

Ano V

N.º 9

Setembro de 1928



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

Solução de Compostos Halogenados de Cálcio
Preparada por Dr. TAYA e Dr. BOFILL

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositarios para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina. Paris 1889. Prova que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, 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** CHRYST.

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, Tuberculoses e convalescências —

Podr amostras e literatura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

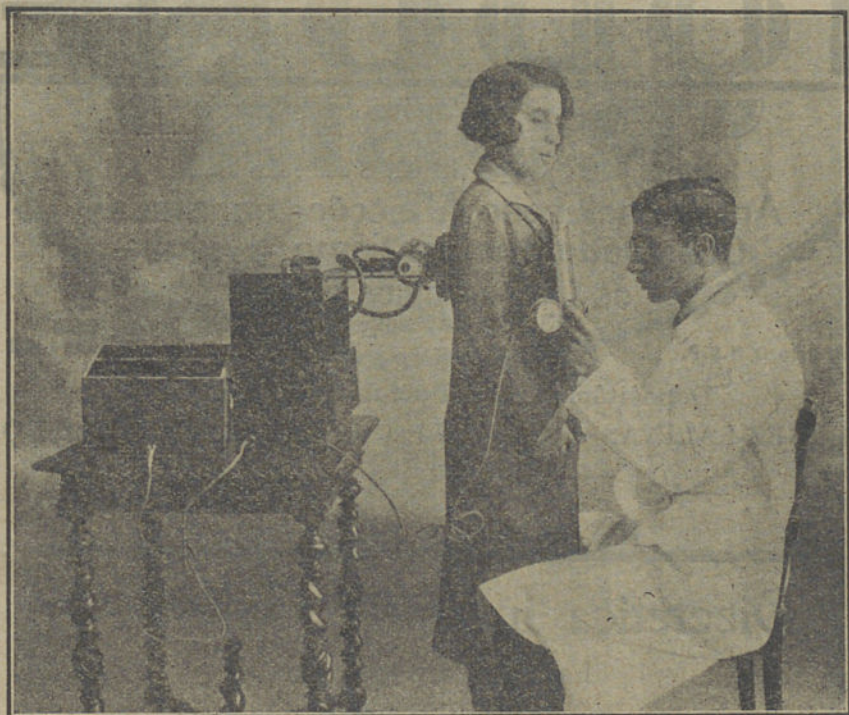
Sala B

9

RADIOPHORE FOURNIER

APARELHO DE RAIOS X PORTATIL PESANDO APENAS 30 QUILOS

Não necessita de sector eléctrico, porque trabalha com bateria própria



UMA RADIOSCOPIA COM O «RADIOPHORE»

É O UNICO APARELHO INÓCUO PARA O OPERADOR

Dá radioscopia e radiografia até 30×40.

É mais fácil de manejar que uma máquina fotográfica.

Peça-se brochura descritiva aos representantes

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGENIO DOS SANTOS, 81
LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATÓRIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

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

Diectetica infantil "MAX"

Lactação artificial pelo

LEITE MATERNISADO		N.º 1—1.º trimestre	e seguintes
		N.º 2—2.º »	
		N.º 3—3.º »	

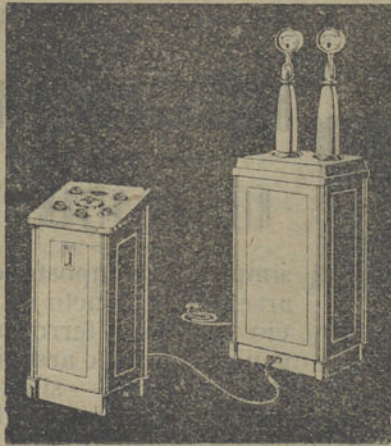
(Leite em pó, semelhante ao materno)

Albulactol
(Leite albuminoso, original do Dr. Finkelstein-GASTROENTERITES)

Dextromax
(Alimento malteado-ENTEROCOLITES)

Pedidos de literatura e amostras ao concencionário:
ANTÓNIO SERRA
Rua Almeida e Sousa, 2
LISBOA Telef. N. 3253





PARELHO DE RAIOS X «HELIODOR»
Próprio para pequenos hospitais e consultório

Os melhores
aparelhos de
RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

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

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

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

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

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 (XVIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L. da

45, Rua Santa Justa, 2.^o
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.ª -Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA **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 dor na injeção.

20 unidades por c. c. em frascinhos de:

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

FORÇAS: 25 c. c. = 500 » (» 50 »)

40 unidades por c. c. em frascinhos 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

Opinião de alguns médicos: N.º 2

«Os numerosos casos de nevralgia ovárica que tenho encontrado durante os últimos 15 anos, foram tratados com aplicações quentes de

Antiphlogistine
TRADE MARK

Costumo, freqüentes vezes, espalhar uma solução de mentol sôbre a região e, depois desta estar enxuta, aplicar a Antiphlogistine. O efeito analgésico é instantâneo e os resultados dos mais satisfatórios para mim e para os meus doentes.

Na dismenorréa adopto o mesmo sistema, fazendo aplicações sôbre a sinfise, etc. Sempre me dei bem com a Antiphlogistine.»

The Denver Chemical MFG, Co., New-York

LABORATORIOS :

Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos Ayres, Sydney, Montreal, Mexico City, Florence, Rio de Janeiro.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.

8, Caes de Sodré — LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche
PARIS (França)
Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL

$C_{15}H_{26}O$



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

KOLA ASTIER

GRANULADA

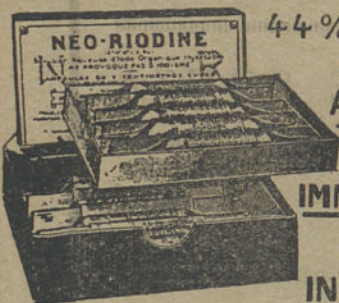


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescência das doenças infecciosas.

NÉO-RIODINE

$C^3 H^6 O^4 I_5 Na$

Solução Aquosa de Iodo
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃO

IMMEDIATA

INTENSA

Em injeções intramusculares e intra-venosas.

Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³ segundo os casos.

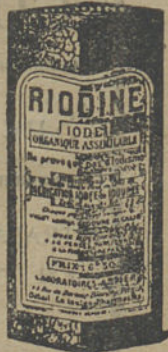
NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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

RIODINE

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

Derivado organico iodado
Ether glycerico
iodado do acido
ricinoleico.



ACÇÃO

LENTA

PROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Estado actual da cirurgia do uretero</i> , por Reinaldo dos Santos.....	pág.	613
<i>Sôbre um caso de nefrectomia no rim poliquistico</i> , por Alberto Gomes	»	626
<i>Bloqueio isolado dos ramos e das terminações do feixe de His</i> , por Eduardo Coelho.....	»	638

Notas clínicas

<i>Colecistografia</i>	»	667
------------------------------	---	-----

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	678
<i>Notícias & Informações</i>	»	LXIX

ESTADO ACTUAL DA CIRURGIA DO URETERO

RESUMO DO RELATÓRIO APRESENTADO
AO CONGRESSO HISPANO-PORTUGUÊS DE UROLOGIA
(MADRID, 10 A 16 DE MAIO DE 1928)

FOR

REINALDO DOS SANTOS

Encaramos êste relatório, não como capítulo de medicina operatória mas estudo das indicações cirúrgicas da patologia do uretero.

As noções anatómicas e fisiológicas, bases da cirurgia ureteral, são hoje bem conhecidas e delas dei um resumo ao Congresso de Urologia de Lisboa (1925), mas há pontos de fisiologia patológica em que me parece útil insistir.

1.º — O duplo aspecto da função do uretero — *tubo vector* estabelecendo a continuidade anatómica entre o bacinete e a bexiga e *tubo contráctil* com peristalse autoctona, gerando uma excreção em ejaculações rítmicas.

A cirurgia deve atender a esta dupla função e os resultados teem que ser analisados à luz do duplo critério — anatómico e funcional.

2.º — A dissociação das duas funções: *renal* e *ureteral*. Se as lesões do uretero teem uma repercussão essencial, por vezes decisiva, sôbre a função do rim, também não é raro surpreender adaptações do regime secretório dêste às lesões patológicas ou às perturbações funcionais do uretero. *E*

pode ver-se, nas lesões congénitas como nas adquiridas, um rim de valor apreciável a par de um uretero profundamente alterado.

Esta dissociação das duas funções, renal e ureteral, é outra noção fisiopatológica importantíssima que domina o estudo das indicações e o prognóstico da terapêutica conservadora.

O estudo das anastomoses e implantações ureterais, por exemplo, pecou outrora por deficiência do conceito funcional, quando só atendia à reconstituição anatómica do canal, mas está talvez caindo hoje no excesso oposto, regeitando intervenções conservadoras capazes de restaurarem a continuidade anatómica a título de não restabelecerem uma função perfeita.

É esquecer os casos clínicos em que um uretero átono, dilatado, ou de peristalse anormal, está ligado a um rim com uma actividade funcional apreciável, como o estudo das dilatações congénitas ou adquiridas, por vezes bilaterais ou em rins únicos, nos tem ultimamente revelado.

Nestes casos o que deve dominar as indicações e o estudo último dos resultados é o *ponto de vista renal*, essência e finalidade de tódia a função urinária.

- 3.º — Emfim, três aspectos da anatomia e fisiologia patológicas do uretero, o *refluxo* a *atonía* e a *dilatação*, devem ser bem definidos para evitar a imprecisão com que frequentemente são confundidos:

o refluxo é a insuficiência do orifício ureteral — alteração essencialmente anatómica;

a atonia é a insuficiência da parede muscular do uretero (por aplasia, paralisia ou infiltração inflamatória);

a dilatação é não só a consequência habitual (e lógica) da atonia ou do refluxo mas ainda a de muitas outras causas como o apêrto, as compressões extrínsecas, as implantações anormais, as ureterites, etc.

O *refluxo*. O que impede normalmente o refluxo é não só a tonicidade do aparelho excretor (incluindo a própria bexiga que, no momento da micção, o mais perigoso para o refluxo, defende o uretero contraíndo-se sôbre êle) mas *sobretudo a*

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA

SEIXAS-PALMA

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A 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 A' OVARIOTOMIA.
NEVROSES CARDIACAS.
ASMA NERVOSA.
NEURASTENIA GERAL.**

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R. S. THIAGO 9 - LISBOA**

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas da insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECÍNA

que é isenta de princípios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios:

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES: Histerismo, idade critica, accidentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE: 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES: *Retenção ou desaparecimento da menstruação*. Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE: 1 comprimido por dia e augmentar successivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE: 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES: Hemorragias uterinas. — DOSE: 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma**, em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



integridade e a obliquidade do trajecto intraparietal do uretero.

Esta disposição anatómica, só por si, explica :

- a) a dificuldade de provocar o refluxo no cadáver (Merkel), onde aliás as defesas funcionais desapareceram;
- b) os êxitos operatórios nas implantações oblíquas (Coffey);
- c) a continência de certas fistulas vesicais explicável pelo seu trajecto anatómico;
- d) os refluxos por repuxamento dos orifícios ureterais (obs. de Chauvin) com persistência da tonicidade e ritmo do uretero;
- e) emfim, as atonias sem refluxo.

Isto é, nem a perda da tonicidade conduz fatalmente ao refluxo, nem a persistência da peristalse o impede.

A etiologia do refluxo é, pois, essencialmente orificial, por lesão, infiltração ou desvio da porção intramural do uretero. Não lesado, um uretero dificilmente se deixa forçar. A estatística de *Bumpus* mostra-o: tub. 38,8 0/0; pielonefrites 18,9 0/0; hipertr. prostat. 4,7 0/0.

A *atonía*, ora está ligada a doenças do sistema nervoso central (e esses casos interessam mais à neurologia que propriamente à urologia), ou a lesões nervosas periféricas (traumatismos e feridas do uretero), aplasias congénitas ou emfim, a lesões inflamatórias da mucosa que, ou primitivamente paralizam a musculatura ureteral (uretero-pielites), ou secundariamente a infiltram como nas estenoses (casos clínicos de Israël e Fedoroff (1898) reproduzidas experimentalmente por Karaffa-Korbutt (1908) e estudadas gráficamente, sob o ponto de vista da sua fisiologia patológica, por R. dos Santos (1909).

Quanto às *dilatações ureterais*, cuja freqüência é hoje fácil de reconhecer pela radiografia, constituem um sintoma essencial da patologia ureteral, cuja etio-patogenia múltipla devia ser estudada como a das hidronefroses e cuja patologia geral tem para o uretero importância comparável à das hematúrias, piúrias, etc., em patologia renal. Falar de dilatação ureteral sem procurar precisar a sua natureza etiológica é o mesmo que falar vagamente de hematúrias renais. Dizemos hoje: hematúria por nefrite,

por calculose, por tuberculose, por tumor, por hidronefrose, etc.; assim devemos dizer: dilatação ureteral por tumor, post-traumática, gravídica, etc. Assim se restringirá o grupo, mal definido ainda, das dilatações congénitas de causa desconhecida.

Proponho a seguinte classificação das *dilatações ureterais*:

A) Ligadas a lesões do próprio uretero — por *obstáculo*, *atonía* ou *refluxo*.

Dilatações por obstáculo (em geral sem refluxo e só secundariamente com atonia):

congénitas — apertos, válvulas, atrésias do meato e dilatações quísticas, dobras, implantações anormais, etc.;

adquiridas — ureterite estenosante (tuberculosa ou não) cálculos, tumores, compressões extrínsecas, etc.

Dilatações por atonia (sem obstáculo e em geral sem refluxo, pelo menos primitivamente, podendo a atonia ser parcial):

congénitas — spina bifida e outras malformações do sistema nervoso central ou do próprio aparelho urinário (extrofia da bexiga);

adquiridas — 1) traumáticas (feridas do uretero, transplantações, desnudações extensas);

2) inflamatórias (infecções agudas);

3) nervosas (sífilis, tabes, mielites, traumatismos medulares, etc.).

Dilatações por refluxo (em geral sem atonia primitiva):

congénitas — dilatação congénita dos meatos ureterais, ou ligadas a divertículos da bexiga;

adquiridas — 1) tuberculose ulcerosa, cistites graves, pielites, cálculos, tumores da bexiga;

2) post-operatórias: nas implantações ureterais, nas ressecções dos ureterocelos e dilatações quísticas, excisão de cálculos intramurais, etc.

B) Dilatações ureterais, consecutivas a lesões do ap. urinário inferior:



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 espasmódicos (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; calxas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie
Aktiengesellschaft

Secção Farmaceutica

"Bayer-Meister Lucius"

LEVERKÜSEN (Alemanha)

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150-5.º - LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.^{da}

Rua Jo:é 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

Medicação antidiarreica

pele

GELOTANIN
(Tanato de Gelatina)

Creanças : De 3 a 6 pacotes por dia, dissolvidos no
leite ou nos alimentos habituais

Adultos : 4 a 8 hostias por dia em qualquer
altura das refeições



Laboratoire CHOAY
48, Rue Théophile Gautier, PARIS

Amstras e Literatura : A. SERRA
Rua Almeida e Sousa, 2, LISBOA



EXTRACTO
DE
MALTA

“EUMALT”

Aceptado por R.O. del 2 Abril 1915 en los Hospitales Militares

SIMPLE
CON HIPOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPISINAY PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE HIG. BACALAD
CON ACEITE HIG. BACALAD E HIP**



DIPLOMA DE MÉRITO
2º Congreso de médicos de la L.C.
— Julio 1917 —
Gran Premio en la Exposición de Medicina e Higiene
— 2º Congreso de C. M. — Sevilla 1904
ESPLUGAS (BARCELONA)

Dr. P. Andreu Lloberes

Muitas complicações que se consideram como um fracasso do medico

EVITAR-SE IAM mantendo as forças do doente, permitindo assim que actuassem as defesas naturais.

Alimente um doente com extrato de Malte “EUMALT” e proporcionará ao organismo em luta o vigor fisico necessário para combater vitoriosamente a doença.

É propriamente um alimento concentrado e um poderoso digestivo, imprescindível na dieta lactea, tornando o leite muito mais nutritivo e facilmente digerível, tendendo a evitar as prisões de ventre provocadas pelo repouso prolongado e a alimentação exclusiva de leite.

Produtos de Malte “EUMALT”

DR. P. ANDREU LLOBERES — Esplugas (Barcelona)

Amstras e Literatura : A. SERRA — Rua Almeida e Sousa, 2 — LISBOA

Malformações, apertos da uretra, hipertrofia da próstata, esclerose ou hipertrofia do colo vesical, divertículos da bexiga com grande retenção, etc.

É evidente que estas lesões podem combinar-se e certas dilatações acompanham-se, por exemplo, de refluxo e de atonia, mas o que importa para interpretar e classificar a dilatação é subordiná-la ao critério etiológico que domina a sua patogenia, prognóstico funcional e indicações terapêuticas. Assim, uma dilatação por apêrto pode acompanhar-se secundariamente de atonia, mas a lesão essencial é a ureterite estenosante.

Termos, emfim, como *uretero forçado*, *dilatação congénita*, etc., empregados no sentido de uma entidade nosológica, deviam ser evitados pela imprecisão e confusão de coisas diferentes que englobam.

É certo que o grupo das dilatações congénitas é por vezes difícil de caracterizar. Assim ha grandes dilatações congénitas (*obs. de Gottlieb*) com atonia mas sem refluxo nem obstáculo mecânico. ¿Será por aplasia muscular?

Observações como as de Legueu (pielosopia) e Killeutmer (estudo histológico) mostrando uma musculatura activa ou bem desenvolvida, são exemplos de dilatação congénita com refluxo mas sem atonia. Eu próprio observei, como tantos outros, casos de grande dilatação congénita, sem atonia, nem refluxo, nem apêrto, nem lesão nervosa central. ¿Qual a etiologia?

Por ora teremos de reservar um pequeno capítulo para as dilatações congénitas de causa desconhecida.

Posto isto, analisemos rapidamente as principais indicações cirúrgicas nos capítulos essenciais da patologia ureteral.

*

* * *

Traumatismos.— Nas ruturas, a possibilidade de sutura é rara e a atonia, acima e abaixo do corte (Wosskressensky), é a regra. O ponto essencial é o das feridas do uretero nas operações ginecológicas.

A *ureterostomia*, incerta nos resultados, é uma fístula definitiva. A laqueação simples do uretero com o fim de obter a atrofia

do rim é insuficiente ; com a queda do fio vem a fistula urinária. Só o *nó de Stæckel* feito com o próprio uretero, reforçado com uma laqueação (Karsavoye) ou a torsão e fixação na pelve (Potten), conduzem mais seguramente, ora à atrofia renal silenciosa, ora à hidronefrose. É este hoje o meio mais rápido de resolver o problema do corte do uretero ; sacrifica, é certo, o rim (nunca empreender uma operação ginecológica que possa envolver o uretero, como no cancro do útero, sem prévio estudo funcional dos rins), mas evita complicar intervenções, já graves, com uma anastomose delicada de resultados incertos.

A *laqueação temporária* (com o fim de fazer 4 a 7 dias depois uma anastomose secundária) estudada experimentalmente por Enderlen, Corbett, Beer, Karsavoye, etc., não tem tido ainda sufficiente applicação clínica que nos permita julgá-la.

Evidentemente que a operação lógica é a *anastomose*, mas ¿ que pensar dos seus resultados? As *ureterorrafias* nos cortes altos e as *uretero-cisto-neostomias* nos juxta-vesicais teem um valor muito diferente.

Anastomoses uretero-ureterais.— Os estudos experimentais interessam (como os da *u. c. n.*), mais a técnica que aos resultados afastados. Só observações clínicas de ureterorrafia seguidas e estudadas a distância pela cromocistoscopia e ureterograma, teem valor para o estudo anatómico e funcional da anastomose.

A urologia franceza envolve estas anastomoses na condenação geral das implantações superiores e inferiores do uretero. ¿ Em que se baseia? Nos casos de insuccesso e até nos de aparente êxito clínico, mas com morte ou atrofia do rim por estenose ou obliteração ureteral. São os casos sempre citados de *Pozzi, Chaton, Routier, Fissmann, Franz, etc.*

Mas é indiscutível que há muitas observações de anastomoses ureterais cujos resultados afastados (mais de um ano pelo menos) não permitem uma tal condenação.

As observações de *Perlis, Boari, Reed, Debet, Reuben Peterson, Chifoliau, Proust, Forsell, Bouchard, J. Petit, Hepburn e Binney, J. Pais, Simões, etc.*, são exemplos entre outros, de boa função renal examinada de 1 a 9 anos depois.

As antigas experiências de Alksne, últimamente tão citadas para condenar as suturas (em virtude da atonia e dilatação acima do anel fibroso cicatricial que interromperia as fibras lon-

gitudinais do uretero), nem estão de acôrdo com alguns factos clínicos verificados à cromocistoscopia post-operatória nem atendem ao conceito duplo da função ureteral, não apenas dinâmica mas também anatómica, do tubo vector de urina.

Não nos parece justo, pois, subordinar as indicações da anastomose ao exclusivo ponto de vista da recuperação do ritmo peristáltico, quando uma reconstituição da continuidade anatómica é, só por si, susceptível de permitir muitas vezes a conservação duradoura do rim. E em última análise o que deve prevalecer no juízo dos resultados e indicações da conservação — é o *critério renal*.

O que domina o futuro destas anastomoses é a estenose (dilatação e estase) e a infecção. Devem, pois, ser vigiadas e por vezes *dilatadas*.

Como *técnica*, a anastomose mais simples (e a que poupa mais uretero) é a término-terminal, preferível à invaginação, embora ambas tenham dado bons resultados funcionais. As outras anastomoses: laterais, término-laterais, próteses de magnésio, etc., são pouco aconselháveis.

O problema da *uretero-cisto-neostomia (u. c. n.)*, é muito diferente do precedente e os seus resultados mais difíceis de averiguar. Há poucas observações estudadas post-operatoriamente à cromocistoscopia (função reno-ureteral), e à cisto-ureteropielografia (dilatação e refluxo). Muitos urologistas, sobretudo franceses (Legueu entre eles), tem-a condenado por levar constantemente ao *refluxo* e à *morte do rim*. Ora, em primeiro lugar, estas duas coisas não devem ser confundidas. Nem o refluxo é fatal (implantações oblíquas), nem, quando se estabeleça, importa destruição do rim. Em segundo lugar, recentemente ainda (Ass. Ungara e Urologia, 1927), von Mezö e Boross, como outrora Wertheim, defenderam a *u. c. n.* citando bons resultados a que se podem juntar os de Goldberg, Gaston Torrance, Brin (d'Angers), Weibel (em 10 casos, 7 com restabelecimento da função reno-ureteral), etc.

Todavia, é justo reconhecer que as observações de bons resultados afastados são raras e que a dilatação ureteral é a regra, em parte por atonia (corte das fibras nervosas do uretero oriundas do plexo hipogástrico) e freqüentemente com refluxo.

Nas bexigas infectadas e nos tumores vesicais é melhor não fazer anastomoses. Hunt-Mayo teve nestas implantações ureterais

uma mortalidade de 30 0/0, muito superior à que nas mesmas circunstâncias lhe deu a laqueação do uretero, 13 0/0. E Marion queixa-se de que 3 vezes a anastomose lhe comprometeu o resultado da operação essencial (ressecção por tumor vesical). Nestes casos é melhor sacrificar o rim com o nó de Stoeckel (a infecção renal é mais grave que a sua atrofia), ou se a sua conservação se impõe, recorrer às transplantações intestinais (Coffey).

A *u. c. n.* é, pois, uma operação cuja técnica e resultados estão ainda insuficientemente estudados para a condenar sem apêlo ou regradar fundamentadamente a sua aplicação.

Das fistulas ureterais, muitas curam-se espontaneamente (40 a 50 0/0), e melhor ainda se se consegue cateterizar o uretero e deixar uma sonda permanente.

Começar, pois, por esperar: Fritsch 4 semanas, Stoeckel seis; aliás intervir por nefrectomia nos casos de infecção ou tentar uma reimplantação nos que forçam à conservação.

Os apertos do uretero. É talvez hoje o capítulo mais interessante da patologia ureteral.

Os apertos, cuja realidade é infantil contestar, mas cuja frequência não é a que Hunner lhe atribui, atingem, com conseqüências diversas, sobretudo as duas extremidades, superior e inferior, isto é, colo do bacinete e porção juxta-vesical do uretero. Podem ser, em qualquer das localizações: *a) congénitos*; *b) traumáticos* (ruturas, feridas, suturas, fistulas, etc.); *c) inflamatórios* (ureterites, calculose); *d) extrínsecos* (artérias anormais, tumores, periureterites, útero grávido, etc.); *e) neoplásicos*.

A sede e a natureza teem uma importância capital.

1.º — *Apertos da extremidade superior.* Envolve todo o problema das hidronefroses. Variedades:

- a) estenose no limite pielo-ureteral*;
- b) aderências fixando cotovelos e trajectos serpenteados* (para evitar erros de diagnóstico, ureterogramas em série como *Gottstein, Pflaumer e Bömingaus* aconselham);
- c) angulações geradas ou agravadas pela ptose* (pielografia de pé e deitada);
- d) compressão por artéria anormal*;
- e) implantação alta formando esporão.*

O tratamento conservador das hidronefroses não merece a proscrição de alguns urologistas franceses nem o pessimismo de Maximovitsch, cujo estudo recente, baseado em 110 hidronefroses do serviço de Fedoroff, poderia impressionar. As indicações das operações plásticas devem ser baseadas no grau de infecção e sobretudo de tonicidade do bacinete (Legueu), na distinção funcional entre ectasias e hidronefroses (Fedoroff e Völker).

As grandes hidronefroses, aquelas que mais frequentemente se operavam antes da pielografia (e constituem o núcleo essencial da estatística de Maximovitsch) teem na atonia que geralmente as acompanha um gérmen de recidiva e de estase. Estão condenadas à nefrectomia ou à nefrostomia. Nas pielectasias de Fedoroff e Völker, ou hidronefroses intermitentes de Albarran, isto é, nas dilatações com conservação da contractilidade do bacinete, a supressão do obstáculo mecânico (apêrto, esporão, cotovêlo ou artéria anormal), faz desaparecer as cólicas e as retenções. Nestes casos, e são os mais numerosos, a atonia só vem secundariamente, não é primitiva, como afirma Legueu. O critério dos resultados deve ser não só *anatômico* (desaparição da dilatação e da estase), mas *funcional* (do rim e do uretero) e *clínico* (desaparição das cólicas e da infecção, se existe).

Numerosas observações de Irving Simons, Lichtenberg, Kümmel, Fenger, Küster, Israël, Gayet, Rihdner, Bazy, Hartmann, Quinby, Moynihan, Nicolaysen, Grégoire, Krogius, Weinberg, Krönisch, etc., sobretudo as séries de Wildbolz (14 casos, 13 curas) e Judd-Mayo (39 casos, 28 sucessos), permitem esperar de uma judiciosa escolha das observações (radiológicas e funcionais) a reabilitação destas operações plásticas, vítimas de indicações mal postas. É neste sentido que a pieloscopia (Legueu) e o estudo de ritmo excretório (R. dos Santos) são a base do diagnóstico e prognóstico da função pielo-ureteral, enquanto a pielografia é a base anatômica da *forma* da ectasia e da *sede* do obstáculo que a determina.

Quanto à técnica, o essencial é suprimir o obstáculo: nas *estenoses*, dilatar por pielotomia (Kelly, v. Lichtenberg, R. dos Santos) ou incisão e sutura transversal do apêrto; nos outros casos, laqueação das artérias anormais, libertação das aderências, endireitamento do uretero e fixação alta do rim, emfim, uretero-pieloplastias ou anastomoses laterais (v. Lichtenberg).

Apertos do uretero pélvico. — A sua freqüência, considerada de maneira tão diversa pelos urologistas, mostra quanto esta lesão é mal conhecida e definida. Pflaumer em 2.500 casos urológicos viu 13 estenoses do uretero (0,5 0/0), Rathbun em 739 doentes viu já 92 apertos (12,4 0/0) e Hunner diz ter tratado mais de 2.000 estenoses ureterais, o que é evidentemente exagerado. O seu diagnóstico deve basear-se no cateterismo explorador, na ureteropielografia, no estudo da estase, enfim, no da *função ureteral* (cromocistoscopia e *uroritmografia*, a par da pieloscopia ou ureteropielografia em série).

Os apertos do uretero pélvico podem ser :

- congénitos* — mais raros que os superiores (válvulas, divertículos, dilatações quísticas, etc.);
- traumáticos* — sobretudo consecutivos a feridas e acidentes nas op. ginecol. ou após anastomoses;
- inflamatórios* — por ureterite (são os mais freqüentes) ou calculose (em que há traumatismo e infecção);
- extrinsecos* — por tumor, útero grávido ou compressão inflamatória, peri-ureterite, ovarites (Ferron), apendicites (Gottlieb), vesiculites (Young), membrana de Jackson (Miles Philips), psoides, etc.

Em geral, acima do apêrto há dilatação ureteral, ao comêço com espessamento da parede e até hipertrofia muscular; mais tarde, com os progressos da distensão, vem a retenção, quasi sempre séptica; enfim a infiltração da parede ureteral acaba por esclerosar a camada muscular, conduzindo à *atonía* de Fedoroff e Israël.

