*Ann. de Méd.* Julho de 1924).
- 3 — BAYNE-JOHNS, STANHOPE — Eventration of the diaphragm with report of a case of right sided eventration. (*The archives of internal médecine*. Vol. XVII, 1916).
- 4 — BINÉT, LÉON — Physiologie du diaphragme. (*Jour. Méd. franç.* 1920).

- 5—BOUCHUT, L. et FRANCOLIN, P.—La parésie de l'hemi-diaphragme gauche dans l'ulcère d'estomac. (*Arch. des malad. de l'app. digest. et de la nutrition.* 1922).
- 6—CLOPTON, MALVERN B.—Eventration of the diaphragm (*Ann. of surgery.* Vol. 3. 1923).
- 7—COELHO, EDUARDO—Um caso de dextrocardia completa consecutiva a uma eventração do diafragma. (*Lisboa Médica.* Junho de 1926).
- 8—DURAND, G. et KELLER, J.—Hernie transdiaphragmatique droite de la grosse tubérosité de l'estomac (non traumatique) chez un adulte (*Arch. des malad. de l'app. digest. et de la nutrition.* Dezembro de 1925).
- 9—DUVAL, PIERRE et QUÉNU, J.—Éventration diaphragmatique gauche, sans mégacolon splénique. Plicature et fixation du diaphragme par voie thoraco-abdominale. (*Bull. et mem. de la Soc. Nat. de chirurg.* Dezembro de 1924).
- 10—EVANS, JOHNS.—Hernie of de diaphragm with report of case of the congenital variety complicated by periodic rotation of the stomach. (*The amer. Journ. of Roentg. and rad.* Vol. XVIII. 1927).
- 11—FÁTOU, ÉTIENNE—L'éventration diaphragmatique. Étude clinique et pathogénie. (Tèse de Paris. 1924).
- 12—FATOU, E. et LAFOURCADE, L.—Un cas d'éventration diaphragmatique. Diagnostic clin. et radiol. (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* Março de 1922).
- 13—FATOU, E. et LUCY, A.—Étude fonctionnelle de l'estomac et du diaphragme dans l'éventration diaphragmatique. (*Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutrition.* 1923).
- 14—GUTMANN, RENÉ—Le faux pneumothorax d'origine digestive. (*Arch. Méd. chirurg. de l'app. resp.* N.º 1. 1926).
- 15—HEDBLOM, CARL.—Diaphragmatic hernia. (*The jour. of amer. méd. assoc.* Setembro de 1925).
- 16—HERTWIG—Traité d'embryologie.
- 17—JACQUET, PAUL—Éventration diaphragmatique. (*Paris médicale.* Abril de 1927).
- 18—LERCHE, WILLIAM—Insufficiency (eventration) of the diaphragm. (*Surg. Gynec. and Obst.* Vol. 24. 1922).
- 19—LEVEN, G.—L'aerofagie. 1920.
- 20—LOUSTE, A. et FATOU, E.—Un cas d'éventration diaphragmatique. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* Janeiro de 1922).
- 21—LUCY, A.—Diagnostic radiologique de l'éventration du diaphragme. (Tèse de Paris, 1922).
- 22—MURRICH, J. P.—The development of the human body.
- 23—NARCISO, ARMANDO—Aerofagia gastro-intestinal com sindroma anginoso e eventração do diafragma. (*Lisboa Médica.* N.º 12. 1924).
- 24—NARCISO, ARMANDO—Abscesso gazooso sub-frênico ou piopneumotórax abdominal de Leyden com eventração do diafragma. (*Lisboa Médica.* N.º 4. 1925).
- 25—QUENU, JEAN—Les hernies diaphragmatiques. Étude clinique et opératoire. (Tèse de Paris. 1920).

- 26 — QUENU, J. — Hernies diaphragmatiques. (*Arch. Med.-Chir. de l'app. respir.* N.º 4, 1926).
- 27 — QUENU, J. et FATOU, E. — L'éventration diaphragmatique. Étude clinique et opératoire. (*Jour. de chir.* Julho de 1924).
- 28 — REIFENSTEIN, E. — Eventration of the diaphragm with a report of a case emphasizing the value of the movements of the costal margins in diagnosis. (*The amer. Jour. of the med. scienc.* 1925).
- 29 — RHÉAUME, P. — Hernie trans-diaphragmatic gauche. Éventration du diaphragme. (*Pres. Méd.* Junho de 1926).
- 30 — RIEDER, H. — Angeborene atrophie mit hochstand des zwerchfelles (I. ehrbuch der Röntgendiagnostik, A Schittenhelm).
- 31 — SANTY, M. — Éventration diaphragmatique opéré. (*Lyon Chirurg.* Tomo XXIII, 1926).
- 32 — SAVY, P. — Le faux pneumothorax d'origine gástrique par hemiatrophie diaphragmatique. (*Journ. de med. de Lyon.* 1905).
- 33 — SCHLAEPFER, K. — The phrenic as the nerve of motor innervation of the diaphragm. (*Bull. of the Johns Hopkin's Hospital.* Junho de 1923).
- 34 — SERGENT, ÉMILE — Le desequilibre fonctionnel du diaphragme. (*Pres. méd.* Outubro de 1923).
- 35 — TESTUT, L. — Traité d'anatomie humaine.
- 36 — TOURNEAUX, F. — Précis d'embryologie humaine. 1921.
- 37 — URRUTIA — Hernie diaphragmatique de l'estomac. Étude médico-chirurgicale. (*Arch. espan. de enferm. del operato digest. y de la nutricion.* N.º 1, 1923).
- 38 — VERBRICKE, RUSSELL — Eventration of the diaphragm with report of 7 cases. (*Surg., gynec. and obst.* Vol. XL, 1903).
- 39 — WHEATLEY, FRANK — Report of a case of eventration of the left diaphragm. (*The Boston méd. and Surg. Journ.* Julho de 1927).
- 40 — WITHINGTON, PAUL and MITTON — Eventration of the diaphragm. (*The Boston méd. and Surg. Journ.* Vol. 1, 1927).

PRODUTOS

# Serono

## Ovasari Serono

Em extracto glicérico total do ovário  
e injeções hipodérmicas

Indicado na dismenorrêa, histerismo, neurastenia,  
doença de Raynaud, clorose  
e amenorrêa

L. Lepori

RUA VICTOR CORDON, 1-A  
Apartado 214—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 FIGADO DE BACALHAU NO VERÃO**

**Outras especialidades:** **TÓNICO SALVE:** Reconstituinte do sistema nervoso  
**GOTAS F. V. A. T.:** Potente antiscrofuloso.

Depositiários gerais para Portugal: **COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE, L. da**  
Rua Primeiro de Dezembro — LISBOA

## “**eregumil**” **Fernández**

**Alimento vegetariano completo em base de cereais e leguminosas**

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

**FERNANDEZ & CANIVELL Y C.ª — MÁLAGA**

Depositiários: **GIMENEZ SALINAS & C.ª**

Rua Nova da Trindade, 9-1.ª

LISBOA

## CORPOS ESTRANHOS INTRA-OCULARES

(TRABALHO DO INSTITUTO OFTALMOLÓGICO DE LISBOA)

POR

ANASTÁCIO GONÇALVES

É muito vasto o material de corpos estranhos intra-oculares que nos Arquivos do Instituto Oftalmológico de Lisboa se pode colher desde a sua fundação em 1891 até agora (1). De grande apreço me apareceu o exame cuidado dêsse material, já pelo interêsse das conclusões que dele derivam, já pela quási novidade de tal estudo. Com efeito, tenho visto tratar bastas vezes o assunto parcelarmente e encará-lo sob aspectos diferentes ou menos complexos que aqueles que me proponho. Mais freqüente é que se tenham considerado, de forma geral, os accidentes produzidos em trabalhos industriais, não só porque estes mais interessavam, sob o ponto de vista médico-legal, que de comêço, exclusivamente ou quási, só a eles visava, mas também porque eram eles relativamente mais freqüentes nos grandes meios científicos, ao mesmo tempo muitas vezes também grandes meios industriais.

Trabalhos que a accidentes agrícolas digam respeito só conheço poucos e exíguos, mesmo êsses, tratando, no conjunto, de todos os sinistros, superficiais ou profundos, do ôlho ou dos anexos.

Eu próprio já estudei os corpos estranhos intra-oculares de origem agrícola nas suas relações com a natureza do solo onde se produziram (2).

---

(1) 30 de Junho de 1926.

(2) *Lisboa Médica*. 1926. N.º 7.

Vi nos Arquivos do Instituto Oftalmológico, notícia de 1434, casos de corpos estranhos tendo penetrado, mais ou menos profundamente, dentro do olho. Compreendo neste número todos os casos de certeza e também os de muita probabilidade. Entre estes porventura alguns haverá que não fossem reais, mas, em compensação, outros de verdade poderão ter escapado despercebidos ao exame clínico.

São em quantidade de 106.372 os doentes de olhos que no mesmo espaço de tempo ali consultaram. Vieram portanto aqueles numa pernilagem de 13,5. Esta taxa tem sido todavia mais elevada ultimamente. Assim desde 1910 vieram 822 de tais sinistrados em 46.331 consulentes, o que deu um acréscimo da referida taxa para 17,7.

Se a comparação fôr feita com os números de doentes hospitalizados, dos quais quasi todos aqueles foram partes, já as taxas muito se modificam. Assim teremos em relação aos 21.620 doentes que têm sido hospitalizados a taxa de 66,5 ‰ e em relação aos 10.592 hospitalizados desde 1910 a de 77,7 ‰.

Diferem, sob o ponto de vista clínico, os casos de corpo estranho intra-ocular, conforme é ou não magnético o agente penetrante. Essa propriedade domina absolutamente as características do caso clínico, já influyendo nos processos de diagnóstico, já decidindo das facilidades de tratamento e do aspecto mais ou menos sombrio do prognóstico.

É condição geral para bem fazer a extracção de corpo estranho em qualquer ponto do organismo, conhecer rigorosamente a sua sede. No olho mais isso importa, mercê da delicadeza do órgão, que não permite tentativas cegas de extracção. Quando o corpo estranho fôr magnético poderá elle revelar-se, como veremos, a aparelhos de diagnóstico que aproveitem essa qualidade e assim ficaremos orientados para a intervenção na qual também poderemos ter o auxilio da acção atractiva de outros aparelhos. — Nada disto succede quando os corpos estranhos não forem magnéticos. Temos, é certo, os raios X, mas êsses são reconhecidos muito falíveis na localização intra-ocular e até na localização intra-orbitária. Guiados só pelas suas indicações, faltar-nos há ainda nestes casos a poderosa acção adjuvante do magnete para

atrair o corpo estranho e assim com enorme freqüência a tentativa de extracção será frustra (1).

Por estas diferenças de comportamento se impõe imediatamente a divisão em dois grupos. Dum lado todos os casos do ferro intra-ocular (2), do outro todos aqueles em que o agente não é ferro. A justeza desta divisão é ainda corroborada pelo facto de poder o ferro conferir, pela sua acção química prolongada, modalidade clínica muito particular, — estado de *siderose* em que adeante falarei (3). — Além disso, o ferro é o agente de muito maior freqüência nos seus maleficios sôbre o olho. Vi 1.227 casos que se lhe atribuem contra 207 atribuidos a todos os outros agentes, ou sejam 85,6 % contra 14,4 %. Esta disparidade numérica deve ser contudo um pouco menor porque alguns dos que são atribuidos a outros agentes que não o ferro vão às vezes regeitados, por incuráveis, (chumbo, por ex.) e, não sendo hospitalizados nem operados, se perde a sua notícia na grande massa dos doentes com outras lesões, vindos à consulta externa.

Como se verá, os casos de ferro intra-ocular resultam, na grande maioria das vezes, da percussão de um instrumento metálico contra a pedra (quer seja nos trabalhos agrícolas, quer seja a britar pedra, quer seja a picá-la). Sabido isto, causa estranheza o número ínfimo de fragmentos de pedra que averiguadamente penetraram nos olhos. Contei 6 em 1.067 daquela forma originados.

Terá havido realmente mais do que estes 6, pois que, não se manifestando a pedra aos meios usuais de diagnóstico, é bem

---

(1) Haveria também para eles, quando o fragmento fôsse metálico, o aparelho conhecido sob o nome de electro-vibrador de Bergonié, que introduzido no olho daria sinal eléctrico à medida da sua aproximação do corpo estranho. Não sei das suas vantagens práticas nem me consta que sejam muito utilizadas.

(2) Dos corpos magnéticos só temos a considerar o ferro (ou o aço) visto que nunca o níquel ou o cobalto deram azo a que fôsse aproveitada a sua propriedade.

(3) Também o cobre, com a produção do seu abscesso aséptico, esverdeado, pode vir a imprimir feição especial aos olhos portadores, mas não basta êste carácter, de importância aliás secundária, para fazer ganhar a um grupo de quantidade tão mesquinha, categoria que o ponha a par daquele.

provável que seja ela o agente em alguns daqueles casos considerados de ferro incertamente por não termos podido reconhecer com segurança a presença daquele metal. No entanto, devem ser muito poucos, porque, em numerosos globos enucleados por sinistros desta natureza, só uma vez a autópsia, aliás feita com frequência, revelou a presença dum pequeno fragmento de pedra.

Cinco vezes nas seis o fragmento saltou no trabalho de britar pedra e só uma no de cavar. Conhecida a desproporção inversa entre os accidentes ocorridos nestes dois exercícos de trabalho (54 a britar e 972 a cavar) ainda mais se salienta a influência da occupação ocasional sôbre a qualidade do agente penetrante.

Donde deriva esta tão escassa frequência de penetração do fragmento de pedra no ôlho? Seria aliás essa penetração tão natural aparentemente que os próprios doentes quási sempre veem queixar-se de que, no sinistro, foi pedra e não ferro que lhes entrou no ôlho;— e no entanto a prática demonstra a raridade extrema de tal acontecimento.

Parece-me que o facto poderá explicar-se pelas razões que seguem.— Em primeiro logar é o fragmento de pedra por natureza mais arredondado, de arestas menos cortantes, e por isso ainda que aconteça bater no ôlho menos facilmente penetrará.— Sendo, além disso, a pedra de menor densidade do que o ferro, será também menor a fôrça viva que possui ao chegar ao ôlho.

Mas estas razões não justificam ainda porque entra pedaço de pedra, mais facilmente do que noutras, em certas condições de trabalho.— A causa disso julgo que consiste no seguinte, que explicará também, melhor do quaisquer outras razões, porque é comparativamente muito rara a penetração de pedra.

Quando, ao bater a enxada contra a pedra, os fragmentos de ferro se destacam, eles dispersam-se dentro dum cone que tem o seu vértice no ponto percutido e o eixo na direcção da fôrça que determinou a fragmentação. É coisa semelhante ao que se dá em balística com o chamado *cone de dispersão* e, pelo menos no nosso caso, resultado da lei fisica que diz ser o ângulo de incidência igual ao ângulo de reflexão. O trabalhador do campo, tendo a face dentro dêsse cone, terá maiores probabilidades de ser atingido pelos estilhaços de ferro do seu instrumento de trabalho.

A pedra, inerte antes do choque, se ao recebê-lo se fragmenta, terão as suas partículas tendência a ser projectadas lateralmente,

em direcção transversal ou quási, normalmente à incidência da fôrça, não atingindo portanto o trabalhador que está por cima.

No trabalho de britar pedra a marreta procura incidir nos pontos mais variados e, porisso, é bem mais natural que a pedra ao projectar-se lateralmente possa vir atingir a face do trabalhador.

Nos 32 casos sobrevividos a picar pedra nunca deixou de ser ferro o agente penetrante, o que, pela natureza particular dêsse serviço, encontra justificação nas razões acima expostas e também as abona.

### 1 — CORPOS ESTRANHOS MAGNÉTICOS

É, como disse, êste grupo o de muito maior importância pela quantidade dos seus elementos e pela possibilidade de uma acção clínica mais profícua. São 1.227 casos, representando 85,5 % da totalidade (1). É também êle o grupo que estudarei mais desenvolvidamente.

Em obediência a praxes sempre seguidas em estatísticas desta natureza, averigui a freqüência relativa dos traumatismos nos dois olhos. O olho direito foi atingido 602 vezes, o esquerdo 625, o que dá para o primeiro uma percentagem (49) um pouco menor do que para o segundo (51). Nunca foram atingidos simultaneamente os dois olhos. — Quási sempre, quer em acidentes industriais (Verderame (2), Ottinger (3)), quer em acidentes agrícolas (Cavara (4)) se tem reconhecido concordância nesta preferência pelo olho esquerdo, ordinariamente manifesta em maior grau do que aqui, e sôbre a causa disso se tem recorrido, ten-

---

(1) Deparei também com dois de ferro intra-orbitário, mas extra-ocular, únicos em tão vasta colheita. Eram, como de regra, perfeitamente tolerados. Essa habitual tolerância explica que tão poucos portadores tenham solicitado tratamento. O seu número real deve ser todavia restricto. O fragmento projectil, se animado de fraca fôrça, não encontrando resistência como a do olho, deprime os tegumentos e não chega a atravessá-los. Só excepcionalmente quando fôr maior, em acidentes industriais, como nos nossos dois casos, terá poder de penetração sufficiente para chegar ao tecido da órbita.

