

Ano IX

N.º 10

Outubro 1932



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

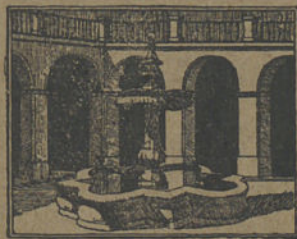
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egás Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, Rua da Palma, 246 - 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 *aporia* produzem *diurese prompta*, reanimam o *coração debilitado*, dissipam *ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA*, Lesões *MI RAES, 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 *infieis*; exigir os *Verdadeiros Granulos CATILLON* Premio da *Academia de Medicina de Paris* para *Strophantus* e *Strophantine*, *Medalha de Ouro, 1900, Paris*.

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.

DOCTOR:

NO/ CAS/ O/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NI/ MO DEBILITADO
RECORDE O



Phosphorrend

ROBERT

NA/ S/ U/ A/ TRES/ FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL

LABORATORIO
ROBERT

Depositários para Portugal e Colonias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma

Sala B
Est. 3
Tab. 1
N.º 118

A Popularidade do MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

entre a classe médica tem despertado a cubiça dos imitadores, os quais já estão preparando drogas de aparência semelhante, mas de composição altamente tóxica.

Estas imitações prejudicam altamente os nossos interesses materiais ao mesmo tempo que transgridem as leis de marcas e patentes; mas, o que é ainda mais importante, é que ellas atingem a saúde publica e o prestigio dos medicos.

DESCONFIE!

de todo o Mercurochromo cuja embalagem não leve o nosso nome na etiqueta, com a designação de

"MERCUROCHROMO H. W. & D."
ou "MERCUROCHROMO-220
SOLUVEL H. W. & D."



Unicos Fabricantes
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Representantes: ROBINSON, BARDSLEY & Cia., Lda., Lisboa

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. B, Baltimore E. U. A.

Peço-lhes tenham a bondade de enviar-me amostras e litterature descriptiva do MERCUROCHROMO.

Doutor

Endereço..... Cidade.....

(Escrever em letra bem legivel.)

Salvitae

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalização.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.

.....
AMERICAN APOTHECARIES CO.,
New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:
Simenex - Salinas & C.^a
240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Cloreto de Calcio Puro e Estabilizado

30 GOTAS = 1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

COIRRE, 5 Bd. du Montparnasse, Paris (6°)

AGENTES GERAIS: GIMENEZ-SALINAS & C.^a — 240, RUA DA PALMA, 246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



els as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE F. 21476
 G. DELTA

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701

allenburys

alimentos de confiança para o bebé tomar

e para o médico receitar

VITAMINADOS

AFAMADOS

SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS

GARANTIDOS

n.º 1 — recém-nascidos
 n.º 2 — dos 3 aos 6 meses
 n.º 3 — depois dos 6 e adultos
 BISCOITOS — » » 10 meses.

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES:
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

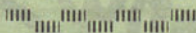
Tele. F. 21476
 G. DELTA

ANTIPHLOGISTINE

é considerada um agente de valor como adjuvante da roentgenterapia. Os raios X são considerados como sendo um agente simples e útil, de que dispõe o dermatologo, para o tratamento de eczemas e das outras afecções resistentes da pele, porém, o resultado poderá ser nulo, se nos abstermos de agentes locais.



Antiphlogistine, aliviando o prurido e a dôr, e amolecendo os tecidos endurecidos, torna-se um agente de grande valor em todas as molestias da pele tratadas com os raios X.



PARA AMOSTRA E LITERATURA ESCREVER A'
The Denver Chemical Mfg. Co.,
 163 Varick Street, New York U. S. A.

Robinson, Bardsley & Co.

Caes do Sodré, 8, 1.

L I S B O N

A BASE BIOLÓGICA
DA RESISTÊNCIA ÀS

TUBERCULOSES

Biocholine

CLORIDRATO DE CHOLINE R. & C. PARA INJEÇÕES SUB-CUTÁNEAS

Segundo os trabalhos do Prof. J. CARLES e do
Dr. LEURET. (Comunicação feita na Academia de Medicina
— 18. Fevereiro 1930.)

Uma injeção de 2 em 2 dias. Produto quimicamente
puro; Sem toxicidade; injeções indolores.

PREPARAÇÃO FEITA SOB A VIGILÂNCIA
FISIOLÓGICA E CLÍNICA DOS AUTORES

Laboratórios ROBERT & CARRIERE, 37, Rue de Bourgogne, PARIS (15^e)

LA FÉDÉRATE. PARIS

Agente em Portugal: A. G. ALVAN - R. da Madalena, 66, 2.^o - LISBOA

DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICÁCIA

Syphilis:

Bismogenol

Laboratórios
E. Tasse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**
PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN** - R. da Madalena, 66, 2.^o - LISBOA

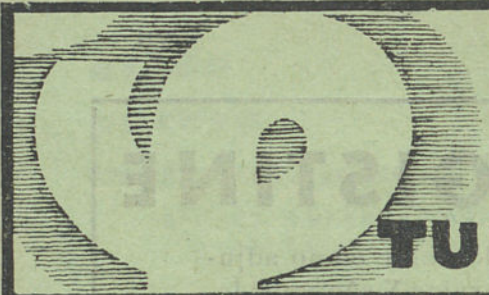
CONSISTÊNCIA FECAL NATURAL

↑ TM dos problemas capi-

PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED,
BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16.

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.



A BASE BIOLÓGICA
DA RESISTÊNCIA ÀS
TUBERCULOSES

Biocholine

Aviso aos Ex.^{mos} Srs. Médicos

BACTÉ-PHAGES

No número de Setembro último, foi publicado nesta secção o anúncio BACTÉ-PHAGES e, por um lamentável engano de tipografia, o texto que o precedia não dizia respeito a este medicamento, mas sim ao STANNOXYL, cuja eficácia é verdadeiramente notável no tratamento da furunculose e nas doenças com estafilococcus, podendo os Ex.^{mos} Srs. Médicos pedir amostras e literatura, quer de uma quer de outra especialidade, a:

A. G. ALVAN

R. da Madalena, 66, 2.º—LISBOA

O DE MAIOR INNOGUIO

Bismug
Laboratorios
E. Tosse. Hamburgo

UNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

REPRESENTANTE PARA PORTUGAL: **SALGADO LENCART**
PORTO — Rua 31 de Janeiro, 203

SUB-AGENTE: **A. G. ALVAN** - R. da Madalena, 66, 2.º - LISBOA

CONSISTÊNCIA FECAL NATURAL



Aspecto do 'Petrolagar' perfeitamente disseminado nas fezes

UM dos problemas capitais no tratamento da prisão de ventre, é assegurar uma defecação de movimentos fáceis de fezes sólidas mas brandas; o que se obtém facilmente pelo uso do 'Petrolagar' que é uma emulsão de óleo mineral puro com agar-agar.

O 'Petrolagar' mistura-se intimamente com o conteúdo fecal, lubrificando e tornando branda a massa. O 'Petrolagar' produzindo uma massa de consistência normal e de acção suave, não é irritante para a mucosa, e estimula os músculos, por causa da sua composição.

O 'Petrolagar' é de sabor agradável e produz uma evacuação natural, sem forçar o doente a ingerir alimentos, que não são do seu paladar. Materialmente abrevia o período de educação do intestino.

A pedido de V. Ex.^a, teremos muita satisfação em remeter, livre de despesas, um abalizado estudo das condições e acção do intestino, intitulado "LA DISCIPLINE DE L'INTESTIN".

PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED,
BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16.

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

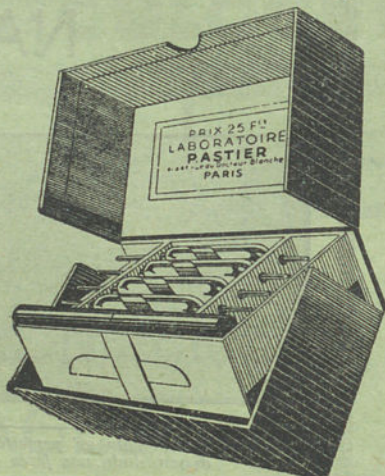
2 novidades em vacinoterapia

Dupla superioridade { Acção directa sôbre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

vacina curativa anti-colibacilar
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



1) Outras formas: Injectável e filtrado para aplicações locais

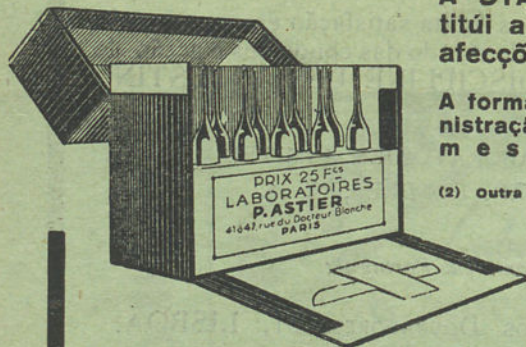
stalysine

vacina curativa anti-estafilococica
(segundo a técnica do Doutor FISCH)

A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

A forma bucal (de mais fácil administração) pode usar-se com o mesmo successo. (2)

(2) Outra forma: filtrado, para pensos sobre focos abertos.



Colitique e Stalysine

há mais de dez anos que são ensaiadas com successo em muitos serviços dos Hospitais de Paris.

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. da Palma, 240-246 - Lisboa



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A formação do arco superior do contôrno direito da radiografia do coração, por Eduardo Coelho.....</i>	Pág.	865
<i>A frenectomia no tratamento da tuberculose pulmonar, por Augusto Vaz Serra e António Matos Beja.....</i>	»	875
<i>Fosforemia e insuficiência hepática nos cardiopatas, por M. J. Bruno da Costa.....</i>	»	919
<i>Tratamento das flegmasias agudas do pulmão pelas injeções intravenosas de alcool, por Diogo Furtado e Fernando da Silva Araújo.....</i>	»	942
<i>Revista dos Jornais de Medicina.....</i>	»	958
<i>Bibliografia.....</i>	»	997
<i>Noticias & Informações.....</i>	»	CI

A FORMAÇÃO DO ARCO SUPERIOR DO CONTÔRNO DIREITO DA RADIOGRAFIA DO CORAÇÃO

POR

EDUARDO COELHO

Mostrámos já em trabalho anterior (1) que os diferentes elementos que constituem o contôrno direito da sombra cardiovascular foram estudados nos últimos anos por meio das injeções opacas no cadáver. Sabe-se, hoje, que o bordo direito é formado algumas vezes pela veia cava inferior, mas, sobretudo, pela aurícula direita e pela veia cava superior seguida do tronco braquiocefálico direito. A nossa experiência de radioscopia cardíaca mostrou-nos, ainda, que entre a aurícula direita e o tronco venoso braquiocefálico, também a aorta ascendente e o esterno podem, às vezes, contribuir para formar a região média do bordo direito da sombra normal do coração. A conhecida técnica de Forsmann, nas mãos de Padilla, Cossio e Berconsky (2), mostrou que, no indivíduo normal, o bordo direito da sombra de projecção dos vasos da base do coração é formado principalmente pela veia cava superior.

Em determinadas situações patológicas, o bordo direito tem outros elementos a constituí-lo. As condições de reacção das cavidades nas diferentes doenças do coração, sendo muitas vezes mal conhecidas, podem conduzir-nos a erros graves. Toma-se, em tais casos, a parte superior do bordo direito, quando alargada de tal modo que forma um novo arco, por uma dilatação (e até por aneurisma) da aurícula direita, quando se trata, afinal,



RÓMULO

CENTRO CIÊNCIA VIVA

da aurícula esquerda muito dilatada, cuja sombra cerca e ultrapassa a da cavidade falsamente incriminada. É uma aquisição recente da radiologia do coração, que convém ter presente, para não incorrerem em erradas interpretações radiológicas.

O duplo contôrno do bordo direito da sombra cardíaca é sempre formado pela sobreposição das duas aurículas. O arco superior (aurícula esquerda) só aparece em duas situações patológicas da aurícula: na dilatação primitiva, aneurismática, e no apêrto mitral ou na doença mitral.

O diagnóstico da dilatação primitiva da aurícula esquerda foi feito 11 vezes, tendo em 4 a confirmação anatómica: os casos relatados por Emanuel (3), Schaw (4), Labadille (5), East (6), Pareja e Barcia (7), Rosselet e Bach (8), os quatro de Mahaim (9) e o caso últimamente relatado por E. Coelho (1) prestam-nos elementos importantes para o diagnóstico do aneurisma da aurícula esquerda.

Devemos citar ainda o caso de Lutembacher, publicado em 1917 (10), com exames histológicos demonstrativos da dilatação primitiva da aurícula esquerda, no qual se não fizera o diagnóstico clínico.

A formação do arco superior direito no apêrto e na doença mitral foi relatada por alguns clínicos e radiologistas. É importante a contribuição morfológica que a colação trouxeram Assmann e Bordet.

O primeiro (11) descreveu dois casos de dilatação exagerada da aurícula esquerda, com saliência à direita, na doença mitral e num caso de insuficiência aórtica com insuficiência mitral. Assmann reproduz três teleradiografias, nas quais a aurícula esquerda cerca e ultrapassa a aurícula direita, formando o arco superior direito de grande saliência.

Bordet (12) descreveu quatro observações de saliência anormal da aurícula esquerda para a direita em casos de apêrto e doença mitral.

Pezzi, no seu tratado de radiologia do coração (13), publica um ortodiagrama de uma doença mitral com o arco superior direito muito acentuado, e comenta: «*si nota un facto non comune e cioè l'ombra doruta alla orecchietta destra è sormontada da un ombra piú pallida che nettamente si separa da quella sottostante e dovuta, con tutta probabilitá, all orecchietta sinistra for-*

temente dilatata e debordante a dextra». É a única referência que se faz nesse tratado a tão importante particularidade. No livro de Hans Dietlen sôbre Radiologia do coração (14), o tratado alemão mais completo de radiografia cardíaca, não encontramos qualquer descrição da formação do arco superior do bordo direito, quer como consequência de uma dilatação primitiva da aurícula esquerda, quer de uma hipertrofia da mesma aurícula por apêrto ou doença mitral.

Recentemente, Cossio, da Argentina, publica também um caso do mesmo género (15), querendo tirar outras ilações, sem justificação, como veremos.

Entre os casos de apêrto mitral com saliência da aurícula esquerda no contôrno direito da sombra cardíaca, que temos observado, examinámos últimamente um doente, no qual o tamanho e a conformação do arco superior direito assumiram tais proporções que deram origem a interpretações diferentes. E, entretanto, basta observarmos o coração ao *écran*, em posição oblíqua, direita e esquerda (técnica que devemos sempre empregar em radiografia cardíaca), para termos a certeza de que êsse arco é formado pela aurícula esquerda.

A fisionomia clínica dêste caso, cotejada com o achado radiológico, oferece-nos algumas particularidades interessantes para o estudo do arco superior direito da radiografia do coração.

RESUMO DA OBSERVAÇÃO

OBSERVAÇÃO N.º 3.322. — A. P., de 20 anos. Vem à nossa consulta, acompanhado de uma teleradiografia do torax, e queixa-se de cansaço, sobretudo nas subidas, dispneia, palpitações e hemoptises, sintomas que apresenta desde há um ano, após um acesso de reumatismo. Tem tomado cloreto de cálcio.

D. A. — Reumatismo articular agudo há um ano; dois meses de cama, completamente imobilizado. Ausência de sífilis.

Estado actual — Face ligeiramente cianosada e dispneica. Pulso pequeno, rítmico. Tensão arterial 11/8,5 (Pachon-Gallavardin). Frémto sistólico pouco acentuado no foco mitral; rodado diastólico; sôpro sistólico pouco intenso no foco mitral, prolongando-se para a axila; desdobramento do 2.º som no foco mitral e pulmonar.

Teleradiografia frontal do coração e ortodiagrama (figs. 1 e 2) mostram: sombra cardíaca de dimensões muito aumentadas, principalmente por exa-gêro do arco ventricular esquerdo; o eixo longitudinal está muito alongado e a

ponta projecta-se ao nível do 6.º espaço, desviada para fora. Os arcos auricular esquerdo e auricular direito estão também acentuados; acima dêste arco sobrepõe-se outro arco fortemente convexo e anormal. Teleradiografias em O. D. A. (fig. 3) e em O. E. A. (fig. 4) mostram que o arco auricular esquerdo apresenta maiores dimensões que o arco auricular direito e que o 1.º arco fortemente convexo do bordo direito é constituído pelo arco auricular esquerdo projectado para a direita. Estase hilar acentuada.

O exame radioscópico do coração mostra que o duplo contôrno do bordo

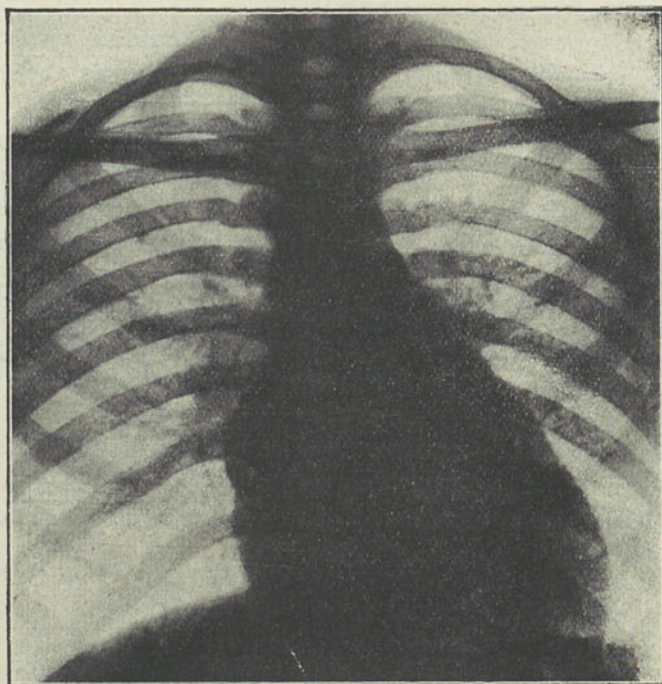


Fig. 1

direito do coração é bem visível por grande dilatação do arco superior, e permite-nos estudar a pulsação destas duas sombras do bordo direito (como num caso de Assmann e noutro de Mahaim); verificamos que os dois arcos são animados de movimentos rítmicos presistólicos; mas enquanto o arco superior apresentava uma expansão para fora, presistólica, o arco inferior era caracterizado por uma retração para a linha média, também presistólica.

Electrocardiograma pelo aparelho Boulite, tipo portátil. Predomínio direito acentuado. Onda P na 1.ª deriv. desdobrada; onda P na 3.ª deriv. negativa (fig. 5).

Análises — R. W. fracamente positiva.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240 - 246

L i s b o a



LISBOA MÉDICA

Gardan

M. R.

Antipirético

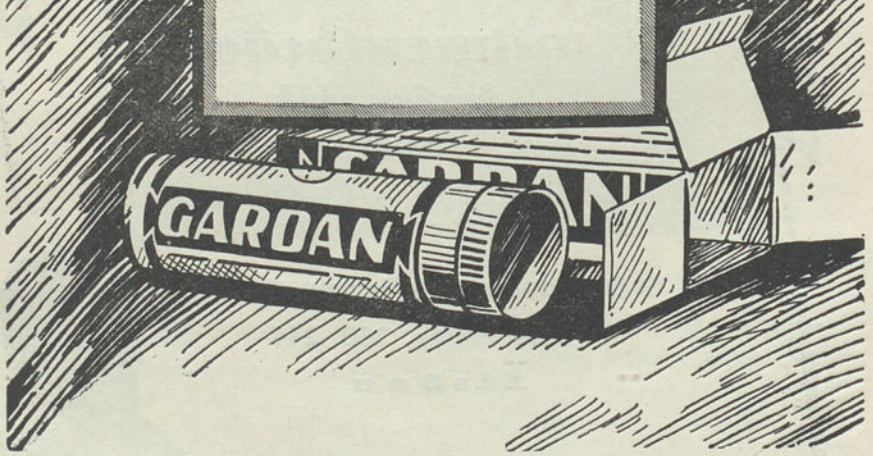
e analgésico de

primeira ordem

Acção prompta e enérgica nos resfriamentos febris, principalmente em casos de gripe.

Nas perturbações reumáticas e nevralgias o Gardan faz regressar a inflamação, acalmando ao mesmo tempo as dores.

Embalagem original:
Tubo de 10 comprimidos de 0 gr. 50



«Bayer-Meister Lucius»



M. R. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

Mostram o exame clínico radiográfico e electrocardiográfico que o arco superior do bordo direito resulta de uma grande dilatação da aurícula esquerda, consecutiva a uma doença mitral reumatismal, com predomínio do apêrto e não a uma dilatação primitiva, por aneurisma. A destriça diagnóstica da patogenia dêsse arco não é uma mera curiosidade especulativa; tem duplo interêsse — terapêutico e prognóstico.

Comentários. — Êste caso permite nos abordar três problemas de patogenia, fornecendo-nos elementos para a sua solução:

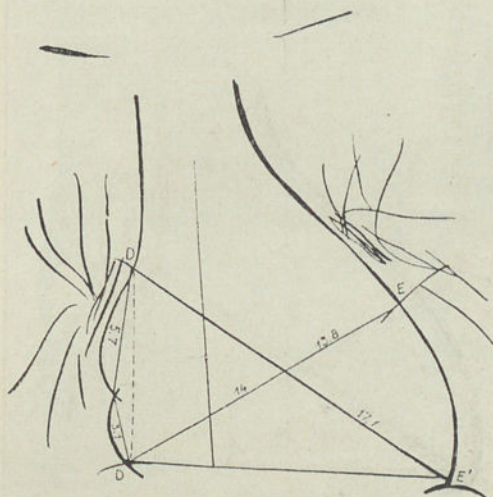


Fig. 2

1.º ausência de relação do desencadeamento do edema pulmonar agudo com o grau de dilatação da aurícula esquerda, no apêrto mitral; 2.º a formação do arco superior direito não pode ser considerada como um sinal morfológico de fibrilação auricular do apêrto mitral; 3.º O contraste da contracção do duplo arco do bordo direito — a sombra superior (aurícula esquerda) origem de expansão para fora, a sombra inferior (aurícula direita) de retracção para a linha média — não é um sinal de dilatação primitiva, aneurismática da aurícula esquerda.

Examinemo-los separadamente :

1.º — Se bem que menos freqüente do que na esclerose renal e na insuficiência aórtica, o edema pulmonar agudo aparece algumas vezes como complicação do apêrto mitral, *fora da gravidez*. Èste fenómeno não é tão raro, como entre nós se supõe, no decurso das doenças mitraes. Foi referido pela primeira vez por Gallavardin; e Doumer, que publicou a bibliografia completa (16), reuniu 18 observações, das quais 3 são pessoais.

Podem acrescentar-se 4 observações recentes de Hess (17) e

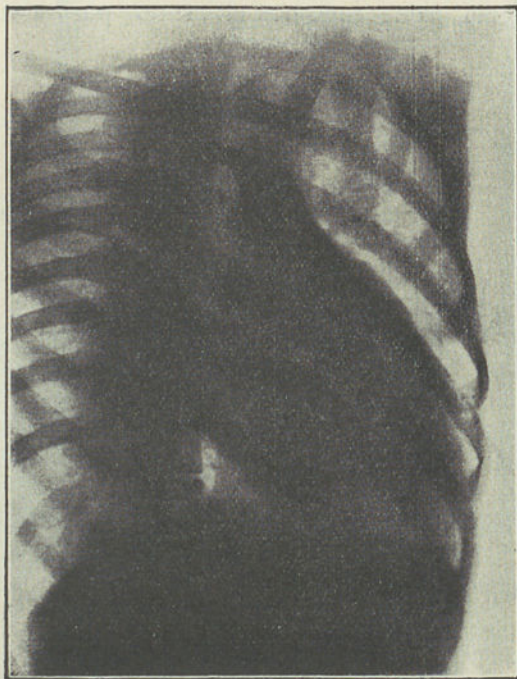


Fig. 3

4 de Pezzi (18). Pela nossa parte, observámos, durante os últimos 6 anos, 7 casos de edema pulmonar agudo, em doentes mitraes, *fora da gravidez*.

A ausência de crises de edema pulmonar neste caso de doença mitral com uma grande dilatação da aurícula esquerda, tão grande que se projecta para a direita, para formar um arco anormal na sombra cardíaca, mostra que o desencadeamento do

edema nos mitraes não depende do grau de dilatação da aurícula, ao contrário do que pensam alguns autores (Gallavardin, etc.). Os casos que observámos de e. p. a. em mitraes mostram-nos que é outra a sua génese. Não queremos desenvolver aqui este importante problema de patogenia, que faz parte de um outro trabalho, já em publicação. Fixemos, apenas, esta conclusão:

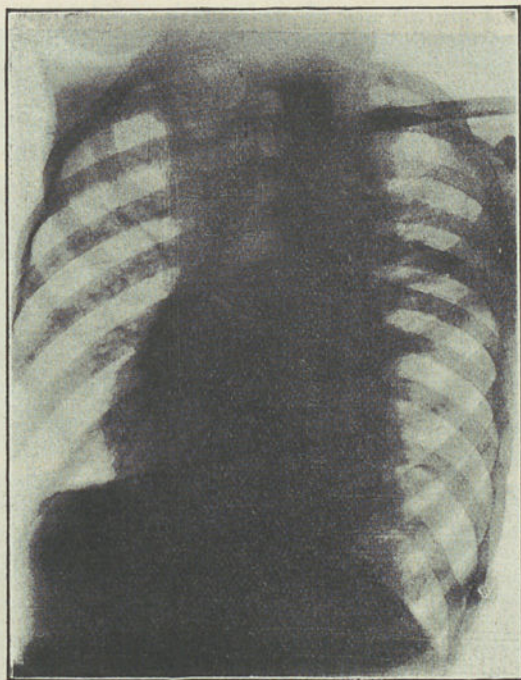


Fig. 4

não são os mitraes de grande dilatação da aurícula esquerda que apresentam as crises de edema pulmonar agudo.

2.º — Pretende Cossio (19) que a saliência da aurícula esquerda no contôrno direito da sombra cardíaca constitui a imagem radiográfica da fibrilação auricular, no apêrto mitral. Nunca observámos esse fenómeno. O estudo radiográfico das nossas observações de fibrilação auricular mostrara-nos *que não existem sinais morfológicos, radiográficos, da fibrilação auricular*. Nos casos em que existe o arco superior do contôrno direito da sombra car-

díaca nunca observámos fibrilação auricular. E esta observação é bem elucidativa para não aceitarmos as generalizações de Cosio, destituídas de base científica (*).

3.º — O exame radioscópico mostrou-nos a existência de um movimento de *básculo* presistólico no ponto de intercepção das duas sombras auriculares; a aurícula esquerda (arco superior) possui um movimento de expansão e a aurícula direita (arco

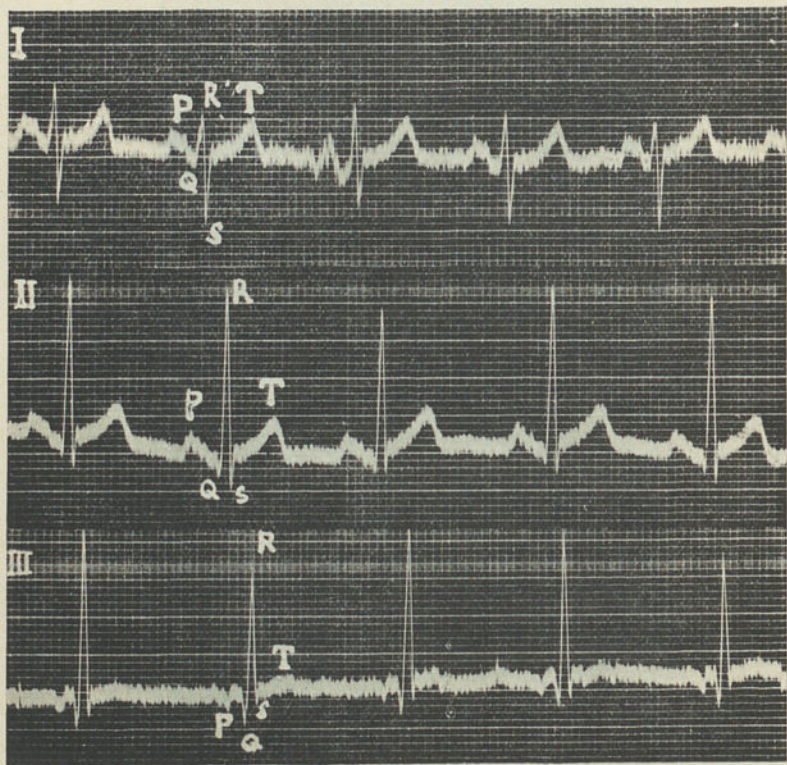


Fig. 5

inferior) um movimento de retracção. Mahaim observou este fenómeno em dois casos de aneurisma da aurícula esquerda (diagnóstico clínico), e afirma que a expansão presistólica do arco

(*) Verificámos há pouco que Bordet, o eminente radiologista, tem, sobre este assunto, opinião idêntica à nossa (comunicação verbal).

superior é a prova de que a aurícula *não é contráctil*, mas que se deixa encher passivamente, isto é, de que se trata de um aneurisma desta cavidade, com modificações anatómicas do seu miocardio.

Êste sinal indica-nos, sem dúvida, o estado dos tecidos da aurícula, mas não aparece só na dilatação primitiva. A dilatação secundária ao apêrto mitral, quando apresenta grandes proporções, produz também alterações da musculatura da aurícula esquerda, de sorte a dar origem a movimentos de expansão presistólica. É o que observamos neste caso, no qual o exame clínico mostra existir uma dilatação secundária a uma doença mitral, com predomínio do apêrto, e não uma dilatação primitiva. Êsse sinal, já apontado por Assmann, não é, pois, suficiente para a des-trinça diagnóstica entre a dilatação primitiva e a dilatação secundária da aurícula esquerda.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — COELHO, E. — Bradicardia septal permanente num caso de ectasia da aurícula esquerda. *Lisboa Médica*. N.º 4. 1930.
- 2 — PADILLA, COSSIO E BERCONSKY — La vena cava superior y el bordo derecho de la sombra de proyección de los grandes vasos de la base. *Sem. Med.* Pág. 391. 1932.
- 3 — EMANUEL — *Lancet*. N.º 12. 1923.
- 4 — SCHAW — Horizontal dilatation of the left auricle. *Lancet*. N.º 10. 1924.
- 5 — LABADILLE — Les dilatations anévrismales de l'oreillette gauche. *Thèse de Paris*. 1925.
- 6 — EAST — Great dilatation of the left auricle. *Lancet*. N.º 25. 1926.
- 7 — PAREJA et BARCIA (cit. de Labadille).
- 8 — ROSSELET et BACH — Un cas d'anévrisme de l'auricule gauche. *Arch. des mal. du cœur*. Pág. 145. 1924.
- 9 — MAHAIM — De l'anévrisme primitif de l'oreillette gauche. *Ann. de Médecine*. Pág. 380. 1927.
- 10 — LUTEMBACHER. — Anévrisme de l'oreillette gauche. *Arch. des mal. du cœur*.
- 11 — ASSMANN — Klinische Röntgendiagnostik d. Inn. Erkrankungen. Leipzig. 3.ª ed. 1924.
- 12 — BORDET — Radiologie du cœur et des vaisseaux de la base. Paris. 4.ª ed. 1928.
- 13 — PEZZI — Radiologia Clínica del cuore e dei grossi vasi. Milano. 1928.
- 14 — DIETLEN — Herz und Gefässe im Röntgenbild. Leipzig. 1923.

- 15 — COSSIO — El arco superior del contorno derecho de la silueta cardíaca. *Sem. Méd.* Junho de 1932.
- 16 — DOUMER — L'œdème aigu du poumon dans le rétrécissement mitral en dehors de la grossesse. *Arch. des mal. du cœur.* Pág. 791. 1926.
- 17 — HESS — Über Lungenödem bei mitral. *Wiener Klin. Woch.* Pág. 508. 1931.
- 18 — PEZZI — Sur une condition anatomique de l'œdème aigu du poumon dans les maladies de l'appareil circulatoire. *Ann. de Méd.* Pág. 249. 1931.
- 19 — COSSIO — L'image radiographique de la fibrillation auriculaire. *Revue Sud-Am. de Méd. et Ch.* Pág. 19. 1932.

*Trabalho do Serviço de Clínica e Policlínica Médicas
da Faculdade de Medicina de Coimbra*
(Director : Prof. Adelino Vieira de Campos)

A FRENICECTOMIA NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE PULMONAR

POR

AUGUSTO VAZ SERRA
Prof. auxiliar

e

ANTÓNIO MATOS BEJA
Assistente

No ataque às doenças infecciosas, o ideal é poder dispor de medicamentos que vão directamente ao encontro dos germes e os aniquilem ou dispor de elementos que, introduzidos no organismo, tornem aí impossível a vida do agente infectante.

Correspondem à primeira categoria os farmacos a que convém chamar-se quimiotáticos específicos, mas que, infelizmente, são, à data, reduzidos à quinina, emetina e salicilato com acção electiva sôbre o hematozoário, a amiba histolítica e o agente ainda ignorado do reumatismo articular agudo.

A bacteriologia, com o estudo das reacções célula-humorais condicionadas pela introdução de micróbios des ou hipovitalizados (antigénio) no indivíduo receptivo, levou à segunda categoria de medicamentos, que se podem chamar específicos: soros e vacinas.

O tratamento da tuberculose tem sido preocupação eterna de químicos e bacteriologistas, sem que no entanto entre a infinidade de substâncias químicas desde todos os tempos defendidas, à frente das quais marcham hoje os sais de ouro, com relativa mas merecida aceitação, ou entre os vários soros e tuberculinas até à data apregoados, nós encontremos uma arma segura, inócua e imediata que coloque o bacilo de Koch fora de causa.

Abriu-nos Forlanini o caminho para uma nova terapêutica, o pneumotorax artificial, que é hoje o meio de tratamento que o

médico, quando o pode fazer, adopta com maior satisfação, porque confia em que 50 a 60 % dos seus doentes serão salvos.

Nascido das deduções fisiológicas de James Carson, em 1819, que sustentou, em teoria, que contra as úlceras tuberculosas do pulmão e as supurações pulmonares em geral uma poderosa terapêutica seria o pneumotorax artificial, o qual quebraria «o interminável conflito existente entre a elasticidade do pulmão e a irritabilidade do diafragma», e do acaso da observação clínica que levava Potain a dizer que o pneumotorax espontâneo era providencial e que no caso do seu aparecimento na tuberculose pulmonar não se devia tentar curá-lo, foi Forlanini o primeiro a usá-lo, e depois de Murphy e Brauer, todos os tisiologistas o experimentaram com um sucesso nunca igualado por qualquer outro método terapêutico.

Tem desde então sido estudado sob todos os pontos de vista e em tôdas as suas particularidades, podendo afoitamente dizer-se que nada existe a seu respeito que não se tenha tentado precisar.

Infelizmente o campo das suas indicações é relativamente restrito.

O pneumotorax pode ser impossível nos casos de lesões bilaterais extensas e nos casos de coexistirem com as lesões pulmonares unilaterais, lesões de tuberculose laríngea ou intestinal e precário estado geral, estando nestas circunstâncias comprometido qualquer tratamento que se faça.

A existência dos restos sinfisários duma antiga pleurite ou o carácter das lesões não exclusivamente pulmonares, mas pleuro-pulmonares, com aderências entre as pleuras visceral e parietal impedindo a introdução da menor parcela de ar, caracteriza outra categoria de tuberculosos pulmonares em que o pneumotorax é impossível. Estes eram entregues ao regime higieno-dietético, de resultados aleatórios, principalmente tratando-se de doentes com lesões de tendência exsudativa e que precisavam trabalhar para viver.

Felizmente hoje a cirurgia tomou conta destes doentes e, com a termo-secção das aderências, a frenicectomia, a toracoplastia e a pneumolise, tem conseguido a colapsoterapia do pulmão invadido.

Da secção das aderências, intervenção que tivemos já ocasião de ver praticar por Coulaud, no serviço de Rist, no Hos-

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a - 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da India* et de *Citrato de Soda*.

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 - LISBOA

LISBOA MÉDICA

TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO
ARSENICAL
SUB-CUTANEO
VERDADEIRAMENTE
INDOLOR
É REALIZADO PELO

ACETYLARSAN
COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE
86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

emipson

pital Laennec de Paris, e que entre nós, que nos conste, apenas o Prof. Lopo de Carvalho tem praticado, apenas podemos dizer que é susceptível de transformar um pneumotorax parcial e insuficiente num pneumotorax total e eficaz, que para mais nos falta observação directa e continuada.

Exige a toracoplastia, parcial ou total, minuciosos cuidados de técnica, indicações e tratamento pre e post-operatório a ponto tal, que a tornam por vezes temida de médicos e doentes. Dela não temos igualmente conhecimento pessoal e não é nosso intento discutí-la neste lugar. Limitamo-nos a aconselhar, a quem sôbre este assunto quizer formar uma opinião, a ler o notável relatório do Prof. Bull, de Oslo, a VII Conferência da União Internacional contra a Tuberculose, reünida naquela cidade em 1930.

A pneumolise, operação mais inofensiva, se bem que não menos delicada, cuja técnica está sofrendo freqüentes modificações consoante as preferências dos que a praticam, não constitui também objecto dêste estudo.

Resta-nos a frenicectomia, a extirpação do nervo frénico, intervenção que em colapsoterapia da tuberculose pulmonar vem em freqüência a seguir ao pneumotorax. É uma intervenção simples, e como relativamente numerosos são os bacilares a que nas enfermarias hospitalares e mesmo fora delas devemos prestar socorros, deixámo-nos tentar pela sua simplicidade e agora que a realizámos numas duas dúzias de doentes, tentados somos a referir os resultados obtidos.

HISTÓRIA

As suas origens são recentes. Em 1911 teve Stuertz a idea de seccionar o nervo frénico na altura da sua entrada no tórax, pretendendo dêste modo conseguir, através do diafragma paralisado e subido, a compressão curativa da base pulmonar tomada de tuberculose ou bronquectasia. Sauerbruch e Schepelmann usanna a seguir, relatando, em 1913, os seus insucessos, devidos ao facto de a simples frenicotomia não conseguir a maior parte das vezes a paralisia diafragmática definitiva. Veio o descrédito, até que, em 1912, Götze e Félix, com o arrancamento do nervo apanhado na base do pescoço, demonstraram que só assim se conseguia uma boa paralisia, porque juntamente com o tronco princi-

pal se arrancavam as suas ligações com outros nervos da região, as quais, em caso de supressão da via condutora principal, podiam exercer uma acção suplente.

As numerosas disseccções feitas, entre outros, por Gœtze, Ruhemann, Hernani Monteiro e seus colaboradores, mostraram que o nervo frénico nascido principalmente de C_4 recebe frequentemente outras raízes de C_3 , C_5 e C_6 , do nervo do subclávio, do plexo braquial, do nervo do trapézio, do espinhal, do simpático, do glossofaríngeo, do hipoglosso, tendo-se duma maneira geral encontrado anastomoses com tôdas as formações nervosas da região.

Ora, se a maior parte das vezes estas raízes, pelo seu trajecto directo, tomam o frénico na sua porção cervical e, portanto, não têm interêsse para o cirurgião, que facilmente as repara e suprime, o mesmo não sucede quando descem para dentro do tórax, a maior ou menor distância do tronco principal do frénico e só se ligam a êle na sua porção intra-torácica. Constituem, nestas circunstâncias, os parafrénicos (*Nebenphrenici* dos anatomistas alemães) que necessário é seccionar, se se quiser obter uma boa paralisia diafragmática.

Estes factos levaram Félix, Gœtze, Ruhemann, Sauerbruch, Alexander e tantos outros que se lhe seguiram a relegarem à história a operação de Stuertz e a adoptarem como única digna de prática a frenicectomia.

Criou rapidamente a frenicectomia, na terapêutica das supurações pulmonares em geral e da tuberculose pulmonar em especial, um lugar de favor, a ponto de a dez anos da sua origem se poder dizer que não é lícito a um tisiologista ignorá-la, porque ignorá-la é perder alguns doentes, aos quais possivelmente estaria destinado um futuro esperançoso.

MODO DE ACÇÃO — INDICAÇÕES

A frenicectomia traz a paralisia do hemidiafragma respectivo: há frenoplegia.

Como o diafragma representa uma parede sôbre a qual se exerce uma das forças que mantêm a pressão endopleural, com a trajectória de cima para baixo, uma vez anulada a sua resistência o diafragma sobe.

A ascensão diafragmática imediata julgamos que deve ser dependente sobretudo da elasticidade do parênquima pulmonar ainda não atacado e da pressão intra-abdominal dirigida de baixo para cima e que Bernou tão bem focou (1).

Esta idea é-nos naturalmente sugerida pelo facto de que logo após a operação o diafragma sobe, em regra, mais alto nos casos de lesões no tórax superior com a base livre e que inversamente se regista uma fraca ascensão nos doentes cujas lesões têm preferência basal. Na ascensão tardia e progressiva que sobrevém nalguns doentes, deve intervir o outro factor magistralmente pôsto em evidência por Bérard e Dumarest, no seu relatório ao Congresso de Tuberculose de 1927, em Lyon, a saber: a tendência retráctil das lesões.

A subida do diafragma coloca o pulmão em repouso relativo. Havendo redução de volume, há redução de trabalho e, paralelamente, diminuição da actividade circulatória sanguínea e linfática. Brunner verificou que a paralisia diafragmática pode limitar a capacidade funcional do pulmão a um tórax e mesmo a um sexto do normal.

¿ Mas intervirá só a menor ventilação ?

No pneumotorax artificial sabemos, depois dos estudos e deducções fisiológicas de Brauer, Grøetz, Sauerbruch, Weiss e Hans Alexander, que existe estase sanguínea e linfática, a que os autores atribuem influência na cicatrização.

No cão, após frenicectomia, observou Schidzuo Kuma ligeira estase vascular ao nível do respectivo pulmão. No coelho, Rossi encontrou hipertermia e edema pulmonar; Donnati e Vanucci registaram injeccção vascular e descamação dos epitélios alveolares.

¿ Estas modificações circulatórias serão apenas seqüência da diminuição dos movimentos respiratórios ?

Há quem suponha que elas são determinadas pela secção das fibras simpáticas do frénico (Margaria e Bella).

Dunner e Mecklenburgo (Zeit. f. Tub. XLXI. N.º 5. 1926), sustentaram que os efeitos da frenicectomia eram devidos a uma acção indirecta sobre o pulmão pelo arrancamento, juntamente com o frénico, de ramículos vago-simpáticos de acção vaso-

(1) *Presse Médical*. 26 de Janvier, 1925. Pags. 115.

-motora e trófica. Sergent (*Academia de Medicina*, 1931) defende ultimamente esta hipótese.

Seja qual fôr, no entanto, a estrutura íntima da acção da frenicectomia, a verdade é que os seus sucessos se registam principalmente nas lesões de tendência fibrosa, tendência esta traduzida pelo exame clínico, e principalmente, pelo exame radiológico, que nos mostra sombras com aspecto fibroso tocando a periferia, o diafragma festonado, deslocamento do mediastino para o lado das lesões e retracção do hemitórax respectivo.

As *indicações* da frenicectomia decorrem das indicações do pneumotorax, na expressão tão sugestiva de Guilleminet e Madinier, o seu equivalente superior.