A fisiologia-patológica (R. dos Santos) permite considerar três étapes :

- 1.^a — fase de dilatação ureteral sem retenção; as ejaculações *fortes*, mais afastadas que do lado são;
- 2.^o — grande dilatação com retenção ureteral incompleta; ritmo de ejaculações raras mas demoradas;
- 3.^o — enfim, distensão com regurgitação; ritmo de incontinência, gota a gota. É a *atonía*.

Tratamento. — Os resultados conservadores nos casos avan-

çados são muito raros. Boa recuperação funcional apenas nos casos iniciais, com a dilatação.

Apertos permeáveis — tratamento endoscópico :

- a) dilatação gradual (Desnos, Hunner, Rathbunn, Goldstein, Perlmann, Aschner, Hain, Wagner, etc.); são ainda os melhores resultados ;
- b) sonda ureteral permanente ; apenas resultados transitórios, não tem a mesma acção nem é tolerada como nos apertos da uretra, pode porém dar melhoras na pielite com estase (Goldstein) e nas fístulas com estenose (R. dos Santos) ;
- c) Ureterotomia interna (R. dos Santos) ; é um primeiro tempo da dilatação, aliás com tendência a recidivar ;
- d) diatérmia, destruição do esporão (Rosenburg). Casos raros :

Apertos impermeáveis — tratamento operatório :

- a) Ureterotomia externa seguida de incisão do apêrto : via extraperitoneal (Albarrañ), via intraperitoneal (R. dos Santos) ; resultados efémeros : acabam por nefrectomia ;
- b) Pielotomia seguida de dilatação retrógrada, de cima para baixo (R. dos Santos), mesmo em casos de infecção renal deu dois bons resultados ;
- c) Transplantação termino-vesical (*u. c. n.*, Legueu) ; ou látero-vesical (Krogius, Janssen) ;
- d) Ureterolise (aderências extrínsecas — Rosenberg).

Nos casos de recidiva, atonia ou fraco valor renal, *nefrectomia* (Joseph), mas perigo de empiema do uretero dilatado acima do apêrto que resta. Nestes casos algumas vezes :

Ureterectomia secundária (Israël, Kornitzer, Fronstein).

Nas grandes dilatações, a operação de Krogius — anastomose lateral do uretero com a bexiga, *sem corte da porção terminal*, isto é, respeitando as suas conexões nervosas com o plexo hipogástrico, evita a atonia e merece ser estudada, tanto mais que uretero dilatado não quer dizer perda fatal da peristalse (Caulk) e não cortar o uretero, mais garante o conservá-la.

As ureterotomias (internas ou externas) dão apenas resultados transitórios; os melhores são ainda os da dilatação (Ockerblad 50 % de curas; Livermore: 29 % de curas, 50 % de melhoras, 15 % de resultados medíocres).

O apêrto do uretero pélvico é uma questão mal estudada ainda. Entre as soluções extremas — *dilatação* ou *nefrectomia* — tôdas as tentativas intermédias são ainda aleatórias.

Calculose ureteral — É de tôdas as intervenções ureterais a mais freqüente, porisso a melhor regrada e sôbre a qual pouco há a acrescentar ao que é hoje clássico nos tratados.

Notemos que 50 % dos cálculos ureterais podem sair espontaneamente ou: com o auxílio de pituitrina (Kalke, Schöndube), do cateterismo ureteral (novocaína, dilatação, lubrificação), com sonda permanente 24^h ou 48^h, às vezes cateterismo em feixe (Bürger), dilatação com pequena laminária Blum, instrumentos preensores de Pflaumer, Stirling, etc., cesto de Böhringer, balão de Dourmashkin, etc.

Quando se é obrigado a intervir, não esquecer, depois da ureterotomia, de explorar o uretero e dilatar o apêrto que em geral acompanha o cálculo.

Quanto à via de acesso só é discutível para o uretero pélvico. A incisão transversal do recto (Joseph), combinada por vezes à mediana (Rubritius), com ou sem extraperitonização da bexiga, parece preferível à incisão ilíaca de Albarran, tanto mais que permite o acesso dos 2 ureteros (cálculos bilaterais) ou utilizar a via endovesical combinada, nos cálculos intramurais.

Tumores do uretero. — Estudados por Jeanbrau, Aschner, Bastos, Gottlieb, etc., são tumores raros, freqüentemente secundários a tumores do bacinete ou da bexiga. Gottlieb reuniu 57 casos, dos quais cêrca de 40 % eram papilomas, os restantes malignos.

A indicação essencial é a *nefro-ureterectomia total*, num tempo sempre que possível (Gottlieb) ou em dois (como fêz Bás-tos), primeiro reno-ureteral, depois uretero-vesical.

Os papilomas acessíveis pela bexiga teem sido tratados ou por talha (Takahashi) ou por via endoscópica (Beer, Heitz-Boyer, Cottentot, Legueu, etc.).

Patologia do meato ureteral. — À parte os cálculos, papilomas e as dilatações, em geral congénitas, que geram os refluxos e às quais já aludimos, as lesões mais freqüentes são: a *dilatação*

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE ÍNDOLOR PRATICA-SE

COM O



ACETYLARSAN

DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

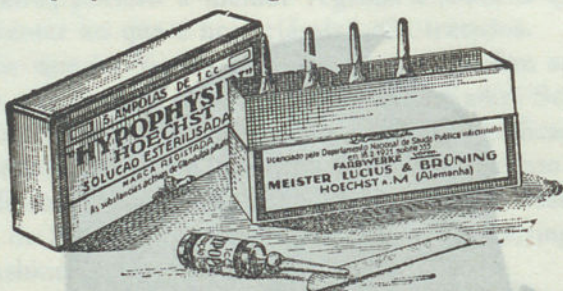
AMOSTRAS E LITERATURA

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

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

HYPOPHYSINA

O eficaz increto do lóbulo posterior da glandula pituitaria
Valioso preparado fisiológico de conteudo constante



FORTE E SEGURO

activador do parto e vaso-tónico

OUTRAS APLICAÇÕES:

Asthma bronquial, colápso, queda de pressão sanguínea tóxica, dismenorréa, amenorréa, hemorragias post-partais, paralisia intestinal post-operativa, coleditiase, nefrolitiase.

DOSE: 0,5 e 1 c. c. intramuscular, endovenosa e subcutânea.

Repetir segundo as necessidades.

NO COMÉRCIO:

Ampolas de 0,5 e 1 c. c. em caixas com 5 e 10 ampolas

Em pacotamento original



I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister-Lucius"

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 2.º — LISBOA

quística e o *prolapso ureteral*. A dilatação quística, cuja patogenia foi bem estudada por Chwalla (malformação ligada à membrana ureteral) está freqüentemente ligada a uma atresia do meato com dilatação de todo o uretero (às vezes associada à calculose e divertículos). Tem sido tratada, ora por via endoscópica (*diatermia*), ora por *talha* quando o seu volume o impõe. Mas os resultados da ressecção (refluxo) parecem inferiores aos da electrocoagulação. Papin teve que fazer num caso a ureterectomia secundária. Jansen fez uma vez, como Krogus nos apertos, a anastomose lateral do uretero dilatado à bexiga, tendo obtido um bom resultado funcional.

Quanto ao prolapso ou *ureterocelo*, distinto pela patogenia, anatomia patológica e aspecto cistoscópico, da dilatação quística, acompanha-se como esta, de distensão ureteral. Tem sido operado por talha com ressecção do cilindro procidente e sutura dos bordos das duas mucosas, vesical e ureteral. Refluxos post-operatórios freqüentes.

*

* *

O estudo da cirurgia ureteral é ainda hoje difícil pela raridade de observações completas concretizando os resultados afastados das operações conservadoras, estudados, para o rim e uretero, sob o duplo ponto de vista *anatômico* e *funcional*. Tôda a intervenção ureteral, para ser utilizável como estudo e elucidativa como prognóstico, deve investigar, antes e depois, a existência ou não de refluxo, atonia ou simples dilatação do uretero (cisto-uretero-pielograma) e, além disso, ser acompanhada de um exame funcional como a cromocistoscopia que tem a vantagem de dar, pela eliminação do azul, uma noção do valor do rim, e pelo ritmo uma indicação da função ureteral.

Se êste relatório, por deficiência de grande número das observações de cirurgia ureteral até hoje publicadas não conseguiu resolver tôdas as dúvidas que ainda a envolvem, que ao menos tenha a virtude de fazer suspender certos juízos demasiado radicais sôbre a sua cirurgia conservadora e orientar as futuras observações no sentido de esclarecerem alguns dos problemas que aqui foram postos, conduzindo enfim a conclusões que esta primeira tentativa só parcialmente comporta.

SÔBRE UM CASO DE NEFRECTOMIA NO RIM POLIQUÍSTICO (1)

POR

ALBERTO GOMES

O rim poliquístico, displasia congênita, praticamente sempre bilateral, não comporta, na grande maioria dos casos, tratamento cirúrgico. Excepcionalmente, porém, a unilateralidade das lesões, ou antes, a sua franca predominância num dos rins, criando a unilateralidade clínica, permite o tratamento operatório sem que se manifeste prejuízo imediato ou remoto para o doente.

As complicações do rim poliquístico chegam mesmo a constituir indicação absoluta e urgente da nefrectomia que se tem realizado com resultados satisfatórios verificados durante largos períodos, como é exemplo a observação que em seguida relatamos.

Obs. N.º 19.129 do Arquivo do Serviço de Urologia do Hospital de S. José. — M. C., «chauffeur», de 34 anos, teve várias blenorragias, a última há quinze anos.

Há seis anos, dores no flanco esquerdo em forma de cólica violenta que durou cêrca de três horas, passando depois pouco a pouco. A bexiga ficou muito irritada, sendo as urinas muito turvas. Passou bem durante um ano, sem dores e com urinas límpidas, repetindo-se então a cólica com as mesmas características.

Fêz várias radiografias que não revelaram cálculos, que também nunca notou nas micções.

Depois, quási todos os seis meses a cólica se repete, sempre violenta mas pouco duradoira, calmada algumas vezes pelo simples repouso de algumas horas.

Micções raras, tôda a noite sem urinar, mas as urinas turvas e fétidas.

Vem à consulta em 3 de Março de 1926, porque há cinco dias teve de novo cólica violenta no flanco esquerdo com irradiação para o hipogastro, acompanhada de vômitos biliosos e micções freqüentes. A dor durou sete horas, sendo a urina durante êsse período clara como água e límpida. Passada a cólica a urina voltou a ser turva.

(1) Comunicação apresentada ao 2.º Congresso hispano-português de urologia.

As urinas apresentam-se turvas, purulentas, de cheiro fétido e pútrido. Micções freqüentes, cada quinze minutos de dia e de noite.

Apêto 20 do meato, uretra permeável além, com resaltos.

Polo inferior do rim direito palpável na inspiração funda, de forma, volume e consistência normais. À esquerda ligeira defeza muscular que não permite a palpação do rim.

Algumas instilações de nitrato de prata a um por cento e lavagens de protargol a um por dois mil melhoram os fenómenos de cistite, tornando as micções mais raras, cada duas horas de dia e de noite.

A análise das urinas totais dá o seguinte resultado: Volume de 24 horas, 1.750 centímetros cúbicos, densidade 1.015, reacção ácida. Ureia 13gr,20, cloretos 8gr,64, albumina 0gr,50 por mil. Muita indicana. No sedimento, células epiteliaes pavimentosas e muito pus.

A fenolsulfonftaleína em injeccção intravenosa dá uma eliminaçção de 55 por cento em setenta minutos.

Azotémia 0gr,59 por mil. Constante de Ambard 0,151.

Pêso do doente 62 quilos.

O exame directo do sedimento e inoculações, negativas em relação ao bacilo de Koch. As culturas revelaram bacilos Coli.

Em 9 de Maio cistoscopia e exame do funcionamento renal.

Capacidade vesical, 200 centímetros cúbicos. Fortes lesões de cistite, superficie tomentosa, principalmente à esquerda.

Orificio ureteral direito bem visível; um cateter número 13 pára a dois centímetros, progredindo depois facilmente até ao bacinete.

À esquerda, o orificio ureteral só difficilmente se reconhece, e, a-pesar-de várias tentativas, nem mesmo um cateter número 8 progride além de cêrca de dois centímetros.

Poliúria experimental durante duas horas com cateter no rim direito e algália na bexiga para o rim esquerdo.

	CATETER URETERAL (rim direito)	ALGÁLIA VESICAL (rim esquerdo)
Volume de urina em cent. cúb.	$36 + 37 + 36 + 33$ = 142	$7 + 7,5 + 9 + 11$ = 34,5
Ureia: concentração em gramas	$12,8 - 11,5 - 12,8$ - 12,8	$3,8 - 2,5 - 3,8 - 3,8$
Ureia: débito em gramas	$0,46 + 0,42 + 0,46$ + 0,42 = 1,76	$0,026 + 0,19 + 0,014$ + 0,042 = 0,101
Sedimento.	Células epiteliaes, raros leucócitos dispersos, muitas hematias	Células epiteliaes, muito pus, algumas hematias
Reacção.	Ácida	Ácida
Albumina	0,80 por mil	Fortes vestígios

A deficiência manifesta do rim esquerdo levou-nos à intervenção com o diagnóstico de provável pielonefrite com dilatação do bacinete e crises de retenção.

Anestesia geral pelo éter. Incisão lombar. Forte musculatura. Ausência quase completa de gordura perirenal. Perinefrite intensa que dificulta a exteriorização do rim pelas fortes aderências. Uretero levemente espessado, com a gordura muito aderente e esclerosada por lesões de periureterite que continuam as lesões de perinefrite acima apontadas.

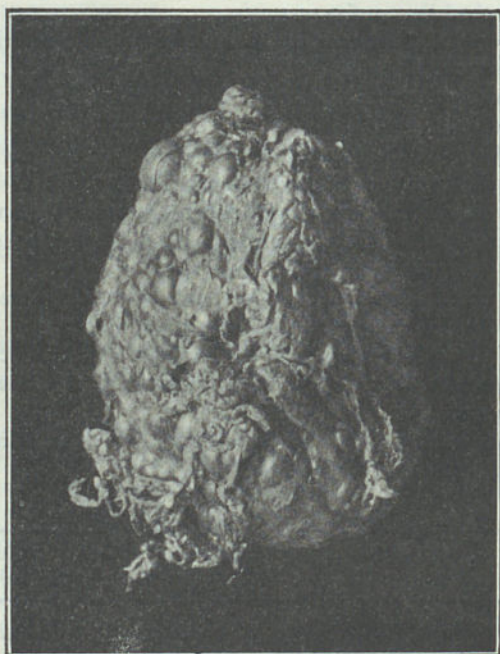


Fig. 1.

O rim, profundamente encravado na cúpula diafragmática, o que explica a impossibilidade da sua palpação, mostra-se globoso, com 16 centímetros de comprimento por 11 de largo e 19 de espessura (fig. 1), completamente coberto de pequenos quistos, cheios de líquido, nuns amarelo citrino mais ou menos turvo, noutros esverdeado e gelatinoso. Uma secção vertical e mediana sôbre o seu bordo convexo até ao bacinete (fig. 2) revela que os pequenos quistos ocupam tôda a superfície do rim sem ser possível distinguir a zona cortical da zona medular nem reconhecer qualquer vestígio de parênquima

renal. Pelo corte sai um líquido turvo, com alguns grumos, de cheiro pútrido e fétido, semelhante ao das urinas do doente. O bacinete quási desaparecido.

Aos oito dias tiram-se os pontos com união por primeira intenco; ao décimo quinto dia, porém, a temperatura que se mantinha  roda de 37 eleva-se a 39, notando-se a existência de um abscesso gazoso, que pela incisão d saída a pus pútrido com muitos gazes. Drenagem com dois tubos.

Num dos casos publicados por Schwartz em 1926 (1) também o doente, a quem foi feita uma interveno exploradora por duplo rim poliquístico,

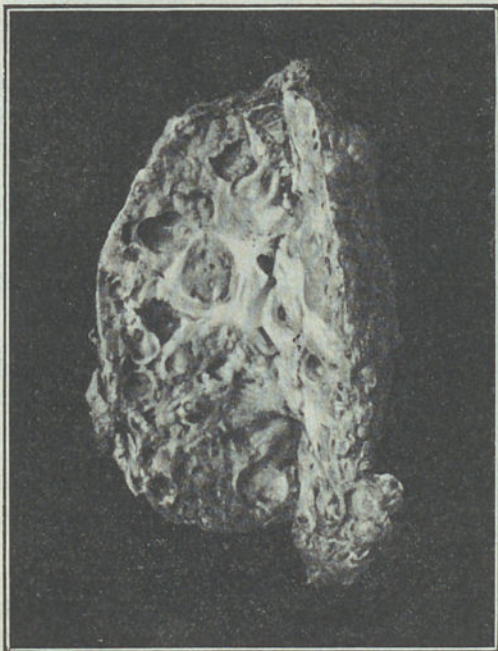


Fig. 2.

morreu algumas horas depois pelo que êle chama *Gaz bacillus infection*, sem conseguir, porém, encontrar qualquer micro-organismo pela cultura.

A diurese, que nos dois primeiros dias foi de quinhentos a oitocentos centímetros cúbicos, sbe no terceiro dia a mil e quinhentos centímetros cúbicos, mantendo-se depois numa média de mil centímetros cúbicos. As urinas são lpidas.

A supurao da ferida mantm-se durante alguns dias, tendo por fim o

(1) N. York State J. M., vol. 26, pág. 231. 1926.

doente alta, curado com bom estado geral, micções raras, urinas ligeiramente turvas.

A análise das urinas totais dá o seguinte resultado: Volume de 24 horas 1.225 centímetros cúbicos, densidade 1.020, reacção ácida. Ureia 15gr,40, cloretos 10gr,17, albumina 0gr,40 por mil. No sedimento, células epiteliais pavimentosas, alguns leucócitos aglomerados.

É revisto em Abril de 1928, cêrca de dois anos depois de operado.

Ótimo estado geral, retomou a sua profissão sem voltar a ter qualquer sofrimento. Micções normais, com intervalos de três a quatro horas de dia e uma única vez de noite. Urinas levemente turvas. Aumento de pêso, tendo actualmente 66 quilos. Continua a palpar-se o polo inferior do rim direito na inspiração funda.

O relatório do exame radiográfico, feito nesta data, diz o seguinte: «Não parece haver aumento de volume nem deformação do contôrno do rim direito, dando a impressão de estar um pouco abaixado». (a) R. PIRES.

A pielografia, que nos podia dar indicações mais exactas, não a realizamos, porque, não excluindo a bilateralidade das lesões, a fragilidade do órgão poderia tornar prejudicial o cateterismo ureteral através de uma bexiga que não era completamente asséptica.

A fenolsulfonofaleína em injeccção intravenosa dá uma eliminação de 55 por cento em setenta minutos.

Azotémia 0gr,48 por mil. Constante de Ambard 0,120.

A prova de Mac-Lean dá na primeira hora, para um volume de 85 centímetros cúbicos, 18r,83 de ureia por cento, e na segunda hora, para um volume de 90 centímetros cúbicos, 18r,70 de ureia por cento.

A análise das urinas totais dá o seguinte resultado: Volume nas 24 horas 2.050 centímetros cúbicos, densidade 1.010, reacção anfotérica. Ureia 8gr,65 por mil. Vestígios de albumina. No sedimento, células epiteliais pavimentosas e alguns leucócitos.

O rim poliquístico, doença relativamente rara, em regra com lesões nitidamente apreciáveis nos dois rins, é de diagnóstico muito difícil na sua forma clinicamente unilateral. Assim, em tôdas as observações publicadas de tratamento cirúrgico realizado nas complicações do rim poliquístico, a degenerescência quística do rim era completamente ignorada e constituiu surpresa do acto operatório.

Operámos o nosso doente com o diagnóstico de pielonefrite com ligeira dilatação do bacinete, encontrando porém um rim poliquístico infectado e supurado em que os acessos dolorosos eram possivelmente causados por crises de retenção. O outro rim conservava um bom poder funcional, o que nos permitiu a nefrectomia e um bom êxito, com melhora do estado geral que se mantém há cêrca de dois anos.

ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

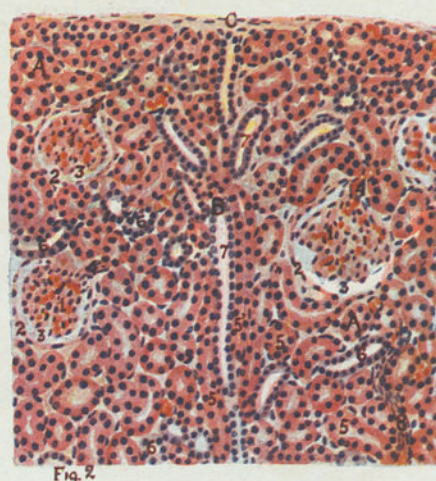
LÁMINA VIII

APARATO URINARIO

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

IODARSOLO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO



- Fig. 1. — RIÑÓN. Esquema de la organización del riñón, del tubo urinífero y de la circulación renal.
- Fig. 2. — RIÑÓN. CORTICAL. Hematoxilina-eosina. — A. Cortical. — B. Pirámide de Ferrein, en el vértice. — C. Cápsula. 1. Glomérulo de Malpighio. 2. Cápsula de Bowman. 3. Espacio intracápsular. En el glomérulo de la derecha se observa como se abre en este espacio la embocadura del tubo urinífero. 4. Pedículo vascular del glomérulo. 5. Tubo contorneado. 5'. Parte recta del tubo contorneado. 6. Pieza intermedia. 7. Tubo colector.
- Fig. 3. — RIÑÓN. PAPILA. Del Río-Van Gieson. A. Parte de una papila. — B. Porción de un cáliz renal, con su epitelio de transición. 1. Epitelio biestratificado de la base de la papila. 2. Epitelio cilíndrico simple del vértice de la papila. 3. Desembocadura de un conducto papilar. 4. Conducto papilar. 5. Asas de Henle a nivel de su curvatura. 5'. Asa de Henle cortada de través. 6. Capilar. 7. Conjuntivo mucoso de la papila, ligeramente fibrilado.
- Fig. 4. — GLOMÉRULO DE MALPIGHIO, Inyección de los vasos. 1. Arteria aferente. 2. Arteria eferente, (Porta renal).

O primeiro produto de iodo e arsenio

IODARSOLO

O iodo en 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 ° e 2. ° grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA
ARSENICAL

ZIMEMA

Hemostatico fisiologico *fermento coagulante do sangue.*

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

ABSOLUTAMENTE INOCUO EN CUALQUER
PERIODO E IDADE

Caixas con empolas de 3 cc. para uso hipodermico.

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

Os resultados desastrosos do tratamento operatório do rim poliquístico nos casos em que a principal indicação do acto cirúrgico se tem baseado na existência dum tumor do ventre sem conhecimento prévio do valor funcional do outro rim explicam-se pela bilateralidade das lesões e tornaram corrente que ao encontrar um rim poliquístico, o cirurgião deve retirar em boa ordem demorando o menos possível a intervenção.

A idéa de que a doença poliquística era sempre constituída por dois rins enormes, fortemente bosselados, levou alguns cirurgiões, com desconhecimento de causa, à nefrectomia em casos em que o rim oposto se não palpava ou em que, explorado através da ferida operatória, se não apresentava aumentado de volume. A verdade todavia é que, o rim poliquístico à esquerda pode, pela sua situação anatómica, ter um enorme volume sem se revelar à palpação e que um grande número de pequenos quistos pode destruir todos os elementos nobres do parênquima renal sem aumentar consideravelmente o volume do rim. O aumento de volume dos dois rins, sem dúvida o melhor sintoma para o diagnóstico do rim poliquístico, não é constante nem é patognomónico, mesmo na sua forma irregularmente bosselada. Outras lesões podem desenvolver-se dos dois lados com o enorme aumento e deformação dos rins. Rohrer (citado por Sieber (1)), em 37 casos de neoplasia renal encontrou lesões bilaterais apreciáveis pela palpação em cinco casos.

A intervenção em semelhantes circunstâncias não deve ser realizada nem actualmente se admite a possibilidade da nefrectomia sem conhecer a existência do rim oposto e o seu valor funcional.

O rim poliquístico do adulto, é o resultado da evolução tardia duma lesão congénita que nem sempre se desenvolve simultaneamente e em grau idêntico nos dois rins. Pode um dos dois órgãos manifestar-se já atacado, conservando-se o outro, pelo menos aparentemente, íntegro.

São os casos em que se discute a indicação da nefrectomia, intervenção grave mesmo quando o outro rim se apresenta com um bom valor funcional. As lesões existindo, embora latentes, no

(1) Deutsch. Zeitschr. f. Chir., Bd. 79, S. 406, 1905.

rim restante não se pode prever como irão evolucionar depois da exclusão do rim homólogo. Chegou a admitir-se que, depois da nefrectomia, as lesões se agravavam e evoluçionavam mais rapidamente, activando-se a formação dos quistos pela hipertrofia compensadora a que o rim ficava submetido.

A êste facto, que se não prova de uma maneira absoluta, opõem outros autores que, numa doença de evolução pronunciadamente lenta, se um dos rins se apresenta com um grande volume, em franca degenerescência, com perda do valor funcional, mostrando, portanto, lesões muito antigas e completamente evoluçionadas sem que o outro rim manifeste alterações apreciáveis, isso se não pode atribuir a uma simples falta de paralelismo de evolução das lesões nos dois rins. Deve antes corresponder à existência duma causa de retardo de evolução da degenerescência poliquística num dos rins que se tem mantido durante longo tempo e que por certo continuará a persistir depois da nefrectomia do rim oposto.

Só a unilateralidade clínica do rim poliquístico se pode admitir. A unilateralidade anatómica e histopatológica não tem um apoio científico seguro.

Barnett (1), que no vivo, em 422 casos de rim poliquístico, encontrou 291 casos de lesões unilaterais, não pôde encontrar uma única vez a unilateralidade de afecção em 104 casos de necrópse.

Nawmann (2) em 10.177 autópsias encontrou 16 casos de rim poliquístico, em dois dos quais a doença seria unilateral, não referindo porém exame histopatológico comprovativo.

Luzzato (3) em 226 casos refere 41 casos de lesões unilaterais mas também sem garantir que se trate sempre de verdadeira degenerescência poliquística.

Tem-se afirmado que o rim poliquístico que se encontra no feto e no recém-nascido com quistos de pequeno volume, tão numerosos que não é possível reconhecer a menor parcela de tecido renal, seria sempre bilateral. No adulto haveria duas for-

(1) The Urol. a. Cut. rew., T. 17 pág. 353. 1913.

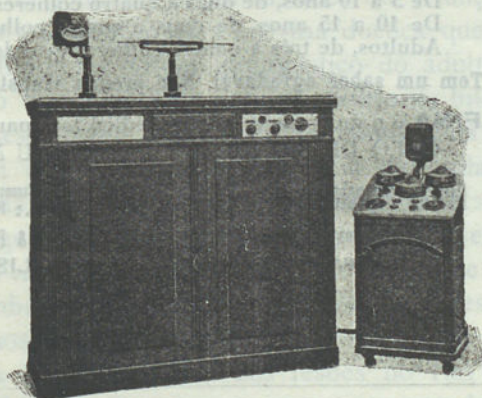
(2) Inaug. Dissert. Kiel 1897.

(3) La degenerazione cistica dei Reni — Veneza. 1900.

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X

«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



CONTACTO GIRATORIO TIPO M. S.

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3
BARCELONA

Preparada com:

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

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

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

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

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.ª**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª - LISBOA

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhoses, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites,*

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorroidarios.

COMPOSIÇÃO

Extracto hepatico Saes biliares
Boldo e Combretum Rhamnus,
Podophyllo e Evonymina

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA
*Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongectivo do figado
e dos intestinos.*

MODO DE EMPREGO Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

Laboratorios A. BAILLY 13 et 17, Rue de Rome, PARIS (8ª)

mas de rim poliquístico: Uma rara, semelhante à doença congénita, mas de desenvolvimento tardio dos 30 aos 40 anos, que seria sempre bilateral; outra mais freqüente, com quistos bastante volumosos mas em muito menor número, em que se observariam alguns casos unilaterais.

Pousson na sua comunicação à Associação francesa de urologia em 1907 tentou separar do verdadeiro rim poliquístico, um grupo a que chamou os falsos rins poliquísticos que seriam intermediários entre os rins poliquísticos propriamente ditos e os quistos múltiplos das nefrites crônicas. Seriam formas unilaterais na grande maioria dos casos e, portanto, do domínio da terapêutica cirúrgica.

Não se pode manter actualmente uma tal distinção. O rim poliquístico do feto, do recém-nascido, da criança e do adulto deve ser considerado como a mesma doença que se desenvolve em idades diferentes. O rim poliquístico do adulto representa a manifestação tardia de uma doença congénita, bilateral, em que algumas vezes, porém, a evolução não simultânea e paralela nos dois rins dá em resultado a aparência da unilateralidade das lesões que, na verdade, só existe clinicamente. As lesões predominam em geral no rim esquerdo que se apresenta mais volumoso e com maior número de quistos; no caso de unilateralidade clínica é também o lado esquerdo que é mais vezes atacado como sucedia na nossa observação.

