

Ano VIII

N.º 11

Novembro 1931



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECCÃO

PROFESSORES

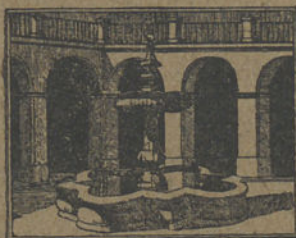
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL
PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias
GIMENEZ-SALINAS & C.^ª — 240 Rua da Palma, 246 - LISBOA

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St. Martin, Paris — e PHARMACIAS.

RICINOSAL

OLEO DE RICINO EM PÓ EFERVESCENTE

Purgante eficaz e muito
agradavel de tomar

Verdadeiro substituto do
oleo de ricino vulgar

II INDICADO PARA II

CRIANÇAS • GRÁVIDAS • PUÉRPERAS

PREPARAÇÃO DE M. GIMÉNEZ - SALINAS
CALLE ARZOBISPO P. CLARET, 21 Y 23 — BARCELON

PARA AMOSTRAS DIRIGIR-SE AOS REPRESENTANTES:

GIMENEZ-SALINAS & C.^ª — RUA DA PALMA, 240 -
LISBOA

Sala B _____

Est. 9 _____

Tab. 1 _____

N.º 107 _____

Película EASTMAN

para Raios X

Contraste Dupli-Tized

Películas radiográficas

Pathé

A nova película **Contraste Dupli-Tized** representa um progresso considerável, devido á pureza das suas transparências, á sua resistência ao véu químico e á profundidade dos seus negros. A sua extrema rapidês permite obter imagens muito detalhadas e duma notavel visibilidade E' absolutamente insensível ás marcas de fricção

Dotadas duma grande sensibilidade aos Raios X, as películas radiográficas "Pathé", oferecem aos radiologistas diferentes variedades de emulsões, susceptíveis de adaptação aos mais variados trabalhos.

Películas radiográficas rápidas
Películas radiodiaphanas.

Os Serviços Técnicos de Kodak Ltd., Rua Garrett, 33, Lisboa, respondem com o maior peazee a quaisquer consultas que lhes sejam dirigidas sôbre assuntos radiográficos, e fornecem, contra pedido, plantas de instalação de laboratórios.

Kodak, Limited — Rua Garrett, 33 — LISBOA

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Cloreto de Calcio Puro e Estabilisado

30 GOTAS = 1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

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

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

PÕ
DE ABYSSINIA
EXIBARD
Sem Opio nem Morphina.
Muito eficaz contra a
ASTHMA
Catarrho — Oppressão
todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.
35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouros e Prata.
H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
8, Rue Dombasle, 8
PARIS
E BOAS PHARMACIAS

acção**pureza****inalterabilidade absolutas**

elas as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA**para a DIABETES**

registrada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
GRATIS A MÉDICOSFRASQUINHOS
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos d'este produto:

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

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. LOIOS, 36. Telefone 701
allenburysalimentos de confiança para o bebé tomar**e para o médico receitar**VITAMINADOSAFAMADOSSCIENTIFICAMENTE PREPARADOSGARANTIDOS

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

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS
 Representantes de ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES:
COLL TAYLOR, LDA. — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

 Tele { F. 2 1476
 G. DELTA

Antes do ano de 1860 nenhum Termómetro empregado para fins médicos possuía a acção «máxima», quer dizer que nenhum tinha a coluna do mercúrio mantida fixa á temperatura máxima do doente.



FOI no ano seguinte que a firma

NEGRETTI & ZAMBRA

poz em prática a sua grande invenção da coluna fixa á temperatura do enfermo sem o qual o termómetro clínico não seria o instrumento indispensável que é hoje.

Vendem todas as farmácias do país.

Fabricantes: **Negretti & Zambra**
38, Holdorne Viaduct
L O N D R E S

DE MAIOR INNOCUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:
Bismogenol
Laboratorios
E. Tosse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

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

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

ANEMIA PERNICIOSA
 ANEMIA GRAVE E PARASITARIA
 ANEMIA LUETICA
 ANEMIA GRAVIDICA
 ANEMIA DAS CREENÇAS

Eficaz na
 DOENÇA DE BANTI e na
 CAQUEXIA CANCEROSA

A.-B. ASTRA

SÖDERTÄLJE

Suécia.

PREPARAÇÃO de EXTRACTO de
 FIGADO

VINHO: 1 colher das sopa = 50 gr.
 de Fígado cru.

COMPRIMIDOS: — concentrados —
 assucarados: 1 comprimido = 25 gr.
 de Fígado cru.

EXTRACTO: 1 colher das de chá = 50
 gr. de Fígado cru.

HEPATOTAL



E-MERCK DARMSTADT EUPAVERINA

(-1-(3,4) metileno-dioxibenzilo 3-metil 6,7-metileno-dioxi-isoquinoleína)

Recente espasmolítico para o tratamento dos estados espasmódicos da musculatura lisa, especialmente espasmos do piloro, intestino, vesícula, etc.

Aproxima-se da papaverina, tanto sob o ponto de vista químico como farmacológico.

Ação antiespasmódica acentuada sem sintomas secundários.

EUPAVERINA MERCK em comprimidos de 0,03 gr.
Tubos de 10 e 20 comprimidos.

EUPAVERINA MERCK em ampôlas de 0,03 : 1 c.c.
Caixas com 5 e 10 ampôlas.

EUPAVERINA MERCK em substância para receituário.

Pedem amostras e literatura a:
E. MERCK-DARMSTADT
Secção Científica Lisboa
Rua dos Douradores, 7, LISBOA

Representantes:
ESTABELECIMENTOS HEROLD Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

Salvitae

Na sub-infecção intestinal

SALVITAE é o processo que permite ao medico contrastar eliminação e alcali-zação actuando de maneira fundamental e eficiente na protecção do organismo contra Sub-infecção intestinal, Toxemia, Acidose, Uricacidemia, Prisão de Ventre e ainda um grande numero de enfermidades caracteriza-das por um metabolismo im-perfeito, eliminação deficiente e desarranjos no equilibrio acido-basico do corpo.

AMERICAN APOTHECARIES CO.,

New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

Simenex - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



Afeccões das articulações

QUANDO ha uma 'pequena dificuldade' de movimento, com o começo da atrofia dos musculos, rigidez, debilidade do membro, e as dôres nevralgicas são os únicos sintomas presente, a

Antiphlogistine

aplicada quente e em camáda espessa sobre a juntura affectada, é um valioso adjuvante ao tratamento já estabelecido.

A ANTIPHLOGISTINE produz um efeito anodino, removendo o fluídos dos tecidos, reduzindo assim, a dôr e a inchação.

Enviaremos grátis a quem solicitar, amostra e literatura

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

Representantes em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.

Caes do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS -:- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilização terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verificação da ausencia de intolerancia arsenical).
em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por series de 12 a 16 injeccões.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes : Colónias e estrangeiro :

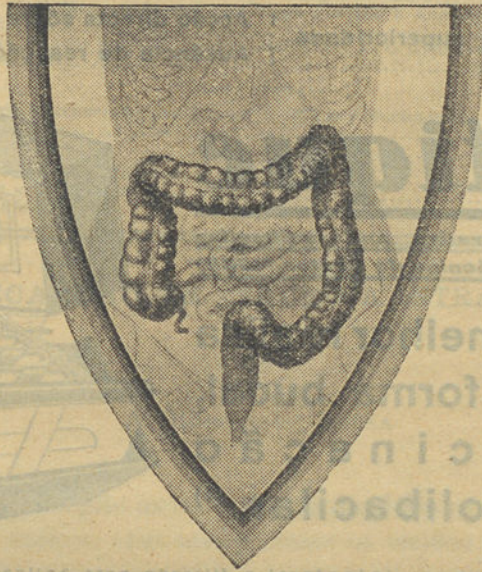
Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO : 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



Movimento Normal do Intestino

O 'Petrolagar' normaliza o movimento do intestino, porque:

- (1) Lubrifica e amolece a massa fecal.
- (2) Não tem propriedades irritantes, nem implica com a mucosa intestinal.
- (3) Não vicia o intestino.

O 'Petrolagar' compõe-se de 65% de parafina medicinal pura emulsionada com agar-agar. Pode receitar-se sem receio.

PETROLAGAR LABORATORIES LTD., BRAYDON ROAD, LONDRES N. 1,6 INGLATERRA

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA

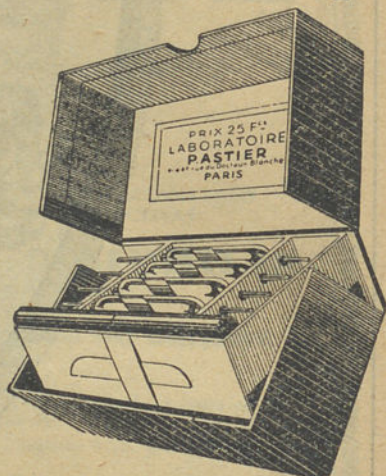
2 novidades em vacinoterapia

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

colitique

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

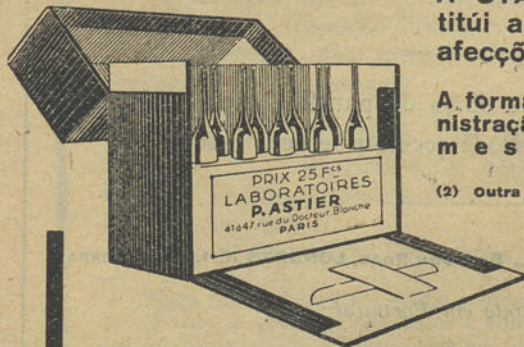
a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



(1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

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



A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Da precaução em cirurgia intra-ocular</i> , por Borges de Sousa.....	Pág.	707
<i>Espondilose rizomélica gonocócica</i> , por Diogo Furtado e Augusto de Esaguy.....	»	749
<i>Dois casos de sinusite maxilar crónica latente</i> , por L. C. Charters d'Azevedo.....	»	759

Notas clínicas

<i>VIII Congresso Internacional de Cirurgia de 1929</i> , por Machado Macedo.....	»	763
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	771
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i>	»	799
<i>Noticias & Informaçõs</i>	»	LXXIX

DA PRECAUÇÃO EM CIRURGIA INTRA-OCULAR

POR

A. BORGES DE SOUSA

Quando o cirurgião incisa a parede do globo ocular, abrindo-a, para atingir com os seus instrumentos os tecidos que o olho encerra, tem de lembrar-se de que opera num órgão ôco, cheio de líquido aquoso na parte anterior; uma substância de consistência gelatinosa — o humor vítreo — enche a sua cavidade posterior e, entre os dois humores, encontra-se um órgão refrangente, extremamente vulnerável, o cristalino. A conjuntiva que envolve o globo, a íris e o corpo ciliar que êle encerra, interessam sempre, e muito, o operador especializado nesta delicada cirurgia.

As paredes desta esfera conservam a sua forma graças a certa pressão interior que as distende, de modo que, se uma solução de continuidade estabelecer comunicação com o exterior, haverá tendência para o conteúdo do globo se extravasar.

Que a operação contemplada seja uma extracção de catarata, uma iridectomia, a evacuação dum corpo estranho intra-ocular, uma intervenção antiglaucomatosa, ou uma incisão na esclerótica, haverá sempre, ao lado da técnica privativa da intervenção, que utilizar os meios auxiliares que actualmente nos permitem realizar a operação com perfeita exactidão, ao mesmo tempo que reduzem ao mínimo os riscos inerentes à particular e delicada construção do órgão em que se opera.

Mercê dêstes métodos, a que chamo de «precaução», a cirurgia ocular entrou numa via próspera de resultados afortunados,



CENTRO CIENCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

e muitas operações perigosas e incertas passaram a ter execução simples e segura.

Creio que a técnica geral de precaução promove mais sucessos do que propriamente a técnica especial da operação intra-ocular considerada.

A operação da catarata é certamente aquela que alcançou o mais alto grau de apuro e perfeição, ao mesmo tempo que é indubitavelmente a mais freqüente das intervenções intra-oculares; é ela que deve servir de tipo para realçar o valor dos métodos de precaução, que nas outras operações encontram aplicação mais ou menos similar.

Por isso me refiro de preferência e detalhadamente à técnica de precaução na operação da catarata, indicando as modificações eventuais que outros casos particulares requerem.

Ora, a extracção da catarata não complicada deve considerar-se a mais valiosa das operações oculares. É quasi a única que rapidamente restitue visão completa a um olho praticamente cego, conseguindo o operado recuperar a possibilidade de exercer vida activa e proveitosa, libertando-se da dependência improduttiva determinada pela cegueira. E, se na grande maioria dos casos o resultado operatório é satisfatório, é indubitável, contudo, que a operação se apresenta muitas vezes erichada de dificuldades e de riscos de desastre. Por isso, demasiado nunca será aperfeçoar e melhorar quanto possível a técnica individual, de maneira a reduzir os insucessos às percentagens mais ínfimas que possível seja.

É que em cirurgia ocular a técnica pre-operatória, operatória, e post-operatória vale tudo, e o successo final mede-se nas grandes estatísticas pela perfeição técnica atingida pelo cirurgião. Nem o brilho da execução, nem a rapidez espectacular da manobra, nem a elegância do estilo, dão a medida da eficiência do operador; longe disso.

A exactidão executiva, sem ousadias que destroem nem desfalecimentos que comprometem, levada conscienciosamente a cabo, em cada um dos delicados tempos operatórios, é a melhor garantia para o doente e para a limpeza da estatística global.

Detalhes técnicos minúsculos, em aparência insignificantes, assumem importância avassaladora quando se contemplam os resultados discriminados nas grandes estatísticas.

Ora, na operação da catarata é mais fácil do que em qual-

quer outra intervenção intra-ocular julgar da eficiência da técnica operatória e da influência da técnica de precaução, já pelas longas séries de casos em que se apoia o nosso juízo crítico, já por ser a catarata senil (não complicada) uma perturbação essencialmente localizada, reflectindo-se pouco, ou nada, para as estruturas vizinhas. Da perda de transparência do cristalino ser um acidente de pura involução senil, resulta que o resto do globo ocular se mantém, praticamente, normal e sadio, sem que, duma maneira geral, se possam atribuir os insucessos operatórios ao mau estado dos tecidos oculares. Acresce que o exame final do órgão operado é tão perfeito e exacto que se discrimina facilmente onde, quando e porquê, a técnica não esteve à altura das circunstâncias. Bem diferentes são as cousas quando, por exemplo, operamos um olho glaucomatoso, onde, no caos de alterações patológicas, se torna difficil responsabilizar a técnica pelo resultado final.

A oftalmologia é talvez o ramo da medicina onde a rotina tem sempre criado mais fundas raízes, e onde a repugnância pelas inovações metódicas se tem mostrado mais irreductível. É lembrar a dificuldade com que a assésia entrou na nossa especialidade e o relativo desprezo com que é usada ainda hoje em algumas clínicas importantes da Europa. O oftalmologista tem, em geral, repugnância grande em variar os seus métodos, adaptando-os aos casos diferentes; facilmente se agarra a um determinado processo, só porque a êle se habituou, applicando-o sempre e fechando os olhos a tantas modificações úteis, só porque com aquele seu preferido tem obtido uma média boa de resultados, sem inquirir se há melhor, e, o que é mais grave, sem ao menos experimentar os processos que rejeita. Tenho-o muitas vezes visto succeder, e, em pequenas conversas post-operatórias, o tenho muitas vezes ouvido confirmar.

Julgo que o operador experimentado em várias técnicas diferentes vale mais do que aquele que em todos os casos executa uniformemente, e que aquele é mais capaz do que êste de vencer as dificuldades, previstas ou inesperadas, que surgem tão frequentemente nesta delicada cirurgia.

A perfeição absoluta nunca poderá ser atingida, visto haver em confronto aqueles dois coeficientes vivos, o operador e o operado, contribuindo cada um dêles para a incerteza dos resul-

tados. Está na natureza das cousas. Mas o índice da eficiência nunca poderá ser demasiado alto, e quando os êxitos operatórios atingirem 99 e uma fracção por cento (penso, é claro, na extracção da catarata senil) haverá que trabalhar com afínco para reduzir aquele quebrado a proporções mais modestas, sempre e sempre com os olhos fitos no desiderato inatingível — 100 0/0.

A idade avançada e as alterações orgânicas que acompanham a velhice não contra-indicam as operações intra-oculares; e doenças que eventualmente existam, não susceptíveis de melhora ou de cura, desde que não façam prever uma morte rápida, permitem quasi sempre que se opere.

Contudo, o exame geral do doente é indispensável; há doenças que se podem curar ou melhorar, e convém obter do doente um estado de saúde tanto quanto possível perfeito antes de operar. O exame pre-operatório da urina é clássico; a sífilis demanda um tratamento específico. As doenças da pele, a grande corpulência, a tosse, as alterações cárdio-vasculares, os focos de supuração em qualquer ponto do corpo, o estado da próstata e da bexiga, o exame do nariz, da garganta e dos dentes, a análise do sangue, e, finalmente, o estado mental do paciente, fornecem elementos muito de tomar em consideração para a escolha do momento operatório e para o tratamento post-operatório a seguir.

Não poucas vezes porém a mão do cirurgião é forçada pela urgência, e em oftalmologia, como em toda a cirurgia, as circunstâncias de momento podem ser incompatíveis com a detença que o cuidadoso preparo do doente exige.

Em um grande número de operações intra-oculares, na catarata, por exemplo, visa-se a restituição da função visual, sendo óbvio que o resultado da operação dependerá do valor da retina do olho doente; outras vezes, estando a visão definitivamente perdida, o objectivo da operação consiste apenas na conservação do olho, corrigindo o processo, doloroso ou não, que promove a destruição total do órgão.

Nas operações de finalidade visual é indispensável que o cirurgião se inteire da capacidade funcional da retina, cujo aspecto anatómico se encontra tantas vezes obscurecido pela opacificação das partes anteriores do globo, escapando ao exame directo.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

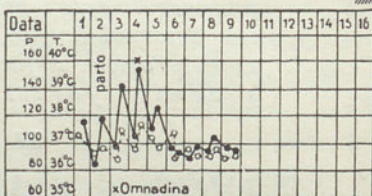
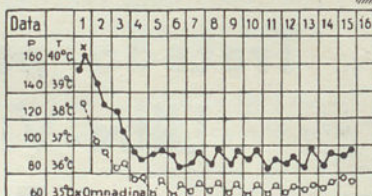
Rua da Palma, 240 - 246

L i s b o a



LISBOA MÉDICA

OMNADINA



Em todas as doenças infecciosas obtém-se um aumento rápido e duradouro das forças defensivas do organismo com a

OMNADINA

segundo o Prof. "Muh"

Rápido debelamento da infecção
Bem tolerada e absolutamente inofensiva

EMBALAGEM ORIGINAL: Caixas com 1, 3 e 12 ampolas de 2 c.c.



» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

» LUSOPHARMA «

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150 3.ª, LISBOA

Se tomarmos como exemplo a catarata, devemos verificar se a baixa de visão corresponde ao grau de turvação do cristalino. Já a reacção reflexa da pupila à luz fornece indicações preciosas sobre o valor da retina, sendo contudo óbvio que a ausência de reacção nem sempre significa a inércia funcional da retina.

A velha regra de apurar se o doente reconhece ou não a chama de uma vela a 4 ou 5 metros de distância, e se nas posições excêntricas do campo indica a posição da chama, para ela apontando, conserva ainda todo o seu valor; simplesmente, por comodidade, substituímos a flama da vela pelo espelho plano do oftalmoscópio à distância de 2 ou 3 metros. Se a percepção e projecção luminosas são incorrectas, é de crer que existam lesões profundas que a catarata nos oculta (descolamento da retina, atrofia do nervo óptico, lesões cório-retineanas, etc.) que, se bem que nem sempre contra-indiquem em absoluto a operação, nos fazem prever um resultado final mesquinho.

Mas quando a percepção e projecção são correctas e prontas, nem sempre haverá a certeza da perfeita integridade da retina: atrofias papilares no início, focos de cório-retinite central, degenerescências maculares senis, etc., podem passar, e passam despercebidas a esta prova, prejudicando fortemente o resultado operatório.

Todos conhecemos casos destes em que a explicação do relativo insucesso só a adquirimos quando o exame oftalmoscópico volta a ser praticável.

A contemplação entóptica dos vasos da retina, na conhecida experiência de Purkinje, só poderá dar resultado nos doentes excepcionalmente inteligentes, e, mesmo assim, como o que o doente vê, vem a ser a sombra dos vasos retineanos sobre o estrato sensível da retina, segundo a correcta explicação de H. Müller (Tscherning, 1898), o estado da fovea, que vasos não tem, não pode ser reconhecido, visto sobre ela se não projectarem sombras.

Em casos duvidosos julgo ter obtido esclarecimentos úteis pelo estudo da percepção de dois minúsculos pontos luminosos, determinados por um diafragma opaco, com dois orifícios próximos, fortemente iluminados por detrás. O paciente deverá individualizar simultaneamente os dois pontos luminosos.

A questão da maturação completa da catarata, a que tanta

importância se deu no passado, perdeu para muitos operadores o valor que se lhe atribuiu. A extracção da catarata incompleta não envolve pior prognóstico do que duma catarata matura. O diagnóstico clínico da maturação está subordinado à opacificação apenas das camadas corticais anteriores, o córtex posterior pode, nestas condições, estar transparente e ficar aderente à cápsula posterior no momento da operação.

Daqui resulta que de certo modo, salvaguardando uma técnica perfeita na extracção, a catarata secundária não é muito mais freqüente (passados os 50 anos) após a extracção da catarata incompleta do que da completa. Mesmo numa estatística de Heyl, feita na clínica da von Hess, houve 8,7 % de operações de catarata secundária consecutivas a operações de catarata incompleta e 10 % consecutivas a cataratas maduras!

A grande importância atribuída à maturação completa da catarata vem dos tempos pre-assépticos, em que a esperança de restituir a visão, com uma única operação, dominava a situação, temendo os cirurgiões as consequências de qualquer nova penetração no globo ocular.

Hoje as operações de catarata secundária oferecem perigos mínimos e a operação da catarata incompleta pode fazer-se com uma perfeição e exactidão que as pressas antigas não permitiam, extraindo as massas moles tão completamente quanto possível pela introdução inofensiva e repetida de instrumentos no olho (v. Hess, 1911). Além disso o meu método novo de tornar perfeitamente visíveis, durante o próprio acto operatório, as massas lenticulares restantes, pela fluorescência que nelas determinam os raios ultra-violetas, vem permitir o reconhecimento e a remoção destes resíduos transparentes e até hoje invisíveis, sob a direcção cómoda e fácil da vista do operador.

Acresce que, graças aos esforços de Smith, operando na Índia séries colossais de cataratas pelo método de extracção intra-capsular, isto é, removendo o cristalino na totalidade, encerrado na sua cápsula, e à insistência de Barraquer, de Barcelona, extraindo totalmente por meio do «erisífac», espécie de ventosa ligada a um aparelho de vácuo, a atenção dos oftalmologistas prendeu-se de novo ao desejo de sacar o cristalino envolto na sua cápsula intacta. E, se é certo que as técnicas de Smith e Barraquer não encontraram aceitação geral, pela freqüência dos

desastres a que davam motivo, o método de Stanculeanu, modificado por Knapp, aperfeiçoado por Török e brilhantemente regulamentado por Elschmig, veio demonstrar que a extracção intra-capsular entra nos domínios da cirurgia prudente e corrente, com a colheita afortunada de vantagens que advêm da ausência de detritos lenticulares e capsulares no campo operatório. É uma técnica delicada, imprópria para principiantes, nem sempre possível para o operador hábil, mas que encontra o campo selecto do seu emprêgo nas cataratas incompletas, onde a parcial alteração da substância cortical permite a apreensão da prega capsular por meio da pinça.

Por isso, é regra para mim e para muitos operadores modernos operar a catarata logo que ela cause uma baixa de visão incompatível com as ocupações habituais do paciente. Não vejo que haja razão de pêsso para proceder de outra maneira, mas é certo que ainda hoje muitos oftalmologistas rejeitam a operação da catarata imatura.

Da possibilidade de extrair com perfeito êxito cataratas incompletas resulta a inutilidade das operações de «maturação artificial da catarata» actualmente completamente contra-indicadas, porque a iridectomia seguida de maçagem (Förster) directa ou indirecta da cápsula oferece perigos óbvios e os resultados são tão incertos que não vale a pena sujeitar o doente àquela operação preliminar. De maior risco são as discisões prévias que occasionam com freqüência os estados de hipertensão intra-ocular que caracterizam o glaucoma secundário.

Quando uma catarata unilateral completa existe com boa visão do outro olho, em geral aconselho a operação com o fim de aumentar o campo visual binocular e de evitar as conseqüências, tantas vezes nefastas, que para o olho e para a operação futura resultam da hiper-maturação da catarata.

As dificuldades resultantes da desigualdade das imagens dos dois olhos desaparecem em geral cedo e, dando um certo exercício ao olho operado (leitura), elle estará em condições de vir a substituir imediatamente o olho bom quando a visão dêste vier a baixar.

Contra-indicação para esta categoria de casos encontro apenas na velhice extrema, ou quando a má saúde faz prever uma vida prestes a extinguir-se.

Indicações para a operação e para a maneira de operar fornece-as o exame do olho, prestando atenção aos pontos seguintes (Elschnig, 1922):

As córneas alongadas no meridiano vertical acompanham de costume anomalias intra-oculares ligadas a exagerada vulnerabilidade das membranas profundas. As córneas anormalmente pequenas existem, por via de regra, em olhos cujos cristalinos têm dimensões normais, o que implica a necessidade de fazer uma incisão maior, relativamente à parte da circunferência da córnea interessada pela secção, do que nas córneas de dimensões normais. Máculas da córnea modificam o prognóstico visual post-operatório, e precipitados na membrana de Descemet, caracterizando uma irido-ciclite, devem ser cuidadosamente procurados.

A profundidade exagerada da câmara anterior aponta para a existência de uma miopia, a desigualdade da sua profundidade para uma luxação do cristalino, e a estreiteza, o acanhamento da câmara, levanta a suspeita de hipertensão intra-ocular, sobretudo na ausência duma catarata túmida.

A íris demanda particular atenção porque a presença de sinéquias posteriores, de heterocromia e de atrofia senil da íris tem particular importância para as decisões a tomar.

A instilação dum soluto de eufalmina ou de homatropina dá indicações preciosas sobre a rigidez da íris, existência de sinéquias, subluxação do cristalino, etc., condições interessantes sobretudo para o método operatório a seguir, facilitando ainda a midríase o reconhecimento de espessamentos capsulares, calcificações do saco capsular, tremura do cristalino, atrofia da zónula, liquefacção do humor vítreo, estados que tornam a operação mais dificultosa e o prognóstico post-operatório mais sombrio. Nos olhos sobre os quais pesa a suspeita de glaucoma, o emprêgo dos midriáticos está formalmente vedado.

