

COIMBRA MÉDICA

ANO III

MAIO DE 1936

N.º 5

SUMÁRIO

	Pag.
UMA CONFERÊNCIA DO PROF. EGAS MONIZ . . .	317
ALGUMAS PARTICULARIDADES DE CIRCULAÇÃO CARDÍACA — Dr. Maximino Correia	335
SOBRE UM CASO DE ESTENOSE PILÓRICA DOS LACTANTES — Dr. Santos Bessa	348
LIVROS & REVISTAS	376
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	XXIX

MOURA MARQUES & FILHO
COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elísio de Moura — Prof. Alvaro de Matos
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —
Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes Sarmento — Prof. Feliciano
Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa
— Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino
Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessôa

António Meliço Silvestre

Augusto Vaz Serra

José Bacalhau

José Correia de Oliveira

Lúcio de Almeida

Luiz Raposo

Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano	50\$00
Colónias	65\$00
Estrangeiro	75\$00
Número avulso — cada.	10\$00

PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ZIG-ZAG

O MELHOR PAPEL DE FUMAR

Sempre imitado, nunca igualado

É a opinião das sumidades médicas que passamos a transcrever e, segundo elas, ninguém que prese a sua saúde deve usar outro papel, pois todas as imitações são muito parafinadas e, portanto, estremamente prejudiciais. Vejamos:

"...Não ha fabrico de papel para cigarros mais perfeito do que o do papel ZIG-ZAG... Não ha nenhum país, europeu ou americano, em que o papel ZIG-ZAG não seja preferido por fumadores de todas as classes sociais."

(a) DR. GEORGES DARZENS

Adjunto da Universidade de Paris

"...O papel ZIG-ZAG não contém nenhuma matéria tóxica, nem pasta de madeira, nem cloro... O papel ZIG-ZAG é um papel para cigarros de qualidade superior, em que não se encontram nenhuns vestígios de substâncias nocivas à saúde..."

(a) DR. RAMÓN CAJAL

Director do Instituto Therapeutico de Madrid

Poderíamos juntar mais transcrições, mas estas parecem-nos suficientes.

UNICOS IMPORTADORES EM PORTUGAL

A CASA HAVANEZA - LISBOA

24 - Largo do Chiado - 25

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

Grande sortido em material cirúrgico, tais como:
Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocautérios, Forceps, Fonendoscópios, Bazzi-Bianchi, Stetoscópios, Ecoscópios, Termómetros, Estojos para Anatomia.
Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA
92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI^o)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

A

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

**aceita assinaturas
para**

NOTÍCIAS FARMACEUTICAS



A ÚNICA REVISTA PORTUGUESA DE FARMÁCIA



Nesta revista encontrarão os **Ex.^{mos} Clinicos** uma secção sobre terapêutica e novos medicamentos que bastante lhes deve interessar.



Assinatura anual — Esc. 30\$00



UMA CONFERÊNCIA DO PROF. EGAS MONIZ

Foi um verdadeiro acontecimento na vida cultural coimbrã, a conferência que o ilustre prof. dr. Egas Moniz realizou na Sala dos Capelos na tarde do dia 2 de Maio, sob o título: «A angiografia cerebral nos domínios da clínica».

Presidiu o Ex.^{mo} Reitor dr. J. Duarte Oliveira. Sala repleta figurando dentre a assistência sobretudo médicos e estudantes de medicina. Nos doutourais sentavam-se quasi todos os professores da Faculdade de Medicina e muitos doutras Faculdades. Iniciada a sessão foi dada a palavra ao Director da Faculdade, prof. João Pôrto que fêz a apresentação ao conferente nos seguintes têrmos:

Desde 1900, data em que nesta gloriosa sala o sr. prof. Egas Moniz, defendeu o seu primeiro trabalho de licenciatura sobre «Anatomia patológica da difteria», se exceptuarmos o período que decorre de 1901 até 1911 em que por outros domínios expargiu a sua prodigiosa actividade, sem falar da sua sempre brilhante vida docente, a sua carreira científica vem seguindo uma linha recta e ascendente; não há ano algum em que não publique trabalho de valor e hoje contam-se por mais de duas centenas os estudos publicados nas mais diversas revistas e impressas em quasi todas as línguas europeias.

Diz alguém que só a mocidade é criadora. Não o afirmo nem o contesto. Na verdade, as grandes obras de espírito surgem de quem as criou, em regra entre os 20 e os 40 anos; e, sendo assim, os grandes vultos da história das ciências passam a segunda metade ou o último têtço da vida a viver daquilo que foram; sendo assim, também, apraz-nos felicitar vivamente o ilustre conferente de hoje por ver tão prolongada a sua vigorosa mocidade, ao menos a do seu espírito, pois

as verdadeiras esporas de ouro como homem de ciência no mais nobre e elevado sentido do termo, só definitivamente as conquistou em 1927 com os trabalhos que o conduziram à descoberta da técnica da angiografia cerebral, de resultados práticos tão comprovadamente assentes e aceites por todos os neurologistas, que hoje é assunto absolutamente arrumado e já fora de discussão.

O público médico tem relutância por tudo que seja inovação. Ao cepticismo junta-se logo a discussão; contudo, passado tempo, se é obra que merece ficar consagrada no campo das coisas clássicas, lá passou o período da decantação. O resíduo caiu e a obra limpou. A angiografia cerebral, nas suas aplicações e métodos em anatomia, fisiologia e clínica, no que aí há de essencial e fundamental, é obra do seu sentido experimental, do entusiasmo e meticulosidade da sua observação e da de seus colaboradores. E hoje já podemos, nós portugueses, sentir o prazer de, folheando obra didáctica estrangeira de neurologia, encontrar aí, bastas vezes, citado o nome do nosso compatriota.

E que Sua Ex.^a continua a viver na glória por aquilo que ainda é e não apenas por aquilo que já foi — o que já seria bastante — demonstra-o o êxito dos seus últimos trabalhos, sôbre o tratamento cirúrgico de certas psicoses, tema de carácter revolucionário e original mas de largas promessas para o futuro próximo, há dias expôsto e defendido na Academia de Medicina de Paris, na Soc. de Neurologia de Paris e na Academia das Ciências de Lisboa. Poucos homens de ciência em Portugal poderão como o prof. Egas Moniz, legitimamente sentir o orgulho de usar para divisa científica o célebre verso de Musset:

Mon verre n'est pas grand mais je bois dans mon verre.

E o que exalta ainda o valor da obra é, — uma vez concebida, — a miséria material do meio onde se confirmou, o que demonstra que a verdadeira descoberta é mais obra do espirito, do que de laboratórios apetrechados ou de bibliotecas bem providas

* * *

É certo que a ciência não é toda a vida do homem mas apenas uma ocupação a que muitos homens dedicam a sua vida, no dizer de alguém.

A ciência é antes um método que uma doutrina; por isso, por



(Foto do Prof. Maximino Correia)

O Prof. Egas Moniz (X) acompanhado do Reitor da Universidade
e professores da Faculdade de Medicina

mais vasta e melhor estabelecida, não basta ao homem para aí poder mergulhar tóda a vida do espirito. Este tem outras exigências ainda como sejam: fazer face a problemas sociais, políticos, morais; viver em contacto permanente com a natureza, com a arte, com a história, com a literatura etc.; de viver, em suma, com a sua época e com a nação.

Sendo assim, poucos homens haverá em Portugal cujo espirito esteja tão bem e tão sòlidamente provido dos elementos de cultura que constituem a sua essência.

Ensaista e investigador como notàvelmente se revela nos seus estudos: Júlio Deniz, Pedro Hispano, História do hipnotismo etc.; conferencista admirável que sôbre assuntos de política e de crítica de arte tem deliciado e prendido numerosos auditórios; jornalista de largos recursos; parlamentar fogoso e de várias legislaturas; ministro em vários govêrnos; embaixador do nosso Govêrno junto do de Espanha, gentleman e homem de sociedade, de trato requintado e na mais perfeita acepção da palavra, o sr. prof. Egas Moniz possui todos os requisitos duma vigorosa e complexa personalidade, de sòlida e sã cultura humanista, como o concebia Menandro antigo.

É justamente isso que faz com que os assuntos versados por S. Ex.^a ganhem em levesa e rectidão sem nada perderem em profundidade; que as coisas e os fenómenos adquiram no seu cérebro mais rápida e exacta figuração recíproca; que outro seja, mais largo e mais profundo o ângulo visual sob que se lhe apresentam os factos de observação.

Quando em Setembro último, em Londres, na visita que fiz à mais modelar organização escolar médica londrina, The Post-Graduate Medical School, na companhia do seu director Sir Proctor fui apresentado ao chefe de secção neurológica, êste referiu-se-me em termos de muito aprêço ao sr. prof. Egas Moniz a quando do Congresso de Londres, dois meses antes, onde apresentou a comunicação que subordinou ao título: — A angiografia no diagnóstico dos aneurismas e angiomas do cérebro —.

Ocorreu-me então a lembrança de que nesse mesmo momento, por honrosíssimo convite, S. Ex.^a estava representando a medicina portuguesa, na Semana Médica Internacional Suissa em Montreux — o facto passava se em 12 de Setembro e a Semana Médica Suissa decorria de 9 a 14 de Setembro. Impossível ocultar que as palavras do neurologista inglês desvanecidamente me cairam no coração,

entre outras razões, porque um professor português, no caso o prof. Egas Moniz, continuava a ser nosso Embaixador, agora no vasto campo da medicina e da cultura lusitana, em diversos meios europeus, como já o havia sido em meios científicos culturais de Além Atlântico, em terras de Santa Cruz.

A conferência que vamos ter o prazer de ouvir meus Senhores é uma conferência científica concebida por um homem de ciência e, o que é mais e melhor, ainda por um homem de vasta e sólida ilustração.

A seguir levanta-se o prof. Egas Moniz.

Depois de agradecer ao sr. Reitor da Universidade o vir presidir à sua conferência na tradicional Sala dos Capêlos de tão brilhante passado e onde lhe foram dadas as insignias de doutor e alcançou o professorado, tem palavras de muito reconhecimento para o Director da Faculdade de Medicina pelas expressões que lhe dirigiu. Saudando os alunos da Universidade, recorda os seus tempos de estudante neste ambiente escolar único em Portugal. Aos seus colegas da Faculdade de Medicina apresenta os protestos do seu reconhecimento por assistirem à sua conferência. Recorda a sua velha Faculdade de Medicina. Já nenhum dos seus mestres pertence ao seu elenco efectivo! Poucos restam fóra do trabalho professoral. Para estes a sua homenagem muito amiga. Curva-se reverente perante a memória dos que nos deixaram.

Aqui se criou, aqui recebeu os primeiros ensinamentos médicos. Nunca esqueceu a Casa-Mãe. Bom filho à casa torna, decorrido precisamente um quarto de século! Há 25 anos que foi transferido para a Faculdade de Medicina de Lisboa e para a cadeira, então criada, de Neurologia, realizando assim uma das maiores aspirações da sua vida. Mas nem por isso deixou de seguir, e sempre com muito interêsse, a marcha da Faculdade donde saíra.

Poucos dos actuais professores foram seus contemporâneos, raros seus alunos nos curtos ciclos dos seus cursos de professor substituto.

Cs outros são novos, entrados há pouco, e todos trabalhando afanosamente a bem da ciência médica que, o mesmo quere dizer, a bem da humanidade,

* * *

Hesitou na escolha do assunto para esta palestra. A Angiografia cerebral, diz, não cabe no âmbito de uma conferência. Pensou em localizar-se a um dos seus capítulos, como, por exemplo, ao aspecto anatómico das artérias e veias do cérebro vistas no vivo; à velocidade do sangue no cérebro e outras partes da cabeça; a noções arteriográficas e flebográficas sobre certas lesões cerebrais, etc.; mas como vinha falar a uma assembleia de médicos não especializados preferiu abordar apenas noções gerais. Os outros assuntos só a poucos poderiam interessar.

Ultimamente tem dirigido a sua atenção para o tratamento cirúrgico de certas psicoses. É assunto ainda em estudo.

Entrando propriamente no assunto da conferência procuramos apresentar ao leitor um extracto tão completo quanto possível auxiliando-nos, para isso, as gravuras que se publicam e a que oportunamente iremos fazendo referência, gravuras amavelmente cedidas pelo conferente e colhidas dentre tantas com que documentou, perante a assistência, o seu primoroso trabalho.

* * *

A Angiografia cerebral já recebeu a consagração dos meios científicos estrangeiros, generalizou-se o seu uso nas clínicas neurológicas, está definitivamente aceite como processo de diagnóstico, por vezes, indispensável.

A prova angiográfica é de fácil execução. Doente colocado sobre a mesa do radiologista. Anestesia local. Uma pequena abertura da pele de 2 a 3 centímetros, paralela á clavícula, a altura dos dois feixes do esterno-cleido-mastoidêo; procura da carotida primitiva e injeção continua de 16 centímetros cúbicos de torotraste. Quando a injeção vai aos 9 ou 10 cc. tira-se o primeiro filme por instantâneo de 1 segundo da empôla de raios X. É a arteriografia.

Escamoteia-se esse filme e tiram-se duas outras angiografias: uma, 2 segundos após o primeiro e outra, 2,5 segundos depois dêste. São as flebografias da primeira e segunda fases; a primeira mostrando a circulação do cérebro, a segunda as veias profundas do cérebro: empola e veias de Galeno, veia basilar, seios da dura-mater.

Como não tem tempo para se ocupar com minúcia das flebografias dirá apenas que a deslocação das veias de Galeno podem, especialmente, dar elementos diagnósticos.

A arteriografia é, evidentemente, dos três filmes, o mais importante. Durante os primeiros anos foi o único estudado (1927 a 1931). Só depois que empregou o torotraste conseguiu seguir a substância opaca através dos capilares e das veias cerebrais.

Nas arteriografias normais há a notar a forma e posição da carótida interna, após a sua entrada no crânio (fig. 1 S. C.). Ela

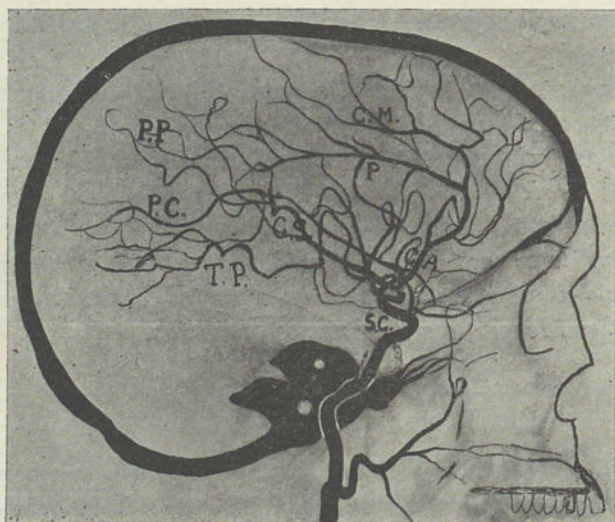


Fig. 1

descreve, em geral, duas curvas e contracurvas que denominou *sifão carotídico*, designação correntemente adoptada.

O grupo *silvico* é formado por três das artérias mais longas do cérebro e, na sua posição normal, formam como que o eixo arterial do cérebro. São elas as artérias: *temporal posterior*, *da prega curva* e *parietal posterior* (fig. 1 G. S.).

Um outro grupo arterial muito importante para o diagnóstico de lesões cerebrais é o formado pela *cerebral anterior*, *artéria pericalosa* e *calosa marginal* que ocupam a face interna dos hemisférios (C. A. e P.).

Os grupos arteriais frontais ascendentes, a *artéria oftálmica*, a

artéria coroideia anterior, por vezes tão visível, não tem tão grande importância como as anteriormente enumeradas no diagnóstico de localização dos tumores cerebrais.

É preciso conhecer bem a artéria cerebral posterior que muitas vezes (em 25% dos casos) provem do sifão carotídeo (fig. 2 C. P.).

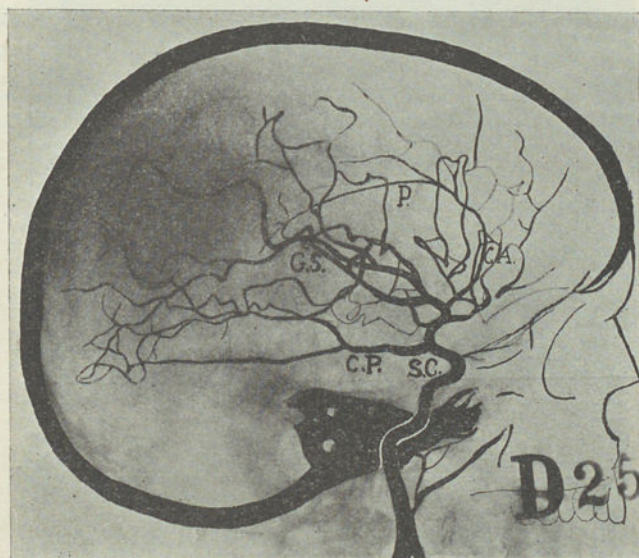


Fig. 2

A arteriografia da fossa posterior obtida por injeção de torotraste na sub-clavária com laqueação temporária distal do vaso, mostra as artérias derivadas do tronco basilar (fig. 3).

A prova arteriográfica da carótida é, porém, clinicamente a mais importante. Como a injeção é dada na carótida primitiva pode ver-se a circulação da carótida extensa; mas esta, em geral, só é visível quando a marcha do sangue na carótida interna encontra algum obstáculo. A fig. 4 mostra o aspecto desta circulação (temporal superficial, maxilar interna e meníngea média) que mesmo os menos adestrados na interpretação dos filmes arteriográficos, por certo não confundirão com a circulação cerebral que se observa nas fig. 1 e 2.

Para mostrar os aspectos normais angiográficos mais importantes publica-se uma flebografia da segunda fase (fig. 5) em que se vê,

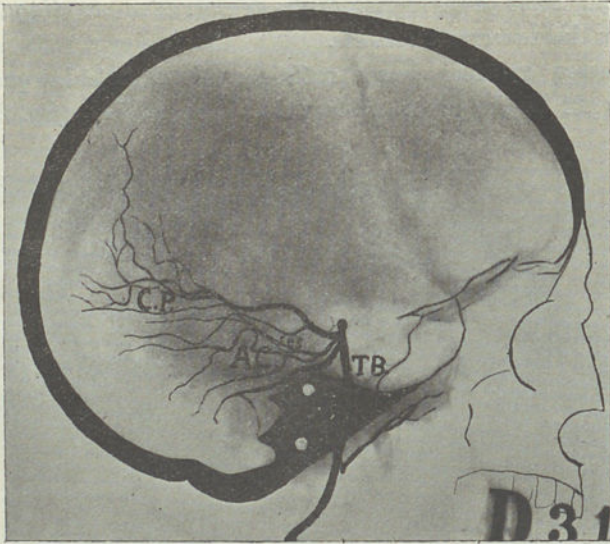


Fig. 3

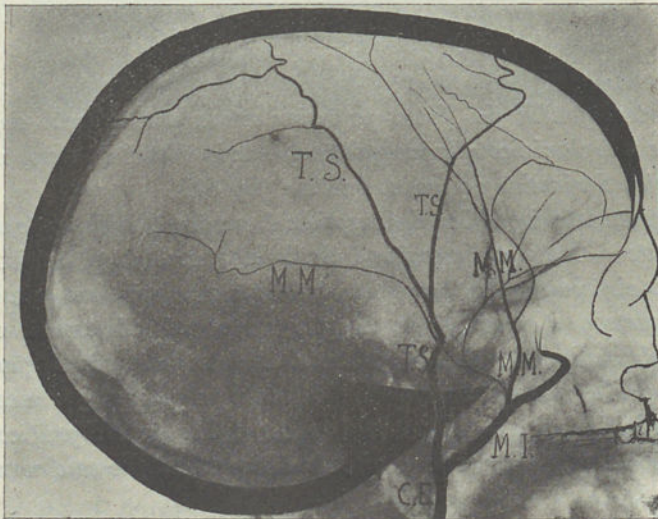


Fig. 4

entre outros vasos, o seio recto, S. D.) o seio longitudinal inferior (S. L. I.), a empola (A. G.) e veia de Galeno, (V. G.) a veia basilar, (V. B.) etc.

Diagnóstico dos tumores cerebrais

O diagnóstico dos tumores cerebrais pode fazer-se pela deslocação dos vasos ou porque as neoplasias se tornaram visíveis devido à sua circulação especial.

Não deve prosseguir sem esclarecer dois pontos importantes de

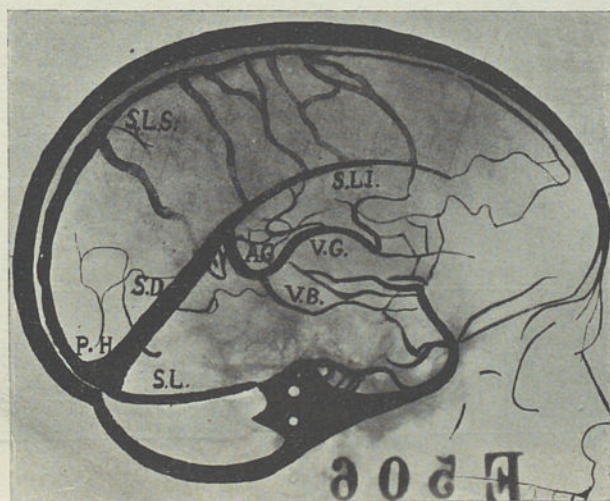


Fig. 5

fisiologia. 1) A velocidade do sangue é muito mais rápida no cérebro do que na face, isto é, em duas regiões que ficam proximamente à mesma distância do coração. 2) Dentro do crâneo a velocidade do sangue é diferente segundo atravessa o cérebro ou certos tumores. Nestes a circulação é mais demorada, aparecendo assim nas flebografias a mancha do tumor por estar retardada a circulação capilar ou capilar e venosa. Nestes casos o tumor apresenta-se opaco, delineado nos seus contornos, mostrando a sua vascularização de que, por vezes, o neuro-cirurgião tira vantagem para melhor conduzir o acto cirúrgico.

Postas estas noções passa a apresentar alguns exemplares.