Admitida a bilateralidade das lesões no rim poliquístico, o tratamento cirúrgico é evidentemente pouco tentador. A gravidade da nefrectomia é unanimemente admitida não só pela coexistência de lesões no outro rim mas também pela possibilidade da extensão da degenerescência poliquística a outros órgãos, como o fígado, o pâncreas, o baço, o corpo tiróideo, etc., que muitas vezes só o exame microscópico consegue revelar.

Á fórmula primitiva de Lejars de que o rim poliquístico não tem tratamento cirúrgico é necessário, contudo, opôr restrições que algumas tentativas operatórias coroadas de êxito plenamente justificam.

No rim poliquístico não complicado são todos concordes em que deve constituir regra a abstenção cirúrgica. A evolução da doença extraordinariamente lenta, a falta de qualquer facto que nos assegure que o tratamento cirúrgico tem uma acção curativa

ou pelo menos retardante da marcha evolutiva das lesões impõem-nos como único recurso o tratamento médico paliativo.

As complicações do rim poliquístico, ameaçando a vida do doente ou tornando-lha insuportável, dão, porém, em determinadas circunstâncias, uma indicação absoluta e urgente ao tratamento cirúrgico.

Tôdas as lesões que habitualmente atacam o parênquima renal podem complicar o rim poliquístico, criando-lhe o seu volume e a sua menor resistência, condições que favorecem essa localização.

A dor surda, provocada principalmente pelo pêso e aumento de volume do órgão, é muitas vezes complicada de cólicas violentas originadas na existência de cálculos, de hematúrias ou de crises de retenção em pequenas hidronefroses. A contusão do rim mais ou menos grave e intensa, a tuberculose e especialmente a infecção e a supuração são outras complicações que dão à evolução clínica da degenerescência poliquística do rim o tipo cirúrgico a contrapôr aos dois outros tipos de evolução do rim poliquístico não complicado, o tipo urémico e o tipo nefrítico.

No tipo urémico, a doença evoluciona insidiosamente sem revelar a sua existência até ao acidente terminal de urémia que mata em uma ou duas semanas; no tipo nefrítico existem sintomas de nefrite crónica, edema, albuminúria, cilindrúria, alterações do aparelho circulatório, terminando também no coma urémico mas só depois de um longo período de dez ou vinte anos de evolução conhecida.

A modalidade mais freqüente do tipo cirúrgico da degenerescência poliquística é a infecção e a supuração.

São raros os casos publicados de tratamento cirúrgico do rim poliquístico por cálculos, hematúrias ou tuberculose, subindo a cêrca de meia centena o número de casos operados por infecção e supuração.

Sieber (1) e Brin (2) encontraram 21 e 23 supurações, respectivamente, em 212 e 324 casos de rim poliquístico. Os irmãos Mayos, pelo número considerável de piúrias microscópicas que observaram, julgam o rim poliquístico predisposto à pielonefrite,

(1) Loco citato.

(2) *Encyclopédie fran. d'urol.* 1914.

o que é confirmado por Chevassu (1), que em sete doentes encontrou cinco casos de supuração franca.

O estreptococo, o estafilococo e principalmente o colibacilo são os agentes que mais vezes infectam o rim poliquístico seja por via hemática, seja por via ascendente. Esta última, tornada possível pela fragilidade pielorenal, leva alguns autores a recomendar que, no rim poliquístico se evite todo o cateterismo que não seja formalmente indicado.

A infecção e a supuração do rim poliquístico provocando o aumento de volume do órgão, cólicas, febre, piúria e fenómenos de cistite, conduzem o cirurgião à nefrectomia que só pode e deve ser realizada quando as lesões são clinicamente unilaterais e desde que o outro rim conserve um poder funcional capaz de suportar as necessidades do organismo.

A nefrectomia é a nosso ver a única intervenção a realizar no tratamento cirúrgico do rim poliquístico. Nas situações de urémia e anúria, onde só a nefrotomia pode ter lugar, a destruição do parênquima renal, que tão lentamente conduziu a um tal grau de insuficiência renal, torna problemático o benefício de uma intervenção cuja gravidade nestas circunstâncias ainda se acentua pelos acidentes de hemorragia e infecção inerentes à doença poliquística.

As operações conservadoras, nefrotomia ou nefrostomia, descapsulação, punção e incisão dos quistos (Rovsing, Küster), cauterizando-os como Payer ou fazendo a *pelage* como Marion, são absolutamente insuficientes para garantir a cura das complicações do rim poliquístico. Nas cólicas, na hematúria, na tuberculose, na infecção e subsequente supuração, o facto dos quistos existirem em tôda a espessura do rim, completamente independentes uns dos outros, explica a inutilidade da destruição dos quistos superficiais ou a abertura de alguns pela secção do parênquima para aliviar a dor ou dominar a hemorragia. Na tuberculose e na supuração são indiscutíveis as vantagens da nefrectomia.

Só no caso excepcional de um abscesso perinefrético ou da existência de um quisto de maior volume supurado pode estar indicada a simples incisão que, obtida a melhora do estado geral

(1) *Journ. d'urol.* T. II, pág. 373. 1921.

e aumentada a resistência do doente, deverá em curto prazo ser completada pela nefrectomia secundária.

A nefrectomia, sem dúvida uma intervenção grave e só raramente indicada no rim poliúístico tem no entanto sido realizada com resultados favoráveis nos casos com indicação bem estabelecida.

Brin (1) reuniu 23 casos de nefrectomia no rim poliúístico complicado duas vezes de tuberculose, três de hidronefrose, seis de calculose e doze de supuração, com uma única morte.

A estatística de Chevassu (2) de 1921, em casos de rim poliúístico supurado, comporta três nefrectomias secundárias, tôdas seguidas de cura e desasseis nefrectomias primitivas, nove não seguidas, sete verificadas com bom resultado em períodos que vão de 3 meses a 10 anos e dez mortes, das quais seis imediatas, duas sem data, uma ao décimo quarto dia e só uma ao fim do primeiro ano.

Os casos de Boeckel (3), Nordmann e Schaefer foram casos de cura longamente seguida, embora o dêste último tenha morrido ao fim de três anos de laringite tuberculosa.

O agravamento das lesões do rim oposto depois da nefrectomia não é, pois, pelo menos, um facto constante e parece tanto mais raro quanto mais nos afastamos da época da intervenção. A morte por fenómenos urémicos ou a manifestação de lesões pronunciadas no rim restante, se não apareceu imediatamente ou nos primeiros meses, torna-se excepcional.

Mickaniewski (4) cita um caso de sobrevivência de quinze anos em que o rim restante se apresentava clinicamente indemne.

No nosso caso, que temos seguido durante dois anos, o doente conserva um ótimo estado geral. Existem seguramente lesões do rim direito como se depreende da forte poliúria e fraca densidade da urina, da albuminúria, da azotémia e da constante que se mantem aumentadas com ligeira diminuição da fenolsulfonaftaleína eliminada e da prova da ureia de Mac-Lean.

(1) Loco citato

(2) Loco citato

(3) Journ. d'Urol. T. 24, pág. 559. 1927.

(4) Journ. d'Urol. T. V, pág. 603. 1914.

As lesões renais não teem dado porém o menor indício de se terem agravado e antes o valor do poder funcional aumentou certamente devido às melhores condições do organismo e a que, ao rim que ficou, foi eliminada a influência nociva do rim homólogo infectado e supurado.

CONCLUSÕES

A degenerescência poliquística dos rins é uma afecção sempre bilateral. Em alguns casos a falta de paralelismo de evolução das lesões tem como resultado a unilateralidade aparente do rim poliquístico, que só existe clinicamente.

O rim poliquístico, afecção bilateral, não deve ser considerado uma afecção cirúrgica. Só o tratamento médico está indicado na quasi totalidade dos casos.

Algumas complicações do rim poliquístico beneficiam e impõem o tratamento cirúrgico que só é realizável nos casos de unilateralidade clínica, embora não absoluta das lesões, e desde que o rim homólogo conserve um bom valor funcional capaz de satisfazer às necessidades do organismo.

As operações conservadoras na degenerescência poliquística devem em geral ser rejeitadas como insuficientes, inúteis ou mesmo prejudiciais.

A nefrectomia do rim poliquístico complicado é, em determinadas circunstâncias, a única intervenção racional que resultados satisfatórios e duradouros perfeitamente justificam.

Serviço de Patologia Médica
(Prof. A. Padesca)

BLOQUEIO ISOLADO DOS RAMOS E DAS TERMINAÇÕES DO FEIXE DE HIS

POR

EDUARDO COELHO

Eppinger e Rothberger foram os primeiros autores que conseguiram realizar experimentalmente o bloqueio isolado dos ramos do feixe de His, registando os respectivos electrocardiogramas.

Após a secção completa do ramo direito, controlada pelo exame microscópico, puderam observar pela simples vista um assincronismo das contracções ventriculares: o ventrículo direito contraía-se depois do ventrículo esquerdo. Á auscultação, Eppinger e Rothberger ouviram um ritmo de galope, resultante do assincronismo ventricular.

O que primeiro nos impressiona quando examinamos um destes traçados é a sua amplitude, por vezes tão grande, que é preciso reduzir a sensibilidade da corda para que possamos inscrever os acidentes R e S em tôda a sua extensão. Observa-se um alargamento do complexo ventricular, chanfraduras nos seus acidentes, e o aspecto difásico dos desvios iniciais nas derivações 1.^a e 3.^a, devido ao predomínio do ventrículo são.

É tão característica esta forma do electrocardiograma que o seu aparecimento experimental levava aqueles investigadores a afirmar que tinham conseguido a secção do ramo.

Eppinger e Rothberger cortaram depois o ramo esquerdo e, simultaneamente, os dois ramos do feixe de His.

Estas experiências foram confirmadas por Lewis, Wilson e Herrmann, Smith e outros autores em diferentes mamíferos.

Experimentalmente, a existência do bloqueio dos ramos não

admite discussões. Nos laboratórios de fisiologia, a secção de um ramo do feixe de His tornou-se tão corrente como o corte do pneumogástrico, p. ex., e é sempre seguida dos mesmos fenómenos. A fig. 1 mostra um traçado de uma das minhas experiências, em que, com a colaboração do meu discípulo, J. Cândido de Oliveira, cortei o ramo direito (1). É a primeira vez que, entre nós, se fazem estes estudos.

Electrocardiogramas análogos se encontraram na clínica. Em

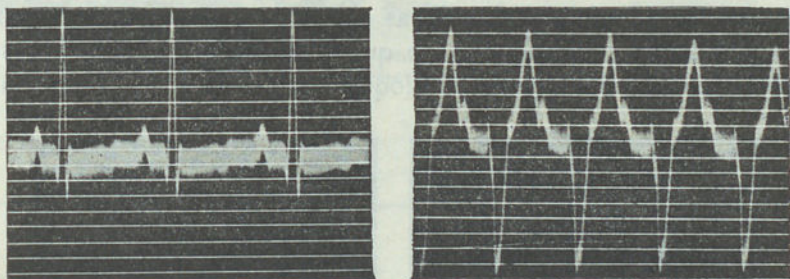


Fig. 1. — Electrocardiogramas do cão, tirados na 2.^a derivação, antes e depois da secção do ramo direito do feixe de His. Empreguei, como electrodos, as agulhas de aço. (Tempo — é o da figura seguinte).

alguns casos, conseguiu-se obter o contrólê histológico. Entre essas observações, confirmadas pelo exame anatómico minucioso, destacam-se as de Eppinger e Stoerk, Carter, Cohn e Lewis.

(1) Estas experiências tem sido realizadas nas piores condições materiais, improvisando uma mesa de operações e utilizando um mau aparelho de respiração artificial, que devo à gentileza do director do Laboratório de Fisiologia da Escola Veterinária.

Depois de numerosas experiências infrutíferas, consegui cortar os ramos do feixe de His. Nas primeiras experiências segui a técnica de Lewis, empregando uma pinça que mandei construir. Por motivos que mais tarde relatarei, decidi-me pela técnica de Eppinger e Rothberger. Utilizei um canivete como os que se empregam nas operações das cataratas, entrei no ventrículo através da sua parede anterior e provoquei uma ferida na parte posterior do tabique, lugar em que se supõe que passa o ramo de divisão do feixe de His (para o ramo direito).

Empreguei sempre a cloralose como anestésico.

Destas experiências, ainda inéditas, relato sòmente a que diz respeito ao bloqueio do ramo direito, pelas relações que apresenta com o caso clínico adiante descrito.

Oppenheimer, Rotschild e Carter mostraram, ainda, que as lesões fibrosas, difusas que interessam as ramificações dos ramos, dão traçados de menor amplitude, com alargamento do complexo ventricular eléctrico.

Experimentalmente, é muito difícil, senão impossível, obter-se electrocardiogramas com os «bloqueios de arborização», assim denominados por Rotschild e Oppenheimer. Seria preciso atingir e lesar tôda a superfície ventricular subendocárdica. Wilson e Herrmann não obtiveram quaisquer resultados quando cortavam no coração do cão tôdas as fibras em ponte do ventrículo direito.

Não tenho conhecimento de que algum fisiologista realizasse experimentalmente o chamado bloqueio de arborização. As minhas

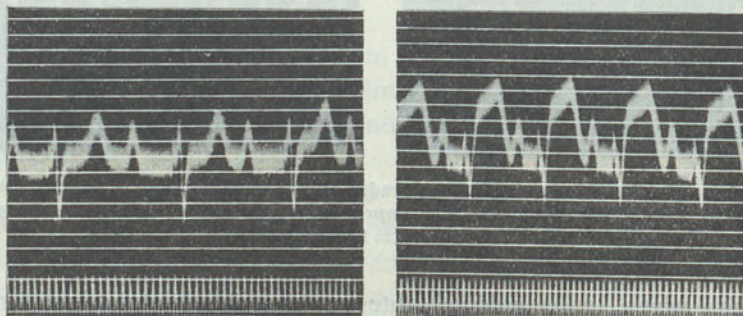


Fig. 2. — Electrocardiogramas do cão, tirados na 2.^a derivação, antes e depois da injeção de 1/2 cc. de nitrato de prata a 1:20 na região subendocárdica. Empreguei, como electrodos, as agulhas de aço. Tempo 1/50'.

tentativas resultaram sempre infrutíferas, e algumas dezenas de experiências fiz nesse sentido. Empreguei as injeções de um soluto de nitrato de prata a $\frac{1}{20}$ para provocar a esclerose da região subendocárdica em grande extensão, confirmada depois na autópsia.

As únicas modificações electrocardiográficas consistiam num exagerado aumento da onda T (fig. 2).

Embora as condições experimentais se aproximem das da patologia humana, não são completamente idênticas. A esclerose experimental, por profunda e extensa que seja, não pode provocar a enorme esclerose subendocárdica encontrada na autópsia, em virtude da disposição em rede, com numerosas anastomoses, das fibras de Purkinje.



Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraz do Sango total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS
Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{la}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)
Amostraz e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade p. Lisboa

“**eregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerales (fosfatos naturais)*

Insostituível como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeções intestinaes. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^{sa} — MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^{sa}
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
Lisboa

Urotropina effervescente

Schering



Preparado tendo por base
a UROTROPINA original.
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex^a, que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar

Urotropina - Schering.

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

SCHERING-KAHLBAUM — A. G.

Pedir AMOSTRAS e LITERATURA ao representante:

SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Cordon, 7, LISBOA

Se o bloqueio de arborização só pode ser diagnosticado pelo electrocardiograma, e ainda com certas reservas, o bloqueio dos ramos do feixe de His apresenta muitas vezes sinais, para os quais desejo chamar a atenção dos clínicos.

Não são apenas as síncope ou as vertigens que, num doente sem dissociação aurículo-ventricular, nos podem levar ao diagnóstico, impondo o exame electrocardiográfico.

Relatei já em trabalho anterior alguns casos de bloqueio combinado do feixe de His e dos seus ramos, e um caso de bloqueio isolado de um dos ramos.

Os casos que hoje trago a público constituem dois interessantes exemplares de aspectos electrocardiográficos patognómicos de lesão do ramo direito, num, e de lesão das terminações dos ramos, no outro. O último está documentado pelo exame histológico feito pelo Prof. H. Parreira; o primeiro apresenta sinais clínicos da maior importância a corroborar o diagnóstico topográfico do bloqueio isolado feito pelo electrocardiograma.

Publicando e comentando estes casos, espero contribuir, de algum modo, para o estudo deste capítulo da cardiologia, que tantos ensinamentos novos de fisiopatologia nos vem trazendo, mas que ainda possui problemas em aberto.

OBSERVAÇÃO I.—Enf. M1B, Cama 36. Júlia de C., de 60 anos, casada. Entrada em 28 de Maio de 1928.

Sintomas que determinaram o internamento.—Cansaço, palpitações e vertigens.

ANAMNESE

Doença actual.—Teve há 17 anos uma crise de albuminúria com edemas nos membros inferiores. Desde então, tem sentido, com intermitências, dores precordiais sem irradiação, cansaço e vertigens. De há 7 anos que se accentuam estes sintomas, aparecendo-lhe ainda afrontamentos e palpitações. De há dois que apresenta, uma ou outra vez, edemas ligeiros nos membros inferiores.

História progressa.—Sarampo, sezões e anginas. Operada há seis meses de um polipo uterino (?).

Cabeça.—Cefaleias frequentes.

Olhos, nariz, ouvidos, boca, garganta.—Sem padecimentos.

Coração e pulmões.—

Ap. gastro-intestinal.—Sofre amiudadas vezes de dores intestinais.

Funções genitais femininas.—Começou a ser menstruada aos 13 anos,

tendo mantido a menstruação com tôda a regularidade. Esteve grávida 4 vezes. Um parto prematuro, tendo o filho falecido 3 dias depois. Os três restantes são vivos e saudáveis.

Antecedentes familiares. — Pais mortos. Irmãos saudáveis.

EXAME OBJECTIVO

Hábito externo. — Boa constituição. Estado de nutrição normal. Apirética.

Pêso. — 51,300 kg.

Cabeça, boca, pescoço, coluna vertebral, tórax, pulmões. — Sem alterações.

Pulso. — Cheio, rítmico, boa recorrência; 66 pulsações p. m.

Coração e vasos. — Pulsação supra-esternal e das jugulares. Choque da ponta no 5.º espaço intercostal esquerdo, a dentro do mamilo, sentindo-se nitidamente à palpação o desdobraimento da sístole.

Sons surdos em todos os focos; ritmo de galope sistólico audível em todos os focos.

Tensão arterial. — $\frac{20}{10}$ (Pachon).

ORTODIAGRAMA

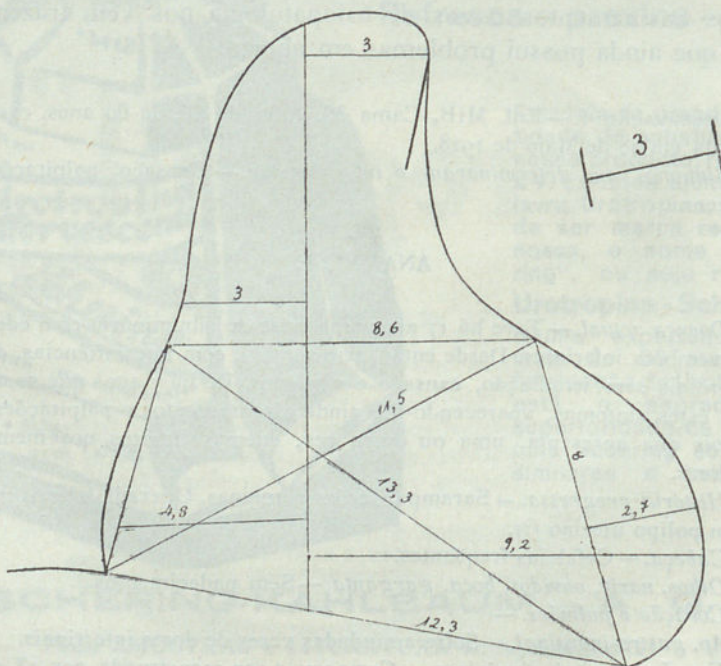


Fig. 3. — Ortodiagrama (I obs.).

Análise qualitativa:

Pulsações normais.

*Análise quantitativa:**Coração:*

D. longitudinal — 13,3

D. horizontal — 14,0

D. basal — 11,5

D. V. esquerdo — 8

D. Flecha. — 2,7

D. V. direito — 12,3

D. A. direito — 5,6

Aorta:

D. transversal — 6

D. ascendente — 3

Conclusão: — Dimensões dos diâmetros cardioaórticos compreendidas entre os limites de variação normal.

Em radioscopia verificámos que a aorta ascendente possuía ligeiro aumento de opacidade.

a) Aleu Saldanha.

ELECTROCARDIOGRAMA (1)

Interpretação do electrocardiograma. — Aspecto difásico do complexo ventricular na I e III derivações; chanfraduras na onda R (I e II deriv.), na onda S (III derivação); Q-R-S = 0'',16; Q-R-S-T = 0'',30; voltagem aumentada da onda R na I derivação e da onda S na III; predomínio levocardiograma.

Conclusão: — Complexo ventricular atípico, difásico e aumentado.

Electrocardiograma com a forma típica de bloqueio do ramo direito do feixe de His.

Abdómem. — Normal.

Fígado. — Área de maciszez na linha mamilar — 9 cm.

Baço. — Área de percussão normal.

Órgãos génito-urinários. — Epitelioma do colo do útero diagnosticado depois de entrar no serviço, em virtude do qual vai ao Instituto Português do Cancro fazer tratamento pelos raios X ultra-penetrantes.

Sistema linfático, membros. — Sem alterações.

ANÁLISES

Urina. — Vol. 1,200. D. 1.020. Alb. o. Cl. 14 ‰. Ureia 22 ‰.

Sedimento. — Granulações de urato de sódio, alguns leucócitos. Não há cilindros granuloses nem hematias.

(1) O seu aspecto mantém-se sempre o mesmo, após numerosos exames.

Prova da concentração da ureia:

1. ^a — Vol. 40 cc.	ureia 3,231 ‰
2. ^a — Vol. 37 cc.	» 3,410 ‰

Sangue. — Ureia, 0,205 ‰. R. W. negativa.

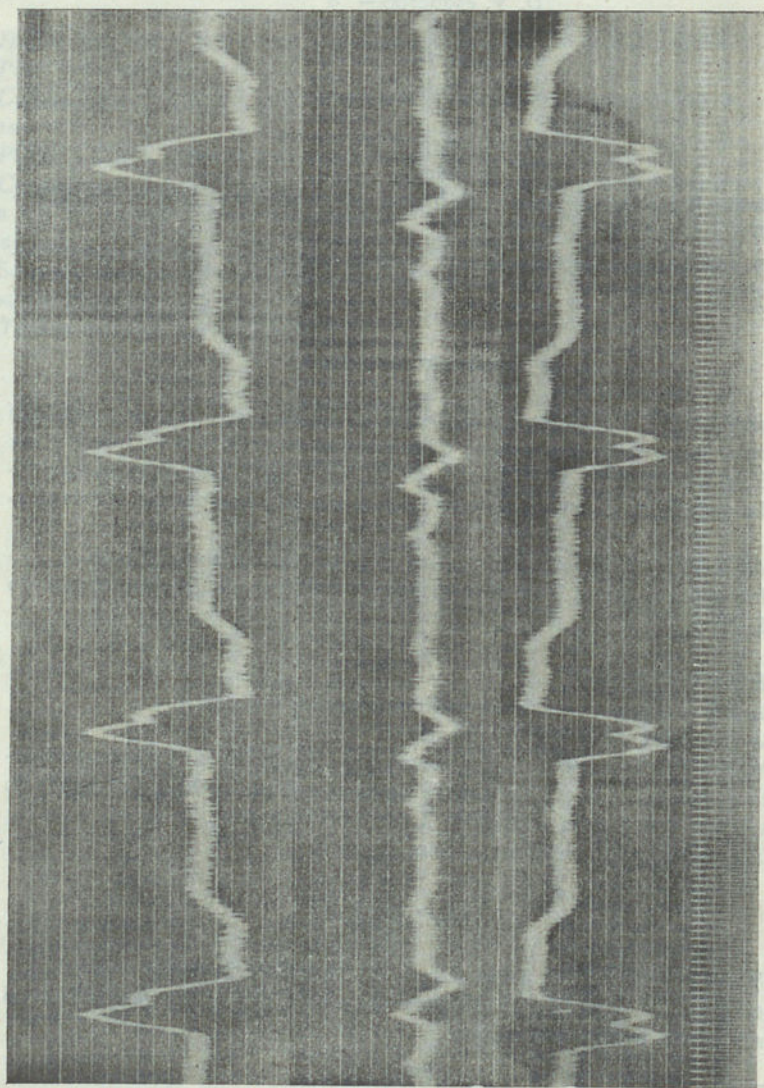


Fig. 4. — Electrocardiograma nas três derivações.
Tempo 1/50". (I obs.).

OBSERVAÇÃO II.—Enf. M 1 B, Cama 16. Adelaide C. L., de 25 anos, casada. Entrada em 11 de Maio de 1927.

Sintomas que determinaram o internamento.—Cansaço, dispneia, edemas dos membros inferiores.

ANAMNESE

Doença actual.—Lembra-se de ter sofrido sempre do coração, piorando há 5 cinco anos. Foi internada neste hospital, saindo com algumas melhoras.

Há 2 anos piorou novamente, e teve vômitos repetidos, náuseas e vertigens. Diz que nessa ocasião abusava do álcool (vinho e aguardente).

Os seus padecimentos acentuaram-se ainda com a gravidez, aparecendo-lhe, então, ascite, edema nos membros inferiores e na face, recolhendo de novo ao hospital para este Serviço, donde saiu muito melhorada.

Com o trabalho, regressou ao estado anterior, tendo, então, palpitações, dispneia, sobretudo nocturna, ascite, edema nos membros inferiores e oligúria.

História pregressa.—Sarampo, varíola e reumatismo articular agudo aos 14 anos. O ano passado teve uma pneumonia.

Pêso.—Tem emmagrecido. Não sabe precisar a data do maior pêso.

Cabeça.—Cefaleias frequentes.

Olhos, nariç, ouvidos, boca, garganta.—Nada de anormal.

Coração e pulmões.—Pontadas no pulmão direito.

Aparelho gastro-intestinal.—Pouco apetite, obstipação, náuseas e vômitos com freqüência.

Aparelho génito-urinário.—Oligúria e nictúria.

Sistema nervoso e muscular.—Insónias.

Funções genitais femininas.—Menstruação aos 18 anos, sempre regular e em pequena quantidade. Última menstruação há 5 meses. Nega abortos. Teve um filho de 7 meses, morto aos 17 dias.

Antecedentes familiares.—Pais falecidos. A mãe morreu de pneumonia.

EXAME OBJECTIVO

Hábito externo.—Constituição fraca. Regular estado de nutrição. Cianose. Ascite. Edemas nos membros inferiores.

Pêso.—63,300 kg.

Pulso.—Pequeno, regular; 88 pulsações p. m.

Cabeça, boca, pescoço.—Nada de importante.

Tórax.—Respiração costal superior com 24 respirações p. m.

Pulmões.—Submaciszez com fervores de estase nas bases.

Coração e vasos.—Choque da ponta no 6.º espaço intercostal esquerdo. Frêmito presistólico. Aumento da área de maciszez cardíaca em todos os seus diâmetros. Sôpro sistólico rude, audível em todos os focos cardíacos, e com o máximo de intensidade nos focos mitral e pulmonar, propagando-se para a axila e para os vasos do pescoço. Sôpro de vaivém no foco aórtico. Rodado diastólico no foco mitral e pulmonar.

Tensão arterial.—18/9 (Pachon).

ORTODIAGRAMA

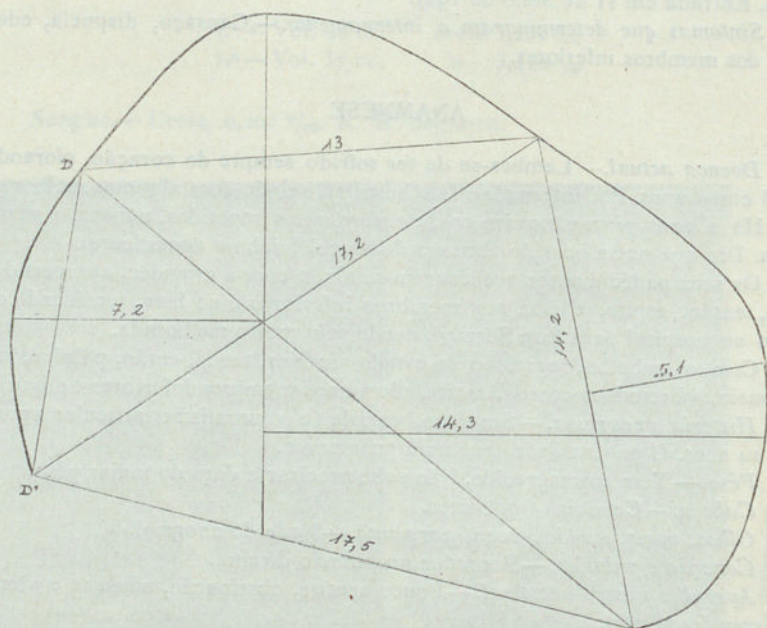


Fig. 5. — Ortodiagrama (II obs.).