Por isso as mensurações da córnea com o queratómetro de Wessely, o exame à lupa binocular, o emprêgo do tonómetro de Schiötz e, sobretudo, a microscopia do olho vivo à luz da lâmpada de fenda de Gullstrand, esclarecem êstes casos e precisam as indicações, particularmente melindrosas para a clínica das cataratas rigorosamente unilaterais, isto é, onde o outro cristalino se apresenta em absoluto normal; estas cataratas são quasi sempre secundárias a outras alterações patológicas do olho.

Nas outras operações intra-oculares um exame semelhante ao que aponte, com uma ou outra modificação, deve sempre preceder a intervenção.

Seja qual fôr a operação intra-ocular a executar, duas condições são absolutamente indispensáveis para evitar desastres operatórios: a pureza do saco conjuntival e a execução asséptica da operação.

A flora do saco conjuntival normal é semelhante, em quanto respeita aos estafilococos saprofitas e aos bacilos da xerose, à flora da pele vizinha das pálpebras, mais pobre contudo do que ela, por causa da lavagem constante no olho feita pelas lágrimas que, sendo estéreis, possuem acção bactericida muito fraca ou nula. Mas, por seu lado, a humidade constante do saco conjuntival favorece a presença de pneumococos e também de bactérias do grupo da influenza, devendo porém notar-se que estes organismos são em geral escassos e de fraca vitalidade, factos devidos aparentemente à baixa temperatura do saco conjuntival, constantemente resfriado por evaporação, o que cria para aquelas bactérias condições desfavoráveis de desenvolvimento (Axenfeld, 1927).

A ferida operatória, desta maneira, entra em contacto com poucos gérmes, mas, por outro lado, a pobreza em substâncias de defesa dos meios avasculares refrangentes do globo, torna fácil o pululamento dos agentes infecciosos, sobretudo quando restos de substância do cristalino se encontram retidos no olho.

A distribuição dos organismos na conjuntiva normal tem certa importância prática. Culturas feitas com material tirado do fundo de saco superior ou externo são estéreis duas vezes mais frequentemente do que aquelas feitas com material obtido do saco inferior e interno (Mayou, 1910), razão adicional de preferência para situar as incisões operatórias na parte superior do globo (Collins and Mayou-1911).

O facto de a conjuntiva normal conter micro-organismos capazes de causarem a infecção do olho depois da operação levou, em princípios da era antisséptica, a medidas radicais de desinfecção tão enérgicas que os delicados tecidos do olho as não suportavam; os estragos produzidos, em vez de restringirem, aumentavam os casos de infecção.

Depois veio a oclusão do olho por meio de um penso mantido por uma ligadura. Partindo do princípio de que o perigo residia na secreção conjuntival, todo o doente que, depois de uma noite de «penso de prova», visse as secreções conjuntivais aumentadas, era tratado com adstringentes, e só operado quando sem secreção.

Reconheceu-se porém que a oclusão prolongada do olho, elevando a temperatura local, impedindo os movimentos palpebrais e a lavagem normal das partes pelas lágrimas, aumentava muito o número dos micro-organismos, e o «penso oclusivo de prova» foi quasi universalmente abandonado. De resto, sabe-se bem que não há correlação necessária entre a intensidade da secreção e a abundância e virulência das bactérias.

Depois voltaram-se as atenções para o estudo exacto, qualitativo e quantitativo da flora conjuntival.

O método mais simples, ao alcance de todos, e de grande valor pratico em oftalmologia, é o do exame da secreção sobre lâmina corada pelo método de Gram e por uma coloração simples.

Se as pálpebras e vias lacrimais estão normais e se encontram apenas — como é regra nos casos em que a conjuntiva está sadia — bacilos da xerose e estafilococos, bastam lavagens com oxicianeto de mercúrio a 1/5000, a pomada de Bietti (de óxido amarelo de mercúrio), e largas lavagens antes da operação para se poder operar sem receio. Nestas condições é sempre possível, empregando aqueles meios, obter a esterilização do saco conjuntival (Elschnig, 1931).

Mas se aparecem pneumococos-estreptococos, o cuidado no tratamento conjuntival pre-operatório deverá ser mais considerável: a optoquina em instilações ou pomada, as lavagens de oxicianeto Hg., repetidas durante vários dias precedentes à operação, o nitrato de prata, a pomada de Bietti e outros meios locais, acabam por livrar a conjuntiva destes gérmenes particularmente perigosos, a não ser que o estado séptico dependa de um saco lacrimal infectado, situação que demanda tratamento especial.

Em tempos, durante meses, empreendi no meu serviço a classificação bacteriológica das conjuntivites que se apresentavam a tratamento, e também o estudo microscópico das secreções conjuntivais dos pacientes que ia operar de catarata, servindo-me do método simples do esfregaço e coloração, que é ainda hoje lar-

gamente seguido, como rotina, nas melhores clínicas da Europa, onde se recorre aos meios mais finos de diagnóstico nos casos difíceis ou confusos.

Colhi resultados que me interessaram, mas o trabalho era todo êle feito por mim, e só por mim, e a perda de tempo muito considerável que ocasionava a leitura diária de muitas preparações fez-me abandonar o seu emprêgo regular, reservando-o para os casos da minha clínica particular.

Elschnig e Lindner consideram insuficiente esta maneira de proceder, e Gradle (1910) fez exames comparativos, concluindo a favor da grande supremacia dos resultados das culturas sôbre os dos exames simples. A técnica da escola de Elschnig é a seguinte: com uma pipeta estéril instilar no saco conjuntival algumas gotas de: sôro de cavalo, ou humano, uma parte, para duas partes de caldo. Êste líquido é aspirado, depois de ter banhado o saco conjuntival, e o tubo com o caldo fica 24 horas na estufa, para depois ser examinado.

Lindner, com os seus muito notáveis trabalhos sôbre a topografia dos gérmes conjuntivais parasitários, assentou na conclusão verdadeira de que o método mais sensível é baseado na sua «raspagem epitelial».

Êle pôde provar que a maioria das bactérias patogénicas do ôlho é constituída por parasitas epiteliais que com predilecção se prendem à conjuntiva bulbar do globo. A qualidade saprofitária dos gérmes é demonstrada (Pillat) pelo desenvolvimento dêles nas células epiteliais degeneradas. Estas bactérias têm de atacar epitélios normais para que possam actuar patogénicamente (Axenfeld, 1928).

Daí o método de Lindner de raspar ao de leve a conjuntiva para obter o material necessário para o exame (v. Herrens-chwand, 1927).

De que, com estes métodos requintados, se encontram mais vezes pneumococos nos sucos conjuntivais (Löhlein, 1928), sobretudo usando-se as culturas, não pode haver dúvida. Contudo ocorre pensar que a cultura não nos informa sôbre a quantidade de pneumococos existente em determinado caso; pneumo-estrep-tococos isolados podem originar cadeias, que avolumarão aparentemente o perigo, quando na realidade sucede que gérmes dêstes, isolados, não são de natureza a causar inquietações, desde

o momento em que seja seguida técnica operatória correcta. Por outro lado uma destas culturas, livre de pneumococos, não é prova suficiente da ausência daqueles micro-organismos; é facto sabido (Axenfeld, 1927) que exames repetidos em dias diferentes mostram muitas vezes pneumococos onde primeiro os não havia.

Sem desconhecer a vasta importância que para a segurança do operado resulta da investigação da sua flora conjuntival, julgo que bem avisados andaremos considerando que todos os indivíduos têm possibilidades e probabilidades de possuírem bactérias patogénicas nas conjuntivas clinicamente sadias, e que portanto todos devem sujeitar-se a uma antissépsia pre-operatória cuidada que é perfeitamente eficaz. Nesta ordem de ideas é consolador saber-se que um bacteriologista da fôrça de Axenfeld declara (1927) que, usando-se estes meios antissépticos prévios *nas conjuntivas normais*, mesmo sem bacterioscopia prévia, pode o cirurgião operar sem receio de infecções.

É meu costume, durante os 3 ou 4 dias que precedem a operação, fazer instilar na conjuntiva um soluto de oxicianeto Hg. 1/5000; 2 gotas de duas em duas horas, e introduzir entre as pálpebras, de noite, a pomada de Bietti.

Os que, como eu, dirigem serviços de grande movimento clínico e operatório, faltando-nos muitos dos meios indispensáveis, inclusive o tempo, para as complicações técnicas, possíveis nas clínicas bem montadas e munidas de numeroso pessoal auxiliar, não podem deixar de festejar a simplificação dos métodos obtida sem imprudência (Meller, 1921).

Mas sucede ainda que muitas conjuntivites e blefarites, sobretudo nos velhos, não são susceptíveis de cura a-pesar-de todos os tratamentos pre-operatórios, e aí há que operar não obstante a pureza conjuntival mais do que dúbia, a não ser que nos resignemos a deixar para todo o sempre o doente cego pela sua catarata. E, em verdade, sendo usado o tratamento prévio, todos os que operamos muitos casos destes sabemos que a média dos resultados é boa, contanto que a técnica operatória seguida seja também das melhores. É lembrar quantas cataratas se operam eficazmente nos tracomatosos.

Filosóficamente, é muito interessante a idea de Lindner de que a afinidade do pneumococo para os restos do cristalino, deixados na câmara anterior pela operação, é devida à origem epi-

LISBOA MÉDICA



JUNO

KLIMAKTON



contra os
distúrbios do climacterio

COMPOSIÇÃO:

3 cg. de substancia ovarica da mais pura (Ovaradeno),
6 mg. de substancia da thyroideas da mais pura (Thyradeno),
15 cg. de Bromural e 15 cg. de Calcio-Diuretina,

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO

SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6 0/0), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de acido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

Doenças catarrhaes dos orgãos respiratorios, bronchite aguda e chronica, tuberculose pulmonar e laryngea, gripe, coqueluche e asma.

.....
TEMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

BROSEDAN

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

INDICAÇÕES:

Neurasthenia e padecimentos nervosos de toda a especie, especialmente insomnia nervosa e nevrose cardíaca. Padecimentos nervosos sobrevivendo durante a menstruação e durante a menopausa. Estados de excitação de origem psychica; nevroses de terror e afecções semelhantes. Hyperexcitabilidade sexual. Neuralgias e enxaqueca. Epilepsia. Alem disso o Broседan é empregado, quando se quizer fazer uma alimentação pobre de sal (na nephrite, rheumatismo, tuberculose).

.....
TEMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

Hämafopan

feito de
Extracto de Malte e Sangue
contem todas as substancias basaes e complementares em estado activo para a **formação de sangue novo**

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumáticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

Injecção intra-venosa ou intra-gluteal **indolor** para os diferentes processos reumaticos e inflammatorios, gota, neuralgias, mialgias e irite.

Chem. Fabrik Milkal, Altona-Hamburgo

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

SPETON



Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal

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

telial do cristalino. O pneumococo, vivendo como saprofita do epitélio da conjuntiva, criaria uma afinidade particular para os tecidos epiteliais. Contudo, esta afinidade não irá talvez muito longe se atentarmos em que os estafilococos, que para a conjuntiva pouca afinidade têm, multiplicam-se e tomam virulência nos detritos lenticulares expostos à sua acção, e em que, por outro lado, nas infecções tão freqüentes e graves da córnea pelo pneumococo (*ulcus serpens*) se encontram estes micro-organismos, afins dos epitélios, no parênquima mesodérmico da córnea.

Emfim, devemos reter que muitos gérmes, conhecidos como saprofitas, e sem importância patogénica, podem, penetrando por caminho de feridas nos meios transparentes do olho, aí se fixarem e desenvolverem, sobretudo quando substância do cristalino se ache misturada com o humor, porque assim se constitue um excelente meio de cultura no qual gérmes, mesmo escassos em número, e não virulentos para o olho intacto, se multiplicam e desenvolvem, tornando-os perigosos.

A flora bacteriana da conjuntiva adquire exuberância anormal quando o saco lacrimal supura ou quando nas vias lacrimais existe uma estenose, total ou parcial, que faça impedimento à passagem das lágrimas.

Por isso o exame das vias lacrimais é cousa imprescindível quando se contempla a execução de qualquer operação intra-ocular. Já Haab (1904) recomendava que, sobretudo antes da operação da catarata, se verificasse a permeabilidade das vias lacrimais pela lavagem, e hoje bom número de cirurgiões fazem correntemente esta pequena manobra antes de se resolverem a operar. Nem bem se compreende por que razão outros autores como Hess, Treitel e Francke (1922) consideram inútil esta formação que deriva dum processo manual, tão simples que o executado correntemente nos casos de conjuntivites unilaterais tenazes. Basta com uma seringa ordinária introduzir uma agulha romba no canalículo inferior, levá-la até o saco lacrimal e ver se o líquido (oxicianeto ou sôro fisiológico) passa para o nariz, ou se reflue pelo ponto lacrimal superior e se promove a saída de pus.

Liebermann (1910) não considera a injeção habitual das vias lacrimais de molde a formar prova suficiente da permeabilidade delas, pela possibilidade de o líquido refluir pelo ponto lacrimal

superior; por isso, durante a injeção, obstrue este ponto com uma sonda cônica.

Nos ultra-pussilânimes podemos instilar fluoresceína a 2 % no saco conjuntival e 3 minutos depois constatar a permeabilidade das vias, fazendo assoar o doente num lenço limpo ou introduzindo pequenas bolas de algodão no meato inferior.

A lavagem do saco e das vias lacrimais deve ser um processo de uso rotineiro pre-operatório. Sacos há que, não dando pus nem muco à pressão, e parecendo à primeira vista normais, depois da operação, sob o aumento da temperatura provocado pelo penso oclusivo e pela quietação dos movimentos palpebrais, repouso que promove a estagnação dos fluidos dentro do saco, demonstram o seu potencial infectante pela secreção purulenta que deles sai nos períodos ulteriores.

Se desta maneira se demonstrou existir apenas obstrução parcial ou total das vias lacrimais, há que sondar com os preceitos técnicos habituais a ver se a situação se cura. Se a permeabilidade se não restabelece, mesmo na presença de flora bacteriana normal, extirpo o saco lacrimal, como o faço com razão mais óbvia quando exista uma blenorreia do saco.

Provada a existência desta afecção, podemos ter a certeza de que no campo operatório haverá um imenso aumento numérico de micro-organismos patogénicos com muito exaltada virulência.

Nestas condições, a não ser que uma operação de urgência inadiável nos force a mão, como no glaucoma agudo, em que nos veremos obrigados a aplicar meios de eficiência menos segura (destruição galvano-cáustica dos condutos lacrimais, laqueação dos mesmos, abertura e drenagem do saco—Czermak, 1908), urge afastar o foco infectante, quer extirpando o saco lacrimal, quer fazendo uma das outras operações recomendadas: a dacriocistorrinostomia de Toti ou a operação endonasal, tipo West-Polyak. É claro que nestes casos, a-pesar-de suprimido o foco de supuração, a conjuntiva não adquire imediatamente a pureza desejada; é preciso esperar duas semanas ou mesmo quatro (Spec. Cirincione). Nós costumamos operar cêrca de um mês depois de feita a extirpação do saco.

Pelos três métodos típicos de suprimir o foco infeccioso constituído pelo saco lacrimal: extirpação do saco, dacriocistorrinostomia e intervenção por via endonasal, obtém-se, depois de poucos

dias de exacerbação, uma grande diminuição da flora microbiana. Os gérmes, relativamente inofensivos, que vivem saprofitariamente na conjuntiva, persistem por algum tempo, mas os perigosos pneumococos desaparecem rapidamente, a tal ponto que a intervenção se pode fazer sem perigo. Plaut e Zelemski provaram estes factos consecutivamente à extirpação do saco, Bohm em seguida à operação de Toti.

Nesta ordem de ideas, a extirpação do saco (Axenfeld, 1903), tão simples e certa, quando executada *lege artis* por um cirurgião de longa prática e boa técnica, é a operação que como oftalmologista prefiro.

Indolor, rápida, de resultados seguros, acho-a preferível à mais complicada e trabalhosa intervenção de Toti; e no que respeita às operações endonasais, que pertencem exclusivamente aos rinologistas, não me parece que seja no tratamento pre-operatório que elas brilhem com todo o lustre verdadeiro que indubitavelmente lhes pertence.

É ver, por exemplo, o que Kofler e Urbanek (1927), em trabalho feito, em conjunção rino-oftalmológica, na clínica de Meller, dizem dos vários métodos, das recidivas e das complicações.

É preciso não esquecer que muitas vezes fazemos a operação em velhos, como preparatória de segunda operação mais grave, e que portanto os métodos mais simples, seguros e eficazes, encontram aqui indicação formal.

Apresso-me a dizer que alguns operadores, e dos melhores, não estabelecem indicações tão estritas para a extirpação do saco lacrimal.

Hess (1911), por exemplo, opera quando consegue que o saco forneça secreção clara, mucosa, não purulenta. Talvez a sua técnica post-operatória explique os bons resultados obtidos.

Poucos, como Poulard (1923), preconizam o uso de sondas muito grossas depois de incisado o apêrto (estriturotomia), e obtêm curas com tal regularidade que as intervenções sobre o saco se lhes tornam quasi inúteis.

O uso de sondas muito grossas (dilatação forçada) não é cousa nova. Theobald (1900) advogou, com tanto entusiasmo como hoje faz Poulard, o uso delas, mas os resultados obtidos pelos outros oftalmologistas estão longe, muito longe, de concordarem com o optimismo daqueles cirurgiões.

A estriturotomia também vem de longe, de Arlt e Weber, e qual de nós deixa de possuir, no ferramentário clássico, uma faca de Stilling, provavelmente nunca usada, mas que foi inventada para fender os apertos a dentro das vias lacrimais, cortando-os em vários sentidos.

Sondas permanentes maciças e ôcas, a drenagem das vias por meio de fios de sêda, o cateterismo retrógrado, de baixo para cima, do nariz para o saco, tudo tem sido tentado e preconizado (Fleisher, 1923), mas certo é que a prática clínica foi mais e mais resumindo e restringindo as indicações destes processos, outrora tão em voga, e reconhecendo que, na maioria dos casos, o meio único de curar ou remediar esta situação patológica nos é fornecido por manobras cirúrgicas mais radicais.

A longa duração da doença, a presença de estenoses consideráveis que chegam à oclusão completa, o espessamento das paredes do saco nas supurações velhas, são indicações contrárias ao tratamento por meio de sondas, sobretudo quando este é, como no nosso caso, empreendido profilaticamente com o fim de tornar rapidamente possível uma intervenção operatória importante.

Desde que o campo operatório se encontre nas melhores condições de pureza realizáveis, afastados dele e da vizinhança os focos de infecção possível, temos de dar começo às manobras que precedem imediatamente a operação.

Na manhã costumo mandar lavar cuidadosamente a cabeça do doente com água quente, sãbão e escova, quando opero homens; nas mulheres este preliminar tem de limitar-se à face.

Já sôbre a mesa operatória, a pele das pálpebras e regiões vizinhas é lavada com água e sabão, freqüentemente esfregada com benzina simples, ou preferivelmente benzina iodada a 1/1000, depois lavada com oxicianeto 1/5000. Às vezes, terminadas as lavagens, pinto pálpebras, supercÍlios e pele adjacente com uma mistura de tintura de iodo, glicerina e alcool (Terrien, 1921).

O saco conjuntival é lavado primeiro com oxicianeto 1/5000 morno, limpando e esfregando, com pequenos tampões embebidos na solução, minuciosa e delicadamente as conjuntivas palpebrais ectropionadas, a isto segue uma larga lavagem por meio de jacto de sôro fisiológico morno.

Sôbre os líquidos a empregar nas lavagens preparatórias da



J. Souza

Togal

ANTINEVRÁLGICO
ANTIPIRETICO
ANTIREVMATICO

COMPRIMIDOS

DE



Combinação químico-farmacéutica de
Ácido acétil salicílico, de quinino e de lítio
eficaz e completamente inofensivo

ANTIREUMÁTICO
ANTIPIRÉTICO
ANTINEVRÁLGICO

TOGAL

Prescreve-se 2 ou 3 comprimidos de cada vez, duas
a tres vezes ao dia, depois ou ás refeições, com água,
podendo-se fazer uso prolongado do medicamento.

Agentes exclusivos para
Portugal, Ilhas e Colonias

FARMACIA BARRAL

Rua Aurea, 126-128
Telefones: P. B. X.
2.5321 e 2.5322



Marca Registrada

Escritórios
Rua Aurea, 124-1.º
L I S B O A

Pedir amostras medicas

conjuntiva houve e há controvérsias referentes ao emprêgo de líquidos assépticos ou antissépticos. É certo que tóxicos químicos, fortemente irritantes, são prejudiciais para a cicatrização da ferida, porque ultrapassam os limites biológicos favoráveis, onde uma leve irritação, com a conseqüente hiperemia e nutrição local aumentada, constitue o óptimo. Por isso eu confio sobretudo na limpeza mecânica, realizada no final pelo jacto de sôro.

Corto os cílios do doente, rentes aos bordos palpebrais, servindo-me de uma tesoura humedecida, para que os cílios cortados a ela adiram e não possam projectar-se sôbre o ôlho.

É certamente excessivo epilar por arrancamento todos os cílios, à maneira de Schiötz, Kolstad e outros, sabido como é, pela literatura e por casos meus, que nunca um cílio, acidentalmente introduzido, no interior do ôlho, conduziu à infecção, mas encurtá-los, como disse, é sobremodo útil, porque nos facilita o tratamento delicado dos primeiros dias post-operatórios, facilitando muito a limpeza a fazer aos bordos palpebrais, onde o muco sêco, aderente aos cílios, costuma aglutinar os bordos, encontrando-se resistência dolorosa ao afastamento das pálpebras.

Duas toalhas esterilizadas, presas por meio de pinças, cobrem o cabelo e os lados da face, e um pano, no qual se recorta um orifício circular, cobre o rosto, deixando exposto apenas o ôlho que vai ser operado.

Os instrumentos minúsculos, as pinças de íris e capsulares liliputianas, tão em voga no nosso armentário, devem ser rejeitados, porque, sem apresentarem vantagens algumas, obrigam a mão do cirurgião a proximidades perigosas do campo operatório.

Todos os instrumentos são esterilizados por meio de calor sêco a 160° durante 20 minutos. Os colírios assépticos necessários serão: cocaína a 5 0/0, atropina a 1 0/0, suprarenina sintética Merck a 1/1000, cloreto de sódio a 0,8 0/0, pomada de eserina a 1 0/0, pomada de atropina a 1 0/0, pomada de novifórmio a 5 0/0.

Uso durante a operação e para o tratamento consecutivo palitos de madeira cuja extremidade está envolta em gaze ou algodão; esterilizados, são estes palitos armados muito absorventes e permitem realizar a limpeza a distância, sem que os dedos do assistente se aproximem em demasia do terreno operatório.

O operador segue os preceitos preparatórios usados em cirurgia geral. Usa máscara e cobre a cabeça com um barrete; o

mesmo faz o assistente, assim como o ajudante encarregado de fornecer as agulhas e linhas. Sei bem que muitos cirurgiões (Römer, 1910, por exemplo) consideram inútil esta precaução, mas parece-me que ela é de natureza daquelas que nocivas nunca podem ser, sobretudo sendo nós, como somos, frequentemente obrigados a falar durante a intervenção.

Opero sempre calçando luvas de borracha, e neste ponto afasto-me da prática de quasi todos os oftalmologistas.

Dizem que as luvas prejudicam aquela delicada sensibilidade que é indispensável para bem operar em olhos. E talvez assim seja para quem só excepcionalmente as usa; mas quando, como comigo succede, as luvas entram em officio em todos os casos diferentes que opero, adquire-se grande uniformidade de sensações tácteis e perfeita segurança para a execução das delicadas intervenções.

De resto, quando se operam doentes em série; qual é o cirurgião que 6, 8, 10 vezes e mais, seguidamente desinfecta rigorosamente as mãos? Tenho observado este ponto em muitas das melhores clínicas da Europa, e visto como, à medida que as operações vão sendo executadas, as mãos do cirurgião cada vez merecem menos cuidado, nem a pele das mãos suportaria a tortura continuada resultante da rigorosa desinfectação.

Não vejo por que razão, podendo o cirurgião geral enluvado executar operações tão delicadas como a da catarata (transplantações de nervos, suturas vasculares, por exemplo) nós o não possamos fazer em oftalmologia.

Na América vão aparecendo reclamações neste sentido (Scott Franklin, 1928, e outros).

Certos mandam calçar luvas aos ajudantes, operando elles com as mãos nuas. Outros usam luva quando têm de fazer suturas; a mim succede muitas vezes não saber se irei coser ou não antes de chegar ao final da operação.

O certo é que a razão ou pretexto da inutilidade das luvas vem do facto de as mãos dos cirurgiões não deverem tomar contacto com o campo operatório durante as operações intra-oculares, regra esta que quebra nunca deveria sofrer; mas, mesmo em conformidade com ella, quando o operador toma ou depõe um instrumento facilmente toca em outros, ou contamina a mão do ajudante que, por sua vez, prejudicará a assésia dos restantes

instrumentos que por seu intermédio virão a passar para a mão do operador.

Julgo que com as luvas se passa o mesmo que com outros tempos e métodos de operar: já rotina, a teimosa e soberana rotina oftalmológica!

Serve-me sempre a iluminação artificial obtida por meio de uma lâmpada-martelo de Hess, que tem a grande vantagem sobre as iluminações frontais de permitir que o feixe luminoso, dirigido lateralmente, não incida de chapa no olho que vai sendo operado, o que causa sabidamente sensação muito desagradável para o paciente. No meu novo Serviço do Hospital dos Capuchos sirvo-me do iluminador universal de Zeiss — o Pantofos — ou da lâmpada Sialitique (tenho salas de operações: asséptica e séptica); contudo, a-pesar-da excelência geral desta iluminação, em certos tempos da operação intra-ocular não dispenso de socorrer-me da lâmpada martelo, por meio da qual os contrastes se salientam intensamente.

A anestesia local alcança se pela instilação repetida de 5 em 5 minutos de duas gotas de soluto de cocaína a 5 0/0. À terceira instilação a anestesia é perfeita. Muitos aconselham não exceder a concentração de 2 0/0, com receio da acção nociva da cocaína sobre o epitélio da córnea; contudo, conservando o olho fechado sob uma compressa húmida, a instilação resulta sempre inofensiva. Reforçando a acção anestésica da cocaína e anemiando concomitantemente a conjuntiva, deminuindo portanto consideravelmente a hemorragia, convém instilar adrenalina, ou melhor, suprarenina sintética, mais tolerante na esterilização. É ê te um adjuvante precioso na cirurgia bulbar.

A-pesar-de todas as drogas que têm sido propostas em substituição da cocaína, nenhuma com ela pode competir para realizar uma boa anestesia local ocular por meio de instilação.