A frenicectomia está indicada em tôdas as tuberculoses pulmonares unilaterais de aspecto evolutivo em que o pneumotorax, mercê de aderências ou das condições sociais do doente, é impossível.

O outro pulmão, antes da frenicectomia, deve ser sempre objecto dum exame meticoloso.

Quando a radiografia nos mostra sôbre êle lesões nítidas, se bem que discretas, aparece o receio de com a frenicectomia lhes dar um impulso evolutivo, aqui mais grave do que com o pneumotorax, porque não se pode voltar atrás. Importa o estudo cuidadoso da natureza destas lesões. Tratando-se de lesões de tipo escleroso, que possivelmente corresponderão à cicatriz do complexo primário (Ranke), o «*état-séquelle*» de Léon Bernard, é de esperar que a frenicectomia não as agrave. Porém, se elas correspondem não ao resto da infecção da primeira infância, mas a uma sobreinfecção, endógena ou exógena, o caso muda de figura porque a frenicectomia trará muito provavelmente o seu alastramento.

Praticamente é difícil o diagnóstico preciso da natureza destas lesões. Mesmo depois de exames minuciosos e sobretudo repetidos, quantas vezes se não poderá garantir o comportamento do outro pulmão após a frenicectomia?

As condições de unilateralidade e estado da pleura, impedindo o pneumotorax, estão muito naturalmente precedidas pela de evolução progressiva das lesões estabelecida ao fim de seguidas observações clínicas e radiológicas.

Casos existem realmente alarmantes de início, pela vastidão das sombras que a radiografia evidencia, e em que, passados poucos meses, com grande surpresa constatamos a limpeza radiológica, sem que para isso com mais se tenha contribuído que auxiliar a natureza. São as formas pneumônicas curáveis da tuberculose pulmonar de Besançon e Braun, sobre as quais igualmente Jacquerod, Courcoux, Sergeant, Bordet, Durand e Moizesco chamaram a atenção, formas estas que existem, e sobre as quais um clínico não prevenido pode ser tentado a intervir.

Ao lado destas, outras se encontram em que a marcha da doença muito lenta nos pode dar a impressão de lesões não evolutivas.

A dificuldade está em saber avaliar de cada caso em si e de proceder conforme as circunstâncias.

Lesões não evolutivas, mas activas, tão claramente definidas por Sergeant como lesões limitadas, mas que eliminam bacilos, sem outro sinal de vida que a baciloscopia positiva, são igualmente merecedoras da colapsoterapia pela frenicectomia, quando o estado da pleura não permite o pneumotorax, porque a presença constante de bacilos na expectoração constitui um perigo permanente para o doente e para os que o rodeiam.

Lesões não evolutivas, cicatrizadas, do pulmão esquerdo, em que o processo de esclerose deslocando o coração trouxe prejuízo à dinâmica circulatória, indicariam para Brunner a frenicectomia, que libertaria o coração de algumas das suas sujeições.

No princípio a frenicectomia foi indicada de preferência nas lesões da base. Sauerbruch, Berard e Dumarest foram, muito naturalmente, levados a supor que seria sobre as ulcerações atinentes ao diafragma paralisado que melhor se faria sentir o efeito compressivo. Os trabalhos posteriores de Maurer, Alexander, Bordet, Frisch, Wolf, Genevrier e, dum modo geral, as observações de todos os que têm recorrido à frenicoexerese, vieram demonstrar que resultados brilhantes são igualmente para esperar nas lesões do tórço superior, de preferência nas lobites superiores com cisura arqueada traduzindo a sua tendência retil.

Pode mesmo, dum modo geral, dizer-se, e essa é a impressão colhida nos casos de numerosos autores e nossos, que é nas lesões do tórço superior que a frenicectomia dá resultados mais rápidos e surpreendentes.

Fornet, baseado nas experiências de Orso, sustentou que os movimentos respiratórios do diafragma põem principalmente em jogo o vértice pulmonar e não a base, como se seria naturalmente tentado a crer. A mobilização do lobo superior seria dependente não dos movimentos da parede torácica com que directamente está em contacto, mas sim do músculo que fecha em baixo a caixa respiratória. Sendo assim a paralisia diafragmática acompanhar-se-ia sobretudo de redução funcional da parte superior do pulmão e, dêste modo, fácil era a explicação do valor da frenicectomia nas lobites superiores.

No entanto êste mecanismo está longe de ser admitido, porque contra êle se levanta a experiência diária. Basta ver aos raios X um doente frenicectomizado há poucos meses e comparar os movimentos respiratórios do lado operado e do lado são para constatar a imobilização mais ou menos completa da base e os movimentos do têrço superior, por vezes mais amplos que o normal.

A frenicoexerese actua nas lesões do vértice porque a paralisia diafragmática traz modificações de todo o pulmão.

No hemitorax frenicectomizado, diz Maurer: «todo o pulmão tem dificuldade em se expandir como dentro duma caixa estreita os dedos duma mão fechada têm dificuldade em se afastar uns dos outros».

A compressão da base permite que as lesões do vértice melhor possam desenvolver a sua tendência retráctil e visto que os sucessos desta intervenção são particularmente interessantes em tais doentes é-se levado a supor que o arrancamento do frénico é eficaz porque favorece a retracção cicatricial.

A natureza das lesões sôbre que a frenicectomia pode ter acção, está sublinhada no que acaba de apontar-se. É preciso que sejam dotadas de tendência esclerosante, pois nas formas exsudativas, pneumónicas, em que essa tendência se não manifesta o resultado é duvidoso. Entretanto, mesmo nestes casos em que nada revela a tendência para a esclerose e o pneumotorax é impossível, deve-se correr o risco da frenicoexerese, de que se pode ser largamente recompensado. Nestes casos graves é licito não olvidar o preceito do introdutor da colápsoterapia, Forlanini: «tentar suprimir a lesão que ameaça a vida sem querer prever tudo».

Ao lado destas indicações da frenicectomia, intervenção autónoma, outras existem em que a frenicectomia é chamada a con-

tinuar a acção dum pneumotorax agora impossível por sínfise pleural sobrevinda no decurso do tratamento ou a completar um outro quando aderências pleuro-diafragmáticas apenas permitem um colapso parcial e insuficiente.

A associação pneumotorax-frenicectomia tem igualmente aceitação geral em casos de lesões bilaterais, praticando do lado com maiores lesões o pneumotorax e reservando a frenicectomia para o outro pulmão em que as lesões são mais discretas.

Cardis e Malinsky trouxeram recentemente à discussão (*Révue de Tuberculose*. Fev. de 1931) a prática da frenicectomia bilateral em doentes com cavernas na base, fazendo referência a dois casos em que a dupla frenicectomia dera bons resultados.

Marc Iselin (*Révue de Tuberculose*. N.º 4. 1931), apoiado nos seus casos e nas referências de autores como Jehn, o que primeiro a praticou, Lehmann, Götze, Brunner, Sauerbruch, mostrou que tal procedimento era possível sem acarretar a dispneia, que à primeira vista parece obrigatória da paralisia de todo o diafragma. Alguns destes doentes fazem gymnástica e desportos sem dificuldade.

Parece-nos, porém, que não deve ser sem alguma apreensão que se prive um individuo deste músculo, que tem incontestável valor na respiração e nalguns casos a sua completa exclusão funcional tem trazido graves acidentes respiratórios, conforme Rist o referiu à secção de estudos da «Obra de Tuberculose», de Paris, em Janeiro de 1931, transmitindo assim a opinião de autores alemães que a têm praticado.

Götze, Zadek e Sonnenfeld preconizaram fazer uma a duas semanas antes de qualquer pneumotorax uma frenicectomia, sustentando que nestas condições o pneumotorax era mais fácil, tinha menor duração, seria mais rara a formação do exsudato pleural (8 % contra 40 % e mais no pneumotorax só), evitava os grandes deslocamentos do mediastino, a compressão do estômago e diminuía os perigos da cessação do tratamento.

Observações posteriores e numerosas de Samson, Unverricht, Maendl, Brunner, Kohlass, Brieger, Freund, Deist, Jessen, H. Alexander, Hebenstreit vieram refutar as afirmações de Zadek e Sonnenfeld, mostrando que o exsudato não é mais raro, o pneumotorax não é mais eficaz e mais fácil e que há a temer complicações como sejam a perfuração do diafragma elevado com

pneumoperitoneu seqüente, pneumonias do lado oposto e dificuldade em qualquer intervenção futura no outro lado.

H. Alexander (*Der kunstliche Pneumotorax*. Berlim, 1931), tendo observado os seus doentes de pé e deitados, em inspiração e expiração, demonstra, apoiado em radiografias, que a frenicectomia precedendo o pneumotorax pode ser altamente prejudicial, nos casos em que não há aderências do pulmão à base do hemitorax, porque nestas circunstâncias o ar introduzido, em vez de contribuir eficazmente para o colapso pulmonar, pode provocar antes a descida da membrana flácida e inerte que é agora o diafragma e dêste modo fica prejudicado o objectivo do clínico. É, por isso, que em conclusão acrescenta êste autor: «durfen wir also sagen, dass die Phrenicusausschaltung als nachtraglicher Eingriff in Laufe der Pneumotoraxbehandlung unter Umständen sehr wertvoll werden kann, dass aber die grundsätzlich vorgangige Zwerchfellahmung abgelehnt werden muss».

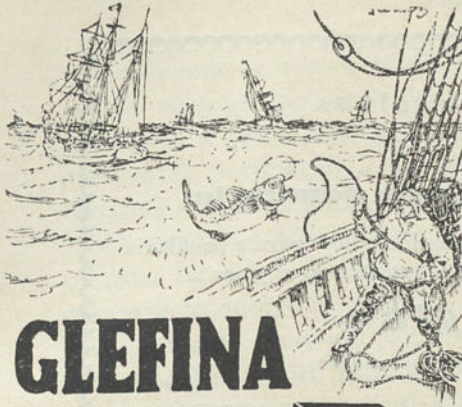
Uma outra indicação da frenicectomia é freqüentemente discutida: a frenicectomia primeiro tempo duma toracoplastia para se poder avaliar da capacidade funcional do outro pulmão (Sauerbruch) ou complemento de uma toracoplastia parcial alta ou ainda nos casos de toracoplastia parcialmente eficaz em que a frenicoexerese pode completar o efeito da primeira intervenção.

Sauerbruch recusa hoje o valor desta associação frenicectomia-toracoplastia em qualquer destas três modalidades por ser inútil e mesmo poder ser nociva pela dificuldade de ressecção das últimas costelas e pelo risco de ferir o diafragma. No entanto os outros numerosos autores que discutiram esta questão na já citada conferência da União Internacional contra a Tuberculose, em Oslo, são concordes em fazer sempre a frenicectomia antes de outra intervenção mais mutilante, porque os seus resultados podem ser tais que a toracoplastia seja dispensada (Schroder, Gravesen, W. Denk, Eizaguirre, Orszagh, Holmboe, Jacquerod, Jiri Divis, etc.).

TÉCNICA, COMPLICAÇÕES E ACIDENTES

Os doentes que fazem objecto dêste estudo, tirando três que foram operados, dois pelo Prof. Angelo da Fonseca e um pelo Prof. auxiliar José Bacalhau, foram todos operados por

Glefina e Lasa



GLEFINA

é o único reconstituente a base de Óleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em todas as épocas do ano.

Preparado com

Extrato de Óleo de Fígado de Bacalhau, Hipofosfitos e Extrato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



São produtos elaborados em Portugal sob a direcção e responsabilidade de um Farmaceutico Nacional.

Distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes.

LASA

Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência



Laboratorios Andrómaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules

Émulsion - Comprimés

54 centigr. d'iode par cm³

A. GUERBET & C^{ie}, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy

S'-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: Pestana, Branco & Fernandes, Lda.
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA

E. BEHRING-Sôros e Vacinas

I.

Para o tratamento da gonorreia

especialmente das formas crónicas, assim como para a profilaxia das complicações da gonorreia aguda, emprega-se a

Gonargina

vacina gonocócica polivalente

E. O.

nas complicações o **Gono-Yatren**, a emulsão de gonococos mortos em solução de Yatren a 3%, obtendo-se efeito *potenciado* devido à acção simultânea químio-terapêutica.



Na furunculose, otite media e outras estafilomicoses usa-se o

Staphar

vacina polivalente, reforçada com lipoides immuno-biologicamente muito importantes, efeito rápido, específico na furunculose.

E. O.

Staphylo-Yatren

emulsão de estafilocócos mortos em solução de Yatren a 3%, efeito *potenciado* devido à acção simultânea químio-terapêutica do Yatren.

Produz igual efeito específico tanto nas afecções agudas como nas crónicas.

E. O.

» Bayer-Meister-Lucius-Behringwerke «

LEVERKUSEN (Alemanha).

Representante:

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

nós, seguindo-se nuns a técnica de Sauerbruch, que recomenda a incisão ao longo do bordo posterior do esterno-cleido-mastoideo, e noutros a técnica de Alexander e Felix, que possui o maior número de partidários e segundo a qual a incisão é paralela à clavícula e situada dois centímetros acima.

O enfermo é colocado em decúbito dorsal, com o tronco ligeiramente elevado e com o pescoço sobre um rôlo, voltando a cara para o lado oposto à região doente. A anestesia é local e faz-se por infiltração com um soluto de novocaína — 0,25, sulfato de potássio, 0,40 e sôro fisiológico 100.

Incisada a pele, o cuticular e a aponevrose cervical superficial, repara-se o bordo posterior do cleido-mastoideo, que se levanta para diante com um afastador. Procura-se o tendão do omo-hioideo e, uma vez êste reconhecido, vai-se através da aponevrose cervical média e dissecando em seguida o tecido celular da região onde é freqüente existirem gânglios mais ou menos hipertrofiados, pôr a nu o músculo escaleno anterior na porção situada atrás do omo-hioideo. Caminhando na bainha do músculo e dirigindo-se para baixo e para dentro está o nervo frénico. Isola-se, preende-se como uma Kocher ou Péan, secciona-se e a porção distal arranca-se na maior extensão possível, enrolando-a cuidadosamente sobre a pinça. Sutura da pele com agrafes sem drenagem.

O arrancamento é a parte dolorosa da operação e não pode deixar de durar alguns momentos, porque quanto mais rápido se procede tanto menor é a porção arrancada e tanto mais possível o insucesso. A duração do arrancamento, avaliada pelos alemães entre 5 a 10 minutos, parece-nos excessiva, como excessiva nos parece a rapidez de Bérard, que faz o arrancamento em 20 a 30 segundos. Nisto como em tudo há o factor individual. Alguns frénicos cedem com surpreendente facilidade, outros resistem a fortes trações.

O uso das duas incisões permitiu-nos a sua comparação. A incisão paralela ao bordo posterior do esterno-cleido-mastoideo dá incontestavelmente mais luz e parece-nos preferível nos doentes que não têm preocupações estéticas. Nas mulheres é de obrigação a incisão de Félix. O campo operatório é mais restrito, a sonda cânula não é manejada com o mesmo à vontade, é mais freqüente ter-se de seccionar a jugular externa, mas a cica-

triz é quasi inaparente. Com a incisão oblíqua tivemos por vezes a desunião dos bordos da ferida e mesmo tardiamente quelóides, pelo que hoje, quando a praticamos, damos uns pontos de sutura. A incisão paralela à clavícula, que usámos em maior número que a incisão de Sauerbruch, nunca nos deu dissabores desta natureza; a luz operatória é melhor praticando-a rigorosamente dois centímetros acima da clavícula.

O comprimento dos nervos por nós arrancados variou entre 4 e 27 cm. Num caso seccionámos o nervo quando o tínhamos exteriorizado numa extensão de 7 cm. porque a resistência ao arrancamento era grande e o doente assaz pusilânime (obs. IV); em todos os outros levámos o arrancamento até final. Em todos os doentes obtivemos paralisia diafragmática com ascensão maior ou menor, não nos parecendo, dum modo geral, que a subida do diafragma estivesse em relação com o comprimento do nervo extraído. (1)

No doente da observação XIII, em que apenas conseguimos extrair 4 cm. e o frénico estava dividido em dois filetes finos, houve paralisia com ascensão de 4 cm., mas o têrço externo do hemidiafragma continuou a apresentar movimentos, se bem que com reduzida amplitude. Êste facto, já registado num doente de Léon Bernard e Poix, só pode ter duas explicações: ou persistiu um frénico acessório encarregado da innervação daquela parte ou o diafragma dêste doente recebia filetes motores dos nervos intercostais.

Provaram Billard e Cavalie a afirmação de Luschka (*J. de l'An. et de la Phys.*, 1896) de que o diafragma pode ser também innervado pelos nervos intercostais e não nos custa admitir que, na falta da via motora principal, êles a possam substituir até onde chega a sua acção.

O exame minucioso dos nervos arrancados mostrou-nos que só muito raras vezes o frénico receberá os seus acessórios mais de 2 cm. após a sua entrada no tórax. Apenas o frénico arrancado a nossa doente da obs. XX recebia uma anastomose 7,5 cm. abaixo do ponto de secção. Só assim mesmo se explica o successo

(1) Já depois dêste trabalho terminado tivemos ocasião de extrair um nervo frénico direito com 37 cm. de comprido. O hemidiafragma paralisado teve uma ascensão imediata duns 2 cm.

duradoiro da alcoolização do frénico referido por Corday e Philardeau, Aníbal de Castro e Gorjão Henriques, visto que a alcoolização corresponde à exclusão do frénico o máximo até 1 cm. dentro do tórax.

Dêstes factos julgamos poder tirar-se a indicação de que para a frenicectomia ser eficaz é suficiente extrair-se o nervo até alguns centímetros da sua porção intratorácica, o que nalguns casos, como no acima referido, é vantajoso.

Os nossos doentes não tiveram pròpriamente complicações operatórias. Apenas a doente que abre a nossa série sofreu no dia da operação um soluço rebelde, uma outra (obs. XV) queixou-se ao tracionar-se o nervo frénico esquerdo que lhe arrancávamos o estômago e nesse dia teve vômitos, e noutro doente em que se laqueara a jugular externa sobreveio uma flebite dêste vaso, tôdas estas complicações sem conseqüências de maior.

A sensação acusada pela nossa doente da obs. XV, de que lhe arrancavam o estômago, vem ao encontro duma questão estudada últimamente num trabalho do Laboratório de Anatomia Normal, de Coimbra, feito pelo Dr. Eduardo dos Santos, sôbre a participação do nervo frénico no plexo solar. De tal estudo se infere que o frénico direito presta freqüente colaboração àquela formação nervosa, emquanto que ao frénico esquerdo tais ligações se desconhecem.

Neste doente parece-nos legítima a hipótese de que o frénico esquerdo tinha as suas terminações no plexo solar.

A sensação do arrancamento do estômago nesta frenicetomia esquerda, podia, à primeira vista, reportar-se ao deslocamento do estômago, secundário ao deslocamento do diafragma. Porém, tal explicação não persiste se atendermos a que em grandes mudanças de posição do estômago, radiològicamente constatadas, o doente se não queixou e que, por outro lado, neste caso particular, a subida do diafragma foi insignificante.

Nunca observámos as complicações graves que, verdade seja, só muito raramente se registam.

Assim, entre milhares de frenicectomias realizadas em todo o orbe, apenas estão apontados seis casos fatais em que o mecanismo de morte foi:

- 1 por hemorragia local (Sauerbruch).

- 1 por embolia gasosa (Dunner).
- 1 por pneumotorax post-operatório (Leriche).
- 1 por inundação brônquica do lado oposto (Leriche).
- 1 por hemorragia abundante (Rist).
- 1 por edema agudo do pulmão (Burnaud).

(A. Burnaud. *Gaz. Med. dos Hosp.*, 18 de Janeiro de 1929).

Todos os autores que têm praticado a frenicectomia não deixam de encontrar, num ou outro doente, umas perturbações de sede e natureza vária, de que naturalmente responsabilizam o acto operatório.

Assim se tem falado em cefalalgia, vômitos, dispneia e taquicardia como acidentes precoces, freqüentes, e perturbações pulmonares, hepáticas, gástricas, intestinais e cardíacas de diverso grau e espécie sobrevivendo a maior ou menor distância da frenicectomia (Roger Pigeon — *Revue de la Tuberc.* N.º 7. 1931).

Vial, Hamant e Cornil (*Soc. de Méd. de Nancy*. N.º 27. Abril de 1925) e J. Firmin Mas (*Révue Méd.-Latina*. N.º 26. Outubro de 1926. Montevidéu) num doente em que excisaram 4 cm. de nervo obtiveram, além duma boa paralisia diafragmática, um S. de Claude Bernard-Horner definitivo: fôra atingido o simpático cervical dêste lado. Acidente idêntico foi apontado, mas com aspecto temporário, por Frederico León y León (*Rev. Med. Peruana* Lima, 21 de Dezembro de 1929), atribuindo-o o autor à infiltração pelo anestésico.

J. Alexander (*Surg. Gyn. and Obst.* Setembro de 1929) refere um caso em que houve, erroneamente, lesão do pneumogástrico. B. A. Young (*The Lancet*. Pág. 595. 1925) relatou idênticamente 4 casos em que o cirurgião, por engano, arrancou o pneumogástrico, o que trouxe a morte dos doentes.

Outros casos se conhecem em que o nervo extraído era um nervo do plexo braquial, o que ocasionou impotência funcional do braço respectivo.

Abstraindo destas últimas complicações graves, as outras não têm valor. Mais justo é falar-se em acidentes operatórios, que são em regra de tão pequena intensidade que não se dá pela sua existência se deliberadamente não interrogarmos todos os órgãos e aparelhos do doente, ficando muitas vezes na dúvida se a dor de cabeça, a diarreia, a gastralgia, a taquicardia, etc., serão realmente dependentes do acto operatório praticado.

Os cuidados pre-operatórios não são mais necessários que para o pneumotorax. Alguns dos nossos doentes foram operados em jejum, a maioria depois da pequena refeição da manhã e outros algumas horas sobre o almoço.

Depois da operação, os doentes hospitalizados retomaram as suas camas pelo seu pé e os de fora regressaram a suas casas sem dificuldade real ou aparente. Todos depois da operação foram obrigados a estar na cama, pelo menos oito dias, e de preferência deitados em decúbito lateral sobre o lado doente.

RESULTADOS OBTIDOS

Tivemos ocasião de apreciar directamente os resultados da frenicectomia em pouco mais de 20 doentes, a maioria internados nas Enfermarias de Clínica Médica e Clínica de Moléstias Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que o sr. Prof. Adelino Vieira de Campos nos confiara.

Em alguns destes doentes a data recente da intervenção atenua o valor da observação. Em terapêutica da tuberculose, mais do que em qualquer outra doença infecciosa, intervém o factor tempo para controlar o seu successo.

«Em matéria de tuberculose, o tempo não respeita o que se faz sem elle», escreve Jacquerod com admirável concisão. Entretanto, quando cessam os vários sinais que a clínica indica como tradutores da evolução da doença (febre, tosse, expectoração, suores, emmagrecimento), com a auscultação e a radiologia de acôrdo, e que tal estado se mantém durante alguns meses, supomos haver o direito de falar em cura, que se deve manter enquanto perdurar o actual *modus vivendi* do enfermo.

Mais sujeitos a discussão devem ser os casos que após a frenicectomia se classificaram de melhorados, e esses constituem grande número. Os caracteres em que se baseia o critério de melhoria são variáveis e por vezes o clínico mais confiante na eficácia da frenicectomia não pode furtar-se à suspeita de que a sua intervenção não é a única a contar nas melhoras registadas.

O tuberculoso é eminentemente sugestionável e essa sugestão é susceptível de influenciar sintomas que muitas vezes julgamos independentes do psiquismo.

Mathieu, numa sala de tuberculosos com lesões extensas e evolutivas do Hospital Andral, de Paris, conseguiu baixar as temperaturas, acabar com os suores e aumentar o pêso dos seus doentes, injectando-lhes alguns centímetros cúbicos de sôro fisiológico, que primeiramente gabara como sôro maravilhoso recém-chegado da América. (Apert. *Sérums et Vaccins*. Paris). (1)

¿ Não será, por vezes, a frenicectomia o sôro americano de Mathieu ?

Para comodidade de estudo, julgamos conveniente dividir os nossos doentes em dois grupos:

A — Doentes em que a frenicectomia foi praticada por impossibilidade local (aderências) ou social de pneumotorax e por sede basal das lesões — frenicectomia operação autónoma — 15 casos.

B — Doentes em que a frenicectomia foi chamada a continuar ou a completar a acção do pneumotorax — 8 casos.

A — Frenicectomia operação autónoma.

Os resultados da frenicectomia, neste primeiro grupo de 15 doentes, permite classificá-los como segue:

Curados	4	} 66 0/0
Melhorados	6	
Estacionários	2	
Agravados	3	

Como atrás indicamos, julgamos curados os doentes em que não há sinais de impregnação tuberculosa, em que a auscultação não revela o menor ruído suspeito de fusão e em que a radiografia mostra as lesões mais limitadas e densas, com um aspecto nítido de fibrose e quando êste estado se mantém vários meses.

Melhorados são aqueles dos nossos enfermos nos quais de algum modo se deteve a marcha da doença, mas em que, ou porque o processo da fibrose cicatricial está ainda em evolução

(1) Cit. por P. Bourget. *Errores y enganos de la Medicina moderna*.

ou porque o colapso da frenicectomia não foi suficiente, não se pode falar em cura.

O nosso critério de melhoria assentou na diminuição ou supressão dos sintomas tóxicos, da tosse, da expectoração, das hemoptises e na diminuição dos sinais físicos e radiológicos de tuberculose pulmonar.

Os doentes que julgamos curados possuíam todos lesões no lobo superior (obs. I, II, IV e VIII).

Dos doentes melhorados, os das obs. VI, IX, X e XII estão em via de cura e é provável que nova observação ao fim de algum tempo os dê como curados.

Nestes, duas vezes as lesões tinham sede justa-diafragmática, num outro ocupavam o têrço médio do pulmão e no doente da obs. XII estava o lobo superior tomado.

Digno de destaque é o doente da obs. XII, portador duma lobite superior com mau estado geral, no qual uma frenicectomia foi praticada em Setembro de 1931, quando a infecção tuberculosa estava em grande actividade. Cinco meses depois, quasi não existe expectoração, não há febre, o doente pesa uns oito quilos mais que à data da intervenção e é notável a redução que a lobite apresenta à radiografia (v. estampas anexas).

Na doente da obs. III com lesões no vértice, a frenicectomia não teve um efeito completo, o que talvez se poderá atribuir à idade e aos desgostos por que a doente tem passado e que lhe esgotaram a capacidade reaccional.

É muito recente ainda a intervenção no doente da obs. XIV; no emtanto, a grande redução de sinais estetoscópicos, registada dois meses depois da frenicoexerese, a quasi ausência de expectoração e, por outro lado, a natureza fibrosa das lesões, permitem-nos fazer um bom prognóstico.

A frenicectomia foi, em parte, responsável pelo agravamento do estado da doente M. G. (obs. V). Tratava-se dum caso de tuberculose pulmonar bilateral que tivera o seu início há mais de dois anos. Doente febril e com mau estado geral. Faz-se a frenicectomia do lado direito, onde as lesões são mais extensas e parecendo clinicamente as únicas responsáveis, e durante um mês a doente melhorou (menos expectoração, suores, desapare-

cimento da febre e ligeiro aumento de pêsos). No fim dêste prazo as lesões do lado esquerdo mobilizam-se e uma tentativa de pneumotorax neste lado foi mal sucedida.

Piorados estão igualmente os doentes das obs. VII e XIII, mas nêles não se pode incriminar a intervenção. O primeiro era portador de lesões muito extensas, que tomavam quasi em bloco todo o pulmão esquerdo e a paralisia diafragmática foi seguida duma muito fraca subida, provavelmente porque o pulmão já não tinha elasticidade. No segundo, o arrancamento do frénico foi seguido duma paralisia diafragmática parcial e ineficaz.

Praticámos a frenicectomia num caso de bronquectasia (obs. XV), infelizmente não coroada de êxito.

De facto, se há casos bons desta intervenção em tal doença, como Rist, Sergent, Hallé, Chauffard e Ravina, G. Laroche e Bertrand-Fontaine comunicaram, não é menos exacto que os autores fazem as suas reservas tratando-se de lesões antigas, esclerosadas com sínfise extensa que compromete a intenção do arrancamento do frénico. Nesta nossa doente a subida do diafragma foi inferior a 2 cm. e nisso deve estar a causa do insucesso.

Duas vezes (obs. VI e XI) recorremos à paralisia diafragmática, levados apenas pela sede basal das lesões, e no doente da obs. IX o pneumotorax não foi feito porque o doente partia em breve para um local onde o não podia manter.

Todos estes doentes melhoraram bastante, podendo mesmo dizer-se que estão em via de cura.

A frenicectomia foi praticada em quasi todos os nossos casos porque o pneumotorax era irrealizável por existirem aderências pleurais extensas. Clínica e radiològicamente, como atrás dissemos, estas aderências podem pressentir-se. No entanto, nestes doentes tentámos sempre o pneumotorax antes de decidirmos a frenicoexerese, porque a experiência nos tem ensinado mais duma vez que o espaço pleural está livre, a-pezar dos exames clínico e radiològico nos dizerem o contrário.

No já citado relatório do Prof. Bull regista êste autor que 22,6% dos seus operados tinham as pleuras livres de aderências. Foram operados de toracoplastia, quando possivelmente lhes

“
Ceregumil
Fernández”

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal
Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados e principios minerais (fosfatos naturais).

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo.

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

MÉTODO CITOFILÁCTICO DO PROFESSOR PIERRE DELBET

*Comunicações feitas ás sociedades científicas e em especial a Academia de Medicina de Paris.
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928 ; 18 de Março de 1930.*

DELBIASE

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GERAL

POR REMINERALIZAÇÃO MAGNESIANA DO ORGANISMO

Único produto preparado segundo a fórmula do Professor Delbet.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES :

PERTURBAÇÕES DA DIGESTÃO — INFECCÕES DAS VIAS BILIARES

PERTURBAÇÕES NEURO-MUSCULARES — ASTENIA NERVOSA

PERTURBAÇÕES CARDÍACAS POR HIPERVAGOTONIA

PRURIDOS E DERMATOSES — LESÕES DE TIPO PRECANCEROSO

PERTURBAÇÕES DAS VIAS URINÁRIAS DE ORIGEM PROSTÁTICA

PROFILAXIA DO CANCRO

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

D^r Ph. CHAPELLE — 8, rue Vivienne, PARIS

Représentante em Portugal ; **RAUL GAMA, rua dos Douradores, 31, LISBOA**

Remete-se amostras aos Exmos. Senhores Clínicos que as requisitarem.

O Antidiarreico UZARA

Composição

Contém todos os glicosidos da raiz de Uzara na mesma proporção em que se encontram na planta.

Propriedades

Tem acção excitante sobre as terminações nervosas do simpático. Resolve, por conseguinte, os espasmos, sem provocar, como o ópio, atonia intestinal por paralisia da musculatura lisa.

Indicações

Diarreias de todas as etiologias, tenesmos, espasmos, dismenorreias, etc.

Doses

Licôr: 30 gotas, 3 vezes por dia; Comprimidos: 3 comprimidos, 3 vezes por dia. Creaças até aos 12 anos: meia dose. Creaças de peito: $\frac{1}{4}$ de dose.

SOCIEDADE-UZARA,
MELSUNGEN.

Depositários exclusivos: HENRIQUE LINKER L.^{da}, Lisboa, Rua D. Pedro V, 34

SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6%), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

TEMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

BROSEDAN

Medicamento sedante, de toda a confiança, com elevada percentagem de vitaminas de levadura

TEMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

Poderoso desinfectante vaginal — O protector ideal para a mulher, conhecido desde há 25 anos.

SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal

teria bastado a intervenção muito mais benigna do pneumotorax.

Uma boa elevação diafragmática assinala, em regra, os nossos bons sucessos.

No caso da obs. VIII o hemidiafragma paralisado subiu apenas 2 cm. e no entanto o seu estado actual permite-nos falar de cura. O segrêdo do resultado estará, provavelmente, não só na pequena subida do diafragma, mas também na pequena extensão das lesões e na resistência da doente.

Nas lesões vizinhas da base a subida do diafragma foi pequena.

Não nos parece que o hemidiafragma direito suba, dum modo geral, mais alto que o esquerdo.

Das nossas observações depreende-se, como já tem sido registado, que a elevação diafragmática é função de quatro variáveis:

1.^a — Boa paralisia diafragmática. A influência deste factor é intuitiva.

2.^a — Acção da elasticidade do parênquima pulmonar são: observa-se esta influência nos doentes com lesões do vértice onde se registam em regra as maiores elevações, o contrário sucedendo nos casos de lesões da base.

3.^a — Diafragma livre de aderências. Nos doentes das obs. VIII e XV o pequeno desnivelamento do diafragma é, sem dúvida, devido às fortes aderências que o prendem.

4.^a — Capacidade retráctil das lesões. Êste factor manifesta-se sem dúvida com o tempo e é êle que provoca a ascensão tardia do diafragma.

A ascensão tardia nunca a observámos superior a 1 ou 2 cm. medida rigorosamente em radiografias sucessivas.

Se avaliarmos desta elevação em referência ao hemidiafragma normal, parecer-nos-á muito maior porque como o pulmão não colapsado supre o pulmão doente no seu *déficit* funcional, o seu hemidiafragma desce mais baixo e dêste modo o desnivelamento se acentua.

A pressão intra-abdominal não nos pareceu ter importância.

Os nossos doentes tinham quasi todos lesões à direita; carece-nos portanto material para avaliarmos se a opinião de Berard

e Dumarest sôbre a maior eficácia das frenicectomias direitas merece aceitação.

As lesões dos doentes curados e melhorados eram recentes, não muito extensas e de tipo fibroso. Parece-nos serem estas as lesões que a frenicectomia melhor modifica.

Nas formas pneumónicas do vértice com o tipo da lobite superior, como na obs. XII, a frenicectomia é susceptível de brilhante resultado.

B — Frenicectomia chamada a continuar ou a completar a acção do pneumotorax = 8 doentes.

A observação recente dêstes doentes permite classificá-los à semelhança do grupo anterior em :

Curados	3	} 62 0/0
Melhorados	2	
Estacionários	2	
Agravados	1	

Nos doentes curados em 2 (obs. XV e XXIII) a frenicoexereze foi apenas reclamada para consolidar o tratamento pelo pneumotorax artificial eficaz. A intervenção nestes doentes remonta, respectivamente, a mais de 11 e 3 meses, mantendo-se êles sem sinais de bacilose evolutiva e trabalhando. Na outra doente (obs. XIX) com pneumotorax incompleto e ineficaz por soldadura da base do pulmão ao diafragma, após a frenicectomia desaparece a expectoração e o pneumotorax torna-se para o futuro coroado de sucesso (v. estampas anexas).

Os doentes melhorados estavam sendo tratados, havia relativamente pouco tempo, pelo pneumotorax artificial, comprometido por aderências à base e à parede torácica. A frenicectomia, seguida em ambos de boa ascensão, modifica todo o pulmão e permite um colapso suficiente.

A observação dêstes doentes é, no entanto, ainda recente para que sôbre êles nos afirmemos com segurança.

A doente XX não beneficiou com a frenicectomia. O pneumotorax instituído anteriormente, se bem que fazendo num colapso total, não era suficiente porque a doente teve sempre expectora-

ção com bacilos e por vezes febre e suores. Não havia aderências. Cinco meses depois de iniciado o pneumo, faz-se uma frenicectomia, que nada conseguiu. O seu estado hoje é estacionário.

O doente da obs. XVII foi frenicectomizado após três meses de pneumotorax eficaz, porque não podia continuar a fazer êste tratamento na sua terra. Recentemente sabemos que anda *menos mal*.

A frenicectomia foi inoperante na doente XVIII, a-pesar-de um bom resultado operatório. O pulmão estava aderente à parede costal numa extensão de dois dedos e essa aderência impediu um colapso suficiente. Hoje as lesões são bilaterais e fortemente evolutivas.

A associação pneumotorax-frenicectomia tem, pois, como Hans Alexander e Léon Bernard sustentaram, probabilidades de êxito quando só há aderências pneumo-diafragmáticas.

Verificámos que esta associação não previne o derrame pleural; em dois casos mesmo (obs. XX e XXI) a paralisia diafragmática provocou o aparecimento de um derrame, que o pneumotorax só não suscitara.

Ainda outra nota julgamos interessante salientar, porque diz respeito a um fenómeno muito discutido: o fenómeno de Kienboch.

O fenómeno de balança de Kienboch, que consiste na elevação inspiratória do diafragma, foi em tempo considerado como companheiro obrigatório do pneumotorax, o que todos sabemos não ser verdade. Quiseram depois torná-lo obrigatório da paralisia artificial do diafragma, o que também se verificou não ser absoluto. Ultimamente A. Vadone escreveu que o fenómeno de Kienboch se observa nos casos de associação pneumo-frenicectomia. Devemos dizer que procurámos êste sinal em todos os nossos operados e que êle nos pareceu muito variável. Nos doentes com pneumotorax e frenicectomia, o fenómeno de balança só era nítido nos casos XX e XXII em que o diafragma estava livre no primeiro caso e com fracas aderências no segundo. Sinais radiológicos constantes de frenicectomia observámos apenas a imobilidade e subida do hemidiafragma e a sua elevação quando o doente inspira com o nariz e bôca fechados (Bitoff).

CONCLUSÕES

Numa visão retrospectiva julgamo-nos autorizados a tirar as seguintes conclusões gerais :

1.^a — As indicações de frenicectomia sobrepõem-se às indicações do pneumotorax: a frenicectomia está indicada sempre que o pneumotorax artificial é praticamente impossível.

2.^a — Nos casos de pneumotorax com colapso incompleto porque o pulmão está preso ao diafragma, o arrancamento do frénico encontra também aplicação.

3.^a — As lesões óptimas são as lesões recentes, não muito extensas e com tendência para a esclerose.

4.^a — As lesões do lobo superior são pelo menos tão bem influenciadas pela frenicoexerese como as lesões da base.

5.^a — Obedecendo a estas indicações, a percentagem das melhorias importantes é superior a 60 0/0, número já registado por Wirth e Kohn, Bernou e Fruchaud, Morin, Cardis e Picot, e que não fica atrás dos resultados do pneumotorax.

6.^a — A intervenção é simples e sem complicações.

RÉSUMÉ

Après un aperçu sur l'histoire, indications, mécanisme d'action, technique, complications et accidents de la Phrénicectomie les AA. apportent le résultat de l'observation de 23 cas qu'ils ont suivi et operé presque tous.

Ils concluent que la Phrénicectomie seule ou associée au Pneumotorax en cas d'adhérence pleuro-diaphragmatique est une intervention tout-à-fait bénigne, dès qu'il s'agit de lésions récentes, pas trop étendues et d'intention scléreuse, susceptible de donner des résultats pas inférieurs à ceux du pneumothorax quand il est fait d'après ses meilleures indications.

Les malades que les AA. se croient autorisés à admettre guérir par la Phrénicectomie avaient tous des lésions du lobe supérieur; aussi conclue-t-on que les lésions hautes sont du moins aussi justifiables de la Phrénicoexerese que les lésions basses.

OBSERVAÇÕES (1)

Grupo A. — Frenicectomia autónoma por impossibilidade local (aderências) ou social do pneumotorax e por sede basal das lesões.

OBSERVAÇÃO I. — M. R., 38 anos, solteira, doméstica, natural e residente na Anadia.

A. H. e P. — Sem valor.

Comêço insidioso em Abril de 1929. Hemoptise no mês imediato. Febrícula, anorexia, suores, emmagrecimento. Pêso, 55 quilos. Sinais clínicos e radiológicos de infiltrado infraclavicular à direita. Baciloscopia positiva ao exame directo da expectoração. Pneumotorax tentado sem êxito por aderências. Tónicos gerais e o antigénio metílico mostraram-se inoperantes.

Frenicectomia em 4 de Março de 1930. Frénico excisado 13 cm. No dia da intervenção soluço persistente.

Dois meses depois há melhoria geral e local. Pesa mais dois quilos. Cesaram a tosse, a expectoração, os suores e a febrícula. Á radiografia vê-se que o hemidiafragma paralisado subiu 5 cm. Clinicamente os sinais da fusão são menos abundantes.

Em Dezembro de 1931, a doente apresenta um óptimo aspecto, a-pesar-de ter levado uma vida activa. Não há sinais de evolução bacilar. O hemidiafragma mantém-se imobilizado e subido.

Resumo. — Tuberculose pulmonar evolutiva do lobo superior direito, impossível de tratar pelo pneumotorax e onde a frenicectomia foi absolutamente eficaz.

OBSERVAÇÃO II. — A. A., 21 anos, empregado fabril, natural e residente em Santa Combadão.

Antecedentes de tuberculose na família paterna.

Em Dezembro de 1929 pancada violenta no hemitorax esquerdo. Desde então, sempre dorido dêste lado, começou a emmagrecer e a tossir. Em Janeiro de 1930 expectoração hemoptóica e bacilífera. Internado na enfermaria de I. H. em Fevereiro dêste ano. Doente emmagrecido, com febre renitente que, às vezes, atinge 38°. Na zona infraclavicular esquerda ouvem-se numerosas ralas subcrepítantes médias; raros atritos na base. O pulmão direito parece íntegro.

Rádio. — Sombras de densificação por bacilose em quási todo o hemitorax esquerdo, mais confluyente na porção externa da região infraclavicular. Vértice opacificado. Retracção da parede costal e ângulo costo-diafragmático obscurecido. Pulmão direito normal. Pneumotorax impossível.

(1) Estas observações foram colhidas em Março de 1932. Até Setembro dêste ano as nossas suposições só foram confirmadas.

Frenicectomia em Março de 1930. Um mês depois vê-se o hemidiafragma esquerdo 3 cm. acima do direito. A influência imediata da operação é sensível sobre a temperatura, que, ao fim de 8 dias, não mais excedeu 37°. A expectoração não diminuiu grandemente. O doente é perdido de vista, mas reaparece em Setembro de 1931, dizendo-se curado e apto para o trabalho. Pesa 62 quilos contra 58 que pesava no começo da doença. Não há sinais clínicos e radiológicos de lesões evolutivas. Cicatriz operatória em transformação quelóide.

Resumo. — Tuberculose pulmonar evolutiva ocupando os 2/3 superiores esquerdos. A frenicectomia consegue deter as lesões na sua marcha progressiva.

OBSERVAÇÃO III. — M. L., 54 anos, doméstica, natural e residente em Alfamar.

Não há tuberculose na família.

Há três anos grandes desgostos de família, pelo que passou a comer mal, a emmagrecer e a tossir, até que em Fevereiro de 1930 teve a primeira hemoptise. Internada na enfermaria de 4.^a M. M. em Abril de 1930. Doente emmagrecida, quasi apirética, com expectoração bacilífera pouco abundante, mas frequentemente hemoptóica. Clinicamente, há lesões de tuberculose no terço superior do pulmão esquerdo, mas radiologicamente existem também na zona infraclavicular direita lesões de tuberculose fibrosa. Como as lesões do pulmão direito parecem silenciosas, tenta-se o pneumotorax esquerdo sem resultado. A doente mantém-se com alternativas de melhoria e agravamento.

Frenicectomia em 6 de Fevereiro de 1931. Frénico excisado: 7 cm. Leve dispneia no dia da operação.

Dois meses depois, o seu estado geral e local melhorou. Sente-se com mais força e não tem expectoração senão raramente. Baciloscopia negativa. Grande diminuição das crepitações infraclaviculares. O diafragma esquerdo subiu 4 cm.