Análise volumétrica:

D. longitudinal	— 20,3
D. horizontal	— 21,5
D. basal	— 17,2
D. V. esquerdo	— 14,2
D. Flecha	— 5,1
D. A. esquerdo	— 13
D. V. direito	— 17,5
D. A. direito	— 8,2

Conclusões: Aumento global de todos os diâmetros cardíacos por hipertrofia com dilatação de todas as cavidades.

Por ordem do aumento, estão deformados: primeiro o ventrículo esquerdo, depois a aurícula esquerda, ventrículo direito, e, por último, a aurícula direita.

Em radioscopia, verificámos que todo o contôrno cardíaco pulsava e que estavam livres os seios costodiafragmáticos.

(a) Aleu Saldanha.

Esteve no Serviço até 2 de Junho, dia em que faleceu súbitamente ao ser-lhe feita uma paracentese por um aluno.

Do diário: 1.^a paracentese a 12-V: 1.850 c. c.; 2.^a paracentese a 27-V: 1.100 c. c.; 3.^a paracentese a 9-VI: 1.600 c. c.

ANÁLISES

Urina.—Vol. 700 c. c. Densidade, 1 018. Ureia, 20 ‰. Cloretos, 9 ‰. Sedimento: leucócitos, cristais de urato de sódio. Não há hematias nem cilindros hialinos.

Provas de insuficiência renal (da concentração de ureia e da água).—Normais.

Ureia no sangue.—0,205 ‰.

Sangue em jejum:

Hemogl., 64 ‰. V. glob., 0,96. Linfócitos, 27,5 ‰. Monócitos, 55 ‰. Neutrófilos, 65,0 ‰. Eosin., 0,5 ‰. Bas., 1,5 ‰. Ligeira anisocitose.

Reserva alcalina.—67 ‰.

Líquido ascítico.—R. de Rivalta negativa.

AUTÓPSIA N.º 55 (1927).—Enfermaria M 1 A.

Requisição n.º 1343, recebida em 24/6/1927.

Adelaide C. R., cama n.º 16.

DIAGNÓSTICO ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Endocardite crónica fibrosa valvular e cordal mitral (apêrto e insuficiência). Endocardite crónica, fibrosa, valvular, aórtica, pulmonar e tricuspida. Dilatação das cavidades cardíacas. Hipertrofia do ventrículo D. Ligeira pericardite fibrinosa localizada. Ascite. Congestão passiva dos pulmões, baço e rins. Congestão passiva e cirrose do fígado.

Coração.—Aumentado de volume, forma globosa, ponta formada à custa do ventrículo D. Epicárdio das aurículas despolido e rugoso; placa leitosa na face anterior do ventrículo D. Tecido adiposo sub-epicárdico normalmente desenvolvido. Vasos coronários sem alterações patológicas macroscópicas. Cavidades cardíacas dilatadas, principalmente o ventrículo D., cujas paredes são muito espessas; a espessura do ventrículo E. também está aumentada, mas menos que a do D. Miocárdio de cor castanho-amarelada. Retalhos da válvula mitral espessos, rugosos, duros e brancos; cordões tendinosos espessos, encurtados e duros (estenose e insuficiência mitral); sigmoideias aórticas e pulmonares também espessas, duras, não elásticas. Válvula tricuspida com iguais lesões, mas menos acentuadas. Grandes vasos (aorta e pulmonar) sem lesões patológicas macroscópicas.

Exame histológico.—Do coração foram escolhidos fragmentos da região do feixe de His, do septo aurículo ventricular, da aurícula D. e dos dois ventrículos na região subendocárdica, dos quais se fizeram numerosos cortes.

Istituto Nazional Medico Farmacologico
 “SERONO”
 ROMA

Director: Prof. Dr. C. Serono

IPOTENINA SERONO

(Em gotas; por via digestiva)

Formula — Bicarbonato de sodio.—Nitrato de sodio.—Iodeto de sodio.—Nitrito de sodio.—Lobelina.—Alcool.—Agua destilada perfumada com essencia de cedro.

Indicações — Abaixa a pressão arterial, perdurando a acção ainda depois de se suspender o remedio, afasta os accéssos dispneicos, os estados opressivos, as vertigens, as formas espasmodicas etc.; torna-se util ainda nas dôres fulgurantes inerentes a certas lesões da medula; atúa sobre o metabolismo alterado, coadjuvando eficazmente o tratamento da diabétes, da artrite, da gôta, da obesidade, etc.

Uso — 60 gotas por dia, tomadas por 3 vezes, diluidas em agua assucarada, meia hora antes de cada refeição.

Durante o tratamento, abstenção do alcool, tabaco, excessos de qualquer natureza e preferir a diéta látea e vegetal.

Observações — Segundo as mais recentes e valiosas teorías, a hipertensão e a alteração da troca material são as causas primordiais e mais importantes da arterio esclerose. A “IPOTENINA” representa, portanto, o melhor remedio conta a arterio-esclerose.

A

L. LEPORI

(Sucessôr da Italo-Portuguêsa, Lda.)

APARTADO 214

LISBOA

OPOTERAPICOS SERONO

Extractos Glicéricos Totais, preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados á dose conveniente, diluidos (de preferencia á glicerina) em sôro fisiológico, para evitar a acção irritante daquela substancia.

Peptopancreasi

Ovarasi

Orchitasi

Surrenasi

Tiroidasi

Renasi

Ipofisasi (pituitária)

Lienasi (baço)

Epatasi

Mastasi (mamária)

Bileasi

Eugozimase Feminina Serono — 3 frascos: 1 Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi

Eugozimase Masculina Serono — 3 frascos: 1 Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi.

Sirva-se remeter, livre de despêsas, uma amostra de

Ipotenina "Serono"

Nome: Dr.

Especialidade a que se dedica:

Endereço { Rua:

{ Localidade:

Data:

ASSIGNATURA DO MEDICO

Artérias coronárias. — Sem lesões apreciáveis.

Músculo auricular. — Sem modificações patológicas.

Septo ventricular. — Sem alterações.

Músculo ventricular. — Algumas das fibras musculares estão hipertrofiadas, com núcleos grandes e hiper cromáticos. Algumas apresentam pigmento castanho nos polos do núcleo. As fibras musculares de Purkinje mostram vacuolos, sinal de degenerescência gorda com alterações regressivas dos núcleos. No tecido conjuntivo intersticial há infiltrações de pequenas células redondas (linfócitos e Plasmazellen), principalmente em tórno dos pequenos vasos, que não apresentam lesões de endovasculite.

Em resumo: *Hipertrofia das fibras musculares, degenerescência gorda e miocardite crónica intersticial subendocárdica.*

(a) A. Parreira.

A primeira doente foi observada com alguns alunos na consulta externa e depois internada no Serviço. O que desde logo me feriu a atenção foi a divisão da actividade ventricular sistólica. Sugeriu-me, então, a idéa, transmitida aos alunos que me acompanhavam na consulta, de que a justificação dêsse achado se deveria encontrar no bloqueio de um dos ramos do feixe de His, com o assincronismo das contracções do ventrículo. Esta presunção foi demonstrada pelo electrocardiograma que apresentava o complexo ventricular eléctrico com a forma típica do bloqueio de um dos ramos de feixe de His e com predomínio esquerdo (levocardiograma), interpretado como resultante de bloqueio do ramo direito do feixe de condução.

O assincronismo das contracções ventriculares, constituindo, antes, um ritmo bigeminado, fôra já descrito por alguns clínicos do século passado; só ultimamente se encontrou a sua explicação fisiopatológica. Embora Leyden tenha escrito uma monografia «Ueber ungleichzeitige Kontraktion beider Ventrikel» (Sôbre a contracção assíncrona dos dois ventrículos), o seu relato é mais de um ritmo bigeminado do coração. Stern descreveu também «Die Verdoppelung des Herzschlages» (O ritmo duplicado do coração). A sua descrição é, entretanto, mais sugestiva de um ritmo bigeminado provocado pela dedaleira. Riegel descreveu em 1891 êsse sinal cardíaco desta maneira: «Duas contracções sistólicas, dois poderosos pulsos venosos e sòmente um pulso arterial palpável». Riegel concluía que, embora em muitos dos casos, os patologistas tenham considerado êsse sinal como devido a uma

hemisístole ou a um enfraquecimento de metade do coração, êle era, na realidade, devido a um bigeminismo.

Eppinger e Rothberger fizeram uma observação de grande importância e que nunca fôra transportada para a clínica: notaram um assincronismo visível das contracções ventriculares em cães com o coração a descoberto, imediatamente após a secção de um dos ramos do feixe de His. Smith observou idêntico fenómeno no coração do mesmo animal.

Nas experiências que realizei em cães (a figura 1 dá a demonstração gráfica de uma delas) verifiquei o mesmo fenómeno, e notei que os ventrículos se contraíam assincronamente depois da secção de qualquer dos ramos, direito ou esquerdo, do feixe de His.

Electrocardiogramas de cães, após a secção de um dos ramos do feixe de His, mostram-nos um aumento do tempo de condução intraventricular (Q. R. S.), indo de 0",05 a 0",08. Electrocardiogramas do bloqueio do ramo direito do feixe de His no homem mostram-nos os complexos ventriculares de 0",14 (Lewis), apresentando a diminuição da condutibilidade intraventricular exactamente a mesma proporção da do coração do cão bloqueado.

Se o assincronismo é visível depois do corte dos ramos do feixe de His dos corações dos cães, há razões para acreditar que um assincronismo idêntico pode ser observado em grande número de corações humanos, cujo choque da ponta é suficientemente visível para ser analisado.

Outra observação muito importante feita por Eppinger e Rothberger diz respeito ao ritmo de galope, que deve ser ouvido no coração do cão depois do corte do ramo do feixe de His. Mas êsses autores não nos deram qualquer explicação da sua natureza. Contudo, no mesmo ano, Eppinger e Stoerk relataram um caso clínico, no qual observaram uma acentuada divisão dos sons cardíacos.

Carter analisou vinte e dois casos de bloqueio dos ramos do feixe de His, no homem, dos quais vinte e um apresentavam predomínio levocardiograma; supõe que êste predomínio representa uma interferência com o ramo direito do sistema de condução; num caso obteve o gráfico de bloqueio do ramo esquerdo.

J. King analisou os casos de Carter, a observação dos quais

fôra feita por diferentes clínicos. O desdobramento da sístole existia em seis casos («canter rhythm») e em três era difícil analisar os sintomas. Nos casos restantes (11) havia um sôpro sistólico da ponta. Ora um sôpro sistólico da ponta pode ocultar um ou ambos os elementos do desdobramento do primeiro som.

Num trabalho de Cohn e Lewis, recordou o primeiro destes autores que Eppinger relacionara o ritmo de galope com o bloqueio intraventricular. Mackenzie acudiu à chamada em 1918, com o resultado da sua experiência: «O Dr. Lewis chamou-me a atenção para um facto interessante que possuíam alguns doentes que lhe enviara para exame electrocardiográfico, e nos quais eu reconhecera uma diminuição da transmissão do estímulo da aurícula para o ventrículo. Analisando os electrocardiogramas, observou que a contracção do ventrículo esquerdo precedia a do direito (normalmente o ventrículo direito contrai-se antes do esquerdo). Inferiu desta observação que o ramo do feixe estava destruído. Quando Lewis me perguntou pelas particularidades clínicas desses doentes, notei que encontrara o primeiro som desdobrado e um aumento do intervalo A-C».

Últimamente, Makenzie e Orr afirmaram que a falta de sincronismo da contracção dos ventrículos era a causa do ritmo de galope.

Até Julho deste ano, anteriormente ao trabalho de J. King, poucas observações existiam de desdobramento do choque da ponta no bloqueio dos ramos do feixe de His. Apenas as de Eppinger e Stoerk, as de Kauf e as de Mahaim. Os primeiros encontraram esse sintoma num caso de bloqueio e mostraram um cardiograma com a elevação sistólica bífida. Kauf mostrou o desdobramento em dois casos, apresentando o primeiro a divisão do sôpro sistólico da ponta em dois elementos. Contudo, o seu diagnóstico foi feito pelo electrocardiograma, como no caso de Mahaim.

Waldorp, citado por King, menciona um caso, no qual fizera o diagnóstico de bloqueio dos ramos do feixe de His pelo desdobramento do 1.º e 2.º sons. O diagnóstico da observação de Waldorp foi confirmado pelo electrocardiograma e pela autópsia.

Cowan e Bramwell mantem-se contra a possibilidade do diagnóstico clínico do bloqueio dos ramos do feixe de His, con-

cluindo que «*there is no clinical sign of bundle-branch block save the electrocardiogram*».

Talley e Reed afirmam também que: «*The diagnosis can be made only by electrocardiogram*».

As duas observações de Kauf, que depois do trabalho de Eppinger e Stoerk constituem o estudo mais cuidadoso dos sinais físicos dos ramos, vem juntar-se o caso original de King descrito no último número de *The American Heart Journal* (Junho-Julho, 1928), que recebemos a quando da redacção destas notas.

O doente examinado pelo autor, no Dispensário do Johns Hopkins Hospital, sofria de insuficiência miocárdica. O exame do coração mostrava o desdobramento do choque da ponta nitidamente visível. A auscultação notou que havia duas sístoles. O electrocardiograma confirmou o diagnóstico do bloqueio dos ramos do feixe de His, posto pelos achados clínicos. Um estudo metódico, feito por King, dos sinais físicos de bloqueio numa série de cem cardíacos do Johns Hopkins Hospital, conduziu ao diagnóstico clínico de bloqueio dos ramos em 6 casos, de 9 que tinham bloqueio dos ramos do feixe de His.

Não obstante os factos relatados por Eppinger e Rothberger, ultimamente por Smith — os quais eu consegui também observar — de assincronismo visível dos ventrículos imediatamente após a secção experimental de um ramo, não conhecia, antes do caso agora relatado por King, nenhuma observação em que o assincronismo fôsse notado claramente no homem. Não havia uma descrição cuidadosa das características do choque da ponta nos vários casos apresentados, nem, como afirma J. King, nenhuma demonstração positiva ou negativa do desdobramento visível da sístole.

Remontando-nos ao exame dos casos experimentais e clínicos relatados pelos diferentes autores, tem-se observado bloqueio dos ramos com os seguintes sinais clínicos:

Inspecção. — Assincronismo visível dos ventrículos (coração do cão. Experiências: Eppinger e Rothberger; Smith).

Palpação. — Desdobramento do choque da ponta (Casos clínicos. Eppinger e Stoerk; Kauf; King).

Auscultação. — A. Ritmo de galope (Eppinger e Rothberger;

- Eppinger e Stoerk. Mahaim. Casos experimentais e clínicos).
 - B. Desdobramento do primeiro som. (Carter; Mackenzie, etc.)
 - C. Divisão do sôpro sistólico da ponta.

A comparação desta gama de sinais com os que apresenta a minha primeira observação mostra-nos que ela cabe neste quadro. Embora o desdobramento da sístole observado na minha doente só tenha sido verificado clinicamente, de uma maneira irrefutável, no caso de King, as experiências demonstraram a sua existência.

A coincidência do ritmo de galope com choque da ponta desdobrado à palpação são elementos suficientes para imporem o diagnóstico do bloqueio de um dos ramos, dando a este caso clínico uma importância e um interesse excepcionais.

O aumento da tensão arterial desta doente poderia fazer crer que o ritmo de galope a elle estivesse ligado. Resulta da minha experiência que o *ritmo de galope prè-sistólico* de dilatação é quasi invariavelmente associado de hipertensão arterial e com os sons cardíacos normais ou acentuados. No bloqueio dos ramos os sons são apagados.

Não obstante a hipertensão arterial, a presença de sinais típicos do bloqueio dos ramos basta para se fazer o diagnóstico com uma certa segurança. Nas observações de Carter há vários casos de bloqueio dos ramos com a presença de hipertensão, e nas observações de King a tensão arterial era superior a 145 mm. em três casos.

O diagnóstico nestas circunstâncias é mais difícil.

Todavia, a minha observação é particularmente demonstrativa.

A forma típica do electrocardiograma da doente confirmou o diagnóstico. Falta a prova anátomo-patológica.

O facto principal que resala desta observação consiste em considerar, de acôrdo com os resultados experimentais, o desdobramento do 1.º som como sinal importante do bloqueio completo de um dos ramos. Tem um grande interesse diagnóstico: possuindo um significado clínico de presunção da assinergia ventricular, pode levar-nos à determinação do exame electrocardiográfico quando este pareça inútil.

Se a existência experimental do bloqueio dos ramos não admite discussão — repito — a sua realidade clínica é reconhe-

cida por alguns cardiologistas como uma mera eventualidade provável.

Há 18 anos que se fizeram as demonstrações experimentais e, entretanto, as provas anátomo-patológicas continuam a ser tão pobres que alguns clínicos afirmam tratar-se de perturbações funcionais e não de uma patogenia lesional; e outros, negando as relações destas formas electrocardiográficas — mesmo as que se sobrepõem às curvas experimentais — com as perturbações da função do tecido específico, afirmam que elas exprimem uma perturbação mais geral do músculo cardíaco.

Convém examinar os argumentos invocados contra a noção clínica do bloqueio dos ramos para que, dêste estudo crítico, já em parte feito por Ivan Mahaim, possamos avaliar o valor dessas objecções.

I. O primeiro argumento, sem dúvida, aparentemente, de mais valia, diz respeito à raridade das confirmações histológicas do bloqueio dos ramos em relação com o número de casos já reunidos. De feito, os estudos anatómicos não teem acompanhado os trabalhos electrocardiográficos. Esta discordância resulta principalmente da dificuldade da técnica histológica dêstes estudos. Por exemplo, para o ramo direito, que é situado no seu terço médio em pleno septo, confunde-se de tal modo com o miocárdio que o cerca, que só os córtes seriados e metódicamente feitos o poderão identificar. Para podermos afirmar que não existe lesão dêste ramo são precisos 6.000 a 7.000 cortes histológicos. Evidentemente que êstes exames implicam o conhecimento de uma técnica que se não improviza. O anátomo-patologista que não está familiarizado com os processos gráficos difficilmente se dispõe a um estudo tão fastidioso porque lhe desconhece o interêsse. Considerações idênticas se dirigem à investigação das lesões no pulso lento permanente (1).

Quando as lesões incidem sôbre os dois ramos, o complexo sintomatológico é idêntico ao provocado pela lesão do tronco do

(1) Pela primeira vez, entre nós, se procede agora a essa técnica. Com o auxílio do Prof. H. Parreira e do preparador do Instituto de Anatomia Patológica, comecei o estudo dos cortes histológicos seriados de um coração que pertencia a uma doente com síndrome de Adams-Stockes e atipismo dos complexos ventriculares. Publicarei os resultados a seu tempo.

feixe de His. Num grande número de casos de pulso lento, a ausência das lesões deve-se à imperfeição da técnica. Recordo os casos de Biedl-Rihl-Mönckeberg, Heibcker, Hoffmann-Mönckeberg, Mackenzie-Mönckeberg, e de Fahr, cujas lesões se não encontraram, e nos quais um novo estudo metódicamente feito dos cortes seriados conseguiu descobrir lesões nos dois ramos.

A concepção da *miocardia*, que Laubry, Walser e Deglaude opõem à concepção do bloqueio dos ramos não tem a documentação um estudo anátomo-patológico que a mantenha.

Os únicos dois casos puros de miocardia que, na tese dedicada por Walser a esta matéria, mereceram um estudo anatómico, apresentam electrocardiogramas semelhantes aos dos bloqueios dos ramos, e não foi feito o estudo dos cortes em série demonstrativo da sua integridade. Os exames histológicos apresentados na tese de Walser são dos mais sumários, deixando-se até de pesquisar a degenerescência gorda.

Há vinte anos, mostrara Mönckeberg na sua grande obra, e tão pouco conhecida (*Untersuchungen über das Atrioventrikular Bündel in Menschlichen Herzen*, Iena, 1908), um exemplo de lesão verrugosa infra-aórtica, tamizando largamente o ramo esquerdo, tendo consagrado ao estudo das lesões do sistema de Purkinje na insuficiência cardíaca primitiva trabalhos da maior seriedade e exatidão. Iniciava-se, então, a electrocardiografia; e perguntava já Mönckeberg se a lesão que êle descobrira não corresponderia a determinadas deformações dos complexos ventriculares.

Outros factos mostram-nos, ainda, a necessidade de um esculpido e metódico exame anátomo-patológico.

O exame histológico de alguns casos de pulso lento permanente descobriu alterações graves das artérias que se dirigem para o feixe de His, não coexistindo lesões constituídas do feixe de condução. Aschoff e Tawara observaram em 1906 uma esclerose grave dessas artérias num caso de pulso lento permanente. Griffith e Cohn publicaram em 1909 um caso de pulso lento paroxístico, no qual havia estenose da artéria do feixe com endarterite sem alterações do feixe de His. Falconer e Deau descreveram em 1911 um caso de bloqueio completo com estenose dessa artéria, havendo também, como consequência desta lesão, uma fibrose completa do feixe.

Nos últimos tempos estes factos foram *confirmados* por Géraudel, chefe do laboratório de electrocardiografia do Prof. Vaquez, que publicou três casos, nos quais as alterações do ritmo parecem ser justificadas, apenas, pela estenose da artéria.

Um exame completo do sistema coronário pode evidenciar, portanto, alterações responsáveis pelas perturbações do ritmo.

Devemos acentuar, entretanto, que nenhum destes casos apresentou um estudo anátomo-patológico completo, permitindo-nos assegurar da normalidade do feixe de His ou dos seus ramos.

Há catorze casos de bloqueio dos ramos com estudo histológico metódico e sistemático: 6 são demonstrativos e revelaram lesões no ramo que se supunha doente (Eppinger e Stoerk, 1910, 2 casos; Cohn e Lewis, 1912, um caso no qual coexistia o bloqueio total; Kauf, 1924, um caso; Waldorp, 1924, um caso; Ivan Mahaim, 1928, um caso). O 7.º caso, descrito por Wyss e examinado anatomicamente por Gerhardt, apresenta electrocardiogramas insuficientes para confirmarem o diagnóstico do autor; a interpretação é inexacta.

Dos sete casos restantes, 4 de Cohn e Lewis não apresentaram lesões. Mas ulteriormente afirmou Lewis que estes factos negativos não infirmam a existência do bloqueio do ramo:

«They weigh against the conclusion less in that the bundle branch was not examined in its whole length».

O 5.º caso, incerto, (Fredericia e Möller) compreendia complexos ventriculares anormais e fibrose do ramo esquerdo. Finalmente, os dois casos publicados por Oppenheimer e Pardee apresentavam lesões do lado oposto às previstas pelas deformações dos complexos ventriculares.

Estes dois casos são insuficientes para inutilizar as conclusões impostas pelas investigações experimentais e pelas provas anátomo-clínicas de alguns. Demais, Oppenheimer e Pardee não nos elucidam sobre a extensão dos exames microscópicos. Ora, o ramo direito precisa de ser examinado em toda a sua altura para termos uma idéa exacta do seu estado de conservação. Os exames histológicos dos autores foram incompletos. No primeiro caso coexistia uma fibrilação, e não sabemos — porque nos faltam os pormenores — se esta ocultava um bloqueio total, como num caso de Hoffmann em que havia complexos ventriculares variando por períodos, no qual Mönckebege encontrou lesões

Dr. L.º ZAMBELETTI

MILANO

Arseno-Bromo-Tonicas Zambelletti

(Em caixas de 12 ampolas de 1 cc.)

Formula — Solução, para uso hipodérmico, de Fosfolarseniato de Ferro Zambelletti Bromo-Valerianico.

Indicações — Histerismo.—Neurastenia.—Insomnia.

Todas as neuropatias essenciais com alteração da crase sanguínea (oligoémia, clorose, dismenorreia, anemia), afecções funcionais, inclusivé aquelas de tipo nevrálgico mais variado, ligadas a doenças enfraquecedôras.

Uso — Uma injeção por dia, intramuscular; sendo necessario, até duas injeções nas 24 horas.

Observações — Preparação sedativa tonico reconstituente, na qual, a acção do fosforo, do ferro, do arsénico combinados, está associada á acção sedativa, anti-espasmódica e analgésica do Bromo e da Valeriana fresca, o que permite produzir simultaneamente uma cura calmante e reconstituente.

A

L. LEPORI

(Sucessôr da Italo-Portuguêsa, Lda.)

APARTADO 214

LISBOA

Arseno-Bromo-Tonicas

"ZAMBELETTI"

Frequentemente o Medico prático é obrigado a submeter a dura prova toda a sua paciencia no tratamento dos neuropatas, para os quaes se encontra forçado a prescrever, ao mesmo tempo, varios medicamentos para combater as varias e multiplas manifestações patologicas, não só d'algumas nevroses, mas tambem de qualquer enfermidade nervosa idiopatica. D'aqui o oferecer aos pacientes de enfermidades nervosas um unico remedio, complexo e completo que pudesse, ao mesmo tempo, acalmar os multiplos desarranjos do mal e reconstituir-curar o sistema nervoso, e, com ele, todo o organismo tocado pela propria enfermidade, foi o fim a que nos propozémos.

Com as nossas «Injecções Arseno-bromo-tonicas» alcançámos plenamente o objectivo que tende a evitar ao enfermo a preocupação e o aborrecimento de ter de utilizar, no mesmo dia e por muito tempo, alguns medicamentos distinctos entre si, debaixo de formas varias e a horas diversas; aborrecimento e preocupação que, por si só, causam frequentemente ao enfermo uma torturante obcecação feita de escrupulos, de exactidão e de temôres pelos equívocos: obcecação em nada propicia à calma e tranquillidade tão indispensaveis para os pobres neuropatas.

A acção fundamental d'esta nossa preparação, baseia-se principalmente na propriedade therapeutica do bromo, o qual é com relação ás doenças nervosas o que o quinino é para as febres palustres.

Sirva-se remeter, livre de despêsas, uma amostra de

Arseno-Bromo-Tonicas "Zambeletti"

Nome: Dr.

Especialidade a que se dedica:

Endereço { Rua:

Localidade:

Data:

ASSIGNATURA DO MEDICO

dos dois ramos, e como no de Biedl e Rihl examinado também por Mönckeberg com o mesmo resultado. Nestas circunstâncias, a explicação do paradoxo, tão apregoado por alguns autores franceses, é muito simples e nada misteriosa.

Como recorda Ivan Mahaim, os resultados paradoxais do bloqueio dos ramos avultam depois que Aschoff e Tawara, Griffith e Cohn e Géraudel nos mostraram que uma estenose arterial é capaz de inibir as funções do tecido específico antes de ser constituída uma lesão bem aparente. Se, por exemplo, a lesão incide sôbre a origem do ramo esquerdo, e existe, ao mesmo tempo, uma estenose do *ramus limbi dextri*, o electrocardiograma poderá apresentar-nos uma forma típica do bloqueio permanente do ramo direito (a inibição esquémica estando localizada na parte inferior), a-pesar-de existir uma lesão do ramo esquerdo a um nível elevado.

O estudo anatómico cuidadoso desfaz, portanto, o mistério dos resultados paradoxais.

II. O segundo argumento dirige-se à freqüência do bloqueio direito, mesmo na insuficiência ventricular esquerda.

A disposição anatómica e topográfica dos dois ramos explica esta freqüência.

O ramo esquerdo, largo, extenso, ocupando uma grande superfície, irrigado por duas artérias interventriculares, direita e esquerda, não é facilmente vulnerável.

O ramo direito, pelo contrário, muito pequeno, com a sua divisão tardia, irrigado por uma artéria própria (*ramus limbi dextri*, de Gross), que sai da interventricular direita ou anterior (coronária esquerda) torna-se mais facilmente vulnerável.

Na sua porção média, pelo menos, os ramos recebem duas coronárias diferentes. Quando as alterações dependem de perturbações das coronárias (e são muito freqüentes) o ramo direito, com uma circulação própria, tem mais probabilidades de apresentar um bloqueio sistematizado.

Demais—razão puramente anatómica—o ramo esquerdo divide-se muito perto da sua origem em ramos secundários e divergentes, permitindo, assim, escapar a uma lesão completa, ao passo que o ramo direito se mantém unido numa grande extensão.

A freqüência do bloqueio direito tem, portanto, as suas razões anatómicas, até mesmo quando associada de insuficiência do coração esquerdo. As perturbações da circulação coronária que diminuem a função do miocárdio ventricular esquerdo podem interessar o septo interventricular e o ramo direito, porque este é irrigado pela coronária esquerda.