(2) *Contributi all'infornistica oculare*. Torino, Libreria Ed. Lattes, 1922.

(3) *Zur Statistik der Augenverletzungen*. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*

1894.

(4) *Bolletino d'Oculistica*. Ano III. N.º 7.

dendo-se a fazer crer que a atitude natural do trabalhador, quer nas oficinas, quer nos campos, lhe faria expôr mais o ôlho esquerdo à acção do traumatismo. Parece-me casual êste resultado estatístico, tanto mais que hã quem tenha concluído por uma predilecção pelo direito.

Dos dois *sexos* é, como seria de prever, muito mais atingido o sexo masculino. Foram 990 os casos masculinos e 237 os femininos. Estes contam-se, pois, numa percentagem de 19,3, que é um pouco inferior à indicada noutras estatísticas, aliás não incidindo sôbre material bem equivalente a êste.

Quando, adiante, tiver separado os sinistros segundo as occupações, isto é, tiver constituído grupos de natureza homogénea, ser-me há permitido tirar dêste e outros valores as necessárias conclusões e estabelecer paralelo com os números por alguns autores obtidos.

O mesmo direi com respeito à *idade* dos sinistrados. No entanto apresento já tabela dos accidentes por idades e sexos nesta apreciação global dos casos de ferro intra-ocular.

TABELA I

Distribuição dos accidentes, considerados globalmente, por idades e sexos

	Até 20 anos		21 a 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		Mais de 50 anos		Total
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	
N.º de casos ...	227	74	311	80	215	37	135	27	102	19	1.227
Total .....	301		391		252		162		121		
% .....	24,5		31,8		20,5		13,2		10		

Vejamos agora como se repartem os accidentes com estilhaço de ferro segundo a *ocupação* do sinistrado. É consideravelmente mais elevado o número dos accidentes agrícolas, só muito depois vindo os da indústria metalúrgica e os sucedidos a britar e picar pedra. Os de outra causa são em quantidade ínfima.

Mostro na tabela seguinte essa distribuição segundo a natureza do serviço em que o desastre se produziu.

# GÍNECÍNA

Extracto hormonal  
pluriglandular á base de ovarios, capsulas  
suprarrenaes, hipofises e tiroidea.

De optimo resultado em todos os casos de : Irregularidades menstruaes.  
— Perturbações da menopausa. — Neurastenia sexual. — Histerismo. —  
Acidentes consecutivos á ovariectomia. — Nevroses cardiacas. — Asma  
nervosa. — Neurastenia geral.

Foi para obviar as perniciosas  
consequencias derivadas da in-  
suficiencia das glandulas endo-  
crinicas que foi preparada a

## GÍNECÍNA

que é isenta de principios exci-  
tantes tornando-se mais econo-  
mica e de resultados mais segros  
que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para os seguintes  
preparados de criação propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios :

### EXTRACTO OVARICO COMPLETO

INDICAÇÕES : Histerismo, idade critica, aci-  
dentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos  
ocasionados pela gravidez. — DOSE : 2 a 3  
comprimidos por dia antes das refeições.

### EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO

N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto  
Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resul-  
tado desejado, continue o tratamento com o  
*Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* —  
DOSE : 2 comprimidos por dia

### EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO

INDICAÇÕES : *Retenção ou desaparecimento  
da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias  
antes da data em que devia aparecer a mens-  
truação. — DOSE : 1 comprimido por dia e  
aumentar sucessivamente até 3.

### EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO

INDICAÇÕES : Hemorragias uterinas. — DO-  
SE : 3 comprimidos por dia. Raras vezes este  
extracto falha mas caso se registre este facto  
convidamos V. Ex.<sup>a</sup> a recorrer á

**TIROIDINA Seixas-Palma,**

em Tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteínas em sôro fisiologico

**Este preparado não provoca reacção**

---

Esta bioplastina nacional, escrupulosamente preparada e ensaiada na clinica hospitalar de Lisboa, rivalisa com a sua congénere estrangeira e impõe-se pelo seu preço reduzido.

---

**Receitae a**

# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

**Porque é**

DE ASEPSIA GARANTIDA  
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE  
DE APLICAÇÃO INDOLOR  
PRODUCTO PORTUGUÊS  
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

---

TODOS OS EX.<sup>MOS</sup> CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup> — Rua da Prata, 237 — LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS L.<sup>DA</sup> — Rua das Flores, 153 — PORTO

---

TABELA II

Distribuição dos acidentes segundo a natureza do trabalho em que se produziram

	Trabalho Agrícola	Bater ferro	Britar pedra	Picar pedra	Diversos	Causa ignor. (1)
N.º de casos	971	102	49	32	11	61
0/0.....	79,1	8,4	4	2,6	0,9	5

Os casos agrícolas são pois sensivelmente o quadruplo de todos os outros somados. — Já devíamos esperar uma superioridade grande do número destes acidentes num país sobretudo agrícola como é o nosso. No entanto creio que a desproporção com os casos industriais (79,1 para 8,4) não será, na generalidade, tão grande como aqui se aponta. Estes últimos produzem-se mais freqüentemente em Lisboa, meio industrial de maior intensidade. Sucedido o acidente ao longo do dia, é natural que a vítima mais vezes procure outra das consultas que funcionem pela tarde e sobretudo acorra ao Hospital de S. José, onde existe pôsto, com largas tradições, para socorros de urgência. Nas Clinicas Oftalmológicas deste Hospital deve seguramente o número de casos industriais ter valor relativo muito maior.

Houve 11 casos produzidos em condições de maior raridade. Nove provieram do trabalho de rachar lenha e dois do trabalho de carpinteiro ao bater com a enxada na madeira. Suponho que nuns e noutros destes casos também o fragmento projectil se terá destacado por bater o utensílio em pedra ou ferro: nos primeiros quando o machado resvala do cêpo e vai chocar no solo, nos segundos por ter a enxada encontrado ou pedra encrustada ou prego cravado na madeira.

Esta divisão segundo a natureza do sinistro permite-nos considerar agrupamentos de casos de grande homogeneidade e por-

(1) Nesta rubrica de *causa ignorada* ponho os acidentes em que o doente a desconhecia e também aqueles, bastante numerosos, em que nos Arquivos se não fazia menção da natureza do acidente.

tanto próprios para que dos seus dados estatísticos possamos tirar acertadas conclusões e estabelecer paralelo com os números por outros obtidos.

Em indivíduos do sexo feminino raras vezes o desastre acontece doutra forma que não seja em trabalhos agrícolas. Isso se torna manifesto no quadro seguinte em que indico a distribuição dos casos por ocupações e sexos e determino as percentagens respectivas:

TABELA III

Distribuição dos acidentes por ocupações e sexos dos sinistrados

	Trabalho agrícola	Bater ferro	Britar pedra	Picar pedra	Diversos	Causa ignorada
Casos femininos ...	222	2	—	1	3	9
Casos masculinos ..	749	100	49	31	8	52
% dos primeiros ...	22,9	2	—	3	27	15
% dos segundos....	77,1	98	100	97	73	85

O que neste quadro interessa são as duas primeiras colunas porque as outras ou dizem respeito a elementos imprecisos ou se referem a grupos demasiado pequenos para que possamos sôbre eles averiguar percentagens que nos mereçam confiança.

Comparemos esta tabela com o resultado obtido atrás quando considerámos a massa dos casos indivisa. Reconhecemos que a taxa 19,3 de desastres em fêmeas, obtida na apreciação global, subiu aqui para 22,9 nos casos agrícolas e desceu para 2 nos casos industriais. Esta disparidade de valores corresponde à diversa proporção em que os dois sexos são empregados nos serviços respectivos. Devem estes números indicar com certo rigor, pelo menos para os trabalhadores agrícolas, a proporção em que os dois sexos são utilizados. A indicação é muito menos segura para o caso dos operários fabris porque as mulheres são na indústria empregadas, nos trabalhos menos violentos, que não expõem tanto a traumatismos oculares e sobretudo aos traumatismos oculares que nos ocupam.

# PRODUCTOS BRUSCHETTINI

Vacina Antipiógenica Polivalente  
“BRUSCHETTINI,,

Estreptocócica ————— Estafilocócica

Muitíssimo eficaz em toda a especie de infecções, abcessos,  
furunculoses, supurações de úlceras e feridas, erisipelas,  
gangrenas gasosas e septicémias

**L. LEPORI** RUA VICTOR CORDON, 1-A

Apartado 214 — LISBOA

**VIGANTOL**

**Vitamina-D**

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

*Algumas das principais indicações:*

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmodicos (espasmo-philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo da lactação,  
nos partos prematuros, na constituição rachitica.

**Formas Comerciaes:** Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. de Vigantol cada uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie  
Aktiengesellschaft

Secção Farmaceutica  
«BAYER-MEISTER LUCIUS»  
LEVERKUSEN (Alemanha)

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.<sup>da</sup>  
Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS  
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.  
Rua 24 de Julho, 34  
LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1 C.  
PORTO

São portanto aquelas taxas índices que convém registrar para se poder avaliar das condições de vida do nosso trabalhador.

Este número 22,9 aproxima-se mais dos valores obtidos por vários autores que se ocupam de sinistros agrícolas, embora sob aspecto menos restricto. Assim Cavara (1), em Itália, achou a percentagem de 25, Brandenbourg (2), na Alemanha, a de 26 e Eschenhauer (3), também na Alemanha, a de 32.

A percentagem de 2, reconhecida para os casos industriais, foi maior do que aquela que tem sido averiguada nestes sinistros considerados geralmente (1,25 0/0, Verderame (4), em Turim).

É todavia no nosso caso relativamente tão pequena a massa dos casos industriais (só 102) que não podemos a este respeito tirar ilações de confiança.

Vamos apreciar agora a distribuição dos sinistros por idades e sexos em cada um dos principais grupos. Na tabela seguinte resumo essa distribuição nos sinistros agrícolas.

TABELA IV

Distribuição dos sinistros agrícolas por idades e sexos

	Até 20 anos		21 a 30 anos		31 a 40 anos		41 a 50 anos		Mais de 50 anos	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
N.º de casos	186	71	227	76	157	33	99	25	80	17
	257		303		190		124		97	
% respectivas	19,1	7,3	23,3	7,8	16,3	3,4	10,2	2,6	8,2	1,8
	26,4		31,1		19,7		12,8		10	
N.º de casos femininos por 100 masculinos	38,2		33,4		21		25,2		21,2	

(1) Loc. cit.

(2) *Zeitschr. f. Augenheil.* V. 1901.(3) Cit. in Cavara — *Bolletino d'Oculistica.* 1924.

(4) Cit. in Cavara — Id. Id.

Os autores, que eu saiba terem-se occupado de estatísticas em accidentes agrícolas na generalidade, têm encontrado um acréscimo regular e constante com a idade (Cavara, Brandenbourg e Eschenhauer). Atribuem isso, não só à composição por idades dos trabalhadores rurais, mas também à inabilidade dos mais idosos, que os torna mais sujeitos a traumatismos, e ao estado frequentes vezes mau da conjuntiva e sacco lacrimal dos mesmos indivíduos, que os torna mais receptivos para o desenvolvimento de uma complicação infecciosa num accidente banal. Dado o carácter particular dos sinistros que nos occupam, é claro que estes últimos factores não podem senão raras vezes intervir na produção do desastre ou levar só pela sua influência o doente a procurar tratamento. Desta consideração poderia já deduzir-se que os resultados a que cheguei se não devem ajustar de nenhum modo aos dos referidos autores. Com effeito, o exame da tabela IV mostra que a já elevada percentagem de 26,4 nos casos até aos 20 anos, sobe ainda a 31,1 nos de 21 aos 30 anos e daí em diante decresce constantemente até se anular nas idades improduttivas. Esta distribuição dos casos por idades deriva, quanto a mim, exclusivamente da maior ou menor abundância de elementos com que as várias idades concorrem para a população agrícola e porisso as percentagens representativas dessa distribuição são também excelente índice para se avaliar da vida social da nossa gente do campo.

Distingamos agora conforme os sexos. — No sexo masculino mantém-se o mesmo carácter — subida até à casa dos 21-30, descida segura, regular daí em diante. No sexo feminino, pelo contrario, já as coisas diferem muito. Referindo os números de accidentes em mulheres aos respectivos nos homens nós verificamos o valor máximo (38,2 para 100) na casa que antecede os 20 anos, depois esse valor decresce até aos 40 anos (21 para 100 no mínimo), sobe em seguida levemente no quinto decénio da vida e por fim descai de novo, sem todavia voltar a atingir a quota menor. — Explica-se bem esta curva na frequência dos accidentes femininos. Antes dos 20 anos, a mulher, sem responsabilidades domésticas e sem encargos de maternidade, pode bem dedicar-se aos trabalhos agrícolas. Vêm depois o casamento, os filhos e a lida caseira e ella tem que se conferir sobretudo ao lar. Dos 30 aos 40 anos é quando essas obrigações domésticas são mais

ocupantes e é então também que os desastres sofridos são em menor número. Chega a idade da menopausa ou de menor actividade procreadora; aliviada dos serviços da família volta a mulher aos campos e daí o aumento do número relativo dos sinistros nas quarentonas. Finalmente, sendo mais precoce a velhice na mulher, é bem justificável que, a partir dos cincoenta anos, volte a diminuir o seu labor no campo e com isso a frequência dos accidentes comparativamente aos do homem da mesma idade.

Examinemos agora noutra tabela a distribuição por idades dos accidentes industriais, originados a bater ferro.

TABELA V

Distribuição dos accidentes industriais por idades

	Até 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	Mais de 50 anos
N.º de casos.....	26	39	23	11	3

Aqui há correspondência com o verificado em outras estatísticas que à generalidade dos accidentes industriais dizem respeito (Verderame, Schwartzkopf, Rosenberg, Wilmsen, Bessig (1)). As idades novas são as mais causticadas, a partir dos 30 anos, descendo consideravelmente o número dos atingidos.

Quero crer na explicação geralmente dada para este facto. Depende elle, não só do maior emprêgo de indivíduos novos nas indústrias, mas também de que a estes, pelo seu maior vigor, se confiam os serviços mais violentos, os mais difíceis e mais expontes a traumatismos.

Entre os casos supostos de ferro muitos houve em que a presença deste metal não pode averiguar-se com segurança. O aspecto clínico, em todos os que considero, dizia que sim, mas

(1) Autores citados por Cavara.

não pode em todos produzir-se prova cabal da sua existência (2). Daí o dividir êste grande grupo em duas categorias — *casos certos* e *casos incertos* — não só porque as conclusões baseadas no estudo do conjunto dos primeiros são de maior rigor e segurança, mas também porque, sendo neles conhecidos pormenores de localização e outros, se prestam a apreciação mais completa e minudente.

Variadas razões têm impedido que sempre se apurasse de certeza se sim ou não havia ferro. Chega por vezes um caso suspeito em estado já de panoftalmite e então o que importa é aliviar o doente do seu enorme sofrimento. Vaza-se o ôlho e raras vezes o nosso interêsse vence a repugnância de procurar o pedaço de ferro entre o conteúdo purulento. É inútil para a acção clínica qualquer outro proceder.

Nos casos de exsudação, uma pesquisa directa podia satisfazer a nossa curiosidade, mas em todos os outros teríamos o recurso dos vários meios de diagnóstico que a seguir refiro.

Temos em primeiro logar a observação directa. A iluminação focal pode mostrar-nos o corpo estranho quando êle esteja no segmento anterior. Às vezes as indicações são illusórias mesmo para o observador experimentado. Um montículo de exsudado ou um acumulado de pigmento podem simular de maneira perfeita um corpo estranho. — Ainda quando a situação seja mais profunda a iluminação focal nos poderá ilucidar mostrando o rasto que o ferro deixou ao penetrar.

Se nesta mesma condição os meios oculares estiverem limpidos, um exame oftalmoscópico cuidado pode descobrir o corpo estranho ou fluctuando no humor vítreo ou brilhando com o seu reflexo metálico em qualquer ponto do fundo.

Os raios X são outro dos meios de diagnóstico. Revela-se bem o ferro por êste processo, não sendo excessivamente pequenas as suas dimensões. A mudança de posição da sombra com os movimentos oculares é que tem servido para marcar a posição do corpo estranho: movimentos no mesmo sentido ou em sentido

---

(2) É bem possível, todavia, que em alguns deles não fôsse o ferro o agente traumatizante. Já admiti atrás que poderia ser lasca de pedra e mesmo aconteceu decerto algumas vezes que nada estranho tivesse restado no ôlho. Algumas autópsias negativas certificam essa presunção.

contrário aos da parte deanteira do olho indicariam respectivamente posição anterior ou posterior; imobilidade significaria localização extra-ocular. Todas estas indicações são falíveis. A corpo estranho móvel dentro do olho não pode aplicar-se a primeira regra; resultados colhidos quando o corpo estranho fôr extra-ocular e estiver adherente ao bulbo ou músculos falseiam a segunda. — Por estas razões, pela dificuldade de os utilizar e por não serem ordinariamente indispensáveis as suas indicações (pois eram bastantes as que os outros aparelhos forneciam) raramente no Instituto se utilizaram os raios X.