Em Janeiro de 1932 o estado é regular. Rara expectoração sem bacilos. Pouca tosse e regular apetite. A auscultação abaixo da clavícula esquerda permite ouvir, nas inspirações fundas, raras crepitações.

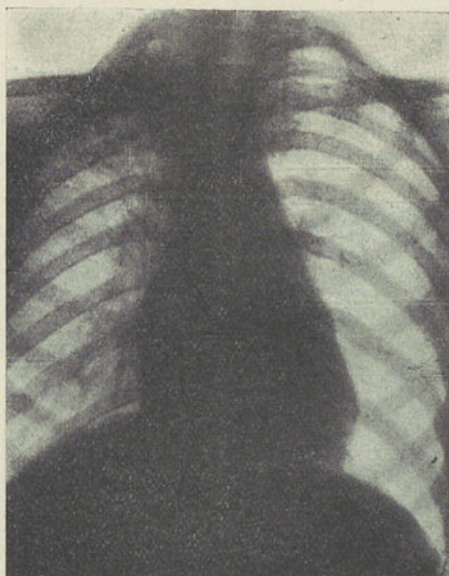
Resumo. — Tuberculose pulmonar do pulmão esquerdo fracamente evolutiva, mas activa. A frenicectomia trouxe benefícios notáveis quanto à expectoração e hemoptises, se bem que talvez não tenha detido completamente as lesões.

OBSERVAÇÃO IV. — A. V., 22 anos, solteiro, empregado de escritório, natural e residente em Coimbra.

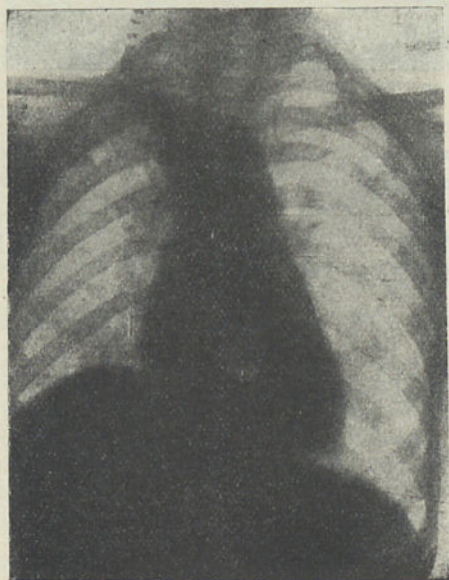
Ausência de tuberculose na família.

Tuberculose pulmonar há seis anos, da qual foi tratado com o pneumotorax nos dois primeiros anos. Por fim, sínfise pleural post-derrame. Retoma o trabalho em 1928, sempre com dores torácicas e, por vezes, um escarro hemoptóico.

Em Março de 1931 é internado em I. H. porque as hemoptises voltaram abundantes. Apirético. Expectoração bacilífera (VII E. G.). Crepitações abaixo da clavícula direita. A radiografia mostra lesões de tipo fibroso, ocupando o



Obs. IV. - I

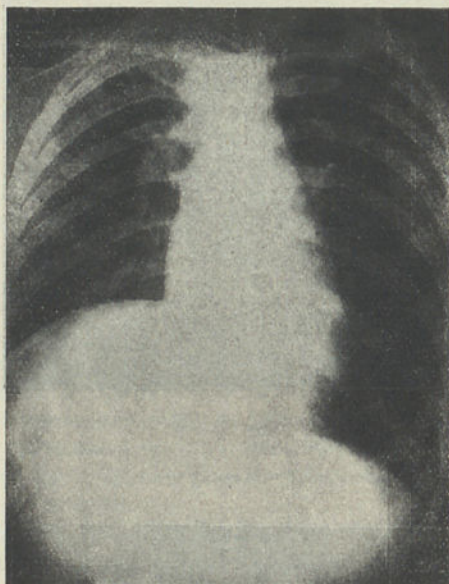


Obs. IV. - II

vértice e região infraclavicular direitos e à esquerda lesões da mesma natureza mais discretas.

Frenicectomia em 5 de Março de 1931. Ressecaram-se 7 cm. de nervo que não se arrancou completamente porque era muito grosso e resistente e o doente gritava demasiado.

Ótimo resultado operatório imediato e tardio (Ver estampas anexas de



Obs. IV. — III

radiografia imediata e dez meses depois). A expectoração em breve desaparece e até hoje não teve mais hemoptises. O pêso mantém-se estacionário.

Resumo. — Tuberculose pulmonar ulcerofibrosa, hemoptóica, tendo invadido principalmente o têrço superior direito com sínfise pleural antiga secundária a pleurisia de pneumotorax. Bom resultado da frenicectomia.

OBSERVAÇÃO V. — M. G., 24 anos, solteira, doméstica, natural e residente em Condeixa-a-Velha.

Tuberculose pulmonar remontando há mais de dois anos, tendo estado internada na enfermaria de 4.^a M. M. no comêço da sua doença. A observação colhida neste momento regista: doente com satisfatório estado geral, 52 quilos, regular apetite, expectoração bacilífera e apirética. Tuberculose pulmonar unilateral direita, tipo mixto, com predomínio de exsudação. Há aderências pleurais que impedem o pneumotorax. Estado estacionário durante os dois meses de internamento.

Volta em 3 de Março de 1931. Estado precário. Pesa 47 quilos. Febrícula vesperal. Suores profusos. Além das lesões à direita, mais extensas, há no

terço médio esquerdo sinais de lesões discretas, mas evolutivas. Expectoração abundante com bacilos.

Convencidos, em face destas observações espaçadas de dois anos, que se tratava duma tuberculose pulmonar evolutiva e fatal se não conseguíssemos deter as lesões no seu crescente progresso, resolvemos recorrer à frenicectomia direita, seguida possivelmente de pneumotorax à esquerda, se as lesões dêste lado dessem sinal de si.

Frenicectomia em 7 de Março de 1931. Frénico arrancado 22 cm. Bom resultado imediato. A expectoração, muito aumentada nos dois primeiros dias, decresce depois rapidamente, até ficar reduzida a 5 escarros por dia. A febre veio ao normal e os sinais físicos à direita reduzem-se.

Pouco mais de um mês durou esta melhoria. Ao fim dêste tempo as lesões à esquerda mobilizam-se. Tenta-se dêste lado o pneumotorax, mas pouco depois de introduzida a agulha, ao fazer a adaptação do tubo manométrico, a doente queixa-se de pontada violenta e falta de ar e instala-se rapidamente um pneumotorax sufocante, contra o qual lutámos extraindo vários litros de ar da pleura.

No dia imediato, dêste acidente fica alguma dispneia (28 ciclos respiratórios), um colapso total do pulmão esquerdo e uma respiração tipo costal superior que força o pulmão direito ao trabalho.

Agravamento e morte em Maio de 1931.

Resumo. — Tuberculose pulmonar bilateral evolutiva com estado geral deficiente. Frenicectomia do lado onde as lesões são mais extensas. Agravamento das lesões do outro lado. Tentativa de pneumotorax dêste lado complicado de perfuração pleuro-pulmonar. Agravamento das lesões. Morte.

OBSERVAÇÃO VI. — M. M., 25 anos, casado, carroceiro, natural de Aldeia dos Dez e residente em Coimbra.

Não há tuberculose na família. Trabalho violento bem suportado até Março de 1931. Nesta data constipou-se, depois do que ficou sempre com tosse. Em fins de Março hemoptises.

Observado no Dispensário dos Hospitais da Universidade de Coimbra: doente com bom estado geral, pouca febre, expectoração pouco abundante, mas com bacilos. A auscultação mostra na parede axilar, junto da base, algumas ralas ligeiramente consonantes.

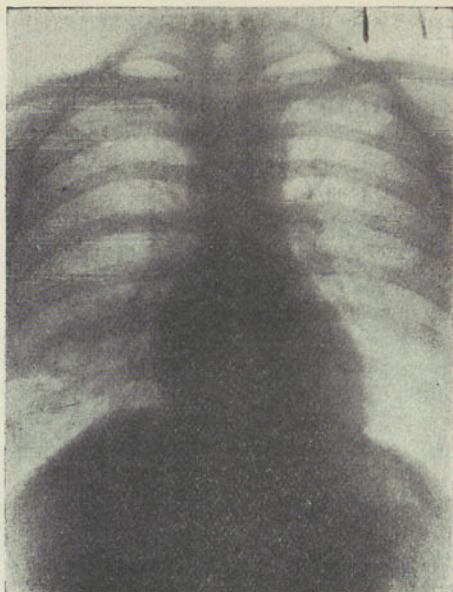
Radiografia (ver radiografias anexas). Sombras em miolo de pão na base do pulmão, direito havendo no meio uma excavação de tamanho superior a uma avelã.

Internado em I. H.

Frenicectomia em 15-IV-31 sem tentativa prévia de pneumotorax. Arrancam-se 24 cm. de nervo sem acidentes.

Ótimo resultado imediato. O hemidiafragma paralisado subiu uns 4 cm. e uma radiografia após a intervenção mostra a caverna reduzida. Oito meses depois não há sinais de bacilose evolutiva, não há expectoração e na base doente só se regista diminuição de murmúrio.

Resumo. — Tuberculose pulmonar exsudativa da base direita rapidamente detida na sua evolução pela frenicectomia.



Obs. VI. - I



Obs. VI. - II

OBSERVAÇÃO VII. — A. S., 41 anos, casado, pedreiro, natural da Figueira da Foz e residente em Coimbra.

Quatro filhos saudáveis. Nega antecedentes de tuberculose na família. Vive em más condições higiénicas.

Adoeceu em Janeiro de 1931. Comêço insidioso, mas em breve a expectoração é abundante e purulenta.

Observado no Dispensário dos Hospitais da Universidade, em 4 de Março. Emmagrecido (55 quilos), febril, pálido, queixando-se de suores profusos e pontadas à esquerda. Bacilos na expectoração.

Clinica e radiologicamente vê-se que há no hemitorax esquerdo lesões pleuro-pulmonares muito densas englobando todo o pulmão. Pneumo impossível.

Frenicectomia em 18-IV-1931 sem complicações.

Pequena ascensão diafragmática. A expectoração, a febre, os suores não se modificam com a intervenção.

Revisto em Janeiro de 1932. Piorado geral e localmente. Há tuberculose no pulmão direito e na laringe.

Resumo. — Tuberculose pleuro-pulmonar à esquerda com lesões extensas e em que a frenicectomia foi absolutamente ineficaz.

OBSERVAÇÃO VIII. — M. Mont., 19 anos, solteira, doméstica, natural e residente em S. Martinho do Bispo.

Em Janeiro de 1929 eritema nodoso. Três meses depois pleurisia sorofibrinosa à esquerda com derrame puncionado duas vezes. Flebite da safena direita na convalescença da pleurisia.

Em Janeiro de 1931 gripe arrastada. Hemoptises em 19 dêste mês e uma semana depois. Bom estado geral, pesa 68 quilos, febrícula vespéral, expectoração pouco abundante, mas bacilifera (II E. G.).

Sinais de fusão na zona infraclavicular esquerda; a base dêste lado está opacificada por aderências pleurais.

Com o repouso e tónicos melhora do estado geral mas a expectoração e a febrícula não cessam.

Frenicectomia em 5 de Maio de 1931 sem acidentes. Ascensão imediata de hemidiafragma paralisado 2 cm.

Dois meses depois pesa 76 quilos. A expectoração e a febre desapareceram. A auscultação já não revela quaisquer crepitações.

Em Novembro pesa 80 quilos, não se sente doente e apenas a incómoda a cicatriz operatória, um pouco desgraciosa (incisão paralela ao cleido-mastoideo). Pensa em casar breve.

Resumo. — Infiltrado intercleido-hilar do pulmão esquerdo numa doente com sínfise post-pleurítica. A-pesar-de um bom estado geral e da discreção das lesões, a frenicectomia parece ter contribuído decididamente para a cicatrização.

OBSERVAÇÃO IX. — I. F. D., 24 anos, sargento de artilharia, natural do Dominguiso e residente em Coimbra.

Passado sem interêsse. Em Dezembro de 1929 teve a primeira hemoptise.

Manteve-se no serviço militar até que em Outubro de 1930 teve nova hemoptise, avaliada em meio litro. Pesa 59 quilos, tendo pesado anteriormente 65 quilos. Bacilos na expectoração. Com repouso e medicamentos gerais melhora a ponto de retomar o serviço em Março de 1931. Novas hemoptises quasi logo a seguir.

Observado em Junho de 1931. Aspecto regular. Pesa 68 quilos. Apirético. Tosse e expectoração bacilifera. No terço médio direito há sinais clínicos e radiológicos de tuberculose pulmonar fibrocásea. Segundo radiografias anteriores, vê-se que estas lesões são mais extensas agora.

Pneumotorax impossível por motivos sociais.

Frenicectomia em 29-VI-931 sem acidentes. Frénico, excisado 12 cm. O hemidiafragma paralisado sobe logo 4 cm. Faz tratamento com a cricalbina.

Em Fevereiro de 1932 pesa 70 quilos.

Clinicamente não há sinais de bacilose evolutiva. A radiografia mostra que as lesões são mais densas e retraídas. O hemidiafragma paralisado está uns 8 cm. mais alto que o esquerdo.

Resumo. — Tuberculose pulmonar do terço médio direito tratada pela frenicectomia com bom resultado.

OBSERVAÇÃO X. — M. do C, 17 anos, criada de servir, natural de Barrã e residente em Coimbra.

Há mais de dois anos osteíte do fémur direito curada com raspagem e helioterapia.

Tem trabalhado até ser internada em 4.^a M. M. (7-VII-931.)

Ligeiro atraso psíquico. Pesa 51 quilos. Fraqueza geral, dores difusas, tosse e alguma expectoração sem bacilos. Temperatura subfebril.

A auscultação e a radiografia revelam na base do pulmão esquerdo lesões de bacilose pulmonar exsudativa. Melhoria da doente com o repouso e tónicos gerais, mas a febrícula persistiu.

A-pesar do aspecto fracamente evolutivo destas lesões, considerando que se trata duma doente que necessita trabalhar para viver, é frenicectomizada em 21-VIII-931. Frénico excisado 5 cm.

Logo após a operação o diafragma sobe 2 cm. e assim estava 5 meses depois. A temperatura veio ao normal rapidamente.

Em Fevereiro de 1932 o seu estado mantinha-se bom.

Resumo. — Caso que se sobrepõe ao da obs. VI. Lesões da base, fracamente evolutivas, beneficiadas pela frenicectomia.

OBSERVAÇÃO XI. — J. C, 51 anos, viúvo, pedreiro, natural e residente em Coimbra.

Veio à consulta do Dispensário da Universidade em Agosto de 1931, queixando-se de grande fraqueza e dores torácicas. A mulher falecera 4 meses antes, de tuberculose pulmonar. Alcoólico, nega sífilis e tem Wassermann negativa. É internado em I. H.

Expectoração com bacilos. Emmagrecido, pesa 52 quilos. Retracção da metade superior do hemitorax direito. Ruidos de bronquite nos dois hemitorax e na zona infraclavicular direita, ouvem-se algumas ralas consonantes.

Uma radiografia feita mostra, nos 2/3 superiores do pulmão direito, lesões de bacilose pulmonar fibroexsudativas; hemidiafragma direito festonado.

Pneumotorax impossível de conseguir. Frenicectomia em 16-IX-1931, excisando-se 25 cm. de nervo sem acidentes.

Um mês depois, vê-se que o hemidiafragma direito subiu 4 cm. e as lesões têm um aspecto mais fibroso. A expectoração e o estado geral mantêm-se estacionários, mas o doente, falho de recursos e rebelde à hospitalização, torna-se vítima do alcool. Em Fevereiro de 1932 está pior.

Resumo. — Tuberculose pulmonar unilateral sobrevinda num velho bronquítico. A ineficácia da frenicectomia deve atribuir-se neste caso à falta de cuidados gerais que todo o tuberculoso requiere.

OBSERVAÇÃO XII. — J. S., 55 anos, padre, natural e residente na Pampilhosa da Serra.

Não tem nem teve qualquer parente, próximo ou afastado, com tuberculose pulmonar. Em Maio de 1931, tendo tido anteriormente trabalho extenuante, durante uma caminhada deitou vários escarros de sangue que supôs virem da garganta. Alimentação muito defeituosa por falta de dentes. No mês seguinte, constipação após uma chuvada. Desde então, febre que não mais o abandona, com oscilações entre 37,5 e 38,5, suores, pontadas e expectoração purulenta muito abundante.

Foi por nós observado em Agosto de 1931. Doente emmagrecido (50 quilos), febril e com suores profusos. Tem regular apetite, mas prejudica-o a falta de dentes. Expectorção muito abundante (150 c. c. por dia), purulenta, mas onde o exame directo e a homogenização não mostraram bacilos. Sinais de condensação no tórax superior direito (diminuição de murmúrio, submucosidade à percussão, exagêro das vibrações vocais) sem ruídos adventícios. Uma vez por outra, a expectoração é hemoptóica. Uma radioscopia mostra uma lobite superior direita. Tônicos gerais e recalçificantes. A alimentação é feita exclusivamente com leite, ovos e farinhas, que o doente tolera muito bem e ingere em quantidade acima do normal. Em Setembro, o estado geral é melhor. Pesa 52 quilos. A febre mantém-se e a expectoração não variou. Localmente, a lobite persiste, como se vê numa radiografia agora feita, com arqueamento do seu bordo inferior. O ângulo costal diafragmático parece livre, mas o diafragma é recortado. Não se consegue realizar o pneumotorax.

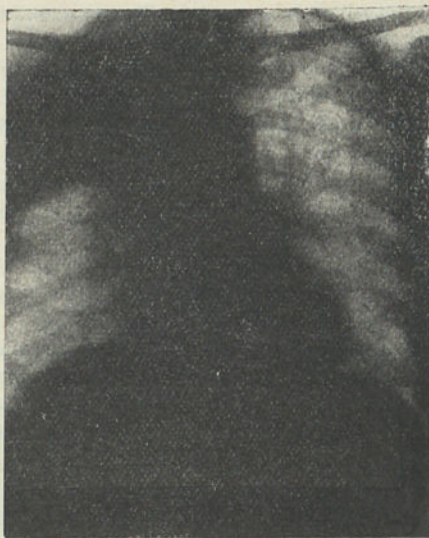
Frenicectomia em 4 de Setembro de 1931. Frénico excisado: 10 cm. No dia da operação a febre sobe a 39°. Dispneia nos três primeiros dias e grande aumento de expectoração que, ao fim duma semana, voltou ao antigo volume. A temperatura fica entre 37° e 38°. Localmente, há paralisia diafragmática com ascensão de uns 6 cm.

Revisto em fins de Outubro de 1931, o doente está mais gordo, pesando 56 quilos. A expectoração é purulenta, mas reduzida a 20 c. c. por dia. O diafragma está mais subido que logo após a operação. É notável a redução da lobite, que se comprime contra o mediastino superior (ver estampas anexas).

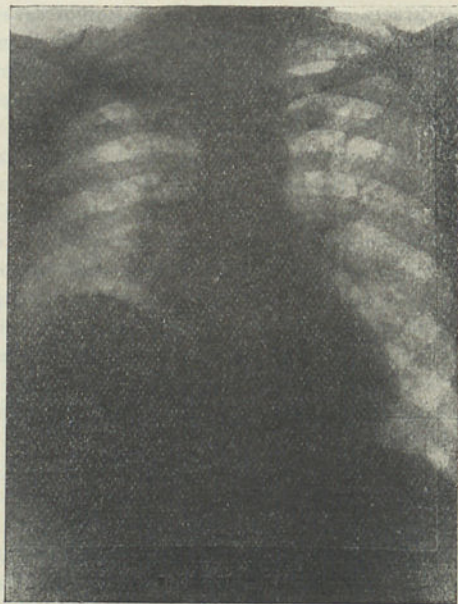
A homogenização dos escarros mostrou apenas uma vez logo após a intervenção, a presença de raros bacilos.

Resumo. — Lobite superior direita em que a frenicectomia, acompanhada

duma quasi «ventralização» do hemitorax direito, foi admiravelmente sucedida.



Obs. XII. - I



Obs. XII. - II

OBSERVAÇÃO XIII. — J. S. M., 21 anos, pintor, natural e residente nas Degracias (Soure).

Família saudável. Foi para o Brasil aos quinze anos e ali tem vivido até a data. Há três anos expectoração hemoptóica durante um dia. Melhorou breve e voltou a trabalhar, até que em 1931 começou a sentir-se muito fraco e com tosse, febre e suores. Repatriado pouco depois, é observado por nós em Setembro de 1931. Sinais gerais de infecção tuberculosa. Lesões ocupando os 2/3 superiores do pulmão direito, com um aspecto onde predomina a fibrose. Hemidiafragma direito irregular e deslocamento do mediastino para a direita. O pulmão esquerdo parece normal. Bacilos na expectoração. Não se consegue o pneumotórax.

Frenicectomia em 14-IX-31. O frénico está dividido em dois filetes finos que caminham sobre o escaleno com a costumada trajetória, arracando nós os dois filetes em dimensões de 4 e 6 cm. Radioscopado logo após a intervenção, constatámos que apenas está paralisada a metade interna do hemidiafragma direito, a qual subiu uns 3 cm.; a parte do hemidiafragma que se liga às costelas mantém os seus movimentos, se bem que muito menos amplos.

Um mês depois, o doente tem uma ligeira melhoria geral e local, mas em Janeiro de 1932, se o estado geral se mantém regular, as ralas abaixo da clavícula direita são mais numerosas, do lado esquerdo há ruídos suspeitos e a expectoração é agora mais abundante e freqüentemente hemoptóica.

Resumo. — Tuberculose pulmonar unilateral, fibrocaseosa, hemoptóica. A frenicectomia foi apenas sucedida duma paralisia parcial de resultado tardio duvidoso.

OBSERVAÇÃO XIV. — J. F. A., 31 anos, solteiro, polícia, natural de Lousã, residente em Coimbra.

Pneumônica em 1918. Conviveu intimamente e recentemente com um tuberculoso. Hemoptise inesperada e abundante em Dezembro de 1931. Ficou surpreendido, mas manteve-se ao serviço, porque não se sentia mal. Uma semana depois, nova hemoptise.

Internado em 1.^a M. H. em 5 de Janeiro de 1932. Bom estado geral. 70,5 quilos de peso. Poucos escarros, com raros bacilos. Apirético. No tórax superior esquerdo há discretos sinais de fusão.

A radiografia mostra o lobo superior esquerdo opacificado com lesões onde predomina a fibrose. Hemoptises freqüentes. Pneumotorax impraticável.

Frenicectomia em 23 de Janeiro com bom resultado prático. O hemidiafragma paralisado subiu 6 cm. Nos três primeiros dias a expectoração aumentou, mas depois reduziu-se a 2-3 escarros por dia.

Dois meses depois, o doente diz que não tornou a ter hemoptises, raro expectora e a auscultação mostra, abaixo da clavícula principalmente, diminuição do murmúrio vesicular.

Resumo. — Tuberculose pulmonar unilateral, fibrosa, hemoptóica. Os resultados recentes da frenicectomia são bons.

OBSERVAÇÃO XV. — M. A., 12 anos, natural e residente em Coimbra.

Tuberculose na família. A mãe, quando a doente tinha poucos anos, faleceu de tuberculose pulmonar.

Sofre há mais de três anos de bronquectásia, pelo que tem sido internada várias vezes. Expectoração abundante, expelida em vômito, muco-purulenta e freqüentemente fétida. A auscultação dá elementos variáveis conforme a doente é auscultada antes ou depois de expectorar. O pus nunca teve bacilos.

Radiografia (14-111-931). Espessamentos e aderências pleurais na base esquerda, os quais englobam a sombra cardíaca. A base do pulmão apresenta um curioso aspecto areolar, pseudo-quístico.

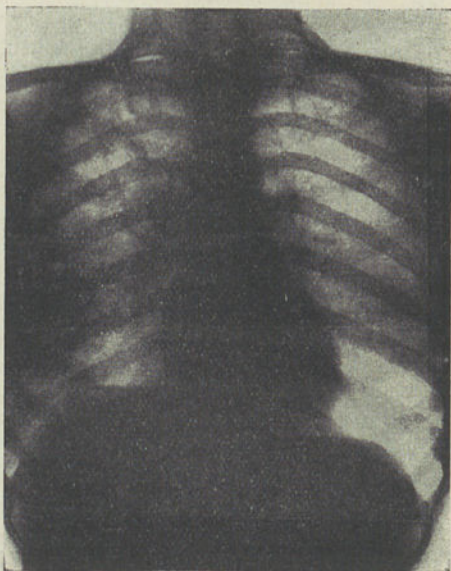
Pneumotorax impraticável.

Frenicectomia em 1 de Junho de 1931. Arrancam-se 21 cm. de nervo. Quando se traciona o frénico a doente queixa-se de dores no estômago. Não há complicações de outra natureza. O hemidiafragma esquerdo mal subiu 1 cm. A expectoração não se modificou e a doente hoje não tem qualquer diferença para o estado antes da intervenção.

Resumo. — Bronquectásia à esquerda e frenicectomia ineficaz, sem dúvida porque as aderências pleuro-costofreno-pericárdicas preexistentes foram suficientemente fortes para manter o diafragma na sua primitiva posição.

Grupo B. — Frenicectomia + Pneumotorax.

OBSERVAÇÃO XVI. — J. C., 24 anos, solteira, serviçal, residente em Coimbra.



Obs XVI. — I



Obs. XVI. - II



Obs XVI. - III

Não há tuberculose na família. Comêço súbito, agudo, tipo pneumônico com expectoração hemoptóica e bacilífera (Maio de 1930). Tratada com o pneumo artificial com bom resultado, a-pesar-de fazer apenas um colapso parcial porque havia aderências na base pulmonar. Durante quási um ano manteve o pneumotorax, mas teve de o abandonar em Fevereiro de 1931 porque as aderências pleurais, cada vez mais extensas, reduziram a uns escassos 200 c. c. o ar a introduzir. Melhorou consideravelmente com o pneumotorax. Cessaram a expectoração, a febre, os suores e aumentou uns 12 quilos de pêso (58 contra 45.200 à entrada).

A doente quer retomar o trabalho e, nestas condições, na intenção de consolidar os benefícios do pneumotorax, a doente é frenicectomizada em 4-III-931. Excisam-se 10 cm. de nervo e o hemidiafragma sobe logo 5 cm. (ver radiografias anexas).

Um ano depois, a-pesar-de trabalhar, a doente está muito bem e uma radiografia última mostra o diafragma um pouco mais subido.

Resumo. — Frenicectomia destinada a continuar um pneumotorax eficaz, mas que é preciso abandonar. Bom resultado.

OBSERVAÇÃO XVII. — H. N., 21 anos, solteiro, agricultor, natural de Mes-jaua (Aljustrel).

Um irmão falecido de tuberculose pulmonar. Internado em 4.^a M. H. em 28 de Outubro de 1930.

Adoeceu há um ano. Tuberculose de início insidioso. Fêz nessa data tratamento médico e repouso com algum sucesso.

Em Julho dêste ano, tendo retomado o trabalho, piorou, veio mais tosse, expectoração e uma hemoptise abundante. Regular aparência, 63 quilos. Expectoracão bacilífera. Febrícula.

As lesões ocupam o lobo superior direito e nelas domina o tipo exsudativo.

Pneumotorax artificial. Colapso electivo. O doente melhora de expectoração, suores e febre, mas emmagrece 2 quilos porque não gosta das comidas.

Em Fevereiro de 1931 quer alta porque se sente melhor dos pulmões e porque as refeições não lhe agradam.

Como na sua terra não tem quem lhe mantenha o pneumotorax, é frenicectomizado à direita na intenção de impedir a completa reexpansão pulmonar. Frénico excisado: 15 cm. Dez meses depois, soubemos que o estado do doente é estacionário.

Resumo. — Frenicectomia continuação do pneumotorax impossível de realizar por motivos sociais. Resultado duvidoso.

OBSERVAÇÃO XVIII. — M. I. T., 23 anos, solteira, natural de Reveles e residente na Anadia.

Tuberculose na família. Adoeceu há três anos e desde Abril de 1930 está internada na enfermaria de 4 M. M.

Diagnosticada clínica e radiologicamente uma tuberculose pulmonar, unilateral, direita, aberta, febril, foi tratada com o pneumotorax artificial. Melhorou bastante, mas a expectoração persistiu, posto-que mais reduzida.

O exame radiológico mostra que o pneumotorax não é completamente eficaz porque o pulmão está aderente ao diafragma e ao arco lateral da 2.^a costela. Frenicectomia em 2 de Abril de 1931 para libertar o pulmão da sua prisão diafragmática.

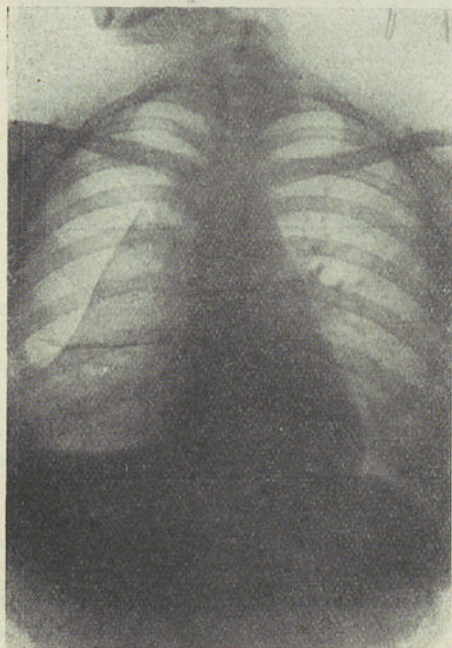
Excisam-se 17 cm. de nervo e o diafragma paralisado sobe 2,5 cm. Continua-se com o pneumotorax, mas o colapso mantém-se insuficiente, devido à aderência pleuro-costal.

Seis meses depois, a doente está mais magra, tem febre, a expectoração aumenta e aparecem sinais de bacilose no pulmão esquerdo.

Resumo. — Tuberculose pulmonar tratada pelo pneumotorax artificial sem eficácia porque há aderências. A frenicectomia não é bastante para anular a influência nociva duma larga aderência pleurocostal.

OBSERVAÇÃO XIX. — C. da C., 18 anos, solteira, doméstica, natural e residente em Coimbra.

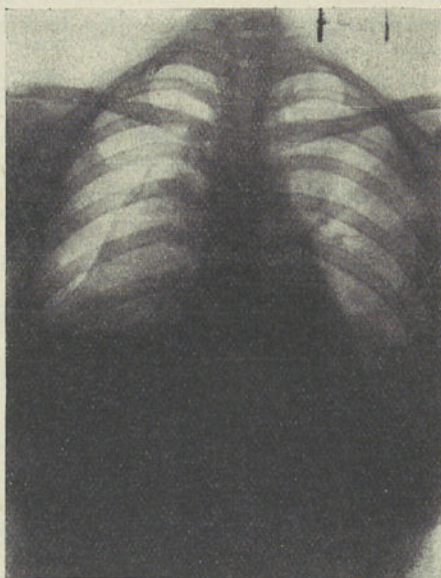
Adoeceu em Fevereiro de 1930. Comêço da doença por uma hemoptise



Obs. XIX. — 1

precedida de tosse e expectoração a que não ligava importância. Consultou nessa altura um médico que, encontrando-lhe lesões evolutivas de bacilose pulmonar à direita, lhe instituiu um pneumotorax rapidamente eficaz. O peso subiu de 53 para 57 quilos e a expectoração cessou.

Em Novembro de 1930, derrame pleural que se resolveu deixando aderências pleurodiafragmáticas. O colapso desde então não atinge a base. Em Fevereiro de 1931, pequena hemoptise, seguida de expectoração bacilífera, que o pneumo não detém. Uma radiografia nessa data mostra a aderência do pulmão



Obs. XIX. II

ao diafragma e o colapso fazendo-se na parte superior do pulmão (V. radiog. anexas).

Frenicectomia em 2-IV-931. Frénico excisado 19 cm. O hemidiafragma sobe 4 cm., mantém-se o pneumotorax e em breve a expectoração termina.

Em Fevereiro de 1932 a doente está clinicamente curada.

Resumo. — Frenicectomia associada a um pneumotorax incompleto por aderências ao diafragma. Tipo da associação ideal.

OBSERVAÇÃO XX. — L. J., 21 anos, solteira, serviçal, natural da Guarda e residente em Coimbra.

Nada de interessante nos antecedentes. Adoeceu em Março de 1931, súbitamente, com hemoptises abundantes e febre elevada, oscilando entre 37° e 39°. Internada pouco depois na enfermaria de 4.ª M. M. A febre baixou ligeiramente. A expectoração de hemoptóica tornou-se mucopurulenta, acusando bacilos. Sinais de condensação pulmonar ocupando os 2/3 superiores do pulmão esquerdo. A radiografia revela uma tuberculose pulmonar na mesma extensão do pulmão esquerdo. Tipo pneumónico.

Pneumotorax artificial em fins de Março. Colapso regular, que deteve a febre e diminuiu a expectoração, mas, a-pesar-de se atingirem pressões po-

sitivas, o colapso nunca foi muito grande e persistiu sempre expectoração com bacilos. Não há aderências pleuropulmonares. Pequeno derrame.

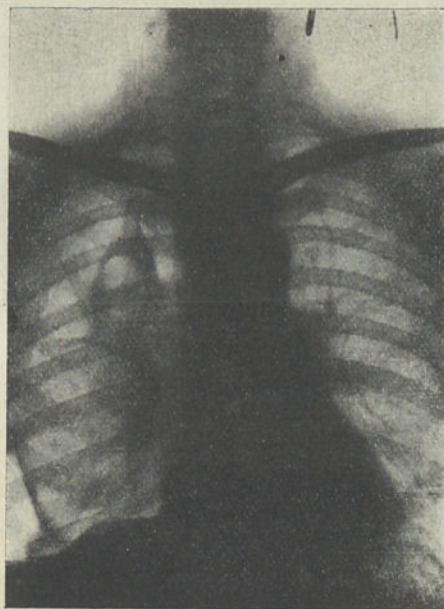
Frenicectomia em 27 de Agosto de 1931. Frênico arrancado: 22 cm. O hemidiafragma paralisado sobe 2 cm. Fenómeno de Kienbock. Aumento do derrame.

Continua-se com o pneumotorax, mas a expectoração bacilifera persiste. Estado geral regular. Este estado mantém-se em Fevereiro de 1932.

Resumo. — Tuberculose pulmonar pneumónica em que o pneumotorax não conseguiu colapso suficiente. A frenicetomia não é mais feliz.

OBSERVAÇÃO XXI. — L. S., 48 anos, casado, pedreiro, natural e residente em Pombal.

Internado na Enfermaria de I. H. em 11 de Outubro de 1931. Nega antecedentes de tuberculose. Comêço insidioso da doença com a vulgar sintomatologia, a que não ligou importância, até que em Abril teve uma hemoptise. Como o tratamento médico a que se submeteu não deu resultado, resolveu



Obs. XXI. — I

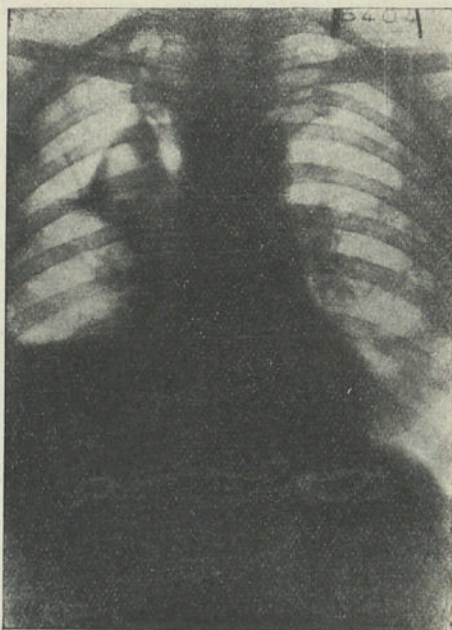
vir para o hospital. Pesa 53 quilos. Expectoração bacilifera. Febrícula. Sinais de infiltração tuberculosa no lobo superior direito. A radiografia mostra uma pequena caverna abaixo da clavícula. O pulmão esquerdo é normal.

Faz-se imediatamente o pneumotorax, não completamente eficaz, porque o pulmão tem aderências à base e à parede torácica na região justalesional.

Frenicectomia em 25 de Novembro de 1931. Frênico excisado 27 cm.

Em 4 de Dezembro vê-se que o hemidiafragma paralisado está 6 cm. mais elevado que na radiografia anterior. O pneumo localiza-se no vértice.

Em Fevereiro de 1932 continuam-se os pequenos pneumotorax (300 c. c.). A tosse e a expectoração cessaram. Pesa 60 quilos. Sente-se bem.



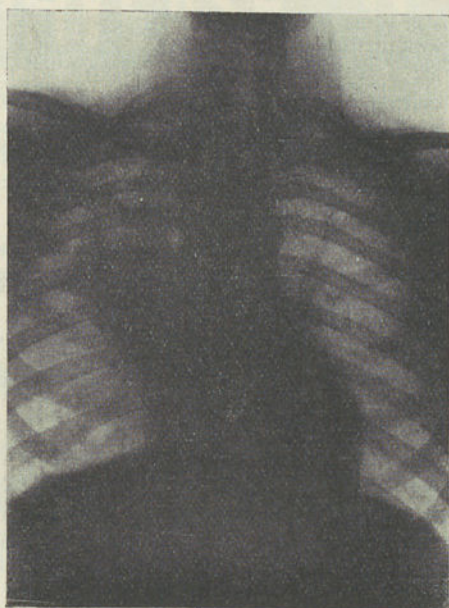
Obs. XXI. — II

Resumo. — Tuberculose pulmonar tratada com o pneumotorax artificial, ineficaz por aderências ao diafragma e grelha costal; a frenicectomia associada ao pneumo conseguiu o que só este não pôde fazer.

OBSERVAÇÃO XXII. — J. V., 22 anos, solteiro, carpinteiro, natural e residente em S. Martinho.

Comêço de doença em Junho de 1931. Astenia, emmagrecimento, pontada à direita, cansaço, tosse e expectoração. E' internado em I. H. em 5 de Dezembro de 1931 onde, diagnosticada tuberculose pulmonar, unilateral direita, aberta, evolutiva, é feito o pneumotorax. Colapso parcial, porque há aderências da parte média do pulmão à parede torácica e da base ao diafragma, e as lesões, posto que, predominando na parte superior onde o colapso é bom, existem também no têrço médio. O estado do doente não se modifica. Pesa 58 quilos.

Frenicectomia em 29 de Novembro. Arrancam-se 24 cm. de nervo. Numa radiografia feita em 4 de Dezembro, vê-se uma ascensão diafragmática de 9



Obs. XXII. - I



Obs. XXII. - II

cm. (V. radiog. anexas). A mancha de densificação notada na radiografia anterior está subida e reduzida.

Continua-se com o pneumotorax. Em Fevereiro de 1932, o estado do doente é consideravelmente melhor. Não tosse nem expectora. Pesa 62 quilos. Regular apetite e ausência de febre e suores. O colapso é agora suficiente e eficaz.

Resumo. — Associação pneumo-frenicectomia bem sucedida. Idêntica à observação anterior.

OBSERVAÇÃO XXIII. — J. A. N., 25 anos, solteiro, empregado de escritório, natural de Oliveira do Hospital.

Epilepsia desde os 10 anos. Esteve em S. Tomé entre os 15 e 21 anos. Paludismo.

Em meados de 1928 hemoptises durante dois dias. Febrícula. Pontadas à direita e expectoração bacilífera. É-lhe diagnosticada tuberculose pulmonar à direita e feito imediatamente o pneumotorax, tratamento que tem mantido até o presente com os melhores resultados. Curas de planície e altitude. Ao fim de três anos, o pneumotorax é difícil porque se estabeleceram aderências secundárias a um derrame. Pensa-se em abandonar o pneumotorax, mas, como o doente receia a reexpansão pulmonar, resolvemos fazer-lhe uma frenicectomia para consolidar o efeito do pneumotorax.

Frenicectomia em 10 de Novembro de 1931. Frénico excisado: 22 cm. Boa ascensão diafragmática: 5,5 cm.

Em Fevereiro de 1932 o estado do doente não sofreu alteração. Continua pesando 73 quilos e sem quaisquer sinais de infecção bacilar.

Resumo. — Frenicectomia destinada a consolidar os efeitos dum pneumotorax que remontava há três anos.

BIBLIOGRAFIA

- H. ALEXANDER. — Der Künstlich Pneumotorax. Berlim, 1931.
- AUBERT et ARTAND. — Soc. de Chir. de Marseille. 11 de Maio de 1925.
- BÉRARD et DUMAREST. — Trait. chir. de la tub. pulm. Revue de la Tub. 1927. Pág. 222.
- BÉRARD, GUILLEMINET et DESJACQUES. — Que peut-nonattendre de la Phrénicectomie dans le trait. de la tub. pulmonaire. Lyon Chirurgical. Mars-Avril 1927.
- BÉRARD et GUILLEMINET. — La phrénic. dans la tub. pulm. Monde Médical. Août 1929. Académie de Méd. 25 Juin 1929.
- L. BERNARD et POIX. — La phrénic. dans la tub. pulm. Presse Med. Fev. 1931.
- LÉON BERNARD. — Etat actuel des methodes collaspothérapiques. Monde Médical. Nov. 1931.
- BORDET. — Arch. méd.-chir. de l'ap. respiratoire. 1926.
- BURNAND. — Soc. Méd. des Hôp. 18 Janv. 1929.
- ANQ. BOSSIÈRES. — Etude de la phrén. dans la tub. pulm. Thèse de Paris. 1931.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das
DOENÇAS INFECCIOSAS

PARIS, **P. LEBEAULT & C^o**, 5, Rue Bourg-l'Abbé.
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA**

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente
a digital e a digitalina no tra-
tamento de todas as formas de
insuficiência cardiaca

LABORATOIRES DEGLAUDE
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-
SADOS (SPASMOSÉDINE, ETC.)—PARIS

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL;
GIMENEZ-SALINAS & C^a
RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA

QUANDO NÃO SEJA POSSIVEL FAZER-SE
UM TRATAMENTO ANTI-SIFILITICO

PELA VIA HIPODÉRMICA, RECORRA-SE AO

Virosan "Serono"

EM PILULAS

(Contendo 25 mg. de mercúrio metálico sob
forma orgânica)

que não tem os inconvenientes comuns nos sais de
mercúrio.