O bloqueio direito aparece também freqüentemente nos aórticos porque, como demonstraram alguns autores (Kauf, Ivan Mahaim) as lesões aórticas endocardíticas, sifilíticas ou arterioesclerósicas deveriam invadir o septo muscular numa grande extensão para atingirem o ramo esquerdo, e, então, difficilmente deixariam de atingir o septo membranoso e, portanto, o próprio feixe. O caso de Kauf é deveras notável, sob este ponto de vista. Macroscopicamente, existiam lesões calcificadas na vizinhança do ramo esquerdo; e o microscópio revelou lesões exclusivamente no ramo direito, previstas pelo exame electrocardiográfico.

III. Laubry, Walser e Deglaude apresentaram ainda objecções de ordem experimental que constituíram uns tantos argumentos despidos de valor. Registaram gráficos eléctricos do gastrocnémio isolado da rã, depois de submetido a uma fadiga progressiva, e obtiveram traçados que apresentam — dizem — uma analogia com os que, na clínica, são devidos a perturbações da condutibilidade dos ramos. Esta «fadiga muscular» fôra já invocada por Smith depois de algumas experiências feitas no cão, e a qual Rothberger não dera o menor crédito.

Os autores insistem neste facto: que o músculo isolado da rã não possui qualquer sistema de condução especializado.

Isso não quer dizer que o gastrocnémio da rã seja desprovido da *propriedade condutora* e que o electrograma se altere quando essa propriedade está lesada.

Operando, não no gastrocnémio isolado da rã, mas no coração intacto do cão, obtive electrocardiogramas idênticos aos que são produzidos pelas perturbações do sistema de condução, depois da injeccção de altas doses de efedrina e efetonina. Nessas experiências, relatadas em communicações que este ano apresentei com os respectivos electrocardiogramas à *Société de Biologie*, o alargamento dos complexos ventriculares e as chanfraduras coexistentes dos accidentes *R* e *S* eram acompanhados do aumento do espaço P-R;

quer dizer, as perturbações da condutibilidade do ritmo cardíaco, provocadas no coração do cão por altas doses daquelas drogas, incidiam sobre todo o tecido específico da condução; não era lógico que as alterações devidas a essas substâncias consistissem apenas em perturbações isoladas dos ramos do feixe de His ou das fibras de Purkinje. Foi a coexistência de uma diminuição da condução na aurícula com o atipismo dos complexos ventriculares que me levou à conclusão de que as drogas alteravam a condutibilidade do ritmo cardíaco (em grandes doses), em toda a extensão do tecido específico. Como essas perturbações eram temporárias (para a mesma dose), com o desaparecimento do atipismo dos complexos ventriculares observava-se também a normalização do espaço P-R. Esta *fadiga muscular* — deixemos passar o termo — do feixe de His, dos seus ramos e das suas terminações mais finas, isto é, do sistema de condução do ritmo cardíaco, que observei nas minhas experiências, mostram-nos que não devemos confundir a insuficiência ou a fadiga do miocárdio com a fadiga ou com as lesões do tecido específico que conduz a onda de excitação.

A aceitação dos argumentos — tão pouco convincentes — dos autores franceses corresponderia à destruição dos próprios fundamentos da electrocardiografia.

As experiências sobre o músculo isolado da rã não permitem infirmar a existência do bloqueio dos ramos nos mamíferos e na clínica humana.

IV. Objecta-se, finalmente, que os complexos ventriculares atípicos são «discordantes» no homem e «concordantes» no cão. Trata-se, apenas, de uma questão de pormenor. Se compararmos as curvas do bloqueio dos ramos, no homem, com as curvas experimentais no cão, observa-se quasi sempre uma diferença importante. Nos dois casos o acidente T é oposto ao desvio inicial (1); todavia, enquanto no cão este desvio inicial é do mesmo sentido nas três derivações (curvas concordantes), no homem, com bloqueio num dos ramos, o desvio inicial é invertido na 1.^a

(1) As deformações da onda T, que não são sempre idênticas, continuam ainda por esclarecer.

e. na 3.^a derivações (curvas discordantes). Tem-se, entretanto, obtido curvas discordantes no cão e concordantes no homem.

Lewis pôs em evidência a relação entre o aparecimento da discordância e o aspecto do traçado antes do bloqueio. Se a onda R é de baixa voltagem no traçado normal, a curva obtida, após a secção, tem tendência para a discordância. Se o acidente R se apresenta com alta voltagem, aparece a curva discordante. Parece, pois, que a diferença que distingue as curvas experimentais do cão e as curvas do bloqueio clínico dependem das pequenas diferenças topográficas dos ramos.

Nenhuma destas críticas recentes contra a noção clínica dos bloqueios e das perturbações de condução dos ramos conseguiu abalar as demonstrações de Eppinger e Rothberger, de Lewis, Carter, Smith, Wilson e Herrmann.

Há ainda, certamente, factos a precisar e noções a esclarecer. Mas o que existe autoriza-nos a aceitar as concepções experimentais. É preciso aumentar, por investigações sistemáticas e metódicas, os factos anátomo-clínicos; observar cuidadosamente os sinais clínicos do bloqueio; e, experimental e clinicamente, determinar se o sistema arterial coronário desempenha algum papel importante na génese dessas perturbações, aplicando o método stereoradiográfico, inaugurado com tão belos resultados por Jamin e Merkel.

*

* *

O segundo doente, com uma endocardite valvular mitral, aórtica, pulmonar e tricuspida, com hipertrofia e dilatação de tôdas as cavidades, apresentava um traçado eléctrico, no qual a voltagem dos accidentes estava ligeiramente diminuída, o complexo ventricular alargado, e o acidente R apresentava chanfraduras em tôdas as derivações. O aspecto difásico das curvas — forma típica do bloqueio dos ramos — não se encontra neste electrocardiograma.

Foi a êste aspecto electrocardiográfico que os autores americanos deram o nome de *bloqueio de arborização*, e, principalmente, aos electrocardiogramas cuja voltagem dos desvios iniciais é ainda mais diminuída.

Com os conhecimentos tão precisos sobre a propagação da onda de excitação nos ventrículos e a sua representação gráfica — devidos especialmente a Lewis — parece-me que as condições gráficas necessárias para diagnosticar o bloqueio de arborização só podem ser produzidas por uma modificação da condução nas fibras de Purkinje.

A-pesar do fracasso da repetição experimental — por motivos já aduzidos — e do resultado contraditório de algumas investigações histológicas, que não confirmaram o presumido, a interpretação das curvas contém uma boa dose de verdade.

Quando, em 1916, Oppenheimer e Rothschild estudaram 62 casos, cujos electrocardiogramas se afastavam da forma normal, chegaram à conclusão de que a aberração dessas curvas era devida ao impedimento da propagação da onda de excitação ao nível das ramificações dos ramos do feixe de His. De 14 autópsias que se puderam fazer, 13 apresentavam esclerose disseminada nas regiões endocárdica e subendocárdica.

Carter, um dos primeiros cardiologistas que estabeleceu as condições dos gráficos eléctricos para o diagnóstico do bloqueio dos ramos, aceitou a concepção de Oppenheimer e Rothschild.

As objecções apresentadas por Weed, Herrick, Robinson, Drury, etc., não conseguem destruir certos factos, como as observações histológicas de Oppenheimer, Rothschild e Carter, mostrando extensas zonas esclerosadas das regiões endocárdica e subendocárdica em casos, cujas curvas apresentavam persistentemente as características descritas.

Se recordarmos o significado dos acidentes ventriculares, as curvas que apresentam essas características electrocardiográficas devem representar uma perturbação da condutibilidade intraventricular. De feito, como o complexo ventricular corresponde à propagação da onda de excitação no ventrículo, um aumento do tempo para a sua realização deve exprimir a existência de uma barragem impeditiva da onda de excitação; como, também, os entalhes nos acidentes devem significar uma alteração na ordem de sucessão da excitação das diferentes regiões do ventrículo.

A ausência do aspecto difásico das curvas e do aumento de voltagem dos acidentes, ao contrário do que aparece na lesão dos ramos, logicamente se justifica pela excitação simultânea de ambas as cavidades ventriculares.

Um facto indiscutível e de grande significado é que todos os indivíduos cujos electrocardiogramas apresentam as características do chamado bloqueio de arborização são já clinicamente suspeitos de apresentarem lesões miocárdicas.

Não considero, portanto, duvidoso que as curvas de Oppenheimer e Rothschild possam ser originadas por lesões anatómicas extensas do sistema de condução ventricular.

Todavia, o estudo das curvas da minha colecção e também das publicadas por Oppenheimer, Rothschild, Carter Neuhoff, Willius, Weed, Herrick, Robinson, Drury, leva-me a dar uma maior extensão ao significado destes electrocardiogramas aberrantes. Podem existir com lesões miocárdicas extensas não localizadas nas fibras de Purkinje (1).

Não é a dilatação das cavidades cardíacas, como se poderia inferir, cotejando os resultados do exame radioscópico com o exame electrocardiográfico da minha segunda observação, que condiciona o alargamento dos complexos ventriculares. O que eu tenho observado em doentes com dilatação das cavidades ventriculares, sem presumíveis lesões do sistema específico, são: ou complexos normais, ou, a mór parte das vezes, diminuição de voltagem dos desvios, sem atraso na condução intraventricular, isto é, sem alargamento do complexo ventricular eléctrico.

As chanfraduras que o electrocardiograma desta doente apresenta em tôdas as derivações também as não tenho observado nesses casos. E devo acentuar que todos os cardíacos que no Serviço são entregues aos meus cuidados possuem exames electrocardiográficos; quer dizer, as conclusões referem-se a um número avultado de doentes.

O exame necrópsico do coração demonstrou de uma maneira clara que a miocardite incidia principalmente sôbre as fibras de Purkinje.

Estas razões de ordem anatómica dão ao caso clínico o valor de uma experiência, demonstrando que os caracteres do complexo ventricular eléctrico são condicionados pelas lesões das

(1) Sôbre as indicações prognósticas dos electrocardiogramas aberrantes ver o próximo artigo: *Complexos ventriculares atípicos e insuficiência miocárdica.*

últimas terminações dos ramos do feixe de His, isto é pela *miocardite crónica subendocárdica*.

RÉSUMÉ

L'A. rapporte dans cette mémoire deux observations: l'une de bloc de la branche droite du faisceau de His; l'autre de « bloc d'arborisation ». La première présentait des signes physiques très importants du bloc des branches: dédoublement systolique de la pointe (palpation), et rythme de galop systolique (auscultation), qui ont été confirmés par l'électrocardiogramme. L'A. pense que les signes physiques qui montrent l'existence de l'asynérgie ventriculaire suffisent en beaucoup de cas à reconnaître le bloc des branches; il est logique, conforme aux faits expérimentaux, de considérer ces signes comme un symptôme très important du bloc complet d'une branche. Le diagnostic électrocardiographique de la deuxième observation a été confirmé par l'examen anatomopathologique.

L'A. refute avec des arguments d'ordre anatomique et expérimentales les objections invoquées par Laubry, Walser et Deglaude contre l'existence du bloc de branche chez l'homme, qui ne repose pas sur des bases suffisantes.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BARKER e HIRSCHFELDER. — The effect of cutting the branch of the His bundle going to the left vent. — *Arch. of Int. Med.* 1919, 193.
- 2 — BORDET. — Le groupe ventriculaire de l'élect. et ses modifications. — *Arch. des Mal. du cœur.* 1921, 301.
- 3 — BORDET, JACOEL et GIROUX. — Les modific. de l'élect. dans certains cas de bruit de galop. — *Arch. des Mal. du cœur.* 1923, 205.
- 4 — CARTER. — Aberrant electroc. assoc. with sclerosis of the atrio-ventricul bundle branches and there term. arboriz. — *Arch. of Int. Med.* 1918, 331.
- 5 — CARTER, E. P. — Clinical Observations on Defective Conduction in the Branches of the Auriculo-ventricular Bundle. — *Arch. Int. Med.* 1914, 209.
- 6 — CLERC. — Valeur de l'électrocardiographie pour le diagnostic et pronostic de l'insuffisance ventriculaire chronique. — *IX Congrès de Assoc. des Med. de langue française*, Montréal, Set. 1926, e *Annales de Med.* 1927. 201.

- 7 — CLERC e BASCOURRET. — Anomalies des complexes ventriculaires électriques. — *Revue de Médecine*. 1924, 587.
- 8 — COELHO, EDUARDO. — *As bases fisiológicas da electrocardiografia e o seu valor clinico*. 1 vol. Lisboa. 1925.
- 9 — Sobre as perturbações da condutibilidade intraventricular. — *Lisboa Médica*. N.º 4. Ano IV. 1927.
- 10 — Aspectos electrocardiográficos da esclerose das coronárias. — *Lisboa Médica*. N.º 6. Ano IV. 1927.
- 11 — *Angina Pectoris. Patogenia e Tratamento*. 1 vol. Lisboa. 1928.
- 12 — Action de l'éphédrine sur le cœur du Chien (Études électrocardiographiques) I note. — *Société de Biologie*. 1928.
- 13 — Action de l'éphédrine sur le cœur du Chien (Études électrocardiographiques) II note. — *Société de Biologie*. 1928.
- 14 — COHN, A. E. e LEWIS, T. — The Pathology of Bundle Branch Lesions of the Heart. — *Proc. New York Path. Soc.* 1914, 209.
- 15 — COWAN, J. e BRAMWELL, J. C. — The Clinical Aspects of Bundle-Branch Block. — *Quart-Jour. Med.* 1925, 95.
- 16 — DANIELOPOLU, D. e DANULESCO, V. — Trouble de conductibilité dans les branches du faisceau auriculo-ventriculaire provoqué chez l'homme normal par l'excitation du vague. — *Arch. d. mal. du cœur*. 1922, 361.
- 17 — DEGLAUDE, L. — *L'électrocardiographie et son application à l'étude de l'insuffisance cardiaque*. Paris. 1926.
- 18 — DRURY. — Arborization block. — *Heart*. 1921, 23.
- 19 — EPPINGER, H. e ROTHBERGER, J. — Ueber die Folgen der Durchschneidung d. Tawaraschen Schenkel d. Reizleitungs. — *Ztsch. f. klin. Med.* 1910, 1
- 20 — EPPINGER, H. e STOERK, D. — Zur Klinik des Elektrokardiograms. — *Ztsch. f. klin. Med.* 1910, 157.
- 21 — FREDERICIA e MÜLLER. — Ein von auf das Septum ventriculorum localisierter Myokarditis mit eigen. Abnormalitäten im Electrok. — *Deut. Arch. f. klin. Med.* 1918, 246.
- 22 — GÉRAUDEL, E. e GIROUX, R. — Le syndrome d'Adams-Stokes et sa pathogénie. — *La presse médicale*. 1926, 258.
- 23 — GIROUX. — *Le bruit de galop*. Paris. 1923.
- 24 — GRÜDEL, T. — *Untersuchungen zur Durchschnittsform d. E. K. G. Frankfurt*. 1920.
- 25 — GROSS. — *The Blood Supply of the Heart*. Nova York. 1927.
- 26 — HERRICK, J. B. e SMITH, F. M. — Clinical Observations ou Block of the Branches of the Auricular Bundle. — *Am. Jour. Med. Sc.* 1922, 496.
- 27 — HERRMANN e ASHMANN. — Heart-block with and without convulsive syncope. — *Am. Heart Jour.* 1926, 269.
- 28 — HERRMANN, G. R. e WILSON, F. N. — Ventricular hypertrophy. A comparison of electrocardiographic and postmortem observations. — *Heart*. 1921/22, 91.
- 29 — HEWLETT, A. W. — Heart-Block in the Ventricular Walls. — *Arch. Int. Med.* 1908, 139.
- 30 — HOFFMANN. — *Die Elektro-Graphie*. Wiesbaden. 1914.

BIOPLASTINA SERONO

Lecitina da gema de ovo e luteínas em sôro fisiológico

RECONSTITUINTE EXCELENTE
NÃO DÁ DÓR NEM REACÇÃO
 Injecções diárias de 1 1/2 cc. a 10 cc. (2 ampolas de 5 cc. de uma só vez.)



NENHUMA INTOLERANCIA
EFEITOS MUITO RAPIDOS
 Caixas de 6 ampolas de 5 cc. e de 10 ampolas de 1 1/2 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 - LISBOA

Productos SERONO (Roma)

do Istituto Nazionale Medico Farmacologico Serono

Metranodina Serono — Hidrastis, canadensis, vibornum pronifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

Ipotenina Serono — Á base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

Virosan Serono — Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina em pilulas para os casos em que não seja possível a aplicação de medicações similares por via hipodermica.

CARDIOLO SERONO — ALUMNOSE SERONO — UROLITINA SERONO

OPOTERICOS SERONO

Extractos glicericos totais preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados. 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica são levados á dose conveniente, diluidos, de preferencia, com sôro fisiologico, para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO (Fracos)

EPATASI SERONO (Fracos)

BILEASI SERONO (Pilulas)

OVARASI SERONO (Fracos e caixas)

ORCHITASI SERONO (Fracos e caixas)

SURRENASI SERONO (Fracos e caixas)

TIROIDASI SERONO (Fracos e caixas)

RENASI SERONO (Fracos e caixas)

IPOFISASI SERONO (Fracos e caixas)

LIENASI SERONO (Fracos e caixas)

MASTASI SERONO (Fracos e caixas)

EUGOZIMASE SERONO — TIPO MASCULINO (1 frasco Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

EUGOZIMASE SERONO — TIPO FEMININO (1 frasco Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

- 31 — HORNE, E. F. — A Brief Consideration of Intraventricular Block — *Cincinnati Jour. Med.* 1924-1925, 570.
- 32 — JAMIN e MERKEL. — *Die Koronararterien des menschlichen Herzens in Stereoskopischen Roentgenbildern.* Jena, 1907.
- 33 — KAUF, E. — Zur Diagnose des Schenkelblocks beim menschlichen Herzen. *Ztschr. f. klin. Med.* 1924, 126.
- 34 — KING, J. T. — The Clinical recognition and physical signs of Bundle-Branch-Block. — *The American Heart Journal.* Vol. III. 1928, 505.
- 35 — KORNS, H. M. — Delayed Conduction Through the Right and Left Branches of the Atrioventricular Bundle. — *Arch. Int. Med.* 1922, 158.
- 36 — LAUBRY, WALSER e DEGLAUDE. — Electrocardiogramme et fatigue musculaire. — *Comptes r. de la Soc. de Biologie.* 25 jan., 1926.
- 37 — Complexes ventriculaires atypiques et insuff. card. — *Soc. Méd. des Hôp.* 5 Março, 1926.
- 38 — LEWIS, T. — *Lectures of the Heart.* Nova York. 1918.
- 39 — LEWIS, T. — *The Mechanism and Graphic registration of the heart beat.* 3.^a ed. Londres. 1925.
- 40 — LEYDEN, E. — Ueber ungleichzeitige Kontraktion beider Ventrikel. — *Arch. f. path. Anat.* 1868. 365.
- 41 — MACKENZIE, J. — *Diseases of the Heart.* Londres. 1918.
- 42 — MACKENZIE, J. e ROTHBERGER, C. J. — *Lehrbuch. d. Herzkrankheiten.* Berlin. 1923.
- 43 — MACKENZIE, J. e ORR, J. — *Principles of Diagnosis and Treatment in Heart Affections.* Oxford, 1926.
- 44 — MAHAIM — Contribution à l'étude des blocs de branches. — *Ann. de Méd.* 1927.
- 45 — Anatomie pathologique des blocs de branches. — *Ann. de Méd.* 1928.
- 46 — MATHEWSON. — Lesions of the branches of the a-v bundle. *Heart.* — 1912-13, 385.
- 47 — OPPENHEIMER, B. S. e ROTHSCHILD, M. A. — Electrocardiographic changes associated with myocardial involvement. — *Jour. Am. Assoc.* 1917, 429.
- 48 — OPPENHEIMER e PARDEE. — The Site of the cardiac Lesion in 2 Instances of Intraventricular Heart Block. — *Proc. of. Soc. f. Exp. Biol. and Med.* 1920, 1777.
- 49 — PADILLA, T. — *Electrocardiografia.* Buenos Aires. 1924.
- 50 — PARDEE, H. — *Clinical Aspects of the Electrocardiogram.* Nova York. 1924.
- 51 — RIEGEL, FRANCS. — *Zur Lehre von Herzirregularität und Incongruenz in der Tätigkeit der beider Herzhälften.* Bergmann, Wiesbaden. 1891.
- 52 — ROBINSON, G. C. — The relation of changes in the form of the ventricular complex of the electrocardiogram to functional changes in the heart. — *Arch. Int. Med.* 1916, 830.
- 53 — The Significance of abnorm. in the form of the electrocardiogram. — *Arch. Int. Med.* 1919, 422.
- 54 — ROTHBERGER. — Allgem. Physiol. der Herzens. — *Handbuch. d. Norm, und Path. Physiol.* Berlin. 1927.
- 55 — ROTHBERGER, C. J. e WINTERBERG, H. — Zur Diagnose d. einseitigen

- Blockierung d. Reizleitung in den Tawaraschen Schenkeln. — *Zbl. f. Herzkrankh.* 1913, 206.
- 56 — ROTHBERGER, C. J. e WINTERBERG, H. — Experimentelle Beiträge zur Kenntnis der Reizleitungsstörungen in den Kammern d. Säugertierherzens. — *Ztschr. f. d. ges. exp. Med.* 264, 1917.
- 57 — SCHERF, D. — Reizleitungsstörungen im Sckenkel. — *Kl. Woch.* 1925, 2207.
- 58 — SCHLIEPHAKE, E. — Ueber intraventrikulären Block. — *Verhandl. d. deut. Gesellsch. f. inn. Med.* Jena. 1925, 344.
- 59 — SMITH. — Experim. Observ. on the atypical Q. R. S. waves of th electroc. of the dog. — *Arch. of Int. Med.* 1920, 205.
- 60 — Further observ. on exp. lesion of the branches of the a-v bundle. — *Arch. of Int. Med.* 1921, 453.
- 61 — STENSTROEM, N. — An experimental and clinical study of incomplete bundle branch block. — *Acta Med. Scand.* 1924, 552.
- 62 — STERN, S. — Ueber die Verdoppelung des Herzschlages. — *Deut. Arch. f. klin. Med.* 1884, 562.
- 63 — TALLEY, J. E. e REED, O. K. — A Study of Twenty-eight Cases of Bundle-Branch Block. — *Am. Heart. Journal.* 1926, 262.
- 64 — VEIL. — *Le complexe électrique de l'électroc. à l'état normal et à l'état pathologique.* Lyon. 1922.
- 65 — WALDORP, C. P. — Bradyarrhythmie dans une fibrillation auriculaire. — *Revista de la Assoc. Méd. Argentina.* 1924, 74.
- 66 — WENCKEBACH e WINTERBERG. — *Unregelmässige Herzthätigkeit.* Leipzig. 1927.
- 67 — WEIL. — *L'excitabilité et la conductibilité dans le cœur.* Paris. 1919.
- 68 — WILLIUS, F. A. — Arborisation Block. — *Arch. Int. Med.* 1919, 431.
- 69 — WILLIUS, F. A. — *Clinical Electrocardiography,* Filadelfia. 1922.
- 70 — WILSON, F. N. e HERRMANN, G. R. — Bundle branch block and arborisation block. — *Arch. Int. Med.* 1920, 153.
- 71 — WILSON, F. N. e HERRMANN, G. R. — An experimental study of incomplete bundle branch block and of refractory Period of the heart of the dog. — *Heart.* 1921, 229.
- 72 — WYSS, W. v. — Beiträge zur Klinik des Elektrokardiogramms. — *Deut. Arch. f. klin. Med.* 1911, 505.

NOTAS CLÍNICAS

COLECISTOGRAFIA

POR

ALEU SALDANHA

Assistente de Radiologia

Para que a colecistografia, o notável método de Cole e Graham, marcasse um passo decisivo no radiodiagnóstico das afecções biliares foi necessário, após a sua descoberta, o concurso de uma longa série de experiências que tornasse possível a interpretação dos seus resultados.

O valor de uma prova negativa ou, obtida a imagem da vesícula, a verificação do seu estado normal ou patológico, tem sido objecto de longas estatísticas e estudos numerosos que a-pesar-de não estarem ainda concluídos já permitem estabelecer certas bases sobre as quais assentem, embora cautelosamente, algumas conclusões.

O seu conhecimento interessa não só aos radiologistas, a quem compete a interpretação dos exames, mas ao clínico, a quem é essencial o conhecimento perfeito do valor das verificações radiológicas para que, com segurança, possa decidir da sorte do seu doente.

Na colecistografia, em que o radiólogo nunca deverá interpretar sem o conhecimento médico perfeito do doente e em que, com dificuldade, por um simples relatório se fará compreender de um clínico desconhecedor das noções radiológicas do assunto, a colaboração radiológica clínica torna-se mais do que nunca necessária.

Convém, portanto, para esta íntima colaboração que o conhecimento dos processos e resultados da colecistografia saia fora do âmbito da especialidade e seja do domínio de todos os clínicos.

É sobretudo êsse, o fim a que visa esta nota clínica.

MÉTODOS COLECISTOGRÁFICOS

Até há poucos anos, apenas as vesículas biliares que continham cálculos radiologicamente opacos, ou aquelas raras que pela alteração especial das suas paredes se tornavam espontaneamente visíveis, eram susceptíveis de fornecer, pela investigação radiológica, dados úteis ao diagnóstico das suas afecções.

A-pesar-de todos os processos de técnica e especialização radiológica a contribuição fornecida pelos raios X à clínica era bem modesta neste capítulo.

Não sendo a grande maioria dos cálculos biliares calcificados, nenhuma

significação pode ser atribuída à ausência da sua imagem. A vesícula biliar só quando profundamente alterada por infiltração neoplásica ou forte espessamento inflamatório das suas paredes se torna visível espontaneamente, e, hoje, sabemos bem quanto é sujeita a erros a interpretação dessa imagem. O estudo cuidadoso do estômago e duodeno nos seus desvios e deformações podia, quando muito, levar-nos ao diagnóstico presuntivo de uma periviscerite.

Raras vezes, portanto, a radiologia trazia à clínica uma contribuição valiosa sobre a qual pudesse assentar um juízo certo.

Foi no verão de 1923, quando ainda se procurava resolver o problema pelo aperfeiçoamento da técnica radiográfica, que Graham e Cole procuraram obter a visualização da vesícula biliar pela introdução no organismo de substâncias que, eliminadas pela bilis, a tornassem uma substância de contraste.

Para isso, basearam as suas experiências nos trabalhos feitos em 1910 por Rowntree que estabeleciam a eliminação pela bilis das fenoltaleínas cloradas.

Procuraram aqueles autores a substituição do átomo de cloro por outro de pêso atômico mais elevado, como o do iodo, e conseguiram obter em animais, pela injeção do sal sódico da tetraiodofenoltaleína, as primeiras colecistografias. Como encontrassem um inconveniente na acção tóxica que, por vezes, aquela substância apresentava, substituíram-na pela tetrabromofenoltaleína, nos primeiros ensaios feitos no homem. Mais tarde, reconhecendo que era possível preparar um tetraiodo sem impurezas, de novo este produto foi por êles preconizado conjuntamente com Whitaker e Milliken (1925). O composto do iodo conserva ainda hoje na América um maior número de partidários que o do bromo.

Os três produtos mais empregados são os sais sódicos de tetrabromofenoltaleína, tetraiodo fenoltaleína e de um isômero desta, a fenoltetraiodoftaleína. O emprêgo de qualquer deles, que são eliminados pela bilis numa percentagem de 58%, não faz variar os resultados, tendo o último produto a vantagem de servir para estudar simultaneamente as funções hepáticas.

Sabatini e Milani preconizaram para a visualização o brometo em altas doses. Este método parece posto de parte, não sendo hoje mesmo empregado no próprio Hospital de Roma, onde aqueles autores trabalham e onde pessoalmente o procurámos estudar em 1926.

A introdução do produto no organismo pode fazer-se por injeção intravenosa, ingestão ou via rectal. São os dois primeiros métodos que contam um maior número de adeptos.

Se com efeito a via intravenosa elimina uma causa de êrro importante como é o da contingência da absorpção intestinal, apresenta, contudo, por sua vez, graves inconvenientes.

A injeção do produto diluído num grande volume de líquido (30 a 50 cm³) feita lentamente, pelo menos 1/2 hora, não evita por completo a produção de indurações venosas e por vezes de flebites do tipo asséptico, não falando já da escara produzida, quando não fôr rigorosamente intravenosa. A-pesar da pureza do produto, e embora raros casos fatais tenham sido observados, produzem-se, por vezes, estados sincopais com queda de tensão alar-

mante, incidentes sempre desagradáveis e que levam o clínico a evitar fazê-la no seu consultório e a deslocar-se até ao domicílio do doente.

Todos êstes inconvenientes fizeram com que muitos radiologistas preferissem o método oral, pela primeira vez preconizado por Menees e Robinson, que, simples no seu emprêgo, é muito mais inócua que o precedente e dá resultados satisfatórios.

É evidentemente menos preciso que a injeccção intravenosa, sujeitando-se a falhar quando o estômago ou intestino tolerem mal o produto.