Em complemento da anestesia superficial do globo, podemos e devemos fazer, em sem número de casos, a anestesia retro-bulbar, penetrando com uma agulha de uns 4 cm. de comprimento no tecido da órbita: a agulha perfura a pele pelas alturas do bordo orbitário ínfero-externo, caminha tangencialmente ao equador do globo e injecta 1 c. c. de novocaína a 2 0/0 com adrenalina por detrás do bulbo. Esta maneira de fazer permite injectar assépticamente a órbita em presença de um sacco conjuntival

infectado, visto que a agulha entra na órbita sem interessar a conjuntiva. Podemos também, nos casos em que o estado abacteriano da conjuntiva não oferece dúvidas, injectar o mesmo centímetro cúbico de novocaína-adrenalina perfurando o fundo do saco conjuntival súpero-externo, tão perto do equador quanto possível, e chegando às regiões retro-bulbares com uma agulha mais curta e delgada. Que uma ou outra via, cutânea ou conjuntival, seja preferida, a progressão da agulha deverá ser acompanhada da injeccção continuada de líquido, para que os vasos empurrados pela corrente e protegidos pela zona hidrópica que precede a agulha, a ela fujam e por ela se não deixem ferir; ao mesmo tempo, para duplicação de segurança, há que aspirar com a seringa antes de injectar a dose final, para ver se por acaso não estará a agulha perfurando um vaso — seria uma injeccção intra-vascular, sem efeitos anestésicos locais, feita nas aferentes immediatas do seio cavernoso, e portanto perigosa. Mesmo quando se procede com meticulosas precauções, succede ferirmos um vaso orbitário, precalço incómodo se bem que muito raro, com que já arqueei: o hematoma consequente immediato exorbita o globo, as pálpebras retraem-se e enrijam, e a operação projectada resultará desastrosa se o operador teimar em prosseguir. Nada mais haverá a fazer do que adiar a intervençção. Ainda com o fim de diminuir as probabilidades do hematoma orbitário, convém exercer pressão sôbre o globo, de diante para trás, durante alguns segundos, mal o operador retire a agulha.

Sob a influéncia da injeccção retro bulbar, pelo bloqueio dos nervos ciliares à entrada do globo, os tecidos profundos do olho revelam considerável anestesia, ao mesmo tempo que uma segunda consequéncia — a hipotonia ocular — se instala, com vantagens evidentes para certos actos operatórios, mas que, quando excessiva, acarreta consigo dificuldades de vulto, fáceis de vislumbrar, para a exactidão técnica correcta. De facto, a hipotonia extrema, ultrapassando os limites do útil, torna o globo flácido, em estado de colapso, privado da consisténcia indispeasável que a execuçção das manobras operatórias reclama. Esta hipotonia, cuja intensidade varia segundo os indivíduos, e que é certamente devida à vaso-constricçção intra e extra-ocular, instala-se tão rapidamente que na catarata, por exemplo, se faz mester dar comêço à operação logo após a injeccção, não vá a hipotonia, por exc-

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmodico especialmente preparado para a terapeutica cardio-vascular

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

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

PROFILAXIA
E TRATAMENTO
"PER OS"
DE TODAS AS
ESPIROQUETOSSES
DISENTERIA
AMIBIANA
PALUDISMO

PELO

Stovarsol

TRATAMENTO
ARSENICAL
DOS ESTADOS
D'ANEMIA
& D'ASTENIA

APRESENTAÇÃO

FRASCOS DE 28
COMPRIMIDOS A 0 gr. 25
FRASCOS DE 70
COMPRIMIDOS A 0 gr. 05
FRASCOS DE 200
COMPRIMIDOS A 0 gr 01

O EMPREGO DO
STOVAR SOL
DEVE ESTAR
SEMPRE SOB A
VIGILANCIA DO
MEDICO ●

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— **Specia** —

MARQUES **DOULENC Frères & "USINES du RHONE"**
86, rue Vieille du Temple, PARIS 5^e

DREVILLE

siva, comprometer a execução dos delicados tempos. Em outros casos, como no glaucoma, não há pressa: quanto mais considerável fôr a hipotonia realizada, tanto mais segura e fácil resultará a intervenção.

Compreende-se sem esforço que em todas as operações, nas quais a saída de vítreo constitue uma ameaça e um grave precalço, haja proveito em produzir baixa artificial da pressão intra-ocular, porque assim a saída daquele humor torna-se infinitamente menos provável. Por isso na catarata, sobretudo quando se executa a delicada extracção intra-capsular moderna, a injeção retro-bulbar representa um progresso de técnica enormemente vantajoso. Por outro lado, no glaucoma os riscos da descompressão brusca resultantes da incisão são reduzidos ao mínimo pela diminuição da hipertonia. Benefícios da injeção colhem-se em muitos outros casos, como: operações de cristalinoluxados, suturas necessitadas por traumatismos, extracção de corpos estranhos intra-oculares, cápsulo-iridotomias, etc.

Temos pois de reter que a injeção retro-bulbar, além da anestesia profunda que produz, realiza sobre o globo uma acção hipotónica extremamente útil em sem número de casos. É um dos meios de «precaução» mais valiosos de que dispõe a técnica moderna. Contudo, deve ser de emprêgo discernido porque a hipotonia «extrema» nem sempre é um ideal em cirurgia intra-ocular.

A narcose pelo clorofórmio, pelo éter, ou a meia narcose do cloreto de etilo, raras vezes será praticada. Apenas plausível em crianças, e, quando imperativa, determina a tendência dos olhos a rolaem para cima, dificultando a execução operatória e reclamando por isso processos especiais para vencer êste obstáculo.

Tenho visto na Alemanha o emprêgo freqüente da meianarcose obtida pela escopolamina-morfina associada à anestesia local, dando excelentes resultados em casos particularmente difíceis e com doentes indóceis, mas julgo que com a técnica que vamos indicando poderemos quasi sempre dispensá-la, recorrendo a processos puramente locais.

Em algumas operações intra-oculares (inflamações agudas, glaucoma, etc.) torna-se imperativa a anestesia muito completa e profunda, a qual se obtém completando a anestesia descrita por uma injeção subconjuntival, junto ao limbo da córnea, de

duas gotas apenas de um soluto de cocaína a 10 0/0. A novocaína é eficaz mas fica longe da eficiência da cocaína.

Tenho por costume mandar o doente tomar 1/2 gr. de adalina na noite que precede a operação, e outro comprimido de 0,5 uma hora antes da intervenção (opero cedo, às 9 da manhã). Outras vezes do luminal alcanço, com maior regularidade, os efeitos que a adalina proporciona.

Mas não basta a anestesia local perfeita para levar a cabo e com segurança uma delicada operação intra-ocular.

Assim como para bem operar é mester destreza e tranqüillidade da parte do operador, não menos necessário é o perfeito *controle* por lado do operado.

¡Ora em quantas operações melindrosas a perfeição da técnica sofre dano nos seus diferentes tempos, principalmente nos finais, por movimentos intempestivos do doente que aperta as pálpebras e volta o ôlho para cima!

São movimentos estes puramente reflexos, nada tendo que ver com a dor, são portanto absolutamente independentes da vontade do doente; aparecem com a mais perfeita das anestésias e quando a manobra operatória é perfeitamente indolor.

A fisiologia ensina que quasi todas as partes do organismo, os músculos, as articulações, as vísceras, etc., têm a faculdade de gerarem sensações pelos impulsos nervosos que ao cérebro enviam. Estes impulsos, dependentes da sensibilidade geral do corpo, distiguem-se daqueles que são fornecidos pelos órgãos especiais dos sentidos, pelos caracteres seguintes:

1.º—Afora a dor, raramente transpõem o limiar da consciência;

2.º—Tomam larga parte na iniciação de muitas acções reflexas;

3.º—Quando entram no domínio da consciência são indefinidos (Starling, 1926, por exemplo).

Ora são desta classe os impulsos para estes actos prejudiciais. Êles não partem propriamente do ôlho, cujos nervos sensitivos se acham perfeitamente anestesiados pela cocaína, mas sim dos nervos músculos do ôlho e da fáschia orbitária, da pele das pálpebras, dos cílios, e do próprio músculo orbicular. De todas estas estruturas, que não receberam anestesia, partem fortes

impulsos, não dolorosos, que determinam a contracção do orbicular, de outros músculos inervados pelo facial, e dos músculos motores do olho (Rochat, 1920).

O blefarostato torna-se então um instrumento perigoso: porque excita novas contrações e porque, pela pressão que exerce e pelo ponto de apoio que fornece às pálpebras, favorece a saída do conteúdo líquido do globo ocular comprimido.

Creio não existir operador algum que não tenha visto produzirem-se as mais graves perdas de vítreo, mesmo a perda final do olho, em resultado destas contrações musculares intempestivas e, sem irmos a estes casos extremos, quem há que não visse, logo ao fazer a incisão da córnea, e antes dela terminada, a câmara anterior esvaziar-se súbitamente sob a contracção muscular e projectar a íris sobre a faca do operador, que tem que involuntariamente cortar esta membrana, terminando incorrectamente a secção da córnea e deixando uma mutilação irregular e defeituosa da íris.

Podemos afirmar que em centenas de casos a perfeição técnica da operação foi lesada pelo receio de um desastre iminente que ao cirurgião faziam antever as contrações repetidas do orbicular das pálpebras; foi forçado a terminar como pôde e o mais depressa que pôde.

Daqui veio a classificação dos doentes em «bons» e «maus» durante o acto operatório, classificação pitoresca com que se explica a perfeição ou imperfeição da técnica produzida nuns e noutros casos.

São os *bad squeezers* dos ingleses e americanos que justificam muitos dos insucessos havidos.

E desta angústia, dêste pavor constante de complicação súbita, veio o hábito, a meu ver pernicioso, de operar com extrema rapidez, antes que o doente, desmoralizando-se, asneasse.

Ora as operações intra-oculares, de que a da catarata é exemplo típico, não devem ser de duração instantânea, atabalhoada. Os seus tempos devem ser bem marcados e o cirurgião de experiência sabe que, com a saída do humor aquoso e do cristalino, o globo perdeu de $1/27$ a $1/14$ do seu volume total, e que se esta perda fôr em extremo súbita as membranas profundas podem sofrer, por lhes faltar o tempo para se adaptarem às novas e insólitas condições.

Em quási toda a cirurgia o factor tempo, a dentro dos limites do razoável, deixou de ter a importância antiga, e em oculística os «escamoteadores» perderam a fama em proveito dos técnicos conscienciosos que raciocinam.

Pelo emprêgo de blefaróstatos leves, fáceis de tirar rapidamente do olho quando as pálpebras apertem, usando os afastadores de cabo de Desmarres, confiados ao ajudante, apartando as pálpebras por meio de pinças, à maneira de Vogt, ou, como muitos dos mais modernos cirurgiões aconselham, tirando o blefaróstato logo após a incisão, aconselhando contudo mantê-lo quando o doente dê mostras de portar-se bem (por exemplo Grimsdale e Brewerton, 1920), ou ainda dispensando todo e qualquer instrumento e mantendo o olho aberto por meio dos dedos, como ainda hoje se faz na escola de Viena, deminuem-se certamente os perigos provenientes das contracções intempestivas dos orbiculares, e o sem número de blefaróstatos e novos meios técnicos, que constantemente aparecem, testemunham da preocupação constante que invade o cirurgião perante esta possibilidade de desastre, mas é óbvio que o ideal consiste na supressão das contracções perigosas, e êste ideal atinge-se brilhantemente por meio da *acinesia*.

Em 1914 van Lint aconselhou a paralisação temporária do orbicular, injectando novocaína-adrenalina, procurando alcançar os ramos do facial perto dos pontos onde êles penetram no músculo orbicular. Villard (1919) aconselha o mesmo método, e Rochat (1920) precisou melhor a técnica que consiste em introduzir a agulha 1 centímetro por detrás do ponto de encontro da tangente ao bordo externo da órbita com a tangente ao bordo inferior da mesma, injectando naquele ponto profundamente novocaína-adrenalina, correndo a agulha ao longo do bordo externo e do bordo inferior da órbita. Rochat obtém também a acinesia de qualquer dos quatro músculos rectos injectando o mesmo líquido na massa muscular dos rectos. A acinesia do orbicular, obtida por êste processo, incapacitando o doente de cerrar activamente as pálpebras, é uma grande medida de segurança nas operações intra-oculares; contudo nem sempre êste resultado paralisante perfeito é conseguido, ou seja por causa de êrro de técnica ou porque as irregularidades de distribuição do facial a isso dêem motivo.

Empreguei o método em muitos centos de casos com resultados sempre úteis, muitas vezes óptimos, mas um tanto irregulares.

Para quem se não contente com o «bom», este processo tem inconvenientes, alguns mesmo mais avultados do que a irregularidade dos efeitos. Quando a injeção foi feita a profundidade insuficiente, o soluto de novocaína pode derramar-se no frouxo tecido subcutâneo palpebral, do que resulta um considerável edema das partes, que torna em certos casos difícil a execução da intervenção sem que os instrumentos do operador toquem a pele das pálpebras. Outro tanto sucede quando, por infelicidade, a agulha da seringa rompe um vaso sanguíneo palpebral, dando origem a um hematoma que distende os tecidos palpebrais.

Em Londres, no Moorfields, onde a técnica seguida era um tanto diferente, porque se procurava injectar o orbicular nas duas pálpebras ao longo de toda a extensão delas, vi muitas vezes as pálpebras, como dois chouriços túrgidos, limitarem um vale fundo onde o olho se encontrava, e nem eu sabia se a imobilidade palpebral vinha da paralisia muscular, se do impedimento mecânico que o forte edema opunha a qualquer movimento.

Tudo quanto favoreça contactos entre instrumentos e pálpebras é elemento de perigo post-operatório e deve, sem vacilações, ser pôsto de parte.

Havia pois que procurar realizar a interrupção funcional do facial em um ponto diferente do percurso do nervo, a distância do campo operatório, longe do olho.

Por isso, quando van Heuven (1926), aproveitando a desagradável lagofalmia que para De Kleyn resultou duma injeção de novocaína na vizinhança da apófise mastoideia, publicou o seu método de acinesia, interrompendo o facial à saída do buraco estilomastoideu, eu tomei-o com entusiasmo e em pouco tempo executei um grande número de acinesias, não só em operações de catarata, mas também em quasi todas as operações que me obrigavam a abrir o globo ocular.

A técnica era simples e consistia em injectar ao longo do bordo anterior da apófise mastoideia, e à profundidade de 1 cm., 1-2 c. c. de novocaína a 2 0/0; ao cabo de 15 a 20 minutos toda a musculatura mímica daquele lado da face se encontrava paralisada, estado que se mantinha durante um espaço de tempo que

ia de 45 a 90 minutos. O orbicular paralisado, conjuntamente os outros músculos da face, deixava que trabalhasse com o descanso despreocupado de quem estivesse operando em cousa morta.

Realizei assim 141 acinesias tronculares, e se então melhor do que nunca aprendi a prezar-lhe o valor, jamais resultou o menor inconveniente do emprêgo dela. Desatinadamente uma vez quebrei a agulha de Fischer profundamente cravada na região; contudo, como a agulha era de aço e um magneto gigante estava à mão, extrai-a sem dificuldade de maior.

Desde Janeiro de 1928 realizo a acinesia do facial de maneira ainda mais simples e rápida. É sabido que o nervo facial, depois de sair pelo buraco estilo-mastoideu, se divide, após curto trajecto, em dois ramos terminais: o ramo cérvico-facial e o ramo temporo-facial. Êste último, de princípio encafuado na espessura da parótida, caminha para o colo do côndilo do maxilar inferior e pouco depois divide-se em muitos ramos, entre os quais os filetes frontais que terminam no músculo frontal e os filetes palpebrais que finalizam nos músculos orbicular das pálpebras e superciliar. Êste nervo que interessa para realizarmos a acinesia dos músculos que êle inerva e que são aqueles que desejamos flácidos e inactivos nas operações oculares. Cerca de 1 cm. por baixo da arcada zigomática, a 1 cm. por diante do *tragus* e um nada abaixo dêle, penetro com uma agulha de Fischer as partes moles, perpendicularmente à pele, até tocar o ôsso do colo do côndilo do maxilar inferior; aí injecto 1 c. c. de novocaína-adrenalina a 2 0/0, e um segundo c. c. nas partes moles, ao retirar a agulha.

O efeito é muito rápido, obtendo-se a paralisia completa do facial do lado injectado ao fim de uns 3 minutos. (O'Brien e outros, 1928).

Desta acinesia, a que chamo condiliana, que tenho executado e que estou executando em muitas centenas de casos, na verdade em quási todas as operações que me fazem abrir o globo ocular, nunca vi resultar o menor inconveniente, nem os doentes se queixam de qualquer incômodo devido à paralisia facial; até parece que a sensação de impossibilidade de assobiar e articular correctamente as palavras tem o seu quê de jocoso, distraindo a atenção dos acontecimentos que no ôlho se vão dando.

Com um doente assim preparado, em acinesia, não há pres-

sas, nem se ouve aquele constante e fatídico «não aperte» que, pela sua monótona e angustiosa intonação, desmoraliza o doente e fatiga a assistência. Podemos operar em silêncio, sem o terror do apêrto súbito das pálpebras que muitas vezes vinha inesperadamente comprometer o êxito duma operação bem conduzida. Tempos melindrosos, como a lavagem da câmara anterior, arrancamentos capsulares, evacuação de massas lenticulares, suturas conjuntivais consecutivas, e, acima de tudo, a extracção intra-capsular moderna, por tracção, da catarata, executam-se com a tranqüilidade e precisão de quem está operando no cadáver. Deixam de existir «maus doentes», podemos usar qualquer blefaróstato ou afastador palpebral, cuidando apenas de que o pêso do instrumento não vá carregar o ôlho, para o que o assistente manterá o afastador suspenso entre os dedos, sem que apoie sôbre o globo, podendo durante toda a operação, e sem o menor inconveniente, ser conservado o blefaróstato em posição, deixando portanto de ser atendível o conselho de retirar o instrumento logo após a secção da córnea.

Quem não experimentou o processo não pode fazer idea dos benefícios que dêle se colhem.

Estes dois métodos acinéticos, o retro-auricular e o condiliano, realizam em condições ideais a paralisia temporária do orbicular: paralisia rápida e completa, facilidade de técnica, ausência de riscos ou inconvenientes, interrupção do nervo longe do campo operatório, de onde ausência de complicações eventuais causadas pela injeccção no local em que se opera. Merece a preferência a condiliana por mais simples e rápida.

Terminada a operação, feita sob uma acinesia bem conduzida, sucede que as pálpebras, por causa da paralisia do facial, se não unem, deixando descoberto um espaço de alguns milímetros de ôlho. É necessário, antes de colocar o penso, cuidar de que o ôlho fique bem fechado. Costumo, com uma pinça, apreender uma prega de pele, junto ao bordo da pálpebra e manter esta na posição devida. Um pouco de pomada de novifórmio ajuda a colar uma a outra as duas pálpebras.

Em certos casos de paralisia muito completa do orbicular, a acção do músculo levantador da pálpebra manifesta-se com tal preponderância que se torna realmente difícil obter o encontro das duas pálpebras, mas que daqui possam resultar inconvenien-

tes desastrosos só pode ser explicado por um grande desmazêlo ao fazer o penso. Mal se compreende que Collin (1920), tendo encontrado invertido o retalho da córnea no primeiro penso depois de uma operação de catarata, passasse a aconselhar a união das pálpebras com adesivo, e que W. D. Gill recomende aglutinar os cílios das duas pálpebras com colódio. O simples cuidado na execução do primeiro penso tem-me bastado para evitar todo e qualquer dissabor, mas, se quisermos levar as cousas às mais refinadas perfeições, podemos, como também o tenho feito, alcançar a acinesia do levantador da palpebra por meio da injeccão de algumas gotas de novocaína a meio do fundo de sacco superior, cravando a agulha bem para trás (Aascher, 1928). Desta maneira desaparece a tendência para a pálpebra se levantar; toda ela completamente flácida segue e mantém quasi todas as posições que o cirurgião lhe imprime, e digo *quasi*, porque fica ainda livre, ou pode ficar, o músculo de fibras lisas de Müller, cuja acção como levantador da pálpebra é sobejamente conhecida.

Alonguei-me um tanto em considerações sôbre a acinesia porque sendo ela um factor de «precaução», de tal maneira útil que a considero indispensável para bem operar, não é todavia executada correntemente em todas as clínicas, sendo desfalcada da vulgarização que merece ter mesmo em muitos centros de reputação científica justificada.

Eu tentei, apregoando os seus méritos, torná-la em Lisboa de uso corrente (1927), mas não sei até que ponto consegui o meu intento.

Na grande maioria das intervenções intra-oculares, a incisão que fende o globo coloca-se em cima, na região do bordo superior da córnea, havendo motivos de pêsso para a preferência desta situação. Razões estas que são de ordem anatómica, dependentes da maior profundidade que o ângulo irido-corneano possui na extremidade superior do diâmetro vertical da córnea; de ordem fisiológica, relacionadas com a protecção que a pálpebra superior presta a esta área, nunca a deixando a descoberto em condições usuais; e enfim, de ordem estética, condicionadas pelo facto de a mutilação, defeito, ou cicatriz, virem a ser encobertos pela pálpebra superior.

Esta situação superior da incisão torna indispensável a rota-

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

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



Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroides* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Gastanha da Índia* et de *Citrato de Soda*.

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

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

LISBOA MÉDICA

Prokliman "Ciba"

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

Vidros de 40 drageas.

Específico dos transtornos da

Menopausa



Amostras e literatura:
CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128, LISBÔA,
unico representante dos Productos "Ciba" em Portugal

ção, do olho para baixo, durante todo o acto operatório, de maneira que a área em que se opera venha a ser acessível à vista e aos instrumentos. Mas a rotação do olho para baixo está em contradição com a posição que o olho naturalmente toma quando executa movimentos de defesa, ou quando o doente tenta cerrar as pálpebras, querendo vencer uma fôrça que a tal se opõe (fenómeno de Bell). Nestas condições o olho rola fortemente para cima, e tende a esconder-se sob a pálpebra superior.

¿ Como se vence habitualmente esta tendência ?

De uma maneira primitiva e pouco inteligente: o operador fixa o olho por meio de uma pinça, aplicada junto à córnea, na parte inferior, e, com o auxílio dela, força o olho a baixar. Infeliz manobra quando o paciente não dispõe de recursos para olhar para baixo ao comando: o músculo recto superior puxa fortemente o globo para cima, a pinça do cirurgião vence esta fôrça arrastando, para o fazer descer, o olho, e a incisão, colocada entre duas linhas de fôrça de sentidos contrários, tende a abrir, a escancarar-se. A pressão intra-ocular, naturalmente aumentada por efeito do esforço, dá melhor motivo a que o conteúdo do globo se escape pela ferida operatória.

Quem opera olhos sabe quanta verdade há no que vou dizendo, e quanto a manobra da pinça é perigosa e comprometedora; raras são, por exemplo, as incisões feitas para extrair cataratas congénitas, sob narcose, que não retenham encravada a íris. É que durante a anestesia geral a tendência para a sursum-versão ocular é grande e o esforço em vencê-la grande tem de ser também.

É fácil decretar a regra (Meller, 1921, e tantos outros) de nunca exercer tracção com a pinça, desde que se faz a incisão até o fim da operação, mesmo o conselho seguro consiste em largar a pinça logo após a execução da incisão, confiando depois no doente para, voluntariamente, dirigir seu olhar para baixo. Se ele o faz, bem está; mas se, como é tão freqüente, o olho rola teimosamente para cima, indiferente a todas as solicitações de abaixamento, há que puxar, ou que aproveitar um instantâneo movimento eventual depressor para executar cada uma das diferentes manobras com a rapidez da duração de um relâmpago.

Nada mais fatigante, mais perigoso, e menos correctamente cirúrgico, existe do que esta técnica veloz e imperfeita que obedece às circunstâncias ocasionais.

Angelucci teve a idea brilhante de baixar o globo, durante a operação da catarata, apreendendo o tendão do recto superior entre os ramos de uma pinça, através a conjuntiva. A tracção, assim feita, distende o recto superior contraído, não eleva a pressão intra-ocular, e, claramente, não obriga a ferida operatória a escancarar-se, visto ela deixar de ficar entre os dois campos de fôrças opostas.

Elschnig (1914) e v. Blaskowicz melhoraram o processo, passando um fio de sutura por baixo do tendão do recto superior, junto à inserção dêle. Êste fio servia para atrair o ôlho, nos casos em que o doente não conseguia olhar para baixo, e nos narcotizados.

A técnica é extremamente simples: bem preparado e anestesiado o ôlho, pronto para a operação, colocado o blefaróstato, apreende-se o tendão do recto superior a uns 8 mm. por cima do limbo da córnea, através da conjuntiva intacta, por meio de uma pinça de dentes compridos e agudos, em seguida passa-se uma agulha por baixo da prega formada, junto à sua base. A passagem da agulha deve ser rápida e um tanto brusca para evitar rasgaduras conjuntivais. Puxada a linha, entregam-se as duas extremidades dela ao assistente.

A aplicação dêste fio de tracção não é dolorosa, quando feita por pessoa habituada à técnica. A anestesia ordinária é amplamente suficiente, e não encontro utilidade em injectar novocaína ao longo do tendão, nem em descobrir êste último, incisando a conjuntiva, para executar a manobra. Contudo nada se opõe a que quem, por falta de prática, receie causar dor, injecte subconjuntivalmente algumas gotas de novocaína-adrenalina.

Naturalmente, para introduzir o fio de tracção, é necessário que a córnea aponte fortemente para baixo, de modo a expor a inserção do recto superior. Quando o paciente voluntariamente o não faz, e sobretudo quando se opera com anestesia geral, há que baixar-lhe o ôlho por meio da pinça aplicada junto ao limbo da córnea, na parte inferior do meridiano vertical, e passar então o fio.

Em tempos empregava êste fio de tracção nos doentes apenas que palpitava serem indóceis: pouco a pouco, reconhecendo-lhe as extraordinárias vantagens, fui-o usando com maior largueza, e passei depois, há muitos anos já, a usá-lo sistematicamente em

todos os casos, não só de catarata, como também de todas as operações que demandam fixação exacta e posição constante do olho. De resto, existem intervenções impossíveis de executar correctamente sem o auxílio do fio de tracção, tal é a trepanação na hidroftalmia (Axenfeld, 1925), certas extracções de corpos estranhos intra-oculares por via transcleral, e muitíssimas outras.

É curioso verificar que, logo depois de passado o fio por baixo do tendão, perde quasi sempre o recto superior a tendência de atrair o olho para cima, observação de Axenfeld que posso em absoluto confirmar. Qualquer tracção que pelo fio façamos não encontra resistência que vencer, o olho cede suavemente à sollicitação e a operação executa-se com facilidade e segurança, e sem que o comando constante «olhe para baixo», tão habitual nos anfiteatros de oftalmologia, venha enervar o cirurgião, o doente e a assistência.

Quem nunca operou ou viu operar com o emprêgo destes meios auxiliares de «precaução» não pode fazer idea de quanta segurança, facilidade e perfeição técnica deles resulta para os tempos subseqüentes da intervenção. É indubitável que o grande risco que surge sempre em toda operação intra-ocular — a perda de vítreo normal — se torna infinitamente menor com o uso do fio de tracção, e como elle permite que operemos com maior exactidão, tranquillidade e sossêgo, é óbvio que os perigos de infecção por contactos impuros sejam reduzidos ao mínimo.