Tumores diagnosticados por deslocação dos vasos — *Se o tumor é da região frontal há em geral abaixamento do sifão carotídeo e grupo sílvico. Só sendo um tumor muito interno é que pode deixar de produzir esta sintomatologia arteriográfica. Neste caso, porém, se o tumor está alto, observa-se o abaixamento da artéria pericalosa.*

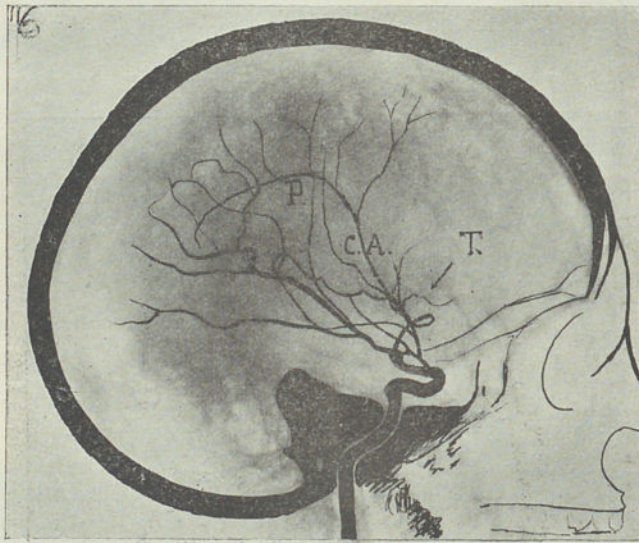


Fig. 6

Quando o tumor está colocado na parte anterior e média do lobo frontal como no caso da fig. 6, não só o sifão e grupo sílvico estão abaixados, mas a cerebral anterior (C. A.) está deslocada para trás, bem como a artéria pericalosa (P.).

Um tumor do lobo parietal abaixa mais a parte posterior do grupo sílvico, deixando mais ou menos intacto o sifão carotídeo.

Os tumores do lobo temporal dão uma figura típica que é inconfundível. A fig. 7 mostra a deslocação para cima, do grupo sílvico (G. S.) por um grande tumor do lobo temporal (T.). O sifão está desfeito. A cerebral anterior (C. A.) e a pericalosa (P.) confundem-se com as artérias do grupo sílvico.

A êste propósito o prof. Egas Moniz, disserta sobre particularidades

de diagnóstico dos tumores superficiais e profundos do lobo temporal dos que estão situados na parte anterior, média ou posterior do mesmo lobo e do lobo occipital, considerações que a abundância dos diagnósticos apresentados tornavam claras, mas que não cabem nos limites de um resumo.

Tumores tornados visíveis pelo torotraste — É hoje um longo capítulo da angiografia cerebral o que se refere à visibilidade dos

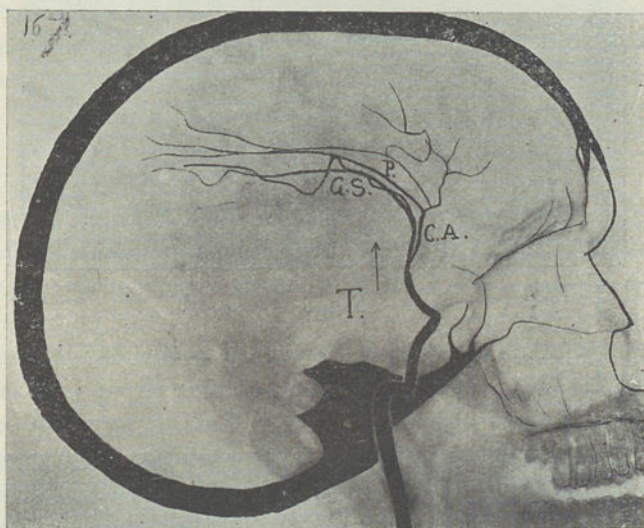


Fig. 7

tumores por circulação própria. Hugh Cairns, o notável neuro-cirurgião londrino, disse que o que marcava a superioridade da prova angiográfica sobre a prova ventriculográfica de Dandy, é a possibilidade de se poder fazer o diagnóstico da natureza do tumor — e por vezes faz-se com grande certeza — antes da operação. Tem sido assunto a que o conferente tem dado a maior atenção.

Há os tumores sem circulação, como os quistos e os colesteatomas que mostram a ausência de vasos ou, pelo menos, grande diminuição da circulação onde eles estão situados, pois apenas se podem ver os vasos do resto do tecido cerebral que o cercam. A circulação dos meningiomas, é notável logo nas arteriografias quando a circulação que os nutre provém de ramos da carótida interna (fig. 8), mas é

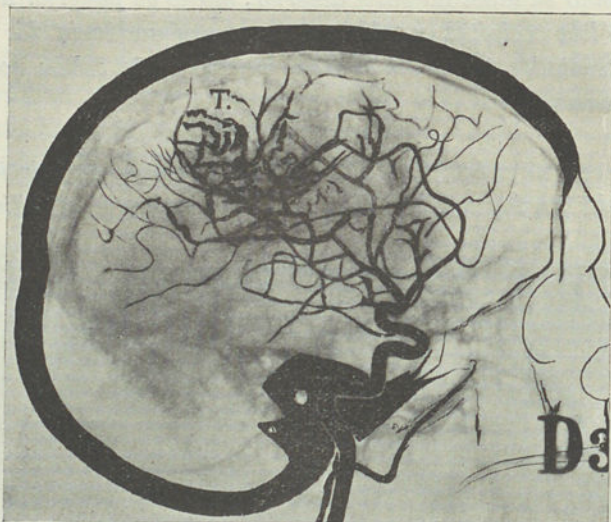


Fig. 8

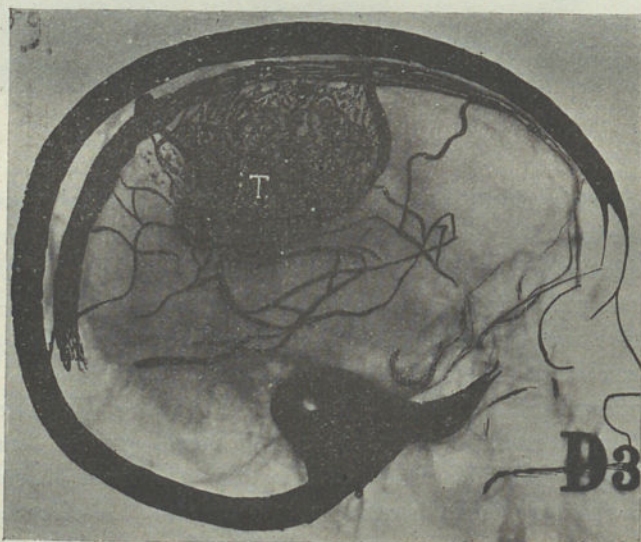


Fig. 9

particularmente evidente nas flebografias da segunda fase onde se nota a mancha da circulação capilar e, em alguns casos, algumas veias (fig. 9).

Outros tumores há, os astrocitomas muito vascularizados, em que se vêem nas arteriografias verdadeiros lagos arteriais, mas não se notam nas flebografias as formas delimitadas dos meningiomas, porque não se detem o torotraste nos capilares.

Nos glioblastomas multiformes, tumores de grande malignidade, há, além do aspecto lacunar dos astrocitomas (ou gliomas muito vascularizados), a formação de novos vasos arteriais que tomam uma disposição mais ou menos paralela nas zonas que circundam a região das dilatações vasculares.

Lesões vasculares do cérebro

Passa em seguida o sr. prof. Egas Moniz a ocupar-se das lesões vasculares reveladas pela angiografia cerebral. Friza que foram essas lesões, quasi sempre indagnosticáveis sem o auxílio da prova angiográfica.

Foram mesmo estes diagnósticos que abriram as portas da maior parte dos serviços de neurologia ao novo método. Por êle se verifica o estado dos vasos do cérebro. Há, com efeito, lesões vasculares que nem sequer foram suspeitadas.

A êste propósito cita o caso dum trombo da carótida interna que não apresentou sintomas e que, por acaso, se evidenciou ao fazer-se a prova angiográfica ao doente, com o fim de averiguar a existência, que se confirmou, dum aneurisma cerebral. Êsse trombo carotídico que se observa no pescoço, a altura da bifurcação da carótida primitiva, proveio de uma arterite traumática descendente por tentativa de suicídio do enfermo.

A circulação arterial da carótida interna do outro lado pode prover através da comunicante anterior que foi certamente alargando, a circulação do hemisfério cerebral do lado onde se produziu o trombo. A propósito das circulações carotídicas subsidiárias, vindas do outro hemisfério (pois pela comunicante posterior não pode vir sangue que baste à irrigação de um hemisfério cerebral), faz o conferente largas considerações citando outros casos de trombos da carótida interna.

Ocupa-se em seguida da arteriosclerose cerebral apresentando algumas interessantes arteriografias em que se vêem, como que cor-

tados, importantes vasos do cérebro. Acentuando que há casos de isquémias cerebrais acompanhadas de síndrome de hipertensão intra-craniana, de difícil explicação, mostra as vantagens do emprego da angiografia em tais casos por dar indicações absolutamente conclusivas.

Angiomas cerebrais — *Existem angiomas em todo o organismo, mas em nenhum sítio tomam a importância que têm no cérebro, devido à inextensibilidade da caixa craneana. Os angiomas são constituídos por uma grande quantidade de vasos que se entrelaçam formando um aglomerado típico entre cujas malhas se têm encontrado grupos de células gliais isoladas. Os angiomas estão assim, segundo os autores norte-americanos, mais próximos dos tumores do que dos aneurismas.*

Têm-se lhes dado vários nomes: aneurismas varicosos, racemosos, varizes aneurismáticas, etc.; mas a designação angiomas, consagrada por Krause e Cushing, deve ser, pela sua simplicidade, a preferida. Os angiomas, assim como os aneurismas cerebrais, são mais frequentes do que se imaginava antes da angiografia. Muitas vezes são tomados por tumores e como tais foram por êle diagnosticados em alguns dos casos. Refere-se àqueles em que os doentes apresentavam o síndrome de hipertensão intra-craniana ou sintomas focais.

Descreve alguns destes casos com exemplificação angiográfica em que a operação foi evitada pela denúncia angiomatosa do respectivo filme. Não podendo acompanhar a exposição feita pelo conferente basta-nos dizer que pela angiografia se pode fazer o diagnóstico dos angiomas arteriais, venosos e arterio-venosos. A fig. 10 mostra dois angiomas arteriais um da artéria pericalosa e outro da calosa-marginal, á uma grande pureza de interpretação.

Nessa mesma figura se vêem dois aneurismas a altura da sela turca.

Na figura 11 vê-se um angioma arterio venoso típico, em que as veias estão em escuro e as artérias tracejadas, para melhor interpretação do leitor.

Tanto os angiomas arteriais como os arterio-venosos não deixam vestígio algum da circulação nas flebografias. É o contrário do que sucede nos casos de meningiomas, em que estes se tornam ainda mais visíveis nas flebografias.

Disserta sobre o tratamento dos angiomas que, quando volumosos,

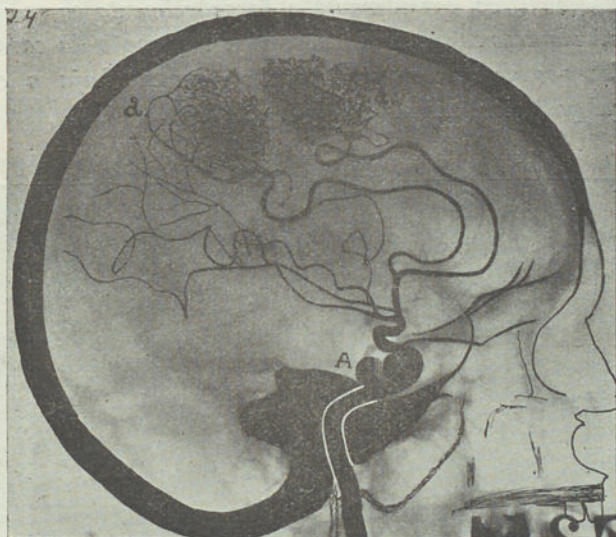


Fig. 10

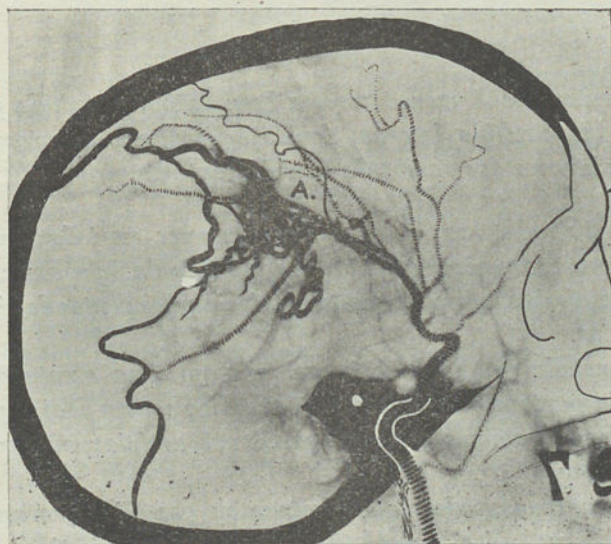


Fig. 11

não podem ser operados e na vantagem do uso da radioterapia profunda que modifica consideravel e favoravelmente os vasos de nova formação. Noutros casos deve tentar-se a laqueação da carótida que só deve fazer-se em pessoas ainda novas e quando haja a anomalia da cerebral posterior, saindo do sifão carotídeo.

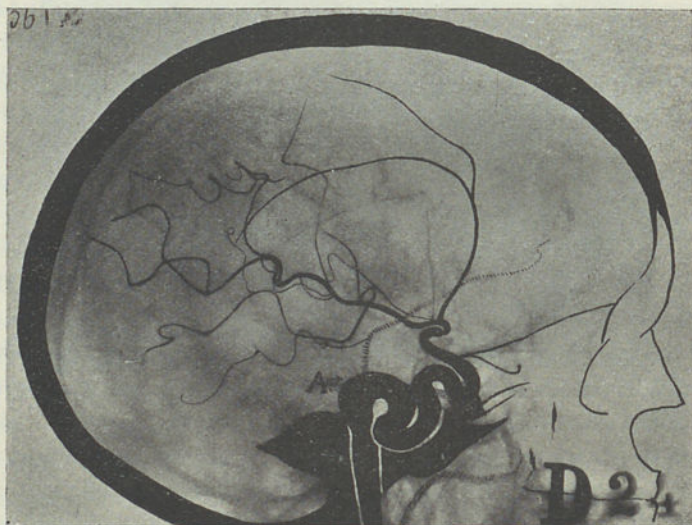


Fig. 12

Faz notar que é menos grave a laqueação da carótida primitiva do que a da carótida interna, devido à circulação de retorno que se estabelece através dos ramos da carótida externa.

Os aneurismas cerebrais podem aparecer em todas artérias do cérebro, mas são mais frequentes nas artérias da base antes de penetrarem no cérebro. Apresentam preferência pelos pontos de bifurcação das artérias.

Tem notado que os aneurismas mostram uma acentuada predilecção pela parte superior do sifão corotídeo; mas a maior parte dos autores consideram-nos mais vulgares nas artérias vertebrais e no tronco basilar.

Os aneurismas podem estabelecer-se ou por dilatação arterial ou serem saculares. Nas figuras 12 e 13 vêem-se os dois tipos.

A figura 11 mostra um grande aneurisma (A) a altura do sifão

À EX.^{MA} CLASSE MÉDICA

Vidago, Melgaço & Pedras Salgadas

Recorda que as suas reputadas Estâncias Termas de

Vidago, Vidago-Salus,

Pedras Salgadas, Melgaço

são oficialmente abertas em 1 de Junho (Salus abrirá em 1 de Julho) e funcionarão até 30 de Setembro.

Agradecemos que os Ex.^{mos} Médicos, ao enviarem os seus clientes para as Termas, os façam acompanhar de uma sua carta ou cartão dirigida ao respectivo Director Clínico, que estará ao dispor dos seus colegas para qualquer informação que desejarem.

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Bérard et Peycelon** — Traitement chirurgical de la Maladie de Basedow et des goîtres toxiques. 480 pages 42 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Carnot, Villaret et Cachera** — Thérapeutique hydro-climatologique des maladies du foie et des voies biliaires. Bibliothèque d'Hydro-climatologie. 152 pages. 4 figures. (M) — Frs. 20,00
- Cossa** — Physiopathologie du système nerveux. Du mécanisme au diagnostic. 690 pages. 193 figures. — Broché Frs. 65,00. Cartonné toile Frs. 75,00.
- Dumarest** — La Pratique du Pneumothorax thérapeutique. 4^e Edition refondue. 474 pag. 32 figures. 31 schémas. (M) — Frs. 50,00.
- Landeau et Held** — La Syphilis gastrique. Étude clinique. 486 pages. 15 figures. (M) — Frs. 32,00.
- May** — Manuel des Maladies de l'œil à l'usage des étudiants et des praticiens. 6^e Edition. 560 pages. 376 figures, dont 78 en couleurs (25 planches). (M) — Frs. 60,00.
- Mondor** — Les Avortements mortels. 446 pages. 43 figures. (M) — Frs. 65,00.
- Polso** — La Diphtérie Maligne. Collection Médecine et Chirurgie pratiques. 112 pages. (M) — Frs. 18,00.
- Ravina** — L'Année Thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux. 10^e Année 1935. 196 pages. (M) — Frs. 18,00.
- Stroganoff** — Traitement de l'Eclampsie. Technique actuelle du traitement prophylactique. Collection Médecine et Chirurgie pratiques N^o 73. 112 pages. (M) — Frs. 18,00.
- Terrier, Veil et Dollfus** — Le décollement de la rétine et son traitement. 164 pages. 45 figures. 4 planches en couleurs. (M) — Frs. 40,00.

ÁGUA DA CURIA

A **água da Curia**, tomada internamente, não exerce apenas uma acção lixiviante ou d'arraste dos produtos de intoxicação.

Estudos recentes reconheceram na **água da Curia** um poder **zimosténico**, estimulante da actividade fermentativa, e uma **acção filatica** de defesa contra todos os venenos endógenos e exógenos (Congresso de Hidrologia de Lisboa).

E, pelo seu **ião cálcio**, (Vittel, cálcio 0,29 por litro-Curia, cálcio 0,55 por litro), é um poderoso agente de mobilização do ácido urico tissular, devido à combinação **uro-calcica**, que se forma no organismo (Inst. d'Hid. de Paris, Prof. Degrès).

CALDAS DO MOLEDO

Estância de Cura e de Repouso, de microclima muito sêco, sem nevoeiros e temperado

Emanoterapia (por uso interno, pelos emanatórios ou pelos banhos carbogaseosos), **Hidro — Foto — e Electroterapia**. As melhores águas sulfurosas e radioactivas de Portugal, pelo microclima privilegiado e pelos emanatórios, para as **indicações** seguintes: 1) Profilaxia das doenças dos velhos. Profilaxia do cancro pelo tratamento das insuficiências glandulares. Moléstias neuro-endócrinas em quaisquer idades. 2) Hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência e astenia do miocárdio, miocardite. 3) Sífilis: indispensável acção anti-tóxica e adjuvante nos tratamentos pelo mercúrio, pelo iodo, pelos arsenicais ou pelo bismuto. Profilaxia do cancro pelo tratamento anti-luético. Emanoterapia contra as dores lancinantes dos tabéticos. 4) Pneumopatias não tuberculosas, especialmente asma e lues pulmonar. 5) Todos os estados reumáticos crónicos ou sub-agudos, com ou sem cardiopatias. (Emanoterapia ou balneoterapia com águas no estado nascente, sem serem aquecidas ou arrefecidas). Nevralgias e nevrites.

Excelentes termas para as restantes **indicações** de quaisquer estâncias sulfurosas e rádio-activas; doenças das senhoras (metro-anexites, dismenorreias, esterilidade, insuficiência ovárica), da pele e das mucosas, estados asténicos ou anafiláticos, intoxicações alimentares, obesidade, artrite urica, diabetes e hipertrofia crónica das amídalas, etc.

Contra-indicações especiais: Cancro, hipotensão arterial, assistolia, tuberculose pulmonar, estados reumáticos agudos e hemorragias (excepto as de causa luetica).

Estação de Caminho de Ferro na linha do Douro, correio, telégrafo e telefone n.º 3.

Director clínico: Dr. Alvaro de Mattos, Prof. do Instituto de Hidrologia de Coimbra.

Informações: Comissão de Iniciativa e Turismo.

carotídeo por dilatação da carótida interna; a figura 12 revela a existência dum aneurisma da artéria da prega curva de considerável dimensão.

Refere-se em seguida, e com bastantes pormenores, às hemorragias determinadas pela rutura dos aneurismas, hemorragias que, às vezes, dão origem a hematomas bastante similares aos hematomas traumáticos e que não são devidos, como durante muito tempo se supôs, e

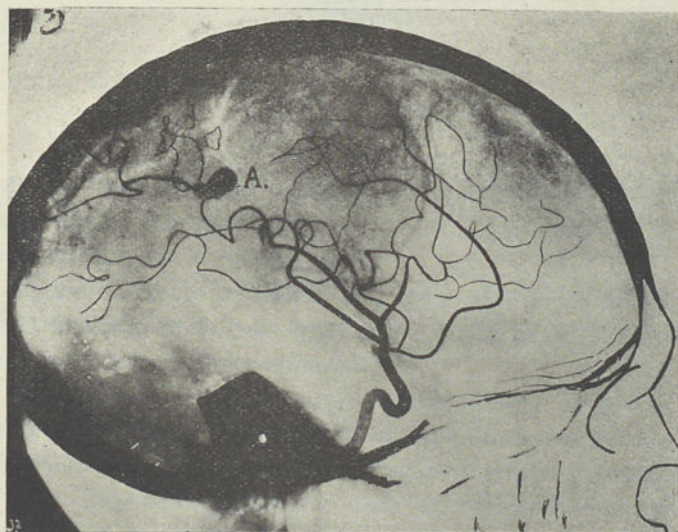


Fig. 13

ainda hoje alguns autores o afirmam, a hemorragias meníngeas. São estas hemorragias sub-aracnóideas que, quando se transformam em hematomas, provocam, por irritação, as paquimeningites. Se existem estas enfermidades meníngeas idiopáticas, devem ser excessivamente raras.

Refere resumos de algumas histórias clínicas de aneurismas com rutura, como por exemplo a do doente a que se refere a fig. 13 e termina fazendo algumas considerações sôbre as angiografias feitas em série.

Terminada a conferência que foi calorosamente aplaudida por tôda assistência, o Ex.^{mo} Reitor pronunciou palavras vibrantes do

mais elevado aprêço para o conferente, insistindo no grande prazer espiritual que êste a todos tinha proporcionado e encerrou a sessão.

A seguir, abandonada a sala, o sr. prof. Egas Moniz ladeado pelos srs. Reitor e Director da Faculdade e acompanhado dos restantes professores de medicina, obteve-se na escadaria principal do pátio da Universidade, a fotografia que aí vai reproduzida.

Ao serão os professores da Faculdade ofereceram, no Hotel Astória, um banquete de homenagem ao illustre hóspede, durante o qual se trocaram affectuosos brindes.

ALGUMAS PARTICULARIDADES DE CIRCULAÇÃO CARDÍACA (1)

POR

MAXIMINO CORREIA

Os trabalhos sôbre a anatomia e fisiologia da circulação cardíaca, apesar de muito numerosos, não lograram ainda resolver um certo número de problemas.