Contudo, essa precisão não é tão pequena, como parece, porque temos na própria observação radiológica um *contrôle* da absorpção ao nível do intestino. Como veremos, em dois terços dos casos por nós observados produziu-se a visualização e, no terço restante, verificou-se que, em mais de metade, havia razões para que a prova fôsse negativa.

É necessário, todavia, cercar êste método de um certo número de cuidados. O ácido clorídrico do estômago pode transformar o sal de sódio solúvel em ácido insolúvel, pelo que temos necessidade de proteger as píulas com uma substância que permita a sua passagem intacta para o intestino.

Várias fórmulas teem sido empregadas, encontrando-se hoje no mercado produtos bem preparados como o Iodo e Bromotetragnost, que a casa Meck gentilmente colocou à nossa disposição, para os primeiros ensaios.

Desde que o radiologista pratique sempre sistematicamente o mesmo método e dêle tire uma experiência suficiente, por comparação da interpretação dos seus exames com a verificação operatória, a escolha da via de introdução torna-se quasi indiferente. Como diz Graham, a exatidão da interpretação depende da experiência adquirida no método particularmente escolhido. É, portanto, um dos casos em que o clínico se deve abster de influir na parte técnica do exame a não ser que tenha uma experiência suficiente para poder interpretar os colecistogramas.

Técnica empregada.—Nos doentes que, para colecistografias, nos teem sido confiados, temos seguido quasi exclusivamente o método por ingestão, escolhendo como substância de contraste a tetrabromofenoltaleína; embora tenha de ser administrada em maior quantidade, pelo pêso atômico do bromo ser inferior ao do iodo, parece-nos menos irritante para as vias digestivas. Preparamos os nossos doentes na véspera do exame com o duplo fim de facilitar a absorpção intestinal e auxiliar a concentração do sal na vesícula. Administramos um purgante ligeiro, de preferênciã alcalino, e um clister frio pela manhã. Conservamos o doente depois numa meia dieta, evitando as substâncias colagogas nas horas que antecedem a ingestão do medicamento. Alguns autores há, todavia, que procuram determinar duas horas antes o esvaziamento da vesícula por uma refeição de Boyden.

Desde êste momento, sabido como é que, fora da digestão, a bilis se acumula na vesícula, onde perde água e se torna mais espessa, o doente é conservado em jejum até ao exame radiológico. Temos procurado determinar nos últimos exames qual será o máximo de alimentação compatível com a boa visualização da vesícula, permitindo já uma refeição ligeira pouco tempo antes

da ingestão, o que torna mais suportável o jejum prolongado, a que, por esta preparação, os doentes ficam sujeitos.

O Bromotetragnost é dado em pílulas de cinquenta centigramas, uma por cada 5 quilos de peso do doente, fazendo acompanhar a sua ingestão de água alcalina para evitar a hiperacidez e as suas conseqüências como excitante da secreção biliar. Ao doente é recomendado o máximo repouso em seguida à administração das pílulas, que nós fraccionamos, deixando um pouco ao seu critério tentar a sensibilidade gástrica.

Nem sempre é possível obter um grande número de radiografias que seriam interessantes para o estudo da actividade de concentração do produto na vesícula. Sendo o máximo da visualização entre as 14 e 17 horas, é neste intervalo que procuramos fazer os nossos colecistogramas.

Nesta nota clínica, não destinada directamente aos radiologistas, abste-nos de entrar nos pormenores da técnica radiográfica. Diremos, apenas, que as radiografias deverão ser feitas em diversas posições do doente e variando a incidência e penetrabilidade da radiação.

Nos casos de visualização, combinamos sistematicamente a colecistografia com o exame gastro-duodenal. Uma radioscopia é feita durante a ingestão de sulfato de bário, após a qual as imagens que mais interessam são fixadas radiograficamente. Para complemento da colecistografia será interessante o estudo do esvaziamento vesicular determinado por uma refeição especial composta de leite e gemas de ovos, ou seja chamada a refeição de Boyden. Muitas deduções úteis será possível obter por este último processo que, todavia, se encontra ainda mal estudado dentro da colecistografia. Parece que o tempo normal da evacuação após esta refeição deverá ser de duas horas sendo patológicas as vesículas de evacuação mais ou menos demorada.

No intuito de basearmos esta nota clínica, em parte, em dados pessoais, e de medir também um pouco o valor do método empregado, reunimos as colecistografias feitas, por nós, nos últimos meses, que farão mais tarde parte de um trabalho mais longo sobre o assunto.

O resultado de trinta e cinco colecistografias feitas, seguindo rigorosamente o método que descrevemos, podem dividir-se nos seguintes números :

Vesículas visualizadas.....	22
Vesículas não visualizadas, com cálculos visíveis..	2
Vesículas não visualizadas.....	11
	<hr/>
	35

Em nenhum destes exames se produziu qualquer reacção grave. Um estado nauseoso foi frequente, chegando alguns doentes a vomitar o produto. E' necessário notar que a maior parte das vezes, nestes casos, a-pesar dos vômitos, a visualização se produziu. Apenas dez dos diagnósticos radiológicos foram verificados operatòriamente. Contudo, cinco incidiram sobre provas negativas e em todos foi encontrada uma causa que explicasse a não visualização da vesícula.

Nos casos em que o exame negativo coincidiu com os vômitos, com a eliminação rápida do produto ou ainda com a não absorpção pelo intestino,

que alguns autores explicam pela acidificação que se produz em alguns hepáticos, recorremos a uma nova ingestão ou à injeção intravenosa. Nos casos mencionados esta foi apenas empregada duas vezes.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Obtidos os colecistogramas pelo método que acabamos de descrever, ou qualquer outro, é necessário interpretá-los e, da sua leitura, concluir das alterações anatómicas ou fisiológicas da vesícula biliar. Conforme se obtem ou não a visualização, assim devemos conhecer o valor das provas negativas ou saber constatar as alterações que apresenta uma imagem da vesícula.

Valor das colecistografias negativas.—Introduzido o produto de contraste, por ingestão ou via intravenosa, 98 % da sua quantidade vai ser lançada pelo fígado na bilis, passando com esta para a vesícula biliar onde pela absorção da água se concentra, moldando e tornando opaca aos raios de Röntgen a sua cavidade.

É evidente que o aparecimento da imagem vesicular dependerá de três ordens de factores:

- 1.º — Da capacidade do fígado em excretar normalmente a substância.
- 2.º — Da permeabilidade do canal cístico, e capacidade da vesícula.
- 3.º — Do estado da função de concentração das paredes vesiculares.

Portanto, em condições normais, a visualização deve produzir-se; e o não aparecimento da imagem deve ser considerado um elemento de valor para o diagnóstico de alteração de uma daquelas três funções.

Para chegarmos, todavia, a esta conclusão primacial, é necessário ter bem a certeza de que a falta da imagem não pode ser devida a uma falta de técnica. Para isso, o doente deve ser rigorosamente preparado segundo o método experimentado, e sempre o mesmo; e se algumas dúvidas existem, recommear ou confirmar o exame por um outro processo de introdução do medicamento. Para que a imagem se não torne invisível por uma falta de contraste ou sobreposição à coluna vertebral, os colecistogramas devem ser múltiplos, variando não só a sua incidência, como a intensidade. No método oral devemos sempre notar a ausência de vômitos ou de diarreia, sendo a cavidade abdominal examinada para que se possa concluir da absorção perfeita do produto.

Verificando-se, assim, que a colecistografia é negativa, a primeira questão a saber é o grau em que a *função hepática pode influir na visualização*.

A função excretora do fígado pode estar diminuída quando as células do parênquima hepático se encontrarem profundamente alteradas, o que acontece em todos os processos degenerativos (amilóide, gordo e hialino, etc.) e nas estases biliares retrógradas graves. Nestes casos a eliminação da substância de contraste pode estar diminuída, influenciando na intensidade da sua concentração na vesícula. Todavia, para que ela se encontre abolida, de maneira a evi-

tar a visualização, é necessário que estas lesões hepáticas sejam muito graves, senão incompatíveis com a vida, pelo menos, de molde a serem tão evidentes que, por nocivas, contraindiquem o próprio método.

Nenhuma verificação conhecemos que tenha confirmado esta causa de não aparecimento da imagem, e basta o conhecimento simples do doente para com facilidade a podermos eliminar.

O segundo factor essencial à visualização é a chegada da bilis carregada de substância de contraste à vesícula. Com efeito, o *obstáculo à sua passagem através dos canais biliares* é a causa mais freqüente da colecistografia negativa. Várias podem ser as causas, quer extrínsecas quer intrínsecas, desta impermeabilidade. Entre as primeiras, temos as compressões determinadas por *massas neoplásicas* formadas à custa dos órgãos vizinhos ou por *bridas inflamatórias* produzidas por processos de periviscerite.

Entre as causas intrínsecas de carácter agudo que determinam uma não visualização transitória está a *ictericia catarral*. A restrição dos canais biliares, que esta produz durante o período agudo, não permite o aparecimento da vesícula, o que ainda acontece nos primeiros tempos de convalescença. Se o processo inflamatório não fôr secundário a uma calculose ou a uma colecistite crónica, a visualização produz-se passadas algumas semanas, o que lhe dá algum interesse para o diagnóstico diferencial. Como causas crónicas temos a *estenose cicatricial do cístico* que é muito rara ou o *carcinoma das vias biliares*, quer primitivo quer secundário.

Uma das causas mais importantes está na existência dum *cálculo obliterate do cístico*, aí fixado, quer por contracção, quer por formações inflamatórias da parede. A não visualização da vesícula pode ainda deixar de se produzir por a sua *cavidade estar praticamente abolida*.

Isto pode ser determinado por compressão, retracção das paredes vesiculares, ou por repleção provocada pelos cálculos ou pela bilis muito espessa.

O terceiro factor seria a *alteração da função da vesícula* em concentrar o produto. É uma causa ainda em estudo e que para determinar uma ausência completa da imagem necessitaria de lesões muito graves das paredes.

Parece condicionar a intensidade da sombra obtida, assumindo assim bastante importância, quando bem estudada, no diagnóstico difícil das afecções ligeiras da vesícula.

Julgamos que seria de grande interesse, se fôsse possível, determinar para cada doente o mínimo de substâncias capaz de produzir a visualização.

Resumindo, vemos que as causas mais importantes de colecistografia negativa são a não permeabilidade do cístico ou a obstrução da cavidade vesicular. Nos cinco casos operados das nossas onze colecistografias:

1 foi determinada por obstrução calculosa do cístico;

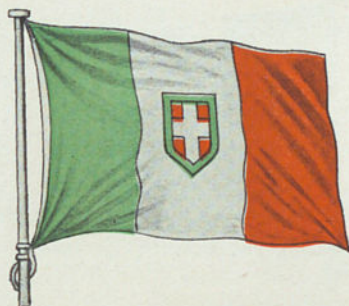
3 por obliteração da cavidade pela bilis fortemente espessa e por um cálculo volumoso;

1 por alteração das paredes vesiculares.

Se uma vesícula que se não visualizasse fôsse sempre uma vesícula patológica, bastaria apenas fazer o diagnóstico diferencial entre as várias afecções que atrás mencionamos. Alguns casos há, todavia, em que, sem lesões da vesícula ou das vias biliares, a colecistografia é negativa. Seja

Productos
ZAMBELETTI
 (Milano)

dos Estabelecimentos Dr. L.^o Zambelletti



Iodarsone, Zambelletti

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arsenical.

Tónico - Depurativo de acção
 trófica mineralisante e eupeptica.

Arseno-bromo-tonicas Zambelletti

Injecções Sedativas e reconstituintes

Histerismo. — Neurastenia. — Neuropatias. — Insomnias.

Arseniato de Ferro Soluvel Zambelletti

Apresenta os caracteres de tolerância, assimilação e eficacia do

FERRO FISIOLÓGICO ALIMENTAR

Gotas — injecções de 3 graus — com ou sem estricnina.

OUTROS PRODUCTOS ZAMBELETTI:

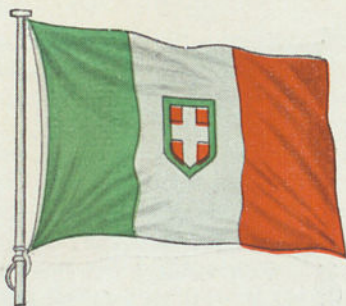
IODOSAN — TEOBROMINA COMPOSTA — SÔRO IODADO COM GAIACOL
 INJEÇÃO ANTIASMATICA — BISMARSOL

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA



Productos
BRUSCHETTINI
(Genova)

do Laboratorio di Terapia Sperimentale
Dott. Prof. A. Bruschetti

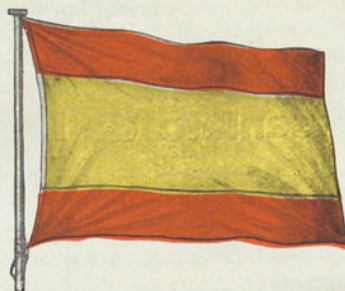
Vacina antiptogénica polivalente Bruschetti — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacilos perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. — Metodo Prof. Bruschetti.

Vacina antigonococica Bruschetti — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de gérmens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. — Método Prof. Bruschetti

Antituberculares Bruschetti — SÔRO VACINA — VACINA CURATIVA — VC-AC VACINA CURATIVA II GRAU.

Productos IBYS
(Madrid)

do Instituto de Biologia Y Sueroterapia



Atosferin Iby (I e II Série) — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Vacina contra a tosse convulsa Iby — Emulsão do bacilo de Bordet Gen-gou e seus associados, na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de gérmens por centímetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc. — **Como curativa e preventiva.**

Bronconeumoserum Iby — Sôro pneumo-diftérico optoquinado. Ampolas de 10 cc.

Adrenoserum Iby — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

pela acção ainda em discussão do esfíncter de Oddi, seja por acções reflexas, Oratore e Grebe encontraram exames negativos em úlceras do estômago e duodeno. Êstes factos, que tiram sem dúvida uma parte do seu valor à prova de colecistografia, merecem ser estudados, e creio bem que com um melhor conhecimento do método pouco a pouco diminuirão, tornando-se excepcionais.

Estudo da imagem visualizada. — Se, ressaltados os êrros de técnica, uma conclusão parece ser tirada da quasi totalidade das colecistografias negativas, outro tanto não acontece nos casos em que a vesícula foi visualizada. Nem sempre esta corresponde a uma vesícula normal. Das 22 vesículas que visualizámos,

- 6 foram interpretadas como normais (uma verificação operatória);
- 3 continham cálculos radiologicamente opacos;
- 11 foram diagnosticadas como sendo sede de processos de colecistite e de pericolecistite (2 verificações operatórias);
- 1 hidropisia vesicular;
- 1 como contendo cálculos transparentes.

Se nêstes casos a função hepática da eliminação do produto se deve encontrar mais ou menos intacta e a permeabilidade do cístico em parte assegurada, as paredes da vesícula podem ser sede de processos inflamatórios, que não obstruam a sua cavidade nem impeçam de tal forma a função de concentração que determinem a invisibilidade.

Quando a imagem é obtida, torna-se necessário a leitura minuciosa dos colecistogramas e a observação detalhada dos seus caracteres.

Os dados para êste estudo devem ser metódicamente colhidos quanto à sua sede, forma, dimensões, contornos, opacidade, mobilidade, localização da dor e relações com os órgãos vizinhos. Esta leitura é bastante delicada e requiere da parte de quem interpreta a noção do aspecto normal da vesícula, que apenas a prática repetida do método pode dar.

Quanto à sede, a noção que a anatomia e a semilogia nos tinham dado sôbre a situação da vesícula não está na maioria dos casos certa com a determinada pela colecistografia. A imagem vesicular apresenta uma posição alta, menos freqüente, acima da segunda vértebra lombar, ou baixa, descendo até à quarta ou quinta, com tendência no primeiro caso a afastar-se e no segundo a aproximar-se da coluna vertebral. Com o doente em pé a vesícula

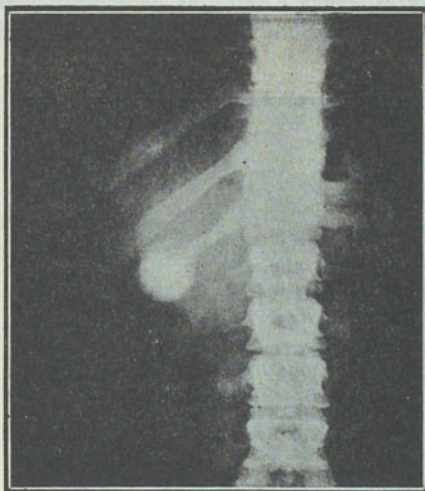


Fig. 1. — Vesícula normal.

baixa de 2 a 4 cm. A variabilidade individual está por via de regra em relação com a conformação morfológica do abdómen.

Nos casos em que a vesícula desce abaixo da quinta vértebra, poderemos falar em *ptose* e pode corresponder a determinadas manifestações clínicas, como a sensação do pêso após as refeições, acompanhada, por vezes, de náuseas, vômitos, etc. As alterações de volume do fígado, a sua *ptose*, um metiorismo abdominal exagerado, aderências, etc., podem evidentemente determinar modificações da sede da vesícula.

Quanto à *forma e dimensões* são também bastante variadas de indivíduo para indivíduo. Encontram-se, por vezes, vesículas redondas ou ovóides, outras vezes longas e estreitas, de contornos quási paralelos. Podem inclusivamente ser deformadas pela incidência das irradiações ou posição do doente, sendo necessário não formar um juízo seguro pela leitura de uma só película.

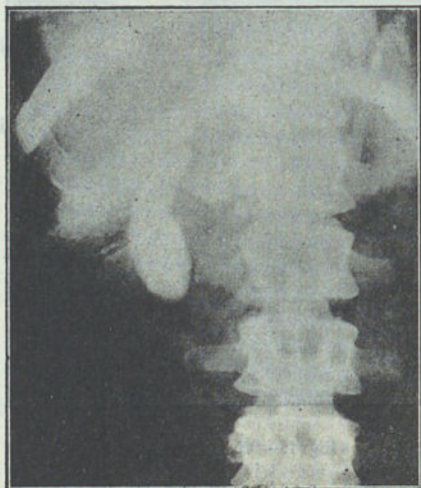


Fig. 2. — Vesícula deformada por pericolecistite.

Casos há, em que a vesícula se apresenta nitidamente dilatada, abaixada, e de intensidade menor que a normal. No estado de relaxamento as paredes deixam-se deprimir com facilidade pelos órgãos vizinhos. É o quadro radiológico que corresponde à atonia da vesícula biliar individualizada por Chiray. Na posição de pé a bilis acumula-se na parte inferior, dando a esta uma maior opacidade e nitidez.

O aumento de volume apresenta também como causa mais freqüente a estase biliar consecutiva a um obstáculo ao defluxo da bilis.

A sombra aparece tardiamente pela alteração das funções hepáticas e por falta do poder de concentração vesicular.

A redução de volume produz-se, sobretudo, nas vesículas de paredes fortemente esclerosadas que, como sabemos, podem determinar a não visualização.

Além disso, as vesículas normais podem, no decorrer do exame radiológico, esvasiar em parte o seu conteúdo e tornar-se, por contracção, de menores dimensões.

Sabemos bem que esta propriedade nem por todos é admitida, mas só ela pode explicar as variações vesiculares em películas feitas no decurso do exame.

Os *contornos* podem perder a sua linha nítida e arredondada e tornarem-se irregulares por alteração das paredes ou por acção exercida pelos órgãos

vizinhos. Estes podem determinar compressões ou repuxamentos por aumento de volume ou periviscerite.

Para determinar com segurança a existência de aderências é necessário verificar que a imagem da vesícula e a do órgão vizinho mantêm constantes as suas relações de continuidade nas radiografias feitas em várias posições e não se separam pela pressão feita entre os dois órgãos sob o *écran* radioscópico, devendo esta última manobra determinar, por via de regra, uma sensação dolorosa. Um elemento importante neste estudo é evidentemente o da *mobili-dade* da vesícula que, pela sua posição nas várias películas, pode ser sempre determinada. Como anteriormente dissemos, conjugamos sempre a colecistografia com o *exame do bulbo duodenal*. Se antigamente deduções muito interessantes sobre o estado da vesícula podiam ser tiradas pela verificação das irregularidades dos contornos duodenais e da dextro e rectro posição do bulbo, mais precisas hoje se tornam com a sua visualização. Uma noção há que é necessário notar: é que as irregularidades dos contornos não excluem de forma alguma a existência de aderências. Observamos sobre os nossos colecistogramas imagens nítidas e regularmente limitadas que, no acto operatório, apresentavam processos de periviscerite, por vezes intensos.

Mais delicado é o estudo da *opacidade da vesícula*. Este pode-se fazer quanto à sua opacidade ou uniformidade.

Um dos grandes objectivos do método colecistográfico é desenhar as imagens lacunares, os espaços ocupados por cálculos transparentes. Para que este diagnóstico possa ser feito, é necessário eliminar uma causa de erro muito frequente que é a projecção sobre a vesícula de sombras de gases intestinais. A comparação das diferentes películas, e sobretudo, a variação da incidência eliminam com facilidade esta hipótese no caso em que as lacunas observadas se conservem constantes.

Uma questão bastante importante, e ainda por resolver, é determinar o valor diagnóstico do grau de opacidade obtido. A quantidade e a concentração do produto devem estar dependentes de muitos factores, sobretudo quando administrado por via bucal. Só um melhor estudo do método e o mais perfeito conhecimento da fisiologia biliar podem permitir deduções valiosas deste sintoma que nem sempre depende da actividade de concentração das paredes da vesícula.

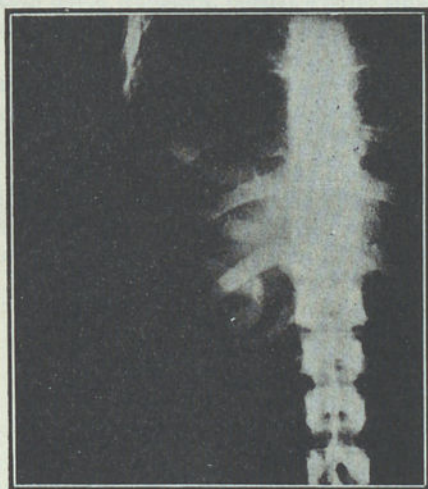


Fig. 3. — Cálculos biliares visíveis por contraste numa vesícula visualizada.

Um outro sintoma a colher sôbre o *écran* radioscópico é a *localização da dor*. Esta, quando rodeada de todos aqueles cuidados que o radiologista deve pôr em casos similares, é de grande importância quando se faz nitidamente sôbre a imagem obtida e a segue nos seus deslocamentos.

INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Se em alguns casos da patologia vesicular é fácil marcar clinicamente a natureza e a sede da afecção, outros há em que o diagnóstico diferencial com as lesões do quadrante superior direito do abdômen apresenta sérias dificuldades.

Como acabamos de ver, a colecistografia fornece, pela observação metódica dos colecistogramas, conhecimentos preciosos sôbre o estado da vesícula e vias biliares que muito contribuirão para o esclarecimento do clínico e para guia de indicações terapêuticas.

Escusado é já acentuar o progresso que o método representa e a sua enorme utilidade.

Esta é, contudo, diferente nas diversas afecções da vesícula.

Litíase biliar. — Se na era da precolecistografia apenas 25 % dos cálculos biliares eram visíveis, porque os restantes 75 %, não contendo sais de cálcio, eram radiologicamente transparentes, hoje, quer porque determinem a oclusão das vias biliares e, portanto, a não visualização da vesícula, quer se apresentem em forma de lacunas sôbre a opacidade de uma imagem visualizada,

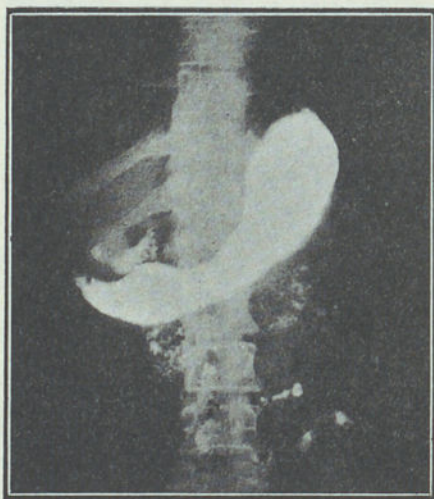


Fig. 4. — Compressão gastroduodenal pela vesícula. (Pericolecisto-duodenite).

o número de diagnósticos certos ascende, segundo alguns autores, a 98 %. É a grande indicação da colecistografia. No caso dos cálculos serem espontaneamente visíveis, o método tem ainda vantagens nítidas para a sua localização e diagnóstico diferencial com as concreções hepáticas e litíase renal.

Podem compreender-se que, nos raros casos em que a opacidade dos cálculos coincide em intensidade com a vesícula, a visualização desta seja prejudicial. Embora excepcional, fácil é obstar a este inconveniente com uma radiografia feita previamente sem qualquer preparação.

As colecistites crônicas. — Podem determinar a não visualização pela obliteração dos ductos biliares, redução da cavidade da vesícula, esclerosando as suas paredes ou enchendo-a de bilis muito espessa ou ainda pela alteração profunda das funções de concentração.

Podem também, embora permitindo a sua visualização, determinar imagens com alteração de forma, dimensões, contornos e mobilidade, que permitem em muitos casos o seu diagnóstico.

Quando complicada por periviscerite, a colecistografia, dando-nos a imagem da vesícula, permite estudar detalhadamente as suas relações com os órgãos vizinhos e estabelecer a existência de aderências.

Por fim, mencionaremos o papel essencial que desempenha aquele método para a localização perfeita de uma dor à pressão sobre o quadrante superior do abdômen.

Nas colecistites ligeiras das vias biliares que não determinam alterações profundas das paredes nem do cístico, a colecistografia não traz ainda uma grande contribuição ao seu diagnóstico. É, todavia, de esperar que pelo estudo da actividade de concentração e da sua evacuação sobre a influência da refeição de Boyden se possa, com novos trabalhos, chegar a obter sinais que nos levem ao diagnóstico das pequenas afecções vesiculares.

O método colecistográfico apenas está contraindicado num pequeno número de casos, como são as grandes lesões renais, os vícios cardíacos graves, as insuficiências hepáticas acentuadas e, segundo alguns autores, na doença de Basedow.

Em tôdas as afecções da vesícula e vias biliares a colecistografia deve ser empregada porque, sendo um método enócuo, é susceptível, num grande número de casos, de fornecer indicações preciosas sobre o ponto de vista semiológico e terapêutico.

Revista dos Jornais de Medicina

Observações a propósito da colecistografia por via bucal. (*Remarques a propos de la cholécystographie par voie buccale*), por DROUET, GERBAUT e GREGOIRE. — *Arch. de Mal. de l'App. Dig.* N.º 6. 1928.

São utilizadas três vias de absorção: a via rectal, bucal e intravenosa. Os alemães preferem a primeira e os americanos a última. Em França, os trabalhos publicados sobre este assunto mostram uma certa predilecção pela via digestiva.

O A. passa em revista a crítica feita aos diferentes métodos de visualização da vesícula, concluindo que a única técnica capaz de dar o máximo de resultados é a via intravenosa. Por outro lado, o A. pôde observar que os *clichés* obtidos depois da injeção são sempre mais nitidos, mais belos, com mais contraste do que os que se obtem com as pílulas, facto este que constitue a prova de que nem todo o produto é absorvido pelo intestino. Ora, sabe-se que, para a maioria dos autores, uma imagem vesicular pouco nítida indicaria uma alteração da parede da vesícula, diminuindo o seu poder de concentração e dando, portanto, uma nova incerteza para o médico.

Os argumentos de ordem técnica contra a injeção endovenosa não constituem objecções valiosas. A medicina moderna tem o hábito de fazer absorver pela via intravenosa medicamentos, pelo menos, tão irritantes para o tecido celular e tão susceptíveis de incidentes gerais desagradáveis como a ftaleína tetraóxida.

E. COELHO.

O esvaziamento da vesícula biliar considerado como uma das suas funções. (*Expulsion of its contents as a function of the Gallbladder*), por MERLE SCOTT e WHITAKE. — *Journ. of Am. Med. Assoc.* N.º 1 (Julho). Vol. 91. 1928.

Certas actividades fisiológicas da vesícula tornaram-se susceptíveis de um estudo clínico depois que Graham e Cole criaram o método da visualização radiográfica deste órgão.

As suas duas propriedades, unanimemente admitidas, são o poder de concentração da biliar no seu interior e o esvaziamento do seu conteúdo por períodos, particularmente durante a digestão de gordura. Ambas as funções são utilizadas para se apreciar o estado da vesícula pela colecistografia.

Muitas hipóteses se tem aventado para explicar o mecanismo do esvaziamento da vesícula. Os AA. depois de terem examinado as hipóteses mecânicas (variações da pressão intra-abdominal, peristaltismo intestinal, relaxamento do esfíncter, acção da biliar hepática), concluem do numeroso material apresentado que:

1.º A expulsão do conteúdo da vesícula, após a refeição rica em gordura, é uma função vital da sua musculatura e independente de factores mecânicos.

2.º As condições gerais que actuam sôbre o tónus muscular devem ter-se sempre em vista na interpretação da fase motora das séries colecistográficas.