Devo fazer notar que estes métodos auxiliares de «precaução», tão simples na execução, são, mais do que para ninguém, úteis àqueles que começam, não possuindo a destreza e mestria que a longa prática confere, e que portanto maior lucro ainda tirariam do seu emprêgo do que o cirurgião feito e experimentado.

O fio de tracção não é de emprêgo exclusivo no tendão do recto superior; pode applicar-se a qualquer dos tendões dos outros músculos rectos, e, quando circunstâncias especiais assim determinem, podem dois tendões, fixados cada um por seu fio, servir simultâneamente para imprimir ao globo ocular rotações extensas necessitadas pela posição anómala da incisão. Mesmo os tendões dos quatro rectos me têm servido ocasionalmente, em operações extremamente difíceis, como na extracção de cristalinos luxados, para suspender o globo pelos quatro fios de tracção, e levar a cabo com bom resultado a melindrosa intervenção.

Julgo que a acinesia troncular do facial e o fio de tracção são os dois detalhes de técnica auxiliar de «precaução» que maior progresso realizam nas operações intra-oculares e não me canso de mirificar as suas virtudes. O que me surpreende é que as não reconheçam, e que estes métodos sejam praticados com parcimónia que vai ao extremo em muitos centros illustres de trabalho.

Bem sei que operadores hábeis mostram estatísticas brilhantes de operações feitas sem o emprêgo dêstes meios, e eu mesmo não operei sempre como hoje opero, e obtinha então também bons resultados, mas há sempre uma percentagem mais ou menos ínfima de insucessos, conforme o operador, e é deminuí-la sempre e mais que deve ser o fito do operador consciencioso e progressivo. Operar com técnica exacta, com sossêgo, sem depender da cooperação incerta do doente, evitando manobras traumatizantes e chocantes para o delicado órgão, com uma precisão que garanta a aqui difícil assépsia operatória, deve ser o ideal do oftalmologista que mais cuida do resultado final do que do brilho, rapidez e estilo com que fez a sua operação. Em cirurgia intra-ocular os juízos sôbre as vantagens ou inconvenientes técnicos têm de ser baseados sôbre muitas centenas, sôbre milhares de operações, para terem valor real.

Outra manobra de «precaução» e de valor é a cantotomia externa, a fazer nos olhos fundamente encovados nas órbitas (Axenfeld, 1925).

Faço-a com relativa freqüência: em verdade, sempre que a pequenez da fenda palpebral ou a profundidade em que se encontra o globo acordam em mim o receio da possibilidade de tocar a pele das pálpebras com os meus instrumentos, êrro imperdoável em técnica oftalmológica.

Esta blefarotomia que se executa sem dor se injectarmos profundamente algumas gotas de novocaína no ângulo externo, tem a grande vantagem de abrir mais largo acesso aos instrumentos introduzidos pelo lado externo, e deminue assim o perigo de contacto dêles com a pele do doente, primordial cuidado a haver na protecção da ferida operatória contra a infecção. Esta simples blefarotomia, que tem como extensão cêrca de metade da distância que vai do ângulo externo ao bordo orbitário, não demanda cuidados ulteriores e nunca a vi complicar o acto ope-

ratório em nenhuma das muitas operações em que a tenho empregado; apenas, às vezes, uma hemorragia abundante faz que convenha voltar um tanto a cabeça do operado para o lado externo, para diminuir a quantidade de sangue, sempre pequena, que entra no olho.

Tendo real utilidade para a execução da assépsia rigorosa, é um detalhe útil que, nunca causando prejuízos, só pode trazer vantagens.

Grande número, o maior número, das operações intra-oculares visam a abertura da câmara anterior, a qual pode ser executada por duas espécies de incisões: a incisão linear e a incisão que delimita e forma um retalho mais ou menos semelhante a uma língua. A incisão linear tem de coincidir com um meridiano do olho, isto é, tem de ser contida, toda ela, num plano que passe pelo centro do globo ocular, sendo portanto perpendicular a um raio da circunferência da córnea (Czermak, 1908); só a incisão linear e nenhuma outra está nos casos de ser estritamente perpendicular à superfície da córnea.

Todos os retalhos cirúrgicos são perpendiculares ao eixo da córnea, coincidem com um paralelo do globo, e serão tanto mais oblíquos em relação à superfície da córnea, quanto mais nos aproximarmos do polo anterior do olho.

Estas incisões podem fazer-se com a lança triangular (incisão toda ela de fora para dentro) ou com a faca de Graefe (punção de fora para dentro, contrapunção de dentro para fora, secção de dentro para fora), ou com o escalpêlo, cortando directamente de fora para dentro.

Com a incisão ordinária à lança é certamente impossível fazer um corte estritamente linear, mesmo que êle seja de muito pequenas dimensões, porque a ponta da lança, dirigida para o centro do globo, encontraria íris e cristalino aos primeiros avanços. Com a faca de Graefe tal incisão é perfeitamente possível. Tanto com um como com outro instrumento a ferida interna (na face posterior da córnea) é obviamente de menores dimensões do que a ferida externa (na superfície anterior da córnea). Com o escalpêlo, cortando de fora para dentro, as secções das duas superfícies poderão, ou não, ter dimensões iguais, segundo a vontade do operador.

A extensão a dar ao retalho, bem como considerações a fazer sobre a cicatrização das feridas da córnea, mostram que a melhor posição da linha de incisão é aquela que segue o limbo da córnea.

A incisão linear e a secção com formação de retalho, feitas à lança ou à faca de Graefe, são de emprêgo diário e constante em toda a cirurgia do globo ocular; a secção com o escalpêlo, de fora para dentro, a golpes sucessivos, sendo de uma grande utilidade nos casos em que a câmara anterior não existe, ou quando ela é tão estreita que não permite a passagem da faca ou lança sem lesões graves das partes que a câmara contém, é de uso muito pouco corrente; e é pena, porque é certamente a maneira mais fácil e mais lógica, diria mesmo a única, de abrir uma câmara anterior obliterada, supunhamos, por um cristalino luxado. Emprego êste processo muitas vezes e consigo com êle extracções correctas de cristalinos e iridectomias perfectas, em casos onde a ausência de espaço tornaria completamente impossível a execução destas operações pelos métodos clássicos, consagrados pelo uso e pela rotina.

Dentro do terreno da abertura da câmara anterior, o estudo da cicatrização das feridas da córnea assume vasta importância para a regulamentação a haver da «precaução» neste distrito cirúrgico especial.

As conseqüências immediatas de qualquer ferida são de várias ordens: deslocação das partes, abertura dos vasos sanguíneos, presença de substâncias vindas da vizinhança, retracção das partes elásticas, alterações de nutrição. Depois vem a hiperemia, a exsudação, e a migração dos leucócitos, de onde a aglutinação da superfície da ferida pela fibrina, que serve de guia directriz para o crescimento das novas células, e a reabsorção pela fagocitose dos exsudados, dos derrames sanguíneos, de fragmentos degenerados de tecidos. Por fim entra em cena a fase regenerativa onde se realiza o restabelecimento definitivo da continuidade, e possivelmente da função, pela substituição das partes que foram destruídas (Marchand, citado por Borst, 1928).

O cirurgião deverá deixar os tecidos em que operou nas melhores condições para que o processo de cicatrização possa ser realizado sem complicações prejudiciais. Tem de olhar pela exacta aposição dos tecidos que deverão vir a reunir-se, tem de

IPÉCOPAN



SANDOZ

EXPECTORANTE

SEDATIVO

Forma definitiva do pó de Dover no uso terapeutico

FORMAS:

COMPRIMIDOS-MALTEADOS

Tolerancia perfeita

GOTAS

Dosagem precisa

INDICAÇÕES:

Terapeutica sintomatica das vias respiratorias

RESFRIAMENTOS - TOSSES

BRONQUITES - GRIPES

Apazigua a fosse sem embaraçar a expectoração

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

CORRESPONDENCIA

Queira enviar-me IPECOPAN "SANDOZ"
ou ALLISATINE "SANDOZ" sob as formas de :

Assinatura :

Especialista em :

Nome

Morada

Endereço exacto e ligível

ALLISATINE

SANDOZ

Principios activos estabilizados do Allium Sativum

FORMAS:

DRAGEAS

Inodor

Insipido

INDICAÇÕES:

ENTERITES

GASTRO-ENTERITES

DIARREIAS AGUDAS

FERMENTAÇÕES ANORMAIS

HIPERTENSÃO, ETC.

Antidiarreico — Antidispeptico — Antiputrido

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

Productos Farmaceuticos SANDOZ

ANTONIO SERRA, L.^{DA}

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96

LISBOA

Apartado 142

Telefones { 3258 }
Norte { 3259 } P. B. X.

cuidar da necessária nutrição das partes, e tem de evitar a infecção. Nos tecidos de nutrição sanguínea insuficiente a infecção vegeta com luxúria nos resíduos ou na matéria morta que se encontra na ferida, enquanto que, se os deixarmos em boas condições cirúrgicas, rapidamente e activamente irrigados pelo sangue, as poucas bactérias que podem ganhar acesso em qualquer ferida, não obstante os cuidados havidos, são facilmente destruídas pelos tecidos (Mac Callum, 1928).

É nestas condições que a cicatrização é levada a efeito com um mínimo de reacção e também com um mínimo de neoformação celular.

É por isso que a cicatrização das feridas oculares se faz de maneira muito diferente, segundo a ferida é puramente corneana, ou ocupa a região do limbo.

Numa ferida perfurante que ocupa apenas o tecido da córnea, sucede que o humor aquoso se escapa pela solução de continuidade e, embebendo as lamelas da substância própria de um e de outro lábio da incisão, determina a tumescência delas, aumentando-lhes o volume e levando-as a contacto.

A elasticidade das lâminas vizinhas das membranas de Bowman e de Descemet determina uma retracção destas partes relativamente às lâminas centrais da substância própria da córnea, de maneira que são estas apenas que estabelecem o primeiro contacto, ficando de cada lado (interior e exterior) um espaço aberto cuneiforme. O novo humor aquoso produzido vem, a contrário do humor normal, rico em proteínas, coagulável. Este humor, conjuntamente a linfa que exsuda da superfície seccionada da córnea, dá origem a um coágulo fibrinoso que aglutina os lábios da ferida, motivando a sua oclusão primária.

O espaço triangular exterior preenche-o rapidamente uma rôlha de epitélio; provavelmente realiza-se um processo de desabamento mecânico, devido à tensão normal das células do epitélio ser súbitamente aliviada pela acção do corte. As células movem-se no sentido da menor resistência (Parsons, 1904).

O facto do aparecimento das figuras de divisão leva a distância do distrito da ferida, e não na vizinhança imediata dela, dá consistência a esta explicação.

O espaço triangular interior enche-o mais lentamente o endotélio que, proliferando dos dois lados da ferida, lhe reveste a

superfície. Entre os dois bordos encaracolados da membrana de Descemet estende-se uma espécie de cutícula hialina (Wagennann, 1921) produto da actividade das células endoteliaes; porque a membrana de Descemet, estrutura puramente passiva, produzida pelas células do endotélio posterior, não tem poderes recuperativos.

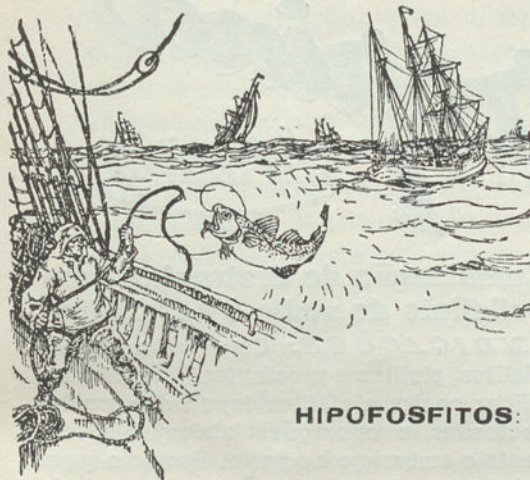
No coágulo fibrinoso e no exsudado celular que primariamente aglutina os lábios da ferida aparece depois o tecido cicatricial fibroso, formado por proliferação dos corpúsculos da córnea. Pouco a pouco este tecido cicatricial, correndo em feixes de fibras de disposição irregular, empurra a rôlha triangular de epitélio, reduzindo-lhe a espessura.

A membrana de Bowman não se regenera.

Um ponto há que merece atenção na cicatrização das feridas da córnea, e vem a ser que, se por qualquer motivo, a formação do coágulo fibrinoso não tiver a prontidão necessária, o epitélio da superfície, insinuando-se ao longo do canal da ferida, pode chegar à câmara anterior, revestindo-a em maior ou menor extensão, com os desastrosos resultados que, por serem óbvios, não são raros. Apanágio das incisões em plena córnea, convém que o cirurgião pense neste risco quando escolhe a situação a dar à secção.

De maneira completamente diferente se faz a cicatrização das feridas que ocupam o limbo da córnea, ou a esclerótica, isto é, em regiões onde existe conjuntiva.

Também aqui há a mesma tendência para a retracção das partes que a incisão apartou, e a união faz-se consecutivamente à deposição do coágulo fibrinoso. Ao mesmo tempo e pelo mesmo processo o retalho conjuntival aglutina-se à esclerótica desnudada, impedindo o epitélio superficial de se insinuar pela ferida abaixo; a união epitelial faz-se apenas ao longo do bordo do retalho conjuntival com a conjuntiva vizinha, necessariamente longe, portanto, da ferida córneo-escleral. O nivelamento da brecha faz-se por proliferação do tecido subconjuntival, especialmente daquele que pertence à parte mais periférica do retalho, isto é, à sua parte escleral, tecido conjuntivo e vasos sanguíneos de nova formação descem do limbo para a ferida, até que mais tarde, na cicatrização definitiva, feixes de tecido conjuntivo, mais ou menos irregularmente dispostos, constituem a cicatriz que, pela sua



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

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

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio de ferro, de quinina e de estricnina
D O S E S :

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.º**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

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

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

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

Cylotropina

Schering

Combinação de Urotropina com salicilato de sodio e de cafeina.

INDICAÇÕES: Casos rebeldes de cistites, pielites e prostatites. Profilático eficaz contra a cistites depois das prostatectomias e operações abdominais, durante o embaraço e o parto. Remedio quasi infalivel contra a retenção post-operatoria de urina. Valioso coadjuvante no tratamento da uretrites gonorréica posterior aguda e crónica. Poderoso desinfectante das vias biliáres.



**EMBALAGENS
ORIGINAIS:**
Para injec. in-
travenosas: caixas
com 5 amp. de 5 c. c.
Para injec. intramuscula-
res: caixas com 5 amp. de 5 c. c.

D. 1013703

Amostras e literatura estão á disposição dos Sres. Médicos
Schering Limitada, Rua Vitor Cordon N.º 7 = 3.º Lisboa.

subseqüente retracção, apaga e oblitera os vasos limbares que tão úteis foram para o processo regenerativo durante o período activo. A esclerótica, pobre em vasos sanguíneos, comporta-se indiferentemente, um tanto passiva, na cicatrização, descansando nas capacidades formativas do tecido subconjuntival, melhor apertado no sentido vascular (T. Henderson, 1907).

Da facilidade de cicatrização destas feridas cobertas pela conjuntiva ressaltam vantagens óbvias para o sucesso operatório, mais seguro e perfeito; contudo pode suceder que, quando um fragmento de cápsula do cristalino fique entreposto aos lábios da ferida, o tecido subconjuntival desça, ferida abaixo, ao longo da superfície capsular, e chegue ao ângulo da câmara anterior, onde, pela sua retracção, é capaz de causar desastrosos efeitos (glaucoma secundário, etc.).

Como se vê, a rapidez e solidez na cicatrização das feridas que atravessam a parede do globo ocular depende sobretudo da vitalidade do retalho conjuntival aderente ao retalho talhado na córnea. É evidente que este retalho conjuntival desempenhará tanto melhor as suas funções reparadoras quanto melhor vascularizado fôr e quanto mais precoce nêle fôr o restabelecimento da circulação. Elschnig (1922) estudou cuidadosamente este ponto, que é de observação fácil, e que muito repetidas vezes tenho feito, seguindo à lupa a turgescência e neoformação vascular, durante a cicatrização da ferida operatória. Este processo realiza-se diferentemente segundo as circunstâncias.

Nos retalhos puramente corneanos a cicatrização permanente faz-se chegando os vasos da rêde capilar marginal relativamente tarde. Mas se o retalho corneano foi feito seguindo o contôrno do limbo, ou se ao longo do seu bordo deixarmos aderente uma orla de conjuntiva, a rêde capilar marginal contida no limbo, da qual depende em grande parte o fornecimento da linfa (van Geuns, 1905) para a nutrição do retalho, será seccionada no primeiro caso e poupada no segundo, resultando desta segunda maneira o restabelecimento rápido e generoso da circulação e, conseqüentemente, melhor nutrição do retalho.

Juntem-se às considerações que acabamos de fazer e que determinam a escolha da forma e extensão a dar ao retalho conjuntival, as que resultam das vantagens que para a ferida derivam de uma selagem provisória rápida ao longo de todo o seu con-

tôrno, impedindo a penetração dos micro-organismos sempre existentes no saco conjuntival, e seremos levados a compreender a primordial e enorme importância que o retalho conjuntival tem em moderna cirurgia ocular.

Eu sei que o retalho conjuntival tira à operação algum do seu brilho espectacular, não permitindo a execução totalmente exangue que facilmente se consegue incisando a dentro do limbo, em plena córnea transparente, mas o que deixo dito mostra tão sobejamente as vantagens do retalho conjuntival que, não o fazer, é certamente hoje êrro grave.

O retalho conjuntival é pois um elemento de valiosa importância na técnica de «precaução», porque promove a selagem rápida da ferida e portanto diminue as probabilidades de infecção, aumenta a rapidez da cicatrização, vitaliza o retalho da córnea pelo afluxo de sangue e linfa, abriga das incursões de epitélio na câmara anterior, deixa cobertos os pequenos prolapsos accidentais da íris, tão freqüentes em algumas operações, os quais também às vezes são propositados (glaucoma), e, finalmente, tornam possível e fácil a sutura da ferida operatória.

A questão da sutura nas operações intra-oculares tem passado por fases várias de favor e de desvalimento. Ora condenadas por inúteis, mesmo prejudiciais, favorecendo a infecção, causando opacidades cicatriciais da córnea (sutura córneo-conjuntival), promovendo perdas de vítreo, quando passadas as agulhas no final, para remediar um precalço operatório já existente (ferida que tende a escancarar-se sob a pressão interior, etc.), ora louvadas como adjuvantes preciosos quando executadas com tino e previsão.

Com a técnica de «precaução» actual não pode haver dúvida do seu extremo préstimo. Convém pensar na necessidade eventual da sutura e passar o fio, afastando a ansa, apontando o nó, sem o apertar, logo após a incisão limbar (refiro-me aqui à operação da catarata). Esta precaução não estorva a execução dos seguintes tempos operatórios e, no fim, nada mais há a fazer do que apertar o nó. Actualmente procedo assim em todas as operações de catarata, a sutura prévia é sempre conjuntival — une o retalho conjuntival aderente à córnea com a conjuntiva que reveste a esclerótica; — apertado êste ponto central, nada impede que, quando necessário, já terminada a operação, se lhe juntem mais duas suturas (três ao todo), uma de cada lado da primeira.

Com a acinesia, a injeção retro-bulbar e o fio de tracção, não há o menor risco em fazê-lo.

A eficácia destas suturas é demonstrada por esta observação corrente: quando, terminada a operação e apertadas as suturas, introduzo uma cânula para lavar a câmara anterior, o líquido injetado restabelece imediatamente a câmara, entra, enche-a, mas não sai. Para efectuar a corrente lavadora tenho de afastar com uma espátula os bordos da conjuntiva no interstício de duas suturas.

Mais, quando o vítreo aparece, enchendo a câmara anterior e saindo pela ferida, apertam-se as suturas e então uma injeção de ar estéril faz recolher o vítreo, empurrando-o para os seus domínios (Elschnig, 1931), processo novo êste (outra «precaução») que estou experimentando com satisfação.

Suturas assim feitas realizam uma segurança evidente, promovem a rapidez da cicatrização primária e, sem que possam ser acusadas de perigosas ou difíceis, contrariam a abertura imediata da ferida operatória, tão freqüente nas primeiras horas que seguem a operação.

As considerações expostas provêm da experiência pessoal colhida em muitos anos de trabalho, recolhida de muitos milhares de operações.

O segredo da eficiência em cirurgia ocular consiste na perfeição da técnica de «precaução», que permite a realização exacta e inócua de ousadas concepções operatórias. Sem a «precaução» os planos cirúrgicos melhor gizados esbarram na impossibilidade e no desastre, com ela o operador progride e o índice estatístico da eficácia melhora. O meu tem melhorado.

LITERATURA

- 1898 — TCHERNING. — *Optique physiologique.*
- 1899 — PANSIER. — *L'extraction de la cataracte par incision avec lambeau conjonctival adhérent. Ann. Ocul. 32.*
- 1900 — THEOBALD. — *Diseases of the lacrymal apparatus. System of diseases the eye.*
- 1903 — L. MÜLLER. — *Ein Operationsverfahren für komplizierte Stare und luxierte Linsen. Klin. Mbl. Augenheilk. 41, 1.*
- » — T. AXENFELD. — *Die Extirpation des Tränensackes zur Prophylaxis der septischen Infektion der Berufsverletzungen des Auges. Klin. Mbl. Augenheilk.*
- 1904 — J. R. PARSONS. — *The pathology of the Eye.*

- 1905 — V. MORAX. — Semiologie Oculaire. *Encyclopédie Française d'Ophthalmologie*. Tòmo IV.
- » — VAN GEUNS. — Lymphbahnen der Hornhaut. *Encyklopédie der Augenheilkunde*.
- 1906 — HAAB. — Atlas und Grundriss der Augenoperationen.
- 1907 — AXENFELD. — Die Bakteriologie in der Augenheilkunde.
- » — TH. HENDERSON. — A histological study of the normal healing of wounds after cataract extraction. *Ophthalmic Review*. Volume 26.
- 1908 — W. CZERMAK. — Die Augenärztlichen Operationen.
- » — J. HIRSCHBERG. — Geschichte der Augenheilkunde. Graefe-Saemisch Handb. Bd. 13.
- 1910 — GRADLE. — Zur Technik der bakteriologischen Untersuchung des Bindehautsackes vor Staroperationen. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 1.
- » — LIERBERMANN. — Die Durchspülung des Tränennasenkanals zu diagnostischen Zweck. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 48,2.
- » — MAYOU. — The bacteriology of the normal conjunctiva. *Ophthalmoscope*. Pág. 554.
- » — RÖMER. — Lehrbuch der Augenheilkunde.
- » — VALUDE. — Technique chirurgicale. *Encyclopédie Française d'Ophthalmologie*. Tòmo 9.
- » — BEARD. — Ophthalmic Surgery.
- 1911 — COLLINS and MAYOU. — Pathology and Bacteriology.
- » — GRADLE. — The excretion of urotropin into the anterior chamber of the eye. *Ophthalmic Record*. Pág. 110.
- » — C. HESS. — Pathologie und Therapie der Linsensystems. Graefe-Saemisch Handb. III Aufl.
- » — POWERS. — Woods System of Ophthalmic Operations.
- » — VARD HULEN. — The vacuum extraction of the lens in its capsule. *Journ. Amer. Med. Assoc.*
- » — C. WOOD. — A system of Ophthalmic operations.
- 1912 — SIMPSON. — Intracapsular extraction after the method of Prof. Stanculeanu. *Ophthalmic Review*.
- » — STANCULEANU. — Intrakapsuläre Staroperation. *Klin. Mbl. Augenheilk.*
- 1913 — LIÉGARD. — Une modification au procédé de suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. *Ann. d'Ocul.* 149.
- 1914 — ELSCHNING. — Muskelzügelnaht zur Fixation des Augapfels. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 52.
- » — VAN LINT. — Paralysie palpébrale temporaire provoquée dans l'opération de la cataracte. *Ann. d'Ocul.* Tòmo CLI.
- 1918 — HERTEL. — Die nichtmedikamentöse Therapie der Augenkrankheiten. Graefe-Saemisch.
- 1919 — VAN DER HOEVE. — Ein Verfahren zur Verbeugung von Glasskörpervorfall. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 62.
- 1920 — K. W. ASCHER. — Über die Extraktion des Altersstares in der Kapsel nach Smith. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 64.
- » — BARRAQUER. — Phakoerisis. Extraction du cristallin dans la capsule à l'aide de l'erisiphake. *Ann. d'Ocul.* 157.

- 1920 — BRAUNBERGER. — Diskussion zu E. Marx Starausziehung nach Barraquer. Ref. *Klin. Mbl. Augenheilk.*
- » — GRIMSDALE and BREWERTON. — Text-Book of Ophthalmic Operations.
- » — COLIN. — Un cas de renversement du lambeau après une paralysie temporaire des paupières dans une opération de cataracte. *Ann. d'Ocul.* 157.
- » — ROCHAT. — Akinesie bei Augenoperationen. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 65.
- 1921 — J. MELLER. — Augenärztlich Eingriffe.
- » — TERRIEN. — Chirurgie de l'Oeil.
- » — A. VOGT. — Atlas der Spaltlampenmikroskopie des lebenden Auges.
- » — WAGENMANN. — Verletzungen des Auges. Graefe-Saemisch Handb. der ges. Augenheilk.
- 1922 — ELSCHNIG. — Allgemeines über die Vorderkammer eröffnende Schnitte. Operationslehre. Graefe-Saemisch Handb.
- » — FLEISCHER. — Operationen an der Tränenorganen. Operationslehre. Graefe-Saemisch Handb.
- » — E. FRANCKE. — Idem.
- » WESSELY. — Idem.
- » — ERGELETT. — Die Untersuchungsmethoden. Graefe-Saemisch Handb.
- » — L. KOEPPE. — Die Mikroskopie des lebenden Auges.
- 1923 — POULARD. — Traité d'Ophthalmologie.
- 1925 — TH. AXENFELD. — Wundinfektionen und Komplikationen bei der Staroperationen. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 72.
- » — E. JACKSON. — Editorial. *American Journ. Ophthalmology.*
- 1926 — O'BRIEN e OUTROS. — *Journal of the American Med. Association.* Jan. 7.
- » — VAN HEUVEN. — Eine methode für Akinesie bei Augenoperationen. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 76.
- » — E. STARLING. — Principles of Human Physiology.
- 1927 — TH. AXENFELD. — Infektion und Disposition in der Augenheilkunde. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 79.
- » — D'AUTREVAUX. — Précis de Technique Histo-bacteriologique Oculaire.
- » — BORGES DE SOUSA. — Detalhes técnicos na extracção do cristalino. *Jorn. da Soc. das Ciências Médicas.* xcii.
- » — V. HERRENSCHWAND. — Die pathogenen Mikroorganismen des Auges.
- » — GILBERT. — Handbuch der Kinderheilkunde von Pfander und Schlosmann. vi Bd.
- » — K. KOFFLER u. J. URBANEK. — Vereinfachung und Verbesserung der West-Poliak'schen endonasalen Tränensackoperation.
- » — MEESMANN. — Die Mikroskopie des lebenden Auges.
- 1928 — ASCHER. — Zur Verbesserung der Akinesie bei Staroperationen. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 81.
- » — BORST. — Die pathologische Wachstum. *Pathologische Anatomie von Aschoff.*
- » — T. AXENFELD. — Infektionen der Conjunctiva. *Kolle u. Wassermann: Handb. der pathol. Mikroorganismen.* iii Auf. vi Bd.
- » — W. G. MAC CALLUM. — Text-book of Pathology.