Desde 1901 se tem usado com grande vantagem para o diagnóstico de existência e localização o *sideroscópio* de Asmus. Consiste o aparelho numa agulha magnetizada muito sensível e suspensa por um fio. A ela está fixo um espelho que reflecte uma escala posta a distância, cuja imagem é observada, também de longe, por uma luneta. Solicitado um dos extremos da agulha, faz esta um desvio angular que se traduz ao exame do observador da luneta por um desvio, de dobrada amplitude, da imagem da escala. Assim se pode medir o vário grau de atracção da agulha conforme a acção que a solicite. Chegam-se à agulha sucessivamente os diversos pontos do olho: onde a reacção dela fôr máxima será a situação do corpo magnético.

Este aparelho tem prestado serviços preciosos. As suas indicações são seguras, sobretudo quando afirma, e de maior sensibilidade era quando eléctricos e telefones não tinha ainda criado na cidade tão grande variabilidade do estado eléctrico da atmosfera, variabilidade que muito perturba o seu funcionamento, mòrmente nos casos delicados de desvio insignificante.

Quando não havia magnete gigante, ou quando este não podia ser utilizado, era o sideroscópio o principal guia do operador, quer para o decidir a intervenção, quer para lhe marcar o ponto onde intervir. Mesmo com magnete gigante a sua colaboração pode ser muito útil.

Outro meio precioso de diagnóstico é o magnete gigante. Foi Haab quem em 1892 teve a idéa de usar no diagnóstico e extracção de corpos estranhos um poderoso magnete, susceptível de actuar sôbre eles através das membranas do olho. Consiste num forte núcleo de ferro macio, terminado em ponta romba numa das extremidades, e magnetizável pela acção da corrente eléctrica

passando numa abundantíssima espira de cobre, que o envolve. Outros modelos vieram depois (Volkman, Schloesser, Rollet), mas a idéa em todos é a mesma e ela é também a aplicação em grande, para a acção a distância, da que levava Hirschberg em 1879 à construção do seu magnete, mais pequeno e mais mane-jável, cuja ponta adelgada se introduz no olho até ao contacto do corpo estranho.

Mesmo quando o magnete grande não consiga fazer deslocar o pedaço de ferro até ficar visível ainda então pode concorrer de forma concludente para o diagnóstico de presença e até de sede, causando dôr quando dele o olho se aproxima e maior dôr quando a incidência da atracção se faz no ponto onde o ferro reside.

Êste magnete só começou a ser usado no Instituto em 1902 e houve períodos largos em que, por falta de corrente eléctrica que o alimentasse, êle não poudo ser utilizado.

Quando acessível à nossa inspecção, nas câmaras ou suspenso no humor vítreo, existe um corpo suspeito, também o electro-magnete de Hirschberg nos pode tirar dúvidas e até oferecer nesse exame vantagens sôbre o grande. Solicita com menos brusquidão o corpo estranho e assim permite bem avaliar da sua natureza, sem ter produzido nefasto encravamento, nocivas mudanças de posição ou mutilações de tecidos, que prejudiquem a extracção que vai seguir-se e mesmo o resultado funcional definitivo.

*(Continúa)*

## NOTAS CLÍNICAS

### A DILATAÇÃO DIATÉRMICA DOS APERTOS DO RECTO (Método Bensaúde-Marchand)

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

Os apertos inflamatórios do recto constituem uma lesão bastante grave, não só pela sua sintomatologia local, como também pelas sérias complicações a que dão lugar.

Os doentes portadores destas lesões começam de ordinário por apresentarem fenómenos de rectite aguda, caracterizadas por dores muito violentas no momento das evacuações, corrimento purulento, às vezes hemático, falsas vontades de obrar e tenesmo. Passado o período agudo a sintomatologia dolorosa diminue e têm então apenas a sensação de pêso acompanhada de corrimento, que persiste.

O toque muito doloroso mostra a existência de pequenas saliências duras irregularmente disseminadas, entre as quais existem zonas de espessamento das paredes.

À rectoscopia nota-se uma mucosa de um cinzento esbranquiçado com mamilos brilhantes de diferentes dimensões, coberta de pús e com pequenas erosões sangrentas. Pouco a pouco o número de saliências e mamilos aumenta e endurecem, formando-se fachas longitudinais de sclerose à custa de espessamento da mucosa, que aumentando em extensão, acabam por formar um anel completo, que dá ao toque a sensação do dedo estar introduzido num tubo de cartão.

O apêrto está então constituído.

Concomitantemente aparecem sinais de intoxicação geral, atribuídos não só à supuração crónica, como também à stase stercoral. Os doentes começam a sentir perturbações digestivas, evitando comer, tal é o horror que lhes causa a idéa de esvaziarem o seu intestino, emmagrecem, têm crises mais ou menos freqüentes de obstrução intestinal, entrando pouco a pouco em caquexia.

Tratando-se de uma lesão cujas conseqüências são tão graves, as terapêuticas mais variadas têm sido tentadas, e infelizmente com pouco êxito. Foi assim que se recorreu aos agentes medicamentosos, quer como agentes destruidores do tecido de sclerose, quer aproveitando o seu poder desinfectante debaixo da forma de clistères bismutados, alcatroados e outros. Injecções de substâncias a que se attribue um poder dissolvente do tecido fibroso, tais como a tiosinamina e a fibrolsina foram também praticadas in loco sem êxito.

Autores houve que recorreram à electrolise circular negativa; mas êste processo foi em breve abandonado, porque, embora os resultados de momento fossem animadores, as recidivas eram freqüentes e não se faziam esperar.

Em 1912, Boyer começou empregando as correntes de alta frequência debaixo da forma de faiscação, mas os resultados foram duvidosos.

Os vários processos de dilatação mecânica também não vieram solucionar o problema; pois além de outros perigos, tais como ruptura do recto na dilatação brusca de A. Cooper, dão lugar a complicações sépticas e supurações perirectais devidas ao traumatismo produzido pela sonda. Os resultados são apenas passageiros, bastando muitas vezes o período de repouso entre duas séries de dilatações, para vermos reaparecer a stenose. Além disso é um processo que ocasiona muitas dores, havendo doentes que difficilmente o toleram.

Os processos cirúrgicos, entre os quais citaremos as rectotomias, as rectoplastias, a extirpação e o ânus ilíaco, não foram coroadas de melhores resultados, sendo grande a mortalidade, frequentes as recidivas e persistindo os fenómenos de rectite.

Em face da ineficácia da terapêutica usada, Bensaúde e Marchand, tendo em vista a acção da diatérmya, lembraram-se de empregar a dilatação diatérmica para o tratamento desta afecção, tendo publicado os primeiros resultados obtidos na *Presse Médical* de 2-XII-1925.

Na realidade, a diatérmica, levando o calor à intimidade dos tecidos, produzindo um aumento da actividade circulatória acompanhada de acentuada leucolitose, como provam colheitas de sangue feitas num útero antes e depois de diatermisado, combatendo eficazmente o sintoma dor, e, além disso, possuindo uma acção bactericida indiscutível, compreende-se que tenha, não só uma acção essencialmente plástica, modificando profundamente o tecido de sclerose, fazendo desaparecer os fenómenos de endurecimento e infiltração das paredes rectais, como também que modifique, se-bem-que menos rapidamente, contudo de uma maneira apreciável, os fenómenos de rectite.

É assim que após algumas sessões de dilatação diatérmica se nota um ligeiro aumento do orificio circular, que limita superiormente o apêrto e que permite a passagem do nosso dedo, tornando-se a mucosa situada abaixo, mais móvel.

Prosseguindo o tratamento observa-se, após mais algumas sessões, geralmente numa das extremidades do diâmetro ântero-posterior uma solução de continuidade do anel fibroso, ao nível do qual a mucosa se apresenta de aspecto normal. Fenómeno semelhante aparece mais tarde no ponto diametralmente oposto, formando-se assim dois meios cilindros de sclerose e dias depois em outros pontos, formando-se uma série de faxas de sclerose separadas por outras de mucosa normal. Estas faxas fragmentam-se depois em placas endurecidas de forma variada, que se reduzem pouco a pouco a granulações, as quais vão diminuindo progressivamente de volume, até completo desaparecimento.

Concomitantemente a mucosa readquire o seu aspecto normal, desaparecendo a infiltração e tornando-se perfeitamente móvel.

No que diz respeito aos fenómenos de rectite, embora como disse, os resultados sejam menos brilhantes, nota-se também uma nítida melhora. O corrimento diminue e perde a fetidez, chegando mesmo, em certos casos, a desaparecer por completo. As hemorragias cessam. O estado inflamatório da

**Productos**

**Zambeletti**

**Bismarsol ZAMBELETTI**

Solução estéril injectável de arseno-bismutado de sódio

**SIFILIS**

Em todos os seus períodos e todas as manifestações  
precoce e tardias



**L. LEPORI** RUA VICTOR CORDON, 1-A  
Apartado 214 — LISBOA

PRODUCTOS

“IBYS,”

(MADRID)

## Bronconeumoserum

“IBYS”

Sôro pneumo-diftérico optoquinado.

Muito indicado na pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonia de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica, etc.

## Adrenoserum

“IBYS”

Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina  
(sôro equino adrenalínico)

Explendido tónico para as astenias e estados infecciosos. Como hemostático, nas hemorragias, pela sua acção constrictora (hemorragias traumáticas, hemofilias, etc.).

---

L. LEPORI

Rua Victor Cordon, I-A

APARTADO 214

LISBOA

mucosa melhora, cicatrizando as ulcerações que por vezes apresenta, experimentando também os trajectos fistulosos, quando existem, uma melhoria considerável.

Ao mesmo tempo nota-se uma tendência para a regularização do intestino, passando as fezes a vir formadas. Nos casos de incontinência com a desinfiltração das paredes do canal aëro-rectal, reaparece a tonicidade do sfínter, sentindo novamente o doente a passagem das fezes.

### TÉCNICA

O doente deverá ser colocado em decúbito dorsal com as côxas semiflectidas sôbre a bacia e em ligeira abdução. Contudo como às vezes se trata de apertos sinuosos é difficil a introdução da sonda nesta posição, e nestes casos depois de feito o toque de modo a permitir-nos reconhecer bem o trajecto a seguir, introduzimos a sonda ou na posição de Sims (decúbito lateral), ou na genu peitoral, passando depois para o decúbito dorso-lombar para fazermos o tratamento.

Empregamos como electrodo activo uma vela de Hegar, cujo calibre deverá ser o máximo, que atravessa o apêrto sem provocar muito sofrimento, e à qual ligamos, por meio de um dispositivo especial, o fio condutor partindo de um dos polos do aparelho de diatérmya. Na sessão imediata iniciamos o tratamento com a vela da anterior, a qual decorridos 5 minutos é substituída pela de número imediatamente superior. Autores há que começam logo com o número acima. Julgo, porém, que o primeiro modo de proceder visa melhor o fim que temos em vista de não produzir dilatação forçada.

Nos indivíduos portadores de accentuados fenómenos de inflamação anal e nos hemorroidários, que apresentam habitualmente fortes spasmos do sfínter, procedo segundo a técnica de Paul Mayer, que consiste em aplicar sôbre o ânus um tampão de algodão fortemente embebido num soluto de clorêto de sódio a 10 % e ao qual se liga um dos pólos do aparelho por meio de um electrodo especial, ficando o outro ligado do mesmo modo às duas placas, que constituem, como veremos, o electrodo indifferente. Desde que a contratura anal tenha desaparecido ou diminuído, procedo então à introdução da vela de Hegar, que muitas vezes não atravessa logo o apêrto, mas que, deixada em contacto com êle e fazendo passar a corrente diatérmica durante alguns minutos, rapidamente o vence.

O electrodo indifferente é constituído por duas placas de estanho, colocadas uma sôbre a parede do ventre e outra sôbre a região lombar, de dimensões tão grandes quanto possível, para dêste modo obtermos uma menor densidade eléctrica e podermos atingir intensidades elevadas, visto tratar-se de regiões ao nível das quais a circulação é pouco desenvolvida e opondo-se porisso fracamente à elevação térmica excessiva. Ao contrário, o recto sendo muito vascularizado suporta facilmente intensidades elevadas, embora a superficie total do electrodo seja pequena. Há contudo vantagem em empregar sempre o calibre máximo, uma vez que não façamos dilatação forçada.

As duas placas uma vez bem adaptadas são postas em ligação com o outro pólo do aparelho por meio de um condutor bifurcado, ou, melhor ainda, intercalando no circuito um quadro distribuidor, que permite regular por meio de resistências a intensidade ao nível de cada uma.

O emprêgo dêste dispositivo tem a grande vantagem de nos permitir intensidades eficazes, o que nem sempre sucede, tanto nos indivíduos com grande adiposidade da parede do ventre, como nos excessivamente magros. Nos primeiros, devido à deficiente circulação do tecido adiposo; nos segundos, devido à placa lombar ficar quasi em contacto directo com as planas ósseas, ao nível dos quais existe uma hipercondutibilidade eléctrica e consequentemente um aumento de temperatura excessivo.

As intensidades úteis não devem ser inferiores a 1,5 ampère, havendo doentes que chegam a suportar os 3 ampères, o que depende muito, conforme disse, não só das condições individuais; como também de uma correcta aplicação. A sua duração é de 20 minutos.

Para se atingir estas amperagens será bom nos primeiros 5 minutos não exceder 1 ampère, e ir depois lenta e progressivamente aumentando.

As aplicações devem ser feitas dia sim, dia não, e em séries de 10 a 12 seguidos de períodos de repouso, que a princípio serão apenas de duas semanas, mas que irão aumentando de duração à medida que as melhoras se forem acentuando. Geralmente, ao fim de 4 séries o apêrto está vencido e restamos combater os fenómenos de rectite, estes mais rebeldes de tratar. Contudo, mesmo neste período, um exame do doente todos os 2 ou 3 meses será da máxima vantagem.

Os doentes, ao fim do tratamento, sentem-se geralmente fatigados e o repouso, decorridas as 10 ou 12 sessões, está deveras indicado.

Como acidente do tratamento, descreve André Levy, na sua tésé, as hemorragias, que attribue à acção congestiva da diatérmya ao nível das ulcerações que habitualmente existem acima do apêrto. Estas hemorragias, que nunca observei nos casos por mim tratados, diminuem à medida que o doente vai melhorando, e não obrigam a uma suspensão do tratamento senão quando são muito abundantes, o que se observa nos casos de grandes apertos, que se acompanham de extensas ulcerações, passando no entanto rapidamente com aplicações de gêlo no ventre e injeções de sôro animal fresco.

Da regularidade com que é seguido o tratamento dependem muito os resultados colhidos.

É seguindo a técnica descrita que tenho tratado com êxito não só uma série de apertos inflamatórios, como também procedido à dilatação post-operatória dos hemorroidários.

De entre estes, um houve a quem tinha sido feita uma dilatação mecânica e que abandonou o tratamento, tais foram as dôres experimentadas. A dilatação diatérmica feita com uma sonda do mesmo calibre não causou a mais pequena dôr.

Creio ser, pois, além dos apertos inflamatórios, uma das grandes indicações dêste novo método terapêutico que, evidentemente, nenhuma acção benéfica poderá ter sobre os apertos cicatriciais, cancerosos e congénitos.

Todos os casos por mim tratados e que seguiram o tratamento com re-

gularidade evolucionaram rápida e brilhantemente; e em nenhum deles, ao que me consta se produziram recidivas.

A dilatação diatérmica, introduzida na terapêutica pelo nosso compatriota Dr. Bensaúde, é pois, sem dúvida, um método de tratamento cujos resultados excedem os obtidos por todos os outros e que lhes deve ser preferido.

#### BIBLIOGRAFIA

- R. BENSAÚDE, MARCHAUD — *Presse Médicale* (2 de Dezembro de 1925).  
R. BENSAÚDE — *Monde Médicale* (15 de Setembro, 1926).  
R. BENSAÚDE — *Traité d'Endoscopie Recto-colique* (1926).  
ANDRÉ LEVY — *Traitement des Rétrécissements inflammatoires du rectum par la diathermie* (1926).  
PAUL MEYER e J. H. MARCHAUD — Les indications des courants de H. F. et de la diathermie dans le traitement des afecções ano-rectal (*Bulletin officiel de la Société Française d'Électrothérapie et de Radiologie Médicale*) (Novembro, 1927).  
G. BUCKY — *La Diathermia*.  
H. BORDIER — *Diathermie et Diathermothérapie* (3<sup>em</sup> édition).  
J. Y. V. GARCIA DONATO — *Manual de Diathermia*.