Algumas questões, sôbre tudo suscitadas pelos dados clínicos, não obtiveram ainda uma explicação satisfatória e necessitam ser retomadas por técnicas apropriadas.

Entretanto pensamos que, quaisquer que sejam as técnicas postas em prática, a maior circunspecção é necessária para que se lhes não conceda um valor absoluto, tirando conclusões que, as mais das vezes, colidem com os resultados obtidos pelas experiências e observações doutros.

Só a combinação e a observação dos vários métodos de estudo e das várias técnicas, permitirá obter dados de real valor.

Desde há três anos, nos curtos intervalos deixados livres dos nossos deveres pedagógicos, que temos também estudado a circulação cardíaca, tendo procurado combinar alguns dos processos técnicos seguidos por vários autores, para verificar as afirmações de alguns e esclarecer as contradições de muitos.

As injeções repletivas pelos processos de Bourceret, Teichmann, Gross, Mouchet, etc., seguidas de dissecação minuciosa e cuidadosa, a radiografia, simples, ou a estereo-radiografia e final-

(1) Subordinada a este título, apresentamos na «Quinzena médica dos Hospitais da Universidade», louvável iniciativa do sr. Director da Faculdade de Medicina, logo perfilhada, com o maior entusiasmo, pelo sr. Director dos Hospitais, uma comunicação. O que se segue representa a súmula dêsse trabalho.

mente a corrosão pelo processo Lopo de Carvalho e Herculano de Carvalho, teem-nos permitido algumas observações que julgamos interessante apresentar.

O número de corações observados, não ultrapassando ainda 110, reservamos para mais tarde a publicação de percentagens e a correcção de alguns números já publicados em dois trabalhos anteriores.

Não empregámos a técnica de diafanisação, de Spalteholz, pela razão de ser extremamente cara e exceder as magras possibilidades da nossa dotação laboratorial.

Abordaremos sucessivamente os três problemas seguintes :

- a) Tempo de entrada do sangue nas artérias coronárias.
- b) Nutrição normal e vicariante do miocárdio.
- c) Vascularização do sistema cardionector.

* * *

a) O facto de, em numerosos exemplares, termos verificado que os orifícios aórticos das artérias coronárias estavam abaixo do bordo livre das sigmoides respectivas, facto também observado por Mouchet em 18 % dos casos, relativamente à coronária esquerda, levantou nos de novo, a velha questão, já posta por Thebesius, do momento da entrada do sangue nas artérias coronárias.

E' certo que essa questão está hoje considerada como *resolvida*, pela maior parte dos anatomistas, fisiologistas e patologistas.

Mas em nossa opinião está mal resolvida.

Embora não tenhamos provas experimentais com que possamos afirmar que o sangue não entra nas coronárias durante a sístole ventricular, não é menos certo que todos os dados experimentais da fisiologia e da anatomia são concludentes no sentido de nos provarem que durante a diástole ventricular o sangue entra livre e abundantemente naqueles vasos.

A antiga experiência de Haller, da secção de uma coronária e verificação da saída de sangue em jacto violento durante a sístole e na flexão do jacto durante a diástole ventriculares, não demonstram, em nosso entender, a improcedência da afirmação de Thebesius.

Na verdade, logo que as paredes ventriculares se contraem, é evidente que a capacidade total das coronárias é diminuída, sofrendo portanto o sangue, nelas contido, um aumento de pressão que dará um jacto forte através de qualquer ramo seccionado, mesmo que a massa de sangue no seu interior não tenha aumentado.

A observação e comparação dos traçados da pressão e da velocidade do sangue nas coronárias demonstram-nos a evidência êste facto.

Se durante a sístole o sangue entrasse livremente nas coronárias não se observaria a *perda brusca da pressão ainda durante a sístole ventricular*.

Por outro lado, segundo os mesmos traçados, verifica-se que a pressão intra-coronária se eleva de novo, durante a diástole ventricular, mantendo-se relativamente elevada, quasi até ao fim da diástole.

Ora, se durante o período de relaxamento do miocárdio, nas melhores condições de permeabilidade dos vasos intra-murais e quando o somatório das suas capacidades é maior, se observa um aumento de pressão, êste não pode ser devido senão à entrada de *mais sangue* no interior dos vasos respectivos, isto é durante a diástole ventricular, pela sístole arterial.

O facto, bem conhecido pelos clínicos, de que os medicamentos, que alongam a diástole favorecem a nutrição do miocárdio, não terá assim uma explicação mais plausível do que pela hipótese do aumento da energia contrátil por um período mais longo de repouso?

E essa energia afinal o que é senão a expressão fisiológica da nutrição das fibras parientais ventriculares?

Mas, não é tudo. As diversas injecções repletivas das coronárias a que nós procedemos, foram feitas ou isoladamente através dos respectivos orifícios aórticos, ou injectando através da aorta em sentido recorrente, tendo também tentado fazer a injecção no sentido da corrente sanguínea, através da aurícula esquerda.

As injecções tentadas por êste último processo mostraram-se-nos sistematicamente ineficazes para uma boa repleção das coronárias, enquanto que a injecção feita recorrentemente através da aorta é de resultados sempre positivos, permitindo uma repleção perfeita.

Factos da mesma natureza, nos são apontados pelos professores A. Rodrigues, S. Pereira e R. de Carvalho.

Procedendo a tentativas de visibilização radiográfica das coronárias no coração do cão vivo, verificaram os autores citados que, quando praticavam a injeção por punção ventricular, nem sempre obtinham imagens visíveis das coronarias, o que atribuíram á inoportunidade do momento em que faziam a radiografia.

Ao que parece, nenhuma das radiografias feitas, utilizando a punção ventricular, deu resultado aproveitavel.

Pelo contrario, a injeção feita na aorta, quer directamente, quer atavez da corotida, deu boas imagens notando-se a entrada do soluto opaco aos raios X, para ambas as coronarias.

Perante os factos, atraz resumidamente expostos, julgamos poder afirmar que a entrada do sangue nas coronarias se faz, *principalmente*, durante a diástole ventricular e que possivelmente, pelo menos nos casos em que os orificios das coronarias se encontram abaixo do bordo livre das sigmoides aorticas, essa entrada, por impossibilidade mecanica, é exclusiva durante esse período.

* * *

b) A disposição dos ramos de menor calibre, na espessura das paredes ventriculares, apresenta também particularidades dignas de menção.

Assim se compararmos as fig. 1 e 2, a primeira correspondendo á radiografia dos vasos coronarios do coração de um rapaz de 18 anos, a segunda ao coração do homem de mais de sessenta, tratado pelo mesmo processo, verifica-se uma notável diferença na riqueza de arborisações vaculares em favôr do segundo bem como um grande numero de flexuosidades nos troncos de maior calibre, em contraposição com a disposição do primeiro, em que os vasos teem apenas as curvaturas condicionadas pela forma do coração.

Esta disposição flexuosa, bem sabemos que é de ordem geral, que se observa em todas as artérias do organismo e que constitue uma consequência fatal do alongamento pela perda da elasticidade, com o decorrer dos anos: mas a riqueza em colaterais que se pode afirmar progressiva com a idade, é um facto bem interessante que deve ser tomado na devida consideração.

O exame comparativo das artérias parietais dos dois ventri-

culos, mostra-nos que essa riqueza diz respeito quasi exclusivamente às paredes do ventriculo esquerdo e que o facto não deve ser extranho às enormes pressões que os vasos intra-miocárdicos tem de sustentar durante a sístole.



Fig. 1

A espessura das paredes do ventriculo direito e a tensão sistólica intra ventricular do mesmo lado, sendo menores, não dão origem ao aparecimento de tão numerosas colaterais, o que sob o ponto de vista da interpretação de certos factos clínicos se reveste de excepcional importância.

A estes factos, já observados por Gross, dá Danielopolu um grande relêvo para a interpretação clínica das insuficiências ventriculares direitas.

A questão das ramificações, mais ou menos numerosas, nas paredes miocárdicas, prende-se directamente com a discussão, já antiga, das anastomoses entre os territórios cardíacos das coronárias.

Negadas, afirmadas e condicionadas, por uma legião de ana-

tomistas, fisiologistas e patologistas, elas não teem grande valor fisiológico e julgamos que outros factores, mal postos em relêvo até hoje, teem contribuído para a discórdia que se nota nêsse capítulo da circulação cardíaca.

Entretanto, se os factos observados por numerosos experimentadores, são indiscutíveis, na verdade as anastomoses existem,

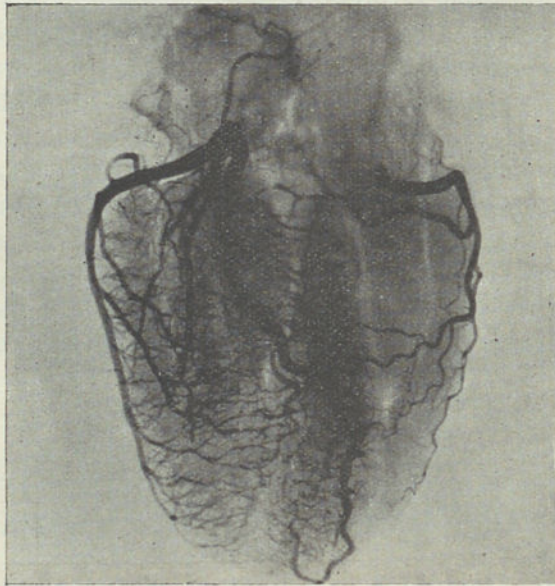


Fig. 2

mas o seu valor fisiológico é muito discutível, no que estão de acôrdo a maior parte dos clínicos.

Essas anastomoses não teem calibre apreciável, apenas em indivíduos idosos, existindo uma rica ramescência coronária, elas são suscetíveis de, numa obliteração *progressiva* de um tronco arterial de maior ou menor calibre, se alargarem, podendo suprir a nutrição da parte da parede ventricular isquemiada.

Mas, se a obliteração é brusca, é muito duvidoso que as anastomoses possam suprir a deficiência circulatória.

Tal a opinião expressa pela maior parte dos clínicos cardiologistas.

As nossas observações, com todos os processos de análise

que empregámos, convenceram-nos de que as anastomoses entre ramos de médio ou pequeno calibre, *visíveis*, não existem.

Qualquer radiografia de um coração, em que as artérias coronárias ricamente ramificadas, tenham sido injectadas, por uma substância penetrante, pode dar-nos a *aparência* da existência de anastomoses como se pode ver na fig. 2

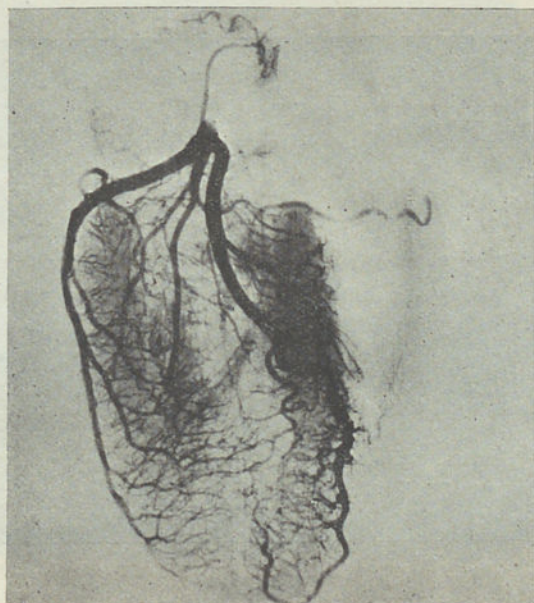


Fig. 3

Mas trata-se apenas de sobreposição de imagens, como podemos verificar pelo estéreo-radiografia e pela dissecação.

A preparação das coronárias por corrosão, mostrou-nos *sempre* uma independência completa e absoluta entre os dois territórios coronários.

Entretanto, em alguns casos, a substância repletiva impelida por uma das coronárias aparecia no território da outra coronária como se pode ver no exemplar da fig. 3

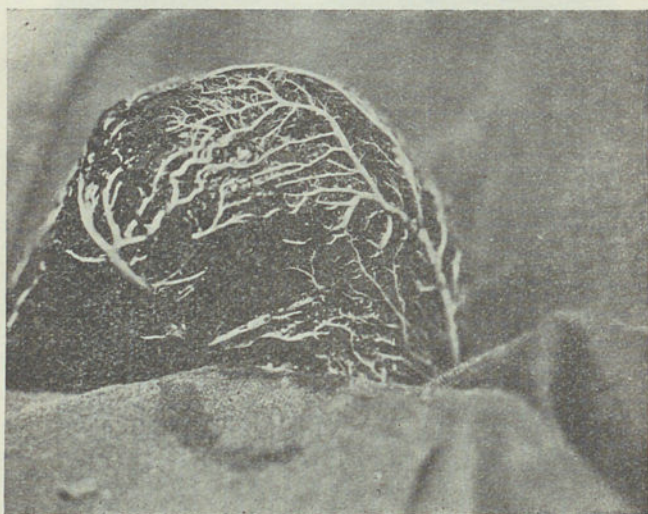
Várias vezes nós tivemos ensejo de verificar este facto, mas *sempre* nestes casos havia também veias injectadas.

Ora, as veias são largamente anastomosadas, fig. 4, as de

um território coronário comunicam sempre com as do outro.

Injecções feitas a partir do seio da grande veia coronária, recorrentemente, provaram-nos a inexistência de válvulas suficientes. O que pode concluir-se?

- 1.º — Que os territórios venosos são intercomunicantes;
- 2.º — Que o sentido da circulação nesses territórios é indifferente;



Eig. 4

3.º — Que para a substância repletiva passar de uma coronária para a outra, não é forçosamente necessária a existência de anastomoses entre as artérias, podendo a disposição das veias e o aparecimento da injecção nos troncos venosos explicá-la e justificá-la plenamente.

Outro facto que merece ser consignado, consiste na possibilidade, várias vezes verificada por nós, da passagem de substância repletiva impelida através das coronárias para o interior dos ventriculos.

Nalguns casos essa passagem apenas nos era denunciada pelas manchas intraventriculares apresentadas pelas radiografias dos exemplares. Mas noutros casos, a passagem da massa de injecção era tão facil e abundante que durante a injecção atravez as coroná-

rias, se via sair pelos orifícios vasculares dos ventrículos ou, recorrentemente, pelos das aurículas.

O aparecimento de estas manchas e a passagem da substância repleta para o interior dos ventrículos que lhes dava origem, faz-se, sem possível duvida, através dos orifícios das veias de Thebesius.



Fig. 5

Ora este facto tem uma capital importância na nutrição vicariante por recorrencia do miocárdio e Danielopolu dá-lhe o relêvo necessário.

O que achamos estranho é que os anatomistas consultados que se teem ocupado do assunto, não façam referência aos factos que aqui deixamos apontados e que em nossa opinião teem um alto interesse prático.

Devemos ainda acrescentar que os orifícios das veias de Thebesius, tornados visíveis pelo extravasamento da substância repleta, são sobretudo abundantes nas paredes ventriculares direitas, ou antes no domínio da coronária direita, como se pode demonstrar pelas radiografias dos exemplares, fig. 5 e 6, havendo pois

um certo equilíbrio nas compensações circulatórias, do lado esquerdo maior abundância de ramos, desenvolvidos com a idade, do lado direito maior numero de veias de Thebesius, podendo assegurar uma nutrição por recorrência.



Fig. 6

c) A vascularização do sistema cardionector, muito estudada por vários autores e de grande interesse prático, apresenta também algumas particularidades que merecem ser postas em relêvo.

Sabe-se que o nódulo de Keith e Flack recebe a sua irrigação por uma artéria auricular.

A disposição de esta e a sua origem apresentam variações que tem sido descritas, mas a artéria auricular que fornece o ramo ao nódulo de Keith e Flack pode provir, quer da coronária direita (o maior número de casos), quer da coronária esquerda.

Entretanto não nos parece rasoável a descrição dada por Géraudel de quatro tipos de artérias auriculares a que êste autor chama, muito impropriamente, artéria do atrionector, podendo reduzir-se a disposição de estas a três tipos distintos.

No primeiro, a artéria provém da coronária direita; no segundo nasce da coronária esquerda : no terceiro há duas artérias auriculares uma nascendo na coronária esquerda outra na coronária direita, fig. 3, 6 e 7

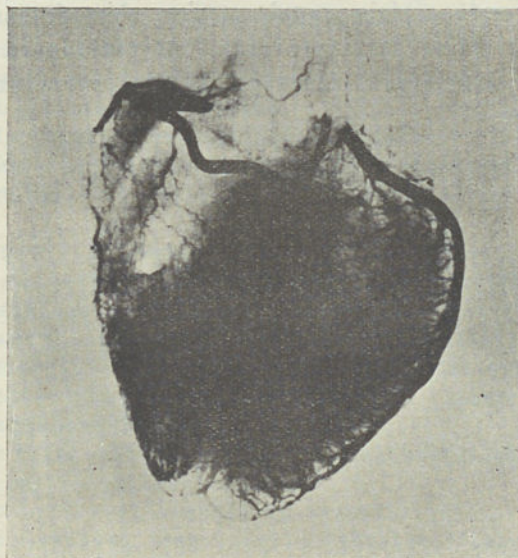


Fig. 7

A vascularização do nódulo de Tawara é, na maior parte dos casos, proveniente da coronária direita : é interessante acentuar o facto que observámos constantemente, que o ramo ou ramos que se dirigem da coronária direita, ao nível da *crux*, para o nódulo de Tawara, saem da porção horizontal da coronária direita e que a injeção se faz com mais facilidade do que a de alguns ramos que se destinam ás paredes ventriculares e que se originam mesmo mais perto do início da coronária.

Compreende-se como um pequeno coágulo, ou uma vegetação endocárdica, encontrarão semelhantemente um caminho mais fácil através de êsses ramos.

Nos casos, não muito raros, em que a coronária esquerda chega ao sulco interventricular posterior, é esta artéria que, *também dá sua porção horizontal*, fornece a nutrição ao nódulo de Tawara, tendo encontrado alguns exemplares em que existiam duas

artérias, uma proveniente da coronária direita, outra da porção terminal da auriculo-ventricular esquerda, ramo da coronária esquerda.

Quanto à nutrição do feixe de His apenas temos a acrescentar que a artéria que vai através o feixe arqueado até ao pilar anterior, segunda artéria septal anterior, além de vascularizar o pilar anterior emite constantemente um ramo para o pilar do cone arterial, como já tivemos ocasião de demonstrar num trabalho anterior.

BIBLIOGRAFIA

- L. GROSS — The blood supply to the heart, 1935.
- DRAGNEFF — Recherches anatomiques sur des artères coronaires du coeur chez l'homme.
- JAMIN & MERKEL — Die Koronararterien des menschlichen Herzens in stereoskopischen Röntgenbildern.
- SPALTEHOLZ — Die Koronararterien des Herzens.
- TANDLER — Anatomie de Herzens.
- TESTUT-LATARJET — Traité d'anatomie Humaine.
- HENRIJEAN — Le dualisme de la contraction cardiaque.
- H. JONQUIÈRES — Le clavier neuro-circulatoire a l'état normale et pathologique.
- E. GÉRAUDEL — Le mécanisme du coeur et ses anomalies.
= = = — L'artère de l'atrio-necteur, *Presse Médicale*, 1925.
- A. MOUCHET — Les artères coronaires du coeur chez l'homme, 1933.
- IVAN MAHAIM — Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara.
- D. DANIELOPOLU — L'angine de poitrine et l'angine abdominale.
- P. HEBERT — Étude anatomo-radiologique de l'appareil circulatoire par opacification post-mortem.
- ROGER & BINET — Traité de physiologie normale et pathologique.
- CAMILLE LIAN — L'angine de poitrine.
- EDUARDO COELHO — L'infarctus du myocarde.
- LOPO DE CARVALHO, HERCULANO DE CARVALHO, VASCO DE LACERDA & CARLOS VIDAL — Une méthode pour l'étude de l'anatomie du poumon, *Folia anatomica Universitatis Conimbrigensis*, vol. VIII, 1933.
- A. RODRIGUES, R. DE CARVALHO & S. PEREIRA — A visibilização das artérias coronárias cardíacas no vivo, *Portugal Médico*, n° 8 de 1933.
- M. CORREIA — Contribution a l'étude de la circulation artérielle du coeur, *C. R. de l'Association des Anatomistes*, 1933.
- M. CORREIA — Contribution a l'étude de la vascularisation du cardio-necteur, *C. R. de l'Association des Anatomistes*, 1934.

SÔBRE UM CASO DE ESTENOSE PILÓRICA DOS LACTANTES (1)

POR

SANTOS BESSA

(Assistente livre)

A estenose hipertrófica congénita do piloro (pilorospasmo, doença pilórica, pilostenose, contractura pilórica hipertrófica espasmódica de Wernstedt) é uma doença que, embora de natureza congénita, se manifesta somente depois dum período variável de 15-30 dias — período êste que se chama intervalo livre e que tem muita importância na caracterização da doença.

Antes do relato do caso clínico, seja-me permitido expor, resumidamente o quadro da doença.

O ano de 1887 marca, com o aparecimento do trabalho de Hirschprung, o início dos estudos sôbre esta doença.

Em épocas posteriores, porém, descobriu-se que já o inglês Armstrong, em 1769 e outros, depois disso, tinham registado casos clínicos desta natureza.

Sintomatologia

São 8 os elementos de ordem clínica que costumam agrupar-se para caracterizar a doença.

1.º *Sexo* — Embora Comby diga que êle não tem importância, o certo é que todos os outros afirmam que o masculino é quasi o exclusivo portador desta doença.

2.º *Intervalo livre* — Embora de origem congénita, um elemento característico desta doença é a existência dêste intervalo livre —

(1) Comunicação feita à 1.ª Reunião Médica dos Hospitais da Universidade de Coimbra em 30-IV-936.



PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose	6 a 12 drageas por dia
BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 em-polas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) -feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorreia, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
CALCIUM-SANDOZ Gluconato de cálcio, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetani-gêneos, espasmofilia, pneumonias, gripe, asma, dermatose, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i>	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dra-gea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas
FELAMINE Associação de ácido cólico em estado puro com a hexametil-etanotetramina	Opoterapia e desinfecção hepato-biliar, insuficiência hepática, litíase biliar	4 a 8 drageas
GYNERGENE Tartrato de ergótamina Stoll; alcalóide, principio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstétricas e ginecológicas. Sedação do simpático: Ba-sedow, taquicardia paroxística, enxaque-cas, etc.	(muito individual e se-gundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
IPÉCOPAN Princípios activos puros do pó de Dover, isento de Cefaelina	Expectorante, sedativo da tosse. Tosse, constipações, bronquites, dificuldades res-piratórias, dores de garganta, etc.	XX a XL gotas 3 vezes por dia ou 3 a 9 compri-midos por dia para chu-par como pastilhas
OPTALIDON Nova associação antineuralgíca, sedativa e hipnótica	Todas as dores: neuralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILARENE Complexo glicosídico, cristali-zado e estabilizado do bolbo de Cila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sus-tento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistolia, arritmia, coração senil, miocar-dite	2 a 6 comprimidos, ou XI, CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

ANTÓNIO SERRA, LTD. — Campo dos Mártires da Pátria, 96 — (Apartado, 142) — LISBOA

ANTIPHLOGISTINE

como um adjuvante em

FISIOTERAPIA

O emprêgo da diatermia para o alívio de dores é uma das medidas de maior êxito na terapêutica moderna. O seu efeito é encarecido e prolongado pela aplicação de **Antiphlogistine**.