**No periodo primário e especial-
mente secundário e terciário da**
SIFILIS



Depois duma cura específica da

S I F I L I S

USE-SE A

Bioplastina "Serono"

QUE É UM EXCELENTE COADJUVANTE
NO TRATAMENTO ANTI-LUÉTICO E SO-
BRETUDO UM ÓTIMO

Reconstituente geral



Amostras à disposição dos srs. Médicos

L. Lepori

Apartado 214 — Rua Victor Gordon, 1-E

Lisboa

- L. CARVALHO e V. LACERDA. — Cons. sôbre 12 casos de fren. Lisboa Médica. Março de 1929.
- CARDIS et MALINSKY. — Revue de la Tub. Fev. 1931.
- AN. DE CASTRO e G. HENRIQUES. — Alcoolização do nervo frénico. Med. Contemporânea. 14 de Junho de 1931.
- J. R. DE CASTRO. — La génèse phrén. de la basculation de l'interlobe. Arch. méd.-chir. de l'ap. respiratoire. 1931. N.º 5. Pág. 414.
- CHARRIER et LOUBAT. — Trait. chir. de la tub. pulm. Paris. Masson et C^{ie}. 1932.
- CHAUFFARD et RAVINA. — Un cas de dilatation bronch. très amélioré par la phrén. Soc. Méd. des Hôp. 13 Fev. 1925.
- COURCOUX et GATSON. — Revue de la tub. 1927. Pág. 307.
- R. COURTOIS. — Comment une phrén. fent opérer un miracle. Bruxelles. Le Scalpel. 19 Set. 1931. Pág. 1198.
- DUFOUR. — Soc. Méd. des Hôp. 22 Janvier 1926.
- DUMAREST et BRETTE. — La pratique du Pneum. thérapeutique. Masson et C^{ie}. 1931.
- DUMAREST, MOLLARD et GUIRAUD. — Remarques sur le mode d'action de la Phrénicectomie. Revue de Méd. Juillet 1930.
- DUNNER und MECKLENBURG. — Zeits. f. Tub. 1926. T. XLXI. N.º 5.
- J. FOIX et J. MATEI. — La cure post-opératoire en décubus lateral et déclive dans la Phrén. Revue de la Tub. 1931. N.º 6.
- GÉNÉVRIER. — Revue de la Tuberculose. Séance d'et. Scient. de l'O. de la Tub. 12 Avril 1931.
- GOETZE. — Klin. Wochenschrift 1922. 30/31. Munchner Med. Woch. 1922.
- GUILLEMINET et MADINIER. — Reflexions sur le trait. chir. de la tub. pulm. Revue de la Tub. Janv. 1925.
- HEBENSTREIT. — Zur Kombinierten Kollapsotherapie des Lungen Tub. D. Med. Woch. 28 Aug. 1931. Pág. 1489.
- M. ISELIN. — Note sur la Phrén. bilaterale. Revue de la Tub. 1931. N.º 4. Pág. 572.
- JACQUEROD. — Processus nat. de guérison de la tub. pulm. Masson et C^{ie}. 1926. Journal Médical Français. Juin 1931. (Tuberculose).
- JULLIEN. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 18 Déc. 1925.
- M. L. KINDBERG. — Colapsothérapie dans la tub. pulm. 2.^a ed. 1931.
- LAROCHE et BERTRAND-FONTAINE. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 12 Mars 1926.
- H. MAENDL. — Zeits. f. Tub. 1923. T. XXXIX. Pág. 30. Die Kollapstherapie der lung. Tub. Wien 1927. W. Kl. W. 1929. Pág. 1261.
- C. MARTINEZ LOPES. — Cons. sobre frenicectomia. Arch. de Med. Cir. y Espec. N.º 42. 17 Out. 1931. Pág. 956.
- MAURER. — La Phrén. dans les affections pulm. Paris Méd. 1926. Pág. 179.
- A. MAURER et J. MEGNIN. — Précisions anat. utiles pour la Phrén. Presse Méd. N.º 34. Avril 1932. Pág. 685.
- G. MERLE. — La Phrén. dans la tub. pulm. de l'enfant. Thèse de Montpellier. 1929.
- H. MONTEIRO. — Nervos do pescoço (Aspectos da anatomia dos). Conferência ao III Congresso Nacional de Medicina. Lisboa. 1928.
- J. MORIN. — Du Pneumothorax à la Phrénicectomie. Masson et C^{ie}. 1932.

- MORIN et RAUTUREAU. — Revue de la Tub. 1931. N.º 5.
- MORRISTON DAVIES. — British Med. Journal. 27 Jan. 1923. Pág. 136.
- JEAN PARNET. — Phrénicectomie. Thèse de Lyon. 1927.
- PERRET, PIGUET et GIRAUD. — Presse Méd. 1925. Pág. 466.
- R. PIGEON. — Revue de la Tub. 1931. N.º 7.
- E. RUHEMANN. — Die Verlaufsvariet. des sogen. Nebenphrenicus. Berit. z. Kl. d. Tub. 1924. T. LIX. Pág. 553.
- ED. SANTOS. — Rapports du nerf phrénique avec le plexus solaire. Folia Anatomica Univ. Conimbrigensis. 1931.
- SAYÉ. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 17 Déc. 1926.
- H. SELLORS. — Surgical Treat. of Pulm. Tub. The Lancet. 1929. Pág. 1323.
- SÉRGENT, BAUMGARTNER et BORDET. — Soc. Méd. des Hôp. de Paris. 8 Janv. 1926.
- SÉRGENT, BORDET, DURAND. — Revue de la Tub. 1926. Pág. 211.
- SÉRGENT, BORDET, MOIZESCO. — Revue de la Tub. 1927. Pág. 401.
- THÉVENARD. — Soc. de Méd. de Paris. 12 Juin 1925.
- P. TOUSSAINT. — La Phrenicoexerese. Arch. méd.-chir. de l'ap. respiratoire. 1930. T. 4.
- J. E. WOLF. — Annales de Méd. 1928. Pág. 306.
- ZADEK und SONNENFELD. — Beit. z. Kl. d. Tub. 1928-29. Kl. Woch. 1923. Fasc. 31. D. Med. Woch. 1930. Pág. 1005.

*Patologia Médica e Laboratório de Física-Química e Química Biológica
da Faculdade de Medicina de Coimbra (1)*
Director: Prof. A. de Morais Sarmiento

FOSFOREMIA E INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA NOS CARDIOPATAS

POR

M. J. BRUNO DA COSTA
Prof. agregado

Nem o funcionamento do fígado cardíaco, susceptível de perturbações sérias, nem o metabolismo do fósforo nos cardiopatas, constituíram ainda assuntos de qualquer trabalho preciso e completo.

Fala-se muito ligeiramente nos tratados da especialidade, no fígado dos insuficientes cardíacos.

Não encontrámos na literatura médica qualquer estudo funcional do fígado nos diferentes graus de insuficiência cardíaca, que utilize os actuais métodos biológicos, excepto um trabalho de Foley, no qual se estuda a função pigmentar e a eliminação dum corante, e ligeiras referências de Villemin e Labbé, respeitantes a uma ou outra função hepática tomada isoladamente.

Desconhecemos qualquer factor objectivo, além dos fornecidos pela clínica, que nos esclareça sôbre a influência do estado funcional hepático nas cardiopatias.

O factor hepático desempenha um papel preeminente na resistência orgânica.

A falta, quási sistemática, do estudo funcional hepático, é a causa de freqüentes fracassos operatórios, nomeadamente nas operações do aparelho hepato-biliar. Freqüentemente é o grau de hepatite que dita o prognóstico, e se algumas vezes os sim-

(1) Êste laboratório é subsidiado pela Junta de Educação Nacional.

ples dados clínicos nos esclarecem sôbre a existência e intensidade da lesão hepática, tal não acontece na maior parte dos casos. Sem os dados biológicos, o cirurgião não faz a avaliação exacta do grau de incapacidade funcional hepática e não pode escolher, oportuna e cientificamente, o momento da intervenção.

Há ainda entre os cultores da medicina interna quem conteste a existência da insuficiência hepática, além da grande e grave insuficiência, e negue o valor dos *tests* biológicos para o seu diagnóstico (Gallart e Casas). Reputamos errado este critério. Se a experiência da hepatectomia de Mann e Magath, à qual o animal só resiste durante horas, nos pode fornecer uma idea, ainda que pouco nítida, do que seja a grande insuficiência hepática da patologia, já as grandes e complexas funções do fígado como glândula exócrina e endócrina, colocam os fisiologistas na dificuldade de criar estados semelhantes às degradações infinitas e por vezes diferenciadas da lesão hepática, que só a patologia apresenta e cuja existência se demonstra pelo asinergismo funcional do fígado, admitido pela maioria dos hepatologistas. O conhecimento dêste só é fornecido pelos *tests* biológicos.

Há quadros clínicos facilmente imputáveis a etio-patogenias diversas e que as provas laboratoriais demonstram ter a sua verdadeira origem no *deficit* funcional hepático.

*

*

*

Várias aquisições científicas recentes criaram no meu espirito a razão de ser dêste trabalho.

Rahier demonstrou que a função gástrica dos assistólicos e hipo-sistólicos está alterada, manifestando-se o desvio funcional por diminuição da acidez total, desaparecimento do H Cl livre, atonia, dilatação e ptose gástricas. A importância do fígado na dinâmica circulatória, atendendo à sua grande capacidade, é incontestada. Acresce a existência de esfíncteres nas veias supra-hepáticas (Mautner) que, permitindo reter mais sangue quando contraídas, vem aumentar a preeminência do fígado no valor da massa sanguínea circulante. Experiências de perfusão hepática feitas com líquido contendo adrenalina ou histamina (Dock e Fainter) documentam esta última afirmação.

Indirectamente, pela sua influência no metabolismo hídrico (Mollitor, Pick, Wagner, Violle, etc.) o fígado interfere na dinâmica circulatória.

Estudos bioquímicos recentes deixam-nos antever uma correlação de outra modalidade entre o funcionamento cardíaco e o hepático.

O músculo cardíaco é mais rico em fósforo, enxôfre e ferro que o músculo estriado. O feixe aurículo-ventricular é uma verdadeira glândula de reserva de glicogénio, que facilmente o cede ao miocárdio e no qual, mercê da amilase aí existente em quantidade abundante, se dá a transformação energética daquele produto (Loeper e Lemaire).

Experiências de perfusão em corações de animais (coelho, rã, etc.) mostram o melhor funcionamento cardíaco pela fixação de glicose (Muler, Starling, etc.). Savyers e Budinger afirmam que o açúcar reforça a acção dos tónicos cardíacos. Frommel explica a melhor acção da dedaleira, em relação à digitalina, por aquela conter saponina. Ainda, servindo-se da perfusão, Denilewsky, Lanrow e Voronzow demonstram que a lecitina e a colessterina regularizam e tornam mais enérgicas as contracções cardíacas. Por iguais experiências se demonstra que os iões K e Ca são da maior utilidade para a função cardíaca. O ião K, pela sua radio-actividade, segundo Zwaardemaker, transformaria as substâncias activas do coração (automatigenias) existentes no nódulo de Keith, em *automatines* que, por sua vez, reduziriam o automatismo selvagem do coração ao ritmo normal.

Boller e Kutschera-Aichbugen demonstram a boa acção terapêutica da lecitina e fosfatídeos do próprio miocárdio na insuficiência cardíaca.

Chiray e Amy melhoram os cardíacos assistólicos e hipo-sistólicos por drenagem biliar e explicam o benefício pela extracção de produtos tóxicos, entre os quais estão contidos certos minerais de acção deprimente sôbre o coração.

Não traduzem ainda estas opiniões e resultados experimentais verdades incontestáveis, mas permitem-me falar na dependência entre a capacidade funcional cardíaca e a química sanguínea.

A influência do fígado sôbre a dinâmica circulatória e sôbre o metabolismo geral bioquímico inspiraram, pois, o presente trabalho.

Êste consta das provas biológicas mais recentes, e que reünem mais sufragios, para a exploração funcional do fígado e do estudo do fósforo sanguíneo em doentes cardíacos com diferentes graus de insuficiência.

Utilizámos o Índice Biliar Plasmático e a reacção de Hijmans van den Bergh para o estudo da função pigmentar, o corante rosa Bengala para a função cromagoga (antitóxica?), a prova da galactose com o estudo da curva glicémica e da galactosúria fraccionada durante 24 horas para a função hidrocarbonada, e o índice de desaminação para a função proteica.

Avaliámos o fósforo sanguíneo nas fracções de fósforo inorgânico, orgânico e total.

*

* *

Função pigmentar. — É discutível a função do fígado na génese dos pigmentos biliares. Uma grande parte da escola francesa continua a considerá-la principal; as escolas alemã e americana, especialmente esta, relegam o fígado para segundo plano, só considerando a célula hepática como meio de passagem da bilirubina, que seria formada no tecido retículo-endotelial do organismo, à custa da hemoglobina (Mann, Magath, Bollmann), segundo as experiências destes autores em animais hepatectomizados.

Seja assim ou tenha a célula hepática interferência directa na biligenia, logo que haja retenção biliar há lesão parenquimatosa do fígado. Por isso, o valor dos pigmentos biliares sanguíneos é elemento a considerar na sua exploração funcional.

Usei, para a sua determinação, o índice biliar plasmático (I. B. P.) e a reacção de Hijmans van den Bergh (H. v. d. B.).

O I. B. P. é uma modificação do índice ictérico dos americanos (Bernheim, Stetten, Meulengracht, Blankenhorn).

a) Fiessenger e Walter juntam a 100 c. c. de um soluto de bicromato de potássio a 1/10.000, 2 c. c. do soluto de «Oranger-poirier» a 1/10.000 e obtiveram um líquido de mais fácil comparação com o plasma ou sêro sanguíneo, do que o soluto simples de bicromato.

Os valores deste índice em indivíduos normais oscilam entre 1,6-1,8.

A reacção de H. v. d. B. foi feita segundo o método clássico e tomámos como padrão um soluto de sulfato de cobalto amiudadamente preparado e aferido pelo rodanato de ferro. Consta de uma reacção qualitativa e outra quantitativa. A prática desta técnica mostra a existência de uma zona de transição entre a reacção directa e a indirecta, com escala pelas reacções directa difásica pronta, difásica lenta e muito retardada.

Em indivíduos normais, a reacção é indirecta ou directa retardada e os seus valores são, em regra, inferiores a 3 mgrs. por litro (Foley, Andrews Lepehne, etc.), podendo atingir 10 mgrs. $^{0}/_{00}$ na colemia familiar de Gilbert e Carnot ou na hiperbilirubinemia fisiológica dos americanos (Greene, Snell, Schiff).

Os valores do I. B. P. e da H. v. d. B. devem correspon-

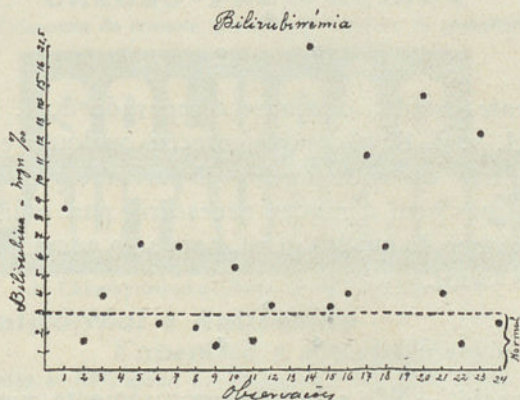


Gráfico I

der-se. A sua disparidade só se explica pela existência de outros pigmentos sanguíneos (luteína e carotina), que aumentam o índice biliar e não dão a diazo-reacção (Palmer, Snapper).

Estas duas provas não estão isentas de defeitos.

O índice biliar fornece-nos um número abstracto.

A diazo-reacção pode ser influenciada por outros produtos, além da bilirubina (pirrol e indol); e na técnica de van den Bergh há uma perda de bilirubina absorvida pelo precipitado alcoólico (Chabrol, Valera). Todavia, este método é sensível a doses inferiores ao mgr. $^{0}/_{00}$, é de técnica fácil e, talvez por isso, quasi o único seguido no mundo científico.

O nosso estudo foi feito em 24 cardíacos.

Apenas em três (obs. VIII, XI e XXII) se não observou paralelismo entre o I. B. P. e a bilirubinemia.

Os resultados constam do quadro geral e estão representados no gráfico I.

A reacção foi, em todos os doentes, excepto dois, do tipo directa retardada ou difásica lenta.

O exame do gráfico precedente diz-nos que em 23 doentes só 8 apresentam bilirubinemia normal. Em 65 % dos cardiopatas existe, pois, hiperbilirubinemia.

Os maiores valores encontrados correspondem a doentes com insuficiência mitral, excepto o da observação XX, que sofria de miocardite alcoólica. Esta constatação confirma os trabalhos de Foley.

*

* *

No presente estudo, o exame comparado do I. B. P. e da reacção de H. v. d. B. não nos forneceu qualquer ensinamento especial. Há três casos de ligeira disparidade por aumento do índice biliar, mas sem a nitidez necessária para afirmar carotinemia. Pelo exame do quadro geral, nota-se o aumento do I. B. P. em 65 % dos casos.

*

* *

Rosa Bengala. — Não sabemos rigorosamente que função hepática se explora pela eliminação de qualquer corante.

Alguns autores supõem que é a função anti-tóxica, outros afirmam que a eliminação dos corantes explora o estado funcional do tecido retículo-endotelial. Talvez, por esta razão, Fiessenger optasse pelo termo de função cromagoga («je chasse la couleur»), como termo genérico e sem responsabilidade, para designar a função hepática explorada pela eliminação do corante.

Escolhemos o corante rosa Bengala, porque a fenolftaleína tetracolorada é tóxica, elimina-se em grande quantidade pelo rim e é capaz de produzir acidentes como endurecimento da veia, embolias, tromboses, abscessos, reacções gerais graves e até mortes (Rowntree, Hurwitz, Bloom, Rosenau, etc.). O corante r. B. não tem nenhum daqueles inconvenientes.

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

A IODALOSE é a ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

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

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalio.
DOSIS MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniido.
LABORATORIO GALBRUN, 6 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfetta Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople
PARIS (8º)

GRIPPE

RACHITISMO

PILULAS OPOBYL PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLÓGICO

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
funcções entero-hepaticas,
Descongestivo do figado
e dos intestinos.*

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

Amóstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

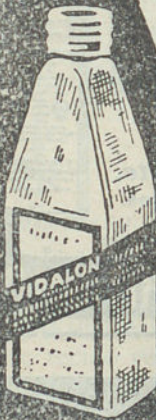
Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome. PARIS (8º)

Vidalon

(Óleo de fígado de bacalhau estandarizado
com Vigantol)

Possúe ao contrario do óleo
de fígado de bacalhau do
comercio um conteúdo cons-
tante e elevado em vitaminas.

O Vidalon permite reduzir à
metade as doses ordinárias
de óleo de fígado de baca-
lhau sendo que basta tomá-lo
uma só vez por dia.



Posologia:

Lactantes e crianças de tenra idade: 1/2-1
colher das de chá por dia.

Crianças maiores: 1 colher das de chá até
1 colher das de postres por dia.

Adultos: 1 a 2 colheres das de sopa por dia.

« Bayer - Meister-Lucius »

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

» LUSOPHARMA «

AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA

O produto usado pelos americanos (Kerr, etc.), diiodo-tetracloro-fluoresceína, não é eliminado pelo rim.

Usámos o tetraiodo-tetraclorofluoresceína, que se elimina pelo rim (5 % durante 24 horas), mas esta eliminação é tão tardia que não perturba a avaliação da função hepática. Com o rim normal, um valor mais elevado na urina indicaria já insuficiência hepática. Em caso de nefrite e com o fígado normal, a retenção renal não faz subir a percentagem do corante no sangue. O factor renal não é, pois, a tomar em conta.

O valor da prova r. B. é quasi unânimemente admitido. É certo que Mário Rosa e Rosário Costa, num trabalho de exploração do fígado pelas provas de corantes, negam a estas valor para o diagnóstico da insuficiência hepática. No entanto, afirmam que «o resultado obtido com o corante r. B. foi sempre concordante em casos de lesão não hepática, embora inficis e mesmo disparatados nos outros casos».

Villemin afirma que em nenhum indivíduo são existe taxa retencional elevada e contrariamente àqueles autores, diz que em nenhum caso de taxa elevada o fígado está indemne.

Rosenthal conclui, das suas experiências em animais, que a retenção deste corante revela a lesão hepática e mede a sua intensidade. A retenção começa a manifestar-se quando se faz a ablação de 12 % da massa total hepática. Sabe-se, por outro lado, que o factor de segurança do fígado se avalia em 75 %, isto é, a vida ainda é compatível com 25 % de tecido hepático, portanto esta prova mede a insuficiência hepática entre largos limites (12 % a 75 %), começando nos pequenos *deficits* funcionais.

A retenção de 1 a 3 mgrs. de corante por mil indica um fígado normal. De 3 a 6 corresponde a insuficiência, mas sem gravidade, se todos os outros *tests* funcionais forem negativos. Acima de 6, indica manifesta insuficiência hepática.

Em casos de icterícia hepática, esta prova pouco vale, pois acontece, em regra, ao corante o mesmo que à bilirubina. Esta é desviada do seu caminho normal, entrando novamente na corrente sanguínea pela fissura tubular (Fiessenger). Pelo contrário, a disparidade da retenção da bilirubina e do rosa Bengala, com aumento a favor deste, indica lesão grave da célula hepática.

Na falta de icterícia, um r. B. superior a 9 é sempre de mau

prognóstico, sem, no entanto, nos permitir aquela precisão a que se referiu, ao princípio, Fiessenger.

Utilisámos a técnica seguida no serviço do Prof. Fiessenger.

Do doente em jejum, tirámos sangue, que recebíamos em 2 c. c. de soluto de oxalato de potássio a 2 % para evitar a coagulação. *In continenti*, sem tirar a agulha da veia, injectámos um soluto de r. B. com a concentração de 20 mgrs. por c. c. e na proporção de 15 mgrs. de corante por quilo de pêso do doente. Conserva-se o doente fora da acção da luz e, passados 45 minutos, tirámos a segunda amostra de sangue em idênticas condições.

Fizemos o doseamento do corante no plasma por colorimetria, servindo-nos de uma escala de padrões de r. B. É necessário fazer o cálculo para eliminar o êrro da diluição do soluto de oxalato de potássio.

A-pesar-de executarmos esta prova em cardíacos, só num caso tivemos ligeiros accidentes lipotímicos.

A prova foi feita em 21 doentes. Os resultados constam do gráfico II.

O exame dêste gráfico diz-nos que o valor normal só foi ex-

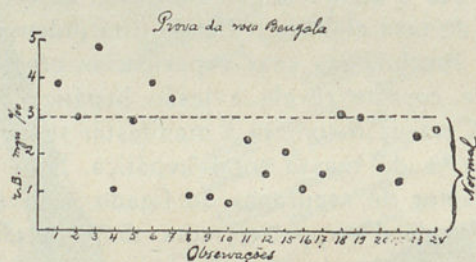


Gráfico II

cedido em 5 doentes, mas adentro de limites pouco significativos e sem corresponderem todos àqueles em que havia hiperbilirubinemia. Êste resultado é diferente do obtido por Foley, que diz ter encontrado nos insuficientes cardíacos retenções de 5 a 25 % da fenolftaleína tetracolorada injectada, e dos de Villemin, que em três cardíacos assistólicos encontrou valores de 5,5, 6 e 3,4 mgrs. % de r. B.

Obtivemos valores completamente normais em alguns doentes assistólicos e hipo-sistólicos e com fígado grande e doloroso, no que concordamos com Mário Rosa, que em alguns cardíacos e aórticos encontraram também retenções normais.

A retenção do r. B. só existiu em 24 % dos casos.

*

*

*

Função hidrocarbonada. — Em 1858, Claude Bernard descobre a função glicogénica do fígado. Colrat utiliza, em 1875, esse conhecimento para explorar a função hidrocarbonada hepática à custa da glicosúria provocada. Em 1899 e 1906, Straus e Bauer, servindo-se, respectivamente, de levulose e galactose, pretendem relacionar a eliminação renal destes açúcares com a deficiência funcional hepática. Estas provas caíram em desuso pelo pouco valor dos seus resultados.

Recentemente, em 1922, Mann e Magath observam que a hepatectomia se acompanha da descida progressiva da glicemia, com morte do animal em côma hipoglicémico. Este facto confirma a importância do fígado no metabolismo dos hidratos de carbono.

Os progressos da bioquímica permitem um doseamento preciso do açúcar sanguíneo. Por estas duas razões, aquelas provas foram reabilitadas sob o aspecto da curva glicémica provocada pela ingestão de açúcar.

Para o estudo particular da função hepática, preferimos a galactose. Além de se obter na forma pura, é absorvida rapidamente pelo tractus digestivo (duas vezes mais do que a levulose), é pouco fermentescível, evitando assim as perturbações gastro-intestinais. Só com dificuldade se converte em glicogénio no fígado, não é praticamente utilizada pelos tecidos, segundo doseamentos feitos nos sangues arterial e venoso. Não tem limiar renal, pois pode haver, segundo demonstram Rowe, Chandler e Folin, hipoglicemia e galactosúria. Não sofre a acção da actividade das glândulas endócrinas (Solis, Cohen e Githen).

Há ainda, porém, alguns autores (Rolleston, Snell, Greene) que atribuem à levulose superioridade sobre a galactose em algumas daquelas qualidades. Mas os recentes estudos de Fiessenger e Dieryck, feitos com monossacáridos simples em mistura anfóira, provam claramente que o organismo opõe resistências diferentes à sua travessia pelos diversos açúcares. Estes collocam-se na seguinte ordem crescente: galactose, levulose, glicose. A galactose é, pois, o açúcar preferível para a exploração funcional hidrocarbonada do fígado.

A galactosúria provocada fornece alguns esclarecimentos nos estados hepáticos, nomeadamente icterícias (Shay, Schlön, Rodis), pela indicação do grau de hepatite. Últimamente, Thiébaud demonstra que o valor diagnóstico e prognóstico da galactosúria está na concentração urinária da galactose e não na quantidade total deste açúcar eliminado. A concentração que exceda 5/1000, como média, na urina total das duas primeiras amostras, obtidas de duas em duas horas, é sinal certo de hepatite. Por este motivo, introduzimos também o estudo da galactosúria em escala na nossa prova.

A galactose tem no organismo normal uma tolerância de 37 a 40 gramas (Bauer, Cori, Meyer). Como se administram 40 gramas, há galactosúria normal até 3 gramas durante as 24 horas seguintes.

A glicemia não sobe em indivíduos normais mais do que 30% do valor inicial (Bode). Outros autores só consideram anormal quando a hiperglicemia ultrapassa 0,18%.

Praticámos esta prova em 19 cardiopatas. Empregámos 40 gr. de galactose dissolvida em 120-150 c. c. de água destilada. Do-seámos a glicemia em jejum e, a seguir, de meia em meia hora durante duas horas após a ingestão do açúcar, pelo micrométodo de Hagedorn-Jensen. Determinámos a galactosúria em duas amostras durante as 24 horas seguintes: a primeira das 8 horas e a segunda das 16 horas restantes.

Os resultados constam do quadro geral e dos gráficos seguintes (gráfico III).

Ao tipo (b) pertencem muitos dos casos estudados, partindo, no entanto, em regra, de valores mais baixos e atingindo o valor inicial ou inferior ao fim de duas horas. Só nas observações II, V, XXIII e XXIV os valores atingidos, relacionados com os valores da glicemia em jejum, são favoráveis à existência de insuficiência hepática.

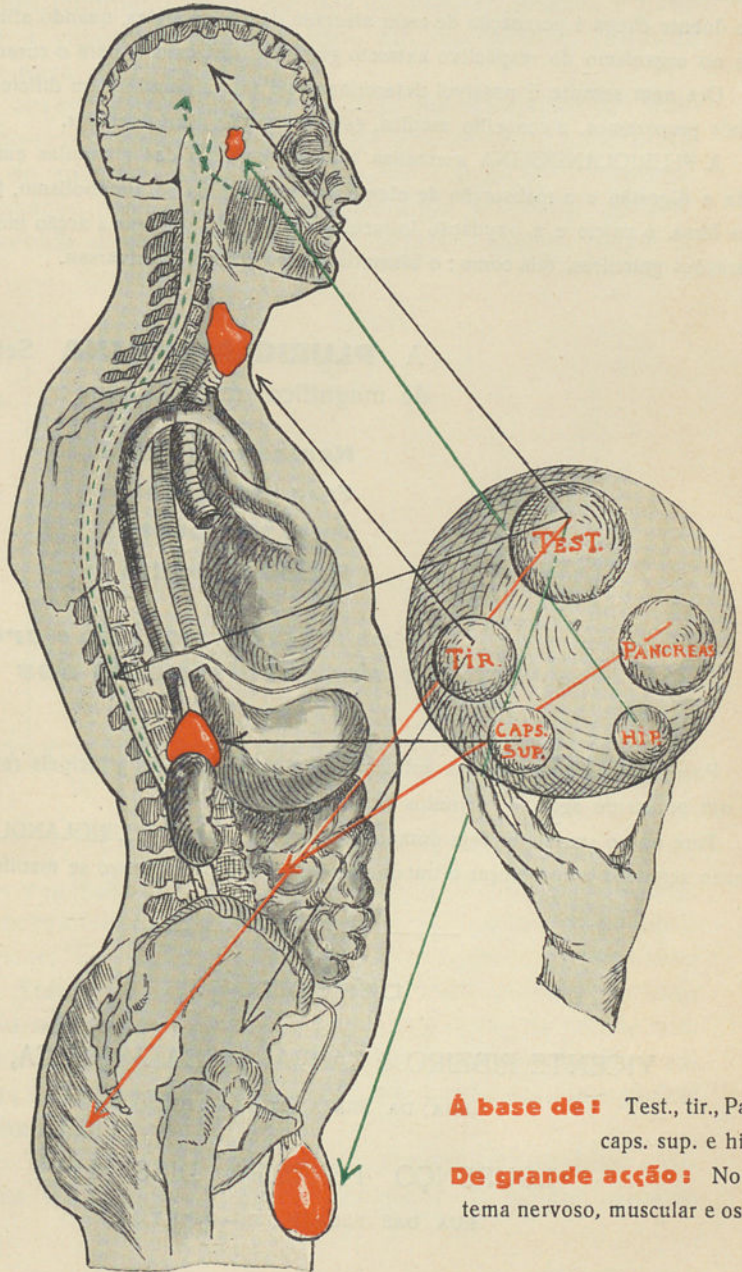
O doente da observação I morreu poucos dias depois deste estudo. Apresenta uma curva glicémica de manifesta insuficiência hepática, ainda corroborada pelo valor 6,68‰ gr. de açúcar na urina das primeiras 8 horas.

As notas dominantes dos outros gráficos são as seguintes: hipoglicemia pre-hiperglicémica (gráficos c), d), e); elevação lenta da curva glicémica (gráficos d), g), h); existência de reacção hipoglicémica (gráfico e).

PLURIGLANDULINA

SEIXAS - PALMA

Para ambos os sexos
em todas as idades



À base de: Test., tir., Panc.,
caps. sup. e hipof.

De grande acção: No sis-
tema nervoso, muscular e osseo.

Tonico baseado no princi-

pio da vida de relação entre as glandulas. Do desequilibrio funcional destas, é conduzido o organismo a um mal estar geral que se manifesta psiquica e fisiologicamente, causando neurastenia, cansaço, transtornos digestivos e auto-intoxicações.

Muitas vezes a simples deficiencia duma só glandula de secreção interna, traz alterações tão fundas na vida de correlação entre as demais e resultando d'ahi transtornos tão complexos, que o doente chega à persuasão de estar afectado de varios males, quando afinal basta a introdução no organismo do respectivo extracto glandular que carece, para o curar.

Ora nem sempre é possivel determinar qual seja a glandula em deficiencia e é por isso que nós preparamos, a conselho medico, este preparado pluriglandular.

A PLURIGLANDULINA normalisa o funcionamento das glandulas em geral e por isso facilita a digestão e a reabsorção de elementos necessarios ao metabolismo, tais como o arsenio, o ferro, o calcio e a oxydación intracelular, alem de reforçar a acção medicamentosa das preparações galenicadas, tais como : o bismutho, o mercurio e o salvarsan.

A **PLURIGLANDULINA** Seixas - Palma é de magnificos resultados na :

Neuras enia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

*e muito recomendada para o **crescimento**
e **desenvolvimento das creanças.***

Posologia : 3 comprimidos antes de cada uma das duas principais refeições, engolidos com um pouco de agua, 10 minutos antes das mesmas.

Para que o seu efeito seja duradouro, convem tomar a PLURIGLANDULINA durante 3 a 4 mezes seguidos e recommear o tratamento logo que novo ameaço se manifeste.

DEPOSITOS :

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA}

RUA DA PRATA, 237 1.^o - LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES 153 - PORTO

Estas reacções do tipo hipoglicémico só recentemente são conhecidas. Meyer diz tê-las encontrado especialmente nos vagotônicos e icterícos. Para Labbé, a hipoglicemia pre-hiperglicémica é um fenómeno frequente nos indivíduos normais e patológicos, e a vagotonia não constitui, em sua opinião, condição necessária para a sua existência.

Goffin observou três casos de reacção hipoglicémica em indivíduos hipo-simpácticotônicos. Tarsitano cita cinco cirróticos que reagiram do mesmo modo à injeccção de 1 mgr. de adrenalina.

A explicação para estes tipos inesperados de curvas glicémicas é concebida diferentemente pelos autores. Goffin atribui-os

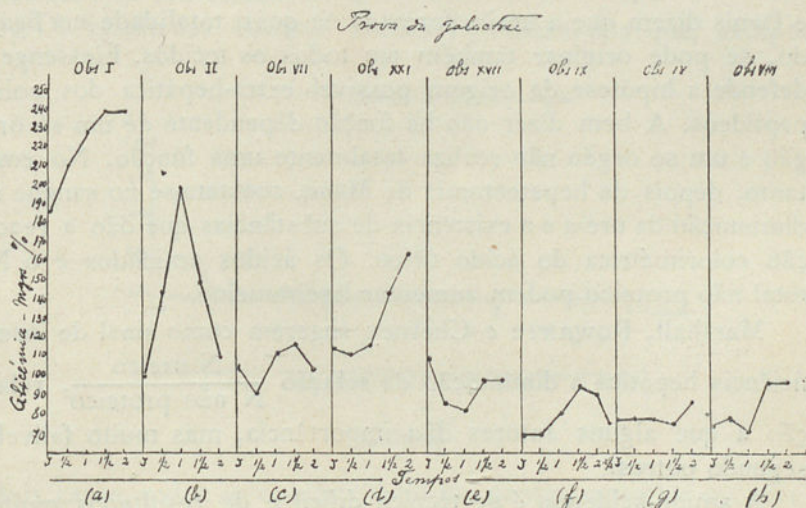


Gráfico III

a reacções vegetativas tissulares; Labbé, ao hiperfuncionamento insular pancreático de tipo intermitente e provocado pela ingestão do açúcar. Também se pode admitir o exagêro do *fenómeno reflexo de Staub*. É ainda possível que o retardamento da subida da glicemia nos nossos casos, encontre explicação na estase visceral abdominal, nomeadamente intestinal, como obstáculo à rápida absorção da galactose, e não implique, portanto, um *deficit* funcional hepático.

Só nas observações I e II, a galactosúria foi positiva e demonstrativa. Registaram-se também vestígios de açúcar urinário

nas observações XXI e XXIV. Não podemos corroborar a opinião de Bode quando este autor afirma que a galactosúria fornece resultados quasi paralelos à importância das perturbações cardíacas.

Em conclusão, a prova da galactose foi positiva em 26 0/0 dos casos e em todos os outros foi, ou normal com a característica de pequenas oscilações, e estas dentro de baixos valores, ou apresentou uma depressão hipoglicémica inicial.

Função proteica. — Propositadamente não utilizámos, no estudo desta função, qualquer análise urinária, para evitar o erro proveniente do factor renal. É certo que a função do fígado no metabolismo proteico não está completamente esclarecida. Folin e Denis dizem que a ureia, formada na quasi totalidade no fígado, se pode originar também em todos os tecidos. Fiessenger defende a hipótese da origem possível extra-hepática dos polipeptídeos. A bem dizer não há função dependente de um só órgão e um só órgão não realiza totalmente uma função. No entanto, depois da hepatectomia de Mann, constata-se no sangue a diminuição da ureia e a existência de substâncias que dão a reacção colorimétrica do ácido úrico. Os ácidos aminados e o N total não proteico podem aumentar ligeiramente.

Marshall, Rowntree e Cherney sugerem como sinal de insuficiência hepática a diminuição da relação $\frac{N \text{ ureico}}{N \text{ não proteico}}$, relação a que alguns autores dão importância, mas muito falível, segundo outros.

A amino-acidemia é de técnica difícil e de resultados muito contestados. O valor, só por si, do N ureico é predominantemente sujeito ao factor renal.

Preferimos, por estes motivos, o índice de desaminação, índice de clivagem de Fiessenger (I. C.). Indicar-nos-á a *clivagem* da molécula proteica que, no fígado, do estado polipeptídeo passa a molécula ureica. É expresso pela relação $\frac{N \text{ polipeptídeo}}{N \text{ total não proteico}}$.

A técnica seguida para a avaliação do I. C. foi a seguinte :

a) Determinação do N dos filtrados pela kjeldahlização.

b) O N total não proteico foi determinado no filtrado do sêro sanguíneo obtido com o ácido tricloracético a 20 0/0.

c) O filtrado com ácido fosfotungstico forceceu-nos o N total não proteico, mais o N dos polipeptídeos (Van Slyke).

d) O N do filtrado c) menos o N do filtrado b) é igual ao N dos polipeptídeos.

Os valores que obtivemos não permitem conclusões seguras. É sabido que a função proteica do fígado é das últimas, senão a última a alterar-se. Acresce que a determinação daquele índice é extremamente delicada, portanto de resultados facilmente viciados.

O valor considerado normal ainda não está definitivamente conhecido; 0,20 ainda é normal para alguns daqueles que se têm dedicado ao seu estudo.

Os resultados obtidos (gráfico IV) dizem-nos que, excepto

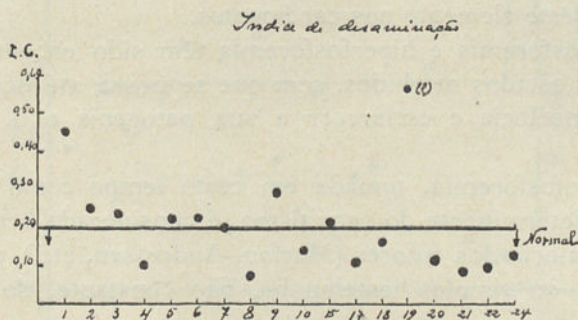


Gráfico IV

dois casos, todos os outros cabem nos limites normais ou excedem-nos ligeiramente.

O doente da observação I era um tuberculoso e assistólico que morreu poucos dias depois desta prova; o da observação IX também era assistólico. O valor do índice da observação XIX é pouco elucidativo porque o doente era um renal fortemente hipertenso e albuminúrico.

Os valores do N total não proteico estão aumentados em volta de 45% dos doentes; os do N polipeptídeo estão também aumentados quasi na mesma percentagem e de preferênciam nos casos em que o I. C. está elevado.

Estes resultados constam do quadro geral.

Fósforo sanguíneo. — O fósforo está no organismo humano

sob as formas de inorgânico, orgânico não lipídico e orgânico lipídico. A soma destas três fracções constitui o fósforo total.

O fósforo inorgânico e o orgânico não lipídico são as formas labéis do metabolismo deste elemento. Com efeito, a injeção de adrenalina diminui o fósforo inorgânico e aumenta o orgânico não lipídico.

Admite-se, por outro lado, segundo os trabalhos de Charit e Beckmann, que o fósforo absorvido sob a forma inorgânica é transformado no fígado com o auxílio da insulina e adrenalina em fosfatos orgânicos e estes fazem parte das albuminas, dos ossos, dos lipídios, etc. A eliminação do fósforo necessita a transformação inversa, pois se realiza sob a forma inorgânica. A interferência do fígado neste metabolismo e os estudos recentes sobre a fosforemia constituíram a razão para inquirirmos da conduta deste elemento nos cardiopatas.

Hipofosforemia e hiperfosforemia têm sido encontradas em diferentes estados mórbidos, sem que se possa até hoje afirmar a sua constância e esclarecer a sua patogenia e o seu valor clínico.

A hipofosforemia, tomada em certo tempo como causa eficiente e determinante do raquitismo, é considerada actualmente, para a maioria dos autores (Marfan, Andressen, etc.), como consequência ou simples testemunha, não constante, do processo raquítico.

Há hipofosforemia na difteria maligna (Zizine), na tuberculose óssea (Popoviciu), na osteopsatirose (Marfan), na broncopneumonia (Smith), na osteomalácia, doença de Recklinghausen, cancro secundário do fígado (Labbé e Fabrykant), no mongolismo, doença de Oppenheim, mixoedema (Laurinsich).

Há hiperfosforemia no reumatismo crónico, na icterícia cataral e na leucemia mielóide crónica (Labbé), e nas nefrites glomerulares (Greenwald). Weinstein e Weiss não encontraram nos hipertensos modificações apreciáveis no fósforo inorgânico.

O metabolismo do fósforo, nos cardíacos insuficientes, é completamente desconhecido, além de uma ou outra observação dispersa e isolada de Labbé, nas quais diz constatar um estado normal ou diminuição do fósforo em todas as suas fracções.

Este estudo foi feito por nós em 24 cardiopatas. Avaliámos o fósforo inorgânico e o total pela técnica de Doisy e Bell. O va-

lor do fósforo orgânico é deduzido da diferença daqueles dois valores. Os valores normais são: P. inorgânico 30 a 45 mgrs. $^0/00$; P. total 370 a 500 mgrs. $^0/00$. Os resultados constam do gráfico V.

Na leitura deste gráfico, a designação de P. total e P. orgânico, quando nos quisermos referir as suas oscilações, pode ser empregada indiferentemente, pois a quantidade de P. inorgânico em relação ao P. orgânico é, em regra, tão pequena que não influencia notoriamente o valor do P. total.

A característica dominante das variações da fosforemia nas afecções cardíacas com perturbações hepáticas é a hipofosforemia

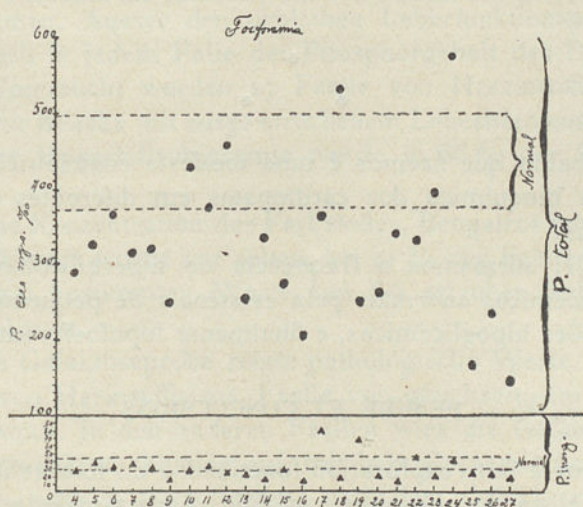


Gráfico V

mia. Com efeito, o P. total está normal em 4 casos, aumentado em 2, e diminuído em 18. O P. inorgânico está normal em 7 casos, aumentado em 2 e diminuído em 15. Pelo motivo acima exposto e porque nos dois casos de hiperfosforemia total, o fósforo inorgânico está normal, o fósforo orgânico varia nas mesmas percentagens que o P. total. A hipofosforemia existe, pois, em cerca de 75 $^0/0$ dos casos estudados. Um dos casos em que se encontrou hiperfosforemia era cardio-renal, portanto facilmente explicável.

Existiu falta de paralelismo nas variações da fosforemia em 5 observações (obs. X, XII, XVIII, XXIII e XXIV), a qual con-

sistiu na diminuição do P. inorgânico com normalidade do P. total e normalidade do P. inorgânico com aumento do P. total.

Os valores mais baixos da hipofosforemia correspondem a doentes com insuficiência cardíaca acentuada ou, pelo menos, com fígado grande e doloroso. Não sei se este dado biológico deve ser tomado como sinal de insuficiência hepática, se como deficit metabólico próprio da insuficiência cardíaca.

Verifiquei que os doentes com acentuada hipofosforemia eram os mais graves e morriam dentro de curto espaço de tempo. Com a devida reserva, emito a hipótese do valor prognóstico da hipofosforemia acentuada nos insuficientes cardíacos.