## Revista dos Jornais de Medicina

Os resultados da Röntgenterapia na úlcera de estômago e na úlcera do duodeno. (*Die Erfolge bei der Röntgentherapie des Ulcus ventriculi und duodeni*) por ROBERT LENK. *Die Aerztliche Praxis*. N.º 12. 15 de Dezembro de 1927. Págs. 337 e 338.

O A. afirma que são inegáveis os excelentes resultados que o tratamento pelos Raios X dá nos sintomas da úlcera gástrica ou duodenal. Neste artigo trata apenas do lado prático da questão.

Dá as seguintes notas sobre os efeitos do tratamento:

Uns 10 a 15 dias após uma série de tratamentos (4 por semana) desaparecem as dores espontâneas. A sensibilidade à pressão que certamente representa uma inflamação secundária do peritoneu parietal, persiste a maior parte das vezes. Com o desaparecimento das dores espontâneas volta o apetite.

A acidez na maior parte dos casos não diminui de maneira apreciável, o que de resto não tem influência sobre os restantes sintomas objectivos e subjectivos. Vemos com regularidade desaparecerem todos esses sintomas sem que a acidez varie.

As hemorragias param, quasi sem excepção, rapidamente para o que certamente contribuirá a acção dos Raios X sobre o baço e sobre o fígado, que são atingidos também com o tratamento.

Frequentemente se observa também o desaparecimento da obstipação espástica que não é raro observar, tanto na úlcera do estômago como do duodeno.

As perturbações motoras, quando dependem de espasmos, desaparecem em geral passadas algumas semanas. Já assim não acontece porém quando têm como causa uma hipersecreção que por via de regra pouco é modificada pelos Raios X, ou uma estenose orgânica que beneficio algum colhe deste tratamento.

De especial interesse é o que se passa com o sintoma objectivo da úlcera, o *signal do nicho*. Na maioria dos casos, o *nicho* diminui ou mesmo desaparece com a regressão dos outros sintomas. Isto não significa, naturalmente, uma cura completa da úlcera. O mesmo se observa por vezes nas remissões espontâneas. O rápido desaparecimento do *nicho* depende, a maior parte das vezes, de uma diminuição dos espasmos.

Sobre a duração dos efeitos do tratamento, o A. nada se atreve a dizer, porque os casos tratados são de data relativamente recente.

Um caso apenas segue, há 10 anos, com ótimo resultado.

Nem sempre uma só série basta. Por vezes é necessária uma nova série (4 a 6 semanas depois da primeira). Raramente é necessária nova série. O prognóstico pode em geral fazer-se logo após a primeira série. Se ela pouco ou nenhum resultado dá é quasi certo que é inútil persistir neste tratamento, porque com as séries seguintes também nada se conseguirá. Esta observação tem um alto valor, porque assim o tempo perdido a experimentar este tratamento será mínimo.

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

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

LABORATORIO CHIMICO FARMACÉUTICO MODERNO  
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup> - Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>º</sup> - 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

# HEXETONA

(Metilisopropilciclohexenon, em solução de salicilato de sódio)

## Preparado de cânfora solúvel na água

Medicamento indispensável como auxiliar primordial em tôdas as moléstias infecciosas, envenenamentos, acidentes, etc.

### Forma comercial

Ampola *escura* (2,2 c. c.) para injeção intramuscular.  
Ampola *azul* (1,2 c. c.) para emprêgo endovenoso.  
Pérolas de Hexetona para administração pela via oral.

*Empacotamento original «Bayer».*



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius"

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA

Em geral não é preciso tratamento adjuvante.

O A., por fim, refere ainda que as perturbações que tão freqüentemente se observam após operações de úlcera e que talvez possam ser atribuídas a espasmos na região da boca anastomótica, podem ser muito favoravelmente influenciadas pelos Raios X.

A. ALMEIDA DIAS.

---

Os resultados do tratamento cirúrgico na nevralgia do trigêmeo. (*Die Resultate der chirurgischen Behandlung bei Trigeminus neuralgie*), por W. F. SUERMONDT. — *D. Zschr. f. Chir.*, Bd. 205 3/6 in *Die Aerztliche Praxis* — Heft 12. 15 de Dezembro 1927. Pág. 355.

Nos últimos vinte anos, foram tratados 57 casos. Em três doentes não foi necessária uma intervenção cirúrgica. Nos restantes, vários tratamentos foram empregados (Raios X; injeções de álcool, tanto nos ramos periféricos como no gânglio de Gasser; corte do nervo mandibular na base do crânio, etc). Ainda e principalmente operações intra-cranianas (5 vezes corte da raiz sensitiva e 31 vezes extirpação do gânglio de Gasser). Mortalidade nos 31 casos de extirpação do gânglio: 2 casos (5,6 %). Dos 29 restantes, 24 permanecem curados. De 5 não tem informações, mas ao ter alta estavam livres de dores. Todos tinham sido antes submetidos a outros tratamentos, sem resultado.

As recidivas são freqüentes após as intervenções nos nervos periféricos, bem como após injeções de álcool no gânglio de Gasser (duas recidivas em seis casos). A extirpação do gânglio dá os melhores resultados.

Nos casos ligeiros, tentar primeiro uma intervenção periférica. Em caso de recidiva, os Raios X, e não obtendo resultados, recorrer à extirpação do gânglio. O A. não é partidário das injeções de álcool. No gânglio de Gasser, diz, a injeção de álcool apenas se deve fazer quando uma doença geral possa contraindicar a extirpação.

A. ALMEIDA DIAS.

---

Duas observações do asma de origem ovárica. (*Deux observations d'asthme d'origine ovarienne*), por J. L. — *Journal des Praticiens*. N.º 32. 6 de Agosto de 1927. Págs. 525 e 526.

O A. refere dois casos interessantes, um de coriza espasmódica e outro de asma, nos quais os acidentes espasmódicos dependiam de lesões ováricas, como demonstrou o êxito do tratamento seguido.

Uma das doentes, mulher de 29 anos, há 3 anos que sofria de perturbações circulatórias (*bouffées* de calor, congestão da face após as refeições). Crises de traqueite persistente após a menor constipação. Em 1921, as perturbações acentuam-se. Em 1922, coriza espasmódica típica. Ao acordar espirros incessantes, seguidos de rinorréa abundante. Ao exame local, lesões insignificantes do nariz. Até Janeiro de 1924, a coriza quasi não cessou a-pesar dos vários tratamentos tentados. Em Janeiro de 1924, descobre-se um fibroma volumoso. Histerectomia sub-total (ovários pequenos, tendo um deles alguns

quistos). Após a intervenção desaparecimento da tosse, da coriza e da rinoréa. A cura mantém-se há 3 anos.

O segundo caso, uma mulher de 31 anos, a seguir a uma gripe em 1918, bronquite. Em 1923, crises dispnéicas vesperais de forma asmática.

De Jong tenta vários tratamentos sem resultados e constata que desde o início dos acidentes asmáticos as menstruações são menos abundantes. A doente pouco sofre na ocasião das regras. O toque vaginal não revela qualquer lesão. O A. constata a existência de dor no ponto apendicular e pensa que possa haver co-existência de lesão crônica do apêndice e do ovário direito. É feita uma laparotomia. Encontra-se um útero em retroversão com dupla ovarite esclero-quística e um apêndice escleroso. A dispnéa diminui pela primeira vez.

Um mês após a intervenção, reaparecem as crises que aumentam de intensidade até à primeira menstruação. Fluxo menstrual insignificante, mas todavia a dispnéa cessa para reaparecer no período menstrual seguinte. O A. aconselha uma cura em Bagnoles-de-l'Orne, pelos bons resultados que este tratamento dá em certas perturbações endocrínicas. A doente melhora. Esta cura renovada todos os anos mantém as melhoras. Pensa que os efeitos benéficos colhidos com o tratamento proposto são a prova da influência das perturbações endocrínicas neste caso de asma e conclui que nas mulheres atingidas de tais crises se deve pensar sempre em perturbações das secreções internas e muito particularmente em perturbações ováricas, sempre que um exame cuidado na pesquisa de todas as causas ordinariamente provocadoras de asma nada tiver mostrado.

A. ALMEIDA DIAS.

A reacção de Casoni nos quistos hidáticos do fígado. (*La réaction de Casoni dans les kists hydatiques du foie*), por N. F. — *Journal des Praticiens*. N.º 47. 19 de Novembro de 1927. Págs. 765-767.

O A. transcreve a técnica preconizada por Robert Casterau (*Journal médical français*, Setembro 1927), de que a seguir fazemos menção:

Empregar como antigénio líquido hidático de quistos humanos, bovinos ou ovinos. O antigénio animal dá resultados análogos aos do antigénio humano, sendo este menos empregado. O líquido hidático de carneiro parece todavia preferível, sendo o que correntemente se emprega.

Recolher asceticamente o líquido, verificando a esterilidade. Gasbarrini aconselha o emprêgo da mistura do conteúdo de vários quistos, procurando assim obter um antigénio mais activo. Conservar o líquido em ampolas fechadas à lâmpada. Cada ampola deve servir apenas para uma reacção.

A intradermo-reacção faz-se em geral na face externa do braço ou do antebraço. Há todavia quem prefira a face externa da coxa ou a parede do abdómen.

Como instrumental, apenas uma seringa de 1 cc. munida de uma agulha fina com bixel comprido. Após asépsia da pele com álcool ou éter, procurando não irritar os tegumentos, injectar *na derme*, introduzindo a agulha quasi paralelamente à pele 0,1 a 0,3 cc. do líquido. Esta dose parece ser a quanti-

dade ótima para obter uma reacção nem muito intensa nem pelo contrário muito pequena. O aparecimento em tórno do lugar da injecção de uma pequena elevação esbranquiçada, indicando a distensão da derme pelo líquido, é a prova de que a injecção foi *estritamente intradérmica*, como é necessário.

Se a reacção é positiva, passados alguns minutos aparece em tórno do ponto de inoculação uma zona de eritêma de limites pouco nítidos, que rapidamente aumenta. Um pouco mais tarde, no ponto mesmo da picada da agulha, forma-se uma placa urticariforme que aumenta ligeiramente. É a reacção precoce que pode observar-se pouco tempo após a injecção. Passadas algumas horas, aparece a reacção tardia caracterizada por uma infiltração edematosa lembrando uma placa de erisipela. O aspecto inflamatório é nítido, havendo muitas vezes um prurido intenso. Êste edema inflamatório, quasi sempre localizado, pode em certos casos ter uma grande extensão.

A reacção, mesmo quando é muito intensa, não actua sôbre o estado geral. Não há febre.

Exames da fórmula sugúinea feitos nestes casos durante o aparecimento da reacção inflamatória, mostram quasi constantemente um aumento de 2 a 6 % da eosinofilia sangúinea.

A reacção para ser considerada positiva, deve ser nítida. Um simples eritêma pouco marcado não tem valor algum, pois pode observar-se em indivíduos com pele muito sensível, sem que haja quisto hidático algum. Para evitar êste êrro deve fazer-se no outro braço uma injecção testemunha com algumas gotas de sôro fisiológico.

A intradermo-reacção de Casoni tem um grande valor diagnóstico, sendo positiva em 90 a 95 % dos casos de equinococose, mesmo nos casos em que o quisto está supurado ou se rompeu. Todavia, em alguns casos de supuração ou em indivíduos caquéticos, a reacção é negativa. A reacção persiste após operação, parecendo todavia menos intensa.

O A. considera-a de valor muito superior ao Weinberg e à prova da eosinofilia sangúinea.

É pois uma reacção do mais alto valor, ao alcance do prático, para o exame de casos em que possa haver suspeita de quisto hidático, e em que o exame físico do doente muitas vezes de início, poucas indicações dá, e só o laboratório pode dar com uma certeza quasi absoluta o diagnóstico.

A. ALMEIDA DIAS.

NOTA.— Um dos redactores da *Lisboa Médica*, o colega Morais David, publicou, há anos já, um interessante e documentado estudo sôbre uma reacção para o prognóstico de quisto hidático, seguindo uma técnica diferente da de Casoni, tendo obtido também ótimos resultados.

A. D.

Sôbre a etiologia da insuficiência das válvulas aórticas, pelo Prof. G. SABATINI. — *Cuore e Circolazione*. N.º 3. 1928.

São as seguintes as conclusões do A. :

1.º Não correspondem à realidade as asserções dogmáticas e absolutistas

de muitos autores, que fazem da sífilis o agente obrigatório da insuficiência valvular aórtica. O reumatismo é responsável de muitas insuficiências aórticas. No estudo do A., em 85 casos de insuficiência, 45 eram de origem sífilítica, 27 reumática e 25 de origem desconhecida.

2.<sup>a</sup> A insuficiência valvular aórtica predomina no homem na proporção de 3-1.

3.<sup>a</sup> A insuficiência aórtica sífilítica produz-se especialmente em indivíduos que ignoram a sua lues (28 casos dos 45 luéticos observados pelo A.). A maior parte não nos dão, portanto, ensinamentos sobre a sua infecção.

4.<sup>a</sup> Ao contrário da sífilítica, a insuficiência aórtica reumática aparece em indivíduos jovens. Para cima de 40 anos, a insuficiência aórtica reumática constitue uma excepção.

5.<sup>a</sup> A insuficiência aórtica reumática associa-se, por via de regra, com as lesões mitraes.

6.<sup>a</sup> A insuficiência aórtica sífilítica é benigna durante muitos anos. A insuficiência aórtica reumática não permite longa sobrevivência.

E. COELHO.

O tratamento da taquicárdia paroxística, por HESSLIN. — *Munch. Med. Woch.* N.º 50 e 51. 1927.

Segundo Hermann e Wenckebach, devemos distinguir as seguintes variedades de taquicárdia paroxística :

- 1.º A taquiarritmia auricular com ou sem participação ventricular ;
- 2.º A taquiarritmia atrioventricular regular ou irregular ;
- 3.º A taquiarritmia ventricular semi ou bi-ventricular.

A origem destas perturbações reside numa excitabilidade anormal de certas regiões cardíacas, e as crises são provocadas por causas variáveis, entre as quais o sistema nervoso desempenha uma parte importante.

#### *Tratamento :*

No decurso das crises procura-se excitar o vago, nervo moderador do coração.

A compressão carotídea é muitas vezes de grande utilidade. Numerosas observações demonstram a sua eficácia.

A compressão ocular actua pelo mesmo mecanismo que a compressão do nervo supra-orbitário, excitando o vago por intermédio do trigémio.

A respiração profunda é muitas vezes suficiente ; só ou associada a uma massagem progressiva do pescoço, comprimindo pouco a pouco a região carotídea. São ainda recomendadas a paralização ou galvanização do pescoço com correntes muito fracas. As compressas frias na nuca, a compressão gástrica, um esforço muscular podem ainda determinar a excitação do vago. Outros processos destinados a excitar o nervo moderador são ainda recomendados ; deglutição de um comprimido volumoso, vômito provocado, compressão do tórax, etc., processos que podem ser valiosos para um doente e ineficazes para outro.

Obedecem aos mesmos propósitos as intervenções cirúrgicas do simpático cervical.

A possível participação do bôlbo, das glândulas endocrínicas, do sistema nervoso em geral, da hereditariedade nervosa, é invocada para justificar o emprêgo de vários medicamentos.

Os primeiros fármacos empregados, e que se associavam aos processos físicos clínicos, eram os que actuavam sôbre o sistema nervoso central ou sôbre o sistema nervoso vegetativo.

Parece que os excitantes do vago estão especialmente indicados; todavia, muitas vezes a atropina, inibidora do pneumogástrico, dá resultados favoráveis, se-bem-que inconstantes.

A fisiostigmina, pela sua acção sôbre o nervo moderador cardíaco, pode ser manejada só ou associada à estrofantina.

A pilocarpina e a adrenalina têm dado também bons resultados.

O quinino, e sobretudo a quinidina, regularizando e moderando o ritmo, estão especialmente indicados quando há aritmia. Os seus resultados têm sido diferentemente apreciados.

A colina, associada à estrofantina, deve ser empregada com grande prudência.

Quando pareça existir o perigo de colapso cardíaco podem-se prescrever a estricnina, e especialmente a digitalina e o estrofantus.

A título de prescripções higiênicas, devemos aconselhar o abandono do tabaco, e o repouso, especialmente psíquico.

O prognóstico depende das lesões cardíacas, da sua etiologia e da gravidade dos acessos.

E. COELHO.

**Perturbações orgânicas e funcionais do coração e da circulação, nas crianças,** por F. HAMBURGER. — *Wien. klin. Woch.* N.º 52. 1927.

O A. passa em revista o diagnóstico e a etiologia das diferentes cardiopatias infantis, e quanto à terapêutica faz as seguintes considerações:

A terapêutica da endocardite consiste no repouso no leito e num tratamento enérgico com salicilato de sódio (2-6 gramas, consoante a idade); se o salicilato é mal tolerado, deve dar-se antes a poção seguinte:

Tintura de estricnina.....	0,02 gramas
» de genciana.....	0,03 »
» de quina .....	0,15 »
10 gotas de cada vez.	