E. COELHO.

As pleurisias tuberculosas do pneumotórax artificial. (*Les pleurésies tuberculeuses du pneumothorax artificiel*), por E. RIST e VEBER. — *Ann. de Med.* Julho. 1928.

Entre os numerosos problemas que avultam na prática do pneumotórax artificial para o tratamento da tuberculose pulmonar, o dos exsudatos líquidos que sobreveem na cavidade pleural não deixou ainda de reter a atenção dos clínicos. Êste incidente, que preocupa os médicos com pouco treino da colapsoterápia, é olhado, pelo contrário, pelos que teem uma certa prática do método com muito mais calma. Segundo estes, apenas numa pequena proporção de casos toma o aspecto de uma verdadeira complicação.

Vários clínicos exprimiram até a opinião de que o aparecimento de uma pleurisia exerce uma acção benéfica e favorável sôbre o processo da cura, para o qual se institui a colapsoterápia. Os AA. são há muito tempo desta opinião.

A freqüência dêstes derrames varia de 50 a 70%, consoante as estatísticas.

Se se exceptuarem os derrames idiopáticos, os líquidos das pleurisias do pneumotórax artificial são bacilíferos em 85% dos casos, ao exame microscópico directo.

Para os AA. os derrames bacilíferos são devidos à penetração dos bacilos tuberculosos na cavidade pleural.

¿ Como se infecta a pleura? A abertura directa, traumática, de um foco tuberculoso (às vezes sub-pleural) em actividade pode produzir-se em diferentes circunstâncias. Mas êsse fenómeno não é indispensável. Podem chegar com freqüência à cavidade pleural, por diapedese, células que contem bacilos vivos e provenientes de lesões tuberculosas situadas no pulmão subjacente.

Êste modo de propagação permite-nos compreender como as pleurisias que evoluem silenciosamente como derrames idiopáticos, podem, num dado momento, transformar-se em pleurisias febris, agudas, de líquido abundante e bacilífero.

O emprêgo de pressões muito elevadas pode romper as aderências ou rasgar a pleura visceral. Como consequência de tais traumatismos sobrevem a abertura de um foco tuberculoso na cavidade pleural.

Os AA. examinam as diferentes estatísticas para daí deduzirem qual a evolução das pleurisias do pneumotórax. Na maioria dos casos, a pleurisia, longe de constituir um obstáculo para a cura pelo pneumotórax da tuberculose pulmonar, vem, antes, em seu auxílio.

A acção favorável exercida pelo exsudato não é devida a uma melhor compressão do pulmão doente, como pensaram Brauer, Spengler e Saugman, entre outros. Das experiências praticadas pelos AA. conclui-se que o líquido

resultante de uma reinfecção pleural endógena e análogo, em parte, aos exsudatos alérgicos experimentais, exerce sobre os bacilos tuberculosos uma acção inibidora e, talvez, lítica.

Este modo de ver tem ganho ultimamente terreno entre alguns tisiologistas, para os quais a analogia entre as modificações morfológicas que apresenta o bacilo tuberculoso nos exsudatos do pneumotórax e as que sofre na reinfecção experimental, é admitida sem restrições, interpretando estas modificações como sendo de natureza lítica.

O que complica o problema é que nem todos os exsudatos do pneumotórax artificial são da mesma natureza; há os que constituem um bom meio de cultura e os que não exercem qualquer acção inibidora. E um mesmo líquido tem propriedades diferentes, consoante as fases. É por um estudo sistemático do maior número possível de exsudatos que se chegará a esclarecer este problema, cujo interêsse, tanto prático como teórico, ninguém contesta.

E. COELHO.

Angina pectoris. Tratamento pelas injecções paravertebraes de álcool.

(*Angina pectoris. Treatment with paravertebral Alcohol injections*), por J. WHITE e P. WHITE. — *Journ. Am. Med. Assoc.* N.º 14. 1928.

Em cinco casos dos mais graves de angina de peito os AA. injectaram álcool no trajecto dos cinco primeiros nervos intercostaes esquerdos. Em dois doentes desapareceram os acessos anginosos; dois melhoraram: as dores tornaram-se menos frequentes e menos intensas. O 5.º doente apresentou melhoras apenas durante alguns dias.

E. COELHO.

O bismuto como diuréptico. (*Bismuth as a diuretic*), por MEHERTEUS & OUTROS. — *Journ. of Am. Med. Assoc.* 28 de Julho. 1928.

Depois de um minucioso estudo, os AA. concluem:

1.º As injecções intramusculares de Bi (em soluto de glucose, tartarato de potássio ou salicilato em azeite) produz uma diurese rápida e definitiva no homem.

2.º Esta acção é devida ao ião Bi, e em doses ordinárias, tais como as que se empregam no tratamento da sífilis, a diurese dá-se sem alterar a função renal.

3.º A administração oral de 3 a 5 gr. de subnitrito de Bi pode provocar diurese, embora a sua acção seja variável.

4.º A diurese produzida pela administração oral da droga é devida provavelmente à acção do nitrito, como mostra a ausência de Bi na urina e a presença de efeitos simultâneos e típicos, embora moderados, dos nitritos sobre a circulação.

5.º Não há nenhuma manifestação tóxica demonstrada das injecções de bismuto.

MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga, Refresca, Desinfecta.

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

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO
— TORINO —

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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



IODALOSE GALBRUN

iodo 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^o 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 MÉDIA: Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cincoenta gotas para Adultos.

Para mais folheto sobre a Iodoterapia physiologica pelo Peptoniodo.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

DRYCO

(IRRADIADO)

Tratado pelos Raios Ultra-Violeta

DRYCO irradiado é o primeiro leite que, activado eficientemente contra o raquitismo, se apresenta à ciência médica para melhorar os sistemas de nutrição. As vitaminas não sofrem alteração, por mínima que seja. A grande retenção de cálcio e fósforo que a alimentação com DRYCO irradiado produz, facilita os problemas de dentição e crescimento.

Os favoráveis resultados obtidos com **DRYCO irradiado pelos Raios Ultra-Violeta** indicam, em face de estudos de laboratório, que as propriedades nutritivas e terapêuticas do produto se melhoram duma maneira notável.

Demonstram também que os benefícios que se acrescentam aos produtos alimentícios expostos aos Raios Ultra-Violeta podem ser obtidos sem destruição das vitaminas, sempre que se apliquem os princípios técnicos apropriados para a irradiação.

Estudos profundos do produto têm demonstrado também que não existe o sabôr e cheiro desagradáveis, vulgarmente encontrados nos produtos de leite que haja sido exposto aos Raios Ultra-Violeta. Tão pouco se alteram as conhecidas qualidades de conservação do produto.

DRYCO irradiado conserva-se no seu estado original por longo espaço de tempo. O processo de activação, na forma em que é aplicado, não acelera a oxidação dos componentes gordos nem altera o seu valor nutritivo.

The Dry Milk Company

15, Park Row — NEW-YORK

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

Depositários para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

6.º Os resultados obtidos com as injeções de Bi dão-nos claras indicações para o seu emprêgo no tratamento dos edemas.

E. COELHO.

A diatermia na pneumonia. (*Diathermy in Pneumonia*), por BINGER & OUTROS. — *Journ. of Am. Med. Assoc.* 11 de Agosto. 1928.

Os AA. apresentaram já em várias comunicações os resultados das experiências tendentes a estudar a acção da diatermia na pneumonia.

A despeito da analogia aparente que pode existir entre a pneumonia experimental produzida em cães e a pneumonia espontânea do homem, os resultados da diatermia na pneumonia humana diferem dos que se obtêm nos animais em experiência.

Os AA. apresentam 3 casos de pneumonia, nos quais se observam os bons efeitos da diatermia. A cianose diminui ou desaparece, atenua-se a dor pleurítica, aumenta a circulação pulmonar e aumenta o oxigénio do sangue arterial.

Trata-se de uma terapêutica que deve entrar na prática clínica em mais larga escala.

E. COELHO.

Os resultados da frenicectomia no tratamento da tuberculose pulmonar. (*Les résultats de la phrénicectomie dans le traitement de la tub. pulmonaire*), por DUMAREST e BÉRARD. — *Revue de la Tuberculose*. N.º 2. Abril.

Da experiência dos AA., que se baseia em 107 observações (64 frenicectomias isoladas e 43 frenicectomias associadas ao pneumotórax ou à toracoplastia), tiram-se as seguintes conclusões:

1.º A título de operação autónoma, a frenicectomia encontra as suas melhores indicações nas lesões ulcerosas, inactivas e localizadas que teem uma tendência espontânea para a retracção; ela é susceptível de provocar a cura destes casos. É ainda aplicável, com menos probabilidade de êxito e alguns riscos, nas formas evolutivas e difusas, mesmo bilateralizadas, mas o seu resultado é incerto. As duas categorias reunidas forneceram uma percentagem de bons resultados de 21 sobre 64, isto é, de 32,8 %.

2.º O resultado não é influenciado pela localização (base ou vértice) mas apenas pelo lado tratado. E, como para a toracoplastia, está sob a dependência quasi exclusiva da retratilidade do tecido patológico. Os mais belos resultados dos AA. foram obtidos nas lesões ulcerosas do vértice. Quer dizer, a frenicectomia, como os outros meios, dará os seus melhores resultados nos casos de evolução espontaneamente favorável, auxiliando mecânicamente o esforço da natureza.

3.º Como adjuvante, a frenicectomia pode prestar grandes serviços:

a) Para completar um pneumotórax insuficiente ou comprometido pela reexpansão tardia do lobo inferior, ou para facilitar o abandono de um pneumotórax e manter os seus efeitos.

b) Para melhorar os efeitos de uma toracectomia alta ou baixa, embora a sua eficácia seja incerta.

c) Como corolário ou auxiliar de toda a toracoplastia extensa.

d) Para auxiliar o tratamento cirúrgico do empiema tuberculoso.

4.º Os resultados da frenicectomia devem ser apreciados mais sob o aspecto qualitativo do que quantitativo.

A sua aplicação produz, às vezes, resultados notáveis e inesperados.

E. COELHO.

Vômitos gravidicos. Terapêutica de dessensibilização. (*Vomissements gravidiques. Thérapéutique de désensibilisation*), por ZÉVY-SOLAL, J. DALSACE e COHEN-SOLAL. — *Gynécologie et Obstétrique*. T. XVIII. N.º 1. 1928.

Os AA. procuram demonstrar experimentalmente que os vômitos gravidicos são causados por um fenómeno de choque.

Experiências concludentes conduziram-nos a utilizar na hiperemese uma terapêutica patogénica de dessensibilização não específica pela peptona de White em injeções intradérmicas.

Esta terapêutica aplicada fora de qualquer outra medicação curou os oito primeiros casos tratados.

Os AA. serviram-se da peptona de White em soluto aquoso a cincoenta por cento. A técnica das injeções é semelhante à indicada por Pasteur Vallery-Radot e seus colaboradores no tratamento da asma.

A injeção deve ser feita na derme.

No primeiro dia injectar-se há um décimo de centímetro cúbico, no dia seguinte dois décimos, no terceiro três décimos e far-se há cada dia uma injeção de três décimos de centímetro cúbico até ao vigéssimo dia, embora os vômitos parem, com o fim de se obter uma dessensibilização sólida.

Em seguida a cada injeção forma-se uma pápula de centro acastanhado, parecendo que a rapidez dos resultados está em relação com a intensidade das reacções dérmicas.

F. FONSECA.

Prática do tratamento da sífilis com miosalvarsan. (*Praxis der Miosalvarsanbehandlung der Syphilis*), por F. OELZE. — *Die Therapie der Gegenwart*. N.º 8. 1928.

I — *Modo de emprego*. — O miosalvarsan usa-se na mesma dosagem que o neosalvarsan. Dissolve-se a quantidade a empregar, por exemplo 0,6 gr. em 1 c. c. de uma solução de lactose a vinte por cento. Este soluto de lactose é fornecido pela própria fábrica. A solução de miosalvarsan prepara-se numa cápsula de porcelana de 10 c. c. de capacidade, na qual se coloca primeiro o soluto de lactose, depois o miosalvarsan em pó, ajudando a fazer a solução com a haste de vidro que acompanha a ampola e que primeiro é passada à chama.

Segundo o A., o melhor sítio para a injeção, que é subcutânea, é a parte média da face anterior da coxa.

II — *Tolerância*. — As doses de miosalvarsan empregadas por este modo são bem toleradas. O A. nunca ouviu os seus doentes queixarem-se de dores fortes. A pele correspondente ao local em que foi injectado o miosalvarsan, apresenta-se por vezes, no dia seguinte, avermelhada e quente, e a-pesar disto o doente apenas sente uma leve impressão e não dor.

O efeito clínico é semelhante ao do neosalvarsan.

Depois de vários considerandos, o A. chega à conclusão de que o miosalvarsan é extraordinariamente apropriado para o tratamento da sífilis.

O A. em adultos nunca usa menos de 0,6 gramas como dose isolada e 6 a 8 gramas por cura. As injeções fazem-se uma vez por semana. Para a sífilis primária sero-negativa são necessárias três curas, para a secundária cinco curas sempre em combinação com o bismuto.

F. FONSECA.

Sobre o tratamento dietético da diabetes com dieta pobre em gorduras. — Terceira comunicação: Curas de engorda com hidratos de carbono em diabéticos desnutridos. (*Über die Diatbehandlung der Zucker Krankheit mit Fettarmer Kost*, etc.), por ADLERSBERG e PORGES. — *Klin. Woch. N.º 52*. 1928.

A hiperalimentação de diabéticos com hidratos de carbono, acompanhada da diminuição das gorduras, melhora o metabolismo a-pesar do notável aumento de peso. Pode-se, porisso, empregar a engorda com hidratos de carbono e insulina nos diabéticos hipoalimentados e emmagrecidos.

A dieta rica em hidratos de carbono e pobre em gorduras provoca um verdadeiro aumento de tolerância, faz baixar a glicémia e em parte baixa a glicosúria por espessamento do filtro renal para o açúcar.

F. FONSECA.

A distopia renal congénita como tumor prévio no parto. (*La distopie rénale congénitale comme tumeur praevia dans l'accouchement*), por A. RAMOS. — *Gynécologie et Obstétrique. N.º 2*. 1928. T. XVIII.

No diagnóstico de tumor prévio como obstáculo ao parto deve-se praticar o cateterismo dos ureteres e, segundo este, a própria peliografia quando o exame dos órgãos genitais não leva a pensar na distopia renal congénita.

Feito o diagnóstico exacto de distopia renal congénita impõe-se, salvo complicação do rim, uma terapêutica expectante até ao momento do parto.

A conduta no parto deve concordar com a da distócia por tumor prévio: vêr se o parto se faz pelas vias naturais, tentativas prudentes de empurramento, parto cirúrgico por operação cesariana baixa.

A desobstrução definitiva da pelve por neo-fixação do rim pélvico deve ser considerada como uma operação de resultado problemático; é preferível deixar o rim no seu lugar e considerar a pelve definitivamente apertada, susceptível de todas as possibilidades de distócia pélvica.

A operação cesariana baixa deve ser considerada em todos os casos como a intervenção de menor risco para a mãe e de maior segurança para a criança.

F. FONSECA.

Aleuquia hemorrágica: Mielotósica. (*Aleukia Haemorrhagica: Myelophthisis*), por J. REID. — *The Lancet*. N.º 5475. 1928.

O caso descrito pelo A. mostra os seguintes factos:

- 1) — Uma doença de começo aguda com hemorragias petequiaes e mais tarde hemorragias das fauces e rins. Morte devida a hemorragias cerebraes.
- 2) — Temperatura de tipo séptico.
- 3) — Ausência de sinais de regeneração, a-pesar da grave anemia devida às hemorragias.
- 4) — Leucopénia, em que praticamente estavam ausentes os granulócitos e os linfócitos formavam a quasi totalidade das células brancas presentes.
- 5) — Redução dos trombocitos ao mínimo.
- 6) — Ausência de tumor esplénico e de aumento de volume dos gânglios linfáticos.
- 7) — O exame «post-mortem» da medula óssea mostrou a ausência de eritrócitos, células eritroblásticas, megacariócitos e granulócitos.

Este quadro corresponde ao da aleuquia hemorrágica ou mielotósica.

F. FONSECA.

A drenagem nas peritonites agudas. Estudo de 286 casos de peritonite operados na clinica cirúrgica de Genève. (*Le drainage dans les peritonites aiguës. Étude de 286 cas de peritonites opérées a la Clinique chirurgicale de Genève*), por E. SÉERSON. — *Lyon Chirurgicale*. T. XXV. N.º 2. 1928.

A drenagem foi applicada sistematicamente como complemento da operação. Pode-se-lhe attribuir inutilidade frequente, não funcionamento, mas em certos casos devemos reconhecer que prestou grandes serviços aos doentes.

De todas as complicações que pode gerar, o A. attribui-lhe uma fistula estercoral (obs. 20), um papel problemático em três obstruções e num parto prematuro. Nunca causou complicações fataes, como por exemplo a escara dum grande vaso (complicação reterida por Bérard e Satel). Entretanto talvez tenha provocado eventrações e prolongado convalescências.

A utilidade da drenagem é atestada pelo seu trabalho modesto, mas positivo de eliminação quotidiana de líquidos patológicos, carregados de micróbios e toxinas; permite eliminar, mesmo muito tempo depois da intervenção, coprólitos, nós de catgut, matérias estercorais quando se formam fistulas intestinaes.

Permite lavar um foco de supuração.

Serve de válvula de segurança para os abcessos tardios residuais.

A drenagem do fundo de saco de Douglas evita muitas vezes o abscesso desta região.

Do seu estudo o A. conclui que a drenagem é útil como tratamento complementar das peritonites agudas. Raramente dá origem a complicações.

O dreno de cauchú, sobretudo se é rodeado de compressas de gaze, é um excelente dreno.

A drenagem do fundo de saco de Douglas completa o tratamento de um doente posto em posição de Fowler.

F. FONSECA.

Um caso de diabetes mellitus com notável remissão. (*Ein Fall von Diabetes mellitus mit bemerkenswerter Remission*), por J. AKERREN. — *Acta Médica Scandinávica*. Vol. LXVII. F. T. II.

O A. apresenta um caso de diabetes de comêço relativamente agudo num homem de 46 anos, em quem o primeiro valor da glicémia determinado correspondia a 0,30%. (A primeira glicémia em jejum, 20 horas depois da última refeição, foi de 0,19%).

A hiperglicémia baixou muito, logo que se instituiu o tratamento e os valores do açúcar no sangue observados durante dois anos e meio depois do tratamento conservam-se normais, a-pesar do doente ter uma dieta livre com bastantes hidratos de carbono.

F. FONSECA.

O quadro clínico da asma. (*Clinical picture of asthma*), por F. M. POTTENGER. — *Jour. Labor. Clin. Med.* Julho, 1928.

Sumário do artigo:

Há dois factores etiológicos na asma, um fundamental e outro ocasional. Os asmáticos pertencem à classe dos artríticos e particularmente dos que sofrem de diátese exsudativa. A asma exprime-se como uma parasimpaticotonia local, usualmente presente em indivíduos que mostram, mais ou menos, fenómenos de parasimpaticotonia geral. Constitucionalmente a asma é associada a uma hiperexcitação dos nervos do sistema parasimpático, a um aumento do K em relação ao Ca dos tecidos, a um aumento nos iões OH em relação ao ião H e a uma deficiência de certas glândulas endocrínicas simpaticotónicas. A sensibilização para a comida, pólen, etc., a resposta a impulsos reflexos de outros órgãos assim como aos irritantes químicos e físicos ou às mudanças de tempo, são sòmente factores ocasionais de um mecanismo neuro-celular anormal. O tratamento deve atender não só à modificação da sensibilidade para as causas que provocam as crises de hipersimpaticotonia mas também a hipersensibilidade neuro-celular do organismo.

MORAIS DAVID.

A doença da gastro-enterostomia. (*Gastro-enterostomy disease*), por A. D. BEVAN. — *Surg. Clin. North Am.* Junho. 1928.

O artigo começa pela apresentação de um caso clínico cuja história é a seguinte:

Indivíduo de 48 anos, sofrendo do estômago há alguns anos e que no exame radiológico apresentava uma estase pronunciada com obstrução pilórica. O doente foi considerado como um caso cirúrgico e operado de gastro-enterostomia posterior. O período post-operatório decorreu normalmente até à altura do 6.º dia em que voltaram a manifestar-se sintomas gástricos com retenção.

Para combater esta estase, que o A. diz encontrar por vezes em casos operados, durante os primeiros dias que se seguem à intervenção, recorreu-se às lavagens gástricas repetidas. Passados 10 dias sobre a operação foi repetido o exame radiológico que continuou a mostrar uma estase acentuada, com grande dilatação do segmento duodenal e aparente obstrução deste segmento do intestino no ponto em que cruzava os vasos mesentéricos superiores. O tubo de sondagem de Rhexuss passava do estômago ao duodeno pelo piloro e voltava ao estômago pela anastomose gastro-jejunal. Foi decidida e executada uma 2.ª intervenção que consistiu na anastomose dos dois segmentos de intestino convergentes no estoma gástrico e desta maneira desapareceram todos os sintomas apontados. Estes tinham como causa, como se verificou durante a 2.ª operação, um estrangulamento dos dois segmentos que iam à boca anastomática por um processo de peritonite plástica que envolvia e apertava a anastomose gastro-jejunal. Este caso mostra um dos tipos porque se apresenta a chamada *doença da gastro-enterostomia*. Existem outros tipos. Um dêles é o círculo vicioso, com vômitos persistentes sobrevindo agudamente após a intervenção ou, menos vezes, aparacendo ao fim de semanas ou meses da operação. Outro é a úlcera jejunal. Um outro tipo ainda, o mais comum, é o que determina a reparação dos sintomas anteriores à operação, levando a uma invalidez maior ou menor e cuja cura só pode fazer-se pela destruição da anastomose com a reposição anatómica normal.

De cada uma destas variantes apresenta o A. um exemplo, com uma reduzida descrição clínica em que são apontados os sintomas, a sua causa e a maneira de os combater.

MORAIS DAVID.

Artrite gotosa. A importância da sua periodicidade com remissões completas para o diagnóstico precoce. (*Gouty arthritis. The importance of periodicity with complete remissions as an aid in early diagnosis*), por E. RENTSCHLER — *Med. Clin. North Am.* Maio. 1928.

O diagnóstico de gota passa muitas vezes despercebido entre múltiplas afecções articulares, a-pesar da feição clínica particular da doença, quer no que diz respeito aos seus sintomas, quer ainda à sua própria evolução. O reconhecimento precoce da verdadeira natureza da afecção articular pode,

por meio de um tratamento adequado, conduzir à paragem da marcha da doença, e portanto impedir a aparição das suas manifestações crónicas e definitivas.

O diagnóstico assenta na história clínica, na elevação da percentagem de ácido úrico do sangue, na presença dos tofos ou na existência simultânea da uricémia e dos tofos.

Já antes da formação de tofos a presunção clínica da gota pode estabelecer-se, e em dados bastante certos. A história da remissão espontânea dos sintomas articulares tem um significado muito especial para a identificação da afecção.

As primeiras noções acêrca da etiologia da gota referiam-na a uma retenção do ácido úrico por insuficiência excretora do rim.

Em 1924 Folin, Berglund e Derrick concluíram dos seus trabalhos que os valores baixos do ácido úrico eliminado pelo rim depende apenas de uma exagerada destruição do ácido úrico no sangue circulante. Segundo Finck, a hiperuricémia que acompanha as crises agudas de gota é devida a uma maior libertação de ácido úrico previamente acumulado nos tecidos. A doença tem como base uma alteração no metabolismo do ácido úrico, mas o mecanismo íntimo desta alteração ainda não é bem conhecido.

A dieta e a hereditariedade são consideradas factores predisponentes; na dieta são sobretudo responsáveis os excessos de alimentos ricos em purinas e o álcool.

A 4.^a década da vida é a mais freqüentemente dada à aparição dos sintomas.

As manifestações articulares que se desenvolvem sem sinais prévios especiais e que depois retrocedem por completo e espontaneamente fazem pensar em gota ou em reumatismo poliarticular agudo. No reumatismo poliarticular o coração é freqüentemente lesado, pelo menos depois do 2.^o ou 3.^o ataque, ao passo que na gota a repercussão cardíaca é tardia e de um tipo diferente daquela.

A primeira localização da gota é quasi sempre a articulação do dedo grande do pé, mas os sintomas articulares estendem-se a várias articulações e acompanham-se de febre, tornando de entrada difícil a distinção com o reumatismo poliarticular. A repetição dos ataques tende para a constituição de lesões articulares crónicas.

O parênquima renal é também a sede de lesões importantes da gota, assim como o sistema arterial. Nos últimos períodos da doença associam-se várias manifestações clínicas, tais como os tofos (50% dos casos da clínica de Mayo), as lesões renais (glomérulo-nefrite, 40% dos casos de Hench e Nomland).

Os tofos são depósitos de ácido úrico, biurato de sódio ou urato de cálcio que se formam nos tecidos e com particular freqüência no lobo da orelha, no olecrâneo e menos vezes na superfície dorsal do pé.

A caracterização da natureza dos tofos é fácil por meios químicos ou microscópicos.

O exame radiológico permite em alguns casos uma suspeita de doença. As linhas interarticulares são mais ou menos nítidas e à volta das articulações aparecem sombras devidas à deposição do ácido úrico.

Quando as artrites são mais marcadas aparecem no exame radiológico largas zonas de destruição óssea ou intensos processos hipertróficos.

As primeiras alterações anátomo-patológicas constam de uma deposição de cristais de ácido úrico na cartilagem articular seguida de destruição cartilaginosa e óssea.

A cartilagem e o osso destruídos são em parte substituídos por tecido conjuntivo. Os tofos articulares e para-articulares podem infectar-se e ulcerar.

O tratamento é em parte dietético — abstenção de substâncias ricas em purinas mas sem uma necessária diminuição das proteínas da dieta — e em parte medicamentoso. Alguns preparados do cólcico e o atofan são os principais medicamentos em uso.

O A. cita no seu artigo 5 casos de gota e as suas respectivas histórias clínicas, bem como alguns documentos fotográficos e radiológicos.

MORAIS DAVID.

O electrocardiograma na diftéria. (*The electrocardiogram in the diphtheria*), por M. H. NATHANSON. — *Arch. Int. Med.* Julho. 1928

A diftéria pode complicar-se, como é sabido, de fenómenos cardíacos graves, que chegam até à morte súbita e cuja patogenia não está suficientemente esclarecida.

Uns autores julgam que a lesão fundamental reside na alteração da própria fibra muscular cardíaca, outros atribuem os sintomas circulatórios a lesão dos nervos vegetativos. Tanto as lesões da fibra muscular cardíaca como as lesões nervosas são de facto reconhecíveis em casos mortos pela acção da toxina diftérica mas é difícil concluir destas averiguações qual o papel que cada uma destas alterações representa dentro da physio-patologia da circulação.

O A. estudou no período de convalescência da diftéria, por meio da electrocardiografia, 15 doentes, e no artigo figuram vários traçados electrocardiográficos, referentes a 7 casos.

A análise das observações mostra que, por via de regra, faltam as alterações acentuadas de ritmo, aparecendo apenas ocasionalmente extrasístoles ventriculares. Não houve indícios de alteração na condutibilidade aurículo-ventricular ou intraventricular. O espaço PR não mostrou também alterações assim como o complexo Q R S.

As alterações mais importantes dizem respeito à onda T e a sua inversão em uma ou mais derivações foi averiguada em todos os casos estudados.

O A. aprecia num capítulo à parte o significado da onda T dentro da physiologia e da physio-patologia e as seus vários aspectos e a êste propósito faz referência a bibliografia bastante recente.

O trabalho é completado pelo estudo experimental, em 6 gatos, da acção da toxina diftérica, administrada em injeções sub-cutânea, sobre os traçados electrocardiográficos. Em todos os animais se produzem alterações no género das que foram mencionadas a propósito dos casos humanos.

As conclusões do artigo são as seguintes:

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

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

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enzofre)
Ioglysol (iodo-glycogeno).

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphills — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do
organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNGAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syngaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovaleryltarada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleriamide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usunes.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

5cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

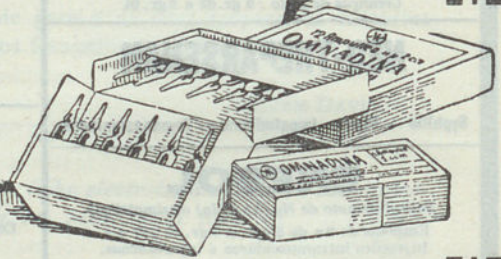
XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

Omnadina



Vacina total imunizante "MUCH,,

Para a terapêutica não específica em todas as

Moléstias infecciosas e padecimentos reumáticos e neurálgicos

Mobiliza rapidamente e aumenta eficazmente tôdas as forças defensivas do organismo, assim como encurta consideravelmente a duração da molestia

Fôrma comercial:

CAIXAS COM 3 E
12 AMPOLLAS
DE 2 c. c.



EMPACOTA-
MENTO ORI-
GINAL :::

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Sero-bakteriologische Abteilung

"Bayer-Meister-Lucius" Hoechst s/M.