*

* *

O trabalho que fizemos é uma modesta contribuição para o estudo da bioquímica dos cardiopatas em diferentes graus de insuficiência.

Por êle, afirmamos a freqüência de hiperbilirubinemia, de curvas glicémicas anormais pela existência de pequenos valores e depressões hipoglicémicas, e finalmente hipofosforemia.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

L'auteur a fait l'exploration fonctionnelle du foie et il a déterminé la valeur du phosphore sanguin chez 27 malades du cœur en divers degrés d'insuffisance cardiaque, ces malades ayant été choisis parmi ceux que presentaient le foie cardiaque.

1 — Il a trouvé l'hyperbilirubinémie en 66 % des malades.

2 — La rétention pathologique du colorant rose Bengale paraît rarement (21 % des cas) et elle est de valeurs peu significatives (3-6).

3 — L'épreuve de la galactose a démontrée un état pathologique chez certains insuffisants cardiaques, qui étaient en même temps tuberculeux ou alcooliques. Dans les autres cas, les caractéristiques dominantes furent le retardement de la courbe glycémique, une incisure hypoglycémique dans le premier ou le deuxième échantillon et réaction tout à fait hypoglycémique.

4 — La fonction proteique était peu troublée. La valeur de

l'indice de désamination oscillait entre les limites normaux ou dépassait faiblement ceux-ci.

5 — Il y a hypophosphorémie en 75 % des malades étudiés, comprennent le phosphore organique et inorganique. Les valeurs plus bas coexistaient avec les états cardiaques plus graves et on dirait qu'ils témoignaient un mauvais pronostique, quelques fois la mort en très peu de temps.

ZUSAMMENFASSUNG

Vorliegende Arbeit wurde zwecks Studium der Leberfunktion unternommen. Ausser den ueblichen Leberfunktionspruefungen wurde auch in jedem Falle der Phosphorgehalt des Blutes bestimmt. Untersucht wurden 27 Faelle von Herzinsuffizienz. Es wurden nur Kranke mit ausgesprochenem Leberherz ausgewaehlt.

1. Eine Hyperbilirubinaemie wurde in 66 % der Faelle angetroffen.

2. Eine Konzentration des Farbstoffes, Bengalrot von pathologischen Werten wurde nur selten, bei 21 % der Faelle gefunden. Die hierbei bestimmten Werte von 3-6 erlauben keine klaren Rueckschluesse.

3. Die Galaktoseprobe zeigte pathologische Werte in einigen Faellen, von Herzinsuffizienz, Faelle von gleichzeitigem Tbc. und Alkoholismus. In den anderen Faellen wies die Galaktosekurve einen verzoeagerten Anstieg auf, mit hypoglycaemischen Werten bei der 1. oder 2. Blutentnahme nach dem Galaktosetrunk und darauffolgendem Anstieg zu Werten ueber dem Ausgangswert oder aber dauernden hypoglycaemischen Werten.

4. Betr. der Rolle der Proteine war durch die Bestimmung des Desaminierungsindex keine Klarheit zu gewinnen. Dieser schwankte innerhalb normaler Grenzen oder aber nuchert sich diesen sehr stark.

5. Eine Hypophosphoraemie wurde in 75 % der Faelle angetroffen, sowohl betr. des organisch —, wie anorganisch gebundenen P. Sehr niedrige Werte wurden bein sehr schweren Fallen von Herzinsuffizienz beobachtet, sodass auf Grund solcher Werte die Stellung einer schlechten Prognose gerechtfertigt erscheint. In mehreren dieser letztgenannten Faelle trat der exitus letale binnen kuerzester Zeit ein.

QUADRO GERAL

Observações	Diagnóstico e estado da doença	Hjman van den Bergh (mgr.)			Prova da galactose								I. C.			Fósforo	
		d	d	d	Glicemia mgrs. %				Açúcar na urina				N não lipoproteico	I. C.	P. inorgânico	P. orgânico	P. Total
					1/2 h.	1 h.	1 1/2 h.	2 h.	8 horas	16 horas	Vol.	Ac.					
I	Insuficiência mitral; tuberculose pulmonar. Assistolia.	2,7	r. d. ret. 3,9	187	212	230	240	240	150	6,68	460	0	294	0,4	—	—	—
II	Insuficiência mitral. Pequena insufic. cardíaca.	1,1	r. d. ret. 3	100	145	200	150	110	110	5,04	600	0	196	0,25	—	—	—
III	Insuficiência aórtica. Fígado bem palpável.	2	r. d. ret. 4,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	220	0,23	—	—	—
IV	Insuficiência mitral; Fibrilação auricular. Subicterícia.	3,1	r. dir. ^a 1,1	78	78	78	97	97	330	0	675	0	282	0,10	28,9	260,1	289,1
V	Insuficiência mitral. Hipossistolia. Fígado grande e doloroso.	3,8	r. d. ret. 2,9	72	75	102	88	75	890	0	860	0	258,2	0,22	39	288,3	327,3
VI	Miocardite. Insufic. cardíaca. Fígado grande e doloroso.	1,14	r. dir. ^a 3,9	87	86	93	86	84	450	0	350	0	788,5	0,22	31,98	334,22	367,2
VII	Sifilis cárdio-vascular. Insuficiência ventricular eq. Fígado mt.º grande.	3,2	r. d. 60 3,5	106	92	113	117	104	—	—	—	—	315	0,20	35,7	278,8	314,5

VIII	Taquissístolia auricular. Pequena insuficiência cardíaca. Fígado palpável e doloroso.	2,5 r. d. ret. 2,25 ‰/100	75	70	80	90	108	108	800	0	500	0	327	22	0,07	30	292,5	322,5
IX	Assístolia. Fígado grande e doloroso.	1,2 r. d. ret. 1,3 ‰/100	70	70	80	90	91	76	450	0	100	0	605,8	176,8	0,29	17,2	232,8	250
X	Doença de Ayerza. Coração hipertrofiado, excepto a aurícula direita.	1,8 r. d. ret. 5,45 ‰/100	88	75	84	84	92	86	175	0	280	0	301	54	0,14	28,5	309	427,5
XI	Fibrilação auricular. Insufic. ^a cardíaca. Fígado grande e doloroso.	2,4 r. d. ret. 1,75 ‰/100	73	83	83	—	77	450	0	1950	0	805	—	—	—	33	342	375
XII	Taquiarritmia. Hipertrofia cardíaca total.	1,84 r. d. ret. 3,55 ‰/100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26,3	433	459,3
XIII	Pequena insuficiência cardíaca.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22,3	232,3	254,6
XIV	Insuficiência mitral. Grande insufic. ^a cardíaca. Fígado grande e doloroso.	5,5 r. dir. 22,5 ‰/100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15,1	322,4	337,5
XV	Hipertrofia cardíaca. Hipertensão. Albuminúria. Sífilis.	0,82 r. ind. 3,35 ‰/100	82	103	103	92	89	500	0	1000	0	488	10,3	0,21	29	230	275	

XXII	Insuficiência cardíaca. Sífilis. Alcoolismo. Fígado grande e doloroso.	2,6 1,4 ‰	1,32 1,32	135	164	105 ?	123	119	250	0	1160	0	375	29	0,10	44,0	200,7	223,0
XXIII	Insuficiência mitral. Miocardite. Edemas. Fígado doloroso.	7,4	r. dir. ^a 12,5 ‰	114	144	92 ?	114	103	100	0	240	0	—	—	—	20,3	374,2	394,5
XXIV	Aortite. Hipertrofia do coração. Fígado grande.	1,5	r. d. ret. 2,60 ‰	138	191	147	128	138	480	Vestígios	1210	0	397	54	0,13	40	535	575
XXV	Insuficiência mitral. Miocardite. Fígado doloroso. Ascite e edemas.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20,8	145,7	166,5
XXVI	Parquinonismo. Miocardite. Fígado doloroso. Ascite e edemas.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21,2	216,8	238
XXVII	Insuficiência aórtica. Doença de Hodgson. Fígado palpável.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17,2	120	146,2

I. B. P. — Índice Biliar Plasmático. R. B. — Rosa Bengala. I. C. — Índice de Clivagem.

Observações	Diagnóstico e estado da doença	d. d. i.	Hijmans van den Bergh (mgr.)	Prova da galactose										I. C.			Fósforo				
				Glicemia mgrs. %						Açúcar na urina				N não proteico	N polipeptideo	I. C.	P. inorgânico	P. orgânico	P. total		
				J	1/2h	1 h.	1 1/2 h.	2 h.	8 horas Vol. Aç.	16 horas Vol. Aç.	700	750	750							750	
														115	112	117	145	163	265		275
XVI	Insuficiência ventricular esq. Hipertensão. Diabetes.	3	r. d. ret. 4,0 ‰	145	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	766,7	—	—	12,5	195,8	208,3
XVII	Insuficiência mitral. Fibril. auricular. Insufic. cardíaca. Fígado grande e doloroso.	4	r. d. ret. 11,4 ‰	110	87	83	59	99	—	—	—	—	—	—	—	616	70	0,11	80	284,5	364,5
XVIII	Taquiarritmia. Fígado ligeiramente doloroso.	2,94	r. d. ret. 6,5 ‰	74	97	96	83	83	100	0	300	0	678	118	0,17	17	514,3	531,3			
XIX	Cardio-renal: grande coração. Hipertensão. Albuminúria. Grande fígado.	0,84	r. d. ret. 0,75 ‰	75	91	84	82	87	—	—	—	—	1316	763	?	0,57	181	250			
XX	Miocardite alcoólica. Albuminúria. Fígado grande, irregular e doloroso.	3,7	r. d. ret. 14,5 ‰	87	87	100	84	78	360	—	750	0	620	75	0,12	20	242	262			
XXI	Hipertrofia ventricular esq. Fígado grande e doloroso.	—	r. d. ret. 4,1 ‰	115	112	117	145	163	265	—	275	0	577	52	0,09	12,5	327,5	340			

XXII Insuficiência car-

2,6 r. d. ret. 1,32 ‰

164

105

123

119

250

0

1100

0

375

59

0,10

18,5

327

340

XXII	Insuficiência cardíaca. Sífilis. Alcoolismo. Fígado grande e doloroso.	2,0	r. d. ret. 1,32	135	164	105	123	119	250	0	1100	0	272	29	440	394,5
			1,4 ‰			?										
XXIII	Insuficiência mitral. Miocardite. Edemas. Fígado doloroso.	7,4	r. dir. ^a 2,5	114	144	92	114	103	106	0	240	0	—	—	20,3	374,2
			12,5 ‰			?				Vestígios						
XXIV	Aortite. Hipertrofia do coração. Fígado grande.	1,5	r. d. ret. 2,7	138	191	147	128	138	480	1210	0	307	54	0,13	40	535
			2,60 ‰													575
XXV	Insuficiência mitral. Miocardite. Fígado doloroso. Ascite e edemas.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20,8	166,5
XXVI	Parquinsonismo. Miocardite. Fígado doloroso. Ascite e edemas.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21,2	238
XXVII	Insuficiência aórtica. Doença de Hodgson. Fígado palpável.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17,2	146,2

I. B. P. — Índice Biliar Plasmático. R. B. — Rosa Bengala. I. C. — Índice de Clivagem.

BIBLIOGRAFIA

- E. FOLEY — *Arch. Int. Med.* Vol. 45. N.º 2. 1930.
- H. GREENE, A. SNELL and W. WALTERS — *Arch. Med. Int.* Vol. 36. Pág. 248 e 542. 1925.
- H. GREENE, MC-VICAR, ROWNTREE and WALTERS — *Arch. Int. Med.* Vol. 36. Pág. 418. 1925.
- F. THIÉBAUT — *Thèse.* 1932.
- KARL KLINK (Breslau) — *Der Mineralstoffwechsel.* 1931.
- F. KRAUSE — *Klinische Wochenschrift.* Tómo IX. 1930.
- RAHIER — *La Presse Médicale.* N.º 46. 1931.
- MARCEL LABBÉ, BOULIN et PETRESKO. — *La Presse Médicale.* N.º 45- 1931.
- BRULÉ et ALTHANSEN — *La Presse Médicale.* N.º 9. 1932.
- RENÉ OLIVIER — *La Médecine.* N.º 15. 1929.
- P. DROUET — *Revue Méd. Chirurgicale.* Tómo V. N.º 3. 1930.
- TARSITANO — *La Riforma Medica.* N.º 44. 1930.
- FIESSENGER, MICHAUX et HERBAIN — *Revue de Médecine.* N.º 10. 1930.
- H. SHAY, E. SCHLOSS and I. RODIS — *Arch. Int. Med.* Vol. 47. N.º 4. 1931.
- ROLLESTON and MC-NEE — *Diseases of the liver, Gall-Bladder and Bile ducts.* 1929.
- FIESSENGER, OLLIVIER et HERBAIN — *Diagnostics biologiques.* 1929.
- MÁRIO MOREIRA — *Lisboa Médica.* Pág. 503. 1928.
- MÁRIO ROSA e ROSÁRIO COSTA — *Lisboa Médica.* Pág. 565. 1928.
- ED. ANDREWES — *Arch. Int. Med.* Vol. 38. Pág. 136. 1926.
- H. GREENE and H. COMER — *Arch. Int. Med.* Vol. 38. Pág. 167. 1926.
- SHAY, SCHLOSS, MILTON and BELL — *Arch. Int. Med.* Vol. 47. Pág. 331. 1931.
- RATHERY, GIBERT et LAURENT — *Bull. Soc. Chi. Biol.* Tome XIV. Pág. 327.
- M. LABBÉ — *Annales de Médecine.* Tome XXIX. N.º 2. 1931.
- FIESSENGER et DIERYCK — *Annales de Médecine.* Tome XXIX. N.º 2. 1931.
- CHIRAY et THIÉBAUT — *Les fonctions hepato-biliaires* — 1930.
- A. B. MARFAN — *La Presse Méd.* N.º 30. 1932.
- PUECH et CRISTOL — *Ann. Méd.* Tome 25. N.º 1. 1929.
- HARNO HAYASHI (Tokio) — *La Presse Médicale.* N.º 44. 1929.
- P. E. MORHARDT — *La Presse Médicale.* N.º 46. 1929.
- CHABANIER, LOBO-ONELL et LELU — *La Presse Médicale.* 20-VIII-929.
- GALART et CASAS — *La Presse Médicale.* 23-IX-1931.
- L. RIMBAUD, BALMÉS et A. MARTIN — *La Presse Médicale.* 11-II-931.
- CHIRAY et Amy — *La Presse Médicale.* N.º 20. 1931.
- O. BODE — *Deutsches Arch. Klin. Méd.* N.ºs 1 e 2. 2-III-931.
- P. VIOLLE — *La Presse Médicale.* 19-IV-1930.
- LOEPER et ANDRÉ LEMAIRE — *La Presse Médicale.* 1-I-1930 e 8-X-930.
- ROUZAUD et SOULA — *Arch. Méd.* Séance 15-XII-930.
- KISTINOS et GOMEZ — *La Presse Médicale.* 8-X-931.
- R. BOLLER und KUTSCHERA-AICHBUGEN — *Deutsches Arch. für Klin. Med.* Tómo CLXVII. N.ºs 1 e 2. 1930.
- FIESSENGER et WALTER — *La Presse Médicale.* 10-XII-930.

- P. COMMIDGE — *The British Med. Journal*. N.º 3617. 1930.
- HUGO DE CASTRO — *La Presse Médicale*. 4-IX-1929.
- FIESSENGER, JOURDAIN et TOISOUL — *La Presse Médicale*. 25-IX-929.
- JEAN DEMOOR — *La Presse Médicale*. 27-VII-1929.
- GOFFIN — *Soc. Clin. des Hôp. de Bruxelles*. Séance 12-X-929.
- FIESSENGER et SCHRUMPF — *C. R. Soc. Biol.* Tome CIX. N.º 4. 1932
- LABBÉ, BOULIN et PETRESKO — *C. R. Soc. Biol.* Tome CIX. N.º 5 e 6. Pág. 419
1932.
- LABBÉ, FABRYKANT et PETRESKO — *C. R. Soc. Biol.* Pág. 1087, 1089, 1092. Tome II
Soc. Biol. Séances 11-VII-1931, 17-X-931 e 7-XI-931.
- DORA POTICK — *C. R. Soc. Biol.* Tome CIX. N.º 4. 1922
- ETIENNE CHABROL, CHARONAT et BUSSON — *C. R. Soc. Biol.* Tome II. 1931.
- B. VALERA-J.ESCULIES — *C. R. Soc. Biol.* Tome II. 1931.
- LESNÉ, ZIZINE et BRISKAS — *C. R. Soc. Biol.* N.º 6. 1932.
- F. MOUTIER et L. CAMUS — *Arch. des Maladies de l'app. digest et de la Nu-
trition*. Tome XVIII. 10-XII-928.
- M. LABBÉ et NÉPVEUX — *Soc. Méd. des Hôp.* 22-II-929.
- M. LABBÉ et FABRYKANT — *Bull. et Mém. Soc. Hôp. Paris*. N.º 5. 1932.

TRATAMENTO DAS FLEGMASIAS AGUDAS
DO PULMÃO
PELAS INJECCÕES INTRAVENOSAS DE ALCOOL

POR

DIOGO FURTADO

e

FERNANDO DA SILVA ARAÚJO

Os recentes trabalhos dos autores polacos A. Landau, M. Fejgin e J. Bauer (*Presse Médical*, n.ºs 29 e 114, de 1931) sôbre o tratamento das flegmasias pulmonares agudas pelas injeccões intravenosas de alcool a 33 0/0, trouxeram novamente para o campo científico o velho problema da acção e da eficácia terapêutica dêsse farmaco.

A ingestão de alcool, clássica no tratamento dos estados pneumónicos, em fins do século passado, após os estudos e a vulgarização que dela fêz Todd (Robert Bentley Todd, «Clinical lectures on certain acute diseases», Londres 1867), sofreu, nos últimos tempos, rudes ataques, por parte, até, de opiniões das mais autorizadas. Merece referência, entre estas, a do consagrado director do Western Fever Hospital de Londres, J. D. Rolleston, que, ainda bem recentemente, condenava sistematicamente o seu emprêgo (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 2 de Abril de 1932).

A despeito de tal, porém, a própria ingestão de alcool continua, ainda, a merecer as honras de discussão, e Abrahams (*The Practitioner*, Março de 1931), baseado na larga casuística de 58 doentes de pneumonia franca, tratados por essa forma, preconiza-a como excelente.

O emprêgo do alcool por via endovenosa, é, pelo contrário, de uso muito recente; a idea dêsse tratamento, oriunda dos três autores acima citados, nasceu do reconhecimento de que essas injeccões, inicialmente recomendadas por Thurz para doenças cancerosas e septicemias graves (infecção puerperal, endocardite maligna, etc.), influíam quasi que electiva e exclusivamente sôbre

as complicações pulmonares dessas doenças. Limitaram, assim, o emprêgo do alcool a 33 0/0, por via intravenosa, a infecções pulmonares agudas, sobretudo àquelas com nítida tendência para supuração ou gangrena; a-pesar do escasso número de casos publicados por êsses autores, 6 ao todo, a perfeita documentação clínica que os rodeia leva-os a afirmar como de grande valor o método terapêutico ensaiado, «quási específico pelos resultados conseguidos». Procuram explicar a acção terapêutica, admitindo que o alcool, invadindo o tecido pulmonar, através do sistema venoso e coração direito, seja fixado pelo retículo endotelial do pulmão, de molde a permitir a acção do seu poder bactericida. A via intravenosa permitiria assim ao medicamento escapar-se à barreira hepática e à concomitante desagregação, que o inutilizaria sob o ponto de vista germicida.

Pelo nosso lado, porém, preferimos adoptar uma outra explicação, menos fantasista, talvez, mas mais consentânea com o que se conhece da farmacologia do alcool. Êste farmaco actua sôbre a respiração, tornando-a mais profunda, fazendo, portanto, com que aumente a quantidade de ar que passa no pulmão na unidade de tempo, conseqüência de uma aumentada excitabilidade dos aparelhos sensoriais receptores dos estímulos determinantes da função respiratória, de um aumento da actividade muscular, e talvez até de uma excitação directa do centro respiratório (Williams). Por outro lado, o alcool queima-se quási integralmente no organismo, produzindo um aumento de calor e, conseqüentemente, um aumento do anidrido carbónico que passa através do pulmão.

Assim, a administração brusca de uma dose elevada de alcool, directamente vertido na circulação, compreende-se que poderá criar uma situação eminentemente favorável à resolução de qualquer processo de condensação alveolar (1).

Após sucessivos ensaios, assentaram os autores do método em doses terapêuticas diárias de 20 a 30 c. c. de alcool a 33 0/0,

(1) Durante a publicação dêste trabalho, e a propósito da terapêutica pelo alcool dos abscessos pulmonares, voltaram A. Landau e S. Kaminer (*Presse Médicale*, 10 de Agosto de 1932) a insistir na sua idea sôbre o mecanismo da acção do alcool, preconizando-o agora, também, no grupo das afecções purulentas do pulmão.

em sôro fisiológico, por via intravenosa. Acidentes ou contra-indicações, não as apontam os autores, nem nós as vimos, desde que se excluam as primitivas doses de Thurz (200 c. c. e mais); apenas por vezes se queixam os doentes de leve dor no trajecto venoso, quando se faz a injecção.

A inocuidade do método e os bons resultados que lhe eram atribuídos, levaram-nos a ensaiá-lo no rico material clínico que, no Serviço de Isolamento dos Hospitais Cívicos, diariamente, nos passa pelas mãos.

Apresentamos aqui os resultados obtidos nos primeiros casos tratados, agrupando-os, para facilidade de crítica, em três grupos: 1) Pneumonia lobar franca; 2) Broncopneumonia do sarampo; 3) Broncopneumonia da influenza.

PNEUMONIAS

Caso I. — J. S. L., 18 anos. Entrado a 20-I-932. Alta, curado, a 7-II-932.
H. P. — Doente em casa havia 4 dias. Início brusco com arrepio e febre

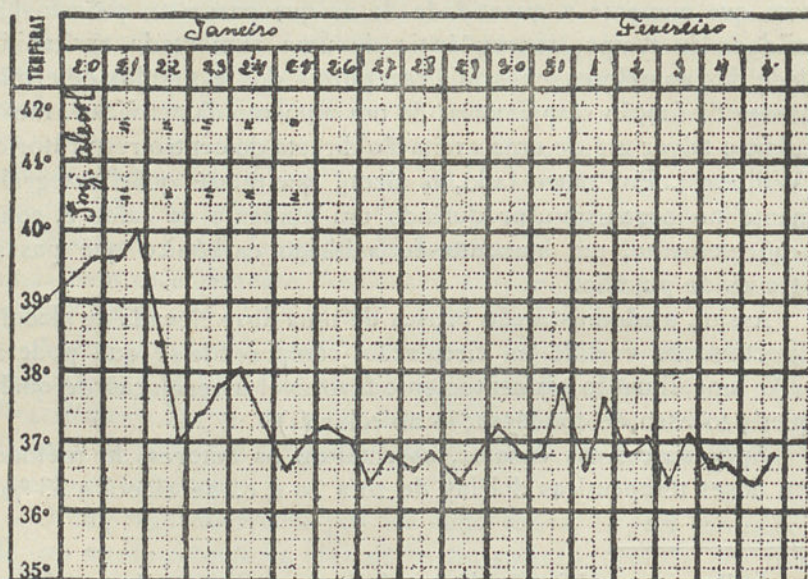
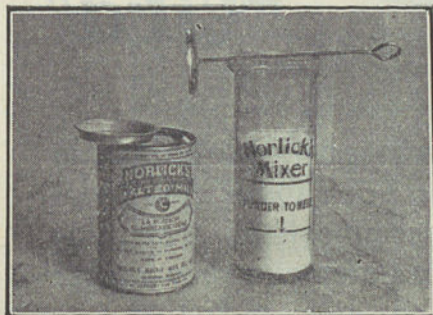


Fig. 1. — Caso I. Pneumonias

elevada, pontada intensa na base direita ao nível da linha axilar anterior. Rara expectoração, só ontem tomando côr de teijolo.

HORLICK'S

PARA
As Mães
QUE
Amamentam



“Não nos resta duvida de que um Leite Maltado como o Horlick's, possuindo uma elevada quantidade de hidratos de carbono, como o malte, é um poderoso estimulante da secreção do leite”.

“MODERN METHODS OF FEEDING IN INFANCY & CHILDHOOD”
D. Paterson & J. F. Smith.

A opinião acima transcrita, do valor do Leite Maltado Horlick's como galactogéneo, é partilhada por muitos membros da Classe Médica e Enfermeiros. Horlick's é um leite puro, rico, combinado com extractos nutritivos de cevada maltosada e trigo; evaporado até secagem no vacuo, a baixa temperatura, para lhe conservar todas as propriedades alimenticias. Actualmente, quando a importância da amamentação materna é novamente preconizada com toda a insistência, não é demais encarecer as vantagens de uma bebida agradável que não só fornece às mães um alimento de elevado poder, como também auxilia poderosamente a secreção mamária.

Unicos importadores:

Estabelecimentos

Jerónimo Martins & F.º

13, Rua Garrett, 23 — LISBOA

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

Solução com a concentração de 26,13%
de "3 acetylaminio 4 oxyphenylarsinato de diethylaminoethanol"
Um centimetro cubico corresponde a 0 gr. 05 de arsenico.

**Medicação arsenical rigorosamente indolora
pelas vias subcutaneas e intra-musculares.**

FRACA TOXIDEZ — TOLERANCIA PERFEITA — NADA DE ACUMULAÇÃO
SEGURANÇA DE EMPREGO EM DOSES ELEVADAS ACTIVAS

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar: em "doses fortes", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).

em "doses fraccionadas repetidas", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injectções.

Empolas de ARSAMINOL de 3 cc. (0 gr. 15 de As) e de 5 cc. (0 gr. 25 de As).

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{le} — PARIS

GIMENEZ-SALINAS & C.^o, 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

Prokliman "Ciba"

Associação racional de hormonio ovariano e de substancias sedativas descongestivas e reguladoras do sistema cardiovascular

Vidros de 40 drageas.

Específico dos transtornos da

Menopausa

Amostras e literatura:

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128, LISBOA,
unico representante dos Productos "Ciba" em Portugal



Observação. — *Facies* vultuoso, discreta dispnea. Ao exame clínico hepatização da base direita, na qual dominam fervores crepitantes e acentuada broncofonia. Discreto atrito pleural. Temperatura, 40°,1.

Diagnóstico — Pneumonia lobar direita.

Caso II. — H. D. A., 12 anos. Entrado a 30-I-932. Alta, curado, a 9-II-932.

H. P. — Há dois dias pontada súbita na região juxta mamilar direita,

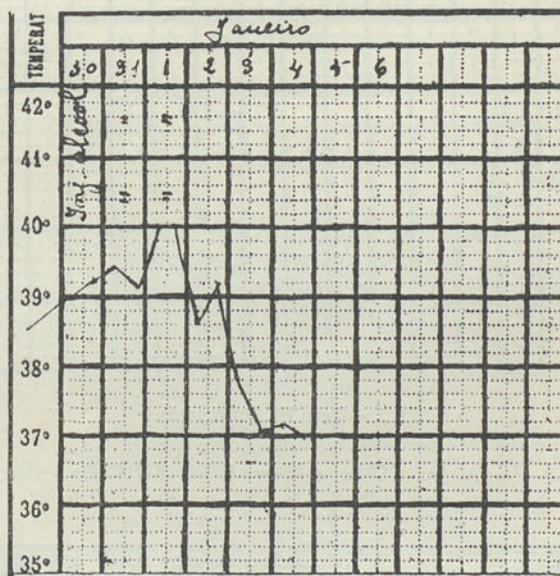


Fig. 2. — Caso II. Pneumonias

acompanhando-se de frio e febre elevada. Pouca tosse. Expectoração amarelada.

Observação. — *Facies* febril, com discreta cianose. Pelo exame clínico reconhece-se hepatização pulmonar da base direita, com sôpro tubário na região axilar, orlado de fervores crepitantes. Temperatura, 39°,5.

Diagnóstico — Pneumonia lobar direita.

Caso III. — Entrado a 26-II-932. Alta, curado, a 7-III-932.

H. P. — Início brusco há 4 dias, com arrepio, seguido de temperatura elevada e pontada intensa na região juxta mamilar esquerda. Tosse penosa.

Observação. — *Facies* levemente cianótico. Herpes labial. Expectoração côr de tejo, agarrando-se às paredes do escarrador. Ao exame reconhece-se extensa hepatização lobar esquerda (base). Intenso sôpro tubário, sem fervores de retôrno.

Diagnóstico — Pneumonia lobar esquerda.

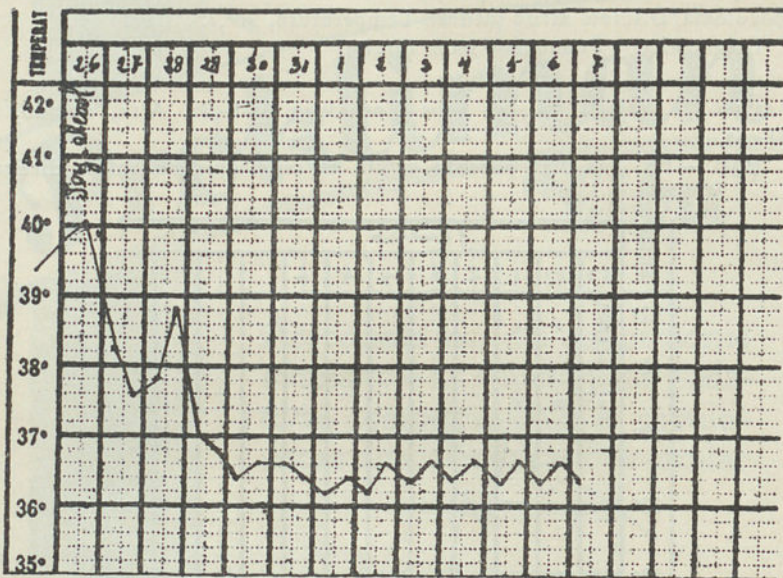


Fig. 3. — Caso III. Pneumonias

CASO IV. — M. A. P., 18 anos. Entrado a 16-III-932. Alta, curado, a 5-IX-932.

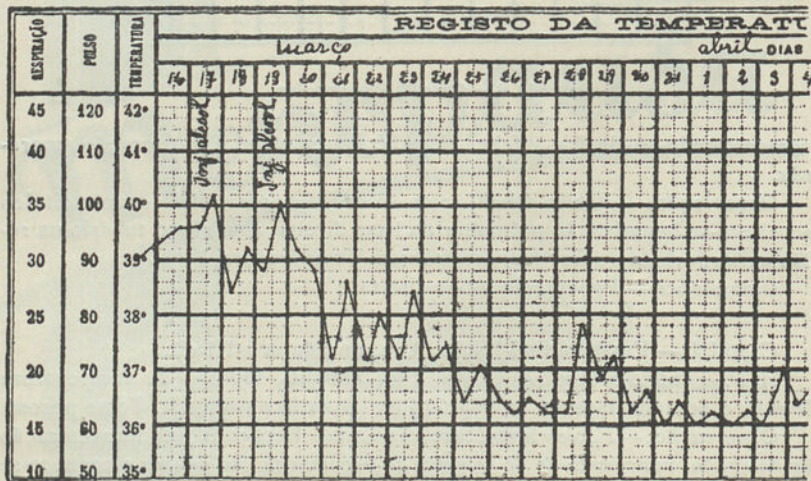


Fig. 4. — Caso IV. Pneumonias

H. P. — Doente havia 2 dias. Início brusco com arrepio, seguido de temperatura elevada. Cefaleias.

Observação. — Expressão ansiosa. Herpes labial. Dispnea. Rara expectoração fibrinosa com discretos laivos hemáticos. Pelo exame reconhece-se hepatização extensa ao nível da base direita, em que domina um sôpro tubário bem patente, orlado de ferveres crepitantes.

Diagnóstico — Pneumonia lobar direita.

CASO V. — M. O., 23 anos. Entrado a 1-IV-932. Alta, curado, a 6-IV-932.

H. P. — Doente em casa havia 6 dias. Início brusco com calafrio, seguido de temperatura alta. Pontada intensa na região juxta mamilar direita. Tosse

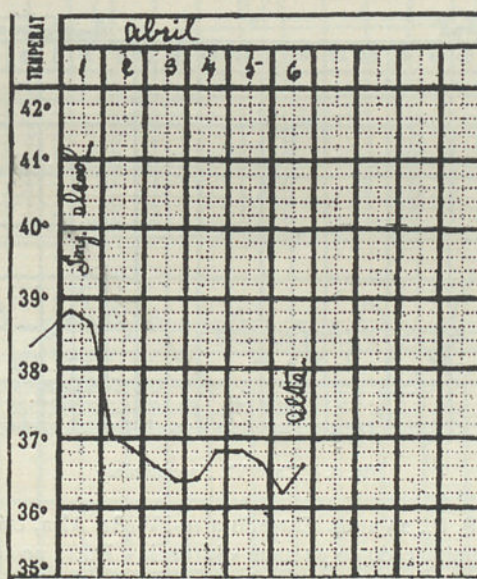


Fig. 5. — Caso V. Pneumonias

discreta. Mantém-se aproximadamente no mesmo estado desde o início da doença. Há 2 dias refere expectoração de côr atejolada.

Observação. — Expressão ansiosa com *facies* levemente cianótico. Herpes labial. Expectoração côr de teijolo, fibrinosa. Pelo exame reconhece-se hepatização extensa da base direita, sôbre a qual se destaca intenso sôpro tubário com abundantes ferveres de retôrno.

Diagnóstico — Pneumonia lobar direita.

CASO VI. — C. F. S., 30 anos. Entrado a 15-IV-932. Alta, curado, a 10-V-932.

H. P. — Adoeceu bruscamente há 6 dias, em casa, com arrepio seguido

de temperatura elevada e de pontada difusa no hemitórax direito. Tosse frequentemente. Pouca expectoração e de carácter fibrinoso.

Observação. — Doente pálido, com expressão angustiosa. Dispneico. Muito emmagrecido. Confusão mental. Delírio onírico, sem agitação. Ao exame encontra-se uma zona bem marcada de hepatização, correspondendo topograficamente ao lobo médio direito, com intenso sopro tubário, esboçando já fer-vores de retôrno.

Análises. — De expectoração: não revelou a existência de *B. Kock*. Fórmula leucocitária: glóbulos brancos, 14.000; neutrófilos, 81 %; eosinófilos, 0; basófilos, 0; linfócitos, 16 %; leucócitos, 3 %.

Diagnóstico — Pneumonia lobar direita (lobo médio).

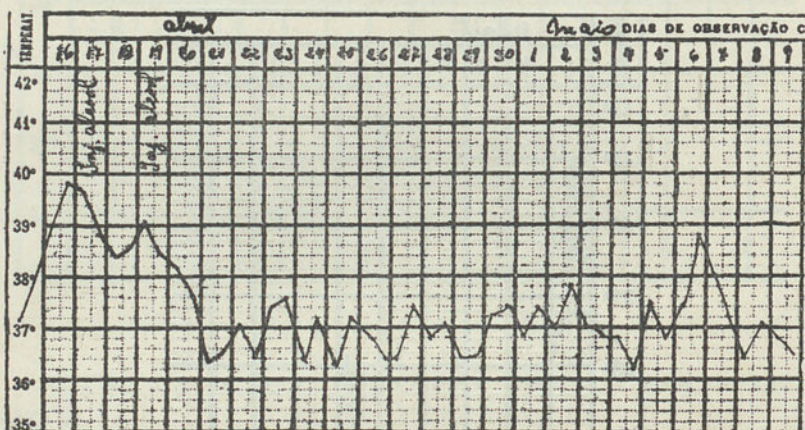


Fig. 6. — Caso VI. Pneumonias

Caso VII. — P. P., 29 anos. Entrado a 19-IV-932. Alta, curado, a 9-V-932.

H. P. — Desembarcado do paquete «Saturnia». Entra no serviço delirante, com intensa agitação psicomotriz, coberto de suores profusos. Informam-nos de que adoecera havia 2 dias.

Observação. — *Facies* cianótico. Herpes labial e nasal. Dispnea acentuada. Tosse penosa. Expectorção fibrinosa, apresentando alguns escarros laivos hemáticos.

Língua sêca e cheia de fuliginosidades e com intensa sacaromicose bucal. Hálito acidósico acentuado. Delírio onírico, com intensa agitação. Pulso com raras extra-sístoles, fraca recorrência e amplitude. Temperatura 39°8.

Pela palpação e percussão delimita-se extensa zona de condensação na base direita; pela auscultação numa faixa reduzida ao nível da linha axilar ouvem-se fer-vores crepitantes; sopro bronquial audível em tôda a base dêsse lado.

Nos quatro dias seguintes, agravamento progressivo do estado geral, o doente exonera-se no leito. Pulso filiforme. A expectoração chegou, no dia 23, a ser nitidamente hemática.

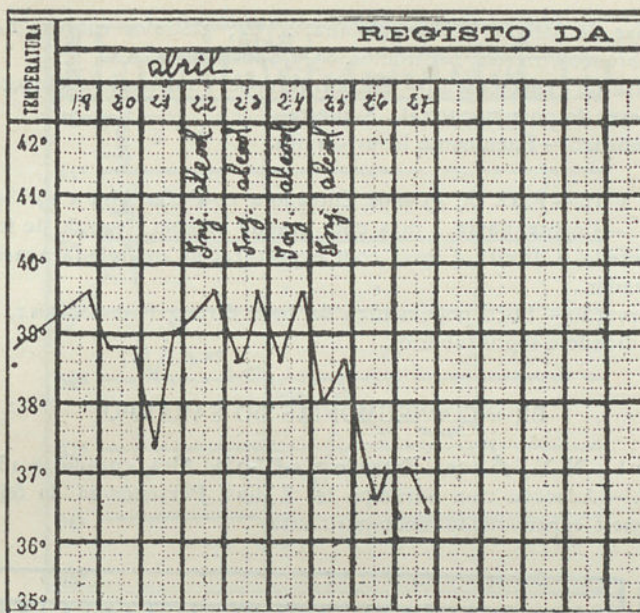


Fig. 7. — Caso VII. Pneumonias

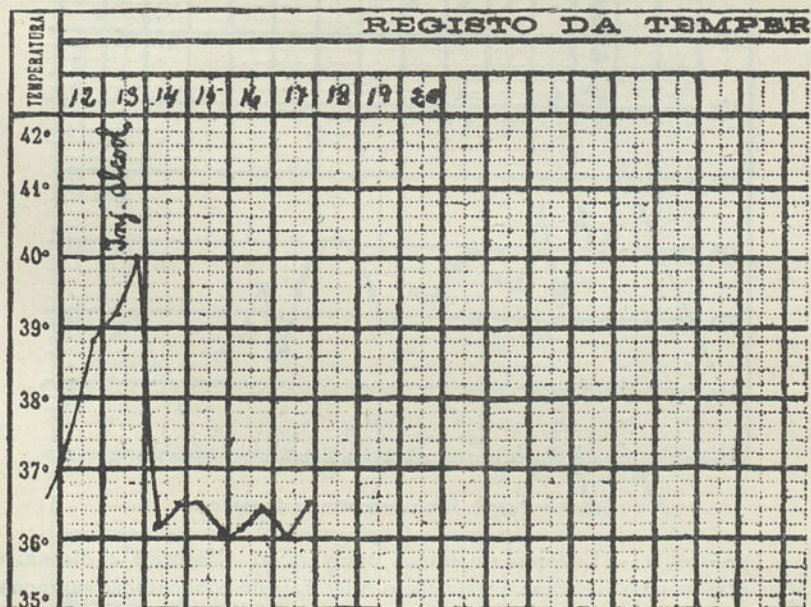


Fig. 8. — Caso VIII. Pneumonias

Análise de sangue. — Hemoglobina, 48 %; glóbulos rubros, 2.480.000; glóbulos brancos, 20.100; neutrófilos, 89 %; eosinófilos, 0,2.

Análise de expectoração — Encontraram-se numerosos diplococos com os caracteres do pneumococo (L. Figueira).

Diagnóstico — Pneumonia lobar direita.

Caso VIII. — F. G. O., 19 anos. Entrado a 12-V-32. Alta a 19-V-32.

H. P. — Doente havia 3 dias com grande arrepio, seguido de febre elevada, pontada à direita e tosse com expectoração amarelada agarrando se ao escarrador.

Observação — Foco pneumônico da base direita (submaciszez, com hipervibratilidade e sôpro tubário).

BRONCOPNEUMONIAS DO SARAMPO

Caso I — N. V., 16 anos. Entrado a 1-IV-32. Alta, curado, a 13-IV-32.

H. P. — Adoeceu com sarampo há 8 dias. Persistência da febre, com muita tosse e expectoração muco-purulenta.

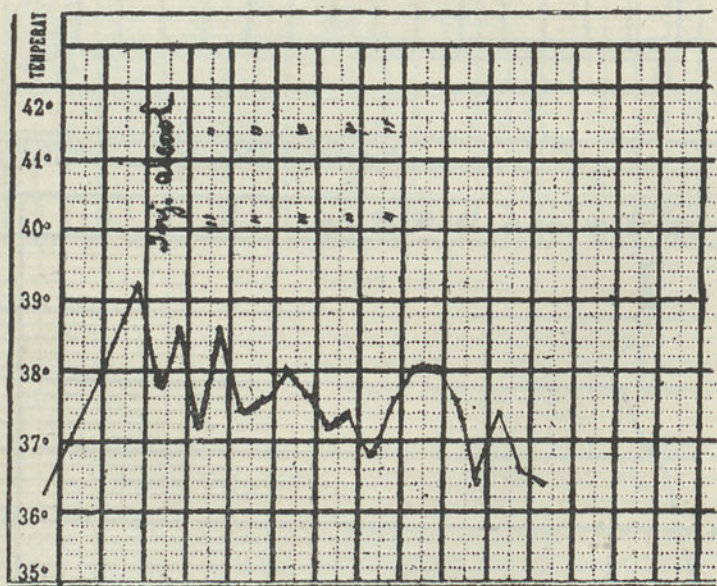


Fig. 9. — Caso I. Broncopneumonia do sarampo

Observação. — Erupção em franca desapareição. Cianótico e dispneico. Mau estado geral. Exame revela focos bilaterais de condensação pulmonar em períodos diferentes de evolução.

Diagnóstico — Broncopneumonia post-sarampo.