Esta, pelo seu conteúdo de glicerina, produz efeito calmante; pela sua osmose, absorve os exudatos, e pela sua plasticidade, que promove repouso e bem estar, a **Antiphlogistine** é o adjuvante ideal na terapêutica térmica das várias formas de neurite, traumatismo, ciática, e todos os demais estados reumáticos.

A **Antiphlogistine** não substitue a diatermia, antes pelo contrário, coordena com ela.

Para amostra e literatura escreva à

THE DENVER CHEMICAL MFG, CO.,

163, Varick Street — NOVA YORK, E. U. A. N.

ROBINSON, BARDSLEY & Co.,

Oais do Sodré, 8 — LISBOA

dêste período de duração variável, mas que em geral é de 15-30 dias, em que a criança se desenvolve como sã e escorreita, sem que o mais ligeiro abalo faça supor a doença que possui.

3.º *Vômitos* — A partir dêsse momento, surgem, bruscamente, os vômitos, sem náusea, em jacto, em geral durante a refeição, logo a seguir ou $\frac{1}{4}$ de hora ou $\frac{1}{2}$ hora depois (Mayer e Nassau). Mas nem sempre os vômitos se apresentam com esta característica, pois que, com a gastrectasia, vem a retenção de grandes quantidades de alimentos no estomago e, assim, os vômitos diminuem de número, 1-2 por dia, mas com abundante conteúdo.

4.º *Obstipação* — É em geral intensa. Passam-se vários dias sem uma dejecção, consequência da falta de progressão dos alimentos através do piloro.

As vezes surgem durante êste estado, fezes de carácter meconial.

5.º *Desnutrição* — Os vômitos levam rapidamente à perda progressiva de pêso. Esta perda é maior ou menor, conforme o grau de estenose, a intensidade dos vômitos e a constituição da criança.

6.º *Abaulamento e tensão epigástrica* — Em geral há um contraste entre as regiões supra e infra-umbilicais: enquanto a 1.ª é abaulada, tensa, resistente, timpânica, a 2.ª é flácida, deprimida.

7.º *Ondas peristálticas* — O aparecimento destas ondas volumosas, percorrendo o epigastro de cima para baixo e da esquerda para a direita, morrendo à direita do umbigo, são de alto valor diagnóstico. Não há antiperistalse e exaltam-se pela ingestão de alimentos, pelo frio e pela massagem da parede.

Nem sempre aparecem no início da doença.

8.º *Tumor pilórico* — Êste tumor que tantos têm apontado como patogonomónico, nem sempre se palpa, embora exista, e, às vezes, palpa-se uma formação densa que se toma por tumor pilórico quando não há tumor algum (caso de Finkelstein). O piloro ou o antro pilórico em espasmo podem originá-lo.

«Muitos obstáculos se opõem à palpação do piloro; o primeiro é a situação desta parte do estômago no bebé. Dissecções realizadas por mim sobre crianças de algumas semanas, têm-me permitido observar que o piloro se encontra freqüentemente situado por debaixo do figado, atraz do próprio estômago, num plano muito profundo que torna quasi impossível a palpação normal.

«Uma outra dificuldade é a contração dos músculos da parede abdominal, causada pelos esforços que a criança faz neste momento. Êste último inconveniente poderia ser atenuado pela palpação em estado de narcose; mas êste método (eu emprego-o em crianças de mais idade) não deixa de ter inconveniente para os pequeninos, sobretudo da clínica particular, e mesmo na policlínica, onde tenho observado a maior parte dos casos de estenose pilórica, tenho encontrado muitas vezes resistência do lado da família» (Suñer).

Mas, ao lado destes sinais clínicos, assim ordenados como o faz Gavois na sua tese, podemos ainda recorrer às *provas da tubagem* de Lesné e Coffin que põem em evidência a estase no fim de 4 horas, ao exame de sangue, em busca do *quadro humoral* que lhe assinalou Ribadeau-Dumas, pois que êste autor afirmou, em 1932, que «em presença dum bebé vomitador, a verificação do abaixamento dos cloretos dos glóbulos e do plasma coincidindo com uma Reserva Alcalina igual ou superior a 80 permite afirmar a existência de estenose pilórica» (1) coisa que se não dá nos outros bebés vomitadores, e ainda ao *exame radiológico* que põe em evidência a *dilatação pré-pilórica do estômago*, o *síndrome de luta*, caracterizado pela alternância das crises de esforço e das fases de fadiga e, ainda, os *defeitos de evacuação*, que foram minuciosamente expostos no trabalho de Barret e Chauffour.

Anatomia patológica

Esta estenose pilórica é constituída por uma oliva alongada, de 2-3 cm. de comprimento e de 1,5-2 cm. de espessura, branco-amarelada, de consistência cartilágnea, dura.

O calibre é reduzido, não deixando, às vezes passar uma agulha.

Ao corte transversal -- duplica ou triplica a espessura; *mas só*

(1) De facto, segundo êle:

A *estenose pilórica* dá hipocloremia, com aumento da R. A. ;

Os síndromas coleriformes com vômitos na 1.ª infância dão hipocloremia, com diminuição da R. A. ;

Nos outros vômitos da 1.ª infância não há hipocloremia nem alterações da R. A. sensíveis ;

Os vômitos acetonémicos dão hipocloremia com acidose.

a camada muscular é que está espessada -- a serosa e a mucosa são normais.

O tumor do lado proximal prolonga-se insensivelmente com o estômago; do outro, pára abruptamente e não poucas vezes constitui uma espécie de focinho de tenca e cria fundos de saco de 1-2 mm. de profundidade.

Estômago e duodeno — normais, em geral.

Patogenia

As teorias patogénicas da estenose pilórica constituem quasi legião e é impossível analizá-las uma a uma, referindo, ao mesmo tempo, os elementos em que se apoiam e as objecções que lhe têm sido postas.

No entanto, vamos enunciar resumidamente as mais importantes.

Gavois divide-as em 3 grupos:

a) *Negação da hipertrofia* — Teorias de Pflaunder, Wernstedt, Hutchison e Pritchard;

Pflaunder afirmava que, de facto, não havia hipertrofia, que ela era ilusoria e era a tradução dum *espasmo ante-mortem, fixado pela agonia*. Porém, em 1905, aceitou a hipótese de Tompson e reconheceu que, na realidade, há casos de hipertrofia muscular, ao lado de outros que a não possuem;

b) *Malformação congénita* — Data de 1887. É a mais antiga teoria e deve-se a Hirschprung. Foi muito combatida durante muito tempo, mas é a teoria hoje em voga, embora se julgue, no entanto, que, sob o ponto de vista clínico, o papel mais importante pertence ao espasmo. Embora em voga, não se julgue que esclarece todas as dúvidas e responde a todas as objecções;

c) *Por lesão adquirida*:

1) *Por espasmo* — É a hipótese de Tompson, apresentada em Inglaterra em 1895 — «a hipertrofia é o resultado de contracções anormalmente fortes e prolongadas» — é uma hipertrofia do trabalho — espasmo hipertrofiante de Barbier;

2) *Por hiperfuncionamento* — Bard, em 1928, trouxe outra ex-

plicação para a hipertrofia e para os vômitos: em vez de contrações alternadas do estômago e do piloro, elas seriam simultâneas — assim se compreendem os vômitos e da sua violência e da sua repetição viria a hipertrofia.

3) *Por lesão inflamatória* — Foi apresentada em 1909, em Budapest, por Weill e Pehu, que mostraram peças anatómicas com infiltração inflamatória de todas as camadas do piloro, principalmente da muscular. Parece, no entanto, não serem constantes e muitos tomam-nas não como causa, mas como manifestação secundária do processo.

Mas não ficam por aqui as teorias:

Assim, Cutley e Peden julgam que a hipertrofia muscular do piloro deve ser interpretada como uma manifestação local de gigantismo, Murray e Klyn olham o caso sob o ponto de vista filogenético e vêem no piloro o representante do papo de certos desdentados. Porém, Ibrahim, em vez de buscar apoio na evolução filogenética, baseia-se num trabalho de Müller para afirmar que a estenose pilórica é devida à falta de involução ontogenética pois que durante a vida intra-uterina a musculatura do canal pilórico é muito mais desenvolvida.

Seja como fôr, parece hoje assente que a lesão é congénita e que o espasmo adicional tem uma acção importante na génese do síndrome clínico. A prova disto foi dada experimentalmente por Tumpeer, Harrisson e Bernstein, em 1922, injectando parafina na parede pilórica de cães.

Mortos os cães 6 meses depois, a autópsia revelou o aperto da luz do piloro, sem que, no entanto, êsses cães tivessem apresentado vômitos nesses 6 meses.

Ora, para a explicação da génese do espasmo há um enorme cortejo de teorias que não são mais do que um moderno complemento da hipótese de Tompson: a de Balan, das perturbações endócrinas, a de Wollmer e Serebryski (1926) e a de Hartmann e Smith do mesmo ano que o julgam devido a perturbações do metabolismo do cloro com alcalose, a de Pirie, do hiperadrenalismo materno, a de Gray e Reynolds, da adrenalina de origem fetal, a de Haas, da vagotonia (não provada) a de Eckstein e Goldschmidt (1929) da hiperexcitabilidade do centro bulbar, a de Suner, da espasmofilia, etc.

São de Suñer as frases que se seguem :

«O espasmo, a maior parte do tempo com tumor, algumas vezes sem êle, intervém, a título de elemento etiológico, determinando um quadro de estenose pilórica.

«A coincidência dos diversos síndromas espasmofílicos e particularmente a tetania latente com o pilorospasmo é um argumento mais a favor desta relação (raquitismo, espasmofilia, pilorospasmo). Os sinais procurados, tão estreitamente unidos à tetania latente, constituem também mais um argumento a favor dêste parentesco. Enfim, as modificações do cálcio, sob o ponto de vista quantitativo vêm completar êste conjunto de argumentos clínicos.

«Em suma, na minha opinião, baseada sôbre tôda esta argumentação de factos positivos, o pilorospasmo não é senão um 4.º síndrome vindo juntar-se à triade espasmofílica representada pela tetania, a eclampsia e o laringospasmo.

«Enquanto novos dados não vierem completar o conhecimento desta questão, eu creio que devemos aceitar a doutrina espasmódica, cuja origem essencial se identifica com o problema da perturbação metabólica do cálcio. Esta traduz-se por uma diminuição de função nos centros inibitórios encefálicos e estes moderam a acção dêstes reflexos automáticos, por exemplo, o da contracção muscular do piloro».

A-pesar-do número avultado de teorias, não se sabe bem qual a causa do espasmo e a altura em que aparece.

Só se sabe que tem grande importância no aparecimento do síndrome e que é contra êle que deve ser dirigida tôda a terapêutica, médica ou cirúrgica, haja ou não hipertrofia.

Isto parece a Carlos Salazar de tal maneira evidente que sustentou brilhantemente no seu doutoramento a doutrina de que «na prática não interessa a distinção entre estenose congénita hipertrófica e piloro-espasmo dos lactantes».

Evolução

Nem todas as formas de estenose pilórica evoluem do mesmo modo. Isto depende do grau da estenose, da intensidade e precocidade do espasmo e ainda da constituição da criança.

A gravidade dos casos está ligada à intensidade e rapidez das perdas de peso, ao grau de desidratação e de intoxicação e isso

está dependente não só da volição dos vômitos, da quantidade de alimento que do estômago passa ao duodeno, mas sobretudo, das condições de resistência da criança. E estas são marcadas pela idade em que começam as manifestações clínicas da estenose — quanto mais cedo, peor — e ainda pela sua maior ou menor hidrolabilidade. Compreende-se que uma hidrostável se adapte e resista durante muito tempo com distrofia pouco acentuada e justifica-se que um hidrolabil percorra rapidamente a escala descendente dos pêsos para atingir em poucos dias o gravíssimo índice de Quest.

Assim se criam as *formas agudas* de Fredet que levam à morte em pouco tempo.

Ao lado destas formas de evolução rápida, outros há que são bem tolerados e não dão sintomatologia clínica — *estenoses latentes* — ou dão sintomatologia fruste que evoluciona sem alteração notável do estado geral — são as *formas crônicas*. Entre umas e outras ficam as forma vulgares, como a nossa, comprometendo o estado geral, mas durando bastante tempo — são as *formas comuns*.

Diagnóstico diferencial

Tal como ficou registado o quadro clínico e como foram apontados os elementos de ordem radiológica e laboratorial, parece muito fácil o diagnóstico da estenose pilórica.

Porém, nem sempre assim sucede e algumas vezes os doentes se arrastam com diagnósticos errados que podem comprometer gravemente a vida das crianças, se a tempo se não esclarece o caso e marca a intervenção.

Este doente também andou durante algum tempo com o diagnóstico de *vômitos habituais* — doença que mais frequentemente se confunde com a estenose pilórica. Marfan é o primeiro a reconhecer a dificuldade do diagnóstico em certos casos em que a obstrução não é ainda completa, em que a prisão de ventre não é muito tenaz, em que não há peristalse epigástrica e em que se não dispõe de exame radiológico do estômago nem de tubagem gástrica.

No entanto, reconhece-se que nos vômitos habituais a prisão de ventre não é tão tenaz, é intermitente, com fases normais, embora curtas e, às vezes, até há vômitos habituais que evoluem sem obstipação.

Mas o que as distingue é o exame radiológico, dando imagens perfeitamente diferentes numa e noutra, como o demonstraram Barret e Chauffour e os elementos do quadro humoral assinalado por Ribadeau-Dumas.

Deve notar-se, no entanto, que Terrien e Tixier apontaram recentemente casos de observações radiológicas da sua «*gastrite glaireuse*» que se confundem com as da estenose pilórica.

Os *ileus* (invaginações e hernias estranguladas) podem também criar situações que nos primeiros momentos se confundem com a estenose pilórica; mas um exame atento do conteúdo dos vômitos (existência de bilis) e o agravamento rápido do estado geral põem-nos logo na verdadeira pista.

As *estenoses duodenais* são outro problema delicado.

Se a estenose é tolerante, os vômitos podem aparecer vários dias depois do parto; mas se o não é, se nada ou muito pouco passa para os segmentos inferiores do intestino, então os vômitos iniciam-se logo depois do parto, quasi sem intervalo livre.

Como sabemos, podem ser supra e infra-vaterianas. Estas últimas têm vômitos biliosos, e, portanto, levam-nos logo à suspeita de que se não trata de estenose pilórica; mas as supra-vaterianas têm vômitos da mesma natureza. Só os R. X permitem a diagnose, pondo em evidência a dilatação duodenal pré-estenótica e a respectiva retenção durante 5 ou mais horas. (Cautela com a confusão do estômago em ampulheta — atentar bem em que o estrangulamento é pilórico).

Outras situações poderíamos analisar — doença de Hirschprung, meningites, peritonites, super e sub-alimentação, aerofagia, etc. — mas não vale a pena fazê-lo, porque estas doenças só farão criar dúvidas a quem não observe atentamente a instalação e o desenrolar do quadro clínico.

Prognóstico

O prognóstico da estenose pilórica dos lactantes anda ligado intimamente não só à intensidade dos vômitos e da obstipação, mas sobretudo a maior ou menor hidrolabilidade da criança e à idade em que se instala a doença.

O resultado final depende da marcação da oportunidade da intervenção e esta será estabelecida não só em função da duração

da doença mas, sobretudo, do grau de desidratação e de intoxicação da criança e da intensidade das suas perdas de peso.

A intervenção só é grave e dá maus resultados quando está comprometida a vida da criança pelo tempo de duração da doença ou por efeito duma assistência clínica pouco cuidadosa.

Terapêutica

A estenose hipertrófica do piloro do lactante é uma doença de diagnóstico nem sempre fácil, como já dissemos, que em geral é tomada durante algum tempo à conta de vômitos sem importância e que, em virtude da idade em que se instala, cria rapidamente perturbações graves do estado geral, não permitindo longos ensaios terapêuticos e prejudicando o êxito da intervenção cirúrgica.

Por todas estas razões, encontram-se na literatura médica as mais desconcertantes opiniões acêrca do tratamento que deve seguir-se.

Enquanto uns exaltam o tratamento médico e afirmam a sua acção benéfica na resolução da maior parte dos casos, reservando à Cirurgia somente os casos graves, outros há que declaram que a intervenção cirúrgica é a única forma de tratamento e o tratamento médico só é permitido enquanto há dúvidas, ou quando há necessidade de preparar o doente, durante algum tempo, para a intervenção.

Entre os entusiastas do primeiro grupo está Pehu, cuja estatística dá para os seus 14 casos o seguinte: salvaram-se todos os sujeitos a tratamento médico (11) e morreram todos os operados (3). Relega à cirurgia as formas agudas, com vômitos violentos, abundantes, freqüentes e precoces, acompanhados de bruscas e intensas perdas de peso e também aqueles em quem o tratamento médico de 15 a 20 dias foi ineficaz.

Da mesma opinião são Findlay e Wonderweit, afirmando êste último que um tratamento bem conduzido, acompanhado de alimentação ao peito, dá tão bons resultados como a intervenção cirúrgica. Rohmer, de Strasbourg, é também acérrimo defensor do tratamento médico.

Suñer defende-o também. Já em 1924 afirmava que só tinha 7% de mortes, mas dizia também:

«Creio que se êste tratamento dá felizes resultados na maior

parte dos doentes, êle não autoriza a ignorar a existência de graves estenoses orgânicas ou funcionais, modificáveis somente pela intervenção cirúrgica».

Do outro lado, dos intervencionistas, encontramos defensores não menos entusiastas.

Lereboullet, por exemplo, afirma que, «quando o diagnóstico está feito, a indicação do tratamento cirúrgico é formal» e diz ainda que não pode haver comparação entre o tratamento médico, longo, arrastado, cheio de incertezas e o tratamento cirúrgico, simples e benigno quando bem conduzido, o qual traz consigo resultados imediatos e constantes.

Junta ainda que as dúvidas suscitadas sôbre o tratamento derivam do seguinte: «como certas formas de vômitos habituais têm uma sintomatologia que lembra a da estenose do piloro, como o espasmo desempenha um papel importante na sua expressão clínica, como existem seguramente estenoses incompletas do piloro, concebe-se que o tratamento médico, instituído segundo as regras estabelecidas a propósito dos vômitos habituais seja indicado e possa dar resultados favoráveis num certo número de casos: trata-se então, em geral, de casos onde o quadro clínico e radiológico da estenose do piloro não está realizado completamente».

Marfan diz também que «uma dúzia de dias deve bastar para os ensaios de tratamento médico ou para estabelecer o diagnóstico. Se no fim dêste tempo os vômitos persistem e se a queda de pêso continua, é preciso intervir. E Grenet diz, ainda, que êste período pode ser muitas vezes reduzido.

Karger, Gorhbandt e Bergmann afirmam que está imposta a intervenção cirúrgica quando falha a medicação anti-emética e quando, pela bôca, recto, via sub-cutânea ou intra-peritoneal não nos podemos opôr à queda do pêso. No seguimento dum doente nestas condições devemos estar sempre atentos às suas quedas de pêso porque, «se a criança perde $\frac{1}{3}$ do seu pêso não se salva com coisa alguma» (Karger Gorhbandt e Bergmann). E dizem mais: «crêmos indispensável que primeiro se faça o tratamento médico, pois com êste podem curar-se a maior parte dos casos, mas devemos recomendar que se o tratamento médico fracassa, não se prolongue até ao ponto de que a criança perca a $\frac{1}{3}$ parte do seu pêso».

Tratamento médico

Vamos agora passar em sumária revista os tratamentos médicos que têm sido propostos. E tão sumária que só enunciamos os mais importantes.

Podemos dividi-lo em 3 tipos :

Tratamento dietético.

Tratamento por agentes físicos.

Tratamento medicamentoso.

a) No que respeita ao tratamento dietético há um sem número de opiniões. Há os que, como Heubner, não alteram o régimen habitual das crianças sãs, ao peito ; os que, como Ibrahim, fragmentam as refeições de leite materno (10 gr. de hora a hora ou 30 gr. de 2 em 2 horas); os que, como Finkelstein e Czerny, dão leite de mulher desnatado com babeurre ; os que fazem regimens lacteos hiperassucarados (Leite de vaca ou de mulher com 17 % e mais de assucar — Nobécourt, Lereboullet, Helmerich e Schik, etc. e os que usam papas mais ou menos espessas e gordas Birck, Sauer, Moll, etc.).

De todos elles se diz bem e se diz mal.

b) Quanto ao tratamento adjuvante dos agentes físicos, uns fazem cataplasmas e banhos quentes ; outros lavagens de estômago com água simples ou águas alcalinas, frias ou quentes ; há quem faça alimentação com cateterismo duodenal (Hess, de Nova York); há quem faça diatermia e R. U. V. e quem, como Wiener, confie no êxito das applicações do R. X.

c) Dos agentes medicamentosos há um cortejo quasi sem fim : Bicarbonato de soda, citrato de soda, ópio, papaverina, atropina, adrenalina, etc., etc., dados isolado ou conjuntamente em doses que variam de autor para autor.

Tratamento cirúrgico

Assente, portanto, que o tratamento médico deve ser pouco duradouro, não comprometer o estado geral e não agravar os perigos da intervenção, expostas em resumo as noções gerais dêsse mesmo tratamento, vamos ver agora em que consiste o tratamento cirúrgico.

De 1892 a 1900 surgiram 4 processos de tratamento cirúrgico.

O 1.º — A *jejunosomia*, de Cordua e Glisson, regista-se por respeito à verdade histórica — parece que só um morreu por êste processo, porque foi o único operado.

A *gastro-enterostomia*, de Stern, surgiu em 1897. O primeiro doente que vingou, depois do tratamento cirúrgico, foi operado por êste processo em 1898, por Loebker.

Em 1900, Stiles propôz a *pilorectomia*. Parece, porém, que o primeiro pilorectomizado que escapou foi operado por Marique em 1921.

Nesse mesmo ano, Loreta propõe uma *dilatação do orifício pilórico*, apoz gastrotomia, para tratamento dos apertos cicatriciais do piloro dos adultos e logo Nicolle o ensaiou na estenose pilórica das crianças.

Os resultados de todos estes métodos operatórios eram péssimos e daí a descrença no êxito da intervenção e a vitória do tratamento médico.