Combatem-se as dôres da região precordial com gêlo durante meia hora a uma hora. Quando é mal tolerado recorre-se às aplicações quentes. Emprega-se ainda a dedaleira e combatem-se os edemas com diuretina.

Nos colapsos agudos devemos lançar mão da cânfora e da cafeína. O A. chama a atenção para o abuso destas injecções excitantes.

As doenças funcionais curam-se pela psicoterápia. Os edemas, pela deda-

leira (0,3-1 gr.) associada da diuretina ou pelo novasurol em injeccção intravenosa. É útil a dieta descloretada; mas, tornando-se mal tolerada, prescreve-se o sedobrol ou 1 grama de brometo de sódio por dia.

Pelo que diz respeito à dedaleira, a sua administração não é fácil; a dose máxima de folhas de dedaleira titulada é de 0,2 gr. por dose e para cada criança.

O A. dá-nos o seguinte esquema:

1.º ano	—	Infuso de folhas de dedaleira titulada para 2 dias,	0,06-0,12 grs.;
2.º ano	—	» » » » » » » » » »	0,12-0,24 »
3.º-4.º ano	—	» » » » » » » » » »	0,24-0,40 »
5.º-6.º ano	—	» » » » » » » » » »	0,30-0,60 »
7.º-10.º ano	—	» » » » » » » » » »	0,50-0,80 »
11.º-14.º ano	—	» » » » » » » » » »	0,60-1,20 »

Em casos excepcionais, emprega-se a dedaleira em injeccção.

Não devemos prolongar o emprêgo da dedaleira por mais de 5-6 dias. Se não produz efeito, prescrevemos a tintura estrofantus - 3-15 gotas três vezes por dia (dose máxima: 25 gôtas por dia).

Como medicamentos sedativos, o A. aconselha:

Extracto de beladona...	0,05 gramas
Tintura de valeriana .....	1 »
» de genciana.....	2 »
» de quina composta .....	17 »

5 gotas antes das refeições, três vezes por dia.

Nos espasmos cardiovasculares produzem bons efeitos a atropina ou a novatropina.

E. COELHO.

**A roentgenterápia no tratamento da asma e da coriza espasmódica,**  
por PASTEUR VALLERY-RADOT & OUTROS. — *Annales de Med.* N.º 3. 1928.

A multiplicidade dos factores patogénicos da asma, a nossa incapacidade para distinguir a sua importância relativa e mesmo para reconhecer a existência de alguns dêles dá um valor especial aos tratamentos de acção complexa, tendentes a modificá-los. Entre estes últimos, a roentgenterápia toma um lugar primacial. Os efeitos notáveis que os AA. registaram num certo número de seus doentes atingidos de asma inveterada ou de coriza espasmódica, tendo resistido a todos os tratamentos anteriormente instituídos, provam à evidência a sua eficácia. Se a actinoterápia parece dar resultados muitas vezes favoráveis nas crianças, a roentgenterápia no adulto é nitidamente superior.

Pendem a crer os AA. que, quando um maior número de doentes fôr tratado e que, em presença das observações feitas, forem bem precisadas as indicações e a técnica para cada caso particular, a roentgenterápia constituirá

um dos métodos mais eficazes no tratamento da asma. Mas desde já, em presença das observações que os AA. apresentam, ela merece entrar na terapêutica corrente da asma e da coriza espasmódica, ao lado dos tratamentos antianafiláticos.

*Técnica.*—A maior parte dos doentes foram radiados com a técnica seguinte:—Aparelho de bobina;—Ampola Coolidge *standard*;—Distância focal de 30 centímetros;—Filtro 5 a 10 milímetros de alumínio;—dose por campo e por sessão: 500 R ou 2 H 5.

Para o pulmão, duas portas de entrada hilares, uma anterior, a outra posterior.

Para o baço, duas portas de entrada igualmente, anterior e posterior.

Os doentes tinham em média 10 a 12 sessões sucessivas de 10 minutos, sendo duas por semana, nuns sobre o tórax, noutros sobre o baço. Ou, então, prescreviam no mesmo doente 5 a 6 sessões de roentgenterápia hilar seguidas de igual número de roentgenterápia esplénica, ou, inversamente, radiavam nas mesmas sessões o pulmão e o baço.

*Resultados:* Em 64 doentes, os AA. obtiveram:

30 % de desaparecimento de crises;

25 % de melhoras;

45 % sem efeito ou de melhoras passageiras.

E. COELHO.

**Experiências e observações sobre o miosalvarsan, de ULLMANN.**—*Klin. Woch. N.º 14.* 1928.

O miosalvarsan é um preparado do grupo dos arsenobenzois, que se pode empregar pela via sub-cutânea ou intramuscular. Por via entranvenosa é menos piroquetecida do que neosalvarsan.

Deve empregar-se especialmente nas fases tardias da sífilis.

O A. publica vários casos tratados de sífilis nervosa, dos vasos e das vísceras tratadas pelo miosalvarsan.

Como acções acessórias, o A. cita a herpes e o eritema que observou em 3 dos seus doentes.

E. COELHO.

**Análise do suco gástrico por sondagens fraccionadas em 200 casos de úlcera,** por L. V. FRIEDRICH.—*Zsch. f. d. ges. exp. Med.* H 5/6. 1928.

O A. serviu-se do álcool para a refeição de prova. A sua estatística demonstra que não há uma curva de secreção característica da úlcera gástrica. O chamado «tipo de *Clinbing*» é muito raro.

Para a localização da úlcera a curva da secreção fornece-nos alguns elementos. Assim um aumento de secreção precoce aparece mais na úlcera duodenal.

A curva da pepsina não é paralela à do ácido clorídrico. As curvas da acidez total e do ácido clorídrico não apresentam também paralelismo. Não

podemos estabelecer relações entre as curvas de secreção e os sintomas subjectivos.

E. COELHO.

**Concepção moderna do metabolismo normal dos hidratos de carbone.**  
(*Modern conception of normal carbohydrate metabolism*), por G. H. TUTTLE. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 29 de Dezembro de 1927.

As idéas mais recentes dos autores americanos acêrca do metabolismo normal dos hidratos de carbone vêm sumariamente reproduzidas no artigo e podem assim traduzir-se:

O pâncreas liberta no sangue dois princípios activos do metabolismo, a insulina, proveniente das ilhotas de Langerhans e a glicogenase, cuja sede de formação é desconhecida e ambos são transportados aos vários tecidos do organismo.

A glicose absorvida ao nível do intestino corre, através das veias e dos linfáticos, na circulação geral e penetra nos tecidos, atraída pelo grande vácuo de açúcar criado nas horas que precederam esta absorpção. A corrente de glicose atravessa vários órgãos, como o coração, o fígado, os músculos, etc., encontra insulina em todos e a glicose é convertida então em glicogénio e sob esta forma se *deposita* neles, fornecendo as reservas que os alimentam nas horas que decorrem até à nova refeição. O fígado retém a quantidade suficiente para regular a concentração do açúcar no sangue durante este tempo, o coração o suficiente para manter a sua actividade e os músculos a porção necessária (uma larga percentagem do açúcar absorvido) para ocorrer aos gastos que as suas funções impõem. Nos músculos não existe glicogenase, de maneira que as suas provisões em glicogénio são sempre abundantes e nunca se modificam ou reduzem pela glicogenolisis.

Este é o quadro do metabolismo normal.

Na diabetes, em que a quantidade de insulina é deficiente, o glicogénio deposita-se nos tecidos em menores proporções, acumula-se em excesso a glicose no sangue e sai depois pela urina desde que ultrapassa o limiar de excreção renal. A deficiência do depósito de glicogénio nos músculos indubitavelmente deve relacionar-se com o sintoma de fraqueza muscular dos diabéticos. Todos os órgãos e tecidos decrescem no seu valor funcional quando há uma diminuição das reservas de glicogénio, e esta diminuição talvez possa explicar também a decadência geral de tódas as funções que se observa quando o diabetes progride em gravidade até ao estado comatoso.

MORAIS DAVID.

**Bócio exoftálmico. Uma explicação lógica dos seus sinais e sintomas.**  
(*Exophthalmic goiter. A logical explanation of its signs and symptoms*), por J. L. DE COURCY. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 12 de Janeiro de 1928.

C. revê todos os sintomas que caracterizam o bócio exoftálmico, ou seja os sinais oculares, a taquicárdia, o aumento do metabolismo basal, o tremor,

as perturbações vaso-motoras e gastro-intestinais, estudando a-propósito-de cada um dêles as razões físico-patológicas de que proveem.

Todos os sintomas, salvo o bócio, parecem derivar de uma excitação anormal do sistema simpático provocada por qualquer toxina circulante, e todos êles podem ser demonstrados experimentalmente por uma estimulação do simpático. O aumento do metabolismo basal parece derivar de um maior arejamento pulmonar resultante da dilatação dos bronquíolos e do efeito directo da hormona tiroidéa.

O bócio está ligado a uma hiperplasia do parênquima glandular, mas sem correspondente hiperplasia ou aumento da substância colóide, do iodo ou da tiroxina. O ruído vascular audível sôbre a glândula é devido a uma compressão da artéria carótida primitiva pela glândula hipertrofiada.

MORAIS DAVID.

**O sistema reticulo-endotelial. Um apanhado geral.** (*The reticulo-endothelial system. A general review*), por C. P. RHOADS. — *New Eng. Jour. Med.* 1 de Março de 1928.

Com uma grande concisão, afastando deliberadamente todos os detalhes sujeitos a controvérsia, o A. historia a evolução das idéas depois de Ranvier até à época actual, dando ao leitor o resumo acessível da questão.

Ranvier descreveu primeiro o poder fagocitário de determinadas células livres do tecido conjuntivo. Metchnikoff descobriu outras células em que se verificava o mesmo poder fagocitário, demonstrando-o em grandes células da pólpa esplénica e dos nódulos linfáticos, em certas células endoteliais (como nas células de Kupfer do fígado), em alguns dos elementos celulares mononucleares do sangue e levantou a hipótese de que êste grupo de células podesse representar a fonte de certas substâncias empregadas pelo organismo nas suas defezas. Ribbert, em 1904, por métodos experimentais, injectando tintas inertes na corrente circulatória de animais, notou que havia uma distribuição desigual dessas tintas nas células dos tecidos, e que, enquanto umas células se impregnavam fortemente, outras só retinham ligeiras porções do corante ou mostravam-se por completo descóradas. Experiências repetidas com suspensões coloidais mostraram da mesma forma uma desigual distribuição das partículas nos tecidos, e, coincidência curiosa, as células que mais impregnadas ficavam com os corantes eram também as que mais fortemente incorporavam estas partículas e as mesmas que Metchnikoff considerava como as células envolvidas nos processos de fagocitose.

Em 1913, Aschoff e Kiyono, retomando o assunto e aumentando-o com as suas próprias investigações, estabeleceram a unidade anatomo-fisiológica destas diversas células, atribuindo-lhes um papel importante no metabolismo do corpo e considerando como carácter comum electivo a frequência e intensidade da fagocitose. Constituem êste sistema quatro grupos de células, separados consoante a função mais especializada dos elementos que os constituem e conforme também a sua morfologia.

O primeiro grupo engloba as chamadas células reticuladas, células gran-

des com fracas afinidades para os còrantes habituais, còrando-se intensamente pelos còrantes vitais, que se encontram no baço, nos foliculos e nos cordões foliculares dos nódulos linfáticos; são células de proveniência desconhecida, endotelial, conjuntiva ou outra.

O segundo grupo compreende as células que atapetam os seios linfáticos e os seios sangüíneos do baço, as células de Kupfer, os capilares da medula óssea, o cortex da cápsula supra-renal e a hipófise. Estas células são tidas pela maioria dos autores como de natureza endotelial.

O terceiro grupo é formado pelas células a que Ranvier chamou clasmatócitos.

O quarto grupo, finalmente, compreende as células mononucleares do sangue, todos ou apenas parte dos elementos monocíticos, segundo os autores.

Os dois últimos grupos, que parecem ter uma origem diferente, como se pode deprender dos trabalhos de Sabin (1924-1924), seriam destrincháveis, graças ao seu diferente comportamento para os còrantes vitais.

«Existe no tecido linfóide, na medula óssea, no tecido conjuntivo e na corrente sangüínea um grupo de células que têm uma origem comum ou muito próximo e uma função comum. Este grupo é o sistema retículo-endotelial.

A principal função do sistema retículo-endotelial prende-se com os processos de defeza, reagindo com uma particular actividade a um certo número de infecções específicas e demonstrando para os agentes de outras infecções uma forte actividade fagocitária e geradora de anti-corpos».

O sistema retículo-endotelial é destruidor dos glóbulos do sangue e capaz de formar pigmentos biliares, por si só, à custa dos eritrócitos destruídos. Em certas doenças, que se acompanham de uma pronunciada destruição globular, as células do sistema retículo-endotelial impregnam-se de pigmento hemático. Estas células, em certas condições de hipercolesterinémia podem também carregar-se de material lipóide (xantomias) e é provável que possam ser o ponto de partida de tumores. Certos autores, alguns apenas, julgam que o sistema retículo-endotelial tem uma função formadora de glóbulos de sangue.

MORAIS DAVID.

O tratamento post-operatório das complicações da tiroidectomia. (*The management of post-thyroidectomy complications*), por FRANK LAHCY. — *Surg. Clin. North Am.* Fevereiro de 1928.

O tratamento pre-operatório, a operação em si e os cuidados post-operatórios tem a mais alta repercussão nos sucessos cirúrgicos da tiroidectomia parcial.

A hemorragia post-operatória das artérias tiroidéas, superior ou inferior, é um quadro particularmente característico e susceptível de um pronto remédio desde que se intervenha como é preciso. Os sinais clínicos são os de uma compressão traquial com grande cianose e perigo immediato de sufocação e não os de uma anemia secundária, como à primeira vista poderia supôr-se. A traqueia é comprimida em virtude da acumulação de sangue no espaço inter-muscular.

Esta complicação, extremamente grave pelo perigo de morte que acarreta, é facilmente jugulada pela saída do coelho sangüíneo e pela hemostase, desfazendo as suturas operatórias e abordando directamente a bolsa em que o sangue está colectado. É de suspeitar êste desagradável contratempo tôdas as vezes que em qualquer doente operado sobrevenha, fóra de uma explicação mais plausível, uma obstrução respiratória urgente e progressiva.

A compressão por hemorragia venosa é muito menos freqüente e o seu tratamento obedece aos princípios acima mencionados.

Tôdas as demais hemorragias que se seguem à intervenção, da superfície cruenta da glândula, dos bordos da incisão cutânea, etc., são de natureza venosa, não teem praticamente importância e sustam-se com facilidade.

As mortes sôbre a mesa de operações são actualmente uma raridade e consequência lógica das medidas pre-operatórias impostas aos doentes — repouso, dieta, tratamento pelo iodo — de uma técnica operatória mais perfeita e de uma melhor selecção dos diversos tipos de doença. Todos estes cuidados influem também de uma maneira formidável na diminuição das reacções tiroidéas post-operatórias. Tais reacções tiroidéas podem a-pesar-de tudo aparecer e constituir uma complicação do pior significado, por vezes fóra de alcance terapêutico.

O iodo reduziu numa larga parte o número e a gravidade destas graves reacções.

Todo o doente com sintomas graves recentes, perda de pêso, vômitos, diarréas, resistência ao tratamento iódico — ou com especial excitabilidade, reagindo com grande taquicárdia, tensão sangüínea alta a qualquer emoção, deve ser operado em dois tempos, procedendo separadamente e com um intervalo de seis semanas às tiroideotomias sub-totais. Com êste cuidado se obtêm os melhores resultados na baixa das reacções post-operatórias.

O quadro das reacções tiroidéas graves compreende uma taquicárdia acentuada e progressiva, uma grande excitabilidade muscular e nervosa com períodos de depressão que chegam ao turpor e ao coma, vômitos e por vezes grandes temperaturas sem infecção que as possa justificar.

O tratamento dêstes sintomas consiste na administração de líquidos, glucose, morfina e iodo.

O iodo demonstra uma maior actividade no período que precede a intervenção do que no que se lhe segue. Só se deve proceder à operação depois de alcançados os máximos benefícios do tratamento pelo iodo e êste deve ser continuado imediatamente à operação, por um certo tempo, de forma a manter quanto possível as melhoras obtidas e a afastar o perigo das reacções tiroidéas.

A traqueite acompanhada de dificuldade respiratória com acumulação de muco é uma complicação freqüente e attribue-se quer ao traumatismo cirúrgico quer ao desnudamento da parede da traquéa pelo descolamento do lobo tiroideo. O A. observou esta complicação em casos em que não se podia attribuir a sua aparição ao traumatismo e mesmo depois de deixar adherente à traquéa uma lamela de glândula.

Conforme aconselham certos autores, o melhor tratamento é o das fumações e inalações.

A estenose da traquéa pela compressão do bócio desaparece como regra desde que se faz a extirpação da parte da glândula que a provoca, mesmo quando há grande adelgamento da parede e diminuição do calibre.