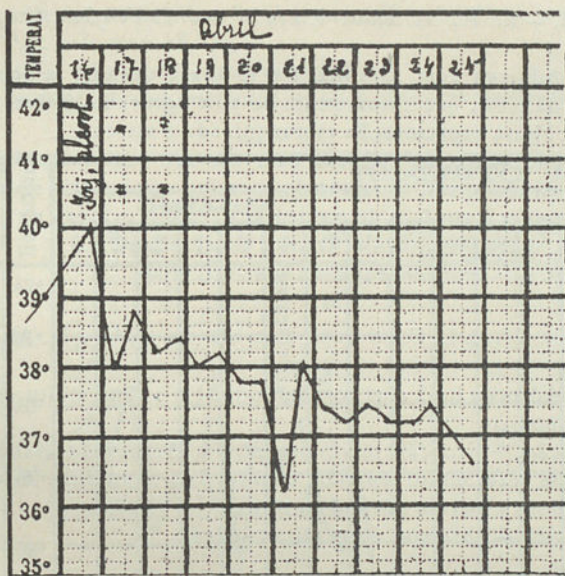


Fig. 10. — Caso II. Broncopneumonia do sarampo

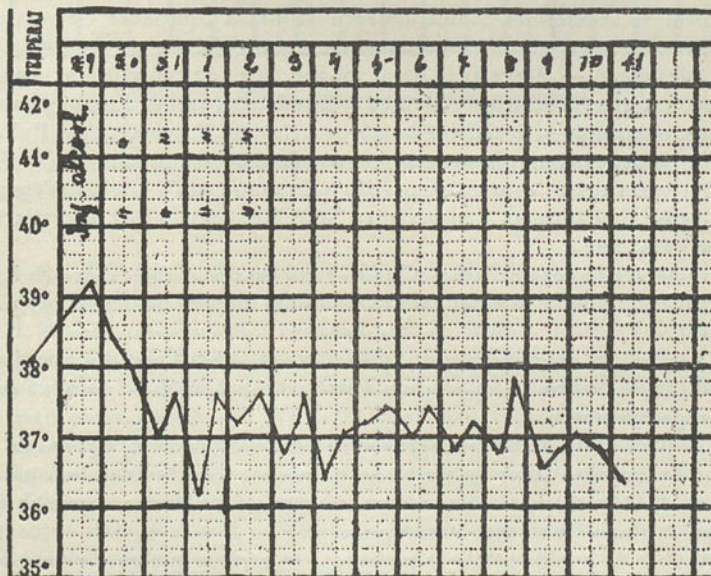


Fig. 11. — Caso III. Bronquite capilar

CASO II. — R. F., 21 anos. Entrado em 15-IV-932. Alta, curado, a 28-IV-932.

H. P. — Adoeceu com sarampo há 15 dias; durante a convalescença, persistência de tosse, que ultimamente se tem agravado. Febre elevada em torno de 39°. Muita expectoração esbranquiçada e viscosa.

Observação. — *Facies* vultuoso com cianose acentuada. Dispnea aparente. Mau estado geral. O exame do aparelho respiratório revela sinais difusos de bronquite e um foco de condensação muito extenso na base direita (submacis sez, sôpro brônquico e fervores subcrepitantes).

Diagnóstico — Broncopneumonia post-sarampo.

CASO III. — A. J. L. F., 9 anos. Entrado em 29-III-932. Alta, curado, a 11-IV-932.

H. P. — Adoeceu há 5 dias com sarampo. Há 2 dias muita tosse, de carácter espasmódico.

Observação. — Erupção morbilosa nítida. Acentuada cianose e muita dispnea. Tosse sêca, muito repetida, com respiração ruidosa. Ao exame, muitos fervores finos esparsos por todo o tórax.

Diagnóstico — Sarampo. Bronquite capilar.

BRONCOPNEUMONIAS DA INFLUENZA

CASO I. — A. M. M., 10 anos. Entrado a 6-II-932. Alta, curado, a 22-II-932.

H. P. — Entrado no Serviço com o diagnóstico de febre tifóide, feito na admissão. Informam-nos de que adoeceu há 7 dias com febre elevada e contínua.

Observação. — Mau estado geral; obnubilação da consciência, acentuada adinamia. *Facies* levemente cianótico com sudação patente. Linguagem entrecortada, queixando-se insistentemente de cefaleias. Língua tífica. Pulso frêquente, de pequena amplitude e sem recorrência.

Por vezes tosse; rara expectoração esbranquiçada e viscosa. Ventre discretamente timpanizado. Temperatura 39°,8. Não há vômitos, nem diarreias; não se palpa baço.

De notável no exame físico: ligeiro rigor da nuca com esbôço de Kernig, que justificou punção lombar (mostrou líquido límpido de tensão normal, vd. análise).

O exame do aparelho respiratório mostrou, além duma discreta dispnea, sinais difusos de bronquite com um foco broncopneumônico bem patente do lobo superior direito.

O estado geral do doente agravou-se progressivamente, a ponto de 3 dias depois da entrada existir uma cianose acentuada com lividez das mucosas, expectoração purulenta e abundante, com pulso filiforme; no dia 10 encontraram-se sinais de colapso cardiovascular.

Análise do líquido céfalo-raquidiano, não revelou qualquer alteração.

Análises de sangue. — Kayser e Widal, negativos.

Exame citológico. — Glóbulos rubros, 3.750.000; glóbulos brancos, 19.500;

forma leucocitária: neutrófilos, 80 %; eosinófilos, 0,2 %; basófilos, 0; monócitos, 4,3 %; linfócitos, 15,5 %.

Diagnóstico. — Broncopneumonia gripal.

Evolução. — Evidentes melhoras após a primeira injeção de álcool:

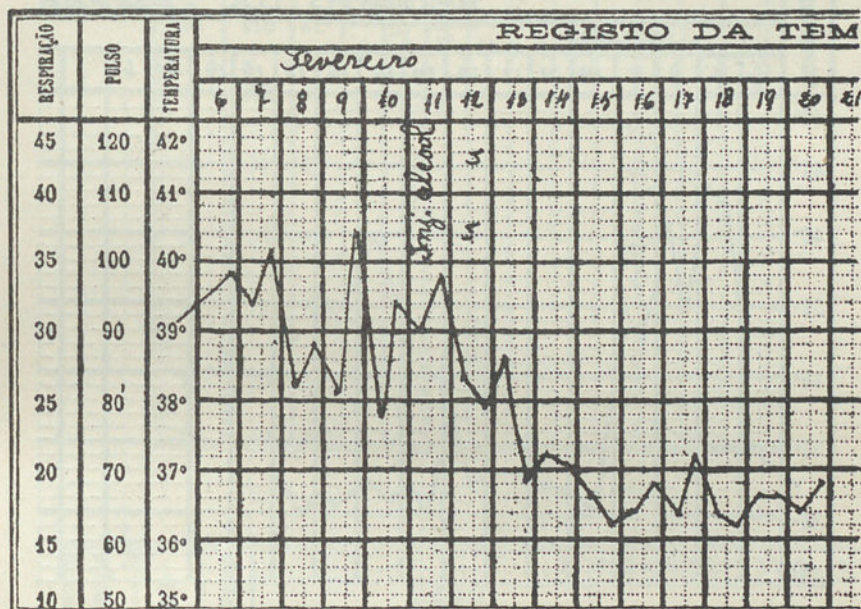


Fig. 12. — Caso I. Broncopneumonia de influenza

queda da temperatura, diminuição da cianose e da dispneia. Marcha rápida para a cura.

CASO II. — B. A. C., 16 anos. Entrado a 6-II-932. Alta, curado, em 17-II-932.

H. P. — Doente há 6 dias em casa, com febre alta, catarro naso-faríngeo, tosse seca e sensação de fraqueza geral. Artralgias bem marcadas nos dois primeiros dias de doença, com sensação de pêso na região lombar. Há dois dias mais tosse, expulsando expectoração esbranquiçada e viscosa.

Observação — Doente prostrado e dispneico. Obnubilação da consciência. Temperatura 40°. O exame do aparelho respiratório revela, além de sinais difusos de bronquite, dois focos de condensação pulmonar, um mais extenso na base esquerda e outro mais reduzido na zona inferior do lobo superior direito.

Análise de expectoração. — Não revelou a existência de bacilos de Koch.

Análise de sangue. — Hemoglobina, 80%; glóbulos rubros, 4.100.000;

glóbulos brancos, 11.700. Fórmula leucocitária: neutrófilos, 58,4%; eosinófilos, 0; basófilos, 0; leucócitos, 5,5%; linfócitos, 36,1%.

Diagnóstico. — Broncopneumonia gripal.

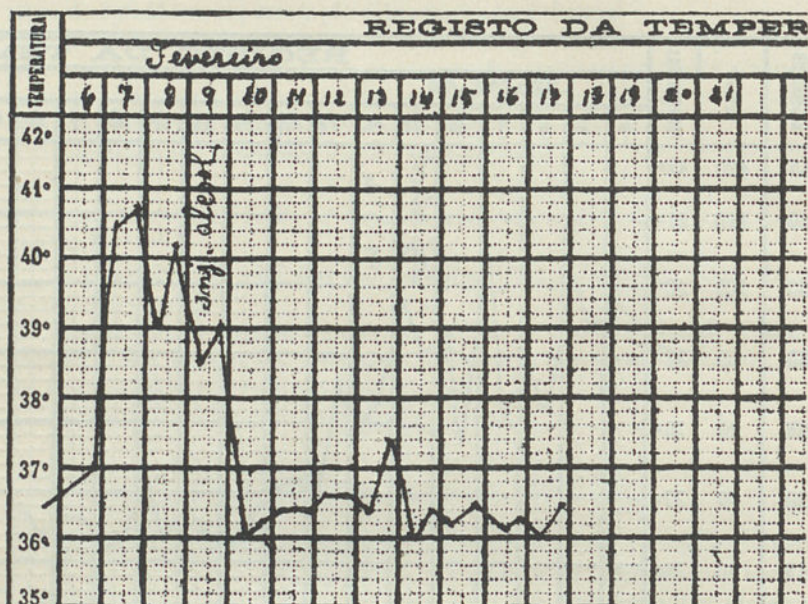


Fig. 13. — Caso II. Broncopneumonia de influenza

Caso III. — J. P., 37 anos. Entrado em 20-II-932. Alta, curado, em 28-II-932.

H. P. — Doente há 8 dias com febre e pontadas, sobretudo no hemitórax esquerdo. Tosse freqüente, seguida de expectoração de escarros esbranquiçados e viscosos. Refere, contudo, que já alguns dias antes tinha catarro naso-faríngeo com abundante defluxo nasal, acompanhando-se de febre e quebreira geral, fortes cefaleias e artralgias, principalmente dos membros inferiores.

Observação. — *Facies* febril, prostrado. Regular constituição física. O exame do aparelho respiratório revela um foco de condensação extenso na base esquerda (submacissee e hipervibratilidade, sôpro brônquico com confluência de ferveres crepitantes) e sinais difusos de bronquite.

Caso IV. — J. R. A., 38 anos. Entrado em 30-III-932. Alta, curado em 10-IV-932.

H. P. — Adoeceu quasi bruscamente há 5 dias com arrepios de frio, cefaleias e febre elevada. Defluxo nasal logo de início; sensação de quebreira

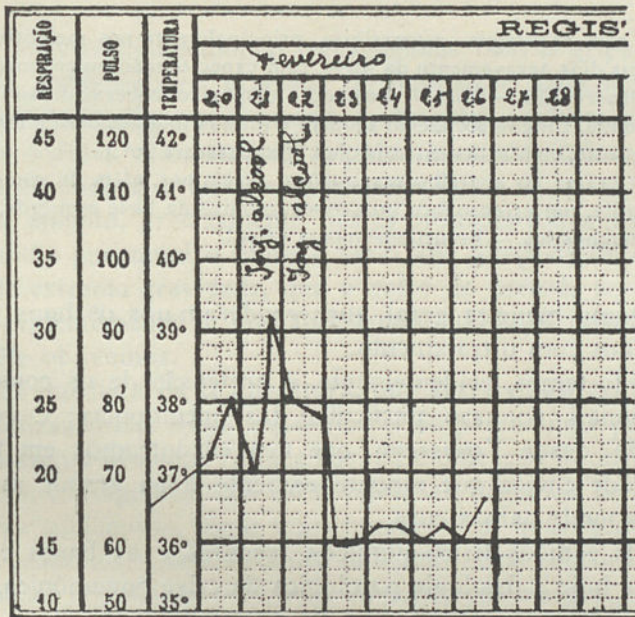


Fig. 14. — Caso III. Broncopneumonia de influenza

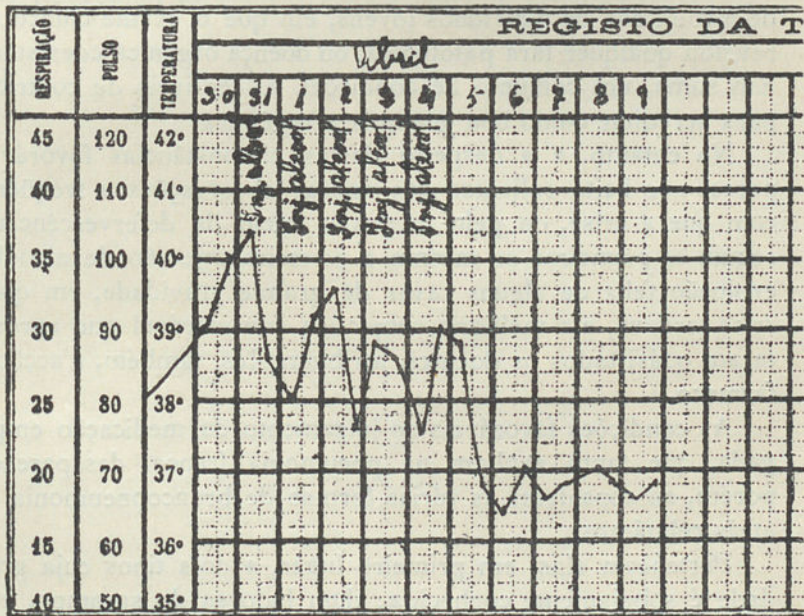


Fig. 15. — Caso IV. Broncopneumonia de influenza

geral com raquialgias e artralgias, principalmente nos membros inferiores. Há dois dias agravamento da tosse, com expectoração muco-purulenta.

Observação. — Doente prostrado e dispneico, coberto de suores. Cianose acentuada. Língua sêca, com saburra e muitas filiginosidades. Pulso filiforme e freqüente, com raras extrasístoles. Temperatura 40°,4.

O exame do aparelho respiratório revela-nos, além de sinais difusos de bronquite, um extenso foco broncopneumónico da base esquerda.

Diagnóstico. — Broncopneumonia gripal.

Duma maneira geral, surpreenderam-nos os bons resultados colhidos com o tratamento.

Não temos, evidentemente, a pretensão de os considerar excepcionais no caso particular das pneumonias; é por demais sabido, desde Trousseau, que nos encontramos em face duma entidade clínica que espontâneamente e na grande maioria dos casos tende para a cura.

Os estudos físico-químicos recentes e as bases em que se aceita hoje a fisiologia patológica da crise pneumónica, mais não fazem do que confirmar o velho ponto de vista.

Acresce ainda que quasi tôdas as observações que publicamos, sôbre pneumonias lobares francas, tratadas pelas injecções de alcohol, são de individuos jovens, em que o exame clínico não revelou qualquer tara patológica, ou doença orgânica coexistente. Em sumá, um conjunto de condições susceptíveis de contribuir para acreditar como boa qualquer terapêutica.

No entanto, e a despeito destas circunstâncias favoráveis, parece-nos lícito salientar das nossas observações a freqüência com que a crise, ou pelo menos o início da defervescência se seguiu às primeiras ou mesmo à primeira injecção de alcohol; a evolução feliz de alguns casos de grande gravidade, em que a crise tardava, e a melhora subjectiva considerável que apresentaram quasi todos os doentes, atribuímo-las, também, à acção do farmaco.

As condições favoráveis ao julgamento da medicação empregada, que tanto avultam na pneumonia franca, desaparecem, porém, ao considerar as várias formas de broncopneumonia que atrás relatámos.

Pertencem elas, em primeiro lugar, a dois tipos cuja gravidade é sobejamente conhecida: dum lado as do sarampo, eclodindo na evolução de uma doença classicamente anergisante;

do outro, as broncopneumonias relacionadas com a gripe, determinando condensações extensas do pulmão e acompanhando-se dum estado tífico, cuja gravidade ninguém contesta. Além disso estes doentes vêm, em regra, parar às nossas mãos, com 6 a 8 dias de doença, e quasi sem tratamento.

Foi, no entanto, precisamente nestas broncopneumonias, em que o episódio pneumónico aparece como uma complicação intercorrente de extrema gravidade, que o valor do método terapêutico mais evidentemente se nos apresentou, nos bons resultados que com elle obtivemos.

A queda immediata da temperatura, por vezes quasi critica, a repermeabilização das zonas condensadas do parênquima pulmonar, que indiscutivelmente verificamos, a fluidificação da expectoração, foram conseguidas com raras injeções, seguindo de perto as melhoras subjectivas, ainda mais precoces em quasi todos os casos que tratámos. Consideramos, pois, em plena concordância com a opinião dos vulgarizadores do método, que o alcool, introduzido por via venosa, é um medicamento a aconselhar insistentemente nas infecções agudas não especificas do pulmão, merecedor, portanto, da atenção e do carinho dos clínicos.

Revista dos Jornais de Medicina

Résultats obtenus à l'Institut du Radium de Paris en radiothérapie des cancers du rectum, por A. LACASSAGNE. — *Radiophysologie et Radiothérapie*. Vol. II. Fasc. 4. Pág. 577. (*Archives de l'Institut du Radium et de la Fondation Curie*).

É uma questão palpitante e em estudo, sôbre a qual têm sido publicados inúmeros trabalhos, mas, a-pesar das afirmações da Escola Belga, Lacassagne tem razão quando afirma que: «O tratamento do cancro do recto operável continua a dever ser cirúrgico. Pelo contrário, o epiteloma do ânus pertence à curieterapia».

No Instituto Português de Oncologia, como na 1.ª Clínica Cirúrgica e na nossa clínica, temos operado e feito praticar as várias formas de irradiação e consideramos, no momento actual, como absolutamente segura a opinião de Lacassagne.

Lacassagne resume da seguinte forma o trabalho da Fondation Curie:

I. — É indispensável não confundir o epiteloma do recto, cancro do tubo digestivo, com o do ânus, que representa uma variedade de epiteloma da pele.

II. — A-pesar da cura cirúrgica do epiteloma do recto não passar de 12% no conjunto dos casos clínicos, a operação deve ser preferida à irradiação em todos os casos operáveis.

III. — Tôdas as técnicas de radioterapia foram ensaiadas: curieterapia intracavitária, radium-punção, radium-cirurgia, curieterapia transcutânea, roentgenterapia. Não se obteve um só caso de cura. No entanto, os métodos de irradiação transcutânea não agravam o estado dos doentes e *podem prolongar a vida*.

IV. — Pelo contrário, deve-se preferir a radioterapia nos epiteliomas do ânus. A radio-punção, seguida de aplicação perineal por meio de aparelho-suporte moldado, *parece ser actualmente a técnica de escolha*. Este tratamento não obriga a fazer previamente um ânus ilíaco.

F. GENTIL.

L'organe folié de la langue, cause possible d'un diagnostic erroné de cancer, por A. LACASSAGNE. — *Radiophysologie et Radiothérapie*. Vol. II. Fasc. 4. Pág. 131. (*Archives de l'Institut du Radium et de la Fondation Curie*).

Este trabalho foi escrito por Lacassagne para o livro de homenagem a Nemenoff (1930), considerando o autor o facto dos erros cometidos no dia-

gnóstico como um produto e um bom índice do valor da propaganda em favor do diagnóstico precoce do cancro.

É muito possível que seja assim, pois nós só há pouco tempo somos procurados por doentes, espontaneamente ou enviados por médicos, com a suspeita de cancro em casos de simples hipertrofia do *organe folié* ou *randorgan* da língua.

Agora, em poucos dias, apareceram-me na consulta três casos.

Um homem de 50 anos que tinha tido uma estomatite ligeira e rapidamente curada, de que restava, no dizer do doente, uma dor no bôrdo da língua. Examinara ao espelho e tinha de um lado um tumor vermelho e grosso que o preocupava, embora visse do lado oposto alguma coisa de muito semelhante. Tranquilizado e fazendo uso de um soluto de bicarbonato de sódio, estava curado em poucos dias.

Uma mulher de 40 anos apareceu-me, aterrada, com um cancro (!) da língua. Portadora duma velha piorreia alveolar, vivendo na província e no campo, era tratada por um dentista, que diagnosticara o *cancro* e a cauterizava com nitrato de prata (!). O tratamento da piorreia, o bicarbonato e a panflavina deram conta da lesão a tempo das cauterizações repetidas não pôrem à prova de degenerescência o pobre órgão.

Finalmente, um médico sente uma dor no bôrdo da língua, vê papilas hipertrofiadas por irritação, varre os seus conhecimentos de anatomia, fica apavorado e procura-me para tratar o cancro. Aconselho-o a ver a língua dum coelho, como certamente lha mostraram na histologia, a comparar os dois bordos da língua e a ler o trabalho de Lacassagne.

Foi isso que me levou a chamar a atenção dos leitores da *Lisboa Médica* para o rudimento do órgão gustativo do bôrdo lingual, no seu limite posterior. Este órgão pode ser irritado ou inflamar-se, diz Lacassagne, originando-se assim a hipertrofia, não dos seus elementos próprios, mas dos elementos adenóides que constituem como uma amígdala, e, hipertrofiando-se, levantam a mucosa, cavando sulcos, tomando um tom vermelho e induzindo em possível êrro.

Este órgão, rudimentar no homem, é muito desenvolvido no coelho e os histologistas demonstram nos cursos a estrutura dos botões gustativos em línguas de coelho. Lacassagne estuda a forma e a estrutura no coelho e no homem, recordando que foi Mayer, em 1842, a descrevê-lo pela primeira vez no homem.

Lacassagne, impressionado, em 1925, pela freqüência de erros de diagnóstico entre cancro e a simples hipertrofia das papilas gustativas do limite posterior do bôrdo da língua, resolveu fazer o estudo histológico de papilas normais e coligir casos de hipertrofia. Fêz o estudo histológico dêsse órgão em cinco cadáveres, fixando assim a forma e a estrutura, o que é da maior utilidade para os anátomo-patologistas, pois o desconhecimento da estrutura dêsse órgão pode induzir em êrro e levar ao diagnóstico de epiteloma por causa das profundas invaginações do epitélio ao nível da parte posterior do bôrdo da língua. O diagnóstico é simples, se são recordadas a existência, sede e variações de aspecto do órgão foliado.

Este órgão pode estar hipertrofiado dos dois lados igualmente, na hiper-

trofia congénita, por excessivo desenvolvimento do tecido adenoide anexo aos elementos gustativos, preferindo, quando houve uma angina, o mesmo lado da lesão inflamatória que precedeu a hipertrofia; esta pode também ser originada por uma placa mal ajustada, um molar cariado, piorreia alveolar ou outra lesão inflamatória, e, ao contrário do cancro lingual, a frequência da hipertrofia do órgão é igual nos dois sexos. Infelizmente e como causa de erro há o facto de ser em regra observada esta lesão depois dos 40 anos. Outro elemento de erro é a coloração vermelha da mucosa e a rede vascular aparente da região. Mas este órgão não é sede frequente de cancro nem a sua hipertrofia predispõe ao aparecimento de neoplasias. Não se pode contestar a possibilidade de haver na região, sede do órgão foliado, um neoplasma, mas, quando elle é sede de uma inflamação crónica e se ulcerou, a biopsia dá o diagnóstico.

Em 31 casos observados no Instituto Curie, houve duas ulcerações examinadas, permitindo a análise histológica diagnóstica tuberculose.

Esta análise do trabalho de Lacassagne recorda a existência de um órgão esquecido muitas vezes, e mostra a vantagem da biopsia.

A biopsia é uma arma de dois gumes, útil e perigosa (quando mal feita) sobre a qual voltaremos em breve.

Recordar o órgão gustativo do limite posterior do bôrdo lingual, situado adiante da inserção do pilar anterior, e lembrar que elle pode ser sede de dor e rubor quando hipertrofiado por um processo inflamatório, não esquecendo que é sede raríssima de cancro e tem sido mais vezes ulcerado pela tuberculose, foi mais um excelente serviço prestado por Lacassagne à oncologia.

F. GENTIL.

El Instituto Sklyfasowsky de Moscú, por LELIO O. ZENO (de Rosario). —
Revista de Cirugia de Buenos Aires. Año XI. Junio de 1932. N.º 6.

Zeno, que traduziu e vulgarizou as doutrinas de Böhler sobre o tratamento das fracturas, prestando assim um grande serviço, descreve-nos, neste relatório, o que observou no *centro más grande de cirugia de urgencia de Moscú y talvez del mundo entero*.

Zeno organizou no Sklyfasowsky, de acôrdo com Judine, a secção de «Traumatologia», sendo contratado durante 6 meses para a dirigir e educar o pessoal clínico na prática dos princípios de Böhler. Depois desta referência, o artigo da *Rev. de Cir.* apresenta o Instituto de Sklyfasowsky e o seu director, o prof. Sergio Judine.

Para os que seguem a marcha da cirurgia e conhecem os trabalhos desse homem que marca uma individualidade que na história da cirurgia será como Mickulicz, aos que conhecem as suas publicações, não é necessária a apresentação, mas é útil saber os resultados obtidos por uma excelente organização de socorros dirigida por um cirurgião de raras qualidades. Zeno diz que Judine tem 42 anos, é um clínico sagaz, investigador original e *um constante renovador da técnica*. De vasta cultura cirúrgica, científica e geral, Judine, a-pesar-de não ser um homem do *partido*, foi transferido dum hospital

de província (Serpujof) para dirigir, como cirurgião chefe, o Instituto Sklyfasowsky com o título de professor de cirurgia de urgência para médicos. A êste homem se deve a seguinte organização: O Instituto Sklyfasowsky criado há mais de 100 anos e em grande parte sustentado, pelo cirurgião do mesmo nome, foi ampliado e destinado a serviço de urgência. Tem secções de ginecologia, medicina, neurologia, cirurgia geral e traumatologia, só para casos de urgência. Num total de 600 camas, 360 são destinadas à cirurgia geral e à traumatologia. O serviço de ambulâncias e a organização da central telefônica ligada à rede geral e a 800 dispensários espalhados pela cidade, permitem fazer o tratamento a poucos minutos de se ter estabelecido o *estado de urgência*. A comunicação telefônica é recebida por um cirurgião de guarda e registada por uma secretária especial e pelo *chauffeur* da ambulância de guarda por forma que, à ordem do cirurgião, os socorros partem num minuto e, decorridos poucos momentos, o *caso* chega à consulta do Instituto. Ai há uma guarda especializada que orienta para a sala respectiva, a úlcera perfurada, a oclusão, a ferida arterial ou cardíaca, a fractura ou a luxação.

As salas de cirurgia ou de traumatologia têm sempre pessoal especializado. Assim se explica que nos três últimos anos fôsem recebidos 16 feridos do coração com o máximo de 30 minutos decorridos da lesão à operação. Das 16 cardiografias curaram-se 8 (50% de curas). O mesmo se dá com as perfurações do estômago, e do duodeno e os corpos estranhos do esôfago. Judine extraíu pessoalmente 350 corpos estranhos do esôfago. Afirma Zeno que tanto Judine como os seus discípulos e assistentes têm rara destreza e grande perfeição técnica, mas à precocidade com que os doentes chegam à sala de operações deve-se a fraca mortalidade (1).

Na última série de 150 casos de perfurações a mortalidade foi de 9%, praticando-se em 80% largas gastrectomias.

Merece a pena analisar bem o trabalho publicado por Judine no *Lyon Chirurgical*, tome XXVII, n.º 6, Novembro-Dezembro de 1930, sobre *L'Anesthésie locale pour les grandes opérations de l'estomac*. Êsse esplêndido artigo, prático e demonstrativo, é uma defesa calorosa da anestesia local e regional como meio e causa das curas brilhantes obtidas. Judine combate com factos e verdade (e quanto a verdade deveria ser norma absoluta em publicações

(1) A importância da precocidade na operação em casos de traumatismo é indiscutível e nós podemos aduzir a esta tese um curioso exemplo:

No dia 17 de Julho de 1924 houve tiroteio entre a policia e a guarda republicana no Parque Eduardo VII por volta das 20 1/2 horas. Ao Hospital Escolar foram conduzidos 17 feridos: um morreu ao entrar no hospital (21 horas); 7 não foram hospitalizados e foram tratados no serviço de urgência: 9 foram hospitalizados em C. 1. e operados. Alguns casos eram graves: lesões do cólon, do intestino delgado, da bexiga, do tórax, fractura cominutiva da perna, fractura de crânio. Três equipes na sala de operações, permitiram terminar todas as operações antes da meia noite (menos de 3 1/2 horas depois dos ferimentos terem sido produzidos) e obter, sem incidentes, a cura de todos os feridos. Dois outros soldados, conduzidos a outros serviços e operados mais de 8 horas depois de feridos, morreram. É manifesto que só pela precocidade da intervenção obtiveram melhores resultados. Antes de 4 horas curam-se quasi todos ou todos os feridos do ventre.

desta natureza!) a anestesia geral. Referindo as vantagens da anestesia local associada ao Kappis e ao Braun, recorda os esforços de Mickulicz e de Bier, a técnica de Finsterer, e afirma:

«Baseio a minha opinião sôbre cêrca de 500 ressecções do estômago (em 1930) feitas por causas diversas.

«Passei por 3 *étapes* na escolha do método de anestesia para estas operações. Ao princípio operei sob anestesia geral. Para a maioria dos casos de úlcera do estômago empregava, como método de escôlha, a gastroenterostomia; as ressecções davam-me 50% de mortalidade. Com a raquianestesia obtive 35% de mortes no cancro e 8 a 10% em algumas dezenas de ressecções por úlcera. Desde 1924 só emprego a anestesia dos espêlncnicos e local, e a mortalidade no cancro é de 30% e nas úlceras, juntando casos graves e menos graves, oscila entre 4 e 6%.

«Mesmo nas úlceras perfuradas (em 1928-1929) em 76 casos, praticando a gastrectomia larga em 51 doentes, obtive 11,9% de mortes». (Ler com. *Soc. de Chir. de Paris*, 13 Nov. 1929).

«Durante a ausência de Judine e depois de voltar ao Instituto, até Janeiro de 1930, foram operadas na clínica mais de 20 úlceras perfuradas, com anestesia local, e Judine faz notar: «Ces opérations étaient faites par des chirurgiens ayant une technique bien variée, ce qui n'a eu nulle influence marquée sur les résultats des opérations qui étaient tout-à-fait bons, même dans cette dernière série».

«Não há dúvida que uma tão pequena mortalidade depois de tão graves operações, como as ressecções do estômago por úlceras perfuradas, só se explica por estas operações serem feitas sob anestesia local».

Judine tem larga experiência de tôdas as intervenções paliativas: a gastroenterostomia, o Balfour, o Razournowski, e prefere a gastrectomia, tendo excelentes casos de *gastrectomia total*; mas afirma: «Je suis disposé à expliquer ces résultats heureux par l'anesthésie, car pour la plupart, ces malades n'étaient pas en état de supporter une si grave intervention *sous anesthésie générale*».

Judine conclui afirmando (sôbre uma série de curas — 100% em gastrectomias totais) que a anestesia local permite evitar todos os inconvenientes da anestesia geral. Não há intoxicação geral, obtém-se o relaxamento completo da parede abdominal, o que facilita acesso e técnica. E, finalmente, diz: «Não há outro meio para suprimir tão seguramente a irritação do sistema nervoso central como pelo *blocage* completo das vias aferentes, se êle é bem feito e interrompe tôda a sensação de dor e reflexa.

«É uma questão de experiência e de prática, que podem ser adquiridas por todos aqueles que queiram possuí-las».

Zeno, referindo os benefícios de uma organização que permite sempre operar a menos de duas horas do início do estado patológico que exige terapêutica urgente, mostra quanto foi benéfica a sua acção no sentido de «as fracturas não esperarem que o cirurgião termine as suas intervenções predictas». Onde há leis de accidentes de trabalho deve haver responsabilidade médica e para isso são necessárias organizações hospitalares e clínicas bem montadas com bom material e com pessoal disciplinado e educado. A vanta-

gem social e económica de uma organização bem compreendida mostra-a Zeno, quando escreve: «fazendo profilaxia de complicações, intervindo precocemente e utilizando métodos ambulatorios eficazes, podemos atender duas vezes mais fracturas com o mesmo pessoal e com o mesmo número de camas».

Em Sklyfasowsky não se consideram resolvidos problemas cirúrgicos com meia dúzia de casos felizes; uma grande cidade, com numerosos casos agudos, levando cêrca de 50% ao seu Instituto de urgência, cria uma experiência e uma conduta particulares, sobretudo por haver uma só cabeça a orientar, a dirigir, muitas vezes a intervir e sempre a fiscalizar.

«Quem assista ao movimento do Instituto pela primeira vez assombra-se de ver tomar decisões cirúrgicas rápidas. Sôbre dois ou três sinais clínicos funda-se um diagnóstico diferencial entre uma colecistite e uma pancreatite hemorrágica, para dispor as medidas adequadas, sem divagações semiológicas... » «Raramente vi (Zeno) realizar uma laparotomia, sem que a sua indicação tenha sido justificada. É claro que há erros de diagnóstico, entre uma colecistite perfurada e uma apendicite aguda, por exemplo; mas o paciente não corre o perigo de uma prolongada e pusilânime observação clínica e sai sempre ganhando com a intervenção precoce».

«Não se julgue que no Instituto S. domina um espírito empírico, só prático, e que se não rende o devido culto à disciplina cirúrgica. Um hábito de acção, dinâmico, rápido, audaz une-se a um espírito de investigação sagaz e profundo».

Na *Revista de Cirurgia* de Abril de 1931. N.º 4, em que S. Judine apresenta um quadro magistral da úlcera perfurada, Zeno, ao apresentar o trabalho do eminente cirurgião, escreve o seguinte :

«Há uma desharmonia entre o que se sabe da medicina e o que se pratica. Existem possibilidades enormes de progressos técnicos que não se alcançam por má organização social. Limitemo-nos a considerar as vantagens da especialização cirúrgica como fonte nova de conhecimentos. Ela permite valorizar métodos e uniformizar práticas que significam uma grande economia de tempo, de dinheiro e de dor.

«Aos mesquinhos interesses criados, mais do que à incompreensão da verdade, se deve atribuir... o nosso atraso». (Na Argentina, como em Portugal).

O valor da organização é demonstrado por Judine com a citação dos números de casos que procuram o seu serviço, por saberem que aí se curam :

Em 22-24 (30 meses)	20 casos
» 28-29 (12 »)	76 »
» 29-30 (» »)	116 »

de perfurações agudas do estômago e do duodeno, com uma diminuição de mortalidade, que numa análise de Pierre Duval, para os ressecados de Judine em perfurados (por consequência apenas nos casos mais graves) desce a 8,6%. É um forte argumento por se tratar de um cirurgião que publica e critica os seus casos de morte para mostrar os aperfeiçoamentos de técnica. Judine opera bem e não mente.

«Judine dispõe de um material extraordinário e o mesmo se pode dizer sôbre a audácia imperante nas quatro mesas de operações do Instituto, onde operam, por vezes simultâneamente, quatro *teams* cirúrgicos. Fazem-se gastrectomias por úlceras perfuradas, colecistectomias em lesões agudas, apendicectomias em apendicites agudas com peritonite, encerrando totalmente o ventre; o mesmo fazem no volvo do S íliaco. A prova dos factos clínicos e os resultados obtidos, convencem todos a tomar decisões rápidas. A audácia é um hábito estabelecido por se ver que os resultados são excelentes e superiores aos obtidos com outro qualquer procedimento».

Esta intensa actividade operatória, a decisão sôbre casos graves tomada em segundos e executada em minutos, não exclue o *Culto científico* e Zeno descreve-nos a vida do Instituto da seguinte forma :

«Tôdas as manhãs, antes de iniciar o trabalho clínico, reünia o pessoal médico sob a presidência de Judine, com a assistência dos seus dois chefes de clínica, dos seus internos e de todos os cirurgiões que seguiam os cursos de aperfeiçoamento. O cirurgião de guarda da noite relatava o estado dos doentes de todo o serviço e descrevia os casos operados durante a noite. Nesta reünião cotidiana ouvia-se a citação bibliográfica, a opinião de tal ou tal escola ou autor a propósito de um tema em discussão, surgindo os comentários aos erros de diagnóstico ou às faltas de técnica. Judine mostra os seus grandes conhecimentos de patologia geral, de clínica, de técnica, contribuindo, pela fôrça da sua inteligência e saber, para a cultura cirúrgica dos seus assistentes».

Zeno anuncia-nos para breve um livro (Casa Masson) em que Judine expõe, em 8 ou 10 capítulos, «todo lo que tiene de más sabroso y autentico esta cirugia y todo lo que podemos esperar de una escuela viviente».

É natural que, nesse livro, Judine trate desenvolvimentoamente a questão da transfusão, por êle profundamente revolucionada, com a demonstração da possível e benéfica utilização do sangue de cadáver em mais de 100 casos clínicos.

Judine, em 23 de Janeiro de 1932 e já sôbre 51 casos, apresentou a nova técnica à Sociedade de Cirurgia de Moscou. Levantaram-se as mais ásperas críticas teóricas, a que êle respondeu dizendo que «tôdas as objecções são teóricas e não invalidam a importância clínica da transfusão de sangue de cadáver. A-pesar-de tudo, não pretendo dar por terminado o assunto que, sob o ponto de vista especulativo-científico, abre um vasto campo de investigação, e não creio que seja definitiva a minha experiência clínica pelo que se refere às possibilidades de aplicação terapêutica do sangue de cadáver».

Zeno (*Rev. de Cir. de Buenos Aires*. Año XI. Julio de 1932. N.º 7) mostra todo o seu entusiasmo pelas transfusões de sangue de cadáver, relatando o seguinte caso :

«Foi conduzido ao Instituto um jovem engenheiro de 30 anos com uma hemorragia grave por úlcera do estômago. Tinha perdido os sentidos ao chegar à sala de operações : 18% de hemoglobina, 1 000.000 de glóbulos vermelhos. Inicia-se uma transfusão lenta de sangue de cadáver. O moribundo adquire uma côr rosada, a respiração faz-se mais funda e normal. Ao chegar aos 500 cc., readquire consciência clara e surpreende-se, mas instala-se bem

na mesa. É uma resurreição. Judine, sob anestesia regional e dos mesos, pratica uma gastrectomia larga. Entretanto continua a transfusão até 1300 cc., que o doente suportou muito bem. O post-operatório foi, como é de uso ver nos operados de estômago do Instituto, excelente».

O sangue colhido post-mortem em determinados casos e condições na jugular interna, estudado com Wassermann (14% são positivos) e recolhido em vasos estéreis com 80 cc. de soluto de citrato de sódio a 5% para 1000 gr. de sangue, é colocado em geleiras a 0°, conservando-se vivo por bastantes dias (10 a 12). Os frascos são catalogados depois de medido o grupo sanguíneo a que pertence o sangue.

Antes do emprêgo clínico feito por Judine de sangue de cadáver, tinham Burdenko, Savinyk e outros demonstrado experimentalmente, em cães, a possibilidade de utilizar com pleno êxito e sem inconvenientes, o sangue de cadáver nas transfusões.

Zeno diz-nos: «Judine acechó la oportunidad y cuando coincidió el momento con un caso de hemorragia grave, tomó por su cuenta la responsabilidad de la prueba y *guardando sigilosamente el secreto*, como se fuese culpable de algun crimen, lo realizó por siete veces, que fueron para él otros tantos momentos dramáticos. Sin embargo, estas experiencias no tuvieron ninguna consecuencia, y, antes bien, beneficiaron a los individuos que las suportaron. Sólo entonces se creyó con derecho a hablar.»

Era êste impressionante quadro que nós conhecíamos — pela publicação de Sakajan no *Zentralblatt für Chirurgie*, 14-III-1931, N.º 11, S. 671. Judine guardou silêncio até praticar os primeiros casos e só então comunicou a sua resolução, documentando-a com a sua prática, ao Congresso de Cirurgia Soviético, retinido em Jarkof em 1929. Como isto é justo e como nos lembra um caso curioso passado com Carlos França e conosco em 1901-1902. Grassava a epidemia de meningite cérebro-espinhal e C. França foi encarregado de dirigir o isolamento do Hospital de D. Amélia (hoje Hospital de Arroios). Eramos companheiros e durante umas semanas de doença pediu-nos C. França para fazermos o serviço de isolamento. C. França tratava com lisol os meningíticos, tendo para isso obtido autorização do enfermeiro-mor, *a-pesar-de criticas que já corriam no meio hospitalar*.

Surge uma complicação grave e arrastando à morte todos os doentes, 100% de mortes; era a hidrocefalia ventricular. Pensámos na cura cirúrgica, estudámos a questão, ensaiámos, nos mortos por hidrocefalia ventricular e fomos realizar a operação. Mas, souberam os Conselheiros, falaram, C. França foi chamado ao Enfermeiro-Mor e aí, a-pesar-de todo o seu talento e eloquência, foi proibido de consentir na *arrojada operação* sem prévia discussão na Soc. das Ciênc. Méd. Lá fomos na noite de 12 de Julho e valeu a pena ouvir o que lá se disse. Quasi fomos acusados de matar... cadáveres, pois morriam da doença 100% e só tinham uma vida. Mas a Sociedade deu a natural terminação ao caso, nomeando uma Comissão, e a Direcção do Hospital proibiu o «arrojado tratamento».

Publicámos a nossa intenção e a técnica estudada no cadáver, no relatório de C. França (Lx.ª, Imprensa Nacional, 1903, pág. 65 a 85) e não nos foi permitido salvar alguns casos de hidrocefalia porque podíamos... matar

os mortos. ¡Quanto isto justifica a prática de Judine e como tudo se repete nos mais diferentes meios sociais!

Não podemos pensar como Zeno ao afirmar, quando apresenta o trabalho de Judine sobre «Nova série de úlceras perforadas do estômago e do duodeno» (*Rev. de Cir.* N.º 4, Abril de 1931. Año X. Pág. 285) e diz: «El espíritu creador, tanto en las ciencias como en el arte, se manifiesta en las circunstancias más diversas; pero solo una comunidad socializada puede beneficiar integralmente de los frutos de la creación del hombre».

Na verdade, Judine não tem a mentalidade e não é homem do «partido», como o próprio Zeno informa, e teve o cuidado de esconder o que lhe dera o seu espírito criador até o realizar.

Baldo Rossi, um grande cirurgião, infelizmente morto há poucos meses, criou, num meio antagónico ao descrito por Zeno, durante a guerra e na Itália de 1917, uma obra bem digna de confronto com o Instituto Sklyfasowsky: «Il primo ospedale chirurgico — Città di Milano». Ler o relato da obra de Baldo Rossi e dos seus colaboradores, a técnica por eles criada e os resultados obtidos, prova que, em qualquer meio, um cirurgião, com condições materiais e autoridade, consegue, se sabe e pode ser cirurgião, organizar um bom serviço, com beneficio para os doentes e resultados de harmonia com os conhecimentos médicos da nossa época.

F. GENTIL.

Crise tiroidea. (*Thyroid crisis*), por EARLE GREENE e J. MAJOR GREENE. — *An. of Surg.* Abril de 1932.

Dentro do hipertiroidismo, uma das mais sérias complicações que podem sobrevir é a crise tiroidea, também chamada hipertiroidismo agudo, delírio tiroideo ou tiroidismo agudo.

A crise tiroidea aguda é particular do bôcio exoftálmico e aparentemente não sobrevém nas formas de bôcio adenomatoso, a menos que haja simultâneamente uma hipertrofia parenquimatosa da glândula.

Para que se faça uma idea da gravidade desta complicação, basta citar que Lahey, durante o ano de 1927, teve uma mortalidade em 1118 operações por desordens funcionais tiroideas, igual à dos casos de crise tiroidea que tratou.

A marcha evolutiva do bôcio exoftálmico é feita habitualmente por períodos de remissão incompleta e agravamentos sucessivos e é durante estas fases que quasi sempre sobrevém as crises. Em um dos casos dos autores, com um grande adenoma extirpado cirurgicamente, não havia hiperplasia do tecido tiroideo.