- 1928 — V. HIPPEL. — Hornhaut: Handb. der spez. pathologischen Anatomie u. Histologie. Henke u. Lubarsch. XI/1.
- » — W. LÖHLEIN. — Bindehaut: idem.
— Post-operative cataract infections. *Journal of the American Med. Association* December 22.
- 1930 — A. VOGT. — Lehrbuch und Atlas der Spaltlampenmikroskopie des lebenden Auges.
- 1931 — BORGES DE SOUSA. — Une nouvelle méthode en chirurgie oculaire. Emploi des rayons ultra-violets. *Ann. d'Ocul.* TÔMO CLXVIII.
- » — A. ELSCHNIG. — Alterstarextraktion in der Kapsel. *Zeitschrift f. Augenheilk.* 75.
- » — F. STARLINGER. — Schmerzverhütung.

ESPONDILOSE RIZOMÉLICA GONOCÓCICA (1)

(SÔBRE DOIS CASOS FAMILIARES)

POR

DIOGO FURTADO e AUGUSTO DE ESAGUY

A espondilose rizomélica, descrita primeiro por Strümpell (1897) com o nome de rigidez anquilosante da coluna, e baptizada depois por Pierre Marie (1898) com o nome hoje vulgarizado, e justificado pela freqüente coexistência de anquilose nos artículos proximais dos membros, parece ser, numa grande percentagem de casos, de etiologia gonocócica.

As primeiras descrições de Strümpell atribuíam um papel primordial, se não exclusivo, aos traumatismos sofridos pela coluna; P. Marie, Leri, e os numerosos autores, sobretudo franceses, que do assunto se têm ocupado são unânimes em considerar imerecido aquele papel, valorizando pelo contrário a acção das infecções como nítido factor etiológico da estranha afecção.

Assim, sucessivamente, a sífilis, a tuberculose e a blenorragia, entre outras, perpassam nas opiniões dos diferentes autores como sendo o factor primitivo causador da doença.

À medida, porém, que as observações se vão multiplicando, uma causa avulta, por cada vez mais freqüente, sôbre todas as demais: a blenorragia. Em quâsi todas as observações de espondilose rizomélica, mesmo naquelas em que os autores foram atribuir a doença a outra etiologia, nós pudemos encontrar a blenorragia na anamnese dos doentes (vid. André Leri — pág. 452).

Dada essa anamnese, a presença de focos infecciosos gonocócicos (vesiculites, prostatites, cowperites, etc.), a persistência de anticorpos específicos no sôro, a reacção focal determinada pelas vacinas antigonocócicas e a sua benéfica acção sôbre o decurso

(1) Entregue para publicação em 10-IX-931.

da doença, e ainda a falta de antecedentes e provas somáticas de outra origem, a etiologia gonocócica de grande número de casos da doença fica devidamente estabelecida; em muitos dos restantes a simples existência de blenorragia nos antecedentes do doente torna-a presumível.

A espondilose rizomélica não será, assim, a maior parte das vezes, mais do que uma localização vertebral da gonocócica, confundindo-se a sua etiologia com a etiologia geral das localizações articulares do gonococo.

As duas observações que se seguem, e a propósito das quais se nos sugerem estas considerações, têm para a etiologia um interesse particular: é que elas vêm de novo levantar o problema da predisposição familiar para as localizações articulares da doença.

A causa determinante é na imensa maioria das vezes uma blenorragia uretral, em raríssimos casos uma conjuntivite gonocócica ou uma blenorragia anal; esta causa porém não explica, só por si, a razão porque nalguns casos se dão localizações articulares, ao passo que, na maioria, elas não existem.

E, assim, têm sido apontadas várias causas predisponentes, que no entanto não conseguiram ainda reünir o favor unânime dos autores.

As afecções articulares agudas anteriores, a sífilis, a tuberculose, as insuficiências poliglandulares, os traumatismos, têm sido apontados sem que, a despeito de alguns casos demonstrativos, se tenha conseguido provar a constância da sua acção.

Também a evolução da uretrite parece não ter acção sobre o desenvolvimento das artrites gonocócicas; da mesma forma a existência de gonococos artrófilos não está de modo algum comprovada, embora sejam bastante sugestivas as observações de Vaquez e Laubry, Bezançon e Weil, Lesné, e as experiências de Ahmann.

Finalmente a predisposição familiar tem tido igualmente alguns adeptos. M. Müller viu dois irmãos que, infectados em origens diferentes, sofreram ambos de septicémia gonocócica com localização articular.

Brunsgaard e Thjotta referem-se a dois irmãos que no decurso de blenorragias agudas fizeram, entre outras complicações, artrites gonocócicas; e H. Mondor, no seu completo livro sobre

Termómetros Clínicos “Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.

Representantes para Portugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

Perfeita Tolerancia da créosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

PARIS (8º)

GRIPPE

RACHITISMO

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoïdarios.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA
*Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo da figado
e dos intestinos.*

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

Amóstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos

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

LISBOA MEDICA

VIGANTOL

Marca registrada

Preparado de Vitamina-D estandardizada de alta eficiência. Em dosagem terapêutica de boa tolerância e sem efeitos secundários: promove o crescimento dos ossos e o desenvolvimento dos músculos, favorece a cura de afecções osseas (osteopatia, tuberculose ossea, fracturas), impede perturbações da odontogenese, actua favoravelmente sobre a consolidação do esmalte dentário e sobre a consolidação dentária, aumenta o apetite e o metabolismo geral.

Aumenta a defesa orgânica contra as moléstias da lactância e da infância.

Impede o raquitismo e protege a mãe na gravidez e no período de lactação, contra a descalfificação do organismo, que se manifesta nos transtornos da dentadura, dores articulares, osseas e musculares.

Embalagens originaes:

Oleo de Vigantol (1 c. c. contem 50 unidades clinicas), conta-gotas de 10 e 50 c. c.
Drageas de Vigantol (1 dragea contem 10 unidades clinicas), caixas com 50 e frascos com 250 drageas.



«Bayer-Melior-Lucius»

Secção Farmacéutica Científica
I.C. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Leverkusen (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»
AUGUSTO S. NATIVIDADE
Rua dos Douradores, 150, 3.º
LISBOA

E. MERCK

Fábrica de Produtos Químicos
DARMSTADT (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

«Arthrites gonococciques», refere que Ch. Foix lhe relatara a circunstância de dois irmãos terem ambos complicado as suas blenorragias agudas de espondiloses rizomélicas.

Nas nossas observações trata-se de pai e filho, que tendo ambos contraído blenorragia, em épocas e origens inteiramente diferentes, vieram a padecer de espondiloses rizomélicas de evoluções análogas. Parece deduzir-se destas observações que realmente existe um factor constitucional hereditário, que condiciona a localização articular das noxas que incidem sobre o organismo.

A favor desta idea militam também os factos numerosos de indivíduos, que tendo numa primeira infecção blenorragica sofrido de localização em determinada articulação, vêm em posteriores reinfecções a sofrer de novas localizações, em artículos diferentes do atingido primeiro.

Quanto à natureza deste factor, à sua importância e frequência, tudo o que pudésemos dizer seria prematuro, e, possivelmente, errado.

Outro ponto, ainda, que pretendemos tornar saliente é a extrema variabilidade do período de incubação da espondilose gonocócica. Ao passo que nuns casos, como succede na nossa obs. I, as manifestações vertebraes se dão a conhecer ainda dentro do período agudo da blenorragia, noutros, como no caso de Bouchard, medeiaram entre a blenorragia e a aparição da espondilose trinta e um anos.

Neste último, porém, como na grande maioria dos casos, um exame metódico e cuidado do aparelho urogenital permitiu despistar um foco latente de infecção gonocócica.

CASO I. — J. E. R., 33 anos, casado, comerciante, residente na Ilha do Fogo (Arquipélago de Cabo Verde). Observado em 14-VII-1931.

ANAMNESES:

Doença actual. — Há cerca de cinco anos que contraíu a blenorragia em que filia o padecimento actual. Começou logo fazendo tratamento local com lavagens uretraes e vesicais, e o corrimento, a princípio muito abundante, diminuiu um pouco, não tendo aparecido, até cerca de um mês depois, quaisquer complicações. Nessa altura (pouco mais ou menos um mês após o aparecimento do corrimento uretral) sentiu dores intensas e dificuldade de mobilização na anca do lado esquerdo, que alguns dias depois se estenderam a outros artículos (cotovêlo esquerdo, ambos os joelhos, carpo-metacárpicas e metatarso-falângicas); os sintomas eram os já citados, de dor espontânea e

mobilidade dolorosa, acompanhados de tumefacção apenas nas articulações da mão. Estas artrites, porém, não eram duradouras; desapareciam com frequência, de um dia para o outro, os incómodos de uma articulação para aparecerem noutra que ainda não havia sido atingida. Não tinha febre nem suores ou quaisquer outros sintomas gerais apreciáveis.

Por fim foram as articulações vertebrais atingidas: tinha dor nas regiões cervical e lombar superior, e qualquer tentativa de mobilização, sobretudo do pescoço, era impossível pelas agudas dores que provocava.

Esteve nove meses acamado, com a coluna vertebral imóvel; quando se ergueu, a mobilização da coluna era já quasi nula, pouco se tendo reduzido de então até hoje. Os movimentos laterais do pescoço são insignificantes; é impossível toda a tentativa de flexão ou torção da coluna. Esta imobilidade é acompanhada de dores ao nível das vértebras; já há algum tempo (6 meses) sente também, a espaços, dores que irradiam desde a raiz dos membros, sobretudo das coxas, exageradas pela tosse e pelo esforço, devendo pela descrição tratar-se de radiculalgias. Não há perturbações graves da mobilidade de outras articulações. Não acusa alterações motoras, sensitivas ou esfincaterianas.

História progressa. — Nasceu e sempre tem vivido na Ilha do Fogo (Cabo Verde). Nega toda e qualquer doença, salvo a blenorragia e as complicações apontadas. Nega sezonismo e lues.

Hábitos. — Bebia bastante aguardente, até que há quatro anos deixou de a beber. Fuma pouco.

Cabeça. — Raras cefaleias.

Aparelho cardio-pulmonar. — Anamnese negativa.

Aparelho gastro-intestinal. — Idem.

Sistema nervoso. — Idem.

Antecedentes familiares. — Pai sofrendo de doença inteiramente análoga (ver caso II). Mãe saudável e negando abortos.

Status præsens. — Indivíduo com aparência de 30 anos, do tipo morfológico longilíneo micro-esplâncnico, normosómico; de tez mulata e cabelos encarapinhados. Apirético. Inteligência bastante desenvolvida. Estado de consciência lúcido.

Crânio. — Normal.

Face. — Idem.

Órgãos dos sentidos. — Idem.

Tórax. — Respiração do tipo abdominal (por imobilidade das costelas durante a respiração). Tórax equirresistente, sem pontos dolorosos.

Pulmões. — Vibratilidade e ruído de percussão normais. Murmúrio vesicular normal.

Coração e vasos. — Apex no 5.º espaço, um dedo para fora da linha do mamilo. Área cardíaca de dimensões normais à percussão. Tons puros, um pouco arrastado o 1.º tom na ponta. Artérias moles e depressíveis, pulso de tensão e recorrência normais. T. A.: Mx. 140, Mn. 80.

Abdomen. — Mole e depressível, indolor, não se palpando baço.

Coluna vertebral. — Imobilidade completa das colunas dorsal e lombar. Na coluna cervical persistem ligeiros movimentos laterais; ausência completa

de movimentos de flexão e inclinação lateral. Não há dor à percussão da coluna; não há cifose, e nota-se o desaparecimento das curvaturas normais da coluna, apresentando-se a linha das apófises espinhosas como uma recta, tanto no sentido ântero-posterior, como no sagital, apenas com ligeira escoliose lombar de concavidade direita.

Membros. — Mobilização activa e passiva das várias articulações, de extensão normal. Apenas a elevação do braço esquerdo parece um pouco limitada (anquilose, em início, da escápulo-humeral esquerda?).

Exame neurológico. — Pupilas iguais e reagindo normalmente. Nervos cranianos normais.

Reflexos tendinosos normais e iguais, o mesmo sucedendo com os cutâneos. Sensibilidades normais. Marcha, apenas perturbada pela rigidez da coluna lombar

Aparelho génito-urinário. — Filamentos curtos em ambos os copos, mais abundantes e mais curtos no segundo. Meato: 18. Uretra: 16. Sem apertos. Prostatite e vesiculite direita. Capacidade vesical: 290 c. c.

Diagnóstico clínico. — Espondilose rizomélica de origem gonocócica.

Exames radiológicos — Executaram-se numerosas radiografias (Drs. Gentil Branco e Pereira Caldas) dos vários segmentos da coluna e das articulações proximais dos membros. As da coluna mostram ossificação dos vários ligamentos de união das vértebras: ligamento vertebral comum anterior, ligamentos intertransversários, amarelos e interespinhosos. A ossificação é menos acentuada nestes últimos. Há integridade dos meniscos intervertebrais e não se nota a descalcificação das vértebras, apontada por muitos autores e considerada mesmo por alguns como o fenómeno primitivo e essencial da afecção. Há também anquilose das articulações costo-vertebrais. Nas articulações dos membros apenas se nota a descalcificação da cabeça do humero do lado esquerdo. Reproduzimos algumas dessas radiografias.

Exames laboratoriais. — Reacção de Wassermann: negativa.

Urinálise: normal.



Fig. 1

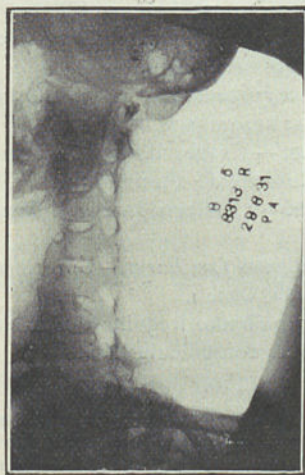


Fig. 2

Doseamento do cálcio no sangue (Dr. Carlos Trincão). Método de Clark-Collip, 0,0116 grs. $\%$. Doseamento do fósforo (Dr. Carlos Trincão). Método Bell-Doisy-Briggs, 0,02373 grs. $\%$ (valores normais).

Espermocultura: encontraram-se colónias de gonococos de Neisser. Após injeção de vacina antigonocócica o doente sentiu dores intensas da coluna. Fez-se então recolha da urina, injeção vesical, seguida de expressão digital da próstata e vesículas seminais, e pesquisa do gonococo nos sedimentos (da urina e do líquido injectado).

Resultado: encontraram-se numerosos gonococos.

A reacção de fixação do complemento (Oppenheim) não se efectuou por não termos encontrado antigénio no mercado.

Velocidade de sedimentação (1) (Westergreen) 8,5 (normal 3-6).

CASO II (comunicado). — A. J. R., 62 anos, casado, comerciante, residente na Ilha do Fogo. Observação referida na mesma data.

ANAMNESES:

Doença actual. — Blenorragia crónica há vinte anos. Tratamento irregular desde o início, mantendo-se a uretra infectada à data da observação. Gota militar. Dois anos depois do início da blenorragia sentiu dores vivas na coluna cervical e dificuldade de mobilização da anca esquerda. Mialgias intensas na região cervical direita. Negava febre no início da doença, ou no decorrer dela, mantendo bom estado geral. Um mês depois completa imobilização do pescoço. Flexão, e torsão, da coluna cervical são quasi nulas. Esta imobilização estendeu-se aos restantes segmentos da coluna, progressivamente.

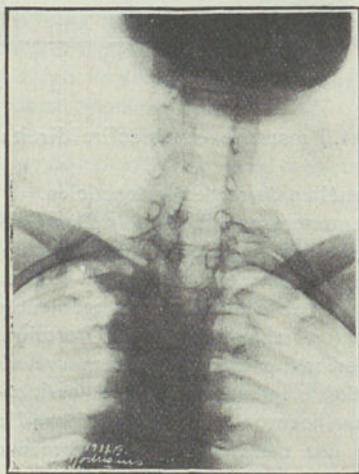


Fig. 3

História pregressa. — Febre tifóide aos 30 anos; sezonismo.

Hábitos. — Exagerado uso de bebidas alcoólicas e café. Fuma muito.

Cabeça. — Cefaleias intensas. Tonturas.

Antecedentes familiares. — Um irmão sofre de reumatismo crónico, o filho consta da Obs. 1.

Status praesens. — Mestiço, do cabelo encarapinhado. Regular estado de conservação. Apirético, inteligência viva, estado de consciência lúcido.

(1) A velocidade de sedimentação globular, que tem sido por um de nós particularmente estudada, tem uma importância grande, sobretudo no prognóstico das artrites crónicas. A V. S. é elevada nas afeições articulares inflamatórias, tal não sucedendo nas puramente degenerativas (artroses de Coste e Lacapère). A persistência de um valor elevado parece indicar que o processo está ainda em evolução.

Coluna vertebral. — Completa imobilidade das colunas dorsal e lombar. Movimentos reduzidos da coluna cervical, quasi nulos. Percussão da coluna negativa. Cifose dorso-lombar acentuada. Restantes órgãos e aparelhos normais.

Diagnóstico clinico. — Espondilose rizomélica de origem gonocócica.

Sob o ponto de vista do diagnóstico diferencial a nossa obs. I não pode deixar dúvidas: trata-se realmente de uma espondilose rizomélica cuja etiologia é necessariamente gonocócica.

A falta de antecedentes reumatismais nítidos (a despeito da estranha evolução da poliartrite primitiva deste caso, que de resto é também possível na gonocócica), a imagem radiológica em que faltam por completo as neoformações ósseas, e a falta de participação das pequenas articulações das extremidades que costuma coexistir no reumatismo vertebral (poliartrite deformante acromélica) põem de parte as afecções reumáticas da coluna (espondilites, lombartrias).

A cifose heredo-traumática e a doença de Kummel-Verneuil, que, possivelmente até, não constituirão mais do que uma única entidade clínica, são excluídas pela falta de trauma, pela ausência de cifose e pela evolução e extensão da doença.

Estes últimos caracteres excluem também o mal de Pott. Na camptocormia (Souques) não existem lesões radiológicas. Finalmente a miosite crónica ossificante pode ainda acarretar confusões diagnósticas. Doença rara, no seu estado terminal, por ossificação dos músculos da nuca e das goteiras vertebraes, pode chegar a um quadro clínico bastante análogo ao da espondilose rizomélica.

Distingue-se porém: pela anamnese em que se encontra uma fase de nódulos musculares múltiplos, com caracteres inflamatórios; pela palpação de nodosidades ósseas na espessura dos músculos e pela falta de lesões radiológicas das vértebras (exclusão feita de uma certa tumefacção das apófises espinhosas, que é frequente).

Ao nosso caso II, a despeito da insuficiente documentação que dele temos, parecem ser aplicáveis as mesmas considerações diagnósticas.

Como se sabe, Bechterew pretendeu distinguir duas formas de espondilose rizomélica: uma, a que chama de Strümpfel-Marie, caracterizar-se-ia pela marcha da anquilose de cima para

baixo, pela posição em extensão e pela falta de sintomas radiculares; a outra, a que ficaria ligado o seu nome, caracterizada pela cifose, pelo início lombar e pelos sintomas sensitivos, a maior parte das vezes precedendo, até, a anquilose da coluna.

Esta distinção não nos parece dever subsistir, visto a maior parte dos casos, como os nossos, possuírem aspectos de uma e outra fôrma; de resto os autores alemães mais modernos (Fraenkel, Simmonds) consideram já estas formas como uma única, a que chamam espondiloartrite anquilopoética. A êste nome, que êles propõem, continuamos, porém, a preferir o de espondilose rizomélica dos autores franceses que tem, pelo menos, a vir-

tude de evidenciar melhor a tão freqüente comparticipação das articulações proximais dos membros.



Fig. 4

Resta-nos fazer algumas considerações, a respeito da patogenia da afecção. Pretendiam P. Marie e Léri que a espondilose rizomélica, não sendo anatômicamente mais do que uma menisco-ligamentite ossificante, fôsse precedida constantemente de uma fase de rarefacção vertebral, da qual a ossificação de meniscos e ligamentos seria apenas a compensação fisiológica.

Baseavam-se aqueles autores numa observação de Hillton

Fagge, em que havia uma intensa rarefacção vertebral, e numa autópsia de doente seu (1906) na qual havia realmente acentuada rarefacção óssea em epífises de ossos longos e nos ossos da bacia, mas em cuja descrição se não fala de rarefacção vertebral.

Em numerosas observações de espondiloses rizomélicas publicadas posteriormente esta descalcificação vertebral não foi observada; o mesmo sucede na nossa obs. I.

Parece-nos portanto haver aqui uma errada relação de causa e efeito; é mais razoável admitir o processo de ossificação dos meniscos e ligamentos como primitivo, explicando-se a descalci-

ficção, umas vezes vertebral, outras vezes de epífises distantes, pela deslocação dos materiais necessários àquela ossificação.

Esta mesma opinião foi já emitida por R. Silva (de Montevideu) a propósito também de dois casos de espondilose gonocócica. Êste autor trouxe para a resolução da questão um argumento que nos parece importante, a comparação com o que se passa na miosite ossificante. Também nesta afecção, a que atrás já nos referimos, há uma acentuada rarefacção óssea, que só pode ser atribuída ao desvio dos materiais osteogénéticos para os focos de ossificação intramusculares. Processo análogo se passaria com a menisco-ligamentite ossificante da espondilose rizomélica.

Léri aduziu ainda, a favor da idea da rarefacção óssea primitiva, alguns argumentos clínicos facilmente rebatíveis. São êles:

1) A postura em flexão da coluna, como se tivesse cedido ao peso do corpo. Em primeiro lugar, em muitos casos de espondilose rizomélica, entre êles o nosso, não existe esta flexão. Quando existe explicam-na Freundel e Froussard por uma atitude de defesa contra a dor, na qual a anquilose surpreenderia a coluna.

2) A anquilose seria precedida por um período de dores, que atestaria a já anterior evolução do processo mórbido. Parece-nos

que a inflamação dos ligamentos vertebrais, que precederia a anquilose, seria também susceptível de as produzir.

3) A ossificação predominaria na convexidade das curvaturas, como processo tendente a limitar a flexão, que a rarefacção vertebral permitiria. Esta constatação de Léri não está de acôrdo com o observado pela maioria dos autores, e até com a nossa própria obs. I: a ossificação é menos acentuada nos ligamentos inter-espinhosos, muito mais, pelo contrário, no ligamento vertebral comum anterior.

Concluindo: consideramos a etiologia gonocócica como a mais



Fig. 5

frequente se não exclusiva nas espondiloses rizomélicas; consideramos que, secundária à localização do gonococo, a menisco-ligamentite ossificante constitue o *abstractum* anatómico da afecção.

BIBLIOGRAFIA

- A. STRUMPELL. — *in* Tratado de Patologia.
- P. MARIE. — Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris. 11-11-1898. *Révue de Médecine*. IV-1898.
- P. MARIE et A. LÉRI. — Soc. Méd. des Hôpitaux 24-11-1889. *Iconographie de la Salpêtrière*. N.º 1. 1900.
- LESNÉ et LANGLE. — *in* Traité Méd. Roger-Widal-Teissier. Vol. xx.1.
- G. MARINESCO. — *Idem*.
- H. MONDOR. — Les arthrites gonococciques. Masson ed.
- VAQUEZ et LAMBRY. — *Bull de la Soc. Méd. des Hôpitaux*. 1902.
- BEZANÇON et WEIL. — Soc. Méd. des Hôpitaux. (29-III) 1923.
- AHMANN (G.). — *Arch. für Dermatologie und Syphil.* Vol. xxxix. N.º 3. 1897.
- BRUNSGAARD et THYOTTA. — *Anal. de Dermat.* Pág. 114. 1925.
- BOUCHARD. — *Zeits. f. Klin. Med.* Lxii. Pág. 19. 1917.
- M. ROSA et DIOGO FURTADO. — *Lisboa Médica*. N.º 12. 1930.
- J. FORESTIER. — *Monde Médical*. 794 (1931).
- PEHU et HOKAND. — *Gazette des Hôpitaux*. 1905.
- RÓMULO SILVA. — *Anais da Faculdade de Med. de Montevidéu*. Tõmo 1. (1916).
- ANDRÉ LÉRI. — Les affections des os et articulations. Paris. Pág. 452. 1926.
- Études sur les affections de la colonne vertébrale. Paris. 1924.
- CUATRECASES. — Consideraciones sobre la localización de algunos síndromes reumáticos. *Rev. Esp. de Med. y Cirurg.* Set. 1926.
- BENASSI e RIZATTI. — *Riv. di Patologia Nervosa e Mentale*. Vol. xxxviii. Fasc. 1.

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules
Émulsion - Comprimés
54 centigr. d'iode par cm³

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

22, Rue du Landy
S^t-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

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

Metodo cytophytatico do Professor Pierre Delbet

Comunicações as sociedades scientificas e em especial a Academia de Medicina
Sessões de 5 de Junho, 10 de Julho, 13 de Novembro de 1928; 18 de Março de 1930

DELBIASE

estimulante. biologico geral

■ por hypermineralisação magnesia do organismo ■

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet

Principais indicações :

Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares

Perturbações neuro-musculares - Asthénia nervosa

Perturbações cardiacas por Hypervagotonia

Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso

Perturbações urinarias de origem prostatica

- Prophylaxio do Cancer -

dose : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, rue Vivienne - PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Clnica de Oto-rino-laringologia — Professor Dr. Carlos de Mello

DOIS CASOS DE SINUSITE MAXILAR CRÓNICA LATENTE

POR

L. C. CHARTERS D'AZEVEDO

Assistente voluntário

Nas inflamações crónicas dos seios para-nasais a mucosa de revestimento pode reagir por duas formas diferentes à infecção: edemaciando-se e hipertrofiando-se ou esclerosando-se e supurando.

Durante muito tempo supôs-se, seguindo o ensinamento de Killian, que nas infecções crónicas das cavidades anexas às fossas nasais o edema e a hiperplasia da mucosa representavam a primeira fase, mais ou menos duradoura, da inflamação crónica, evolucionando esta finalmente para o estado fibroso, caracterizado por esclerose da mucosa e supuração.