A traqueotomia impõe-se quando sobrevem uma alteração grave da respiração, depois do encerramento da ferida operatória e que não cede aos tratamentos adequados inclusivé à inspecção do campo operatório.

A paralisia dos recorrentes pode também trazer inconvenientes sérios; mórmente quando ela é bilateral.

A observação laringoscópica presta serviços, porque, se revela alterações na mobilidade das cordas vocais, permite pôr de sobreaviso o cirurgião para qualquer intervenção de urgência.

A paralisia unilateral só por excepção importa transtornos importantes.

A tetania por para-tiroidectomia total é uma raridade desde que o operador use das cautelas necessárias. As formas de tetania transitória apparecem por vezes depois de intervenções rigorosamente perfectas e passam em poucos dias; parece dependerem de alterações transitórias da circulação das paratiroidéas trazidas pela operação.

O seu tratamento inclue o Ca, per-os ou por via intra-venosa, ou a paratormona de Collip, por via sub-cutânea ou intra-venosa.

A infecção da ferida é rara e quasi sempre limitada aos planos acima dos músculos. A infecção profunda, contaminando facilmente o mediastino effecta uma particular gravidade. O tratamento obedece às normas habituais, sem detalhes especiais.

As colecções serosas ou sero-hemáticas atingem em certos casos razoável volume. A punção ou a simples drenagem com cicatrização espontânea trazem a sua cura.

As cicatrizes podem tornar-se viciosas principalmente pela aderência do plano muscular e do plano cutâneo. Evitam-se cortando os músculos o mais acima possível e fazendo desta maneira o desencontro das duas cicatrizes.

MORAIS DAVID.

**Luxação externa completa da clavícula tratada pela sindesmopexia coracoclavicular com sêda (Delbet).** (*Luxation externe, etc.*), por BOTTREAU-ROUSSEL (Marselha).—*Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX ano. N.º 2. Págs. 137-139.

O A. apresenta um doente que teve uma luxação externa completa da clavícula cuja região, à palpação, mostrava, como succede nas luxações completas da clavícula em que o arrancamento dos ligamentos conóide e trapezóide foi total, que se podia fazer passar a clavícula por cima da espinha da omoplata até à sua parte média. Não havia, por assim dizer, atrofia muscular, o braço não acusava mais do que um encurtamento de um centímetro e todos os movimentos da espádua eram normais e não dolorosos.

O A. estava pouco inclinado a fazer uma intervenção que considerava como uma intervenção estética de puro prazer, mas, como o doente afirmava estar na impossibilidade de fazer trabalhos de força com êsse braço e recla-

mava insistentemente uma intervenção que o melhorasse, decidiu-se a operá-lo. Êste individuo estava mais desejoso de recuperar a sua força muscular do que de fazer desaparecer a deformidade da espádua, e, porisso, o A. não pensou em lhe fazer uma síntese acrómio-clavicular. Esta intervenção, a-pesar dos numerosos casos em que o material de síntese é mal tolerado, é perfeita quando se não procura mais do que o lado estético. A cicatriz é pequena, e, na mulher, pode ser facilmente dissimulada sob uma alça do decote. Mas Cadenat demonstrou que esta síntese não deixa de não prejudicar consideravelmente os movimentos da espádua pela *blocage* da articulação acrómio-clavicular, e citou numerosas observações em que se notava um insucesso funcional, a-pesar dum belo resultado estético.

Foi porisso que o A. se decidiu a tentar uma ligamentopexia coracoclavicular à custa do ligamento acrómio-caracóideo posterior destacado das suas inserções acromiais, segundo o processo descrito por Cadenat (*Journal de Chirurgie*, t. XI, Julho de 1913).

Sob anestesia com éter e depois da incisão preconizada por Cadenat, pôde facilmente constatar logo a secção dos ligamentos córacoclaviculares, descobrir o ligamento acrómio-clavicular, dissecá-lo em todo o comprimento, desinseri-lo das suas inserções acromiais e fazê-lo passar por detraz da clavícula.

Mas êste ligamento era talmente delgado no doente, que pareceu impossível ao A. contar com êle útilmente para a substituição dos poderosos ligamentos trapezóide e conóide.

Nestas condições terminou a intervenção por uma sindesmopexia, feita segundo a técnica de Delbet com um fio triplo de sêda de 10/10 de milimetro, passando em 8 entre a apófise caracóidea e a clavícula.

As seqüências operatórias foram excelentes. O doente começou a mobilizar, por si próprio, a espádua, ao oitavo dia, e recuperava muito depressa todos os movimentos do braço.

Declara-se absolutamente satisfeito, afirma que o braço ganhou a força normal e diz que não sente já alguma dificuldade.

MENESES.

A drenagem da cavidade abdominal. (*Le drainage de la cavité abdominale*), por JACQUES SILHOL (Marselha).—Soc. Cir. Marselha, 2 de Maio de 1927.—*Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX ano. N.º 2. Págs. 151-152.

Quando drenamos o abdómen que acabamos de inspecionar, fazemos coisas extremamente diferentes umas das outras. Ora estabelecemos uma comunicação entre o tecido conjuntivo sub-peritoneal desperitonealizado e o exterior, ora estabelecemos uma comunicação entre a cavidade peritoneal e o exterior, ora estabelecemos uma comunicação entre o sector isolado da cavidade abdominal e o exterior.

Estes actos de natureza e de importância muito diferentes chamam-se todos «drenagem abdominal».

Quando um cirurgião drena a cavidade peritoneal, não pode preten-

der mais do que ajudar uma membrana extremamente activa, extremamente tolerante, e que o epiploon, por si próprio, drena, provavelmente a cada instante, senão sob o ponto de vista microbiano pelo menos sob o ponto de vista toxinas. E quando a defeza natural é insufficiente (como em certas peritonites generalizadas, nas quais o peritoneu parece não lutar e o epiploon retira-se) é raro que a nossa drenagem restabeleça uma situação desesperada a tal ponto que o gesto mínimo parece a alguns preferível ao gesto minucioso procurando tudo limpar. Quanto à drenagem em caso de infecção pouco virulenta, tenta-se pouco o A. com ela, arriscar-se hia a ser mais prejudicial do que útil se o peritoneu, por aderências, não se encarregasse, a maior parte das vezes, de a tornar illusória. Drenar um sacco peritoneal intacto é um acto de scepticismo mais ou menos justificado em face da resistência peritoneal.

Quando drenamos um sector peritoneal fechado (ou que nós fecharemos provisoriamente com compressas, favorecendo as aderências) temos a pretensão de impedir a infecção localizada de se generalizar, ou porque não tenhamos confiança nos meios de defeza eventuais da cavidade peritoneal ou porque tenhamos medo da septicidade da lesão localizada que acabamos de abrir. Temos, portanto, grande interêsse em ser informados sobre esta septicidade: podemos sê-lo (dum modo directo mas sensível) pela contagem da leucocitose. Quando ultrapassa 12.000, há, segundo a opinião do A., possibilidade de infecção: na posse dêste dado, o cirurgião drenaria ou não, segundo o seu modo de ver pessoal.

Há outros casos em que a drenagem abdominal é duma essência absolutamente diferente: é quando o peritoneu falta em qualquer sitio: não se trata já duma drenagem peritoneal, trata-se de drenar o espaço sub-peritoneal, e o tecido conjuntivo é mais susceptível do que o peritoneu. Aí não podemos contar senão com a facilidade com que um peritoneu irritado se pode reconstituir utilizando até os restos e com a tendência do peritoneu vizinho para limitar com aderências a infecção intra-peritoneal secundária, menos perigosa que a infecção sub-peritoneal. Trata-se aqui de drenar êste tecido conjuntivo e provocar a formação de aderências peritoneais. Há, portanto, dois casos absolutamente diferentes na drenagem abdominal: por um lado, a drenagem peritoneal em circunstâncias várias, e por outro, a drenagem sub-peritoneal, quando o tecido conjuntivo está posto a nú.

MENESES.

O tratamento de Sippy nos doentes operados de úlcera do estômago e do duodeno. (*Le traitement de Sippy chez les malades opérés d'ulcère de l'estomac et du duodénum*), por LEPORT e DUCUNG. — Soc. Chirurgie Toul., 27-XI-1926. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX ano. N.º 2. Págs. 165-168.

## I — PERTURBAÇÕES GÁSTRICAS POST-OPERATÓRIAS

Existem infelizmente e devem fazer reflectir todos aqueles que propõem uma indicação operatória, que operam ou que tratam os operados. Estas perturbações apresentam-se sob diversos aspectos.

### 1.º *Dispepsia hipersténica.*

O doente é operado; depois dum período de remissão, no decurso do qual come e engorda, recomeça a sofrer. O seu apetite conserva-se, mas sente dores tardias acalmadas pela alimentação, pelos alcalinos, e não se reproduzindo se está em jejum há muito tempo.

### 2.º *Continuação ou recidiva local da úlcera.*

Produce-se quando o cirurgião não fez mais do que uma gastro-enterotomia, sem excisão da úlcera, sem destruição ígnea ou sem ressecção larga; é o síndrome hiperclorídrico, mas podem existir ainda sinais radiológicos de ulcus e sinais clínicos (imagens diverticulares, hematemese, melenas). Uma complicação brutal, tal como uma hemorragia ou uma perfuração, podem abrir a scena.

### 3.º *Úlceras novas.*

Veem-se, em seguida a todas as operações, mas menos após as operações largas (gastro-pilorectomia) do que depois das derivações simples. A úlcera forma-se na pequena curvatura ou no duodeno, mas de preferência na bôca gastro-jejunal e na primeira parte do jejuno (verdadeiro ulcus transplantado). É o ulcus péptico gastro-jejunal post-operatório, conhecido há vinte anos e cuja proporção é de 2 a 3 % dos operados. Os sinais são os sinais clássicos do ulcus; mas o ulcus jejunal dá dores espontâneas mais baixas e habitualmente não dá imagens radiológicas; constata-se somente no *écran* um ponto doloroso que tem por sede o meio da anastomose ou para fóra do estômago.

## II—CAUSAS DOS SINDROMAS GÁSTRICOS POST-OPERATÓRIOS

### 1.º *Existem causas comuns a todos os casos.*

#### A. Os operados são hiperclorídricos.

Eram hiperclorídricos antes da operação, continuam depois, menos entretanto se a drenagem é boa, menos ainda se há uma larga ressecção que tira a úlcera e a parede gástrica modificada em volta da úlcera.

#### B. Os operados comem e não vigiam a sua alimentação.

Comem desde muito cedo, comem demais, comem de tudo. É difícil de os impedir disso, porque já não têm as dores que os impediam de comer, têm fome, engordam e comem. Resultam traumatismos gástricos (erosões, ulcerações nos pontos operados), hipersecreção, sobretudo se os alimentos são mal escolhidos.

### 2.º *Causas especiais dos ulcus post-operatórios.*

A. É preciso lembrar os descuidos operatórios. Traumatismos, clampes demasiado apertados, manobras brutais, produzindo sufusões sangüíneas e erosões; bôcas insuficientes, bôcas mal situadas, prejudicando a boa drenagem; emprêgo de material de sutura não reabsorvível ao nível das mucosas, entretendo uma infecção crónica e impedindo a cicatrização na nova bôca.

B. E, sobretudo, existem causas fisiológicas da úlcera péptica do jejuno. O jejuno não está preparado para receber um suco ácido, pois apenas recebe o suco gástrico quando já está neutralizado pela bilis e suco pancreático. Ora depois da gastro-enterostomia recebe directamente e rapidamente o conteúdo gástrico, muitas vezes hiperácido.

### III—O TRATAMENTO DOS SINDROMAS GÁSTRICOS POST-OPERATÓRIOS.

Utilizam o tratamento de Sippy, cujos principais tópicos são os seguintes :

É preciso dar ao doente uma alimentação suficiente, evitando as grandes refeições e os alimentos que exageram a secreção gástrica. É preciso neutralizar a acidez gástrica à medida que ela se produz. Consegue-se isso com pequenas refeições frequentes feitas com alimentos escolhidos e com uma alcalinização constante do suco gástrico entre as refeições.

Mas este tratamento é aplicado diferentemente, segundo se quer fazer a profilaxia ou o tratamento do ulcus.

#### 1.º *O Sippy profilático post-operatório.*

Instituem o Sippy um pouco modificado como se segue :

Nos dois ou três primeiros dias, água bicarbonatada tôdas as horas. Depois leite e nata às colheres de café a tôdas as horas e alcalinos às meias horas. Por fim, na altura do 15.º dia, refeições leves (8 h., 12 h., 19 h.), cujo pêso varia de 300 a 500 grs. Começar a refeição por um pouco de manteiga que alimenta o doente e inibe as funções gástricas, depois comer batatas, purées de legumes frescos, farinhas de cereais, um pouco de pão e de frutas cozidas. Entre as refeições, às 10 h. e 11 h., às 5 h. e 6 h. da tarde, um pouco de leite e de nata. Às 9 h., 10 1/2 h., 14 h., 16 h., 17 1/2 h. e 21 h., tomar um dos papeis alcalinos de Sippy. Ao fim de dez semanas, supressão dos alcalinos durante alguns dias, depois retomar intermitentemente e assim de seguida durante um ano. Autorizam ovos e legumes secos em purée, no fim do primeiro mês, um pouco de peixe cozido, ao fim de três meses.

#### 2.º *O Sippy curativo.*

Aplicam-no nos casos de recidiva ou de nova úlcera gástrica ou jejunal; é o Sippy integral cujas linhas gerais são :

Repouso na cama três semanas; doze pequenas refeições por dia, leite e nata, das 7 h. da manhã às 7 h. da tarde. Entre as refeições, à hora e meia, tomar um papel alcalino em meio copo de água. Muitas doses alcalinas depois da última refeição da tarde. Ao fim de alguns dias, substituir em parte a nata e o leite por um ovo, cereais, compotas de frutas, pão com manteiga, legumes secos em purées. Ao fim de três semanas, modificar o tratamento, elevando a 300 grs. o primeiro almoço, a 500 grs. a refeição do meio-dia, a 250 grs. a refeição da tarde, suprimindo as primeiras doses de nata depois do pequeno almoço e refeição do meio-dia e substituindo-as por doses alcalinas.

## IV — RESULTADOS

Seria pretencioso dar resultados e enunciar conclusões depois dos autores americanos que podem apresentar estatísticas enormes. A impressão dos AA. é a seguinte :

Há cinco anos que usam o método; nunca viram síndromas dolorosos ou ulcerosos nos operados que seguiram o tratamento com rigor, e viram-nos nos que não o seguiram ou que o abandonaram dentro de pouco. Curaram, clinicamente pelo menos, síndromas post-operatórios hiperclorídricos e ulcerosos.

Resumindo, em poucas palavras, os seus doentes eram hiperclorídricos quando foram operados e continuam a sê-lo depois da operação; é preciso tratá-los medicamente. O Sippy parece corresponder à terapêutica mais lógica; dá excelentes resultados.

MENESES.

**Epiteliomas desenvolvidos ao nível do colo uterino depois de histerectomia sub-total, (*Epithéliomes développés au niveau du col de l'utérus après hystérectomie sub-totale*), por S. LABORDE e A. ROQUES. — *Bull. Soc. d'Obst. et Gynécologie*. N.º 2. 1928.**

A aparição dum epételioma no côto do colo uterino depois de histerectomia subtotal, passa clássicamente por excepcional e o reflexo desta opinião quasi geral encontra-se na discussão que teve lugar no Congresso de cirurgia de 1924 a propósito do tratamento operatório dos fibromas uterinos.

Faure considera a cancerização do colo como extremamente rara e a maioria dos cirurgiões seguem a mesma opinião.

Segundo as observações dos AA., no centro anti-canceroso de Villegnif, desde 1921, a cancerização do colo não constitue um facto tão excepcional.

Com effeito, em 379 cancros do útero, os AA. encontraram 11 casos.

As suas observações podem agrupar-se em três categorias :

1.ª — O cancro desenvolveu-se depois da histerectomia sub-total praticada por uma afecção dos anexos, geralmente salpingo-ovarite : são os epiteliomas malpíngicos (observações I, II, III, IV e V). Em todos os doentes passou um largo praso entre a histerectomia e a aparição do epítelioma (5, 8, 10, 13 e 16 anos).

2.ª — O cancro appareceu depois da histerectomia sub-total praticada por fibromioma do útero (observações VI, VII, VIII, IX e X). A aparição do cancro foi muito mais precoce do que nas observações do grupo precedente : duas vezes no intervalo de 1 mês, depois 8 meses, 1 ano e meio e 3 anos. O epítelioma desenvolvido ao nível do colo pertencia à variedade malpíngica.

3.ª — Neste grupo tratava-se de epiteliomas glandulares.