O tiroidismo agudo pode aparecer em pessoas em que não havia suspeitas de tirotoxicose, mas com maior freqüência esta complicação depara-se em pessoas com uma história de hipertiroidismo e sem tratamento apropriado ou com um tratamento incompleto.

Em presença do hipertiroidismo não devemos adoptar medidas terapêuticas de contemporização com a doença. O tratamento não deve ser retardado se se pretende evitar o hipertiroidismo e bem assim tôdas as complica-

ções que dêle resultam. Se pretendemos prevenir as perturbações miocárdicas irreparáveis, as alterações parenquimatosas irremediáveis, o hipertiroidismo agudo com a sua impressionante mortalidade. Com os sinais de exoftalmo persistente não devemos consentir nas perdas de tempo e impor aos nossos doentes o tratamento apropriado com iodo, *digitalis*, raios X, rádio, etc., e insistir na intervenção cirúrgica, tão precocemente quanto a preparação adequada do doente o permita.

O hipertiroidismo agudo é muitas vezes condicionado por uma fadiga física, um choque emocional intenso, por uma infecção intercorrente, tal como uma angina, uma sinusite, etc., uma intervenção cirúrgica. A frequência do hipertiroidismo agudo é extraordinariamente baixa e mais baixa ainda depois que se emprega o tratamento iódico nas fases pre e post-operatórias do bócio. Também dentro da própria técnica cirúrgica se produziram modificações importantes que atenuaram de maneira apreciável a incidência desta complicação.

As operações sucessivas, em dois, três, quatro tempos, são hoje efectuadas, mercê dos tratamentos médicos de que podemos servir-nos, em um tempo, com uma economia de reacções desagradáveis para o doente e uma vantagem incalculável nos resultados finais da intervenção operatória.

A preparação pre-operatória com o iodo impede, na maioria dos casos, a eclosão do hipertiroidismo agudo pre-operatório. É um processo perigoso submeter os doentes a uma dose diária determinada de lugol e pensar que este tratamento exclusivo é uma salvaguarda contra as reacções severas ulteriores ou fiar-se em um simples metabolismo basal de valores baixos. Aparecem doentes com grandes sinais tóxicos e valores de metabolismo baixos, e também é possível verificar que o soluto de lugol produziu grande apaziguamento na sintomatologia clínica, a-pesar do aumento contemporâneo dos valores do metabolismo basal.

O quadro sintomático de crise tiroidea ou aparece bruscamente, com extrema violência, ou se desenvolve gradualmente, com sintomas prodrômicos definidos.

Nas formas post-operatórias das crises estas poderão sobrevir logo em seguida ao acto operatório ou depois dêste, das primeiras 48 a 76 horas.

A crise manifesta-se por vômitos e diarreias violentos, aceleração do pulso, aumento de temperatura, excitabilidade nervosa, por vezes extrema, e sudação profusa.

Este quadro termina em certos casos com delírio e cômã; nesta altura da doença nota-se geralmente um afrouxamento na intensidade dos vômitos e da diarreia. Sobrevêm depois uma pronunciada desidratação da pele e das mucosas. A aceleração do pulso continua e progride e junta-se a alteração do ritmo com a fibrilação auricular. O cômã nos casos intratáveis antecede a morte.

A patogenia da crise tiroidea não é por enquanto, bem conhecida. A crise tiroidea representa sempre uma grave emergência. O doente em via iminente de crise e já em crise activa é comparável ao doente em acidose ou em cômã diabético manifesto, e tanto em uma como em outra condição o tratamento adequado, muitas vezes heróico, tem o seu máximo de eficiência nas fases iniciais da doença.

O arsenal terapêutico da crise consiste no iodo, fluidos, glucose e morfina. O iodo é, de longe, o mais valioso e o mais activo dos medicamentos ao nosso alcance. É um facto bem conhecido que os benefícios obtidos com o primeiro tratamento de iodo raramente se repetem com a mesma intensidade nas suas aplicações futuras, salvo naqueles casos em que medeiam grandes intervalos entre estes períodos de tratamento, porque é possível observar em tais condições uma actividade terapêutica do iodo semelhante à dos casos de bócio que são sujeitos pela primeira vez ao tratamento. A dose de iodo a administrar é variável em relação com o estado do doente e varia entre 100 a 150 gotas por dia, em doses de 20 a 30 gotas, *per os*, quando não haja vômitos, em clister com 1.000 a 1.500 c. c. de sôro fisiológico nos casos com intolerância gástrica e iodo em injeções intravenosas de iodeto de sódio nos doentes com vômitos e diarreia e nas doses de 0,5 gr.

Nos semi-comatosos o iodo administra-se por meio de intubação gástrica, repetida o número de vezes necessárias. A-par do iodo combate-se a desidratação intensa do doente e a espoliação orgânica do glicogénio por meio das injeções intravenosas de sôro fisiológico com 7,5 a 10% de glucose, feitas muito lenta e cautelosamente e repetidas com intervalos de 5 a 6 horas. A excitabilidade combate-se com os sedativos.

Os doentes hipertiroídeos carecem de doses muito maiores de morfina do que os doentes de outra categoria.

A intervenção operatória em doentes que acabam de sair de uma crise deve ser pesada conscienciosamente nas suas conseqüências. Estes doentes como regra necessitam de um período maior de preparação, de 3 a 6 semanas, antes que cheguem às condições precisas para poderem suportar o *shock* cirúrgico da tiroidectomia.

MORAIS DAVID.

Granulocitopenia. (*A review of granulocytopenia*), por R. KRACKE. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Julho de 1932.

Granulocitopenia ou agranulocitose significa um conjunto clínico, mais ou menos definido, a que se junta uma baixa acentuada dos glóbulos brancos e particularmente dos granulócitos. Tôdas as investigações efectuadas no sentido de identificar qualquer agente séptico como causador da doença têm resultado inúteis.

As formas clínicas, quanto à sua marcha, affectam diferentes modalidades: umas são de evolução fulminante, rápida e mortal, outras têm uma evolução mais arrastada, crónica por vezes, com ou sem remissões.

A lesão anátomo-patológica mais característica é a alteração da medula dos ossos longos. É uma medula vermelha, mas com uma consistência menor que a normal, como que liquifeita os granulócitos, e as suas formas ancestrais não aparecem nos exames histológicos da medula, ao passo que a série vermelha não apresenta alterações dignas de registo. As lesões necróticas da mucosa, bôca, ânus, vulva, revestem essencialmente o mesmo aspecto: são ulcerações de vária extensão, sem limitação inflamatória à sua volta e, nalguns casos, apresentam-se sob a forma de úlceras gangrenosas. Coexistem

manifestações de discrasia hemorrágica e podem coexistir também alterações de outros órgãos, miocardite, nefrite, embolias, etc.

Na via do tratamento encontram-se variadíssimas sugestões, mas, em resumo, de pequeno valor e hoje o prognóstico continua com a mesma gravidade que na altura em que apareceram os primeiros casos clínicos.

MORAIS DAVID.

Injecções de extracto hepático no tratamento da anemia perniciosa. (*Injection of liver extract in the treatment of pernicious anemie*), por H. MILTON CONNER. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 20 de Agosto de 1932.

Em 30 doentes com anemia perniciosa empregou o autor o tratamento por meio de injecções intramusculares de extracto hepático e uma percentagem mínima de doentes recebeu o mesmo tratamento por via intravenosa. Os efeitos terapêuticos são do mesmo tipo dos que se verificam por meio do tratamento *per os*, com a diferença de que são mais intensos e de desenvolvimento mais precoce. Nas manifestações nervosas, sobretudo nos casos mais graves, os resultados obtidos continuam a manifestar-se muito insuficientes.

MORAIS DAVID.

Os resultados terminais da cirurgia no bócio exoftálmico. (*The end results of surgery in exophthalmic goiter*), por H. CLUTE e J. VEAL. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 20 de Agosto de 1932.

Resumindo os resultados obtidos em 97 doentes de bócio, concluem que em 92 ou seja em uma percentagem de 90,8%, se conseguiu a cura da doença pela tiroidectomia subtotal.

MORAIS DAVID.

Contribuição para o quadro da hemocromatose. (*E in Beitrag zum Krankheitsbild der Hämochromatosen*), por SLAUCK. — *Klin. Woch.* N.º 37. 1932.

Descrição dum caso de hemocromatose, que oferece algumas particularidades dignas de nota.

O primeiro facto merecedor de relato é o aparecimento tardio da glicosúria em relação aos outros sintomas. Com efeito, na primeira admissão na enfermaria o doente apresentava ligeira anemia, cirrose hepática — fígado muito hipertrofiado e esplenomegalia — e pigmentação cutânea, mas não glicosúria nem hiperglicemia, que só foram constatadas na segunda vez que baixou ao serviço.

A glicosúria, bem como a anemia, foram benéficamente influenciadas pelo tratamento medicamentoso — insulina e campolon — e dietético.

Coincidindo com a diminuição de glicosúria e da anemia, observou-se uma melhoria nítida das alterações cutâneas da pigmentação, facto pela primeira vez registado na literatura.

OLIVEIRA MACHADO.

Contribuição acerca da porfirina no sangue e na bilis. (*Beitrag über das Porphyrin in Blut und Galle*), por A. A. HJLMANS VAN DER BERGH, W. GROTEPASS e F. E. REVERS. — *Klin. Woch.* N.º 37. 1932.

Há já alguns anos foi demonstrado na clínica dos AA. que não só a urina e a bilis, mas também o sangue, contêm normalmente porfirina.

O exame do sangue em mais de 350 pessoas, sãs e doentes de variados padecimentos, mostrou, com excepção dum caso de porfiria congénita, e em 18 doentes de icterícia mecânica, a existência de porfirina nos glóbulos vermelhos e não no sôro.

Emquanto que normalmente se encontra nos glóbulos a protoporfirina, nos doentes com icterícia é a coproporfirina — que normalmente se encontra na bilis e na urina — a porfirina do sôro.

Este resultado das observações dos AA. levou-os a pensar que ou existem no organismo duas fontes de porfirina, sem relação directa uma com a outra, ou a coproporfirina da bilis e da urina se produz da protoporfirina dos glóbulos.

Os estudos clínicos e experimentais leva-os a aceitar como mais provável a segunda hipótese.

Com efeito, o aumento da protoporfirina dos eritrócitos, que se encontra em variadíssimas doenças (cancerosos em caquexia, tuberculosos com febre alta, etc.) é acompanhado de aumento paralelo da coproporfirina da urina; o chumbo em dose medicamentosa aumenta a porfirina do sangue e da urina.

Muito interessantes são as observações em doentes com malária em fase febril e de apirexia. Os números que exprimem as variações da porfirina nos glóbulos e da urina naquelas ocasiões, são os seguintes:

	Porfirina dos gl. verm.	Porfirina da urina
18-VI-932, sem febre.....	12	8
19-VI-932, com febre.....	46	35

Adicionando protoporfirina ao sangue que irriga o fígado do animal de experiência, devidamente preparado para ela, constataram os AA. que parte da protoporfirina era eliminada sem modificação, parte transformada em coproporfirina.

Fica por resolver se a porfirina dos glóbulos se produz a partir da hemoglobina.

OLIVEIRA MACHADO.

Albuminúria e uremia «extra-renais». (*«Extrarenale» albuminurie und Urämie*), por P. MORAWITZ e J. SCHLOSS. — *Klin. Woch.* N.º 39. 932.

E hoje aceita a existência de albuminúrias e retenções azotadas acompanhadas de sintomatologia análoga à uremia sem alterações anatómicas do rim.

A catalogação de tais quadros é por ora muito difícil pelo desconheci-

mento da sua patogenia. Os AA. tentam classificá-los, citando algumas observações pessoais estudadas nos últimos dois anos. Pela sua experiência, concluem que tais situações clínicas são mais frequentes do que geralmente se julga.

Descrevem sucessivamente:

Albuminúria e aumento do azoto residual extra-renais, de origem cerebral;

Aumento extra-renal do azoto residual na hipocloremia;

Outras retenções do azoto residual de origem extra-renal (perturbações circulatórias).

A albuminúria de origem cerebral observa-se sobretudo nas hemorragias subaracnoideas, mas encontra-se também noutras situações clínicas (estados epileptiformes).

Trata-se, em regra, de «albuminúrias maciças» fugazes, de início brusco, induzindo a grande quantidade de albumina, os vômitos, dores de cabeça, ataques epileptiformes e aumento da tensão arterial, ao diagnóstico de glomerulonefrite aguda.

Como sinais diferenciais devem ter-se em conta: o comêço brusco, falta de edemas e de hematuria e a existência de nítidos sinais meningeos, bem como de glicosúria, que no caso dos AA. acompanhou sempre a albuminúria nas primeiras 24 horas.

O rápido desaparecimento da albuminúria esclarece o caso, se ainda o não estava pelo exame do líquido céfalo-raquidiano, instrutivo nos casos de hemorragias sub-aracnoideas.

Romke e Skouge comparam esta albuminúria à glicosúria por picada de certos centros cerebrais.

Para a produção de albuminúria cerebral deve importar menos a espécie do processo que actua sobre o cérebro do que a sua localização.

Não há, na bibliografia, indicações sobre o estado do azoto residual no sangue nos casos de albuminúria cerebral, mas, dada a rapidez do instalar e desaparecer dos sintomas, é provável que não haja variações apreciáveis. Em três dos casos estudados pelos AA. os valores eram normais, e só num foi constatado aumento nítido.

Aumento extra-renal do azoto residual na hipocloremia. — Mais conhecido que a albuminúria cerebral, este quadro pode ser causado por todas as situações que empobrecem o organismo em cloreto de sódio. Assim, pode ser condicionado por vômitos, diarreias, eliminação de edemas em doentes sujeitos a regime hipoclorado. Talvez tenham, também, esta origem certas azotemias constatadas durante e após o coma diabético, ileos e, por vezes, em doenças infecciosas.

É particularmente difícil o seu diagnóstico quando se desenrola em doentes renais. Os AA. citam uma observação pessoal altamente instrutiva. A eliminação dos edemas levava o doente a uma situação muito grave, que pôde ser combatida eficazmente pelo conhecimento do quadro, diagnosticado

quando a análise da urina mostrou a ausência de cloretos. A determinação do Cl Na no sêro confirmou o diagnóstico.

Os AA. descrevem finalmente duas observações de retenção azotada, para a qual se não encontrou outra explicação além de grave transtôrno circulatório. Embora insuficientes para aceitar desde já mais uma causa de retenção azotada, os AA. aconselham novas investigações nesse sentido.

OLIVEIRA MACHADO.

Eliminação dos ácidos biliares nas doenças do fígado. (*Gollensäurenausscheidung bei Leberkrankheiten*), por F. ROSENTHAL e K. ZINNER. — *Klin. Woch.* N.º 40. 1932.

Constatando valores sensivelmente normais de eliminação dos ácidos biliares em graves doenças do fígado (cirroses) sem compromisso da eliminação da bilis, os AA. salientam a falta de conhecimentos acêrca das relações entre a formação dos ácidos biliares e o estado funcional do parênquima hepático doente.

Emquanto nas doenças do fígado com icterícia grave a produção de ácidos biliares desce a valores baixos, o mecanismo produtor daqueles permanece conservado até aos estados finais da cirrose atrofica.

OLIVEIRA MACHADO.

Reumatismo articular e tuberculose. (*Gelenkrheumatismus und Tuberculose*), por A. FISCHER e H. HENNES. — *Klin. Woch.* N.º 40. 1932.

Estudo clínico e experimental de apreciação das ideas de Löwenstein e Reitter acêrca das relações entre o reumatismo articular e a tuberculose.

Segundo os AA., pode a tuberculose provocar excepcionalmente uma inflamação poliarticular de natureza não purulenta; pode também a tuberculose miliar decorrer sob o quadro de poliartrite aguda e só o aparecimento dum «fungus» articular descobrir a etiologia específica da doença. A demonstração de bacilos no exsudado articular é, nestes casos raros, meio diagnóstico valioso e indispensável. Mas, em todos estes casos não se trata da doença articular «reumática específica», mas sim «reumatoide» (Krebs), como se encontra por vezes povocada por outros agentes (gonococo, meningococo).

Os AA. negam em absoluto a etiologia tuberculosa do reumatismo articular agudo aceite por Reitter e Löwenstein.

Concluem :

1.º — O exame de tôdas as provas clínicas e experimentais indicadas a favor da etiologia tuberculosa do reumatismo articular agudo: demonstração dos bacilos no sangue e no exsudado articular, provas cutâneas e subcutâneas à tuberculina, reacções de precipitação e fixação de complemento, resultou negativo.

2.º — As poliartrites aguda e crônica, desde que sejam de natureza reumática específica, não são de etiologia tuberculosa.

3.º — Pela demonstração de bacilos da tuberculose no exsudado articular ou por uma reacção focal positiva à tuberculina, demonstra-se muito raramente que não se trata de processos reumáticos, mas sim de tuberculose reumatoide.

OLIVEIRA MACHADO.

O tratamento cirúrgico da gangrena do membro inferior no diabético.

(*Le traitement chirurgical*, etc.), por PEDRO ESCUDERO e R. R. VILLEGAS.

— *Revue Sud-Am. de Med. et de Chir.* N.º 8. 1932.

Os AA. relatam as normas terapêuticas por êles adoptadas nas diversas situações de gangrena do membro inferior em diabéticos, realçando a gravidade desta complicação e a necessidade de colaboração do médico e do cirurgião.

Com Mac Kittrick e Rooth dividem os diabéticos com gangrena em dois grupos :

1.º — Aqueles em que a lesão é secundária a má irrigação do membro.

2.º — Aqueles em que o processo séptico é mais importante que o vascular.

É freqüente o aparecimento de formas mixtas. Dos do 2.º grupo destacam os casos de gangrena gasosa.

A conduta terapêutica está sujeita à variedade de gangrena :

Com artérias francamente lesadas e sem desenvolvimento duma circulação colateral suficiente, a cirurgia conservadora é inútil e perigosa; com estado satisfatório das artérias, a cirurgia conservadora, bem executada, dá resultados animadores.

Nas gangrenas secas, de origem arterial, os AA. usam a amputação alta e precoce do membro; nas formas húmidas, com má irrigação, aconselham igualmente a amputação precoce no terço inferior da coxa. Se o membro é bem irrigado e a lesão puramente infecciosa, sem gangrena, preferem a cirurgia conservadora: foco largamente aberto e largamente drenado.

Concedem grande valor prognóstico e terapêutico ao exame bacteriológico do pus, aconselhando a seroterapia precoce, intensiva e continuada em caso de gangrena gasosa.

Os AA. preferem a raquianestesia.

OLIVEIRA MACHADO.

Ritmos tóxicos digitálicos. (*Rythmes toxiques digitaliques*), por J. DE ALMEIDA RAMOS. — *Revue Sud-Am. de Med. et de Chir.* N.º 8. 1932.

Comunicação de três observações de fibrilação auricular consecutiva ao uso de digitalina, situação raramente observada em consequência do uso daquele farmaco.

Neste trabalho o A. recorda a acção farmacológica e tóxica da digita-

lina e discute a patogenia e evolução da fibrilação aparecida em consequência do uso daquela.

OLIVEIRA MACHADO.

A acção cancerígena da luz solar. (*L'action cancerigène de la lumière solaire*), por M. LARABI. — *Revue de Pathologie comparée et d'hygiène général*. N.º 430. Julho de 1932.

O A. publica um trabalho dividido em três livros e cada um destes em vários capítulos, cujos tópicos transcrevemos:

LIVRO I. — O primeiro capítulo compreende uma história sucinta das diversas lesões cutâneas provocadas pela luz.

O segundo capítulo resume as noções essenciais sobre as características físicas e os efeitos fisiológicos das diversas variedades dos raios.

LIVRO II. — Estuda, pela ordem seguinte, as diversas variedades de lesões precancerosas e a sua transformação maligna:

Capítulo I — *Keratosis* e epitelomas dos tipos habituais, correspondentes às lesões dos velhos países, bem descritas por Dubreuilh. Capítulo II — Lesões espontâneas ou experimentais, produzidas pelos R. U. V. Capítulo III — Epitelomas no decurso de pelagras. Capítulo IV — Xeroderma pigmentar. Capítulo V — Cancro cutâneo dos marítimos ou doença de Unna.

LIVRO III. — No primeiro capítulo tenta esboçar uma comparação entre as diversas lesões precedentes e aproximá-las das outras variedades de cancros, quer provocados por raios (R. X, rádio e substâncias radioactivas), quer por substâncias químicas (alcatráo, arsénio, etc.).

O segundo capítulo é dedicado à patogenia.

Neste trabalho, baseado nos dados fornecidos pela biologia e patologia geral, o A. pretendeu, somente, reunir tudo o que pode ser utilizado nos problemas da clínica diária.

FILIFE DA COSTA.

O tratamento do edema cerebral post-traumático pela solução de sulfato de magnésio a 15%. (*Trzitement de l'œdème cérébral post-traumatique par la solution de sulphate de magnésie à 15%*), por JÜEL ME-GNIN. — *Journal de Chir.* Tome XL. N.º 2. Août 1932.

O A. estuda o assunto, chegando às seguintes conclusões:

«O edema é uma reacção habitual do cérebro ao traumatismo; isolado ou associado a outras lesões, êle ocupa um lugar importante nos sintomas e prognóstico dos traumatismos cranianos. É sobre o sintoma edema e a sua principal manifestação — a hipertensão — que actua a trepanação descompressiva. Ela foi abandonada em favor da punção; parece que se tem exagerado a importância das punções lombares em série.

A medicação hipotensiva por injeccção e ingestão de soluções hipertónicas, parece-nos um meio seguro e poderoso de abaixar a tensão do L. C. R.

Nós preconizamos esta medicação, associada ou não às punções lom-

bares iterativas. Aconselhamos, de preferência a qualquer outra, a solução de sulfato de magnésio a 15 ‰, na dose média de 60 c. c. intravenosos. Salvo as contra-indicações mencionadas — compressão, hipotensão, *shock*, hemorragia, contusão cerebral grave — e com as precauções descritas (lentidão da injeção, vigilância das reacções, em especial pulso e respiração), êste tratamento pode ser empregado sem receio, em todos os traumatismos cranianos».

O A. realça a raridade de acidentes registados com esta rotina terapêutica e apresenta a percentagem de bons resultados obtidos, como seguro testemunho de ser o edema a lesão mais importante e freqüente dos traumatismos crânio-cerebrais.

FILIFE DA COSTA.

Os tumores mixtos da glândula submaxilar. (*Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire*), por A. GASSET, BERTRAND e P. FUNCK-BRETANO. — *Journal de Chirurgie*. Tome XL. N.º 2. Août 1932.

Os AA. apresentam um estudo de conjunto sôbre os tumores mixtos da glândula submaxilar, passando em revista os seguintes capítulos: freqüência consoante a idade e sexo, sintomatologia, diagnóstico, tratamento e exame anátomo-patológico.

Realçam os AA. a raridade dêstes tumores e a facilidade da intervenção cirúrgica.

FILIFE DA COSTA.

Reacção de gravidez (Brouha-Hinglais-Simonnet) positiva, num homem atingido de embrioma dum testículo com focos placentários. (*Réaction de grossesse positive chez un homme porteur d'un embryome du testicule avec foyers placentaires*), por CHEVASSU. — *Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie*. Vol. VII. N.º 33. 19 de Dezembro de 1931.

O A. refere um caso de reacção Brouha-Hinglais-Simonnet positiva, num homem atingido de tumor do testículo direito, com diagnóstico clínico de cório-epitelioma, ulteriormente confirmado por exame histológico. A reacção, repetida 25 dias depois da castração, foi negativa.

No número seguinte da mesma revista, R. Proust, sôbre êste caso clínico, apresenta algumas considerações sôbre a etio-patogenia dos cório-epiteliomas testiculares.

FILIFE DA COSTA.

Pesquisas sôbre a patogenia da cefaleia post-raquianestésica. (*Recherches sur la pathogénie de la cephalée post-rachianesthésique*), por C. ANGELESCO, G. BUZOIANU e D. CARAMZULESCO. — *Lyon Chirurgical*. Tôm. XXIX. N.º 5. 1932.

A cefaleia post-raquianestésica, embora a sua gravidade não seja geralmente grande, é uma das complicações mais freqüentes da anestesia raquidiana. Pode dizer-se, mesmo, que, com as técnicas modernas e com o emprêgo

das drogas anestésicas últimamente lançadas no mercado; é o único acidente que actualmente ainda se não conseguiu afastar por completo. Nas suas formas intensas, que se acompanham, por vezes, de vômitos e de insónias esgotantes, as cefaleias podem persistir por muitos dias e mesmo por semanas. Isto explica o interesse que muitos autores lhes têm dedicado, com especial atenção.

Nenhuma das teorias (tóxica, circulatória, mixta, de irritação meníngea, hidráulica) até hoje admitidas, sustentadas e combatidas por diversos autores, satisfazem por completo o espírito da interpretação patogénica d'este acidente, nem os dados terapêuticos que delas emanam as confirmam plenamente.

É, contudo, incontestável que cada uma dessas teorias encerra em si uma parte verdadeira; quasi tôdas contêm factores que os AA. d'este artigo consideram como «auxiliares do elemento essencial, na produção da cefaleia».

A substância cerebral é desprovida de sensibilidade; o centro da cefaleia está, por consequência, localizado nas meninges e especialmente na *dura-máter*, rica em elementos nervosos sensitivos. A irritação d'estes nervos pode ser directa (traumatismo, infecção) ou indirecta e reflexa, devida a perturbações circulatórias, que constituem, sem dúvida, o abstracto das cefaleias (intoxicações, infecções, nevroses). O mecanismo íntimo destas perturbações circulatórias é a vaso-dilatação meníngea sob a influência dos diversos agentes, com pontos de partida diferentes no organismo. «Os capilares meníngeos, dilatados por um fenómeno de paresia vaso-motora, comprimem os filetes nervosos e produzem a cefaleia».

Com a mesma técnica, num mesmo serviço cirúrgico, empregando o mesmo soluto e o mesmo instrumental, o aparecimento da cefaleia é incerto e extremamente variável de individuo para individuo. A razão disto, segundo os AA., está no sistema neuro-vegetativo, variável dum individuo a outro e que, por outro lado, é o principal regulador da circulação sanguínea periférica e central.

Os AA. estudaram uma série de doentes, afebris e sem lesões supuradas, raquianestesiados para operações pouco traumatizantes (três dos quais não sofreram mesmo qualquer intervenção cirúrgica) e, sobre êles, classificando-os quanto ao estado do seu *tonus* vegetativo, segundo o quadro do Prof. Danielpolu, puderam chegar às seguintes conclusões:

«A raquianestesia determina modificações quasi constantes, que consistem em uma hipoanfonia de predomínio simpático, constatado clinicamente e demonstrado com as provas de exploração d'este sistema.

«A presença da cefaleia depois da raquianestesia coincide sempre com um estado de hipoanfonia vegetativa.

«A intensidade e duração da cefaleia estão em relação directa com o grau de hipoanfonia e a duração persistente d'este estado vegetativo.

«Ao mesmo tempo que se observam estes dois fenómenos — anfonia e cefaleia — constata-se sempre um terceiro fenómeno, a hipotensão arterial.

«A coincidência d'estes três fenómenos obriga-nos a considerar que a hipoanfonia parece ser o agente importante que comanda a hipotensão e a cefaleia».

Para explicar a forma como a droga anestésica produz o estado de hipofonia vegetativa, os AA. recordam o que se passa com a sífilis, em cujo período secundário o sintoma principal é a cefaleia; neste período da doença constatou-se uma redução dos iões K e Na, que produz uma alcalinidade do sangue e do líquido cefaloraquidiano; o período secundário da sífilis corresponde, também, a um estado de hipofonia vegetativa.

Pelos gráficos dos seus doentes e por dedução, os AA. julgam que a droga anestésica actua sobre o sistema vegetativo por uma dupla acção: *directa*, impregnando a substância nervosa a fim de abolir a sensibilidade e inibindo os centros vegetativos medulares — caracterizado por um início brusco, com vômitos, palidez, hipotensão arterial acentuada, por vezes lipotímia, que desaparece à medida que a droga vai sendo eliminada do organismo; uma acção *indirecta* actuando sobre os iões humorais, que persiste enquanto o organismo se não equilibra, por intermédio das suas glândulas endocrínicas.

A hipotensão arterial explicam-na os AA. por este desequilíbrio vago-simpático.

Para esta nova concepção patogénica da cefaleia post-raquianestésica — hipofonia de predomínio simpático — tiram os AA. a contra-prova, terapêutica e profilática, com o emprêgo de substâncias marcadamente anofónicas, tais como a efedrina e a efetonina. Estas substâncias, por via bucal ou por via hipodérmica, aumentam a pressão arterial e fazem desaparecer, temporária ou definitivamente, as cefaleias. Em geral, duas ou três injeções de 0,05 gr. de efetonina, feitas com intervalos variáveis, afastam para sempre as cefaleias.

Outras substâncias, que, como o cálcio, têm uma acção anofónica com predomínio acentuado pelo simpático, foram empregadas pelos AA. sempre com resultados subjectivos, acusados pelos doentes pela supressão das cefaleias e, clinicamente comprovados com exploração objectiva do sistema neurovegetativo.

E. ÁLVAREZ.

Gangrena dos dedos consecutiva à anestesia digital em bloco. (*Gangrene of the finger following digital nerve block anaesthesia*), por JOHN H. GARBOCK. — *Annals of Surgery*. Vol. XCIV. N.º 6.

É prática antiga, descrita nos livros, ao fazer-se a anestesia circular de um dedo, colocar na raiz desse dedo um torniquete, com o fim de prolongar a duração da anestesia, pelo retardar da reabsorção do anestésico.

Esta prática não é, contudo, isenta de perigos, quando incorrectamente aplicada. A este propósito, o A. cita 4 casos, que lhe foi dado ver no espaço de dois anos, de gangrena das extremidades digitais, consecutivos a anestesia em bloco, com compressão exagerada, embora de curta duração, da base dos respectivos dedos. Para esta exagerada compressão influi também a infiltração do anestésico, que aumenta, naturalmente, o volume do dedo.

No estudo dos 4 casos citados verificou o A. que não existiam condições locais ou gerais do doente a que podesse atribuir-se a gangrena aparecida;

que o estudo anatomo-patológico dos dedos desarticulados mostrou que se haviam produzido tromboses, causa directa das lesões gangrenosas.

Para evitar estes inconvenientes, aconselha o A., quando haja necessidade de compressão, o emprêgo duma banda elástica de Esmarck, mais eficaz e certamente menos trigosa.

E. ÁLVAREZ.

Sôbre volvos do cólon transverso. (*Uber volvulus coli transversi*), por K. E. KALLIO. — *Acta Chirurgica Scandinávica*. Vol. LXX. Fasc. I. 1932.

O A. publicou, já anteriormente, um trabalho sôbre 16 casos de volvo do cólon transverso recolhidos entre 337 casos de obstrução intestinal observados durante os anos de 1925 a 1929 no Hospital de Turku, Finlândia. Junta agora mais outros dois casos.

Neste trabalho o A. dá um rápido resumo das pesquisas anatómicas feitas na Finlândia e noutros países, relativas ao intestino grosso e mais especialmente ao cólon transverso, e refere-se à importância dêstes estudos na etiologia da torção dêste segmento de intestino.

Segundo o A., uma ansa do cólon transverso torce-se tanto mais facilmente quanto os seus pontos basais estão mais próximos um do outro. No estado astênico a base do cólon transverso é mais curta; as duas extremidades dêste segmento podem, também, ser aproximadas por uma cicatriz do meso-cólon.

O A. explica que os dois topos do cólon transverso podem aproximar-se, *relativamente*, com a dilatação da ansa produzida pela pressão dos gases nela contidos. Esta pressão interior é provocada pela prisão de ventre crónica e pelo meteorismo grave.

Tendo constatado em três casos de volvo do cólon transverso a coexistência dum obstáculo na parte inferior do S. iliaco, o A. julga que o volvo se manifesta como um fenómeno acessório, secundário a uma oclusão intestinal situada mais abaixo e é causado por uma pressão de gases mais intensa do que habitualmente, devida a êsse mesmo obstáculo.

Esta circunstância reforça a teoria de Tiisala, segundo a qual a pressão interior do intestino grosso é, em certas condições anatómicas, um factor importante no mecanismo da produção desta forma de oclusão intestinal.

E. ÁLVAREZ.

Doenças graves, de aspectos septicémicos, com localizações articulares predominantes, curadas pelas injeções intravenosas de acridina. (*Maladies graves, d'allures septicémiques avec localisations articulaires prédominantes, guéries par les injections intraveineuses de jaune d'acridine*), por LÉON TIXIER (Paris). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXV. N.º 10. Outubro de 1932 Págs. 569-578.

As considerações do A. bordam-se sôbre quatro observações, que resume. As injeções intravenosas de acridina, feitas em doses moderadas, devem

figurar no arsenal terapêutico do pediatra, pois que são a única medicação por assim dizer específica, ou mesmo «eficaz» a opor a certos estados septicêmicos com manifestações articulares predominantes, que são verosimilmente determinados por uma série de germes que não tomam o Gram.

Num primeiro caso, dum rapaz de 15 anos, o início é o dum reumatismo articular agudo com localizações dolorosas ao nível do cotovêlo e da espádua direitas, alta temperatura. O salicilato de soda não dá resultado. Sinais de congestão pleuro-pulmonar da base direita, e manifestações de irido-ciclo-coroidite do olho direito. Hemoculturas negativas, mas isola-se da faringe um diplococo, Gram-negativo, com os caracteres do catarralis. Cinco injeções intravenosas diárias de tripaflavina, num total de 0,90 grs. de produto activo, levam em poucos dias à cura de todos os acidentes.

Num segundo caso, rapaz de 16 anos, início por dor violenta ao nível do tornozêlo direito; suores abundantes, temperatura muito elevada; existem, além disso, três outras localizações articulares de menor importância. Hemoculturas negativas. Cinco dias de doses fortes de salicilato de sódio não dão resultado algum. Colecção de pus à volta da tíbio-társica direita, donde se isola um diplococo Gram-negativo, que é impossível de desenvolver nos vários meios culturais. Sob a influência das injeções intravenosas de tripaflavina (1,22 grs. do princípio activo no espaço de doze dias), obtém-se a cura.

Não havia, em ambos estes rapazes, traço algum de blenorragia, aguda ou antiga.

No decorrer destas infecções gerais, de toques articulares predominantes, assinala-se a dificuldade do diagnóstico bacteriológico. Conhece-se a fragilidade da maior parte dos gram-negativos, a raridade das hemoculturas positivas, mesmo nos meios parecendo os mais próprios.

Os factos atrás citados têm um indiscutível valor clínico porque alargam o quadro dos pseudo-reumatismos infecciosos cujo diagnóstico é praticamente impossível de fazer durante muitos dias com a doença de Bouillaud, antes de se terem obtido os resultados da terapêutica salicilada. As doenças com êste quadro não são acessíveis a qualquer terapêutica sintomática ou anti-infecciosa que não seja a introdução nas veias da acridina amarela.

Parece que no emprêgo desta medicação intravenosa há uma dose óptima. As doses pequenas inferiores a 5 centigramas parecem insuficientes; as doses grandes, superiores a 20 centigramas, são susceptíveis de provocar fenómenos mais ou menos sérios. A injeção de 10 a 20 centigramas, diária ou com intervalo de um dia, para individuos de quinze anos, pareceu ao A. bem tolerada e suficientemente eficaz, pois é em geral após a segunda injeção que a temperatura se aproxima da normal e que os acidentes clínicos entram a melhorar.

É preciso reechar as doses mais elevadas, de início. Uma dose de 0,40 gr. produziu, durante quarenta e oito horas, vômitos, náuseas e uma acentuação do mal-estar geral.

Nos últimos anos, um certo número de autores veio trazer à Sociedade Médica dos Hospitais de Paris observações pelas quais se poderia atribuir à acridina o ter aumentado em proporções muito importantes a taxa da azotemia. É possível que esta medicação seja perigosa em pessoas cujos rins estão

em esclerose ou pouco permeáveis; não a receia o A. em indivíduos novos com emunctórios normais. Num dos doentes do A. a taxa da ureia no sangue atingiu, oito dias após a última injeção de acridina, 0,85 gr.; mas caiu a 0,37 gr. no dia seguinte.

É evidente que é necessário haver uma vigilância muito cuidadosa dos rins. Este leve contra não diminui o valor da medicação, rápida de acção, em doenças graves que resistem aos processos terapêuticos usuais.

MENESES.

A piretoterapia na coreia. (*La pyrétothérapie dans la chorée*), por L. DE CASTRO FREIRE (Lisboa). — *Archives de Médecine des Enfants*. Tômoo XXXV. N.º 9. Setembro de 1932. Págs. 527-536. (Separata).

O A. começa por fazer o estudo e a critica do recente tratamento da coreia pelo Nirvanol, ou melhor, pela doença do Nirvanol, tratamento de resultados apreciáveis, mas sujeito, embora raramente, a fenómenos de intoxicação desagradáveis e mesmo mortais. A maneira pela qual o Nirvanol deve actuar, visto que essa acção é interpretada como reacção de choque anafilactóide, despertou no A. a idea de ensaiar o tratamento pela febre na coreia. Este primeiro trabalho é baseado sobre 11 casos de coreias recentes, antigas, recidivantes e mesmo comporta um caso de hemicoreia, casos estes que o A. tratou, empregando o produto da casa Heyden — Soufrogel — como meio provocador de altas temperaturas. Os resultados obtidos, quasi todos bons, foram de molde a encorajar o A. a divulgar essa tentativa, na idea de uma mais larga experimentação. Este tratamento é inofensivo, compatível com o tratamento ambulatorio e, embora o A. o não proclame como devendo substituir o tratamento pelo Nirvanol, julga que deva ser tentado nos casos rebeldes antes dêste último.

MENESES.

Tratamento e avaliação das fracturas da coluna vertebral, por GEORGES MAGNUS (Bochum). — *Archiv f. orthopädische und Unfall-Chirurgie*. Tômoo XXIX. Fasc. 3. Págs. 277-284. Ref. Moutier.

A estatística do A. incide sobre 608 casos de fracturas do raquis.

Nas fracturas com perturbações medulares, opõe-se a todo o tratamento, extensão continua ou laminectomia.

Com efeito, ou a medula está destruída pela contusão e a lesão é definitiva, ou está comprimida por uma hematomielia ou um hemato-raquis. Neste caso, a paraplegia desaparecerá espontaneamente ao fim de alguns dias com a reabsorpção do hematoma. Tanto num como noutro caso, a laminectomia não pode ter acção alguma útil.

Nas fracturas sem paraplegia, o tratamento consiste no simples decúbito em cama dura e massagem precoce dos músculos das goteiras vertebraes. Na 5.ª semana o doente senta-se e levanta-se na 6.ª; assim tratadas, as fracturas

da coluna são dum prognóstico relativamente muito benigno. A taxa de incapacidade permanente é, em média, na Caixa de Auxílio Mineiro de Bochum, de 22 %.

O A. acrescenta que liga grande importância ao moral destes doentes. Os que pensam que a fractura da coluna é uma lesão benigna curam-se muito mais depressa e muito mais completamente do que aqueles a quem se sugeriu a ideia que o acidente grave deixará seqüelas acentuadas. O A. revoltou-se com energia contra a aplicação de qualquer colete, gessado ou doutra natureza. O colete, nas fracturas do raquis, não só não serve para nada como até pode prejudicar. É um factor para a atrofia muscular, cria por si só maiores invalidezes do que a própria fractura.

Nota do R. — Esta simplicidade da terapêutica está em opposição absoluta às conclusões firmadas por Fumagalli na interessante monografia publicada em 1930 no *Archivio di Ortopedia*, de Milão, fundada sobre 152 casos do Ospedale Maggiore.

MENESES.

Sobre a profilaxia da anemia dos prematuros. (*Sur la prophylaxie de l'anémie des prématurés*), por S. VAN CREVELD e N. I. HEYBROEK (Amsterdã). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tomo VIII. N.º 2. Págs. 158-176. 1932.

Os AA. seguiram as alterações no sangue durante os primeiros meses de 110 prematuros entre os quais bastantes gémeos. Foi impossível evitar completamente a aparição da chamada anemia fisiológica dos prematuros, seja pela administração profiláctica de fígado e de preparações que o substituem, seja pela do ferro reduzido ou vestígios de cobre e de manganés, em combinações ou não com o ferro.

Pareceu-lhes que uma combinação de extracto de fígados de bacalhau e duma preparação de vitamina D, ou uma combinação de ferro reduzido e de vitamina D exerciam uma influência favorável sobre o crescimento e o desenvolvimento ulterior e também pareciam poder evitar a aparição duma anemia demasiado forte e ser favorável à cura da anemia.

Viram que a queda das percentagens dos eritrócitos e da hemoglobina elevada à nascença continuava enquanto o «índice ictérico» do soro sanguíneo (taxa das substâncias biliares) era elevada. É necessário considerar a existência duma hemólise mais forte e mais demorada após o nascimento como uma das principais causas da aparição da anemia dos prematuros. A percentagem das hemácias granuladas pareceu baixar depressa, a seguir à nascença nos prematuros, para em seguida subir duma forma passageira, mas bastante importante, de modo que é atingido um novo máximo.

O aumento começava e continuava bastante tempo antes de que o grau máximo da anemia fôsse atingido. Por consequência não há o direito de falar duma anemia puramente aplástica nos prematuros.

MENESES.

A icterícia do recém-nascido. (*L'ictère du nouveau-né*), por ALTON GOLD-BLOOM e RUDOLF GOTTLIEB (Montréal, Canadá). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tômoo VIII. N.º 2. 1932. Págs. 177-187.

Os AA. chegam às seguintes interessantes conclusões:

1.ª — A icterícia simples do recém-nascido é um estado fisiológico que pode ser pôsto em evidência em todos os recém-nascidos.

2.ª — É antes de tudo de natureza hemolítica. A influência do figado sôbre o desenvolvimento desta icterícia não é clara; uma insuficiência relativa pode desempenhar um certo papel.

3.ª — O recém-nascido passa bruscamente duma anoxemia prenatal ao estado post-natal.

4.ª — A anoxemia prenatal resulta: 1.º da natureza da circulação fetal e 2.º da insuficiência da função respiratória placentária.

5.ª — Uma icterícia, semelhante à icterícia do recém-nascido, pode ser produzida no animal se imitarmos as condições da passagem do feto do estado prenatal ao estado post-natal no que respeita a tensão do oxigênio.

6.ª — A icterícia grave do recém-nascido é um estado particular, cuja etiologia é desconhecida.

MENESES.

Resultado ulterior de um enxerto do peróneo na extremidade inferior do rádio. (*Resultado alejado de un injerto de peroné en la extremidad inferior del radio*), por ANGEL F. SAN MARTIN (Soc. de Cirúrgia de Buenos Aires. Sessão de 21 de Setembro de 1932). — *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. Tômoo XVI. N.º 22. Págs. 1030-1034.

Doente operada há 12 anos, por lesão do rádio, diagnosticada tanto pela histórica clínica como pela radiografia, de osteosarcoma de mieloplaxes ou talvez osteíte quística.