Um dos progressos mais interessantes, sob o ponto de vista clínico, realizado durante os últimos anos no estudo das sinusites crónicas, foi o de estabelecer definitivamente a completa independência das duas fases citadas; por outras palavras, constatar que há certas sinusites crónicas em que a mucosa permanece edematosa e hiperplástica e outras em que a mucosa supura, esclerosando-se. Ao lado, pois, de sinusites crónicas em que a supuração é o fenómeno marcante — sinusites crónicas supuradas — existem

sinusites crónicas sem pus ou qualquer secreção, mas acompanhadas de hiperplasia da mucosa, sinusites que no serviço de oto-rino-laringologia da Faculdade de Medicina de Lisboa foram denominadas *latentes*.

Nestas sinusites crónicas latentes, a aspiração praticada por um trocarte introduzido no interior do seio, quer através a sua parede nasal, quer através a parede facial, não consegue descobrir pus ou qualquer outro líquido inflamatório. A punção é negativa, como costuma dizer-se abreviadamente, e no entanto o seio está doente, como revela a sua mucosa de revestimento hiperplasiada e infiltrada. Quere isto dizer, pois, que a punção do seio maxilar, ao contrário do que os livros didáticos afirmam, nem é a melhor, nem, muito menos, o meio infalível de diagnosticar uma sinusite crónica. Se esta fôr purulenta, claro que a punção revelará na maioria dos casos a existência de pus e o diagnóstico será fácil. No caso da sinusite latente, porém, a punção será negativa e no entanto o seio está lesado. Incidentalmente deve advertir-se que uma punção positiva não implica necessariamente que o seio puncionado esteja doente. Implica sim que êle contém pus, mas êste pode provir de outra cavidade para-nasal e depositar-se no seio puncionado (pio-sinus).

Voltando às sinusites maxilares crónicas latentes, acentuemos que elas são caracterizadas clinicamente por sinais negativos: punção negativa, exame rinoscópico negativo.

Para complicar o problema, o exame da face pelos raios X dá na maioria dos casos resultados negativos ou duvidosos. Na realidade, a maioria das «latentes» é perfeitamente permeável aos raios X, mesmo quando se empregam tubos moles. Outras vezes a diminuição de permeabilidade do seio lesado é tão insignificante, que a radiografia, em vez de esclarecer um diagnóstico possível, ainda mais duvidoso o torna.

A introdução dentro da cavidade do seio suspeito de substâncias não permeáveis aos raios Roentgen (iodeto de sódio, lipiodol, etc.) permite diagnosticar radiològicamente as sinusites maxilares crónicas latentes.

O método que empregamos consiste em encher de lipiodol ou iodeto de sódio a cavidade do seio maxilar, depois de prévia lavagem dêste e insuflação de ar. Seguidamente faz-se a radiografia da cabeça em posição fronto-nasal.



Fig. 1



Fig. 2

Na interpretação dos exames roentgenológicos e na preparação do doente deve haver o maior cuidado, pois que uma má preparação ou leitura defeituosa da chapa pode levar a erros importantes causados por:

1.º — Lavagem e arejamento insuficientes do seio maxilar.

2.º — Pequenas alterações e modificações no líquido de contraste, a que não se ligasse a importância devida.

Na hipótese de uma sinusite maxilar latente, a chapa radiográfica apresenta, em regra, as alterações abaixo mencionadas, isoladamente ou em várias combinações:

1.º — Grande espaço entre o líquido de contraste injectado e as paredes internas do antro de Highmore, revelando assim uma grande espessura da mucosa de revestimento, combinada às vezes com degenerescência polipóide.

2.º — Limites do líquido de contraste muito irregulares, boselados, com anfractuosidades.

3.º — Contornos do líquido de contraste irregulares, apagamento em maior ou menor extensão e zonas de esfumado.

A confirmação do que acabamos de dizer sôbre as sinusites maxilares latentes foi-nos dada sempre pelos actos operatórios.

Operamos as «latentes» por via geniana (Caldwell-Luc), método que empregamos com o fim, não só de examinar o interior do seio maxilar e alterações da mucosa de revestimento do mesmo, mas também por estarmos convencidos de que este é o melhor meio de intervir para a cura radical das sinusites maxilares.

Como exemplos frisantes de sinusites maxilares crônicas sem pus apresentamos os dois casos seguintes:

1.º — OBSERVAÇÃO N.º 4281 — J. L. L., 30 anos. Sinusite maxilar crônica latente direita.

Constipações freqüentes. Espirros e há cinco anos para cá por vezes, hidorreia. Não tem, nem teve, secreção purulenta alguma pelas fossas nasais. Mucosa nasal um pouco descorada. Leve hipertrofia da mucosa dos cornetos inferiores. Punções direita e esquerda — — — — (negativas). A radiografia (fig. 1) com prévia injeção de lipiodol mostra um grande espaço entre os limites ósseos do seio maxilar direito e a mancha de lipiodol, o que deve ser provocado por hipertrofia da mucosa de revestimento dêsse seio. O lumen do seio maxilar direito está bastante reduzido, existindo uma certa irregularidade no contôrno da substância de contraste. À esquerda o lipiodol encheu a cavidade maxilar, sendo os seus contornos regulares (seio normal). A opera-

ção mostrou que a mucosa do seio maxilar direito se encontrava muito hipertrofiada, principalmente no seu ângulo externo e inferior. Não havia pus. Foi feita a extirpação total da mucosa.

2.º — OBSERVAÇÃO N.º 4409 — M. R. P., 31 anos. Sinusite maxilar crónica latente bilateral.

Falta de respiração nasal. Constipações freqüentes. Dores de cabeça. Eczema das narinas. O exame rinoscópico apenas descobre hipertrofia da mucosa da cabeça do corneto inferior direito. Punções nos seios maxilares direito e esquerdo — — — (negativas). A radiografia (fig. 2) com o líquido de contraste mostra um quadro semelhante ao da radiografia anterior do seio maxilar direito. Irregularidade e apagamento parcial dos contornos do líquido de contraste, que está muito afastado, principalmente à direita, dos limites ósseos dos antros de Highmore. Na operação verificámos que a mucosa do seio maxilar direito estava muito espessa, polipóide, mormente nos ângulos externo e interno inferiores. A mucosa do seio maxilar esquerdo encontrava-se também hipertrofiada. Não havia pus. Extirpação total das referidas mucosas doentes.

NOTAS CLÍNICAS

VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIRURGIA DE 1929

POR

MACHADO MACEDO

Assistente da 2.^a clinica cirúrgica

A gastrectomia nos casos de úlcera gástrica e duodenal foi o assunto do relatório elaborado pelos Profs. B. Rossi e J. Scalone, ambos da clinica cirúrgica da Universidade de Milão, o 1.^o director, o 2.^o adjunto.

Em 1914 Payr apresentou ao Congresso um estudo-inquérito sôbre a gastro-enterostomia, salientando alguns insucessos; e lançou à atenção de todos a superioridade da ressecção do estômago na cura das úlceras. Desde então muitos cirurgiões de todos os países afiaram o canivete e adestraram-se na técnica da ressecção, todos com o objectivo de reduzir a mortalidade operatória, e de aumentar os sucessos definitivos. De todos os lados e à porfia surgiam os números de operados com a percentagem de mortes e de resultados imediatos.

A etiopatogenia da úlcera gastro-duodenal ainda é discutida, ou confusa, portanto o seu tratamento é empírico e os argumentos a favor ou contra a ressecção são baseados na experiência e nas estatísticas dos resultados. Os resultados tardios são os únicos que valem; por isso a ressecção continua em estudo. As peças ressecadas têm sido objecto de observações histopatológicas que têm contribuído para o conhecimento da infecção da úlcera, das condições vasculares e nervosas circunvizinhas e dos diferentes tipos de úlcera. A-pesar-disto, a patogenia continua incerta e o problema da cirurgia gástrica será resolvido, no dizer de Oberthur, pelo bombardeio com números estatísticos. Aqueles autores coligiram e estudaram no seu arquivo clínico os resultados tardios de 200 ressecções.

No estudo de mais de 100 peças operatórias, além da úlcera, constatarem sempre alterações inflamatórias na parede duodenal, ou gástrica; e assim colheram a noção de que o objectivo cirúrgico não deve ser só o tratamento da úlcera, mas também da inflamação da parede da viscera. Este estudo salienta a importância desta inflamação na génese da úlcera e nela baseia o valor curativo da ressecção, porque pela ressecção se faz a exeresse da parede inflamada predisposta a novas úlceras.

No período pre-ulceroso a mucosa é congestionada, edemaciada, e tem o aspecto erisipelatoso (Hacker). Notam-se a infiltração inflamatória no extracto glandular, a hiperplasia, a necrose, e acumulação de linfócitos em volta dos filetes e gânglios simpáticos intraparietaes. Esta inflamação do período pre-

-ulceroso apresenta a característica de ocupar uma vasta zona e de estender-se facilmente a segmentos contíguos. Nestes tecidos infiltrados formam-se pequenos focos de necrose próximos, que ou cicatrizam e curam, ou confluem dando origem à úlcera ou úlceras pequenas, múltiplas, superficiais, estabelecendo-se a gastrite ulcerosa, causa principal do espasmo pilórico e conseqüente hipertrofia do esfíncter que por vezes simula uma lesão orgânica do piloro.

A peripilorite, periduodenite e perigastrite acompanham freqüentemente a gastrite ulcerosa, e a parede visceral apresenta transformações fibrosas, cicatriciais, que simulam o aspecto duma úlcera subjacente que tenha atingido a sua cura. A análise fraccionada da sucorreia gástrica provocada pela histamina, não se revelando típica para cada localização da úlcera, mostra contudo uma hipercloridria elevada na localização duodenal. Estas alterações gastro-duodenais revelam-se por um síndrome radiológico indirecto colhido na imagem da motricidade da parede, nas deformações segmentares. Mas semelhantes imagens radiológicas podem existir em relação com lesões extra-gástricas (apendicite, colecistite).

Se a gastrite ulcerosa evolue para a cura, localizando-se cada vez mais, atinge o período da úlcera crónica, de bordos duros, tomando a restante mucosa gastro-duodenal o aspecto macroscópico quasi normal, e ao microscópico, quando muito, o aspecto de tecido ligeiramente esclerosado. Neste estado de lesão orgânica circunscrita a acidez gástrica é baixa.

O estudo anátomo-patológico das peças ressecadas comparado com o exame do doente tem contribuído para esclarecer certas relações entre o síndrome e a lesão, o que dantes não era feito com o mesmo interêsse clínico.

O conhecimento da anatomia patológica da doença gastro-duodenal não bastou para a solução do problema da sua cura. Falta a certeza da patogenia para nos guiar no caminho verdadeiro de tão discutido assunto.

A experiência dos seus 200 casos leva os autores do relatório a reconhecer que a ressecção satisfaz aos fundamentos das principais teorias patogénicas da úlcera. Assim :

1.º — Admitindo a teoria nervosa, a ressecção modifica a inervação, restringindo-a e eliminando a parte tocada de infiltração inflamatória.

2.º — Admitindo a hipótese da influência do ácido clorídrico na formação da úlcera, a ressecção reduz o tecido glandular e diminue ou anula a acidez clorídrica.

3.º — Admitindo a teoria motora e traumática, a ressecção, compreendendo o esfíncter e o antro pilóricos, diminue a motricidade e portanto o traumatismo deste movimento sobre a mucosa.

4.º — Admitindo a hipótese da inflamação, uma ressecção ampla deixando apenas a parte sã da mucosa e da parede gástricas, previne a recidiva.

Partidários da ressecção gástrica, os autores confessam todavia que o problema cirúrgico da terapêutica do estômago não pode considerar-se definitivamente resolvido.

A cura médica deve ser tentada sobretudo no principio da evolução da doença e na fase aguda, sob o *contrôle* de assistência especializada nos recursos da observação clínica e laboratorial a fim de precisar o prognóstico e deliberar sobre a indicação cirúrgica.

A gastro-enterostomia, excelente operação de efeito mecânico, não conduz à melhora da gastrite ulcerosa e o seu estoma é às vezes a sede de neoformação de úlcera. Esta úlcera, chamada péptica, também é possível nas gastrectomias, mas é rara ou não existe nas ressecções extensas.

A redução do estômago a um terço ou a um quarto do tamanho normal não traz perturbações definitivas da digestão e da nutrição, e, quando são definitivas, a insuficiência digestiva não passa de 10 % para os albuminóides (fibras musculares); de 2 % para a gordura neutra, e de pequeno excesso para os hidrocarbonados (amido). O apetite e a capacidade gástrica a pouco e pouco se restabelecem, assim como o equilíbrio do metabolismo se torna definitivo. Algumas vezes se tem notado alterações sanguíneas de anemia acentuada, e intoxicação crônica devida à fermentação bacteriana do conteúdo gástrico e jejunal, favorecida pela anacloridria e hipoacidez. Estas complicações de anemia e intoxicação crônica nunca foram observadas por Rossi e Scalone, mas sim por outros cirurgiões.

A ressecção ampla seria a intervenção de eleição, se não fôsse a gravidade da sua aplicação em contraste com os outros métodos muito menos traumatizantes. A cura pela ressecção necessita de ser mantida por uma dieta disciplinada, sem o que o processo inflamatório ou a úlcera podem reproduzir-se. Os gastrectomizados estão também sujeitos a perturbações post-operatórias tardias por aderência, funcionamento defeituoso da anastomose e refluxo do suco intestinal.

Compreende-se que o assunto tenha interessado vivamente os congressistas, e compreende-se que continue a interessar os profissionais da cirurgia, de tal modo a doença gastro-duodenal é freqüente e a terapêutica tem de ser adequada a cada variedade anátomo-patológica e até patogênica.

Não faltaram os números estatísticos e sobretudo as percentagens da mortalidade operatória, dos sucessos e insucessos. Convém fixar aqui os números mais importantes, coligidos pelos relatores e por outros congressistas.

Úlcera aguda e duodenite ulcerosa:

A gastrectomia deu mortalidade operatória de 7,5 % e de cura definitiva 97,8 %.

A gastro-enterostomia deu mortalidade operatória de 5,6 % e de cura definitiva 55 %.

Úlcera crônica do duodeno:

A gastrectomia deu mortalidade operatória de 3,8 % e cura completa em todos os casos (apenas com algumas complicações insignificantes).

A gastro-enterostomia deu mortalidade operatória de 5 % e uma cura definitiva de 85 a 90 %.

Úlcera crônica do estômago:

A gastrectomia deu em 94 doentes a mortalidade operatória de 4,2 %, e o resultado definitivo (além de 2 1/2 anos) em 48 doentes, de que receberam notícia, foi bom. O questionário dirigido aos outros operados foi devolvido por mudança de residência. Quasi todos foram operados conforme a segunda maneira de Billroth, e alguns pelo método de Polya.

Resultados de outros cirurgiões, sem referência à localização da úlcera:

Autores	Ano	Número de gastrectomias	Mortalidade %
Nowak	1921	47	4,2
Pannett	1927	?	4
Pototschnig.....	1928	45	13,5
Oliani.....	1928	112	9,8
Delore.....	1928	67	5
Okynczye.....	1928	22	13,63

Delore especifica os seus resultados em relação com a localização da úlcera.

Distante do piloro, 9..... Mortalidade, 22 %
 Próxima do piloro, 58... .. » 2 »

Dêstes últimos, 21 foram operados em dois tempos com mortalidade nula.

Duval e Gatelier obtiveram..... 100 % de curas
 Finesterer obteve 94 » » »
 Pannett obteve 85 » » »

Muitos cirurgiões preferem a gastrectomia na perfuração aguda da úlcera, quer duodenal, quer gástrica.

Autores	Depois da perfuração	Casos	Mortalidade %
Kott (1926)	12 h.	?	10,3
Dunbar (1926)	6	387	23
»	24	387	34
Naumann (1926)	16	126	62
Tekelenbourg (1927) .	12	84	15,7
»	>12	16	62
Kreuter (1927)	12	41	7,5
»	>12	21	71
Pauchet (1927)	< 6	34	15
»	>24	?	100
Metzer	12	211	15,7
»	>12	110	66,3
Stenbuck	2	27	0,
»	<12	26	27
»	14	12	25
»	25	19	25
Wolf (1919).....	6	?	9,7
»	<12	?	54,5
»	>12	?	66,7

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electroselenium (selénio) - Electromartiol (ferro). Arthenomartiol.

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

SULFO-TREPARSENAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSENAN

Syphilis — Plan — Impudismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Imunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c. c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.

Tubos esterilizados para todas as anestheticsas.

Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

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

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

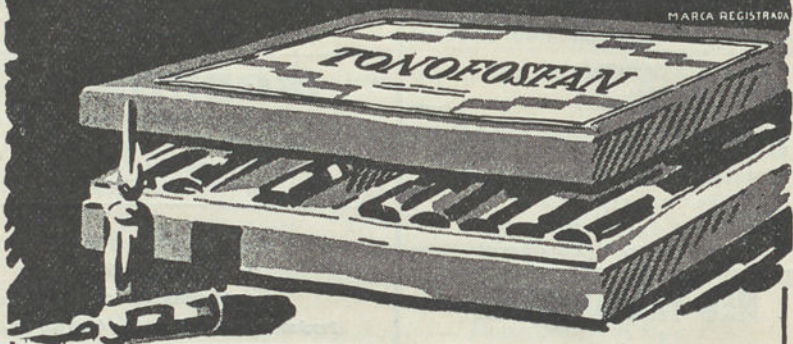
de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631

TONOFOSFAN

MARCA REGISTRADA



Todas as perturbações designadas pelo nome
de "estados de depauperamento"
requerem tratamento pelo
Tonofosfan

O Tonofosfan estimula o metabolismo, activa a vascularização, aumenta a quantidade da hemoglobina do sangue, excita o apetite, provoca um acréscimo notável de peso, influencia favorável e duravelmente o estado subjectivo, não ocasiona dores quando é injectado sob a pele

Tonofosfan (soluto a 1%) caixas com 20 ampolas de 1 c.c.

Tonofosfan „fortius” caixas com 10 ampolas de 1 c.c.

Embalagem original



» *Bayer-Meister-Lucius* «

SECÇÃO FARMACEUTICA SCIENTIFICA
L.G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT, LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150, 3.ª LISBOA

Moynihan refere os seguintes resultados da gastrectomia, conforme a sede da úlcera perfurada :

1.º — Úlcera gástrica:

Operados 12 h. depois	Mortalidade	18 %
» depois de 12 h.	»	50 »
» » » 14 h.	»	100 »

2.º — Úlcera duodenal:

Operados 12 h. depois	Mortalidade	15,4 %
» depois de 12 h.	»	50 »
» » » 24 h.	»	88,8 »

Mortalidade relativamente à operação usada :

1.º — Sutura simples da perfuração (60 casos):

6 horas depois	Mortalidade	20 %
De 7 a 12 h. depois	»	35 »
Depois de 12 h.	»	50 »

2.º — Sutura e gastro-enterostomia sem indicação do tempo da perfuração:

Brutt (1927), 16 operados	Mortalidade	54 %
Moncanzy (1927), 17 operados	»	11,7 »
Stenbuck » 28 »	»	14 »
Wolf (1929), 23 operados	»	9 »

3.º — Gastrectomia sem indicação do tempo da perfuração:

Duval (1922), 75 operados	Mortalidade	14,6 %
Kott (1926), 13 operados	»	7,7 »
Brutt (1927), 55 operados	»	14,5 »
Hromada, 10 operados	»	30 »
Oliani (1928) 11 operados	»	27 »

As estatísticas que apresentam apenas números, e que não anotam certas condições, não podem servir de base para orientar o critério terapêutico dos cirurgiões. Essas condições, tratando-se de úlceras perfuradas, são: estado geral do doente, tempo da perfuração relativamente ao momento da intervenção, sede e tamanho da úlcera, natureza bacteriológica da infecção peritoneal, extensão da peritonite e grau de conspurcação da cavidade peritoneal pelo conteúdo gástrico, etc., sem o que a estatística é apenas uma curiosidade de números.

As diferenças de mortalidade da ressecção por qualquer dos métodos adoptados são tão pequenas que em pouco podem importar na escolha da técnica. Em todo o caso há um critério fundamental que orienta o cirurgião na localização do *estoma gastro-intestinal*: é a escolha de tecidos tanto quanto possível isentos de inflamação. Êste critério levará o técnico a fazer a *gastro-*

-*duodenostomia* ou a *gastro-jejunostomia* como complemento de ressecção, seja qual for a variante que empregue.

Naquele conclave da Sociedade Internacional de Cirurgia, realizado em Varsóvia, não faltaram profissionais de fama a meter o seu colherão na panela da terapêutica duodeno-gástrica. E, visto que pretendemos fixar neste resumo as conclusões auferidas na discussão que lá se passou, é natural que algumas opiniões mereçam a devida referência.

Prof. Arch. Joung (Glasgow) condena a gastrectomia adoptada como rotina no tratamento da úlcera gástrica ou duodenal, reservando-a para os casos de úlcera crateriforme da pequena curvatura e do cárdia, para os casos de processo ulcerativo extenso do antro e para os casos de estômago bilocular com úlcera em evolução. A estatística demonstra que a cura pela gastrectomia não é melhor do que pela gastro-enterostomia. O questionário que por escrito ou pessoalmente tem feito aos gastro-enterostomizados revela uma cura de 83 %. Balfour (Mayoclinic), em uma colecção de 1.000 gastro-enterostomias por úlcera crónica do duodeno, refere 88 % de curas definitivas. W. G. Mayo, agrupando as estatísticas de mais de 100 cirurgiões, aponta 80 % de curas. Em comparação é útil recordar as seguintes percentagens de curas nas gastrectomias:

Prof. Ribas	80 %
Schoemaker	80 » (em 350 casos).
Zaorski	92 »

Todos confessam os riscos da gastrectomia. O próprio Schoemaker, cuja estatística dá uma mortalidade de 3,5 %, diz que a operação de eleição na úlcera duodenal é a gastro-enterostomia. Joung afirma que a úlcera péptica é raríssima, menos de meio por cento na sua estatística de gastro-enterostomias, e acrescenta que num congresso como este, pela influência que pode ter na orientação de muitos cirurgiões, é necessário que os argumentos de um e outro lado sejam rigorosamente pesados. A gastrectomia tem um alcance fisiológico e técnico sob o ponto de vista de estudo. Mas é experiência que não é feita em nós próprios, nem em cães, mas sim nos nossos doentes, em cujo proveito devemos evitar a gravidade de uma operação que tem o mesmo valor curativo de uma intervenção mais simples e menos grave. Se os resultados são os mesmos com intervenções diversas, devemos preferir aquela que dá menor mortalidade.

R. Alessandri (Roma) é partidário da ressecção, excepto nas úlceras do duodeno com duodenite acentuada.

Joseph Podlaha (Brno, Tchecoslováquia) é partidário da ressecção desde 1923. Em 610 gastrectomias a mortalidade foi de 4,6 % e as curas tardias foram:

Na úlcera da pequena curvatura	98 %
» » do piloro	82 »
» » » duodeno	76 »

o que dá uma média de 85 %.

Causas da morte imediata: hemorragia, necrose pancreática, peritonite por deficiência da sutura do coto duodenal, abscesso subfrênico, inanição.

Giordano (Venesa) invoca as Memórias de viagem em que Humboldt narra ter encontrado nas margens do Orenoco um papagaio que falava a língua duma tribo já extinta. A-pesar-da apologia da ressecção e da condenação da gastro-enterostomia, êle continuará a praticar esta última, porque é menos grave e em regra eficaz nas úlceras duodeno-pilóricas. Por isso, o Congresso pode tomá-lo por um desses papagaios de Humboldt. A ressecção tem indicações raras, e a ela deve recorrer-se como última e possível solução de casos com sofrimento recidivante.

V. Pauchet comunicou também o resultado da sua experiência. Na sua vida profissional já operou cêrca de 1.800 úlceras gastro-duodenais em 29 anos.

Nos últimos 9 anos operou 915 casos, usando apenas três vezes a gastro-enterostomia na úlcera de localização gástrica, por se tratar de úlceras próximas do piloro em doentes gordos. Nas úlceras do duodeno emprega a gastro-enterostomia na proporção de uma gastro para oito ressecções. A mortalidade global das ressecções por úlcera simples é de 8%. Nas úlceras extensas aderentes ao pâncreas a mortalidade é mais elevada, atingindo 20%. Sempre que o doente não esteja em condições gerais ou locais de resistir ao traumatismo da ressecção, deve usar-se a gastro-enterostomia. Nos seus gastro-enterostomizados observou 2% de úlceras pépticas.

De 33 gastrectomizados observados de 2 a 7 anos, 26 obtiveram um resultado perfeito, 3 sofrem de dispepsia por falta de regime, 2 sofrem de úlcera péptica (um por pilorectomia económica, outro por gastro-pilorectomia de Polya em plena hipercloridria ascendente). A gastrectomia é uma operação excelente e benigna, mas é necessário escolher convenientemente os casos. A cancerização da úlcera é provável em 10% dos casos. A gastrectomia é a única forma de evitar a cancerização.

Se quisermos expor em letra redonda, e sob o nosso critério, aquilo que importa fixar na prática da profissão, devemos resumir, terminando, as seguintes conclusões:

1.º — A gastrectomia contribuiu para o estudo anátomo-patológico da doença gástrica e para o estudo da patogenia da úlcera, amontoando conhecimentos indispensáveis à solução futura da terapêutica duodeno-gástrica.

2.º — A gastrectomia contribuiu para a apreciação da capacidade digestiva da porção gástrica remanescente, demonstrando a sua suficiência, mesmo nos estômagos reduzidos ao quarto do seu tamanho.

3.º — A mortalidade da gastrectomia oscila entre 8 e 20%. Neste ponto de vista as considerações de Pauchet são duma precisão apreciável. A mortalidade apontada por outros cirurgiões é inferior a 8, chegando mesmo a ser inferior à da gastro-enterostomia. Quem, como nós, conhece a técnica de Pauchet na gastrectomia, não compreende que a mortalidade dos seus operados seja superior à dos outros cirurgiões, tanto mais que as condições pre e post-operatórias são boas no tratamento e prevenção do *shock*. Os números de Pauchet são os que se aproximam mais da verdade.

4.º — Os resultados da gastro-enterostomia e da gastrectomia dão uma

diferença tão pequena, que o cirurgião só excepcionalmente deve inclinar-se para a gastrectomia.

5.º — A gastrectomia limitada ou económica, ao lado do *shock* produzido, e maior mortalidade, não tem vantagem alguma sôbre a gastro-enterostomia. Tanto numa como noutra o doente fica sujeito à mesma percentagem da úlcera péptica.

6.º — Uma das condições indispensáveis ao êxito da terapêutica duodeno-gástrica é o conhecimento do estado inflamatório da mucosa e da parede do estômago, revelado clinicamente pela observação cuidadosa e experiente. Desta condição se concluirá qual a preparação médica do estômago, qual a operação e o momento de a executar. De outro modo a terapêutica duodeno-gástrica decorre ao acaso da sorte.