De todos êles só a gastro-enterostomia animou durante algum tempo os cirurgiões e essa era prolongou-se mesmo até já bastante tarde, quando já a operação de Fredet-Rammstedt tinha revelado os seus méritos.

Surgiu depois o *piloroplástia*, executada por processos diversos (corte longitudinal, corte em V, sutura transversal, sutura em Y) mas os seus resultados continuaram a ser maus. Mas foi ela que, depois de passar por várias fazes, conduziu à técnica hoje seguida.

Fredet ainda em 1908 aconselhava a sutura transversal.

Só em 1910, na sua Comunicação ao VI Congresso de Ginecologia de Obstetricia e de Pediatria êle declarou:

«On peut même ne pas suturer la plaie si elle ne saigne pas comme c'est la règle».

Em 1911, Rammstedt comunicou os resultados das suas intervenções e afirmou também que não há necessidade de suturar os lábios da incisão pilórica. Foi êste o grande passo no tratamento da estenose pilórica.

Os resultados modificaram-se, dada a simplicidade e a rapidez da execução desta intervenção e a *pilorotomia extra-mucosa de Fredet-Rammstedt* fez criar assim a era cirúrgica da terapêutica da estenose pilórica.

Não lhe ficaram bem unidos e fiéis os que a princípio a exaltaram e o próprio Fredet, mais tarde, voltou-se de novo para a gastro-enterostomia por encontrar a sua operação «delicada e perigosa».

Só em 1926, depois do ataque de Veau à gastro-enterostomia, Fredet voltou de novo à pilorotomia.

Fredet, foi, de facto, quem primeiro a descreveu, embora, ela corra mundo com o nome de operação de Rammstedt, em consequência de ter sido por intermédio da publicação dêste (1913 Zentralblatt für Chirurgie) que ela se tornou conhecida na Inglaterra e na América.

Esta intervenção consiste numa incisão longitudinal da serosa do piloro, na zona mais clara, avascular que êle possui. Depois destroem-se com a sonda canula as fibras que constituem o anel (por causa de alguma incisão da mucosa-acidente sempre grave), destruição esta que deve ser feita no sentido longitudinal se só as fibras circulares estão hipertrofiadas, em V, se também há hiperplasia das fibras longitudinais.

Descolamento extenso do anel, para libertação completa da mucosa.

Encerramento da parede num plano.

As estatísticas da mortalidade operatória são muito diferentes nos diversos países.

Há uns com 0% de mortes (Ombredane e Veau), outros com 12% (Fredet), outros com 16% e então, na Inglaterra, anda isso por 29 a 60%.

Porquê êste choque tão violento de opiniões àcerca da terapêutica?

Entendemos que a razão da discórdia deve ter origem:

1.º — Em diagnósticos imprecisos que forem tomar por estenoses pilóricas coisas que o não são — são as que dão a maior parte dos resultados brilhantes da terapêutica médica;

2.º — Porque a terapêutica médica mal julgada leva a situações graves do estudo geral que sobrecarregam ingloriamente as estatísticas cirúrgicas;

3.º — Porque ainda se não apagou de todo a ideia dos maus resultados operatórios do tempo em que se não fazia a operação de Fredet.

Torna-se necessário, por isso, que na condução do tratamento médico nos não iludamos na apreciação dos seus efeitos.

O resultado da acção do tratamento médico nesta doença eminentemente caracterizada por vômitos, não pode julgar-se sòmente pela atenuação dêste sintoma. De facto, os vômitos podem diminuir, tornar-se raros, 1-2 ao dia, durante êste tratamento, não por efeito dêle, mas sim da estase e da dilatação gástrica.

E na história clínica dêste doente é bem evidente esta redução do número de vômitos diários, sem que possamos dizer que o tratamento medicamentoso pudesse ter operado algum beneficio contra a estenose que possuia.

O *número de dejeções e de micções* tem mais valor do que a redução do número de vômitos.

Como se compreende, ao restabelecimento da passagem de alimentos atravez do piloro corresponde o aumento da freqüência das dejeções que progressivamente tende a normalizar-se e, a par com elas, as micções tornam-se também mais freqüentes.

O outro elemento clínico em que assenta o critério do êxito do tratamento médico é o *aumento progressivo e persistente* do pêso. No nosso doente, conseguimos, durante alguns dias, aumentos de pêso, mas que não foram persistentes, como se verifica pelo gráfico. E êsses aumentos já então os julgamos devido ao sôro e a insulina, que nanja à vitória dos espasmolíticos sôbre a obstrução pilórica, hipótese que a radiologia e a intervenção cirúrgica plenamente confirmaram.

Quanto ao caminho a seguir, embora êste caso nos não parecesse de hipertrofia muscular, com espasmo adicional, acreditamos que seja êle que na maioria das vezes é responsável pela situação clínica.

Ora, dada a multiplicidade de graus que a estenose pilórica pode revestir, os caprichos do espasmo, a insuficiência dos elementos de ordem clínica e laboratorial para apreciarmos o valor da estenose e do espasmo e ainda para saber qual a sua condescendência para com os espasmolíticos que lhe fornecermos e, por outro lado, como não é destituída de perigos a intervenção, entendemos que nos devemos guiar pelo seguinte:

1.º — Tratamento de prova, com preparação para a intervenção, durante um tempo que está dependente do estado geral da criança e da evolução do seu pêso.

2.º — Quando êste tratamento, em vez de beneficiar, agrava a situação — intervenção imediata.

3.º — Mesmo que o tratamento a não agrave, se o estado do doente se mantém estacionário ou com poucas melhoras durante longo período de tratamento médico, poucas esperanças podemos ter no seu êxito e, portanto, intervenção.

Claro que esta será a de Fredet-Rammstedt e a incisão do anel será longitudinal ou em V, conforme houver ou não sòmente hipertrofia da camada circular.

Futuro dos operados

«Quando o tratamento médico ou cirúrgico permite afastar os perigos da fase aguda da pilorostenose, é, em geral, muito favorável o prognóstico do desenvolvimento ulterior da criança» (Mayer e Nassau).

Gavois, ao elaborar a sua tese, reviu muitos operados com idades diferentes e um até com 9 anos. Todos êles tinham um desenvolvimento normal, viviam sem perturbações digestivas e, sob o ponto de vista radiológico, o funcionamento pilórico era normal.

Cura anatómica

Como fica o piloro depois? Subsiste a brecha? Regressa a hipertrofia muscular?

Os elementos de apreciação são deficientes: a maioria dos mortos da intervenção, são-no depois dela e, em geral, o tempo decorrido não é suficiente para estabelecer opiniões certas.

Marta Wollstein tem um trabalho sòbre 23 autopsias de operados que morreram desde 24 horas até 2 anos depois da operação. Seriou as observações por étapes e, sòbre isto, diz Gavois:

«Ela verifica que as células musculares não tomam nenhuma parte activa na cicatrização da ferida pilórica. E' a sub-mucosa que junta os 2 bordos, depois os lábios da incisão aproximam-se e não são separados senão por um trama conjuntivo que diminui de espessura e, 2 anos depois, só difficilmente se percebe a cicatriz. Nesta época o piloro não apresenta dureza anormal».

Também no caso apresentado por Lesné, Fredet e Coffin à Soc. de Chirurgie (21-7-28) e à Soc. de Ped. (15-1-29) sòbre a

autopsia dum operado 3 meses antes, éles verificaram diminuição do volume do piloro (quási normal) com cicatriz linear, sem aderências, espessura das paredes normal e o piloro «largement perméable et souple».

Outras vezes, em vez desta cicatriz linear, há uma depressão evidente.

Nas 2 autopsias recolhidas na tese de Gavois, feitas 15 dias e 4 meses depois da intervenção, verificam-se: «Integridade da mucosa e da muscularis mucosa muito ligeiro espessamente do corion aqui e além. *Interrupção completa das camadas musculares ao nível da pilorotomia*; conservação da serosa e da mucosa».

Como se vê, não há acôrdo entre as observações de Marta Wollstein e de Lesné, e as de Gavois.

Será isso devido ao grau de descolamento e afastamento dos lábios da incisão pilórica?

Agora, a *história clínica* do nosso doente:

António G. C., nascido em 27-1-936 em Pôrto Meeiro, Seixo, do concelho de Montemor-o-Velho, baixou aos Hospitais da Universidade em 2 de Abril de 1936.

Foi-me enviado pelo Dr. Evaristo Gerald em 21-3-936, à Consulta Externa do Ninho dos Pequenitos e a mãe relatou, então, que, desde há 3 semanas, pouco mais ou menos (por volta dos 30 dias de idade) o pequeno se encontrava doente, com vômitos e prisão de ventre. A doença instalou-se rapidamente, sem ser precedida de estado febril ou qualquer alteração que justificasse aquela situação. Começou com 4 a 5 vômitos diários, de esguicho, os dias rolavam sem uma dejeção (8-12 dias às vezes), mas eliminando sempre gazes.

As micções foram-se tornando escassas, o pêso precipitou-se e o estado geral da criança começou a prejudicar-se.

Fêz, durante essas 3 semanas, tratamentos vários, os vômitos espaçaram-se, mas a obstipação tenaz manteve-se e o estado geral foi-se progressivamente agravando.

A. P. — Nascimento de termo. Parto normal. Ignora-se o pêso com que nasceu, mas a mãe declara que êle «era forte, bem desenvolvidinho».

Não teve rinite nem penfigo.

Foi alimentado exclusivamente ao seio, sem intervalos regulares até aos 40 dias; depois disso, por indicação médica, passou a respeitar o horário das mamadas... sempre que lhe foi possível.

A. H. — Pai vivo, saudável. Mãe, idem, teve 6 filhos e um abôrto de 3 meses. 2 dos filhos morreram: 1 de desastre, outro com uma infecção numa perna. Os outros 4 são saudáveis; «mas um deles é defeituoso e tem os olhinhos pequenos» (?).

Wass. — Negativa (em 6-4-936).

Observação clínica:

Quando apareceu na Consulta Externa do Ninho dos Pequenitos, com 54 dias, era um hipotrófico, com 3,450, apresentando mau estado geral, facies de velho, de frente permanentemente cheia de rugas transversais, fontanela bastante deprimida, chorando com freqüência, chupando a mão quási constantemente e colocando a cabeça energicamente em opistotonus sempre que chorava (atitude descrita por Putzig).

A desidratação era bastante acentuada e a prega da pele do abdómen persistente e pouco espessa. Mantinha, porém, bem desenvolvida, a bola de Bichat.

A garganta e o torax eram normais, não se palpava fígado nem baço, não havia alterações do epigastro, nem se desenhava ou palpava qualquer massa nesta região. Desenvolvimento ganglionar normal.

Não havia estigmas de H. S. — C. R. à tuberculina: — Negativa.

Foi feito o diagnóstico de *vômitos habituais*.

Manteve-se durante 11 dias na Consulta Externa, fazendo durante êsse período:

Tratamento anti-sifilítico — Fricções mercuriais e injeções de sulfarsenol (0,02; 0,03; 0,03).

Tratamento anti-espasmódico — Solutio milesimal de cloridrato de papaverina, antes das refeições (4 c. de chá ao dia: 0,02-0,04).

Durante êsse período, fornecemos-lhe líquidos sob a forma de sôro glicosado isotônico e de sôro fisiológico (20 a 40 c.c. de cada, diariamente e por via subcutânea). Oleo canforado 1 c.c. diário.

Pelo que respeita à alimentação: 7 mamadas ao dia, com 2 1/2 horas de intervalo; depois 10 mamadas com 1 1/2 hora de intervalo, visto que o pêso da mamada não ia além de 50 grs.

Sumo de laranja e água de aveia, com bastante assucar, no intervalo das refeições.

Como o pêso diminuisse, fizemos suplemento alimentar, completando 3 mamadas com leite maternizado Max (2 c. chá), água de aveia (0,1) e Dextromax L (3 c. chá).

Estavamos em 1-4-936, a anorexia era intensa, o estado geral tinha-se agravado, o pêso havia-se precipitado para 3,270 e, por isso, aconselhamos a mãe a internar o pequeno na Enfermaria de Pediatria dos Hospitais da Universidade.

Entrou no dia imediato. O seu estado geral era sensivelmente o de 12 dias antes, a fontanela não estava tão deprimida, mas a pele do abdómen era mais persistente e menos espessa.

Sinais de Chevostek e Trousseau — Negativos.

Na ocasião em que se lhe fazia a injeção de sôro desenharam-se, nitidamente, no epigastro, fortes ondas peristálticas, de breve duração, bastante mais volumosas do que uma tangerina, ondas que se iniciaram

PROPIDON

CALDO - STOCK
VACINA MIXTA
DO PROFESSOR
PIERRE DELBET

VACINA CURATIVA DAS
AFECÇÕES PIÒGÉNICAS

VACINAÇÃO
PRÉ-OPERATÓRIA

CAIXAS DE 3 EMPOLAS DE 4 cc.

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Specia —

MARKES "POULENC FRÈRES" e "USINES du RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS (8^e)

Profilaxia
e tratamento
da
COQUELUCHE

PELO

NÉO-DMÉTYS

STOCK-VACINA ATÓXICA

Não provoca dor local

Não provoca reacção
nem mesmo nas
crianças de tenra idade

EM CAIXAS DE
6 EMPOLAS DE 1 "

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

MARQUES **POULENC** Frères & "USINES du RHONE"

21, rue Jean Goujon, PARIS-8^e

DALVILLI

no hipocondrio esquerdo, atravessavam o epigastro dirigindo-se para a direita e para baixo, para morrerem um pouco à direita e por cima do umbigo. A seguir, notava-se relaxamento do ventre. A palpação da região nesta fase não permitia perceber qualquer massa; parecia haver, simplesmente, uma certa regidez do lado direito, abaixo do hipocondrio. Enquanto duravam essas ondas, o pequeno chorava intensamente e fazia opistotonus.

A mãe declarou então que, desde há bastante tempo, lhe havia notado «aquelas bolas que o deixavam tão aflito».

Nesse mesmo dia foi sujeito a exame radiológico e se lhe colheu sangue para doseamento do cálcio e do cloro plasmático e globular e para determinação da R. A.

Para o compensar do desfalque, injectamos-lhe 15 c.c. de sangue materno.

Em virtude da sua perda de peso e do agravamento do estado geral e convencidos já, então, pela história e observação clínicas, pelo resultado do exame radiológico e pela resposta do Laboratório (ver adiante), que devia tratar-se duma estenose pilórica, resolvemos tentar melhorar o seu estado geral, preparando-o para a intervenção cirúrgica, aproveitando, no entanto, esse tempo para intensificar a medicação espasmolítica na esperança de ver removido, por este processo, o obstáculo que se opunha à progressão do conteúdo gástrico.

Por isso, lançamos mão da insulina, usando doses diárias de 4 a 10 Un., com soro fisiológico e soro glicosado isotónico por via sub-cutânea, em partes sensivelmente iguais, num total de 60 a 80 c.c. Injectamos mais 15 c.c. de sangue materno por via intra-muscular e a resposta do Laboratório obrigou-nos a injectar 10 c.c. de gluconato de cálcio diários e a fazer sessões de R. U. V.

Mandamos determinar o limiar de excitabilidade galvânica dos músculos (cujo resultado se pode verificar no quadro que adiante inserimos) com o receio de que, aliada àquela hipocalcemia com aumento da R. A., houvesse também uma diminuição acentuada desse limiar, de molde a caracterizar um síndrome de espasmofilia, que Suñer julga ser a causa de muitas situações de estenose pilórica dos lactantes.

Nesta altura passou a tomar 3 c. de chá ao dia da poção de Marfan (tintura de beladona com brometo e citrato de sódio) e, dois dias depois, ainda mais 0,045 de Luminal.

O peso, que já tinha sofrido uma baixa intensa até 3,170 (em 5-4-936), subiu, de facto, até 3,370 (em 7-4-936), mas o estado do doente não se modificou, os vômitos continuavam, a obstipação pouco se havia atenuado, as ondas do epigastro mantinham-se com o mesmo volume e a mesma frequência e como, no dia imediato, o peso voltasse a descer (3,360) e o exame radiológico fôsse precisamente igual ao anterior, a-pesar-da dose elevada de anti-espasmódicos, como havia falhado o tratamento anti-sifilitico, como esperança alguma tínhamos no tratamento anti-espasmofílico e receando que aquela perda de peso, embora ligeira, fôsse o início duma regressão que poderia comprometer o êxito da intervenção, resolvemos pro-la.

No dia 8, suspendeu os anti-espasmódicos e os R. U. V. e fêz-se a preparação para a intervenção:

De manhã: 40 c.c. de sôro fisiológico e 40 c.c. de sôro glicosado isotónico por via sub-cutânea; 8 Un. de insulina; 5 c.c. de gluconato de cálcio.

De tarde: 30 c.c. de sôro fisiológico em clister e 1 c.c. do óleo canforado.

À noite: 10 c.c. de sôro fisiológico e 10 c.c. de sôro glicosado por via sub-cutânea e $\frac{1}{2}$ c.c. de óleo canforado.

Dormiu tôda a tarde e tôda a noite.

Observado no dia 9 de manhã, verificou-se que se encontrava apirético, como nos dias anteriores, que o torax estava normal e que o pulso batia com uma freqüência de 120 por minuto.

Nessa manhã levou mais 30 c.c. de sôro fisiológico e 30 de sôro glicosado isotónico por via sub-cutânea, 5 c.c. de gluconato de cálcio e 1 c.c. de óleo canforado.

Às 9h,15 dêsse dia foi operado pelo prof. Angelo da Fonseca, ajudado pelo dr. Nunes da Costa.

O doente foi colocado sôbre dois sacos de água quente, envolvido em algodão, à excepção do abdômen e procedeu-se à anestesia geral com o clorofórmio, depois de já desinfectada e preparada a região a operar.

Incisão longitudinal supra-umbilical, de 0^m,05 de comprimento. Exteriorização do piloro: oliva pilórica volumosa, de 0^m,03 de comprimento, dura, bastante vascularizada. Incisão longitudinal da serosa, atingindo a parte superior do anel, numa zona clara, sem vasos, bem visível, incisão que se prolongou sôbre o estômago, mas que não ultrapassou muito o piloro do lado do duodeno por causa do perigo da rotura do fundo de saco da sua mucosa, quando se forma uma disposição análoga à do focinho de tenca.

Por debaixo da serosa, um anel fibroso, branco-nacarado, friável, com 0^m,01 (ou mais) de espessura, rangendo ao corte e resistindo à destruição pela sonda-cânula. Por esta razão, o anel não pôde ser destruído com êste instrumento rombo, como manda a técnica, e houve necessidade de fazer a secção das suas fibras a canivete. Felizmente, não tivemos que registar qualquer inconveniente da sua aplicação, pois que a perícia do cirurgião, vencendo todos os obstáculos, conseguiu deixar intacta a mucosa, depois de fazer um largo descolamento, libertando-a tanto quanto poude.

No largo espaço que separava os dois lábios do anel, via-se a mucosa que fazia hernia. Verificou-se, então, a permeabilidade pilórica, obrigando, por expressão do estômago, a passagem para o duodeno duma parte do seu conteúdo — nem uma bolha de gaz ou de líquido na ferida, sinal de que ficou, de facto, intacta a mucosa.

Sôbre o anel nacarado que se incizou, nem uma gôta de sangue.

Encerramento da parede num plano. Pontos isolados da pele. Duração da intervenção, 10 minutos.

Anestésico gasto: XII gôtas de clorofórmio.

O post-operatório pode considerar-se ótimo.

Foi colocado na cama sôbre dois sacos de água quente, num quarto também aquecido.

Fêz uma regurgitação líquida apoz a intervenção, regurgitou também algumas vezes durante a noite imediata; mas nunca mais a rejeição do conteúdo gástrico teve a violência dos vômitos anteriores — nunca mais vomitou «de esguicho». A primeira dejeção fêz-se 48 horas depois da intervenção.

O pulso manteve-se à volta de 140-160 por minuto durante os primeiros 3 dias.

Durante o dia da operação, tomou $\frac{1}{4}$ de c.c. de coramina e 2 vezes $\frac{1}{4}$ de c.c. de cardiazol. Continuamos a fornecer-lhe líquidos, sob a forma de clisteres de 10 c.c. de sôro fisiológico e de sôro glicosado com II gôtas de soluto milesimal de adrenalina. Total 40 c.c. de sôro.

A dimentação dêsse dia foi a seguinte:

Durante as 6 horas que se seguiram à operação — colherinhas de chá fraco, com assucar, de hora a hora. Depois disso, das 16 às 22, de hora a hora, 10 grs. de leite materno.

Nos dias imediatos fomos diminuindo sucessivamente os clisteres de sôro e o número de injeções de cardiazol, bem como a dose de gluconato de cálcio, suspendendo tôda a terapêutica 6 dias depois da intervenção.

Pelo que respeita à alimentação, fomos tornando sucessivamente mais volumosas e mais afastadas as refeições, como se poderá ver pelo quadro junto.

Entretanto, faltou-nos o leite da mãe e tivemos de recorrer ao Eledon e, depois, ao leite em pó, meio gôrdo, mas, felizmente, sem inconvenientes. Não conseguimos, porém, que tomasse sempre o volume que lhe havíamos calculado e isso certamente por causa da refeição do estômago por líquidos e ar deglutidos nos intervalos.

Como se verá pelo gráfico, as regurgitações foram insignificantes, as dejeções passaram a ser mais freqüentes e o pêso, apoz a queda dos dois dias imediatos à intervenção, tem subido mais ou menos regularmente, passando dos 3,310 com que foi operado para 4,040 que hoje pesa, o que dá um aumento de diário de *mais de 30 grs.* (1)

Paralelamente a isto, as micções foram-se tornando mais frequentes e abundantes, os sinais de desidratação foram-se atenuando, a fontanela deixou de estar deprimida, as pregas permanentes da face interna das côxas e dos braços desapareceram e a prega provocada no abdômen foi-se

(1) Visto novamente em 14-V-939 (14 dias depois), o aspecto era ótimo (vide figura n.º 5) e o pêso foi de 4,720, o que equivale a um aumento diário de mais de 48 gr. l. Nunca mais vomitou e as dejeções são diárias, com fezes de aspecto normal.

tornando sucessivamente mais espessa e mais efémera, podendo-se verificar hoje que tem a espessura correspondente à dum panículo normal e que desaparece logo que a abandonemos. A sua côr aproxima-se da rosada do bébé eutrófico.

A sucção da mãosita, sua quási constante preocupação, foi rareando, os sonos mais longos e mais profundos, as dôres cada vez mais raras e a atitude de Putzig também cada vez menos freqüente, até desaparecer por completo.

Pelo que respeita ao gráfico da temperatura, vemos que houve 2 insignificantes episódios térmicos: um nos dois dias seguintes à operação, outro 8 dias depois. Este último foi contemporâneo da formação duma gôta de pruz junto dum dos pontos de sutura e do aparecimento de tosse e de roncos e sibilos nos dois hemitorax.