O resultado funcional obtido foi esplêndido, e é interessante também a maneira como foi implantado o enxerto e as diversas teorias que reinavam nesse tempo e se combatiam, dando-lhe razão neste caso a tese de Heitz-Boxer sôbre a sua evolução, com cujo critério foi executado, isto é, depois de extirpar completamente o periosteoo do ôsso enxertado. O conceito da morte do enxerto e a revivificação ulterior, mercê da penetração dos vasos de nova formação através dos canaliculos de Havers e o novoo acréscimo dos sais de cálcio para ali acorridos, parece ser confirmado pelo caso presente, pela sua perfeita vitalidade ulterior, com perfeita consolidação topo a topo com a extremidade inferior do rádio seccionado.

O tecido ôsseo, aperióstico, teria pois um valor fundamental em matéria de enxertos.

Pôde-se verificar tratar-se duma osteíte quística, confirmando assim o aspecto de ninho de abelhas que a radiografia apresentava. Também é interessante sob o ponto de vista bacteriológico, pois o exame revelou estafilococos.

A ressecção foi executada em forma parostal, e uma vez colocado o enxêrto no seu leito, a síntese foi feita apenas com catgut vulgar; na sua extremidade superior com uma simples perfuração, tanto na extremidade inferior do rádio seccionado como na parte superior do enxêrto; na sua porção inferior com uma simples sutura com catgut da apófise estiloidea da cabeça do peróneo ao ligamento lateral externo da articulação do punho.

O A. resume a história da doente. Se bem que o enxêrto tivesse êxito, não se deve esconder a falta de congruência entre a face articular da extremidade superior do peróneo e o côndilo cárpico, achando-se êste côndilo em estado de subluxação posterior e a cabeça do peróneo em anteposição.

Os movimentos normais do punho estão um pouco limitados, tanto na flexão como na extensão, assim como a abdução e a adução, e um pouco a supinação.

Conserva, no entanto, a força da mão, o que lhe permite fazer todos os trabalhos sem limitação alguma.

Reproduções radiográficas excelentes.

MENESES.

A encefalomyelite post-vacinal. (*L'encéphalomyélite postvaccinale*), por F. S. von BOUWDYK BASTIAANSE. — *Revue Neurologique*. Tômoo I. N.º 5. Maio de 1932.

A encefalomyelite post-vacinal apresentou-se com mais freqüência e com mais gravidade depois do ano de 1922; é curioso notar que por esta mesma época e em vários países foi observado igualmente o aumento de casos de encefalite epidêmica e pouco tempo depois um aumento de casos de poliomyelite.

O número de casos de encefalite epidêmica diminui presentemente (na Holanda), podendo-se esperar que o número de poliomyelites diminua igualmente em poucos anos. Há, portanto, grande probabilidade de que, próximamente, a encefalite post-vacinal venha, por seu turno, a diminuir.

Entretanto, assim se conclui dos trabalhos estatísticos do autor, uma indicação precisa e prática se pode tirar do estudo dos vários casos de encefalomyelite post-vacinal em diferentes países: vacinar no primeiro ano de vida, pois é durante êle que há o mínimo de probabilidades de complicações neurológicas.

ALMEIDA LIMA.

Encefalite vacinal. Eficácia das injeções de sôro de individuos recentemente vacinados com sucesso. Utilidade de se fazer provisão dêsse sôro. (*Encéphalite vaccinale. Efficacité des injections de sérum des sujets récemment vaccinés avec succès. Utilité de l'approvisionnement en ce sérum*), por A. NETTER. — *Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux*. 3.ª série. N.º 35. 47.º ano. Dezembro de 1931.

É possível atenuar a gravidade da encefalite vacinal recorrendo precocemente às injeções de sôro de individuos recentemente vacinados com

sucesso. O A. insiste sobre a necessidade de se constituirem *stocks* deste sôro.

ALMEIDA LIMA.

Tentativa de interpretação das manifestações nervosas observadas no decurso da vacinação da doença sérica e das doenças eruptivas. (*Essai d'interprétation des manifestations nerveuses observées au cours de la vaccination de la maladie sérique et des maladies éruptives*), por LUDO VON BOGAERT. *Revue Neurologique*. — Tômoo II. N.º 1. Julho de 1932.

A análise das manifestações nervosas dos exantemas, da vacina e da doença sérica, deve incitar os neurologistas e histopatologistas a um exame mais profundo dos problemas biológicos, aos quais não se tem dado até agora tôda a importância que merecem, devendo os investigadores afastar-se momentaneamente do estudo das especificidades microbianas, dando uma maior importância à noção de terreno mórbido, de sensibilidade e de alergia.

As investigações sobre estes vários pontos levam nos a concluir que os fenómenos humorais e vasculares são suficientes para determinar lesões aparentemente primitivas do parênquima nervoso, que syndromas neuro-psíquicos graves de aspecto local se podem desvanecer sem deixar vestígios, que um processo patológico é compatível com uma auto-esterilização do *virus*, que certas injeções são menos perigosas pela septicemia do *virus* causal que pelos conflitos humorais que desencadeiam nos indivíduos que se imunizam mal.

ALMEIDA LIMA.

Tratamento da sífilis cérebro-espinal pela malária, por NEUSTADDER. — *Jour. of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXIII. N.º 6. 1931. Pág. 591.

Resultados estatísticos:

69,2 % melhoram e mantêm-se melhores. 23 % em nada beneficiaram com o tratamento. Os restantes morreram num período inferior a um ano, após a inoculação.

ALMEIDA LIMA.

Aspectos clínicos do tratamento da neuro-sífilis pela malária, por G. S. JOHNSON e A. JEFFERSON. — *Journal of Nervous and Mental Diseases*. Vol. LXXIII. N.º 4. 1931.

Os autores tiram do seu estudo as seguintes conclusões:

1.ª — A indicação do tratamento pela malária será dada pelo estado fisiológico do doente, mais do que pelo seu estado mental.

2.ª — Deve-se dar a maior atenção ao quadro clínico completo do doente, o que diminuirá os riscos e a mortalidade.

3.ª — A quimioterapia antisifilítica premalárica é util, principalmente nos doentes em más condições de estado geral.

4.ª — A quimioterapia antisifilítica post-malárica é recomendável.

ALMEIDA LIMA.

Goma sífilítica da amígdala num paralitico geral em seguida à impaludação. (*Gomme syphilitique de l'amygdale survenue chez une paralytique générale à la suite de l'impaludation*), por LEROY e MEDAKOVITCH. — *Annales médico-psychologiques*. 89.º ano. Vol. II. N.º 3. 1931.

A malária tem tendência a transformar as lesões da paralisia geral em lesões terciárias, mais acessíveis ao tratamento. As gomas da amígdala são raras, mesmo nos sífilíticos vulgares. Os AA. relatam a observação de uma goma da amígdala sobrevinda num paralitico geral três anos após o tratamento pela malária, em plena remissão da sua P. G., e que desapareceu pelo tratamento iodado e arsenical.

ALMEIDA LIMA.

Erupção pápulo-escamosa e alopecia secundárias num paralitico geral impaludado. (*Éruption papulo-squameuse et alopécie en clairière secondaires survenues chez un paralytique générale impaludée*), por LEROY, MEDAKOVITCH e BOYER. — *An. médico-psychologiques*. 89.º ano. Vol. II. N.º 4. Nov. 1931.

A infecção palúdica transforma os paralíticos gerais em sífilíticos simples, que assim se tornam mais acessíveis ao tratamento específico. Esta opinião é baseada sobre o facto das reacções coloidais do líquido céfalo-raquidiano (Benjoim, matix, oiro coloidal) se transformarem, nas remissões, em simples curvas de sífilis cerebral; pode também esta hipótese ter a sua confirmação em factos clinicos, como seja a aparição de manifestações de sífilis terciária, o que sucede a maior parte das vezes sob a forma de gomas cutâneas. A propósito, os autores relatam a observação de uma mulher de 32 anos, na qual apareceram, sete meses depois da impaludação, uma erupção pápulo-escamosa e uma alopecia secundária.

ALMEIDA LIMA.

A recorrentoterapia na sífilis nervosa e nas psicoses. (*Récurrentothérapie dans les syphilis nerveuses et dans les psychoses*), por H. CLAUDE e F. COSTE. — *Bul. de l'Acad. de Medicine*. 3.ª série. Vol. CVI. 95.º ano. N.º 34. 1931.

O tratamento pela febre recorrente, a-pesar-de dar, na paralisia geral, melhora da mesma ordem que a malariaterapia, deve permanecer um tratamento de excepção.

No seu emprêgo, qualquer que seja a recorrente escolhida, vemo-nos a braços com inconvenientes que não existem na malária. Ao passo que esta

última é facilmente manejável, inoculável em todos os períodos da sua evolução, perfeitamente regular no seu decurso, de intensidade constante na maioria dos indivíduos, suspendendo-se à vontade, deixando-se extinguir com uma precisão quasi matemática por doses bem proporcionadas de quinino, as recorrentes não possuem nenhuma destas vantagens. A transmissão é delicada, pois para evitar a fatal atenuação do vírus, é preciso colher o sangue no início do acesso, e, sendo possível, do primeiro acesso, sendo portanto necessário dispor de um doente novo nesse momento preciso. Mesmo realizada nestas condições, os resultados da transmissão são muitas vezes desconcertantes, pelos saltos imprevistos de violência que ocorrem.

Os arsenicais orgânicos não têm, na evolução da doença, uma acção evidente, não se podendo ter a certeza de cortar os acessos em casos de necessidade.

ALMEIDA LIMA.

O síndrome de Korsakoff; a sua histopatologia. (*Korsakoff's syndrome: its histopathology*), por ARNOLD CAMIRCHAEL e RUBY O. STERN. — *Brain*. Junho, 1931. Pág. 189.

Estudo anátomo-clínico de cinco casos de síndrome de Korsakoff em alcoólicos. Parece demonstrado (como o próprio Korsakoff já tinha indicado) que o álcool actua não exclusivamente por si, mas permitindo a agressão do tecido nervoso por outros factores tóxicos. O facto d'êste mesmo síndrome se encontrar em numerosas outras doenças nas quais o alcoolismo não pode ser considerado, apoia esta opinião. As lesões encefálicas são exclusivamente corticais.

Os autores fazem uma minuciosa descrição dos aspectos histopatológicos do córtex cerebral. Insistem sobre a acumulação de lipocromo nas células nervosas corticais, encontrando essa mesma substância também nas células da nevroglia e da microglia. Fazem notar as alterações cromatolíticas intensas das células corticais na região prefrontal e no córtex motor, principalmente nas grandes células de Betz.

Uma tal acumulação de lipocromo, abstraindo da senilidade, só se vê na pelagra, e os AA. emitem a hipótese da existência de um factor comum às duas afecções, que agindo por carência, permite às toxinas de alterar as células nervosas.

ALMEIDA LIMA.

Um tipo de endarterite produtiva degenerativa dos pequenos vasos da pia-máter. (*A productive-degenerative form of the small pial vessels*), por D. ROTHSCHILD e LOWENBERG — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Novembro de 1931.

Clinicamente, o início da afecção, no caso estudado pelos autores, caracteriza-se por uma demência progressiva, instalando-se em seguida um síndrome pseudo-bulbar, para o qual concorrem sinais tanto piramidais como extra-piramidais. Uma paraplegia em flexão veio complicar o quadro mór-

bido, mas esta devia estar dependente de um tumor existente na cauda equina, e sem relação portanto com as outras lesões encontradas no sistema nervoso. Essas lesões, limitadas às arteríolas e aos capilares da pia-máter, consistia em edema e proliferação das camadas endoteliais, terminando pela obliteração dos vasos. O processo caminhava então para a degenerescência gordurosa, atingindo freqüentemente a túnica média e provocando por vezes uma desintegração das paredes vasculares com trombose e hemorragias.

Discutindo o aspecto dêste tipo de lesão, os AA. distinguem as das endarterites sífilíticas, das endarterites tipo Buerger e dos processos banais de arteriosclerose. A localização, exclusiva ao sistema nervoso, desta endarterite bastaria para lhe conferir um lugar à parte dos vários quadros nosológicos já conhecidos.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição à neurofisiologia da bexiga no homem. (*A contribution to the neurophysiology of the urinary bladder in man*), por JAMES LEARMOUTH. — *Brain*. Junho de 1931. Pág. 147.

Trabalho muito desenvolvido e completo, consagrado à anatomia dos nervos da bexiga e à fisiologia da micção.

ALMEIDA LIMA.

Devem-se considerar a neurologia e a psiquiatria como entidades médicas inteiramente distintas?, por BRANHAM e MC GRAW. — *Jour. of Nervous and Mental Diseases*. Vol. 73. Fevereiro de 1931. Pág. 164.

Os AA. relatam o resultado de um inquérito realizado em New-York, entre os especialistas de doenças nervosas e mentais.

A maioria concorda em definir a psiquiatria como sendo «o estudo das doenças mentais» e a neurologia como «o estudo das doenças determinadas por alterações da estrutura do sistema nervoso». Uma grande maioria considera que a neurologia e psiquiatria são entidades absolutamente distintas.

ALMEIDA LIMA.

O dermatografismo nos psicopatas. (*Il dermatografismo nelle psicopatiche*), por F. PETROSELLI. — *Il Cervello*. XI. Janeiro de 1932. Pág. 40.

Estudando o dermatografismo em 38 doentes mentais, o autor constatou a existência de dermatografismo vermelho, traduzindo um estado vagotônico, em 37, ao passo que numa só vez se apresentou o dermatografismo branco.

A duração do traçado dermatográfico está nitidamente aumentada durante os períodos de agitação, durante os períodos de calma ou de depressão, claramente diminuída.

Julga o autor que, perante estas reacções capilares, que estão relacionadas com o metabolismo basal, com o sistema nervoso vegetativo e com as

glândulas endócrinas, há uma indicação suficiente para se praticar o estudo sistemático do dermatografismo em todos os doentes mentais.

ALMEIDA LIMA.

Experiências de insuflação de ar por via intraraquidiana, nas cefaleias post-traumáticas. (*Experiences with endolumbar inflation of air in traumatic headache*), por G. H. MONRAD-KROHN. — *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Vol. VI. Fascs. 2-3. 1931.

As cefaleias post-traumáticas e a sua resistência a todos os tratamentos, são bem conhecidas. Em Dezembro de 1927, Penfield publicou o relato de excelentes resultados obtidos pela insuflação de ar intraraquidiano.

O A. ensaiou esta mesma terapêutica, tendo obtido resultados muito interessantes. Injecta-se aproximadamente 10 c. c. de ar, depois da extracção prévia de um volume igual de líquido céfalo-raquidiano, renovando-se a mesma manobra até perfazer aproximadamente 100 c. c. O doente deve deitar-se com a cabeça ligeiramente levantada e mudar frequentemente a posição da cabeça. O processo é bastante incómodo, acompanhando-se quasi sempre de vômitos. Ao fim de dois ou quatro dias, em geral, a cefaleia e o mal-estar provocado pela injeccção de ar, regressam.

O A. julga que, a-pesar-de em conjunto os resultados obtidos não serem tão favoráveis como os de Penfield, êste método deve ser tentado em todos os casos de cefaleias graves e persistentes post-traumáticas, que não tenham tendência à regressão espontânea.

ALMEIDA LIMA.

Pesquisas experimentais sôbre a quimioterapia da meningite. (*Experimentelle Untersuchungen zur Chemotherapie der Meningitis*), por K. BEEK, K. BERINGER e M. GUNDEL. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1932.

Os casos de que os AA. se serviram nas suas investigações foram esquizofrenia, paralisia geral, meningite tuberculosa e estreptocócica. Primeiramente verificaram que o poder bactericídio do líquido céfalo-raquidiano era praticamente nulo para as bactérias Gram-negativas. Fizeram depois experiências *in vitro*, misturando o líquido e várias substâncias medicamentosas: urotropina, cilotropina e tripaflavina, verificando que só a última confere à mistura uma forte acção antiséptica.

In vivo os resultados concordaram completamente com as conclusões laboratoriais, adoptando como técnica terapêutica para introdução dos medicamentos a via endovenosa e lombar. Só a tripaflavina se mostrou, quando injectada no canal raquidiano, fortemente bactericida. Por isso esta substância é a única que, sob o ponto de vista prático, tinha importância para a clínica, mas o seu emprêgo deve ser o mais precoce possível.

J. ROCHETA.

A prova da galactose na anemia perniciosa. (*Ubere die Galaktoseprobe bei der perniziösen Anämie*), por A. DONOTH. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 32. 1932.

A prova da galactose, introduzida na clínica por Bauer, consiste, como é sabido, na ingestão de 40 grs. desta substância e na análise da galactosuria, que não deve exceder, em indivíduos normais, os 3 grs. durante as 4-6 primeiras horas. Neste artigo o A. ocupa-se dos resultados obtidos com esta prova na anemia perniciosa, tendo verificado que em todos os casos, num total de 30, nenhum apresenta galactosuria nem a glicemia durante o tempo da experiência, apresenta modificações diferentes das obtidas em qualquer outro caso. Este facto é ainda acentuado pela circunstância de aparecer galactose nas urinas quando a doença apresenta sinais clínicos de remissão. Os AA. consideram estes resultados tão importantes que julgam poder esta prova ter valor diagnóstico.

Sobre a interpretação que melhor convenha para o esclarecimento do assunto, os AA. não sabem como exprimi-la.

J. ROCHETA.

A hormona do córtex supra-renal. (*Über das Hormon der Nebennierendrüse*), por H. MAGISTRIS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 33. 1932.

O A. descreve o método que emprega para a obtenção da hormona da camada cortical das glândulas supra-renais; esta é solúvel no álcool, benzol, éter, acetona e na água; insolúvel no éter do petróleo. Resiste melhor ao frio que ao calor: 5 minutos de aquecimento a 85 ° mostrava-o. Pouco se sabe da sua natureza química.

Para avaliar da sua actividade, propõe o A. que se verifique qual a dose mais pequena, e designada como 1 unidade, que essa injeção subcutânea é capaz de manter vivo um coelho de pelo menos 2 quilos de peso, durante 1 semana, e ao qual se tenha extirpado na mesma ocasião as duas supra-renais. É necessário, todavia, que a administração desta substância comece a fazer-se dois dias antes da operação.

Como dose mínima empregou-se 0,5 c. c.

J. ROCHETA.

O tratamento do colapso e da insuficiência circulatória na infância. (*Die Behandlung des Kollapses und der Kreislaufschwäche im frühen Kindesalter*), por E. ROMINGER. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 15. 1932.

Sob o ponto de vista prático, o que interessa para o tratamento da insuficiência circulatória aguda ou subaguda da criança, é saber se há ou não sinais de estase da pequena ou grande circulação, e o grau da dispneia. Se se encontram os primeiros ou os segundos, a insuficiência é de origem cardíaca — coração direito para uns e coração esquerdo para os outros — e, nestas circunstâncias, a indicação deve fazer-se utilizando as substâncias digitálicas ou a estrofantina.

Quando, além disso, se encontram perturbações respiratórias por alteração do centro respiratório e há que excitá-los, podem empregar-se as excitações cutâneas, banhos de mostarda ou banhos quentes, que se vão arrefecendo com sucessivo derrame de água fria. Como meio específico excitante do centro respiratório deve mencionar-se a lobelina, em injeção subcutânea, principalmente empregada no colapso respiratório agudo, no começo ou decurso da pneumonia, assim como nas anestésias ou nos envenenamentos do anidrido carbônico. Últimamente, começou a empregar-se, com bastante sucesso para estes casos, que podem ou não ser acompanhados de paralisia dos vaso-motores, a combinação oxigénio-anidrido carbônico.

Quando a insuficiência circulatória é de origem periférica: pulso pequeno, por vezes quasi imperceptível, palidez, respiração freqüente e superficial, sem sinais de dispneia angustiosa, extremidades frias com ventre timpanizado e quente, a terapêutica indicada é o emprêgo da adrenalina ou, melhor, substâncias afins — a efedrina e o simpatol, que podem empregar-se *per os*.

Quanto aos estados de colapso por toxicose intestinal, os melhores resultados foram obtidos com o aldosid e a coramina, principalmente o primeiro, que produz rapidamente uma melhora acentuada e duradoira. Emprega-se *per os*, 10 a 15 gotas por 5 ou 6 vezes, ou por injeção intramuscular, 1 a 2 c. c. de um soluto a 10%.

J. ROCHETA.

O tratamento, sem medicamentos, da pielite. (*Ueber arzneilose. Pyelitisbehandlung*), por A. V. KNACK. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 15. 1932.

O tratamento medicamentoso da pielite constitui ainda hoje, para a maioria dos autores, o único que deve aplicar-se. O A., baseando-se na existência de lesões renais, que sempre acompanham a inflamação do bassinete, resolveu aplicar apenas o tratamento dietético, como é normalmente empregado nas inflamações puramente renais. Começa por administrar 250 a 400 gr., conforme a gravidade do caso e a duração da febre, de açúcar de cana dissolvido em 1 1/2 litro de água simples ou misturado a sumo fresco de frutos durante 4 a 8 dias, acrescentando nos dias seguintes alguma polpa, e em seguida um aumento crescente de hidratos de carbono até atingir uma alimentação mixta, que deve manter-se durante algum tempo, pobre em sal e albumina. Deve evitar-se, além disso, a mesma depois da cura alimentar, ou líquidos irritantes. Consegue-se um relativo repouso do parênquima renal, ao mesmo tempo que se evita a permanência de causas que mantêm a irritação da mucosa dos ductos urinários. Para apoiar o seu ponto de vista, Knack apresenta duas séries de casos, numa das quais se empregou o tratamento dietético e na outra o medicamentoso, sendo nítida a diferença a favor da primeira.

J. ROCHETA.

A dose máxima de «dilaudid». (*Ueber die maximaldosis von Dilaudid*), por R. HURTHLER. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 15. 1932.

A-pesar-de numerosos trabalhos se terem occupado da acção e emprêgo dêste farmaco, poucos referem a dose máxima a empregar. Por se tratar duma substância que vai encontrando cada vez mais larga applicação na prática — contra as dores, a tosse, especialmente a dos tuberculosos, a excitação respiratória em doentes com insuficiência circulatória — julgamos conveniente transcrever o resumo do artigo:

A dose máxima de *dilaudid*, por cada vez, é de 0,004 e por dia 0,012. Merecem uma especial atenção os doentes com o centro respiratório demasiado sensível, quer dizer, facilmente influenciável (pneumonia, tuberculose, hipertensão craniana), devendo empregar-se, nestes casos, doses um pouco menores. Como sintomas que mais evidentemente aconselham a cautela, mencionam-se a diminuição, em número, dos movimentos respiratórios e os vômitos. A melhor via de administração é a subcutânea.

J. ROCHETA.

Polipose recto-cólica. (*Ueber Dickdarmnud Rektum-Polipose*), por H. STRAUSS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1932.

O A. refere a história clínica dum doente com perturbações digestivas e a quem tinham feito o diagnóstico de disenteria. Partindo do princípio justo de que é sempre necessário fazer uma rectoscopia, e que no caso presente revelou a existência duma polipose múltipla, mostra a diferença que há entre os pólipos verdadeiros, entre os quais a mucosa, em geral, se encontra apenas edemaciada, e as excrescências polipóides, que podem observar-se, na disenteria, em tôrno das ulcerações típicas e que são unicamente de natureza inflamatória. Alonga-se em seguida em considerações sôbre a freqüência e a percentagem da polipose, sôbre a sua extensão maior ou menor por todo o trajecto cólico, sendo por isso sempre necessário o exame radiográfico, que completa o rectoscópico, e ainda sôbre a tendência para a degenerescência carcinomatosa.

Quanto a tratamento, nos casos de pólipos solitários, em pequeno número e localizados ao recto, quando muito à extremidade distal da ansa sigmoídea, a sua ablação pode fazer-se com o rectoscópio e ansa galvano-cáustica. Em plena ansa sigmoídea ou mais acima, só a laparotomia.

Quando se trata de polipose em massa, de mau prognóstico, é de aconselhar o ânus ilíaco.

J. ROCHETA.

Experiências com a dieta açucarada na piúria infantil. (*Erfahrungen mit der Zuckerdiät bei Kindlicher Pyurie*), por J. SCHMITZ. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1932.

Schmitz apresenta uma série de 96 casos de piúria crónica e aguda, tratados por esta dieta (tratamento de Aron). Refere a sintomatologia, de fácil

diagnóstico nos casos agudos, mais difícil nos crônicos e aconselha como absolutamente necessária a análise de urinas, que quando duvidosa ou negativa se deve repetir sempre.

O tratamento consiste em: durante os 2-3 primeiros dias 1 a 1½ litro de água ou chá com a quantidade de açúcar correspondente a 60 a 80 calorias, por quilo de pêso. Passados os dois dias já se deve administrar algum leite, humano, se possível, ou então de vaca, com bastante açúcar, e alguma manteiga. Em seguida acrescenta-se marmelada ou mel ou suco de frutas, até se alcançar finalmente a alimentação normal.

J. ROCHETA.

Experiências terapêuticas com o bacteriófago no tifo abdominal.
(*Versuche über die therapeutische Verwendung von Bakteriophagen bei Typhus abdominalis*), por E. RUTSCHKO e I. MENIK. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1932.

As conclusões a que os AA. chegam pelo emprêgo do bacteriófago, numa série de 69 doentes com tifo abdominal, podem resumir-se:

1) O bacteriófago, por êles empregado, não tem uma acção nítida, indiscutível, de abreviação no curso da doença.

2) Muitas vezes, a temperatura cai, 48 a 72 horas depois da administração do bacteriófago; de 1 e 2 graus, nalguns casos após a subida inicial de 0,3 a 0,8 de grau.

3) Independentemente desta influência da temperatura, os doentes, em geral, referem uma sensação acentuada de melhoria.

4) Depois da administração do bacteriófago, observam-se as seguintes reacções: diarreias; reaparecimento de roséola; aumento da sudação.

5) As complicações mencionadas acima são mais nítidas e mais frequentes quando se administra o bacteriófago por via subcutânea.

6) Há casos, pouco frequentes, que não accusam qualquer acção, quer o bacteriófago tenha sido introduzido *per os*, quer no tecido celular subcutâneo; esta acção negativa é mais frequente quando se emprega a via enteral.

7) É necessário, para um juízo mais seguro, que se continuem as observações sobre êste assunto.

J. ROCHETA.

O tratamento da picnolepsia. (*Zur Behandlung der Pyknolepsie*), por F. САСКИ. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1932.

O quadro sintomatológico da picnolepsia, como foi descrito pela primeira vez por Friedmann, é constituído por interrupções bruscas no pensar, falar, mover-se, em geral, numa duração de 10 segundos e que aparecem em crianças do 4.º ao 11.º ano. A consciência e os movimentos automáticos não desaparecem. O ataque é brusco, a criança enrijece, com reviramento dos olhos para cima; a sua frequência varia muito, de 10 a 100 por dia. Não há outras perturbações, físicas ou psíquicas; os ataques podem desaparecer, sem deixar vestígios, depois de vários anos.

O diagnóstico com a epilepsia, considerada, como tem sido esta doença, como um equivalente daquela, o «petit mal épileptique», consiste no facto de nunca se verificarem ataques de picnolesia em momentos ou situações que arrastem perigos, de não se acompanharem de mordidelas de língua ou incontinência de urina; não há também um sono profundo nem a canseira, que se encontram depois dos ataques epilépticos. Sob o ponto de vista terapêutico, a picnolesia não é influenciável pela sugestão ou pela administração do bromo ou luminal.

O A. descreve 3 casos que curaram, dois dêles pela punção lombar, que revelou hipertensão do líquido céfalo-raquidío, e o outro suspeito de mixe-dema latente pelo uso de 0,1 gr. diárias de tiroidina, durante 4 semanas.

J. ROCHETA.

Para a casuística da paralisia paroxística. (*Zur Kasuistik der paroxysmalen Lähmung*), por H. STRAUSS. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 36. 1932.

A paralisia paroxística, afecção raríssima, consiste, como indica o nome, no aparecimento súbito duma paralisia flácida, que abrange um número maior ou menor de músculos. O caso apresentado pelo A. refere-se a uma criança de 6 anos, que teve o seu primeiro ataque aos 2 1/2, e que depois se tem repetido freqüentes vezes. Os ataques iniciam-se sempre durante a noite, terminam na manhã seguinte e mostram sempre o mesmo aspecto; nos intervalos nada se encontra digno de menção, nem mesmo modificações na cronaxia dos músculos atacados. Nos primeiros tempos, os ataques eram sempre acompanhados de febre, mas últimamente esta foi substituída por uma sudação abundante.

Um contrôle rigoroso na alimentação mostrou que os ataques podiam ser influenciados, no seu aparecimento, por um aumento de hidratos de carbono, e vice-versa; uma restrição dos mesmos reduzia-os em freqüência. A glicemia revelou-se normal, assim como a calcemia; não foi possível interromper o acesso pela insulina, pelo contrário uma vez verificaram-se até ligeiras piores, que só retrocederam por injeção de soro glucosado. Esta, por seu lado, também foi incapaz de provocar um acesso, sucedendo o mesmo com a adrenalina. Por isso continua incompreensível a relação existente entre os hidratos de carbono da alimentação e o aparecimento dos ataques. A notar ainda o desaparecimento daqueles durante um período bastante longo depois duma gripe.

J. ROCHETA.

A terapêutica da estomatite aftosa infantil. (*Zur Therapie der Stomatitis aphthosa im Kindesalter*), por H. SCHEIN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 36. 1932.

O A. recomenda como tratamento para a estomatite aftosa das crianças, o seguinte:

Pincelamento das gengivas e da mucosa bucal com a mistura glicerina-anesterina a 10 0/0; passados 3-5 minutos a mesma operação com Lugol-Turio-pin. O tratamento dura, em geral, 3 a 4 dias. Este processo, aplicado num caso de estomatite ulcerosa, produziu o mesmo bom resultado: cura ao fim de 3 dias.

J. ROCHETA.

O tratamento esclerosante dos hemorróides com o soluto de quinina (Antiphlebin). (*Hämorrhoidenbehandlung durch Verödung mit Chininlösung (Antiphlebin)*), por E. DRESAL. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 36. 1932.

Numa série de 37 casos empregou o A. um preparado recente a Antephlebin (soluto concentrado de quinina), com resultados que vêm confirmar outros que têm sido publicados por alguns autores.

Não teve nenhum insucesso nem menciona recidivas. Como contra-indicações considera: processos purulentos da região anal, doenças da próstata e nefrites. A inflamação aguda dos nódulos hemorroidários não constitui contra-indicação. A técnica do tratamento não é idêntica à usualmente empregada pelos autores alemães, que usam a ventosa aspiradora; limita-se a injectar as que o paciente, por esforço próprio, pode exteriorizar. Em geral bastam 2 gotas em cada nódulo, injectadas na sua base, e, na maioria dos casos, chega uma sessão.

J. ROCHETA.

A hormona paratiroidea e a questão do seu aparecimento noutros órgãos. (*Über dos Nebenschilddrüse und über die Frage seines Vorkommens in anderen Organe*), por G. PERITZ. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 35. 1932.

Em trabalhos experimentais que procuravam estabelecer a relação entre a injecção de extractos paratiroideos e a calcemia, verificaram alguns autores, e entre eles Peritz, que a acção desses extractos se traduzia por uma fase alterna, hiper e hipocalcemiante. Procurando purificar, tanto quanto possível, essas substâncias, chegou o A. ao seguinte: há no extracto da glândula paratiroidea duas fracções distintas: uma, abaixadora da calcemia, tem, entre outras propriedades, a de dar a diazoreação de Pandy, que é característica da histamina e da histidina, embora se tratem de substâncias diferentes como se pode provar facilmente. A fracção elevadora da calcemia é uma substância coloidal que se obtém por precipitação; evita a tetania pareotireopriva dos cães, é vaso-dilatadora e anula o angioespasmo.

Esta acção vaso-dilatadora levou o A. a procurar saber se outras hormonas que têm a mesma acção provocavam também um aumento da calcemia. Empregou diversos extractos, principalmente do pâncreas (pâncreas total e Padutin), com resultados negativos. Do mesmo, extractos testiculares e ováricos. Só da placenta foi possível extrair uma substância que, tal qual como na paratiroidea, contém as duas fracções já mencionadas, isoláveis uma da

outra e apresentando as mesmas características. Trata-se, portanto, sob o ponto de vista biológico, de duas substâncias idênticas.

J. ROCHETA.

Bons resultados terapêuticos na artrite deformante por «deficit» hormonal. (*Uber Therapeutische Erfolge bei Arthritis deformans incretoria*), por SABOTTMULLER. — *Deutsche Medizinisch Wochenschrift*. N.º 27. 1932.

Descreve o A. dois casos de artrite deformante, em menopáusicos. Um deles, sem grandes lesões anatómicas, caracterizava-se principalmente pela impotência funcional e intensidade das dores, que obtiveram bons resultados com o uso da foliculina por via hipodérmica. Por isso, é de aconselhar êste tratamento em todos os casos suspeitos, tanto mais que não há sintomas absolutos que permitam fazer a destrição etiológica.

J. ROCHETA.

O tratamento da pneumonia com «Pyridium». (*Behandlung der Krupösen Pneumonie mit Pyridium*), por P. TROCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 37. 1932.

Recomenda o A., calorosamente, o emprêgo de *Pyridium* nas pneumonias. Apresenta uma série de dez casos aos quais aplicou êste tratamento com os melhores resultados: abaixamento da temperatura, diminuição na freqüência do pulso, respiração mais fácil, assim como a expectoração, que pôde ser expelida em maior abundância. Emprega a injeccção intravenosa (0,02) e repete, se necessário, a mesma dose no mesmo dia.

J. ROCHETA.

Contribuição a etiologia e terapêutica da hipersensibilidade insulínica da diabetes. (*Beitrag zur Atiologie und Therapie der Insulinü-berempfindlichkluft bei diabetes*), por L. WECHSLER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 37. 1932.

A hipersensibilidade à insulina, nos diabéticos, é fenômeno raro; quando assim acontece, consegue-se, na maioria dos casos, evitar o aparecimento de sintomas alérgicos variando de preparado.

O A. refere um caso desta ordem ao qual foi obrigado a injectar insulina de várias procedências, até encontrar uma que salvou a doente do côma.

A causa da intolerância, embora não esteja ainda bem estabelecida, parece residir no facto de se empregar várias substâncias conforme os fabricantes (triclesol, cloretona, etc.) no intuito de conservarem a insulina sem se decompor.

São estas substâncias ou, antes, albuminóides que não é possível separar da insulina, que provocariam a sensibilização.

Neste mesmo doente, o A. empregou também a injecção de gluconato de cálcio, considerada por Greiff como capaz de dessensibilizar estes doentes, sem resultado.

J. ROCHA.

Bibliografia

Les anciennes épidémies de peste en Europe, comparées aux épidémies modernes, par RICARDO JORGE. Imprensa Nacional, Lisboa, 1932.

Nesta monografia dá-nos o Prof. Ricardo Jorge a conferência que realizou no *Congresso Internacional de História da Medicina*, ultimamente reunido em Bucarest. Compreende os seguintes capítulos: *Os dois ciclos da peste na Europa; identidade nosológica da peste antiga e da moderna; a virulência é a mesma — apenas variou a epidemicidade; grandeza e decadência da peste; as linhas geográficas e comerciais da propagação. Influência das descobertas do caminho das Índias e da América; a profilaxia e a etiologia tradicionais: mutação epidémica e mutação doutrinal, no decurso da pandemia contemporânea; têm variado os vectores zoológicos? A propagação das epidemias de outrora e as teorias actuais; o valor da transmissão interhumana.*

O Prof. Ricardo Jorge é justamente considerado a primeira autoridade nesta matéria. Convidam-no para falar sobre a peste em Marselha, em Marrocos, no Rio de Janeiro, em Genebra, em Bucarest, etc., sempre que é discutido este capítulo da epidemiologia. E a comissão directora do Congresso Internacional de História da Medicina teve que escolher quem de direito pudesse fazer com mestria a história dessa epidemia.

«L'épidémiologie est — et doit être — afirma o Prof. Ricardo Jorge — une science historique, rattachant intimement l'histoire à la médecine et la médecine à l'histoire. Par le moyen de cette confrontation, les données résultant du passé subissent le contrôle de l'expérience actuelle, qui éclaire leur interprétation; et réciproquement, elles servent d'épreuve aux notions doctrinales aujourd'hui admises et permettent de juger de leur valeur, devant les faits enregistrés par les travaux et les documents d'autrefois.

«Cette méthode comparative, ouvrant des aperçus de synthèse épidémiologique, s'impose lorsqu'on veut poursuivre et saisir une forme démo-morbide à travers ses avatars dans le temps et dans l'espace. Le cas ypique à cet égard est celui de la peste, si riche d'un passé largement fouillé, d'une actualité qui abonde en recherches et en découvertes — maladie pestilentielle par excellence, fléau qui, entre tous, a tenu l'humanité en haleine sous ses coups redoublés au cours des siècles.»

Nestes passos dá-nos o Prof. Ricardo Jorge a descrição a um tempo da sua metodologia epidemiológica e do seu temperamento de escritor.

Foi com a descoberta da peste do Porto que nasceu, pode dizer-se, o epidemiologista português que dedicou a essa epidemia numerosos estudos do

mais alto valor, agora coroados por esta síntese histórica, de um extraordinário vigor, na qual traça a curva desta epidemia desde os tempos primevos até a actualidade.

A parte iconográfica enriquece êste estudo.

Sur la séro prévention de la rougeole au moyen du sang placentaire, par RICARDO JORGE, Paris, 1932.

Comunicação preliminar apresentada ao *Office Internationale d'Hygiène Publique* sôbre a imunização contra o sarampo, segundo a técnica do Prof. Salazar de Sousa, que emprega o sôro do sangue da placenta.

E. C.

Tratamento cirúrgico da tuberculose óssea, por BARROS LIMA, professor de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopédica da Faculdade de Medicina de Recife. — 1 vol. de 194 pág. e numerosas reproduções radiográficas. Imprensa Industrial. Recife. 1931.

É com vivo regozijo que fazemos aqui referência a um vasto e excelente trabalho sôbre um assunto tão discutido, escrito em língua portuguesa e assinado por um dos nomes da ortopedia brasileira que mais prezamos.

A-par duma compilação rigorosa e quasi completa (falha a literatura germânica!) de tudo quanto está escrito e foi trabalhado no campo da cirurgia da tuberculose ósseo-articular, apresentado com um senso critico que empresta a êste livro uma grande personalidade, encontramos também o material da experiência pessoal do A., no qual fundamenta os seus pontos de vista. São os comentários e a reprodução de trinta e cinco observações das diferentes técnicas cirúrgicas aplicadas nas mais freqüentes localizações da tuberculose do esqueleto, ilustradas com radiografias, na sua maior parte muito claras.

Trazendo até nós a sua opinião, de muita valia pela experiência e estudo que reflecte e por se referir, por vezes, a conceitos vulgarmente estabelecidos e aos quais o A. se opõe — por exemplo, o da operação anquilosante de Albee na espondilite pôtica infantil, que defende —, reputamos de extraordinário interêsse esta contribuição do sr. Prof. Barros Lima, recomendando com calor a sua leitura, bem amena, e felicitando-nos por a possuímos, arrumada num dos mais estimados lugares da nossa biblioteca ortopédica.

A. DE MENESES.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra

Em virtude da reeleição últimamente efectuada, foi nomeado o Dr. Feliciano Guimarães para o cargo de bibliotecário da Faculdade de Medicina.

— Publicou-se o regulamento do laboratório de química-física e química biológica da Faculdade.

Do Pôrto

Abriu-se concurso para o provimento de dois lugares de assistente da Faculdade.

*

*

*

Hospitais Cívicos de Lisboa

Recomeçaram no dia 11, no serviço de Estomatologia dos Hospitais Cívicos de Lisboa, as conferências sôbre assuntos da especialidade.

A que se realizou e as três que vão seguir-se são proferidas pelo director do serviço, Dr. Ferreira da Costa, e dizem respeito às «Fracturas dos maxilares».

Congresso de Higiene das Costas do Mediterrâneo

O Prof. Aires Kopke, representante da Escola de Medicina Tropical ao Congresso de Higiene das Costas do Mediterrâneo reunido em Marselha de 20 a 25 de Setembro, apresentou no Ministério das Colónias um relatório sôbre as conclusões dêste Congresso.

Conselho Superior de Instrução Pública

O Prof. Egas Moniz foi nomeado representante da Faculdade de Medicina ao Conselho Superior de Instrução Pública, para o triénio de 1932-1935.

O Prof. Azevedo Neves faz parte da Comissão Central do mesmo organismo.

Saúde naval

Tomou posse do cargo de director do Hospital da Marinha o Dr. António Augusto Fernandes, capitão de mar e guerra médico, cargo que lhe foi entregue pelo director cessante, oficial da mesma patente Dr. António Maria de Freitas Monteiro. Ao acto da posse assistiu todo o pessoal do referido Hospital.

— O Dr. Freitas Monteiro tomou posse do cargo de inspector de Saúde Naval.

— O capitão de fragata médico Dr. Jorge de Montalvão vai passar ao quadro de reserva, a seu pedido.

— A-fim-de estudar e propor a reorganização da Escola de Educação Física da Armada, nomeou-se uma comissão de que fará parte o 1.º tenente-médico, Dr. Guerreiro de Oliveira Duarte.

— Está aberta novamente a consulta externa de Urclogia do Hospital da Marinha.

Saúde pública

O relatório da direcção dos serviços de saúde de Moçambique, apresentado no Ministério das Colónias, respeitante ao segundo trimestre do ano corrente, indica que se observaram nos hospitais 234 casos de paludismo, dos quais 8 fatais, sendo 122 em europeus, com 2 óbitos; 35 de febre aftosa hemoglobínica, com 13 óbitos, sendo 25 europeus com 9 falecimentos e 252 de doenças infecto-contagiosas, com 40 óbitos.

Médicos municipais

Na freguesia de Messajana (Aljustrel), assumiu o cargo de médico municipal o Dr. José Eduardo Carneiro Baptista.

— A Câmara Municipal de Silvares (Fundão) nomeou, interinamente, médico do partido de Régia do Rio o Dr. Jaime Pignateli Fabião.

Viagens de estudo

O Prof. Henrique de Vilhena foi autorizado a realizar uma viagem de estudo no continente europeu.

— Em comissão extraordinária de serviço público o Dr. Luís Alberto de Sá Penela fará um estágio de três meses no Hospital de S. Luis, em Paris, a-fim-de praticar no tratamento de tinhas e de outras doenças.

— O Dr. Samuel Maia, director de serviço clínico dos Hospitais Civis de Lisboa, vai a Itália, Alemanha, França, Bélgica e Espanha estudar a organização e funcionamento de institutos de assistência social.

— O Dr. Armando Luzes, cirurgião dos Hospitais Civis, foi a Paris tomar parte no Congresso Francês de Cirurgia.



Sir Ronald Ross

No Ross Institute Putney Heath, que havia fundado e que dirigia, faleceu Sir Ronald Ross, conhecido investigador, cujo trabalho de maior nomeada foi a descoberta da transmissão do hematozoário do paludismo pelos mosquitos do género anofelis.

Em 1902 alcançara o prémio Nobel de medicina.





Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos 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 da Palma, 240 - 246 — LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL As Energétènes **BYLA**

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

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

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

ALCACYL

Acetilsalicilato de cal com Alucol
Analgésico, anti-infeccioso, anti-térmico
1 a 2 comprimidos dissolvidos num pouco
de água assucarada; 4 a 6 vezes por dia

Sem acção nociva sobre o estomago,
rins e coração

DR. A. WANDER, S. A., BERNE
A venda em todas as farmácias e drogarias e Esc. 14810

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C. A IRMÃOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º - LISBOA



ALCACYL WANDER