**OPOTERAPIA
FEMININA**

GINECINA **SEIXAS-PALMA**

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.**

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

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

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

GÍNECINA

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

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

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

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

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

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



Revista dos Jornais de Medicina

Plaquetas e trombose, por E. BLEHR. — *Acta Brevia Neerlandica*. Vol. 1.
N.º 8. 1931.

A orientação que julgamos mais interessante, na série de problemas a estudar em volta da trombo-flebíte post-operatória, está bem estabelecida no trabalho de Blehr.

Para o aparecimento da trombose são necessárias três condições: progressão lenta do sangue; alterações da parede vascular; alterações da composição do sangue.

A ordem por que vão indicados os três factores da trombose marca-lhes a sua valorização histórica. A mais moderna é a observação da composição sanguínea.

Blehr cita várias opiniões, várias teorias, que pode demonstrar-se serem prova de insuficiente conhecimento das alterações e dos fenómenos passados no sangue durante o período post-operatório, citando o que escreve Baumgarten: as plaquetas não aderem por serem viscosas, são viscosas porque aderem.

A questão da variação numérica dos trombócitos está em estudo. Uns afirmam haver trombocitose ao aparecer a trombose e outros dizem encontrar trombopénia.

Blehr quis resolver a questão e produziu experimentalmente a trombose examinando as alterações no número das plaquetas. Fez as experiências na veia cava de coelhos com $FeCl_3$.

Verificou histologicamente a trombose de plaquetas ou em trombo mixto, e observou também que a fome, a eterização ou a simples laparotomia, não faziam variar o número de plaquetas.

Provocando a trombose em coelhos normais e em coelhos experimentalmente anemiados, observou serem semelhantes as variações numéricas das plaquetas, mas, nos casos de anemia, encontrou *mais plaquetas do que nos coelhos normais*. As conclusões do autor — à parte a etiologia da trombose — mostram que o número de trombócitos necessários à formação da trombose são retirados do sangue circulante. Isto traduz-se pela descida das plaquetas.

A medula óssea reage e as plaquetas voltam a aumentar, e, embora sejam consumidas, há durante cêrca de 5 dias um excesso. Depois vem o equilíbrio obtido em cêrca de oito dias.

Os aspectos histológicos são idênticos aos da patologia humana, e por isso *uma diminuição post-operatória do número de plaquetas é indicio de perigo de trombose*.

Se a curva segue a marcha experimental há trombose, mesmo não sendo clinicamente diagnosticável, pois a trombose pode ficar ignorada.

Pensa o autor que o estudo do número de plaquetas e a sua variação permitirá determinar mais precocemente do que até aqui o aparecimento da trombose.

Nós julgamos isto muito importante por haver hoje tratamento abortivo da trombo-flebite e por termos observado o valor, na profilaxia da trombo-flebite post-operatória, da contagem das plaquetas e da sua redução terapêutica.

F. G.

A percentagem de cálculos na vesícula e doenças da vesícula biliar.
(*The incidence of gall stones and gall bladder disease*), por CURTIS CRUMP, New-York. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LIII, N.º 4. Outubro de 1931.

O A. termina o seu artigo com o seguinte sumário:

«No estudo de 1.000 autópsias, praticadas no Hospital de Viena, verificaram-se os seguintes factos:

1.º — Dos 1.000 cadáveres observados, 470 eram de homens e 550 de mulheres; 87,1 % tinham morrido com mais de 30 anos e 77,9 % com mais de 40 anos.

2.º — Cálculos biliares apareceram em 32,5 % dos casos; 37,8 % nos homens e 26,2 % nas mulheres; 25 % dos indivíduos eram afectados depois dos 40 anos e 50 % depois dos 70 anos. Lesões inflamatórias dos grossos canais biliares existem em 73 % dos casos de litíase.

3.º — Colecistopatias apareciam em 59,6 % de todos os casos e afectavam os homens em 58,4 % e as mulheres em 60,2 %; com o avançar da idade, a percentagem aumentava de 20 % no 1.º grupo de idades para 77,6 % na 8.ª década.

Pericolecistite crónica era a lesão patológica mais freqüente, (82,2 %) seguindo-se-lhe imediatamente a colecistite crónica (50,2 %). Carcinoma primário do *tractus* biliar apareceu em 26 % — 7 homens e 19 mulheres — nos quais se observaram sempre cálculos, à excepção de 4 casos. Em 2 casos, os tumores eram primitivos dos canais.

4.º — Colesteroses da vesícula biliar observaram-se em 36,8 % de todos os casos. Os homens eram afectados em 35,8 % e as mulheres em 37,7 % dos casos. Êste estado era muito freqüente nas primeiras décadas da vida e mantinha uma média mais ou menos constante, através dos vários grupos da idade. Considerando a colesterose como alteração patológica, a média geral de colecistopatias elevar-se-ia a 76,1 %.

5.º — As lesões patológicas apareciam no *tractus* biliar em 41,3 % da totalidade dos casos; nos homens 34,9 %, nas mulheres 46,5 %. Havia uma progressão na percentagem de doenças, de década para década. As lesões mais freqüentes eram dilatações dos canais em 50,8 % e lacerações da pápila de Vater em 47,7 %.

6.º — Cálculos biliares foram observados nos canais em 78 casos, que

constituíam 24% dos casos com coleditiase; quanto aos sexos cabia 6,6% aos homens e 8,7% às mulheres. Estes resultados não eram influenciados pela idade, e, por isso, os doentes com pedras da vesícula tinham uma probabilidade contra quatro de ter pedras nos canais. A localização mais comum era na papila de Vater (60,2%) e a seguir no canal cístico (48,7%).

7.º — Os resultados obtidos neste relatório foram nitidamente superiores aos dos estudos similares, da literatura médica».

FILIFE DA COSTA.

A acção do suco pancreático na produção das doenças da vesícula biliar. (*The role of the pancreatic juice in the production of gall bladder disease*), por JOHN A. WOLFER, Chicago. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LIII. N.º 4. Outubro de 1931.

Um cuidadoso estudo de factos observados, quer durante actos operatórios, quer na mesa de autópsia, levou o autor a pensar na possibilidade duma etiologia ainda não descrita para certas doenças da vesícula biliar.

De facto, diz o autor, em muitas histórias clínicas de doenças vesiculares, o súbito desencadeamento da doença e a sua rápida progressão podem fazer pensar na existência de uma nova causa determinante; assim acontece em particular na colecistite gangrenosa aguda e nos processos de colecistite flegmonosa aguda, em que ulteriores exames laboratoriais põem em evidência a esterilidade do pus.

Clairmont e Haberer descreveram casos de peritonite biliar, sem perfuração da vesícula; Schultze lembra que tais lesões sejam relacionadas com necroses agudas do pâncreas, e Walzel, recordando os trabalhos de Blad e Schoenbaner, pensa que o suco pancreático pode ser o factor activo daquelas doenças, uma vez demonstrada a sua presença no conteúdo vesicular do doente portador de colecistite flegmonosa aguda.

O A. refere-se a um caso de pancreatite subaguda que operou, em que a vesícula estava distendida, com a parede edemaciada e muito engrossada, a serosa cianótica e em muitos pontos com o aspecto de colecistite flegmonosa aguda; o exame microscópico confirmou o diagnóstico, tendo as culturas sido estéreis. Diz o autor que foi após este caso, lembrando os já citados trabalhos de Walzel, que a sua atenção foi novamente chamada para o possível papel do suco pancreático na etiologia de algumas doenças da vesícula biliar.

O A. orientou, pois, os seus estudos na determinação das alterações anátomo-patológicas da vesícula biliar do cão, após injecções de suco pancreático no interior da vesícula. Para isso, empregou técnicas especiais que expõe e cujos resultados relata. Termina com as seguintes conclusões:

1.º — No cão, o suco pancreático introduzido na extremidade distal do colédoco, pode progredir até a vesícula.

2.º — Em todos os casos em que o suco pancreático foi introduzido na vesícula biliar do cão verificaram-se, nas paredes desta, nítidas alterações patológicas.

3.º — Verificou-se que no cão o suco pancreático, introduzido no canal

comum pancreático-biliar, durante um curto espaço de tempo, produzia um quadro patológico típico de colecistite crónica, que se instalava definitivamente passados 186 dias.

4.º — Por analogia e dada a proximidade dos dois condutores — biliar e pancreático — é lícito admitir que no homem, numa variável percentagem de casos, seja o suco pancreático o causador das alterações patológicas ao nível da vesícula.

FILIFE DA COSTA.

Sobre a radiografia da glândula mamária e o seu valor diagnóstico, pelo Dr. J. GOYANES, com a colaboração dos Drs. F. GENTIL e B. GUEDES. *Archivos Españoles de Oncologia*. T. II. Cad. 1.º.

Desde Novembro de 1929 que o Dr. Goyanes, director do Instituto de Oncologia de Madrid, vem fazendo o estudo radiográfico da glândula mamária, procurando, com rara felicidade, estabelecer o diagnóstico diferencial entre os processos inflamatórios crónicos e as neoplasias da mama.

A radiografia deve fazer-se em posição lateral externa, de modo que o meridiano que passa pelo mamilo seja a linha mais projectada, isto é, que os raios incidentes atravessem a mama numa direcção perfeitamente transversal, evitando que se sobreponham zonas de opacidade diferente.

O estudo radiográfico da mama normal, em estado de repouso fisiológico, mostra a existência de planos perfeitamente limitados:

a) Plano *cutâneo*, como uma linha, por vezes, de duplo contôrno.

b) Plano *adiposo*, com os prolongamentos que vão da glândula à fáscia dérmica, e os lobos gordurosos por estes limitados.

c) Plano *glandular*, de estrutura e aspecto esponjoso, de maior opacidade e de mais pequenos alvéolos que o plano adiposo.

d) Plano *retromamário*, supra-peitoral.

A separação entre a pele e o plano adiposo é difícil de fazer ressaltar no radiograma. Se os raios são de grande dureza desaparece a impressão deste plano na chapa, o que é necessário evitar.

A massa glandular apresenta-se, no estado normal, com forma triangular cujos contornos são desigualmente nítidos: o superior esbatendo-se por causa, talvez, do prolongamento axilar da mama; o anterior irregular pela sombra dos condutos galactóforos, que vão ao mamilo; o inferior, ao contrário, que é o mais nítido e bem marcado.

Da comparação dos radiogramas normais com a imagem dos diferentes estados patológicos, Goyanes chega à conclusão de que as neoplasias benignas e os estados inflamatórios crónicos dão imagens de contornos nítidos, regulares, ao passo que os carcinomas produzem sombras que se esbatem e confundem com a massa glandular ao mesmo tempo que se torna menos perceptível a diferenciação entre este plano e o plano adiposo.

Assim, os fibroadenomas costumam oferecer contornos nítidos que se destacam do resto da glândula. Os galactócelos dão imagens circulares, uniformes, de opacidade igual ou maior do que a glândula, mas de contornos igualmente nítidos. Nas neoplasias malignas, ao contrário, funde-se a sombra

do tumor com o resto glandular ou projecta-se, mesmo, sôbre os planos adiposo, cutâneo ou retromamário. A imagem, em si, pode apresentar-se de estrutura alveolar e a sua densidade parece proporcional ao número e ao desenvolvimento dos feixes colagêneos.

Aos casos pessoais que publica, junta Goyanes o resultado de 56 exames radiográficos que, segundo o seu método, foram feitos no Instituto Português de Oncologia. Dêstes 56 casos, 32 foram confirmados pela intervenção e o exame histológico; os restantes casos pertenciam a outras clínicas ou eram carcinomas inoperáveis.

Todos os casos apresentados mostram que o exame radiográfico é um precioso auxiliar do diagnóstico das várias lesões da mama e o estudo da película, com boa iluminação, permite fazer diagnósticos com precisão clínica, chegando-se, com a prática, a reconhecer diferenciações histológicas (carcinoma cirroso, adenocarcinoma, adenofibroma intracanalicular, etc.).

E ALVAREZ.

Diagnóstico radiográfico das doenças da mama, por PAUL S. SEABOLD. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LIII. N.º 4. Outubro de 1931.

Querendo contribuir para o diagnóstico exacto das lesões da mama, tão necessário para determinar, de antemão, a sua terapêutica, o A. aplica para isso a radiografia, como poderoso auxiliar.

Refere-se primeiro às modificações que sofre a glândula mamária na sua estrutura, com os diferentes factores: idade, adiposidade, puberdade, ciclo menstrual, gravidez, menopausa, e estuda depois, pormenorizada e comparativamente, as imagens radiográficas que se obtêm em cada um daqueles estados.

Embora não indique a técnica radiológica empregada, conclue-se, pelas figuras publicadas, que o exame é feito com incidência lateral externa, como no método de Goyanes, única forma, talvez, de se poderem apreciar as diferentes camadas da mama e a estrutura própria da glândula.

Liga o A. grande importância à existência de umas estrias lineares, radiadas, que se dirigem do mamilo à fáscia peitoral e que correspondem às sombras dos ductos principais da glândula, para as tomar como ponto de referência na apreciação do grau de condensação, regularidade e desenvolvimento dos tecidos glandular e conectivo da mama.

Assim, sempre que existe uma hiperplasia ou retracção dos tecidos, conectivo ou glandular, as estrias são menos visíveis, pelo aumento de opacidade dêstes tecidos, como acontece, por exemplo, durante o período menstrual (hiperplasia) e na menopausa (atrofia, com condensação do conectivo). O encurvamento ou desorientação das estrias lineares corresponderia às neoplasias, pelo crescimento dos tecidos entre os ductos galactóforos.

Passa em revista as diversas afecções mamárias, desde as inflamações crónicas, com quistos de retenção, aos tumores malignos, chegando às mesmas conclusões que Goyanes, isto é, que os tumores benignos dão imagens de contornos nítidos, com conservação ou pequena alteração das estrias, e de

opacidade maior que os tecidos vizinhos; os quistos, com iguais características, distinguindo-se dos tumores benignos por serem geralmente mais opacos; os carcinomas produzem sombras de contornos esbatidos, desorientando o sentido das estrias e invadindo os tecidos vizinhos com manchas de maior ou menor opacidade, segundo o seu ar de riqueza em estroma conjuntivo. Nestes casos de carcinoma, mais do que em quaisquer outros, o A. aconselha o exame comparativo dos dois seios para distinguir as alterações devidas à menopausa, em cujo caso as estrias lineares guardam a sua direcção normal.

Refere-se ainda à possibilidade de reconhecimento de metástases próximas da glândula — gânglios axilares e cadeia linfática peitoral — que podem observar-se nas radiografias.

E. ALVAREZ.

O emprêgo dos métodos endotérmicos nos cancros da pele e das mucosas, por PUENTE DUANY, E. FONTES e M. C. GOMEZ. — *Bulletin de l'Association Française pour l'Étude du Cancer*. Tôm. xx. N.º 7. 1931.

Trabalho do Instituto do Rádio de Havana, documentado com fotografias, em que os autores fazem a apologia do método, apresentando as suas vantagens e indicações.

Consideram o bisturi eléctrico, só ou associado ao rádio e à electro-coagulação, uma excelente arma de combate contra certas formas de cancro até hoje consideradas incuráveis ou difficilmente tratáveis.

O emprêgo do método, além de facilitar o tratamento de um maior número de doentes, simplifica muito a forma de tratamento de muitas lesões cancerosas e permite uma grande economia de rádio.

Apresentam uma estatística de 107 casos, tratados durante o período de um ano, com êxito.

Nota. — No Instituto Português de Oncologia foram tratados, no mesmo espaço de tempo e pelo mesmo processo, 200 casos com grande percentagem de bons resultados terapêuticos e estéticos.

A. RODO.

Tratamento das fracturas recentes da rótula, pelo Dr. VALENTIN C. GIRARDI. — *La Semana Medica de Buenos Aires*. N.º 43. Outubro de 1931.

Nos casos de fractura da rótula, sem deslocamento dos fragmentos, o A. emprega o método ortopédico. Coloca o membro em goteira de cartão e em ligeira elevação para relaxamento muscular. Faz a coaptação com adesivo, puncionando a articulação no caso de grande derrame. Durante os dois primeiros dias deixa colocado um saco de gelo, começando a fazer aplicações de calor local e massagem no 6.º dia. Permite a marcha, sem flexão do joelho, entre o 15.º e 20.º dia, obtendo a cura no fim de um mês e meio.

Nos casos com deslocamento intervém logo que tenha passado o choque

traumático, operando o mais cedo possível, se o estado geral do doente o permite. Anestesia raquidiana de preferência ou anestesia local com novocaína a 1/2 0/0. Assépsia rigorosa e antissépsia. Incisão longitudinal, eliminação dos coágulos superficiais e intra-articulares, usando o soro fisiológico quente para limpeza do foco de fractura. Aproximação dos fragmentos suturando, a pontos separados, os elementos fibrosos pre-rotulianos com *catgut* cromado. Se a fractura é cominutiva, faz *cerclage* com o mesmo *catgut*. Sutura da aponevrose e das asas da rótula a pontos separados com *catgut* simples. Crinas na pele e ligadura.

Em seguida coloca uma goteira de cartão, ou às vezes um aparelho gessado, mantendo o joelho flectido a 160°. No 10.º dia começa a fazer a reeducação muscular, massagem diária e calor pelo método de Bier com termóforo de alcohol.

No 25.º dia permite a marcha com o membro em talas de cartão, ao mesmo tempo que começa a ser feita na cama a mobilização activa e passiva da articulação.

No 35.º dia o doente marcha sem talas, tendo em geral alta no fim de mês e meio a dois meses.

O A. tem obtido, no serviço de traumatologia e ortopedia onde trabalha, os melhores resultados com êste processo, preferindo sempre, nas fracturas recentes da rótula, a sutura com *catgut* a qualquer outro método de ósteosíntese.

A. RODO.

Possibilidades da via vaginal no tratamento cirúrgico do cancro do colo uterino, por J. TORRE BLANCO. — *Archivos de Medicina Cirúrgica y Especialidades*. TÔMO XXXIV. N.º 40. 3 de Outubro de 1931.

O A., num extenso artigo, faz reviver a operação de Schauta, modificada por Stökel, comparando esta operação com a de Wertheim. Aponta as vantagens desta no que diz respeito à possibilidade da extirpação completa dos paramétrios e gânglios altos.

Antepõe a estas vantagens os graves riscos da operação, considerando secundária, tal como Wertheim dizia, a extirpação total dos gânglios que são, a maior parte das vezes, de natureza inflamatória e que a radioterapia profunda pode esterilizar.

Desde que a via vaginal permite também a ressecção ampla dos paramétrios, que é fundamental, considera preferível a operação de Schauta-Stökel que oferece menores perigos e uma mortalidade operatória muito baixa. Na sua opinião, a terapêutica do cancro do colo do útero só tem a lucrar com o regresso à cirurgia, porque os meios físicos até hoje empregados são insuficientes para assegurar uma cura definitiva e tranqüilizadora.

Concordando com Stökel, julga como caminho a seguir a associação da cirurgia com a curieterapia pre-operatória e a roentgenerapia post-operatória.

A. RODO.

Métodos e resultados da cirurgia no cancro do intestino grosso. (*Métodos y resultados de la cirugía del cancer del intestino grueso*), por E. STAHNKE. — *Rev. Méd. Germ. Iber. Am.* Setembro de 1931.

As neoplasias do intestino grosso têm como caracteres comuns o seu crescimento relativamente lento, a ausência de metástases precoces, a raridade das metástases tardias e a dificuldade no seu diagnóstico a-pesar-do recurso da radioscopia e da radiografia.

As particularidades que pertencem a cada uma das diversas localizações do cego ou do cólon transverso, do cólon descendente e ansa sigmoideia, derivam em grande parte das condições anatómicas especiais da zona em que o tumor se implanta e também do tipo diferente das fezes, mais ou menos concentradas, que passam no segmento respectivo. Assim, a obstrução é muito mais rara nas neoplasias do cego e cólon ascendente do que no cirro anular da ansa sigmoideia. A obstrução é mais precoce com as fezes duras da porção terminal do intestino do que com as fezes líquidas das primeiras porções do cólon.

Os tumores do cego são mais volumosos e aderentes aos tecidos próximos do que os tumores do cólon transverso e descendente.

O autor descreve as diferentes normas do tratamento cirúrgico, aconselháveis consoante a sede da neoplasia e as condições do doente.

Há que fixar especialmente que a técnica operatória e os resultados da intervenção são muito diferentes, segundo esta intervenção se faz em pleno ileo ou fora dêle.

Resumo:

Para o tratamento cirúrgico do cancro do intestino grosso não existe nenhum método especial que deva tomar-se como norma; pelo contrário, tem de se empregar uma técnica em conformidade com o caso presente. Em geral pode dizer-se que é recomendável o método em um tempo para os tumores situados no lado direito do abdómen, o método de tempos sucessivos para os tumores situados no lado esquerdo. Em estado de ileo deve fazer-se inicialmente um ânus artificial e adiar a extirpação do tumor para um momento oportuno.

MORAIS DAVID.

A reacção de Kahn para a sífilis. (*Kahn's syphilis test*), por L. NIENWEJAAR. — *Acta Path. et Micr. Scand.*

Depois de descrever minuciosamente a técnica seguida para a execução da reacção de Kahn, descreve também os resultados obtidos com esta prova de sero-diagnóstico da sífilis e com a sero-reacção de Wassermann em vários períodos da infecção sífilítica e na sífilis congénita.

Sumário:

Em 806 soros investigados sob o ponto de vista da reacção de Kahn e da reacção de Wassermann, 723 (cêrca de 90%) deram resultados concordantes para as duas reacções. Em 83 os resultados foram divergentes, sendo na sua grande maioria soros de doentes em tratamento. Em especial nos casos de

sífilis primária e secundária em tratamento foi evidente que a reacção de Kahn se mostrou menos sensível e se tornou mais depressa negativa do que a reacção de Wassermann.

Alguns dos casos em que os resultados foram discordantes, uma e outra reacção apresentaram-se com características de difficil interpretação pela sua fraca intensidade.

Como regra geral os resultados são concordantes nas duas reacções, que apresentam uma sensibilidade equivalente nos vários períodos da sífilis.

Quási todos os autores que experimentaram a reacção de Kahn afirmam o seu valor no diagnóstico das afecções luéticas.

Em 4 casos de lepra a reacção de Wassermann foi positiva em 3 e a reacção de Kahn negativa em 3.

A reacção de Kahn é mais simples, mais rápida do que a reacção de Wassermann e exige uma apetrechagem laboratorial menos complicada. A sua leitura, porém, é mais difficil.

MORAIS DAVID.

O papel do suco pancreático nas afecções da vesícula biliar. (*The rôle of the pancreatic juice in the production of gal-bladder disease*), por J. A. WOLFER. — *Surg. Gyn. and Obst.* Outubro de 1931.

O estudo cuidadoso da patologia da vesícula biliar sugere que existe algum factor desconhecido, mais forte do que o próprio processo inflamatório, mais intenso e mais brusco nos seus efeitos, que pode ser a determinante de certos casos de doença da vesícula biliar em que as lesões de tipo gangrenoso ou de tipo flegmonoso agudo não revelam qualquer intervenção dos agentes sépticos, como se pode concluir pelo resultado negativo das pesquisas bacteriológicas nos casos estudados.

Alguns autores sugeriram a hipótese de que talvez o suco pancreático pudesse desempenhar um papel na oclusão destes fenómenos, um pouco à semelhança do que se passa com certos casos clínicos em que os processos mórbidos têm sua real origem na acção directa do derrame do suco pancreático e ainda pelo facto de a presença do suco pancreático ter sido apontada em algumas vesículas com alterações flegmonosas agudas.

O autor executou uma série de experiências no cão, tendentes a demonstrar o efeito da introdução do suco pancreático nas vias biliares.

Para este trabalho experimental foram os animais operados em condições de perfeita técnica operatória, sob anestesia e com simples injecções através da parede da vesícula, com injecções múltiplas através de um tubo de colecistotomia, com injecções simples no canal cístico ou no ducto comum, ou ainda com introdução contínua por meio de uma anastomose coledo-pancreática, fez-se chegar o suco pancreático na cavidade da vesícula.

Em todos os casos se pôde comprovar a existência de processos inflamatórios mais ou menos extensos. A introdução de quantidades relativamente abundantes de suco provoca alterações mais profundas do que a introdução de doses pequenas em injecções ou em descarga contínua pela intubação coledo-pancreática.

Nos animais sacrificados apareceram sistematicamente lesões do tipo degenerativo com necrose ou regenerativo com hipertrofia, hiperplasia e reacções inflamatórias da parede da vesícula.

Se bem que nem todos os casos clínicos de colecistite tenham como fundamento causal a intervenção do refluxo pancreático nas vias biliares, é crível porém que alguns dêles possam explicar-se em face desta hipótese.

MORAIS DAVID.

O bócio tóxico. O decurso da doença e seu tratamento. (*Toxic goitre. The course of the disease and its treatment*), por F. R. FRASER. — *The Brit. Med. Jour.* 24 de Outubro de 1931.

O autor apresenta as noções fundamentais recentes acêrca do bócio e refere principalmente as contribuições basilares que resultaram dos trabalhos de Marine, Rienhoff, Plummer, Means e Thompson acêrca da anatomia patológica, da sintomatologia, da terapêutica pelo iodo e do metabolismo basal.

Conclue :

Os casos de intoxicação tiroideia, ou bócio tóxico, devem ser tratados o mais precocemente possível, afastando todos os factores causais que possam descobrir-se, administrando iodo e reduzindo a porção de parênquima tiroideo hiperactivo. Esta última indicação obtém-se da maneira mais rigorosa por meio do tratamento operatório. Nos casos em que êste tratamento não pode ser seguido deve experimentar-se o tratamento pelo rádio e pelos raios X, mas enquanto a doença não apresenta sintomas intensos.

MORAIS DAVID.

Resultados obtidos com a reacção de Ascheim-Zondek, (modificação de Friedman) para o diagnóstico precoce da gravidez. (*Results with the Friedman modification of the Ascheim-Zondek test for diagnosis of early pregnancy*), por M. DAVIS e E. WALKER. — *New Eng. Jour. of Med.* 17 de Setembro de 1931.

Estes autores empregam uma única injeção intravenosa de 10 c. c. de urina proveniente da primeira micção, na veia marginal da coelha.

A técnica apontada é muito mais simples do que a que originalmente foi descrita por Ascheim-Zondek e os resultados podem ser interpretados ao fim de 24 a 36 horas em vez de 100 horas, como eram necessárias antigamente.

A reacção é muito delicada e sensível. A aparição de métodos tendentes a obter a concentração da hormona da urina poderá ainda abreviar o intervalo actual necessário ao desenvolvimento das manifestações do aparelho genital dos animais injectados que são a base da reacção.

A reacção pode ser usada no diagnóstico diferencial em casos de massas pélvicas ou tumores e em irregularidades menstruais de vários tipos.

MORAIS DAVID.