A desinfecção naso-faríngea, umas gôtas de licor amoniacal com poligala, $\frac{1}{4}$ de c.c. de tetravacina, trouxeram a temperatura ao normal no dia imediato.

A par desta modificação, outras se operaram, como pode ver-se pelo relatório das observações radiológicas a que o submetemos e pela comparação da situação humoral antes e depois da intervenção:

Resultados das análises clínicas e observações radiológicas (1).

Determinação do limiar de excitabilidade galvânica dos músculos

(Tirado do Quadro de Mann e Thiernich — corrente galvânica-miliampères)

	Crianças de menos de 8 sem.	Crianças de mais de 8 sem.	Doente observado	Crianças com tetania manifesta	Crianças com tetania latente	Crianças com tetania curada
Contração ao E. Cat. . . .	2,61	1,41	3	0,63	0,7	1,83
Contração ao E. An. . . .	2,92	2,24	4	1,11	1,15	1,72
Contração à A. An.	5,12	3,63	5	0,55	0,95	> 2,3
Contração à A. Cat.	9,28	8,22	6	1,94	2,23	> 7,9

(1) Apraz-nos registrar aqui os nossos agradecimentos pela sua gentilíssima colabaração aos Ex.^{mo} Sr. Dr. Fernandes Ramalho, dr. Correia Soares e Basilio Mesquita, a quem devemos as observações radiológicas, as determinações do limiar da excitabilidade galvânica e os doseamentos do cálcio, dos cloretos e a determinação da R. A.

Análises de sangue

	Em 4-4-936	Em 27-4-636	Valores normais
Cloro plasmático.....	213 mgrs. %	298,2 mgrs. %	360 mgrs. %
Cloro globular.....	113 mgrs. %	176,6 mgrs. %	180 mgrs. %
Relação $\frac{Cl\ Gl.}{Cl\ Pl.}$	0,53	0,59	0,5
Cálcio.....	7,4 mgrs. %	8,9 mgrs. %	9-11 mgrs. %
Reserva alcalina.....	83,4 %	44,3 %	} 46-63% (F. Fonseca) } 50-55% (Rib Dumas)

Exames radiológicos

Estudo radiológico do estômago, feito de pé, em seguida à ingestão dum caldo opaco:

Numa primeira observação feita em 3 de Abril de 1936, verificou-se pelo simples exame radioscópico que havia acentuada estenose pilórica, com profundas ondas de contracção, dilatando o antro pilórico; durante a observação, que foi prolongada, não se iniciou a evacuação, e uma nova observação feita cinco horas depois verificava que existia estase gástrica total.

Depois do doente sujeito a uma intensa terapêutica anti-espasmódica, fêz-se novo exame, a 8 do mesmo mês, apresentando o estômago o mesmo aspecto.

A série de filmes mostra nitidamente a característica dos estômagos com estenose pilórica da primeira infância; o estômago perdeu a forma de funil, estando volumoso, com o antro pilórico dilatado e profundas ondas de contracção que o obrigaram a dilatar; nenhuma porção de substância opaca passou através do piloro.

Cinco horas depois havia estase gástrica quasi total. (Fig. 1, 2 e 3).

Conclusões — Estenose hipertrófica do piloro.

Dez dias depois da intervenção cirúrgica, sendo o doente novamente observado, verificou-se que a evacuação se fazia tardiamente, mas que uma vez começada prosseguia com regularidade, mostrando uma boa permeabilidade do piloro.

Cinco horas depois não havia estase gástrica.

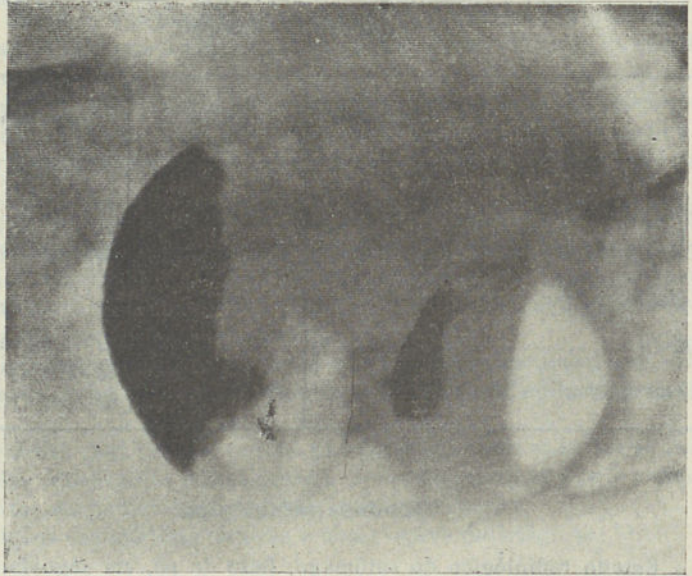


Fig. 1

Notável dilatação do antro pilórico



Fig. 2

Intensas ondas de contração



Fig. 3

Nítida dilatação pré-pilórica e profundas ondas de contração, dando a ideia de hipocontractão gástrica



Fig. 4

Bem evidentes as ondas de peristaltese e as pregas da pele da face interna das coxas a marcar a sua desidratação
Mão na boca — sua atitude quasi constante



Fig. 5

Eutrófico — Desaparecimento dos sinais de desidratação (14-V-936)

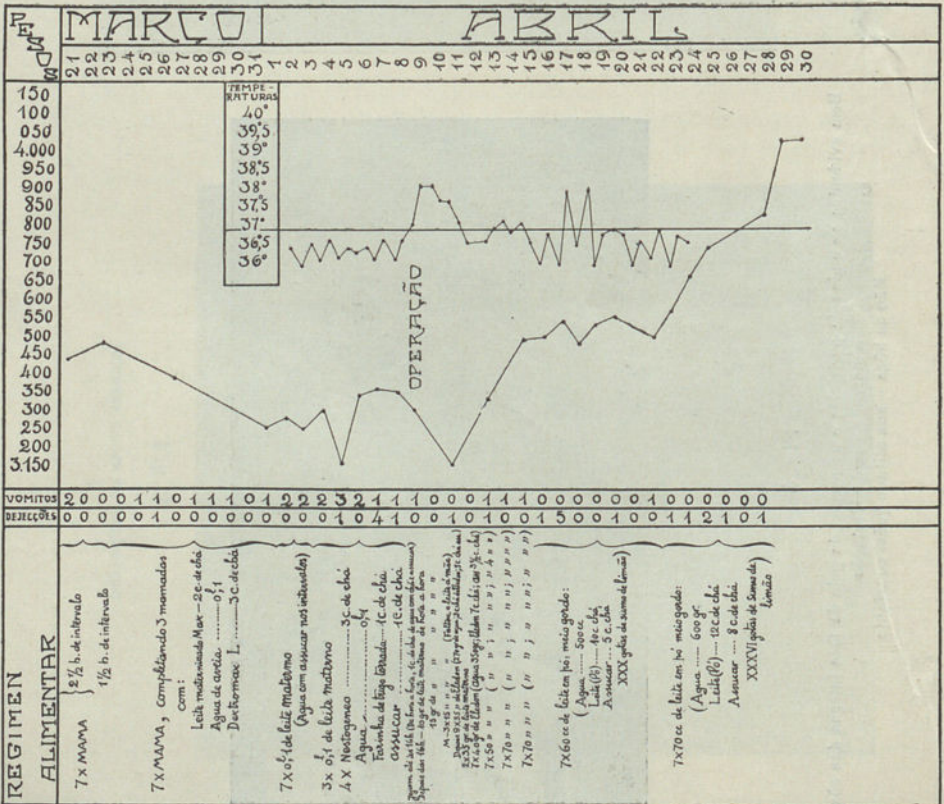


Fig. 6

O caso clínico que acabo de relatar-lhes quasi que só tem importância por nos encontrarmos em Portugal, onde estes diagnósticos não abundam e ainda pelo facto de ser o primeiro português que se salva com a operação de Fredet-Rammstedt.

De facto, que eu saiba só 1 caso está publicado em Portugal (*Lisboa Médica*, n.º XI, 1934). Foi diagnosticado e operado pelo distinto pediatra de Lisboa dr. Carlos Salazar de Sousa e da leitura da sua história colhe-se a impressão de que a operação tinha sido, na verdade, coroada de êxito, se o sarampo o não tivesse levado 21 dias depois de operado (1).

Mas, além disso, êste caso demonstra bem claramente que o tratamento médico nem mesmo quando é intenso e demorado pode resolver todos os casos. De facto, durante 20 dias, o nosso doente esteve submetido a doses altas de papaverina, beladona, brometo de sódio e luminal, sucessiva ou conjuntamente, fêz tratamento anti-sifilítico que parece suficiente para poder mostrar os seus efeitos e, a-pesar disso, não conseguiu as mais ligeiras melhoras.

Antes pelo contrário, o seu estado agravou-se a-pesar disso, e, só à custa de grande quantidade de sôro e de doses elevadas de insulina, conseguimos prepara-lo para o submeter a uma intervenção feliz.

Reconhecemos, porém, que tivemos a felicidade de depararmos com uma criança eminentemente hidrostável que resistiu heroicamente à fome durante bastante tempo, como o provam os dois exames radiológicos sucessivos, em que o piloro se manteve completamente fechado, fazendo estase total no fim de 5 horas e ainda a tenacíssima obstipação — 9 dias e mais sem uma dejeção.

Talvez sirva ainda para demonstrar que não há muito razão para seguirmos Suñer nas suas ideias espasmófilas e nos seus entusiasmos pela respectiva terapêutica.

(1) Por carta que amavelmente me enviou, há poucos dias, sei que operou recentemente mais 2 : um do dr. Marques Pinto, operado em condições péssimas, com «toxicose e caquexia extremas», depois de 4 meses de tratamento, morreu no dia imediato com 1 convulsão ; outro, «em estado atrepsico, vomitando em jacto absolutamente tudo quanto tomava, foi operado apenas como último recurso, visto estar quasi em estado agónico». Tanto um como outro conservaram as refeições que tomaram apoz a operação. «Quanto a outros casos, julgo que não existem».

De facto, este doente não tinha um síndrome espasmofílico. (não havia Trousseau, nem Chevosteck). Mas, atrás da sua alcalose com hipocalcémia, fomos em procura do sinal de Erb. Os números encontrados podem considerar-se normais e a pouca confiança no êxito do tratamento encetado (R. U. V. e gluconato de cálcio) fêz-nos optar pela intervenção, quando receamos que o caso se agravasse.

Esta deu-nos a confirmação de que nem tratamento dietético, nem medicamentoso, nem físico, poderiam resolver o obstáculo volumoso, duro e de aparência fibrosa que se opunha ao esvasiamento gástrico.

A operação deu resultados absolutamente satisfatórios: o choque operatório foi nulo, os vômitos desapareceram, as dejeções tendem a normalizar-se, o piloro tem permeabilidade normal, não há estase gástrica e o síndrome humoral regressa rapidamente ao normal, o peso tem progredido òptimamente e teria subido em linha quási recta e vertical se não fôra o acidente febril do 8.º dia da intervenção.

BIBLIOGRAFIA

LEREBoullet et BOHN — La stenose hypertrophique du pylore, in *Traité de Med. des Enfants*, t. III.

MAYER et NASSAU — *Alimentacion del niño de pecho*.

NOBEL — Estenose congenita pilorica dos lactantes, in *Tratado enciclopedico de las enfermedades de la infancia*, de Schlossmann, t. II.

COMBY — *Traité des maladies de l'enfance*, Paris, 1928.

FINKELSTEIN — *Tratado de las enfermedades del niño de pecho* (2.^a ed. da trad. espanhola).

MARFAN — *Las enfermedades de las vias dig. na 1.^a inf.* (edição espanhola).

GORHBANDT, KARGER et BERGMANN — *Tratado de patol. cirurgica de la infancia* (trad. esp.).

OMBREDANE — *Precis clinique e operatoire de chirurgie infantile*.

GRENET — *Conférences Cliniques de Med. des Inf*, III^{ème} série, Vigot-Frères, 1934.

GAVOIS — La sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, *Tese de Paris*, 1934.

PEIFFER — Les indications therap. dans la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson, *Tese de Strasbourg*, 1930.

PREVOST-BROUILLET — La sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez l'adulte, *Tese de Paris*, 1933.

RIBADEAU-DUMAS — Importance de la determination de la R. A. et des chlorures dans le sang dans la stenose pylorique, (*Arch. des Mal. des ap. digestif*, n.º 22, 1932).

BARRET e CHAUFOUR — *Presse Med.*, 18-X-922.

CARLOS SALAZAR DE SOUSA — A estenose pilórica dos lactantes, *Lisboa Médica*, n.º XI, 1934.

LIÈGE — La stenose par hypertrophie musc. du pylore du nourrisson, *Clin. et Lab.*, n.º 8, Out. de 1932.

SUÑER — Considerations cliniques sur la sténose chez le nourrisson, *Paris Med*, 13-XII-924.

PAISSEAU, BAGNER et VAILLE — Stenoses pyloro-duodénales du nourrisson, utilité de la recherche du synd. hum. pour le diagn. et le trait., *Arch. Med. des Enf*, n.º 1, Jan. 1936.

LIVROS & REVISTAS

Contribuição clínica para o problema da pigmentação patológica da pele — (*Klinische Beiträge zum Problem des krankhaften Hautpigmentierung*), por Hoff, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n.º 4, 62, 1936, pg. 129.

O autor diz que o l - ácido ascórbico é igual à vitamina C e tem importante função prática na terapêutica do escorbuto e das perturbações da diatese hemorrágica. Diz ainda que este mesmo ácido ascórbico tem a faculdade de reduzir o poder de construção do pigmento melânico. Este ácido existe em nós, em grande quantidade, nas cápsulas supra-renais.

A oxidação dos produtos aromáticos derivádos das proteínas como por exemplo, a dioxifenilalalina, forma a melanina (Bloch). Ora a dioxifenilalalina é muito abundante na pele dos insuficientes supra-renais, porque as substâncias aromáticas se não transformaram, segundo o que é normal, em adrenalina. Compara o autor a pigmentação por alimentação pobre ou sem fructos (laranja, limão, etc), com a da doença de Addison.

O ácido ascórbico reduz a pigmentação dos addissonianos, como é afirmado por Szent-Giorgy, Szüle e von Teubnern. A vitamina C influencia a pigmentação dos raios solares, reduzindo-a (Schade, Hoff); melhora as melanoses semelhantes ao cloasma, em doentes com enterocolites (Teubnern). Ha quem conteste estas observação (Schaaf, Teschner, Tenchio).

O autor cita três doentes com hiperpigmentação da pele, que foram curados pela vitamina C (ácido ascórbico), sob a forma da especialidade *Cebion*. Esta foi empregue quer por via parenteral quer por via digestiva.

Em alguns casos usou sucos de frutos.

O primeiro doente é um caso de escorbuto que apresenta a cara e as mãos pigmentadas de côr castanho-escura muito intensa, *quasi negra* e curou pelos sucos de fructos. *Norpoth*, da clínica de Morawitz, publicou há pouco um caso tomado como uma doença de Addison, com forte pigmentação—e que curou com a vitamina C. O autor afirma que êle seria um caso de escorbuto com forte pigmentação, como sucedeu com os seus dois casos pessoais curados pela vitamina C. Diz também que em todos os casos em que haja perturbações g.—intestinais que gerem absorção insufficiente de vitamina C., se produzem pigmentações por hipo ou avitaminose C., ainda que a alimentação contenha esta vitamina em quantidade suficiente. Já Hoppe-Seiler falou na pigmentação castanho-escura dos tuberculosos graves — que provém de uma tuberculose intestinal; são conhecidas

as pigmentações da pele e mucosa lingual em doentes com diarreia por lesões pancreáticas, de que Umber fala Morawitz cita também um caso de acentuada pigmentação relacionada com uma grave enterite. São frequentes as pigmentações da pele em doentes com carcinoma gástrica e nos que sofrem de anemia perniciosa.

É evidente que em tais casos, a administração de ácido ascórbico por via digestiva seria completamente inútil. Deve administrar-se por via sub-cutânea e também se pode utilizar a via endo-venosa.

Na doença de Addison apenas a pigmentação se pode filiar na falta endógena de vitamina C (destruição das capsulas supra-renais que são o melhor reservatório daquela vitamina). Todos os outros sintomas só melhoram com as hormonas Cortin e Adrenalina.

Finalmente cita um caso de *esclerodermia* com forte pigmentação addisoniana, que melhorou pelo tratamento de vitamina C (Cebion) Diz que a gênese da pigmentação assenta no tripé, hormonas, vitaminas e sistema nervoso vegetativo. O autor só focou o que se relaciona com a vitamina C e diz, em resumo, que a falta desta no meio humoro-tissular pode ter diferentes origens:

a) *Origem exógena* — Falta de vitamina C na alimentação.

b) *Origem na defeituosa reabsorção intestinal* — Esclarece-se assim a pigmentação dos doentes com aquília, carcinoma gástrico, anemia perniciosa, lesões pancreáticas e gastro-interites crônicas.

c) *Origem endógena* — É a que se verifica na doença de Addison, por haver destruição maior ou menor das cápsulas supra-renais.

Só no 2.º caso se não deve administrar o ácido ascórbico por via digestiva. E, finalmente, diz o autor que mesmo em doentes com fortes pigmentações e em que não haja causa reconhecível de hipovitaminose C, se podem verificar melhoras de pigmentação pelo tratamento com ácido ascórbico.

M. BRUNO DA COSTA.

O valor da reacção de Weltmann em reumatologia — (*Der wert der Weltmannschen Reaktion in der Rheumatologie*), por von H. Hennes e A. Kemen., *Klinische Wochenschrift*, n.º 15 — 14 marz 1936, S. 378.

Os AA. dizem que o estudo das reacções de coagulação do sôro sanguíneo se deve, em especial, aos trabalhos de Schade, von van Hoefft e von Dungerne e ultimamente a Weltmann, que em 1930 estabeleceu uma técnica, com a qual, mercê das zónas ou faixas de coagulação, pretende tirar melhores ensinamentos.

Este autor serve-se de 12 tubos de hemólise, em cada um dos quais lança 0,1 c.c. do sôro e 5 c.c. de um soluto de cloreto de cálcio em concentrações decrescentes, a primeira de 0,1%, e a ultima de 0,01%.

Considera normal a coagulação que se verifica com a concentração de 0,05 a 0,04% de cloreto de cálcio.

Para Weltmann, a coagulação origina-se em sôros de doentes com inflamação e exsudação, com valôres de cloreto de cálcio à esquerda do normal, isto é, em soluto mais concentrado. As artrites crônicas primárias ou secundárias, a espondilo-artrite anquilopoiética mostram pois uma reacção de Weltmann com desvio para a esquerda; e igual desvio se verifica na tuberculose evolutiva, inflamatória, pleurite, pneumonia, angina, reumatismo articular. A reacção mostra-se com desvio para a direita, isto é, com solutos de cloreto de cálcio menos concentrados que o normal, quando se estão dando transformações nos tecidos dos órgãos. Apresentam-se reacções com desvio para a direita, na tuberculose com evolução fibrosa (Weltmann), nas infecções sifiliticas, especialmente recentes (Weltmann e Sicher), em insuficiências cardíacas (Kisck), em doenças parenquimatosas do fígado (Schneider-Bauers).

Os AA. fizeram o estudo da reacção de Weltmann em doentes com poliartrites crônicas primárias e secundárias, com espondilo-artrites anquilopoiéticas, com artroses e espondiloses, com diabetes e com afecções gástricas.

Verificaram que na diabetes (8 casos), nas doenças do estômago (4 casos), nas artroses (7 casos) e nas espondiloses (8 casos), a reacção de Weltmann nada vale.

Nos doentes com poliartrite crônica primária verifica-se que a reacção se faz com desvio para a direita nas lesões produtivas, e com desvio para a esquerda, nas lesões exsudativas. No entanto, em ambos os tipos de lesões mencionadas se observam coagulações com os solutos de concentração normal, apenas com a característica de tal facto ser mais frequente em doentes com lesões exsudativas.

Dizem ainda os AA. poder concluir o seguinte: grande desvio para a esquerda = lesão exsudativa; pequeno desvio para a esquerda ou desvio para a direita = lesão produtiva.

Os resultados obtidos nas poliartrites crônicas secundárias e na espondiloartrite anquilopoiética (doença de Bechterew) não são de valôr.

A evolução da curva da coagulação não fornece elementos para o diagnóstico e prognóstico.

O valôr diagnóstico e prognóstico da reacção de Weltmann necessita ser confirmado pela curva termica, o hemograma e o índice de sedimentação.

M. BRUNO DA COSTA.

O funcionamento do estômago gastrectomizado — J. Sênèque et Marx, (*Journal de Chirurgie*, t. 47, n.º 1, 1936, pag. 1).

Os autores estudam sucessivamente:

As funções motoras do côto gástrico depois da ressecção;

Os problemas de técnica operatória que aí se prendem ;

Os problemas de ordem clínica.

O seu estudo assenta na observação de 265 gastrectomizados, entre os quais 178 por úlcera gastro-duodenal e 78 por carcinoma gástrico

Os processos de anastomose usados, foram, pela ordem de frequência, os seguintes : Hofmeister-Finsterer, Kocker, Polya-Reichel e Pean.

Como meios de estudo os autores desprezaram a gastroscopia, tendo lançado mão dos exames radioscópicos e radiográficos repetidos, alguns dias apoz a operação (ao 8.º e ao 20.º dia), e nalguns casos em períodos diversos de 1 a 5 anos depois da gastrectomia.

Na apreciação dos resultados os autores tiveram em atenção o aspecto morfológico do estômago e o funcionamento motor pròpriamente dito.

Pelo que diz respeito á primeira questão os autores observaram que o estômago conservava em regra boa tonicidade, adaptando-se regularmente ao estado de repleção e de vacuidade, tendo observado também como regra o desaparecimento da pequena curvatura.

Enquanto ao funcionamento motor, observaram a ausência de ondas peristálticas propriamente ditas, notando apenas nalguns casos ondulações ligeiras, fenómenos estes que atribuem á supressão do antro, que, segundo os autores comanda a motricidade do estômago como comanda a secreção.

Pelo que diz respeito à largura da boca anastomótica os autores são de opinião que as anastomoses largas, á maneira de Reichel-Polya, não predispõem á evacuação rápida do estômago, em virtude da evacuação ser condicionada pelo jejuno e não propriamente pelo estômago, que funciona nesses casos dum modo quási passivo.

Couluem pela superioridade da gastro-jejunostomia segundo o processo Hofmeister-Finsterer, executando uma bôca de 7 a 8 centímetros, com ansa curta e *aniso-peristáltica*, pois, segundo as suas averiguações, o iso-peristaltismo da ansa não oferece qualquer vantagem.