Duma maneira geral, os AA. pensam que os epiteliomas desenvolvidos no côto do colo evolucionam rapidamente e estendem-se precocemente às paredes vaginaes. Além disso, por causa da sua disposição anatómica e desaparecimento do útero, o tratamento pelo rádio efectua-se em más condições. Entretanto uma das doentes (obs. VI) está curada desde Janeiro de 1922, depois de

ter apresentado uma fistula vésico-vaginal que foi reparada cirurgicamente (Dr. Anvray) e uma outra com recidiva de epiteloma do corpo do útero (obs. XI) está curada desde 1924. (Tratava-se dum epiteloma glandular, isto é, uma forma considerada vulgarmente como radioresistente).

Em cinco dos outros casos não se conseguiu deter a marcha progressiva da doença, e os restantes foram tratados muito recentemente para que se possa avaliar da cura.

Quanto às causas que podem ser invocadas para explicar a aparição destes cancros, os AA. pensam que a intervenção cirúrgica, suprimindo as conexões vasculares, nervosas, sobretudo simpáticas, favorece o desenvolvimento do cancro num órgão cuja nutrição fica profundamente perturbada.

Esta frequência do cancro do colo uterino depois da histerectomia subtotal deve entrar em linha de conta na discussão das vantagens dessa intervenção sobre a histerectomia total.

## DISCUSSÃO

*A. Siredey.*—É incontestável que sem ser duma grande frequência, o cancro do colo uterino depois da histerectomia subtotal não é raro. Walther durante o período mais activo da sua carreira cirúrgica seguiu a técnica de Richelot (substituição da histerectomia supra-vaginal pela histerectomia total) e as estatísticas globais que publicou há alguns anos, perto de 300 casos, acusavam uma mortalidade de 3%, algarismo considerado satisfatório, mesmo para a histerectomia sub-total. Julga que nunca se verificou o desenvolvimento dum cancro na cicatriz consecutiva à histerectomia total. Os seus operados, como os de Richelot, estavam pois ao abrigo desta grave eventualidade. Entretanto, a maioria dos cirurgiões, mesmo os mais hábeis, recuam diante do maior risco que comporta a histerectomia total. Seria para desejar que novos aperfeiçoamentos de técnica permitissem generalizar o emprêgo.

*J. Gagey.*—Acentua a frequência do cancro do colo depois da histerectomia subtotal, o que levaria a substitui-la pela total. Entretanto, a maioria dos cirurgiões com quem teve ocasião de falar desta questão considera a histerectomia total como uma operação sensivelmente mais grave.

*R. Dupont.*—Prefere a subtotal com esvaziamento à total, cuja mortalidade é mais considerável.

*M. Donay.*—Em presença duma doente com um cancro do côto da histerectomia subtotal pensa-se naturalmente que esta complicação teria sido evitada se a doente tivesse sofrido uma histerectomia total. Esta cancerização do côto do colo é um argumento de valor em favor da histerectomia total. Faure ensina a não nos deixarmos impressionar por êste argumento. Primeiro, esta eventualidade é tão freqüente, como parece indicá-lo a estatística de M.<sup>me</sup> Laborde?

Num serviço de cirurgia, mesmo especializado, como o do autor, esta complicação é rara; é preciso abstrair-se dos casos de recidiva rápida num côto da subtotal; não se trata duma doença nova, mas duma continuação por insuficiência de exeresé ou erro do diagnóstico.

Nos arquivos da Clínica Ginecológica desde 1919 encontrou 8 casos de cancro no côto da subtotal, seja em média um por ano. Como tratam cêrca de 100 cancros do colo há 1 do côto subtotal. Como se vê a proporção não é considerável.

Faure diz: nos casos excepcionais em que esta complicação se produz, podeis curar a doente quer pela operação, quer pelo rádio.

O A. julga que o cancro, desenvolvido no côto do colo dificulta a terapêutica. A operação de Wertheim no côto do colo é difficil. A applicação do rádio é também difficil.

Dos oito casos citados, dois foram tratados pelo rádio, um está curado há 6 anos, o outro tratado em 23 recidivou agora. Dos 6 casos operados, 2 morreram, um de septicémia post-operatória, o outro de oclusão tardia, um recidivou, dois estão em bom estado, operados em 25 e em 26; do último operado em 23 nada se sabe.

Segundo estes resultados, pode-se admitir que o cancro do côto é uma forma especialmente grave do cancro do colo e que devemos procurar evitá-lo.

É preciso procurar a solução precunizando sintomaticamente a total?

Para julgar a questão basta comparar a mortalidade operatória da total e da subtotal num serviço grande de ginecologia como o de Broca, onde as operações são repartidas em cada ano por oito cirurgiões de desigual experiência: é então fácil obter uma opinião global sôbre a gravidade recíproca das duas hysterectomias: não há dúvida que nas mãos dum operador mediano a total é mais grave que a subtotal e esta diferença de mortalidade é superior à mortalidade eventual duma cancerização do côto.

Conclue-se que a subtotal deve ser a operação corrente e a total a de excepção.

Entretanto, não se poderá melhorar a técnica da subtotal e tirar ao côto a parte cancerizável? Quási sempre o comêço do cancro faz-se na união das duas mucosas. É preciso pois esvasiar o colo sôbre toda a sua altura e descer até ao orifício externo para tirar esta Zona de união eminentemente cancerizável. Infelizmente estes esvasiamentos completos do colo sangram abundantemente porque a laqueação da uterina deixa intactos os vasos do colo. Para evitar a hemorragia post-operatória o autor tem o hábito de passar um ponto em U que cerra o colo e assegura a hemostase.

O A. julga que com êste largo esvasiamento do colo dá à subtotal uma das vantagens da total, isto é, evitar a cancerização do côto.

M.<sup>me</sup> Laborde — O esvasiamento do colo que fala Douay não resolve a questão da cancerização do côto. Com efeito, a maioria das vezes este cancro desenvolve-se à custa da mucosa externa. O cancro endocervical é muito menos freqüente.

F. FONSECA.

O exame da urina para pús. (*The examination of urine for pus*), por C. DUKES. — *The Brit. Med. Jour.* N.º 505. 1928.

O mais cuidadoso método para determinar se há ou não pús na urina é a contagem dos leucócitos numa câmara semelhante à que se usa para a conta-

gem das células no líquido cefalo-raquidiano. A urina a examinar será a primeira da manhã ou depois de um intervalo de quatro horas. A prova far-se há em dois ou três minutos e dará valores comparáveis em vários dias. Só as urinas que tenham mais de 100 leucócitos por c. c. contêm pús.

---

F. FONSECA.

**Sobre as normas do emprégo da adrenalina por via endotraqueal no tratamento das hemorragias pulmonares.** (*Über die Anwendungsnormen von Adrenalin auf endotrachealem Wege in der Behandlung von Lungenblutungen*), por F. GIUFFRIDA. — *Münch. Med. Woch. N.º 7.* 1928.

A adrenalina por via endotraqueal não eleva a pressão sangüinea geral e a sua acção fica, pelo contrário, limitada à árvore brônquica, dando ótimos resultados terapêuticos no tratamento das hemoptises.

A dose 1 mmgr. duas vezes ao dia é suficiente para, na maioria dos casos, dominar as hemorragias.

---

F. FONSECA.

**Sobre um caso de bacteriémia transitória a viridans.** (*Über einen Fall von transitorischer Viridansbakteriämie*). — Contribuição para o prognóstico da endocardite lenta, por H. GLOOR. — *Münch. Med. Woch. N.º 7.* 1928.

O A. isolou estrept. viridans do sangue e das amígdalas dum doente (com doença mitral antiga) em seguida a uma amígdalite diftérica. Sobreveiu a cura sem que se tivesse desenvolvido o quadro da endocardite lenta na concepção de Schottmüller. Chama porisso a atenção para alguns casos da literatura de cura da endocarditis lenta que podem ter sido bacteriémias transitórias a viridans.

---

F. FONSECA.

**Sobre a acção do glukhorment na diabetes mellitus e alimentação hepática.** (*Ueber die Wirkung des glukhorments bei Diabetes mellitus und Lebernahrung*), por G. BLASS e E. KOVACS. — *Wien. Klin. Woch. N.º 8,* 1928.

Estudaram a acção de Glukhorment em 8 casos de diabêtes, tendo determinado diáriamente a glicémia em jejum, glicosúria e acetonúria. Usaram a dieta de Petren, pobre em albumina e hidratos de carbone.

Os AA. verificaram que nos casos leves e na hiperglicémia determinada pela dieta hepática, o glukhorment baixa a glicémia e a glicosúria. Nos casos de média gravidade e nos graves ou não tem acção alguma, ou mostra efeitos inconstantes no mesmo indivíduo. Á excepção de um, todos os outros doentes toleraram bem o medicamento. Nunca observaram estados de hipoglicémia.

---

F. FONSECA.

A operação radical na úlcera perfurada do estômago. (*Die Radikaloperation bei perforiertem Magengeschwür*), por A. ROSENO. — *Die Ther. d. Gegenwart*. N.º 3. 1928.

O tratamento da úlcera perfurada do estômago ou duodeno, que só pode ser operatório, desviou-se no sentido da operação radical: a ressecção gástrica. Esta deve-se empregar como método de escolha no caso da perfuração não ter mais do que 12 horas. Nos outros casos a sutura do orifício da perfuração e a gastro-enterostomia, se há perigo de estenose pilórica, constituem um método de necessidade. A simples drenagem da abertura da úlcera, segundo Neumann, fica reservada para os casos mais graves.

F. FONSECA.

## Biblioteca da «Lisboa Médica»

*Obras recebidas:*

**Luís Sayé** — *Quimioterapia de la Tuberculosis* — Volume de 258 páginas, com numerosas gravuras. — Espasa — Calpe — Madrid. 1928.

O Prof. LUÍS SAYÉ, de Barcelona, um dos mais distintos fisiologistas da nação vizinha, publicou recentemente este precioso volume sobre a quimioterapia da tuberculose. Convidado a relatar o assunto para o 1.º Congresso Pan-Americano de Tuberculose, que deve realizar-se em Cordova (República Argentina) no próximo mês de Outubro, resolveu o Prof. Sayé publicar o resultado das suas observações pessoais relativas ao tratamento pela sanocrisina, fazendo acompanhar o seu estudo de uma larga documentação e de extensas considerações sobre a terapêutica anti-tuberculosa pelo tiosulfato de ouro e de sódio de MOLLGAARD.

A debatida questão do valor curativo da sanocrisina tem dado lugar, de há 3 anos a esta parte, ao aparecimento de numerosos trabalhos de investigação. As primeiras impressões de excessivo entusiasmo que viram na sanocrisina a cura da tuberculose pulmonar em todos os seus períodos em breve se seguiram alguns resultados desfavoráveis, que cêdo criaram uma corrente de desânimo e de descrédito sobre o valor curativo do produto.

Mas, a pouco e pouco, foi sendo a droga estudada mais minuciosamente. Modificou-se a posologia, limitou-se a sua indicação a determinados tipos da doença, seleccionando os casos, estudou-se a forma de evitar as complicações que de comêço surgiam com a sua aplicação, etc. Não tardou porisso que a descoberta de MOLLGAARD começasse de novo a reabilitar-se com os trabalhos favoráveis apresentados por DUMAREST, ROBERT PHILIP, POINDCKER, MICHAUD, entre tantos outros.

É o Prof. LUÍS SAYÉ um fervoroso defensor da descoberta de MOLLGAARD, tendo sido dos raros fisiologistas que desde o início começaram a registar

resultados favoráveis. Faz o autor acompanhar o seu trabalho de interessantes radiografias e gráficos de temperaturas e baseia o seu estudo no tratamento de 210 doentes com diversas modalidades do processo, desde os de feição francamente exsudativa até aos tipos de evolução fibrosa e às localizações restritamente pleurais.

Seria longa a enumeração detalhada dos resultados obtidos. No seu conjunto foram :

Casos negativos .....	20,94 %
Casos positivos .....	79,03 %

Alguns dos casos de cura, como diz o autor, referem-se a *«un grupo de enfermos que, análogamente a los descritos por otros autores, habian alcanzado una mejoria con los otros métodos, pero parcial, y la rebeldia del síndrome ante la terapeutica parecia indicar que se habian equilibrado los dos factores: enfermedad y eficacia, y se habia llegado a una fase estacionaria prácticamente irreductible»*. Faz ainda o Prof. SAYÉ detalhadas considerações sobre os resultados ulteriores de 68 doentes tratados desde Abril de 1925 a Agosto de 1926 e seguidos nos dois anos immediatos. Dêstes, 15 agravaram posteriormente o seu estado, 35 não apresentaram qualquer variação desde a suspensão do tratamento e 18 continuaram a melhorar mais ou menos intensamente.

Apprecia em seguida o autor as indicações e contra-indicações da terapêutica, quanto ao tempo da duração da doença e à forma anátomo-clínica. Faz considerações sobre a orientação a seguir na posologia e nos intervalos das injeções, afirmando que um facto domina tóda a prática do tratamento —o de evitar as reacções, nunca ultrapassando, portanto, em cada doente, a dose máxima e individual.

Estuda igualmente com pormenores as complicações a que a sanocrisina pode dar lugar, apreciando a acção do produto sobre o sangue, a sua toxicidade, a origem dos fenómenos reaccionais que ocasiona, etc.

O livro do Prof. SAYÉ é, em suma, um dos trabalhos mais completos que têm vindo a lume sobre a sanocrisina, não só pelas investigações realizadas no seu serviço, como também pelas numerosas referências à extensa bibliografia publicada sobre a questão, o que testemunha a vastíssima erudição do autor.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Um Curso de Aperfeiçoamento de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa

No Serviço de Neurologia da Faculdade de Medicina (Prof. Egas Moniz) fêz o Prof. António Flores, no semestre de inverno, uma série de lições sôbre os trabalhos realizados no Instituto de Vogt, de Berlim.

Tomaram parte nesse curso, como alunos, os assistentes de neurologia, o Prof. livre Dr. Cancela de Abreu, o Dr. José Rochera e Eduardo Coelho.

O Prof. António Flores expoz nas primeiras lições as técnicas empregadas no estudo histológico do sistema nervoso, mostrando diversas preparações, nas quais técnicas diferentes foram usadas. Desenvolveu nas lições seguintes os resultados da cito e da mielo-arquitectura cerebral dos mamíferos, feita por Vogt e seus discípulos. Noutras lições mostrou que as *experiências de fisiologia* praticadas por Vogt em macacos e por Fürster no homem demonstraram a *realidade fisiológica* das áreas anatómicas descritas, quere dizer que determinadas funções cerebrais correspondem a determinadas áreas.

A penúltima lição foi dedicada ao fenómeno psíquico nas suas relações com o cérebro, e na última tratou da *patoclise*, interessante e original teoria do Mestre de Berlim.

Supomos novidade entre nós, êste curso, que, demonstrando o alto valor de quem o fêz, denota um acréscimo do nível mental do meio português. De feito, se o estudo das bases da fisiologia cerebral ou dos caminhos que a ela nos conduzem não é de interêsse prático, imediato, pendemos a crer que nada pode interessar em mais alto grau a *curiosidade humana* do que o estudo da sciência do cérebro.

Depois de ouvirmos as lições do Prof. Flores ficou-nos a convicção de que a Escola de Vogt está no bom caminho para o conhecimento da *fisiologia cerebral*.

Na lição destinada à exposição das doutrinas psicológicas que, de algum modo, tendem a explicar o mecanismo do fenómeno psíquico, e as relações do cérebro com o pensamento, o Prof. Flores fazendo a crítica do velho *paralelismo* materialista, defendeu a doutrina do *novo paralelismo*. Supõe-na — seguindo o Mestre — mais de acôrdo com os nossos actuais conhecimentos do que a da *interacção* ou da *acção reciproca* (Wechselwirkung) hoje muito em voga entre os alemães e defendida há cinco anos em livro que publicamos.

Se a obra da Escola de Vogt, que marca uma época no estudo da sciência do cérebro, nos dá a chave do conhecimento da *fisiologia cerebral*, ne-

nhumas *deduções psicológicas* podemos tirar dela. Supomos que é este o pensar de Vogt e do Prof. Flores.

E embora as hipóteses do paralelismo ou da interacção não tenham interesse prático para o estudo do fenómeno psíquico — como afirma o autor do modo de pensar *fenomenológico*, Spranger, num livro, cuja leitura devemos à boa cultura psicológica e amabilidade do Prof. Flores — temos de distinguir duas ordens de fenómenos irreductíveis: por um lado, os fenómenos cerebrais; por outro, os fenómenos psíquicos. Dos primeiros não podemos concluir os segundos. O contrário seria querer abranger toda a realidade com uma parte dessa realidade. Não pensamos somente com o cérebro. A actividade psicológica é uma actividade de conjunto de todas as reacções do nosso organismo, e o cérebro é uma espécie de regulador desta actividade. O fenómeno psíquico compreenderá todos os movimentos, todas as reacções do corpo, reacções não só ao mundo exterior mas às nossas próprias atitudes.