REPRESENTANTE-DEPOSITÁRIO:

Augusto S. Natividade

RUA DOS DOURADORES, 150, 3.º—LISBOA

Em 15 casos de diftéria, de média ou grande gravidade, 50 % dos doentes apresentaram inversão da onda T, no período de convalescença.

Dois doentes com inversão da onda T morreram subitamente.

Em doentes que se curaram a inversão da onda T desapareceu e a onda T retomou a feição normal no prazo de 7 semanas depois do começo da doença.

Gatos injectados com doses de toxina diftérica não mortais, mostraram alterações da onda T como as que acima se referem, usualmente no prazo de 48 horas.

Estas observações parece militarem em favor da teoria miocárdica da insuficiência cardíaca, na diftéria.

Os estudos electrocardiográficos são de valor prático na diftéria, no período de convalescença, porque podem mostrar não só os sinais de lesão miocárdica mas a sua evolução.

MORAIS DAVID.

A sedimentação das hematias na sífilis congénita. (*La sédimentation*, etc.), por SOPHIN WEISS (Moscou). — *Le Nourrison*. Ano 16.º. N.º 2. Março. 1928. Págs. 102-113.

A A. não utilizou no seu estudo nenhum dos métodos conhecidos de Linzenmeyer ou de Westergreen, e sim o aparelho de Pantchenkov, que exprime o resultado pelo volume das hematias sedimentadas durante um tempo determinado, diferindo, pois, em absoluto do de Linzenmeyer que nota o tempo de sedimentação dum certo volume de sangue. O número total de exames executados foi de 380, referente a 180 crianças da idade de três semanas até cinco anos e meio, das quais 140 casos de sífilis congénita, 6 casos de sífilis associada à tuberculose, 9 casos de doenças cutâneas não sífilíticas, 2 casos de raquitismo grave, 5 casos de doença não identificada e 18 são. A V. S. foi determinada de 1 a 15 vezes por cada criança.

Dêsse estudo concluiu a A. que a sífilis congénita é causa da aceleração da V. S., e que o grau de aceleração corresponde à gravidade do caso, à nitidez das manifestações e à multiplicidade dos órgãos e dos sistemas atingidos.

As lesões cutâneas leves sem acidentes viscerais apresentam o menor grau de aceleração da V. S. que se normaliza quando as manifestações se esbatem sob a acção do tratamento antisifilítico específico.

A influência mais acentuada sobre a V. S. é a exercida por lesões ósseas e viscerais, em que a aceleração é tenaz e de longa duração.

O tratamento antisifilítico torna a sedimentação mais lenta. Êste reletamento não é paralelo à desapareição das lesões externas, mas corresponde à atenuação real da injecção. Não se pode estabelecer a relação por processos clínicos entre a V. S. e a morfologia do sangue na sífilis congénita

Nos filhos de mães sífilíticas tendo sido submetidas durante a gravidez a um tratamento bastante enérgico, como também nas crianças sífilíticas que receberam pelo menos duas séries de curas, a V. S. não difere de modo algum da constatada nos individuos não sífilíticos da mesma idade e no mesmo estado de saúde geral. Nos casos de sífilis congénita particularmente grave, seguida não somente de diminuição de glóbulos sangüíneos mas também de

alterações profundas do sangue, a V. S. apresenta, além da aceleração, uma irregularidade consistindo na formação duma camada de hemátias desigual e difusa.

A constância da aceleração da V. S. na sífilis congénita e o paralelismo entre êste fenómeno e os métodos já experimentados, tais como a reacção de Wassermann e a radiografia, (a que os resultados da V. S. podem por vezes mesmo mostrar maiores vantagens), tornam esta reacção digna de confiança e permitem introduzi-la no conjunto dos processos clínicos reconhecidos como obrigatórios na sífilis congénita. O seu valor é grande, sobretudo nas formas latentes, que são tão freqüentes. A simplicidade de execução e o material pouco custoso permitem fazer a pesquisa da velocidade de sedimentação não sòmente nos hospitais como também na prática diária corrente.

MENESES.

A autosoro-terapia na bronco-pneumonia infantil. (*L'auto-sérothérapie*, etc.), por CAJAL (Bucarest). Académie de Médecine, 7 Junho de 1927.—*Le Nourrisson*. 16.º Ano. N.º 1. Pág. 51.

O A. preconiza a autosoro-terapia na bronco-pneumonia das crianças. É um processo terapêutico inofensivo e dum uso cómodo, sem alguma contraindicação. A dose a empregar nas crianças de pouca idade é de 3 centímetros cúbicos.

O autosôro tem uma influência benéfica nas bronco-pneumonias gripais, e nas consecutivas à tosse convulsa ou ao sarampo que faz evolucionar duma maneira benigna. Melhora o estado geral dos doentes, provoca uma reacção de efervescência, modifica os fenómenos locais e abrevia a cura, prevenindo as complicações.

MENESES.

A forma timpânica da peritonite tuberculosa na primeira infância. (*La forma timpanica*, etc.), por GIOVANNI DE TONI (Alexandria-Itália).—*La Pratica Pediatrica*. Maio. 1927.

Tratava-se dum rapazinho de vinte e um meses, de ventre enormemente dilatado e timpânico, especialmente no epigastro que só por si formava quatro quintos da superfície. Á primeira vista parecia tratar-se dum caso de doença de Hirschprung. Mas a atrepsia da criança e a ausência de perturbações gastro-intestinais fizeram afastar êste diagnóstico para admitir o de peritonite tuberculosa de forma timpânica. A evolução ulterior confirmou plenamente esta maneira de ver: emmagrecimento profundo e rápido, rinite atrófica, sinais de bronquite e de adenopatia mediastínica, febre terminal, cuti-reacção positiva.

Na autópsia, tuberculose difusa do peritónio e dos gânglios mesentéricos, sem ascite nem ulcerações intestinais, caverna do pulmão esquerdo.

O A. pensa com justeza que antes da aparição do timpanismo teve uma ligeira ascite que passou despercebida.

Mais tarde, se a criança tivesse sobrevivido, a peritonite teria chegado provavelmente à transformação fibro-adesiva. Importa praticamente libertar a forma timpânica das outras formas da peritonite tuberculoso para evitar tão freqüentes erros de diagnóstico.

MENESES.

Sobre um tratamento arsenical por via bucal em sífilis infantil. — Tese de Bordeus 1927, do DR. AUGUSTE BARBAROUX — in *Arch. de Médecine des Enfants* — Tomo XXXI. N.º 2. Pág. 121.

Esta tese, inspirada por R. Dupérié, refere 46 observações. Mostra a tolerância dos lactantes para o *stovarsol* e para o *treparsol*, administrados por via bucal.

A dose de *um centigrama* por quilograma de pêso não foi ultrapassada por R. Dupérié. Poder-se há começar por um quarto ou por meio centigrama e não dar um centigrama senão na semana seguinte. O bebê tomará um comprimido dissolvido em água ou leite durante os primeiros dias da semana, descançando os três últimos dias. Continua-se assim durante seis semanas, fazendo-se assim quatro a cinco curas por ano, durante três ou quatro anos. Pode-se associar o mercúrio ao *treparsol* e ao *stovarsol*: licor de Van Swieten durante os três dias de descanço. Tolerância perfeita.

Estes derivados formil e acetil do ácido arsénico teem uma acção comparável à das arsenobenzenas. São activos por via digestiva. Influenciando também a gravidez das mulheres sífilíticas, teem uma acção profilática na heredo-sífilis.

MENESES.

Contribuição para o estudo da etiologia da escarlatina. (*Contribution à l'étude, etc.*), por RENÉ MARTIN. — Thèse de Paris, 1927. — In *Archives de Médecine des Enfants*. Tomo XXXI. N.º 2. Pág. 119.

Tese muito interessante, em que é estudada uma questão que está na ordem do dia, e que tem por sub-título: acção dos materiais escarlatinosos filtrados sobre a aglutinabilidade dos estreptococos não escarlatinosos. Baseia-se sobre numerosas observações clínicas de crianças e de adultos. Muitas conclusões interessam reter:

1.º Os soros de convalescente de escarlatina extraídos depois do décimo dia aglutinam o estreptococo Dick a 1/1500, 1/2000. Se a escarlatina data de menos de dez dias, os soros não aglutinam o estreptococo de Dick e não extinguem localmente o eritema escarlatiniforme. Só os estreptococos *hemolíticos* isolados da garganta dos escarlatinosos são aglutinados pelo soro de convalescente de escarlatina.

2.ª Os outros estreptococos, não aglutinados pelo soro de convalescente de escarlatina, semeados em material escarlatinoso filtrado (exsudado faríngeo, urina) extraídos no início, tornam-se aglutináveis pelo soro de convalescente de escarlatina. Êste poder modificador pode faltar nos filtrados de exsudado faríngeo duma escarlatina fruste: não falta nos filtrados da urina.



3.^a Os estreptococos não escarlatinosos, semeados em filtrados de cultura de estreptococos de Dick ou nos filtrados de exsudado faríngeo ou de urina de indivíduos sãos, não adquirem a propriedade de serem aglutinados pelo sôro de convalescente de escarlatina. O poder modificador desaparece rapidamente nos filtrados de exsudado faríngeo; persiste, pelo contrário, muito tempo (quarenta dias e mais) nos filtrados de urina. A aglutinabilidade adquirida é hereditária. Os agentes físicos (frio, calor a 56° e a 100°, filtração em negro animal) atenuam por vezes, mas não fazem desaparecer o poder modificador do material escarlatinoso filtrado.

4.^a Não só os estreptococos, mas também os estafilococos, os pseudo-dif-téricos, o Eberth, cultivados nos filtrados de urina ou de exsudado faríngeo escarlatinoso, adquirem a aglutinabilidade pelo sôro de convalescente de escarlatina. Esta aglutinabilidade é menos constante e menos persistente do que para o estreptococo. Tende a desaparecer depois de duas ou três passagens em gelose. Este fenómeno é próprio da escarlatina e não se observa na febre tifóide ou no sarampo.

MENESES.

A pielite nos lactantes, por L. MORQUIO (Montevideo) — *Archivos latino-americanos de Pediatria*. — Nov.º 926.

Esta doença, completamente desconhecida há alguns anos, tornou-se muito comum sem que se possa dizer se isso se deve a uma real diferença de frequência ou a um modo de exame diferente. A sua expressão clínica mais significativa é a hipertermia sem causa aparente, com diminuição de urina e dores ao urinar; mais raramente vômitos e diarreia verde, alteração dos traços fisionômicos. A palpação da região renal de um ou dos dois lados é dolorosa, o que torna a manobra por vezes difícil, pois a criança contrai a parede abdominal. A tumefacção do rim, apreciável à palpação, é um indício quasi certo de pielite.

Mas o diagnóstico só pode ser confirmado pelo exame microscópico da urina, que, directamente ou após centrifugação, mostra pús por vezes acompanhado de células renais e de micróbios que (salvo num caso de estafilococos e num de pneumococos) sempre foram coli-bacilos. Na metade dos casos a doença é primitiva; na outra metade secundária a perturbações intestinais ou à bronco-pneumonia. A cura é da regra depois dum tempo variável, por vezes 3 a 4 dias, outras vezes muito mais, podendo a doença tomar um decurso subagudo ou intermitente com recaídas prolongando-a até cinco ou seis semanas e mesmo dois ou três meses.

O tratamento consiste na administração de urotropina, 0,10 gr. a 0,20 gr. por dia, em pequenos clisteres de soluto de azul de metilena a 1/1000 e, nos casos rebeldes, na vacina colibacilar, em especial a autovacina.

MENESES.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A Caracteriologia de Kretschmer

O corpo e o carácter

Queremos chamar a atenção dos leitores para a doutrina de Ernesto Kretschmer, professor e director da Clínica de Psiquiatria e de Neurologia de Marburgo, sôbre as relações biológicas entre a estrutura somática (*Körperbau*), e o carácter.

O diagnóstico do carácter por meio da morfologia do corpo é um método rigorosamente científico que visa unicamente o estudo da constituição psíquica normal, partindo da análise da estrutura somática humana.

«Qual é a sede do espirito? — pergunta Kretschmer. Encontra-se tão arreigada a idéa de que o cérebro é o produtor exclusivo das funções psíquicas, que sempre pensamos nêle quando se trata das relações entre o corpo e o psiquismo».

A teoria craneológica de Gall e a teoria fisionômica de Lavater foram de pouca duração em virtude da insuficiência psicológica e anatómica em que se basearam. Mas a teoria de Gall gosá ainda de um certo papel nos sistemas dos fisionomistas populares.

As denominações que a antigüidade clássica dava aos temperamentos: sangüíneo, colérico, melancólico, fleugmático, hipocondríaco, nada continham relativamente à localização do fenómeno psíquico no cérebro. Os antigos falavam do sangue, dos sucos orgânicos e da «bílis negra». Reflecte-se nêstes termos a noção psicológica primitiva e popular de que a alma reside no sangue e nos sucos orgânicos.

As investigações modernas sôbre as glândulas de secreção interna trazem de novo à colação a antiga concepção «humoral» da alma. Por exemplo, as glândulas genitais, a tiroideia e a hipófise possuem uma dupla acção sôbre o temperamento e o crescimento do corpo (eunocoidismo, cretinismo, acromegália, etc.). Sabe-se como o cretino típico não só manifesta um defeito morfológico especial como, ainda, o seu psiquismo é igualmente característico.

Basta-nos — escreve Kretschmer — observar a figura de um cretino para afirmarmos imediatamente: êste corpo alberga um psiquismo determinado, cujas características clínicas nos são conhecidas.

As glândulas endócrinas influem, portanto, paralelamente sôbre o estado psíquico e a estrutura do corpo. Certamente que esta correlação psicológica não é absoluta. Nem sempre corresponde à causalidade endócrina a mesma intensidade da sua acção sôbre o crescimento do corpo e o desenvolvimento psíquico.

Resultaram dêstes estudos novas perspectivas sôbre a relação entre a



estrutura do corpo e o carácter. Há uma fórmula endocrínica unitária, uma estrutura química única, da qual é produto a individualidade total do homem, tanto somática como psíquica.

A concepção primitiva popular da correlação entre a estrutura do corpo e a fisionomia psíquica contém, pois, intuitivamente, muito de exacto.

O dogma estabelecido pelo psiquiatra alemão Griesinger de que as «*enfermidades mentais são enfermidades do cérebro*», manteve a psiquiatria limitada ao cérebro e ao crâneo e alheia às realidades do espírito. Hoje, não é possível dizer — prossegue Kretschmer — que «as enfermidades mentais sejam afecções do cérebro, mas é preciso ter em conta a acção harmónica das glândulas de secreção interna».

Entre as enfermidades que se produzem por efeito de determinadas disposições psíquicas herdadas, sôbre as quais incidiu o estudo de Kretschmer, distinguem-se particularmente dois grandes grupos: a *psicose circular* (maníaco-depressiva), e a *esquisofrenia*, chamada também *demência precoce* ou *psicose juvenil*. As perturbações mentais circulares aparecem ordinariamente por oscilações periódicas do humor, relacionando-se êstes períodos «como a imagem e o seu reflexo num espelho»: por um lado, em estados de grande alegria, hipertrofia do *eu*, e uma rápida e fluida mobilidade do pensamento e da vontade. Designam-se êstes estados com o nome de *mania*.

As formas atenuadas do tipo psicológico de grande e alegre vivacidade, que se observam nos indivíduos sãos, constituem o «*temperamento hipomaniaco*». Por outro lado, a vida dos indivíduos circulares apresenta preferentemente períodos de melancolia, com um estado humoral inverso: tristeza, prostração, pusilanimidade e inibição de tôdas as funções psíquicas. Observam-se todos os graus dêste tipo psicológico, até às formas atenuadas, que constituem na vida normal o «temperamento depressivo», caracterizado pela falta de confiança em si próprio, preguiça mental e acentuada vida afectiva.

Estas duas formas de temperamento — a hipomaniaca e a depressiva — correspondem-se intimamente sob o ponto de vista biológico.

Nas situações médias entre a alegria hipomaniaca e o estado melancólico produz-se o humor que é, afinal, a conciliação dos sofrimentos com o sorriso, originando-se uma forma realista do conceito da vida, agradável, sociável e inclinada para os actos práticos concretos. Êstes temperamentos intermediários entre o hipomaniaco e o depressivo denominam-se *ciclotímicos*.

Sabe-se que todos os indivíduos ciclotímicos — tanto os temperamentos normais como as suas formas degenerativas patológicas, caricaturizadas na psicose maniaco-depressiva — apresentam uma tendência comum para se combinarem com um determinado tipo do corpo, o qual Kretschmer apelida de «*picnico*».

Sob a denominação de *picnico* compreende o Mestre de Margburgo os indivíduos de baixa estatura, de membros curtos, cara larga e atarracados.

Os indivíduos esbeltos, de face estreita, angular, de nariz aquilino, mandíbula pequena designa com o nome de *leptosomáticos*, chamando à sua forma anormalmente mais pronunciada *tipo asténico*. Há ainda o tipo *atlético*, constituído por indivíduos musculosos, de ombros largos, cabeça alta e erecta.

Os tipos *leptosomático* e *atlético* observam-se nos indivíduos que padecem de afecções mentais, principalmente nos *esquizofrênicos* (psicose juvenil).

Outros indivíduos pertencem a um círculo imediato às psicoses esquizofrênicas, isto é, aos parentes próximos destes doentes, e aos próprios doentes antes do aparecimento da psicose. Kretschmer designa este tipo com o nome de *personalidade esquizóide*. O esquizóide caracteriza-se por uma certa reserva mental a que devemos chamar «*autismo*».

Os *autistas* são aquêles indivíduos que o nosso povo designa com o nome de «*filósofos*», indivíduos inclinados para o que é raro, original e extravagante, que se afastam do ambiente, para viverem «no reino interior das suas próprias idéas, sonhos e desejos». Este «*autismo*» que se fecha hermêticamente à vida real do mundo exterior pode, no esquizóide, depender de duas qualidades contrárias do temperamento: de certa frialdade e embotamento sentimental, de insensibilidade para as alegrias e para as dores da humanidade, ou então, de uma susceptibilidade excessivamente delicada, nervosismo e hiperestesia, que se afasta do mundo como defesa.

Entre êsses dois polos formam-se os temperamentos esquizóides, do mesmo modo que a vida sentimental do ciclotímico oscila entre o polo hipomaniaco e o depressivo.

A susceptibilidade e a frialdade combinam-se com muita freqüência no esquizóide, dando as mais estranhas associações, consoante a preponderância de uma ou outra qualidade. O tipo esquizóide, como o esquisofrênico, tende para as formas do corpo delgado, leptotômicas ou atléticas.

Estudando-se estas formas da estrutura do corpo, paralelamente com as qualidades psíquicas correspondentes ao homem normal, encontramos um numeroso grupo de constituições, denominado por Kretschmer *temperamento esquisotímico*. Nos casos pronunciados, os esquisotímicos carecem do que caracteriza o ciclotímico: materialismo, sentimento arreigado, humor e adaptabilidade; nos casos mais favoráveis, possuem precisamente o que falta ao ciclotímico: finura de espírito, capacidade de abstracção, idealismo, energia serena e tenacidade.

Temperamentos esquizotímicos com a correspondente estrutura do corpo do grupo leptesomático, e em parte do atlético, observam-se sobretudo nos líricos puros, nos românticos e idealistas, nos dramaturgos trágicos, cujo objectivo literário fundamental se origina na luta do espírito *autista* contra o meio ambiente. Os esquisotímicos encontram-se principalmente nos sábios.

O diagnóstico do espírito por meio da estrutura do corpo estende-se ainda ao estudo das raças. A psicologia étnica confirma, em parte, a correlação entre a constituição e o temperamento que vimos de descrever.

Kretschmer partiu do estado patológico para a sua classificação da caractereologia; da idéa de que o fenómeno mórbido é muitas vezes uma caricatura do normal. As suas cuidadosas e metódicas investigações, estabelecendo uma correlação entre a doença mental e o hábito constitucional, foram inteiramente confirmadas por grande número de investigadores da Alemanha e de outros países.

Transcrevemos das últimas páginas da sua obra fundamental os dois

quadros seguintes, que resumem, na sua transparente clareza, uma parte da doutrina de Ernesto Kretschmer:

TEMPERAMENTOS

	CICLOTÍMICOS	ESQUIZOTÍMICOS
Psicoestesia e estado de ânimo	<i>Proporção diatésica:</i> entre exuberante (alegria), e deprimida (tristesa).	<i>Proporção psicoestésica:</i> entre hiperestesia (sensível), e anestesia (frialdade)
Tempo psíquico	<i>Curva da vibração do temperamento:</i> entre rápida e tranqüila.	<i>Curva da elasticidade do temperamento:</i> entre variável e tenaz. Modo de sentir e de pensar alternado
Psicomotilidade	Adequada ao estímulo, franca, natural, suave.	Inadequada ao estímulo: reprimida, interceptada, inflexível, etc.
Estrutura somática afim	Pícnica	Leptosomática, atlética, displásica, mística.

CORRELAÇÃO ENTRE DETERMINADAS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS DO HOMEM E O TIPO DO SEU TEMPERAMENTO

	CICLOTÍMICOS	ESQUIZOTÍMICOS
Poetas	Realistas Humoristas	Patéticos. Românticos. Artistas da forma
Investigadores	Intuitivos Empíricos descritivos	Lógicos. Sistemáticos. Metafísicos
Caudilhos	Os que vão direitos ao objecto Organizadores, Mediadores sensatos	Idealistas puros Déspotas e fanáticos Calculadores frios.

Contra nosso gosto, é impossível darmos nestas páginas maior desenvolvimento a tão interessante e original doutrina. O leitor, a quem estas notas tenham, porventura, despertado algo de interesse cultural, encontrará no livro de Kretschmer a sua completa exposição. (1).

EDUARDO GOELHO.

(1) E. Kretschmer: *Körperbau und Charakter*. — Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur lehre von den Temperamenten — 4.ª ed. Springer, Berlim, 1925.

*
*
*

Prof. Egas Moniz

A embaixada que, na pessoa do Prof. Egas Moniz, Portugal enviou ao Brasil, deveio num grande triunfo para a ciência portuguesa e para a alta personalidade daquele professor.

Sem querermos melindrar ninguém, o Prof. Egas Moniz era, pelo conjunto de qualidades que o caracterizam, a pessoa indicada para representar em terras de Santa Cruz a cultura portuguesa: orador de raça, artista, com uma rara cultura literária e científica, com notáveis trabalhos científicos originaes, espírito de *elite*.

Pode dizer-se que, pelos triunfos alcançados, tanto no Rio como em S. Paulo, o Prof. Egas Moniz conquistou o Brasil mental. As honras de que o cumularam são disso a demonstração. Mas o Brasil descobriu, no mais categorizado embaixador intelectual que até hoje lhe enviámos, o Portugal novo, digno continuador do de antanho.

A Redacção da «Lisboa Médica» agradece à intelectualidade brasileira a maneira galharda como recebeu o Prof. Egas Moniz e felicita o seu Director pelos triunfos alcançados.

*
*
*

Cursos internacionais de aperfeiçoamento médico em Berlim

Serão dirigidos pela Sociedade de Docentes de Cursos Médicos de férias e a *Kaiserin Friedrich-Haus*, de colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade. Uma parte destes cursos tem lugar permanentemente. Os outros realizar-se hão no mês de Outubro de 1928.

I—Cursos permanentes.

- a) De duas a quatro semanas de duração.
- b) Externatos em clínicas, hospitais e laboratórios de dois a três meses e mesmo mais tempo, para os médicos que queiram trabalhar praticamente sob uma direcção sistemática.

II—Cursos no mês de Outubro de 1928.

- a) Curso geral retrospectivo sobre os «Progressos da Medicina em geral, e especialmente das doenças pulmonares», (de 1 a 15 de Outubro).
- b) Curso especial de Oto-rino-laringologia (de 8-20-27 de Outubro).
- c) Curso de aperfeiçoamento de Pediatria (de 15-27 de Outubro).
- d) Curso de aperfeiçoamento sobre os «Métodos mais modernos de diagnóstico e terapêutica com exercícios práticos», nas enfermarias e laboratórios do Hospital Urbano (15-20 de Outubro).
- e) Cursos isolados de todos os ramos de medicina com exercícios práticos.

A língua de ensino é a alemã, mas há alguns docentes que podem dar cursos em inglês, francês e espanhol.

A secretaria dá informações sobre alojamento apropriado, informa sobre as despesas de estadia, facilita a visita às operações nas clínicas, etc.

A secretaria encontra-se na Kaiserin Friedrich-Haus, Berlim N W 6, Luizenplatz, 2-4.

* * *

A população da França em 1927

O ministro do Trabalho publicou as estatísticas do movimento da população francesa em 1927. O número de habitantes até 30 de Junho era de 40.960.000 para os noventa departamentos. Registaram-se no ano passado 741.708 nascimentos e 676.666 mortes, ou seja um pequeníssimo excedente de nascimentos sobre os falecimentos de 65.042. Houve 337.864 casamentos e 18.487 divórcios. A proporção para 10.000 habitantes é de 181 nados vivos, em vez de 188, em 1926; de 165 mortes, em vez de 175; 165 casamentos, em lugar de 170. De uma maneira geral, em relação a 1926, houve uma descida de 8.000 no número total dos casamentos; uma diminuição de 24.500 sobre o número de nascimentos, que se compensa por uma diminuição de 37.000 sobre o da mortalidade. O excedente de nascimentos, que em 1926 foi de 53.000, subiu a 65.000 em 1927.

* * *

A natalidade em França e Inglaterra

Nunca se observou um coeficiente tão baixo de natalidade em Inglaterra como na actualidade. É alarmante que o coeficiente da natalidade seja menor que o da França, país que se tem tomado como o grande exemplo da restrição da natalidade e das suas conseqüências — a diminuição da sua população. Em 1926, o coeficiente da natalidade em França foi de 18,8 por mil habitantes; em Inglaterra foi ainda mais baixo: 17,8.

Entretanto, neste país, o problema da diminuição não é tão grave, devido a que a mortalidade infantil é menor do que em França.

Em 1913, a mortalidade infantil em França, era de 112 por cada mil nascimentos; em Inglaterra, de 108. Em 1926, as estatísticas davam 80 para a França e 70 para a Inglaterra.

* * *

A mortalidade por accidentes de automóveis

The World's Health, publicou uma estatística muito instrutiva sobre a situação alarmante das mortes causadas por accidentes de automóveis nos Estados Unidos da América. Por cada 1.000 falecimentos, a partir de 1900, existe uma proporção, cada vez maior, de mortes causadas por accidentes de automóvel.

A seguinte estatística dá-nos uma idéa clara:

1900-1910.....	1,0	1918.....	9,3
1911-1915.....	3,9	1919.....	9,4
1916.....	7,3	1921.....	11,2
1917.....	9,0	1922.....	12,5

pelo facto de não ter sido reconduzido pelo conselho da Faculdade de Medicina de Coímbra, no lugar de primeiro assistente da mesma Faculdade.

*
* * *

Reorganização do ensino médico

O sr. professor dr. Celestino da Costa foi encarregado pelo sr. ministro da Instrução de redigir um relatório sôbre as conclusões a que os professores das Faculdades de Medicina de Lisboa, Pôrto e Coímbra chegaram, numa reunião últimamente efectuada, sôbre a reorganização do ensino médico.

*
* * *

IV Congresso Nacional de Medicina

A Comissão Executiva do IV Congresso Nacional de Medicina, que, no próximo ano, se realiza em Coímbra, é constituída da seguinte forma: Presidente, professor Serras e Silva; Secretário geral, dr. Alberto Pessoa; Secretários adjuntos, drs. Lúcio de Almeida, Mário Trincão e Eduardo Santos; Tesoureiro, dr. Cid de Oliveira; Vogais, drs. Carlos Dias, Costa Mota e Barros e Cunha.

*
* * *

Ensino de Estomatologia

Foram nomeados para estudar a organização definitiva do ensino da Estomatologia os srs. drs. Francisco Gentil, Angeló da Fonseca e Joaquim Alberto Pires de Lima, como representantes das três Faculdades de Medicina; drs. Jaime de Magalhães e Fernando Ferreira da Costa, como representantes da Sociedade Portuguesa de Estomatologia; e Clarimundo Victor Emilio e Manuel Severino Simões Baião, como representantes da Sociedade Odontológica Portuguesa.

*
* * *

Nomeações

O «Diário do Govêrno» publicou os despachos de nomeação dos srs. professores dr. Luís Pereira da Costa, para o lugar de director do Laboratório de Microbiologia da Faculdade de Medicina de Coímbra; e dr. Victor Hugo Moreira Fontes para, como contratado, desempenhar as funções de primeiro assistente da cadeira de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa.

*
* * *

Necrologia

Faleceram os srs. drs. José Duarte de Oliveira Soares, de Lisboa; Luís da Cruz Ferreira, de Barcelos, e José Rodrigues, de Coímbra.

*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, infeções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
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: 1/2 dose

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

TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA INSULINA BYLA

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA



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

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

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves Berne

A. Fluminense 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.^a (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º