Como seqüências clínicas apoz a gastrectomia os autores confirmam os factos já averiguados, tendo constatado que os doentes passam primeiramente por uma fase de adaptação durante cêrca dum ano e durante o qual se observam perturbações digestivas de diversa natureza, mas em regra sem gravidade, excluindo as complicações inerentes à intervenção, perturbações essas que se devem filiar no mecanismo já desde longo tempo designado sob o nome de — síndrome de microgastria.

A. NUNES DA COSTA

O funcionamento do estômago depois da gastrectomia. (As funções secretoras do estômago gastrectomizado). — J. Sénèque et Marx, (*Journal de Chirurgie*, t. 47, n.º 2, Fev. 1936)

Os autores, depois de terem estudado as funções motoras do estômago apoz a gastrectomia, procuraram averiguar o comportamento das funções

secretoras, servindo-se, para isso, da técnica de Carnot e Libert, que consiste na dosagem da acidez da secreção gástrica do suco colhido em jejum por meio da sonda de Einhorn, após a administração de histamina.

Os resultados obtidos são concordantes com os encontrados pelos outros autores que se têm dedicado ao estudo do quimismo gástrico após a gastrectomia. E assim, observaram constantemente uma diminuição da taxa de acidez gástrica, traduzida, na maioria dos casos, por anacloridia associada a uma diminuição considerável da acidez total. Procuraram estudar também o mecanismo dessa hipo-acidez, nas suas relações com a operação e fazem a crítica das variadas opiniões defendidas por diferentes autores, nesse sentido. E assim, refutam o suposto mecanismo da secção dos filetes nervosos do estômago no acto operatório, bem como o das secções vasculares, refutando ainda a hipótese ultimamente defendida por Steinberg e Vidgoff, segundo a qual a neutralisação da acidez gástrica pelo refluxo do suco duodenal alcalino, seria a causa da hipo-acidez post-operatória.

Sénèque e Marx baseiam-se na fisiologia da secreção gástrica para explicar as seqüências hipo-secretótras da gastrectomia, apoiando-se também nas afirmações de Edkins, pois, segundo este autor, a acidez gástrica é acondicionada pelos reflexos acidogêneos com o ponto de partida ao nível do antro. E assim, seria somente a supressão do antro pela gastrectomia a causa da hipo-acidez post-operatória, sendo esta, até certo ponto proporcional á extensão da gastrectomia. Do conhecimento deste facto tiram os referidos autores o seguinte corolário cirúrgico: sempre que se tem em vista reduzir acentuadamente a acidez gástrica, a ressecção do estômago deve estender-se a todo o antro e em grande parte sobre a pequena curvatura.

Enquanto aos problemas de ordem clínica os autores dizem que é preciso contar com a possibilidade freqüente de perturbações dispépticas post-gastrectomia, pelo menos durante os primeiros meses, enquanto não se dá a adaptação gástrica pelos fenómenos de metaplasia glandular, podendo nalguns casos observar-se mesmo a dispepsia grave (de fermentação ou de putrefacção), em virtude da deficiência do ácido clorídrico.

Pelo que diz respeito ás perturbação de anemia gástrica post-operatória, por aquília gástrica, os autores não chegaram a resultados positivos.

Em conclusão dos seus trabalhos, os autores terminam por preconisar certas regras dietéticas a observar nos gastrectomizados, com o fim de evitar ou de atenuar as perturbações resultantes da hipo-cloridria.

A. NUNES DA COSTA

Dez anos de consulta de Proctologia. — Roger Savignac. (*Arch. des Maladies de l'app. digestif et des Mal. de la nutrition*, t 26 n.º 2, Fvr. 1936).

Refere-se neste importante trabalho o movimento clínico e o desen-

CINOSAN

'AZEVEDOS'

Cinamato de Benzil, Gomenol, Cânfora e Colesterina em soluto oleoso

Entre as substâncias capazes de provocar uma leucocitose artificial, o ácido cinâmico e seus derivados ocupam um lugar de destaque. A cânfora e a colessterina, pela sua acção anti-tóxica e anti-hemolítica, estão indicadas como adjuvantes terapeuticos dos cinamatos o que houve em atenção ao preparar-se o **CINOSAN**. Na sua composição entra ainda o gomenol que, além de antiséptico das vias respiratórias, possui propriedades balsâmicas e calmantes.

CINOSAN IRRADIADO

No **CINOSAN irradiado**, a colessterina que entra na sua composição, é préviamente submetida à irradiação ultra-violeta, adquirindo por este processo propriedades identicas às da Vitamina D. Contribue para a fixação dos sais de cálcio.

CINOSAN GLANDULAR

Em grande número de casos, a tuberculose é acompanhada de estados cloróticos; na preparação do **CINOSAN glandular**, recorremos aos extractos hepático e esplénico como substâncias anti-anémicas. Sob a sua influencia a percentagem de glóbulos rubros e de hemoglobina aumenta consideravelmente no sangue, sendo notavel o acréscimo de peso e a diminuição da tosse. Esta preparação **não contém gomenol** entrando como adjuvantes da medicação opoterápica e cinâmica, a colessterina e a cânfora.

O **CINOSAN** nas suas três formulas é indolor quando injectado no músculo e perfeitamente tolerado no tecido subcutâneo. — Caixas de 12 empolas de 2 c. c. e de 6, 12, 24, 50 e 100 emp. de 5 c. c.

Laboratórios das Farmácias "AZEVEDOS,"
Sociedade Industrial Farmaceutica

Rua do Mundo (Entrada pela Travessa da Espera, 3)

LISBOA

Histidisan

“AZEVEDOS,”

Novo preparado para tratamento das úlceras duodenais, pilóricas, pépticas, jejunais e do cárdia, por via parentérica, empregando um amino-ácido (HISTIDINA), cloridrato de imidazol-alanina, em solução aquosa a 4 %.

Segundo os interessantes trabalhos e experiências de Emile Aron, A. G. Weiss, H. Hessel, Bulmer e muitos outros investigadores, a **HISTIDINA** — corpo constituinte essencial da globina, base proteica da hemoglobina — é um modificador do terreno sobre o qual se desenvolvem as úlceras, pondo a mucosa gástrica em condições de poder resistir a acção corrosiva do suco gástrico.

**Caixas de 6 empolas de 5 c. c.
Injecções diárias, subcutâneas ou intramusculares**

FARMÁCIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

24, Rua do Mundo, 42

Azevedo, Filhos

31, Praça de D. Pedro IV, 32

**LABORATÓRIOS DAS FARMÁCIAS AZEVEDOS
LISBOA**

Mg **Anafilarsan** Na

Hipossulfito de magnésio

Hipossulfito de sódio

Caixas de 6 empolas de 10 c. c., a 10 %

Injecções intramusculares ou endovenosas

Dermatoses, Urticária, Pruridos, Coriza, Dispnéa, Vômitos da gravidez, Eclâmpsia, Asma, Enjôo, Intoxicações, Bronquites fétidas, Gangrena pulmonar, etc.

ANAFILARSAN “AZEVEDOS,”

Comprimidos de Hipossulfito de magnésio puro

São indicados nos mesmos casos do injectavel e possuem uma acção levemente laxativa e reguladora das funções digestivas, applicando-se com vantagem na **insuficiência hepática, pancreática e intestinal.**

volvimento científico da consulta de Proctologia da Salpêtrière, Serviço do prof. Gosset, durante dez anos.

O autor refere-se primeiramente à frequência relativa das diversas afecções ano-retais, onde se pode ver que as hemorroidas e suas complicações constituem cerca de 25% do total das afecções observadas na consulta. Estão em seguida, por ordem de frequência, as ano-rectites (19%), o cancro do recto (10%), as estenoses rectais inflamotórias (6%), as fistulas ano-rectais (5%), os pólipos (3%), o eczema e o prurido anais (3%), constituindo estas as afecções mais correntes

As outras afecções (prolapso, fissuras, condilomas, nevralgias, feridas, tuberculose, cancro de Ducrey, etc.), constituem cerca de 30% em conjunto, referindo-se o autor à frequência de cada uma destas afecções em separado.

Relata em seguida, detalhadamente, os meios, as dificuldades e as causas de erro de diagnóstico nos diversos casos, focando em especial o cancro do recto.

Refere depois os métodos e os processos terapêuticos usados, particularmente nas hemorroidas e nas rectites proliferantes e estenosantes, focando as dificuldades que surgem por vezes em averiguar a etiologia verdadeira desta última afecção.

No tratamento das hemorroidas emprega correntemente o tratamento pelas injeções esclerosantes com soluto de quinina e ureia a 5%, computando a sua eficácia em cerca de 60% dos casos. No entanto, o tratamento pela electricidade e pela intervenção cirúrgica é também frequentemente posto em prática, chegando o autor a esquematizar o tratamento das hemorroidas. do seguinte modo :

Hemorroidas que sangram	injecções esclerosantes
Hemorroidas dolorosas.....	electricidade
Hemorroidas salientes com prolapso. .	intervenção cirúrgica

Pelo que diz respeito ao cancro do recto, põe em destaque o valor da rectoscopia para o diagnóstico e frisa a grande percentagem de doentes que chegam á consulta num período avançado da doença, quando já não é possível fazer mais do que o diagnóstico ou um anus contra-natura.

Nos casos em que é possível fazer uma terapêutica útil preconisa a exérese, e as aplicações de rádio nos outros casos.

Refere, por ultimo, algumas observações clínicas bastante elucidativas.

A. NUNES DA COSTA

As operações radicais no tratamento do cancro do recto — F. Senante
(*Revista de Cirurgia de Barcelona*, t. X, n.º 60, Dezembro, 1935).

Este trabalho, elaborado nas clínicas dos Prof. Mandl e Denk, em Viena, contém um resumo criterioso e científico dos diversos métodos e

processos cirúrgicos de tratamento do cancro do recto, focando em particular as condições de operabilidade e as probabilidades de cura radical segundo os diversos métodos.

O autor faz também um resumo dos conceitos modernos acêrca dos modos de propagação local e regional dos tumores do recto, segundo os trabalhos de Westhues, Erlangen, Winkler, Riechelman, etc., e faz assentar as bases da intervenção cirúrgica radical sôbre o conhecimento das vias de propagação e de extensão dos referidos tumores, focando também mais uma vez a necessidade imperiosa do diagnóstico precoce, condição essencial dum iratamento eficaz.

Na descrição das técnicas operatórias usadas expõem detalhadamente a da operação de Hocheneg («Voroperation»), que consiste na extirpação ou resecção alta do recto até à ansa sigmoide, empregando para isso uma incisão postero-lateral, partindo da parte média da sinfise sacro-iliaca esquerda, e terminando um pouco abaixo do anus no caso de resecção. Depois da resecção do sacro procede ao isolamento e ablação do recto segundo a técnica modificada por Mandl no intuito de fazer a resecção da artéria hemorroidaria superior, condição necessária para evitar recidivas pois que a propagação do tumor se faz ao longo do trajecto da referida artéria. Num terceiro tempo procede ao abaixamento do S ilíaco, quer para fazer um anus sagrado, quer para fazer o anus quando tem feito apenas a resecção, descrevendo também o autor as diversas técnicas para êsse fim, segundo os processos de Kraske (sutura termino-terminal) e de Hocheneg (Invaginação ou fixação trans-esfincteriana).

Acompanha este trabalho um estudo anatomopatológico de diversas peças operatórias, referindo-se ainda o autor ás seqüências e aos cuidados post-operatórios, mais correntes.

Refere também alguma bibliografia sôbre o assunto.

A. NUNES DA COSTA

Estado actual do tratamento das queimaduras graves — Gubern Salisachs, (*Revista de Cirurgia de Barcelona*, t. IX, n.º 52, 1935)

Depois de referir as noções clássicas acêrca das lesões anatomopatológicas dos diversos graus de queimaduras e das regras em que deve assentar o prognóstico nas queimaduras gráves (esquemas de Berkow), o autor passa em revista as variadas teorias e hipóteses referentes ao mecanismo patogénico do síndrome tóxico nos queimados, pondo em relevo a importância da auto-intoxicação pelos produtos de histólise das albuminas tissulares ao nível do foco da queimadura, bem como ainda a supressão das funções da pele destruída, tendo por efeito graves alterações da crase sanguínea e o aparecimento de lesões viscerais diversas, por trombose.

O autor faz também uma análise crítica dos diversos processos de

tratamento, fazendo a apologia do método de Davidson, que consiste em aplicações de soluto de ácido tânico a 2,5 % defendendo também o penso a descoberto. Este método teria a vantagem de não ser tóxico, de coagular as albuminas e portanto evitar a absorção dos produtos de histólise.

Segue-se uma bibliografia detalhada sobre o assunto.

A. NUNES DA COSTA

As lesões anatomopatológicas no apêndice tirado a distância do tempo da simples incisão por abcesso apendicular — L. Beluffi, (*II Policlinico, Sezione Chirurgica*, n.º 2. Eevereiro 1936, pag. 49).

O autor, foca mais uma vez a questão, desde longo tempo debatida, acerca da oportunidade da ressecção do apêndice nos casos de apendicite aguda com abcesso peri-apendicular, expondo a sua opinião baseada em numerosos casos da Clínica do Prof. Morone, de Pavia, apontando as vantagens da apendicectomia retardada, em segundo tempo, depois da simples incisão do abcesso apendicular, excepto nos casos em que o apêndice flutua no puz do abcesso, sendo lícito, nesses casos, praticar conjuntamente a apendicectomia. Em favor da sua opinião apresenta a maior taxa de mortalidade nos casos de operação radical num só tempo (10%), em confronto com a pequena taxa de mortalidade (0,8%) para os casos de apendicectomia retardada, isto é, num segundo tempo.

Pelo que diz respeito à necessidade de fazer sistematicamente a apendicectomia depois da incisão do abcesso, intervenção julgada desnecessária, segundo alguns, o autor apresenta o resultado de variados exames histológicos de apêndices tirados em tais condições e nos quais observou constantemente a presença de lesões bem caracterizadas de apendicite crónica.

Segundo o autor, estes factos são a contrapor á opinião defendida por outros, segundo a qual o apêndice é susceptível de ser destruído espontaneamente nos casos de abcesso apendicular, ou as suas lesões podem evolucionar para a cura fibrosa, defendendo por isso a apendicectomia sistemática depois da simples incisão do abcesso, pois que as lesões de apendicite crónica podem em qualquer altura ser o ponto de partida de novas crises graves.

A. NUNES DA COSTA

Os chamados tumores benignos do seio contêm por vezes gérmens do cancro. A sua operação larga, mas estética. — Dupuy de Frenelle, (*Bull. et Mem. de la Société des Chirurgiens de Paris*, t. XXVII, n.º 14, Novembro, 1935).

O autor comunica o resultado duma série de análises histológicas feitas em tumores clinicamente diagnosticados e tratados como benignos,

(adeno-fibromas, quistos, mastite crónica), nos quais encontrou com frequência focos de células cancerosas. Num caso esses focos existiam nos gânglios da axila, que eram, macroscopicamente, de aspecto e volume normais, enquanto que ao nível do seio havia apenas lesões de mastite crónica, típicas.

Apoiando-se nestes resultados o autor preconiza a ablação em massa, completa, do seio com o respectivo pedicelo axilar, em todos os casos em que os sinais clínicos e sobretudo a palpação nos mostram nitidamente a existência duma lesão crónica do seio, devendo, no entanto, ter-se em em conta, mais do que nos casos de tumores clinicamente malignos, os preceitos da cirurgia estética do seio. Em tais casos deve-se conservar, sempre que seja possível, o mamilo e um cone de tecido sub-mamilar com o fim de não prejudicar a estética do peito.

Segue-se a discussão e crítica desta comunicação, pelos drs. Bovier, Brodier, Lânos, Papillon, Raymond-Petit, R. Duval, Dartigues, etc., que reputam um pouco exageradas as conclusões do autor, particularmente no que diz respeito aos casos de mastite crónica, os quais podem muitas vezes curar sem tratamento cirúrgico.

Enquanto aos preceitos de cirurgia estética, não devem ser tomados em conta sempre que se trate de tumores cancerosos ou suspeitos, sequer, como tal.

A. NUNES DA COSTA.

Um caso de septicémia por estafilococcus tratada e curada pela anatoxina estafilocócica — Soupult et Bernardini, (*Mem. de l'Académie de Chirurgie*, Paris, t. 62, n.º 5, 1936).

Os autores, numa comunicação à Académie de Chirurgie de Paris, relatam detalhadamente uma observação de septicémia estafilocócica tratada com êxito, exclusivamente pela anatoxina estafilocócica.

Tratava-se duma doente de 42 anos que adoeceu súbitamente, com dôr e ligeira tumefacção ao nível da articulação tibio-társica, acompanhando-se de prostração, suores, arrepios, temperatura elevada (40º), oligúria e eritema cutâneo ao nível do abdómen. Êste cortejo de sintomas, que a princípio se impunha como uma forma de reumatismo infeccioso grave, foi em breve esclarecido pelo resultado da hemocultura, que foi positiva para o estafilococcus dourado. A fórmula sanguínea corroborou o diagnóstico, tendo mostrado a taxa de 27.500 leucócitos, com predomínio acentuado de polinucleares.

Os autores fazem uma série de 3 injeções de anatoxina estafilocócica de Ramon, com intervalo de 4 a 6 dias entre cada injeção, observando uma melhoria progressiva do estado geral, paralelamente com baixa da temperatura e por fim a cura integral, com o desaparecimento de estafilococcus no sangue e o restabelecimento da fórmula sanguínea.

Esta observação, conjuntamente com alguns casos ultimamente relata-

dos por Ramon, Bocage, Mercier e Richon, torna-se interessante não só pelo conjunto de detalhes biológicos que a acompanham mas, sobretudo, por que nos mostra o valor dum novo processo terapêutico em face das septi-cémias estafilocócicas, cuja alta gravidade se torna desnecessário encarecer, pois resistem habitualmente aos meios terapêuticos até aqui usados.

A. NUNES DA COSTA

Subleucémie limphoïde avec anémie mégalo-blastique et réaction myeloïde, — por A. Duthoit e E. Houcke, *Le sang*, n.º 2, 1936.

Citam os AA. uma observação que mostra que uma esplenomegália com hepatomegália pode ser o sintoma fundamental duma leucemia linfoide.

Trata-se dum doente que se queixava de fadiga intensa, pálido anemiado, emagrecido, Adenopatias cervicais e sub-maxilares, móveis, indolôres, indo desde o tamanho duma cereja ao duma noz; adenopatias axilares e inguinais, discretas. Hepatomegália e esplenomegália acentuadas. Hemorragias gengivais e aumento do tempo de hemorragia. Temperatura não indo além de 38º à tarde.

Exame do sangue: — Tempo de hemorragia, 5^m 30^s; tempo de coagulação em tubo, 10^m. Gl. Verm. 2.590.000; gl. Br. 13.500. Hemoglobina, 70%, V. globular, 1,34.

Fórmula leucocitária: linfócitos, 87%; mononucleares, 2%; polineutrófilos, 9%; mielócitos neutrófilos, 2%. Hemácias granuladas: megalo-blastos e normoblastos, 20% gl. Br. Anisocitose e poiquilocitose.

A punção do baço deu o esplenograma seguinte: linfócitos, 79; polineutrófilos, 12,5; grandes mono, 1; médios mono, 6; esplenoblastos, 1; promielócitos eosinófilos, 0,5.

O estudo comparativo da fórmula e do esplenograma, que é nitidamente do tipo da leucemia linfóide, permite concluir que neste doente existia uma subleucemia linfoide com reacção eritroblástica e mieloide.

Esta observação entra no quadro das subleucémias linfoides, pois o número de gl. Br. não ultrapassou 13.500, mas apenas o predomínio dos linfócitos permitiu o diagnóstico. De facto, a sintomatologia apresentada não é habitual na linfomatose pois é bastante raro que a esplenomegália seja associada a uma hepatomegália tão acentuada. Em presença deste caso e antes de qualquer exame do sangue, dada a raridade da anemia na leucemia linfoide e a importância da hepato-esplenomegália, poder-se-ia pensar numa leucemia mieloide com adenopatias, síndrome espleno-hepato-adénico.

A possibilidade duma leucemia mixta, pois havia uma reacção megalo-blastica e normoblastica com mielócitos, associados a uma anemia média (2.590.000 gl. verm.) foi posta de parte pela punção do baço e exame histológico dum gânglio, que foram favoráveis ao diagnóstico de leucemia linfoide.

É possível que se tratasse duma *leucanemia de Pappenheim*, associação

duma leucemia linfoide ou mieloide com uma anemia perniciosa plástica, pois o doente apresentava megaloblastos e v. gl. > 1. Mas parece mais simples e também mais lógicos, conceber o problema de outra forma, sem fazer intervir a leucanemia sobre cuja definição, aliás, se não está de acôrdo, pois para uns trata-se sobretudo de factos observados na leucemia mieloide, e para outros, de anemia esplênica associada á leucemia. A hipótese duma anemia esplênica não é para considerar neste caso, dados os caracteres nitidamente linfoides do esplenograma e a pouca importância da reacção mieloide. Os AA. pensam que, neste caso, a medula foi invadida, como o resto do sistema hematopoiético, pelo processo linfomatoso e que esta invasão deu lugar a um despertar da função mieloide e ao aparecimento de hemácias nucleadas na torrente circulatória.

Uma punção da medula esternal, feita posteriormente, confirmou esta maneira de vêr mostrando uumerosos normoblastos e megaloblastos misturados com linfocitos.

BRITO SUBTIL.

Sur la classification des leucocytes du sang — por N. Nicolajeff, (*L'œ Sang*, n.º 2, 1936).

A classificação dos leucocitos do sangue tèm-se baseado até hoje na coloração das células e na presença de granulações no seu protoplasma, distinguindo-se, assim, em leucocitos granulosos e não granulosos e os primeiros em neutrófilos, eosinófilos e basófilos. Os progressos da morfologia comparada, da embriologia e da bioquímica tornam, porém, necessário um novo sistema de classificação dos leucóeitos, fundada não já nas suas propriedades exteriores, mas sim na sua origem e no seu sentido funcional.

Assim, o A. propõe uma nova fórmula leucocitária, que há 8 anos usa nos seus doentes, destinada a substituir o hemograma corrente de Ar-neth e Schilling. Parlindo duma concepção unitária da génese dos elementos celulares do sangue, admite que em todas as partes do mesen-quima pode surgir um fóco sanguíneo novo e que os leucócitos do sangue formam um sistema único de células, resultante duma reacção do mesen-quima.

Considera o A. cinco grupos de células :

Num *I grupo* coloca, em 1.º lugar, as células endoteliais, os monócitos, os micromonócitos (ou histiócitos) e os mieloblastos; em seguida, células que manifestam já alguma fôrça de reacção, embora fraca, traduzida por aparecimento de granulações, reacção das oxidases positiva, mudança do carácter do núcleo : promielócitos, mielócitos, jovens (?) e monócitos com granulações; finalmente, formas de núcleo bastonado.