É tão vulgar vermos generalizar da anatómofisiologia cerebral para a psicologia, tirando conclusões fantasistas sobre a génese do fenómeno psíquico e as suas relações com os fenómenos cerebrais (como fizera Cajal, p. ex.) que, nos trabalhos de Vogt, a admiração pela sua obra se estende à admiração pelos seus processos de trabalho... e de pensar. As deduções são tiradas com todas as precauções e cautelas, não sendo mais, afinal, do que a descrição dos fenómenos observados.

As conclusões são sempre apodíticas. Por isso, o conhecimento da *fisiologia cerebral*, remate da sua grande obra de anatómico e de fisiologista, é da maior seriedade.

Realizou-se, alfin, num Serviço Clínico da Faculdade de Medicina de Lisboa, um curso de aperfeiçoamento sobre matéria que, nos seus pormenores, todos nós desconhecíamos. Esperamos que a preguiça nacional permita que outros cursos de aperfeiçoamento se façam, ao lado dos cursos práticos de vulgarização.

Damos aos leitores a boa nova de que, num dos próximos números, a *Lisboa Médica* publicará um artigo do Prof. Flores, no qual será expandida uma parte das suas lições.

## Faculdades de Medicina

De Lisboa.

O sr. dr. Fernando de Freitas Simões foi proposto para o cargo de 2.º assistente de clínica cirúrgica.

## Do Porto

O conselho da Faculdade de Medicina resolveu promover, este ano, uma série de conferências sobre higiene social, em substituição dos cursos de repetição iniciados em 1927.

— Está aberto concurso para o lugar de 2.º assistente do 5.º grupo (anatomia patológica).

## De Coimbra

Foram nomeados: primeiros assistentes da F. de M. de Coimbra os srs. drs. Luís Augusto de Moraes Zamith e José Bacalhau, para o 10.º grupo de cirurgia; 2.º assistente de Fisiologia, o sr. dr. João do Vale Bettencourt.

## Escola de Medicina Tropical

O sr. dr. António Luís de Seabra foi nomeado para desempenhar, interinamente, o cargo de demonstrador desta Escola.

## ERRATA

Na página XXX, linha 5, onde está *Spranger*, leia-se *Jaspers*.

Sessão de 17 de Março: — «Uma técnica portuguesa de ginástica de formação», pelo sr. Weiss de Oliveira.

— Sessão de 30 de Março: — «Profilaxia do cancro», pelo sr. prof. Sabino Coelho; Continuação da discussão da comunicação do sr. dr. Weiss de Oliveira — «Um novo processo de técnica de ginástica de formação».

## Associação dos Médicos do Centro de Portugal

Em 10 de Março: — Conferência do sr. dr. Adelino Vieira de Campos de Carvalho sobre «Assistência aos Tuberculosos em Coimbra».

nhumas *deduções psicológicas* podemos tirar dela. Supomos que é este o pensar de Vogt e do Prof. Flores.

E embora as hipóteses do paralelismo ou da interacção não tenham interêsse prático para o estudo do fenómeno psíquico — como afirma o autor do modo de pensar *fenomenológico*, Spranger, num livro, cuja leitura devemos à boa cultura psicológica e amabilidade do Prof. Flores — temos de distinguir duas ordens de fenómenos irreductíveis: por um lado, os fenómenos cerebrais; por outro, os fenómenos psíquicos. Dos primeiros não podemos concluir os segundos. O contrário seria querer abranger tóda a realidade com uma parte dessa realidade. Não pensamos somente com o cérebro. A actividade psicológica é uma actividade de conjunto de tódas as reacções do nosso organismo, e o cérebro é uma espécie de regulador desta actividade. O fenómeno psíquico compreenderá todos os movimentos, tódas as reacções do corpo, reacções não só ao mundo exterior mas às nossas próprias atitudes.

É tão vulgar vermos generalizar da anatomofisiologia cerebral para a psicologia, tirando conclusões fantasistas sobre a génese do fenómeno psíquico e as suas relações com os fenómenos cerebrais (como fizera Cajal, p. ex.) que, nos trabalhos de Vogt, a admiração pela sua obra se estende à admiração pelos seus processos de trabalho... e de pensar. As deduções são tiradas com tódas as precauções e cautelas, não sendo mais, afinal, do que a descrição dos fenómenos observados.

As conclusões são sempre apodíticas. Porisso, o conhecimento da *fisiologia*

## Faculdades de Medicina

### De Lisboa

O sr. dr. Fernando de Freitas Simões foi proposto para o cargo de 2.º assistente de clínica cirúrgica.

## Do Porto

O conselho da Faculdade de Medicina resolveu promover, este ano, uma série de conferências sobre higiene social, em substituição dos cursos de repetição iniciados em 1927.

— Está aberto concurso para o lugar de 2.º assistente do 5.º grupo (anatomia patológica).

## De Coimbra

Foram nomeados: primeiros assistentes da F. de M. de Coimbra os sr. drs. Luís Augusto de Moraes Zamith e José Bacalhau, para o 1.º grupo de cirurgia; 2.º assistente de Fisiologia, o sr. dr. João do Vale Bettencourt.

## Escola de Medicina Tropical

O sr. dr. António Luís de Seabra foi nomeado para desempenhar, interinamente, o cargo de demonstrador desta Escola.

## Colectividades científicas

## Academia das Ciências

Sessão de 15 de Março: — «Pancreatites», pelo sr. prof. Sabino Coelho; «Reacções carotídeas provocadas pelas injecções de iodeto de sódio», pelo sr. prof. Egas Moniz.

## Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa

Sessão de 17 de Março: — «Uma técnica portuguesa de ginástica de formação», pelo sr. Weiss de Oliveira.

— Sessão de 30 de Março: — «Profilaxia do cancro», pelo sr. prof. Sabino Coelho; Continuação da discussão da comunicação do sr. dr. Weiss de Oliveira — «Um novo processo de técnica de ginástica de formação».

## Associação dos Médicos do Centro de Portugal

Em 1.º de Março: — Conferência do sr. dr. Adelino Vieira de Campos de Carvalho sobre «Assistência aos Tuberculosos em Coimbra».

## Sociedade de Biologia

Sessão de 9 de Abril:

Dr. Alberto de Carvalho — «Contribution à l'étude de l'action des antipyrétiques sur la glycémie».

Dr. Waldemar Teixeira — «Les groupes sanguins des portugais».

Dr. A. Gonçalves da Cunha — «Quelques observations cytologiques sur la germination des graines. Vacuome et appareil de Holmgren».

Dr. Anselmo da Cruz — «Sur la teneur en glutathion des testicules de cobayes thyroïdectomisés».

Dr. Carlos Trincão — «L'action du Glukhormont sur la glycémie adrénalinique».

Dr. Cascão de Anciães & Dr. Carlos Trincão — «Sur l'empêchement de l'absorption du glucose par les précipités albumineuses».

Prof. Lopo de Carvalho & Ferreira de Mira, Filho — «Sur la réserve alcaline du sang chez le cobaye tuberculeux».

Prof. Lopo de Carvalho & Ferreira de Mira, Filho — «Sur la réserve alcaline du sang des tuberculeux pulmonaires».

## Congressos

## De Medicina Tropical

O sr. ministro das Colónias mandou ouvir os governos das provincias de Angola e Moçambique acêrca da representação daquelas possessões no Congresso de Medicina Tropical, que vai efectuar-se no Cairo. A primeira indicação já para o aludido fim os srs. drs. Eurico de Almeida e Damas Móra.

## Hispano-português de Urologia

Realiza-se em Madrid, de 9 a 16 de Maio, o próximo congresso hispano-português de Urologia.

## Professor Carlos França

Vai ser erigido em Sintra um monumento à memória do prof. Carlos França; em Colares será colocada uma lápide na casa onde residiu aquele bacteriologista.

### Conferências do prof. Moure

O sr. prof. Moure, da Faculdade de Medicina de Bordéus, fêz, entre nós, duas conferências: uma na Faculdade de Medicina sobre «Oto-rino-laringologia e a medicina geral» e outra, na Sociedade de Ciências Médicas, «O câncer da laringe».

— O comandante da Região Militar do Porto ordenou a todos os médicos das unidades da mesma Região que, nas suas preleções sobre higiene, façam vêr às praças os inconvenientes de andar descalço, hábito que estará proibido naquela cidade a partir do dia 15 de Maio.

### Necrologia

Faleceram: em S. Tiago do Cacém, o sr. dr. João Simeão, médico municipal; em Ferreira do Alentejo, o sr. dr. Manuel Silvestre Gomes; em Montemor-o-Novo, o sr. dr. Francisco Zeferino de Mira Mendes; em Espinho, o sr. dr. Angelo Leite; no Sabugal, o sr. dr. Álvaro Afonso Sardinha Caldeira; em Coimbra, o sr. dr. António Maria da Cunha Marques da Costa, antigo deputado e presidente da comissão executiva da Câmara Municipal de Lisboa, em 1923-25.

### Faculté de Medecine de Strasbourg

#### *Nouvelle Clinique Oto-Rhino-Laryngologique*

Cours de Perfectionnement du Professeur CANUYT  
avec la collaboration de

MM. les Professeurs BORREL, LERICHE, PAUTRIER, ROHMER et SCHWARTZ,  
de M. le Docteur TERRACOL, Professeur agrégé,  
de MM. GUNSETT et XAUCHER, Chargés de cours,  
de M. le Docteur WORINGER, Chef de Laboratoire et  
de M. le Docteur JOUBLOT, Chef de Clinique.

#### Programme

du lundi 16 juillet au samedi 28 juillet 1928

#### *1<sup>er</sup> Semaine*

Lundi 16 juillet — *Matin* à 9 heures: Exposé du cours. Introduction à l'étude de l'oto-rhino-laryngologie, M. Canuyt. Visite de la Nouvelle Clinique.

10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation et examen de malades, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Comment on examine un sourd. Les épreuves acoumétriques, M. Terracol. 17 heures: Laboratoire de Pharmacologie. Les bases expérimentales de l'anesthésie locale, M. Schwartz.

Mardi 17 juillet — *Matin* à 9 heures: L'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie, M. Canuyt. La Paracentèse, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Examen et présentation de malades, M. Canuyt. Les examens de laboratoire en oto-rhino-laryngologie. La biopsie. Les prélèvements, M. Joublot. *Soir* à 15 h.: Médecine opératoire. Anatomie chirurgicale de l'apophyse mastoïde. La mastoïdectomie, M. Terracol. 17 heures: Laboratoire de pharmacologie. La physiologie du labyrinthe, M. Schwartz.

Mercredi 18 juillet — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. La mastoïdectomie. Indications. Anesthésie locale. Soins post-opératoires. Présentation de malades opérés, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Examen et présentation de malades, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Polyclinique. La thérapeutique des surdités: Le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Le tympan artificiel. L'électricité. 17 heures: Comment on examine un labyrinthe, M. Terracol.

Jeudi 19 juillet — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. La chirurgie de la cloïson nasale, M. Canuyt. 10 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation de malades, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Médecine opératoire. L'évidement pétromastoidien, M. Terracol. 17 heures: La Tuberculose et l'oto-rhino-laryngologie, M. Veucher.

Vendredi 20 juillet — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. L'évidement pétromastoidien. Indications. Anesthésie locale. Le pansement des évidés. Présentation de malades, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation des malades, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Polyclinique: La diathermie en oto-rhino-laryngologie. Les Rayons Ultra-Violets. L'Infra-Rouge. 17 heures: Clinique Infantile. La pathologie de la première enfance et l'oto-rhino-laryngologie. Visite de la Clinique Infantile, M. Rohmer.

Samedi 21 juillet. — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. La chirurgie endo-nasale. L'ablation des cornets inférieurs. L'ablation des cornets moyens. La chirurgie de l'ethmoïde et du sphénoïde, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation de malades, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Médecine opératoire. La chirurgie du sinus maxillaire par la voie externe. La chirurgie du sinus frontal par la voie externe (Luc, Mouret, Jacques). L'opération

de Lothrop-Sébifeau. 17 h.: Clinique Chirurgicale A. La Chirurgie du sympathique, M. Leriche.

### 2.<sup>e</sup> Semaine

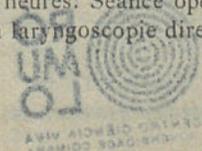
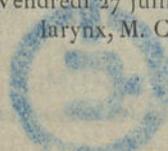
Lundi 23 juillet. — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. L'ouverture du sinus maxillaire par la voie endonasale. Le râpage du sinus maxillaire, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique; présentation de malades, M. Canuyt. Anatomie pathologique. Examens microscopiques, M. Joublot. *Soir* à 15 heures: Le sympathique nasal. Le ganglion sphéno-palatin. L'ozène, M. Terracol. 17 heures: Institut d'Hygiène et de Bactériologie. Le Cancer, M. Borrel. Visite de l'Institut de Recherches sur le Cancer.

Mardi 24 juillet. — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. La chirurgie du sinus frontal par voie externe. Indications. Anesthésie locale. Soins post-opératoires. Présentation de malades opérés, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation de malades, M. Canuyt. Anatomie pathologique. Examens microscopiques, M. Joublot. *Soir* à 15 heures: Médecine opératoire. La chirurgie du maxillaire supérieur. L'Ethmoïdectomie. La voie trans-maxillo-nasale, M. Terracol. 17 heures: La Syphilis et l'Oto-rhino-laryngologie, M. Pautrier.

Mercredi 25 juillet. — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. La chirurgie du pharynx nasal. L'ablation des végétations adénoïdes. Indications. Technique, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation de malades. La stomatologie et l'Oto-rhino-laryngologie, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Polyclinique. La ponction et le lavage du sinus maxillaire. Le cathétérisme du sinus frontal. Le râpage du canal naso-frontal. Le cathétérisme du sinus sphénoïdal, M. Canuyt. 17 heures: Service d'Electro-radiologie. Le traitement du cancer par les radiations, M. Gunsett. Visite du Centre anti-cancéreux.

Jeudi 26 juillet. — *Matin* à 9 heures: L'anatomie chirurgicale du pharynx buccal. Séance opératoire. L'amygdalectomie totale. Technique simplifiée, M. Canuyt. 9 h. 30: Visite au lit du malade, M. Canuyt. 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation de malades, M. Canuyt. L'anatomie pathologique de l'amygdale. Examens microscopiques, M. Joublot. *Soir* à 15 heures: Médecine opératoire. La chirurgie du larynx. La thyrotomie. La Trachéotomie. La Laryngostomie. Les Laryngectomies, M. Canuyt. 17 heures: Le rôle de la carence solaire dans les infections de l'enfance, M. Woringer.

Vendredi 27 juillet. — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire. La chirurgie du larynx, M. Canuyt. 9 h. 30: La laryngoscopie directe, M. Canuyt. 10 h. 30:



Consultation externe à la polyclinique. Démonstrations cliniques et présentation de malades. Les laryngosténoses, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: L'anesthésie locale et régionale du larynx. La thérapeutique de la laryngite tuberculeuse. Les galvano-cautérisations. La diathermie. Les injections intra-trachéales, M. Canuyt. 17 heures: Démonstration de trachéo-bronchoscopie. Oesophagoscopie, M. Terracol.

Samedi 28 juillet. — *Matin* à 9 heures: Séance opératoire, avec démonstrations.

La chirurgie oto-rhino-laryngologique chez le nourrisson et chez l'enfant, M. Canuyt, 10 h. 30: Consultation externe à la polyclinique. Présentation de malades, M. Canuyt. *Soir* à 15 heures: Les voies aériennes supérieures et inférieures. Les erreurs de diagnostic concernant la tuberculose pulmonaire. Le syndrome de l'insuffisance respiratoire nasale et rétro-nasale. L'Éducation et la Gymnastique respiratoire. Une leçon sera donnée aux enfants par la monitrice avec présentation d'élèves.

Ce cours sera *essentiellement pratique*. Les auditeurs *seront exercés individuellement* aux méthodes d'examen, aux méthodes de traitement et aux exercices de médecine opératoire.

La Clinique oto-rhino-laryngologique contient 102 lits répartis en service d'hommes, de femmes, d'isolés et surtout d'enfants.

Un développement, tout particulier sera donné à *l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie chez les enfants*.

La Clinique possède un laboratoire, une bibliothèque qui renferme tous les ouvrages intéressant la spécialité et la collection des atlas et des périodiques, un musée photographique, radiographique et histologique. Les auditeurs y auront accès.

Un certificat sera délivré à la fin du cours.

S'inscrire en écrivant directement au Professeur CANUYT.

Droits d'inscription: 300 francs.



CENTRO CIÊNCIA VIVA  
UNIVERSIDADE COIMBRA



# A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



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

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



- **Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagógos  
2 a 12 pílulas 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: 1/3 dose

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

## Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

# HORMOVARINE BYLA

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

ÉTABLISSEMENTS BYLA — 26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



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

**E**M REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-  
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE  
**OURO** AO EXPOSITOR *Alves & C.<sup>o</sup>*  
*(Irmãos)* pelos productos "Wander".

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

*Alves Berne*

*A. Almeida D.*

**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.<sup>a</sup> (IRMÃOS)**

Rua dos Correeiros, 41, 2.<sup>o</sup> — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.<sup>o</sup>