Tôdas as células dêste *I grupo* podem ser consideradas como formas jóvenes que entraram na corrente sanguínea com fôrça reactiva insufficiente

O *II grupo* compreende os neutrófilos segmentares; primeiro, veem as

formas com grossas granulações protoplásmicas e núcleo dividido em 2 segmentos (nem sempre claramente), depois, as formas com pequenas granulações neutrófilas e núcleo com 3 a 5 segmentos; as células de protoplasma vacuolar são células degeneradas.

Ao *III grupo* pertencem os eosinófilos.

O *IV grupo* compreende as células basófilas.

O *V grupo* compreende as células sangüíneas caracterizadas por conterem no seu protoplasma proteínas e hemoglobina e as suas formas preliminares — eritro e normoblastos, e globulina — linfocitos e linfoblastos.

É a seguinte a formula leucocitária que Nicolajeff propõe :

<i>Grupo I A</i>	<i>Grupo II</i>	<i>Grupo V A</i>
1 Endotélio	1 Neutrófilo de	1 Linfoblasto
2 Monócito	núcleo segmentar	2 Células de Türk
3 Histiócito		3 Eritrogónium
4 Mieloblasto		4 Eritroblasto
		5 Normoblasto
<i>Grupo I B</i>	<i>Grupo III</i>	
1 Promielócito	1 Eosinófilo com	
2 Mielocito	1 ou 2 núcleos	
3 Jóvem (?)		
<i>Grupo I C</i>	<i>Grupo IV</i>	<i>Grupo V B</i>
1 Neutrófilo de	1 Basófilo	1 Linfócito
núcleo bastonado		

O quadro branco normal do sangue é, para uma criança de 2 anos, segundo esta fórmula, o seguinte :

I grupo, não mais de 30%; II grupo, não mais de 25%; III grupo, 3%; IV grupo, 0; V grupo, até 45%.

Para um adulto de 20 a 25 anos; I grupo, não mais de 20%; II grupo, não mais de 50%; III grupo, 3%; IV grupo, 0,5%; V grupo, até 30%.

Nas idades baixas predominam as fases sintética (V grupo) e regenerativa (I grupo); na idade média é a destruição que predomina (II grupo).

A elevação do I grupo acima do normal significa diminuição dos processos de fermentação e de oxidação nos tecidos e desenvolvimento da acidose. O aumento das células do II grupo indica crescimento dos processos de destruição nos tecidos e indica também acidose, mas por destruição. Observam-se freqüentemente formas mixtas de acidose com aumento das formas do I e II grupos.

O aumento das células do III grupo significa a presença duma reacção hiperérgica dos tecidos, que evolue também com acidose. O aumento do número de glóbulos vermelhos e de leucócitos do V grupo deve tomar-se

como sinal de supressão da acidose e regresso a um equilíbrio ácido-básico normal.

BRITO SUTIL.

Publicações recebidas

VICENTE GOUVEIA — Acção bactericida do Vinho da Madeira (Verme-lho) sôbre o bacilo de Eberth, Funchal, 1936.

EMÍLIO FARO — Um ensaio de profilaxia das doenças venéreas, *Sep. da Lisboa Médica*, 1934.

EMÍLIO FARO — Profilaxia da blenorragia no homem, *Sep. da Lisboa Médica*, 1935.

ARMANDO NARCISO — Gases de guerra, *Sep. da Clinica Higiene e Hidrologia*, 1935.

A. MONJARDINO E COSTA SACADURA — *Arq. de Obstetricia e Ginecologia*, vol. II, n.º 1.

Noticias Farmaceuticas, ano II, n.ºs 5 e 6.

Africa Médica, n.º 1

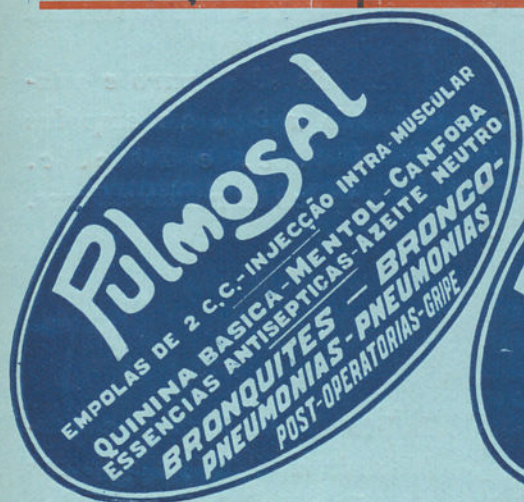
Annais Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. XXXI, n.º 3.

Revista portuguesa de estomatologia, ano II, n.º 5.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Medicação anti-pneumocócica AZEVEDOS



AZEVEDOS Medicação anti-palúdica

O «**PULMOSAL**», composto por uma solução oleosa de quinina, cânfora, mentol e essências antisepticas, satisfaz por completo a todas as exigências da terapêutica das vias respiratórias e pode ser empregado sem receio, porque as suas injeções são indolores e não tem efeitos secundários.

A associação da quinina com outras substâncias antisepticas elimináveis através do pulmão, permite utilizá-la com ótimos resultados no tratamento das afecções das vias respiratórias, como **bronco-pneumonias, pneumonias gripais, bronquites, broncorreia, abscessos do pulmão, etc.**

POSOLOGIA

As doses habituais são 2 a 4 c. c. por dia, em injeção intramuscular, prolongando-se o tratamento por 15 dias. Nas afecções crônicas a sua duração vai de 4 a 6 semanas, devendo, neste caso, fazer-se no meio do tratamento um descanso de 8 dias.

Na pneumonia lobar produzida pelo pneumococos deve empregar-se de começo, nos três primeiros dias o «**PULMOSAL-A**», contendo 0,25 gramas de quinina por c. c., e continuar depois com o «**PULMOSAL**».

LABORATÓRIOS DAS FARMÁCIAS

Azevedo, Irmão & Veiga

Azevedo, Filhos

24, Rua do Mundo, 42

31, Praça de D. Pedro IV, 32

Sociedade Industrial Farmaceutica

TRAVESSA DA ESPERA, 3 - LISBOA

Natrion "AZEVEDOS,"

2 % NEURALGIAS — CIÁTICA — DISPNEIA — REUMATISMO

10 % SÍFILIS NERVOSA
ACTINIOMICOSE
OTRIOMICOSE
ANGINA PECTORIS
TABES, ETC. ETC.

Iodeto de sódio puro e estabilizado a 2 % em empolas de 5 c. c. e 10 c. c. Injecções intramusculares.

Natrion Reforçado

Iodeto de sódio puro e estabilizado a 10 % em empolas de 5 c. c. e 10 c. c. Injecções endovenosas ou intramusculares lentas.

Sulfonatrion "AZEVEDOS,"

Soluto aquoso estabilizado de iodeto de sódio e enxofre

Anti-álgico de acção enérgica. Injectável intramuscular ou, de preferência, endovenosamente. Cx. de 6 e 12 empolas de 5 c. c.

Reune as propriedades sedativas e analgésicas do iodeto de sódio às propriedades anti-reumáticas do enxofre. É absolutamente atóxico e não ocasiona reacções locais nem secundárias.

Artrritismo, Ciática, Gôta, Nevralgias, Cefaléas, Polinevrites, Hemicrânias, Simpatalgias e Asma

Preparado nos Laboratórios das Farmacias **AZEVEDOS**

Azevedo, Irmão & Veiga

24, Rua do Mundo, 42

Azevedo, Filhos

31, Praça de D. Pedro IV, 32

LISBOA

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra — Os srs. drs. António Luis de Morais Sarmento e Alberto da Rocha Brito, tomaram posse, respectivamente, de professores catedráticos das cadeiras de Clínica e Patologia Médica.

— Foram reconduzidos os srs. drs. Guilherme Gonçalves de Oliveira e Manuel Santos Silva nos lugares de assistentes, respectivamente, de Clínica Médica e de Patologia Médica. — «Diário do Governo» de 8 de Abril.

— O sr. dr. António Saraiva Castanheira, foi contratado para ajudante de Clínica de Ginecologia. — «Diário do Governo» de 11 de Abril.

— Foram contratados para assistentes da cadeira de Fisiologia, o sr. dr. António dos Santos Andrade, e de Anatomia, o sr. dr. Elisio Gonçalves Rama. «Diário do Governo» de 13 de Abril.

— Por despacho de 23 de Março publicado no «Diário do Governo» de 14 de Abril, foi aprovado o contrato para professor auxiliar da Faculdade de Medicina de Coimbra, do sr. dr. Manuel Bruno da Costa.

— O sr. dr. António Luis de Morais Sarmento, professor da cadeira de Clínica médica da Faculdade de Medicina de Coimbra, foi nomeado vogal do concelho da mesma Faculdade. — «Diário do Governo» de 23 de Abril.

De Lisboa — Foi homologado o contrato celebrado com aquela Faculdade e a sr.^a D. Lidia Castro Loureiro Manso Preto, para exercer o lugar de assistente da cadeira de Neurologia. — «Diário do Governo» de 7 de Abril.

— Foram nomeados assistentes, de anatomia, o sr. dr. Fernando Martins Portela Gomes; de neurologia, o sr. dr. Rui Pereira de Lacerda. — «Diário do Governo» de 16 de Abril.

Direcção Geral de Saúde

O sr. dr. António Alberto Bressane Leite Perry de Sousa Gomes foi contratado até ao fim do corrente ano económico para secretário delegado da direcção da organização da defesa nacional denominada «Defesa da Família, com a missão de pôr em execução as disposições referentes às diversas bases do decreto lei n.º 25.936.

Também foram contratados, até ao fim do corrente ano económico os srs. drs. Francisco Barbosa Godinho e Henrique Jorge Nery, para trabalhos de indagação local e de gabinete para o inquérito habitacional e serviços a ele adritos. — «Diário do Governo» 9 de Abril.

Pela mesma duração de tempo foram contratados para desempenhar as

funções de médicos maraliologistas em serviço da Direcção Geral de Saúde no combate contra o sezonismo, os srs. drs. Fausto Nunes Landeiro, Raul de Almeida Roque; e de médicos em serviço na mesma Direcção no combate contra o sezonismo, os srs. drs. José Joaquim Pereira de Lima, José Joaquim Santana Queiroz, Francisco Ribeiro de Oliveira Freire Júnior e João Baptista Alves Portela. — «Diário do Governo» de 13 de Abril.

O sr. dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca foi nomeado para o logar de inspector adjunto da Inspecção de Higiene do Trabalho e das Indústrias. — «Diário do Governo» de 13 de Abril.

O sr. dr. António Alves Sampaio foi contratado até ao fim do corrente ano económico para trabalho de higiene social ligado ao respectivo dispensário. — «Diário do Governo» de 13 de Abril.

Foram contratados os srs. drs. Agnelo Caldeira Prazeres, diplomado em engenharia sanitária pela Universidade de Chapell-Hill, para o desempenho de todas as atribuições de engenharia sanitária a exercer no país; dr. Isaac Jaime Anahory, para o inquérito da lepra, relações etiológicas com a emigração, cohabitação, conglomeração e estudo das bases práticas necessárias para a profilaxia, combate e tratamento; dr.ª Helena Guilhermina Avila, para desempenhar em serviço da Direcção Geral as funções de encarregada das análises de depuração das águas, a cargo da Junta Sanitária de Águas. — «Diário do Governo» de 14 de Abril.

O sr. dr. Pedro José da Cunha Mendonça e Menezes foi contratado para professor de higiene pré-natal e de consultas de grávidas do Dipensário de Higiene Social. «Diário do Governo» de 15 de Abril.

Foram nomeados para a regência dos cursos de Medicina Sanitária: dr. Carlos Arruda Furtado, curso de legislação sanitária; dr. António de Pina e Oliveira Júnior, curso de higiene social da primeira infância e de demografia e estatística sanitária; dr. António Anastácio Gonçalves, curso de epidemiologia; dr. Anibal do Couto Nogueira, curso de higiene industrial; dr. Raul de Carvalho, curso de bacteriologia sanitária; dr. Bernardino Alvaro Vicente de Pinho, curso de tratameto de águas de abastecimento; dr. José do Souto Teixeira, curso de tratamento de águas residuais; dr. Fernando da Silva Correia, curso de administração sanitária; dr. Ricardo Jorge e dr. Fernando Waddington, curso de química sanitária; dr. Heitor Vasco Mendes da Fonseca, curso de salubridade e engenharia sanitária; dr. Carlos Horácio Gomes de Oliveira, curso de técnica da profilaxia. — «Diário do Governo» de 28 de Abril.

Foram nomeados delegados de saúde efectivos dos concelhos de Ponte da Barca, Paredes do Coura, Aguiar da Beira, respectivamente, os srs. drs. Bernardo Maria Coelho Vieira Ribeiro, José Eduardo de Oliveira e José da Silva. — «Diário do Governo» de 29 de Abril.

Sociedades científicas

Academia das Ciências — O sr. dr. Silva Carvalho fez uma comunicação sobre «Curas pelo espirito».

Realizaram conferências, em Lisboa, os srs. capitão dr. Nicolau Betencourt, «Metabolismo fosal»; tenente dr. Diogo Furtado, «Electrocardiografia»; dr. Fausto Landeiro, «Campanha contra o sezonismo em Angola»; no Pôrto, os srs. drs. Fer-

nando de Macedo Chaves, «A vacina anti-rábica no tratamento da paralisia infantil»; dr. Fernando Pires de Lima, «Introdução a um curso de higiene escolar»; dr. Artur May Viana, «Profilaxia da cegueira em Portugal»; dr. Mário Cardia, «Dois sábios católicos — Sua influência na medicina moderna»; dr. José Aroso, «sobre disfunções genitais, estudo das hormonas genitais, hormonas masculinas, etc.».

Congressos

Congresso de médicos alienistas e neurologistas de França e dos países de língua francesa. — A XL sessão deste congresso realiza-se em Bâle, Zurich, Berne e Neuchâtel, de 20 a 25 de Julho de 1936.

Na ordem do dia serão tratados os seguintes assuntos :

Psiquiatria — «A hereditariedade das afecções circulares e esquizofrénicas». Relatores ; drs. W. Boven, da Universidade de Lausanne ; A. Brousseau, médico, chefe dos Asilos públicos de França.

Neurologia — «Estudo semiológico e patológico do movimento cereico». Relator : dr. Jean Christophe, antigo chefe de clinica de doenças nervosas da Faculdade de Medicina de Paris.

Terapêutica psiquiátrica — «Terapêuticas novas das psicoses ditas funcionais». Relator ; dr. Hans-W. Maier, professor da Universidade de Zurich.

As inscrições devem ser pedidas ao dr. Vignaud, 4, Av. d'Orléans, Paris (14^e) c./c. postal 456-30, Paris.-

III Congresso Internacional de Paludismo — Efectua-se em Madrid, de 12 a 18 de Outubro de 1936. A secretaria da comissão organizadora funciona na Calle de Recoletos, 19-21, hotel, Escola Nacional de Sanidade, Madrid.

VIII Curso Internacional de Alta Cultura Médica — Realiza-se em Atenas de 7 a 21 de Setembro, sob o Patrocínio de S. M. o rei e os auspícios da Universidade de Atenas e do Ministro de Higiene da Grécia. Serão tratados simultaneamente as actualidades diagnósticas e terapêuticas.

Informações : Secretaria Geral ; L. W. Tomasczin, Faculdade de Medicina, 115 Boulevard de Waterloo. Broxelles.

IV Congresso da Imprensa Médica latina — De 29 de Setembro a 4 de Outubro realiza-se em Veneza este congresso ao qual preside o professor David Giordano, presidente da Federação da Imprensa Médica Latina.

Relatórios — «Historia da Imprensa médica nos países latinos». Relatores ; Tricot-Roger, Bélgica ; Enrique Noguera, Espanha ; P. Piccinini, Itália ; Silva Carvalho, Portugal ; Valério Bologna, România.

«Influência social da imprensa médica». Relatores : Le Sage, Canadá ; T Oliaso, Itália ; Eduardo Coelho, Portugal.

«O ensino médico e a prática médica nos países latinos». Relatores ; C. Perez, Itália ; Danielopolu e Pavel, România.

Não estão ainda designados os relatores francês, suíço e americanos-latinos.

Informações : Dr. L. M. Pierra, secretário geral da Federação, 52, Av. Breteuil, Paris.

Hospitais

Civis de Lisboa — Foi nomeado interno do internato complementar dos serviços gerais de clínica, cirúrgica dos Hospitais civis de Lisboa, o sr. dr. António Teixeira de Queiroz de Castro Caldas. — «Diário do Governo» de 1 de Abril.

Várias notas

O sr. dr. Custodio de Almeida Cabeça, professor da Faculdade de Medicina de Lisboa, foi autorizado a ausentar-se para o estrangeiro pelo espaço de 90 dias.

— Esteve reunido em Coimbra em jantar de confraternização, o curso médico de 1912.

— Os médicos da Faculdade de Medicina do Pôrto formados há 25 anos, festejaram naquela cidade as «bôdas de prata» da sua formatura.

— A Faculdade de medicina do Pôrto comemora em Março do próximo ano o 4.º centenário da criação da Escola Médica Cirúrgica.

Falecimentos

Faleceram, em S. Gião, o clínico sr. dr. João Martins de Abreu e Castro, pai dos srs. drs. António e Agostinho Vaz Pato de Figueiredo; em Vila Nova da Cerqueira, o sr. dr. António José Duro; em Anadia, o sr. dr. Eugénio Sampaio.

— Faleceu em Coimbra, o sr. Herculano de Matos Sarmento Beja, inspector de finanças aposentado. Era pai dos srs. drs. Manuel Herculano de Matos Beja e António Herculano de Matos Beja, assistentes da Faculdade de Medicina.

A «Coimbra Médica» apresenta-lhes sentidas condolências.

— Pelo falecimento de sua tia, está de luto o sr. dr. Abilio de Magalhães Mexia.

-- O Conselho da Faculdade de Medicina exarou um voto de sentimento pela morte do professor Henri Vaquez.



ULTIMAS NOVIDADES:

- Assmann** — Diagnóstico röntgenológico de las enfermedades internas. Dos tomos con un total de 1277 páginas, 1216 figuras y 40 láminas. (L) Pesetas 150,00.
- Bordier et Kofman** — Néodiathermie à ondes courtes. 1 vol. de 138 pag. avec 55 figures. (B) — Frs. 24,00.
- Boudreaux** — Les tumeurs primitives du rachis. 1 vol. de 300 pages avec 33 figures. (V) — Frs. 45,00.
- Brindeau** — Leçons du Jeudi Soir de la Clinique Tarnier. Douzième année 1935. 1 vol. de 194 pages avec 62 figures. (V) — Frs. 30,00.
- Carel** — Obésité anté-hypophyse et métabolisme des lipides. 1 vol. de 156 pages avec 110 figures. (V) — Frs. 30,00.
- Carrière et Huriez** — Le sang des hypertendus. 1 vol. de 386 pages. (D) — Frs. 50,00.
- Castro** — Diagnóstico de Actividad en la tuberculosis pulmonar. Con 270 páginas y 195 ilustraciones. (L) — Pesetas 20,00.
- Chaptal** — Le livre de l'Infirmière. 4^e Edition entièrement refondue. 366 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Courbe** — La Farine panifiable et les améliorants biologiques de la panification. 1 vol. de 152 pag. (V) — Frs. 25,00.
- Delort** — Ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostics positifs. Diagnostics négatifs. Traitements. 1 vol. de 100 pages, avec figures dans le texte. (D) — Frs. 20,00.
- Demanche** — Précis de technique du Séro-Diagnostic de la syphilis. 2^e édition. (D) — Frs. 20,00.
- Desliens** — Imprégnations médicamenteuses de la patte du chien, par injections intraveineuses rétrogrades. 1 vol. de 61 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Falta** — Tratado de las enfermedades de las glándulas de secreción interna. Con 595 páginas y 107 figuras. 2.^a edición. (L) — Pesetas 48,00.
- Gajos** — Les Lipases sériques en pathologie hépatique. 1 vol. de 90 pag. (V) — Frs. 15,00.
- Grenet** — Conférences cliniques de médecine infantile. Troisième série. 1 vol. de 335 pag. (V) — Frs. 40,00.
- Conférences de Médecine Infantile. Quatrième série. 1 vol. de 340 pag. avec 31 fig. (V) — Frs. 40,00.
- Harvier** — Initiation à la pathologie digestive. Collection des Initiations Médicales. 162 pag. 16 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Houcke** — La Rate en pathologie sanguine. 160 pages. 20 figures. (M) — Frs. 45,00.
- Kirschner (Dr.)** — Tratado de Técnica operatoria general y especial. Tomo V: Intervenciones en la cavidad abdominal. Traducción de la 1.^a edición alemana. Con 604 páginas y 395 ilustraciones en negro y color. (L) — Pesetas, 75,00.
- Krehl** — Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades internas. Un volumen encuadernado en tela con 531 páginas. (L) — Ptas. 32,00.
- Lambea (Dr.)** — Las granulias. Patología general y clínica. Con 138 páginas y 38 ilustraciones en negro y color. (L) — Pesetas, 42,00.
- Laubry** — Appareil circulatoire. Collection des Initiations Médicales. 186 pages. 32 figures. (M) — Frs. 22,00.
- Lenhartz y Meyer (Drs.)** — Análisis clínicos. Con 367 páginas y 180 ilustraciones en negro y color, y 2 láminas. 2.^a edición. (L) — Pesetas 32,00.
- Madzsar** — La culture physique de la femme moderne. 1 vol. de 224 pages avec 175 figures. (V) — Frs. 12,00.
- Parturier** — Foie et Parathyroïdes. 1 vol. de 70 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Peytel** — La responsabilité médicale. 1 vol. de 201 pag. (B) — Frs. 25,00.
- Porak** — La Diurèse. Le rythme des éliminations chimiques par l'urine et ses corrélations avec d'autres rythmes fonctionnels. 1 vol. de 78 pag. avec 18 fig. (V) — Frs. 8,00.
- Schumacher-Hariendrid** — Compendio de Histología humana. Para estudiantes de Medicina, Odontología y Ciencias Naturales. Traducción de la 1.^a edición alemana. 252 páginas y 198 ilustraciones, la mayoría en color. (L) — Pesetas 22,00.
- Schieppati** — Chimiothérapie transcutanée capillaire et cancer. 1 vol. de 64 pag. (V) — Frs. 15,00.
- Terrien** — Le décollement de la rétine et son traitement. 1 vol. de 163 pages avec 45 figures et 4 planches en couleurs. (M) — Frs. 40,00.

Disenteria bacilar,
Enterite,
Enterocolite muco-
membranosa,
etc.

Biolactina

LABORATÓRIO NORMAL — 50, rua Bernardo Lima — LISBOA

LABORATÓRIO NORMAL

"Transpneumol"

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronceo-pneumônicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipotáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronqueectasia. Bronquite aguda e crônica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorrêa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

(Em empolas de 1 e 2 c.c.)