A mortalidade nas operações de bócio. Um estudo de uma série de 1.755 operações efectuadas em um periodo de 10 anos. (*Mortality in goitre operations. An analysis of a series of 1.755 operations during the ten year period*), por E. GOETSCH. — *An. of Surg.* Agosto de 1931.

Conclue :

Em 1.755 operações efectuadas em 1.553 doentes houve 22 mortes, ou seja uma mortalidade operatória de 1,2 %.

O iodo, quando é usado exclusivamente como medida terapêutica pre-operatória, reduz a mortalidade das intervenções cirúrgicas. Fora destas indicações formais o iodo aumenta os perigos do acto operatório e torna as futuras preparações pre-operatórias menos perfeitas. Além disso o tratamento abusivo pelo iodo pode determinar o agravamento agudo dos sintomas.

Os maiores perigos que chamam a atenção do cirurgião são o hipertiroidismo agudo, os hipertiroidismos de longa evolução, as insuficiências cardíacas com fibrilação, a história e sintomas de afecções valvulares crônicas e história e sinais do aparelho respiratório, tais como compressão traqueal e paralisia do nervo recorrente.

Sinais de mau prognóstico são a extrema astenia e a perda acentuada de peso, os vômitos e diarreia que indicam uma grave intoxicação com acidose provável, um metabolismo anormalmente alto, sintomas nervosos e mentais tais como grande excitabilidade, irracionalismo, ideas persecutórias, fraqueza e debilidade.

Os factores que atenuam a mortalidade são: a recusa para operar em presença de qualquer infecção respiratória, por mais leve que seja; a preparação apropriada do doente; a escolha do tipo de operação conveniente para cada caso; uma vigilância da frequência do pulso, que tende a aumentar bastante no decurso da operação; observância de todas as cautelas para não traumatizar os nervos recorrentes, as glândulas paratiroideias e a traqueia; vigiar cuidadosamente o doente no periodo post-operatório e acudir rapidamente nas hemorragias e procedendo a uma hemóstase imediata.

MORAIS DAVID.

Patogenia da necrose aguda do pâncreas. (*Pathogénie de la nécrose aiguë du pancréas*), por STANISLAS NOWICKI (Cracóvia). — *Cirurgia Clínica Polónica*. Vol. II. Fasc. I. Págs. 37-150.

Dêste fascículo da magnífica revista polaca que nos apresenta regularmente os melhores trabalhos dispersos pelas revistas cirúrgicas daquele país, e que nos traz hoje quatro excelentes artigos, destacamos o desenvolvido trabalho experimental de Nowicki, docente da Faculdade de Medicina de Cracóvia, e cujas conclusões procuramos resumir.

As observações clínicas e as investigações anatómicas demonstram que a litíase biliar cria condições favoráveis para que a bilis se introduza nos canais pancreáticos e por êsse facto possa produzir a necrose aguda do pâncreas. Esta pode excepcionalmente ser o efeito doutras causas entre as quais

as mais freqüentes são os traumatismos do pâncreas e as alterações patológicas dos vasos sanguíneos pancreáticos.

Da comparação das preparações histológicas da necrose aguda do pâncreas no homem com as que foram obtidas nas experiências do A. sobre animais, conclue-se que a semelhança é enorme entre aquelas e as resultantes de animais em que foi injectada bilis asséptica nos canais excretorios do pâncreas. Pelo contrário, as preparações observadas após injeção de bilis séptica, de conteúdo duodenal e de tripsina activa, parecem-se menos com as de lesões histológicas observadas no homem.

Não é senão nas porções do pâncreas onde a bilis chegou, que as alterações patológicas aparecem. São tanto mais graves e mais extensas quanto maior foi a quantidade de bilis que penetrou nos tecidos do pâncreas.

Nas outras porções do pâncreas, que não foram impregnadas de bilis, constata-se quando muito uma reacção inflamatória moderada.

O A. supõe que a verdadeira causa de no homem a necrose aguda do pâncreas se fazer com predominância na cabeça do pâncreas é a de ser por aí que a bilis passa sempre quando conseguiu introduzir-se no canal de Wirsung. É também aí que pode deter-se a maior quantidade da bilis que passa.

A bilis introduzida nos canais pancreáticos ou injectada nas veias ou no parênquima do pâncreas produz primeiro do que tudo a necrose do tecido glandular do pâncreas. Esta necrose aparece nos estados iniciais da doença, segundo o A. verificou, mesmo nas experiências que apenas duravam 4 horas. Os ilhéus de Langerhans resistem bastante à acção destrutiva.

Qualquer que seja a via pela qual se introduz a bilis no pâncreas, provoca sempre alterações nos vasos sanguíneos, e mais nas veias do que nas artérias. Nos vasos viu trombozes, degenerescência hialina e prováveis rupturas. Em consequência da acção da bilis vêem-se formar também derrames sanguíneos extensos nos espaços conjuntivos interlobulares bem como entre os acinos glandulares nos lóbulos. Vêem-se habitualmente grandes derrames de sangue nos lóbulos mortos.

A topografia das alterações produzidas pela bilis nos lóbulos dependia da via pela qual o A. injectava a bilis no pâncreas. Pôde provar que da acção da bilis do lado dos espaços interlobulares aparece a necrose dos acinos glandulares situados na periferia dos lóbulos. Mas a bilis introduzida nos canais pancreáticos produz sobretudo a necrose dos acinos situados no centro do lóbulo.

As reacções inflamatórias na necrose aguda do pâncreas, provocada experimentalmente pela acção da bilis asséptica, não aparecem no pâncreas duma maneira nitida senão passadas as primeiras 24 horas após a operação. Estas reacções manifestam-se com maior intensidade nas experiências em que se injectou no pâncreas bilis séptica ou conteúdo duodenal. A citosteatonecrose aparece no pâncreas simultaneamente com a necrose do tecido glandular. Verificou-a o A. com o microscópio mesmo nos casos estudados mais cedo, isto é já 4 horas após a operação. A extensão da citosteatonecrose é, além disso, independente das outras alterações mórbidas.

Nas experiências em que a necrose aguda do pâncreas foi produzida por acção da bilis, a citosteatonecrose atinge uma extensão mais considerável

que naquelas em que a doença foi provocada por acção doutros agentes. A introdução de bilis no pâncreas pelos canais excretadores cria condições mais favoráveis para a aparição da citosteatonecrose do que a introdução por outras vias.

O pâncreas escleroso é mais resistente à acção dos agentes nocivos que provocam a necrose aguda, do que o pâncreas normal.

Depois da injeção de bilis, de tripsina ou de conteúdo duodenal no canal de Wirsung, a secreção de suco pancreático fica suspensa durante um quarto de hora pelo menos. Os animais atingidos de necrose aguda do pâncreas excretam o suco pancreático pela fistula permanente apenas até que os fenómenos mórbidos agudos cessem, ao segundo dia da doença, o mais cedo.

A tripsina activada pela injeção intravenosa de pilocarpina não provoca nem os sintomas clínicos da necrose aguda do pâncreas nem lesões anatómicas no pâncreas. Do mesmo modo, o A. provou que do canal de Wirsung pode escorrer o suco que contém a tripsina activa, sem que contudo apareça a necrose aguda do pâncreas. Mas também, no decurso da necrose aguda do pâncreas, o A. não conseguiu obter sempre da fistula pancreática permanente o suco contendo a tripsina activa.

A activação da tripsina não é a causa primordial da necrose aguda do pâncreas, mas um fenómeno mais tardio que acompanha a necrose das células glandulares. A tripsina activa não aparece no suco pancreático senão no decurso do processo mórbido, como consequência da necrose dos lóbulos. Na evolução da doença, a tripsina provavelmente não desempenha um papel mais importante. Nas experiências do A. o poder proteolítico da tripsina contida no suco recolhido da fistula pancreática permanente era fraco. Habitualmente, o exsudado peritoneal não continha também a tripsina activa.

Esta, injectada no pâncreas, actua aí não duma maneira específica, mas do mesmo modo que as outras substâncias químicas cuja acção provoca facilmente e prontamente a necrose do tecido glandular.

A lipiase encontra-se no estado activo no suco pancreático assim como no exsudado peritoneal nos casos em que se verificou uma citosteatonecrose. A lipiase é activada muito precocemente e a sua activação é independente da da tripsina.

MENESES.

Sobre dois casos de doença de Osgood-Schlatter tratados por simpatectomia periarterial. (*Sobre dos casos de la enfermedad de Osgood-Schlatter tratados por simpatectomia periarterial*), por RICARDO E. DONOVAN (Sesión del 28 Out. de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires).—*Boletines y Trabajos de la S. C. B. A.* Tòmo xv. N.º 27. Págs. 997-1004. 4 de Novembro de 1931.

Desde há quasi 30 anos que a êste sindroma foi dado o nome dos dois autores, quando apresentaram as suas primeiras publicações, e desde então têm sido muito numerosos os trabalhos publicados sobre êle. Muito se tem discutido sobre a sua etiopatogenia, sem se ter chegado a um acôrdo sobre

um conceito claro e definido desta doença. Não se detém o A. a detalhar as várias teorias reinantes, nem a repetir o que está estabelecido sobre a ossificação do tubérculo anterior da tibia. Seguindo as teorias de Leriche sobre as perturbações vasomotoras consecutivas a um traumatismo, único ou repetido, e adaptando aos doentes que apresenta êsses quadros dolorosos post-traumáticos, o A. decidiu tratá-los com a simpatectomia periarterial, com o fim de provocar o equilíbrio vasomotor, e por ver a rebeldia aos outros tratamentos instituídos. Esta terapêutica mostrou-se muito eficaz, pois que poucos dias depois da operação os doentes acusavam a desapareição da dor, não só no repouso como também no andar, e a maior amplitude na flexão do joelho que se mantinha limitada, a-pesar-de se ter passado muito tempo após o incidente inicial.

Os doentes, cujas histórias o A. lê, conservaram por bastante tempo uma sensação perestésica na região femural anterior, até o têrço inferior e interno, atribuível a manobras operatórias sobre o safeno interno e o seu acésório.

N. do R. — Após a comunicação do A., o Dr. Valls pôs em dúvida que os dois casos apresentados fôsem de doença de Schlatter, pois se tratava de adultos (ambos de 20 anos!) nos quais o crescimento está quasi praticamente terminado (?). A doença de Schlatter é uma epifisite ou apofisite, que pode ser traumática ou não e que se observa nas crianças dos 10 aos 15 anos, nas quais se vê nitidamente a perturbação ao nível da cartilagem de conjugação. Em geral, essas crianças — diz — curam-se facilmente com o repouso, e é portanto duvidoso se se deve fazer a simpatectomia, que tem os seus perigos.

Ora parece, como nota Donovan, que esta observação não tem razão de ser, pois que é sabido que a ossificação do tubérculo tibial muitas vezes só termina à volta dos 22 anos.

O resultado obtido pelo A. foi magnífico, pois os doentes estavam à data fazendo o serviço militar sem perturbação alguma.

MENESES.

O tratamento conservador das bursites pre-rotulianas, por LOUIS CARP (New-York). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LII. N.º 1. Págs. 87-91. Janeiro de 1931.

O A. estuda as bursites pre-rotulianas baseando o seu estudo na observação de 27 casos. Chega à conclusão de que em 65% dos casos houve um traumatismo nos antecedentes. A bursite manifesta-se, quer imediatamente, quer muitos dias, semanas ou meses após o traumatismo. O líquido que se extrai por punção pode ser hemorrágico ou ambarino, segundo a antiguidade da lesão. A cultura é estéril.

O tratamento indicado consta em evacuar o líquido e injectar em sua substituição alguns centímetros cúbicos de tintura de iodo.

Faz-se uma vigorosa massagem para espalhar o iodo. Penso compressivo sobre o joelho em extensão.

Em mais de metade dos casos observados voltou a formar-se um pouco de líquido nos dez dias que se seguiram à injeção. Bastou evacuar este líquido sem recorrer a nova injeção de tintura de iodo. Passados 16 meses, não houvera recidivas. O tratamento durava cerca de três semanas.

MENESES.

Os raios X e a electricidade no diagnóstico e tratamento das periviscerites. (*Rôle des rayons X et de l'électricité dans le diagnostic et le traitement des périviscérites*). Conferência pelo Dr SAVIGNAC. — *Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*. 23 Juin 1931.

O A., relatando rapidamente um certo número de observações, demonstra que o diagnóstico da existência e localização das periviscerites não pode ser pôsto com segurança senão após um ou mais exames radiográficos cuidadosamente feitos e repetidos, com intervalos maiores ou menores. É muito raro que um só exame nos permita fazê-lo sem hesitação.

A decisão da intervenção cirúrgica só deve, em sua opinião, ser tomada com extrema reserva, em último recurso, depois dum ensaio infructifero, mas cuidadosamente feito, de toda a terapêutica medicamentosa requerida pela forma e manifestações do syndroma das periviscerites, à qual se associarão sistematicamente a diatermia, a corrente contínua, os infravermelhos, os raios X e ultravioletas.

Sem querer precisar detalhes técnicos de aplicação, frisa que, de entre os vários agentes físicos citados, nem sempre colhemos bons resultados empregando este ou aquele, antes, pelo contrário, muitas vezes um determinado nos conduz à cura em casos em que outro nada dava; para no tratamento dum outro doente nos acontecer precisamente a inversa. Outras vezes uma modalidade física que a princípio parece ineficaz vem mais tarde a conduzir-nos a óptimos resultados.

O A. aconselha de preferência às aplicações intensas as suaves e praticadas durante bastante tempo, sem o que nada podemos conseguir.

As duas modalidades com que melhores resultados colhe são a diatermia e a corrente contínua: a primeira actua principalmente sobre o elemento dor (parietais orgânicas ou plecálgicas), que chegam a desaparecer por completo, e secundariamente sobre as perturbações do trânsito intestinal; a segunda, ao contrário, é sobre estas últimas e sobre o espasmo que tantas vezes lhe está associado que exerce a sua acção, e que é menos brilhante sobre o sintoma dor. Tanto uma como outra actuam também sobre as perturbações funcionais e inflamatórias da periviscerite ou a ela associadas.

Os raios X e infravermelhos modificam exclusivamente o sintoma dor. Os primeiros tendo uma acção mais profunda do que as segundas, que actuam apenas superficialmente.

Finalmente os raios ultravioletas têm apenas uma acção secundária tonificando o estado geral, com a condição de não fatigar o doente.

As várias modalidades fisioterápicas empregadas limitam-se a actuar

sobre os sintomas que são a expressão da periviscerite, sem de modo nenhum ter uma acção directa sobre a lesão propriamente dita, como de resto sucede com a restante terapêutica. Contudo é já bastante conseguirmos aliviar os nossos doentes dos seus sofrimentos.

Nota. — Esta conferência tem o aspecto interessante de ter sido feita na Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie, onde se reúnem os electro-radiologistas mais célebres da França, não por um dos seus membros, mas sim por um especialista em doenças do aparelho digestivo.

F. FORMIGAL LUZES.

O tratamento pela diatermia das afecções mamárias inflamatórias. (*Traitement des affections mammaires inflammatoires par la diathermie*). Travail de candidature de la D^{esse} FAINSIBLER.—*Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie*. 23 Juin 1931.

A autora cujo trabalho foi feito no serviço central de electro-radiologia do Hospital Laënnec utilizou aparelhos de faiscador de ondas amortecidas, que reputa nestes casos superiores aos aparelhos de lâmpada de ondas mantidas. Os primeiros produzem sobre as células, além do efeito térmico propriamente dito, uma acção vibratória intensa devida à grande amplitude da primeira onda, o que em sua opinião é de grande vantagem.

A técnica de aplicação nada tem de especial. Segundo os casos faz sessões diárias ou tri-semanais, de 10 a 20 minutos de duração, com uma intensidade de 500 a 1500 ma.

Atribue os grandes beneficios observados à acção sedativa, descongestionante e bactericida da diatermia.

A autora relata em seguida uma série de observações dos vários tipos clássicos de mastites, aguda, subaguda e crónica, que põem em evidência a supremacia desta terapêutica sobre as restantes habitualmente utilizadas, sobre as quais apresenta as seguintes vantagens: é um tratamento rápido e de fácil aplicação; permite evitar os pensos compressivos e a interrupção da amamentação, sua freqüente consequência; calma a dor, descongestiona, evita a supuração devido à sua acção bactericida; faz desaparecer as tumefacções ganglionares activando a reabsorção de nódulos endurecidos e suprimindo assim a ameaça da sua transformação neoplásica. Esta última propriedade poderá, segundo a sua opinião, visto que a diatermia não tem acção sobre o desenvolvimento dos neoplasmas, ser empregada para o diagnóstico diferencial destes e das mastites, para o que bastaria fazer uma série de 10 sessões e ver se havia regressão ou se tudo permanecia no mesmo estado. Este processo simples equivaleria até certo ponto à biopsia.

Termina afirmando, que a diatermia, processo rápido e extremamente eficaz, deve ser empregada sistematicamente em todas as afecções inflamatórias da glândula mamária, agudas, subagudas e crónicas.

F. FORMIGAL LUZES.

O tratamento das flebitis superficiais pela ionização salicilada. (*Traitement des phlébites superficielles par l'ionisation salicylée*), por CH. LAUBRY-JACQUES LOUREL e HENRI BEAU. — *Révue Médicale Française*. N.º 5. Maio de 1931.

Os autores empregam com grande successo a ionização salicilada no tratamento destas afecções. O número de sessões em nenhum dos casos por elles tratados excedeu 18, desaparecendo a sintomatologia dolorosa em geral à 2.ª sessão. As melhoras são, segundo referem, tão rápidas, que podem constituir um inconveniente; pois os doentes pretendem logo abandonar o leito e entregar-se às suas occupações.

Este método é duma técnica muito simples e pode ser praticado no leito do doente

Um extenso electrodo almofadado e embebido em soluto de salicilato de sódio a 3 % é colocado sobre a veia lesada, e um outro, de iguais dimensões e embebido em água destilada, em região diametralmente oposta. Tendo em vista que o ião salicil é um anião, deverá ser pôsto o electrodo que o contém em conexão com o polo negativo, sendo o positivo ligado ao outro.

As sessões não devem ter uma duração inferior a meia hora.

Apresentam o resumo de cinco observações a corroborar a efficácia do método.

F. FORMIGAL LUZES.

Quistos cerebrais congénitos do «cavum do septum lucidum» (quinto ventriculo) e do «cavum de verga» (sexto ventriculo). (*Congenital cerebral cysts of the cavum septipellucidi [fifth ventricle] and cavum verga [sixth ventricle]. Diagnostic and treatment*), por W. DANDY. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 44. Janeiro de 1931.

Estas duas cavidades (quinto e sexto ventrículos) não tinham sido até hoje considerados mais do que simples curiosidades anatómicas. Dandy, tomando como base dois casos clínicos, estuda a embriologia, a anatomia, as possibilidades de diagnóstico e de terapêutica das dilatações destas cavidades.

O primeiro doente apresentava apenas sintomas clínicos de um tumor do hemisfério esquerdo, parecendo a ventriculografia indicar tratar-se de um tumor do corpo caloso.

A intervenção mostrou tratar-se de um quisto, que após incisão ântero-posterior do corpo caloso foi posta em comunicação com as cavidades dos ventrículos laterais.

A doente morreu passadas algumas semanas.

O segundo doente, uma criança com certo grau de hidrocefalia e convulsões unilaterais esquerdas seguidas de paralisia esquerda, fazia por vários motivos pensar num tumor congénito, talvez um angioma. A ventriculografia ântero-posterior mostrou uns cornos frontais afastados, tendo-se de um dos lados o ventrículo enchido mal, dando um aspecto muito semelhante ao encontrado pelo A. no primeiro doente. A intervenção consistiu em sectionar na linha média e no sentido ântero-posterior o corpo caloso, pondo à vista uma

cavidade na qual fazia saliência o terceiro ventrículo. Estabeleceram-se comunicações entre o quisto e os ventrículos laterais. O doente sobreviveu tendo notavelmente melhorado sob o ponto de vista motor e psíquico.

Comparando estas duas observações de quistos congénitos desenvolvidos à custa das cavidades do *septum lucidum* e *cavum de verga*, insiste Dandy sobre a característica especial do síndrome hipertensivo observado. Em ambos os casos havia crises intermitentes de hipertensão explicáveis pelas variações de pressão no interior do quisto. Em qualquer dos dois doentes estes quistos comportaram-se de resto como qualquer neoplasia da região comprimindo as vias motoras de ambos os lados e provocando perturbações mentais. A ventriculografia dá nestes casos imagens que o A. julga patognomónicas. A intervenção proposta pelo A. consiste, como dissemos, na incisão ântero-posterior da cavidade e a sua fistulização para os ventrículos laterais.

ALMEIDA LIMA.

¿Será a poliomielite uma doença do sistema linfático? (*Is poliomyelitis a Disease of Lymphatic System?*), por M. T. BURROWS. — *Archives of Internal Medicine*. Julho de 1931.

Actualmente não há ainda a certeza de qual a porta de entrada do agente da poliomielite, mas estudos clínicos e anátomo-patológicos dignos de toda a consideração levam-nos a pensar que a sua penetração se faça pelos linfáticos gastro-intestinais (placas de Peyer, folículos solitários). Os sintomas desta região são constantes, ao passo que a sintomatologia faríngea não é comum.

Destá porta de entrada a doença espalha-se por contigüidade aos vários tecidos linfáticos do organismo. Nos casos de pouca gravidade, a imunidade e a cura sobrevêm após uma limitada invasão do sistema linfático. Nos casos mais graves, uma mais vasta rêde linfática é atingida, chegando o vírus até as estruturas linfóides do sistema nervoso. Sob êste ponto de vista a poliomielite é perfeitamente comparável a muitas outras doenças infecciosas.

Quando um certo número de pessoas é infectada, por exemplo, por um estreptococo, numas a doença termina após uma lesão da faringe, noutras a doença estende-se da faringe à laringe e à traqueia, noutras aos brônquios, algumas pode chegar à pneumonia e à morte.

Assim, a paralisia infantil parece na grande maioria dos casos provocar um estado de imunidade após a invasão de uma pequena parte dos tecidos linfáticos periféricos, noutros maior quantidade de tecido linfático é atingido podendo ser palpáveis gânglios cervicais, axilares, ingüinais, poplíteos, etc., nalguns são em seguido tomadas pela infecção as estruturas linfáticas do sistema nervoso.

Só êste último grau da doença tem sido considerado até hoje por muitos como a verdadeira poliomielite, o que é evidentemente falso, pois trata-se apenas de uma complicação neurológica de uma doença infecciosa. A sintomatologia de uma afecção gastro-intestinal é a única manifestação em muitos doentes. Muitas pessoas são nitidamente refractárias à doença, outras têm tão leves sintomas que não chegam a abandonar a sua vida habitual.

É pela consideração destes factos e da sua patologia que o A. propõe o abandono da designação de paralisia infantil.

Termina o autor com longas considerações sobre a vantagem da expansão desta nova doutrina da patogenia da poliomielite, principalmente sobre o seu aspecto epidemiológico; pois no decurso de uma epidemia de poliomielite toda a infecção gastro-intestinal será suspeita e sujeita às medidas sanitárias, que preconiza.

ALMEIDA LIMA.

Nova doença familiar caracterizada por catarata congénita e paragem do desenvolvimento somato-neuro-psíquico. (*Nouvelle maladie familiale caractérisée par une cataracte congénitale et un arrêt du développement somato-neuro-psychique*), por G. MARINESCO, ST. BRAGANESCO e D. VARILIER. — *Encéphale*. Ano XXVI. N.º 3. Pág. 97. Fevereiro de 1931.

Relato de uma doença familiar atingindo várias crianças, caracterizada pelo aparecimento pelos dois anos de idade de uma catarata, pelo aparecimento de perturbações neuro-psíquicas e finalmente pela existência de hipocalcemia. Ela foi mesmo encontrada em irmãos saudáveis e num dos progenitores. Os AA. pensam tratar-se de uma doença neuro-endocrínica cuja etiologia, depois de terem eliminado a sífilis, discutem.

ALMEIDA LIMA.

Diagnóstico e prognóstico da meningite tuberculosa, por M. BRELET. — *Révue Neurologique*. Setembro de 1931. Ref. da *Gazette des Hôpitaux*. N.º 27. 1931.

Não é um facto novo o da curabilidade da meningite tuberculosa, os clínicos deste último século tinham já essa convicção. Esta curabilidade foi só, porém, recentemente plenamente demonstrada. Demonstrou-se que existe, por um lado uma forma de meningite tuberculosa crónica podendo criar um síndrome de paralisia geral, por outro remissões prolongadas sobrevivendo a morte só muitos meses ou muitos anos mais tarde. É necessário, portanto, limitar até certo ponto o prognóstico clássico, sempre fatal, da meningite tuberculosa.

Até há pouco, para provar a natureza tuberculosa de uma lesão, contentavam-se com uma inoculação à cobaia. Actualmente, quando um produto patológico onde não se encontraram bacilos de Kock não provoca uma tuberculose experimental, do tipo Villemin, não podemos garantir que não se trata de tuberculose sem ter inoculado várias cobaias e sacrificado um animal todas as cinco ou seis semanas para procurar a adenite bacilosa curável.

Estas noções permitem fazer o diagnóstico diferencial entre uma meningite tuberculosa curável e as meningites linfocitárias de origem indeterminada. Mas um método que necessita de exames laboratoriais tão prolongados tem evidentemente um valor muito restrito como meio de diagnóstico clínico. Daí a necessidade de se procurar um outro método. O A. assinala a impor-

tância da reacção da resorcina de Vernes no líquido encéfalo-raquidiano para o diagnóstico da meningite tuberculosa. Indica a técnica desta reacção.

ALMEIDA LIMA.

Formas curáveis de meningite purulenta de origem traumática. (*Sur les formes curables de la meningite purulente d'origine traumatique*), por L. BREGMAN e G. KRUKOWSKI. — *Encéphale*. Ano XXVI. N.º 2. Pág. 110. Fevereiro de 1931.

Duas observações clínicas de doentes curados após terem apresentado meningites purulentas post-traumáticas. Na primeira encontram os AA. bacilos Gram-negativos, na segunda micróbios muito virulentos mas que não foram caracterizados.

Juntam mais uma observação de meningite traumática asséptica, insistem sobre esta forma e apresentam judiciosas considerações sobre prognóstico e tratamento.

ALMEIDA LIMA.

A circulação cerebral. O problema das artérias terminais do cérebro e o mecanismo do infarto (*The questione of «end-arteries» of the brain and the mechanism of infarction*), por STANLEY COBB. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 273. Fevereiro de 1931.

Dos estudos anatómicos e experimentais a que procedeu, conclue o autor a existência de uma rede capilar cerebral largamente anastomosada. Quando se dá uma obliteração arterial, a falta de oxigénio provoca edema, dilatação vascular e diapedese de globos vermelhos realizando o infarto. O amolecimento não é, portanto, o resultado directo de uma anemia estritamente anatómica, mas sim o resultado duma anoxemia relativa do tecido cerebral, no qual uma perfeita regulação das quantidades de oxigénio que necessita é mais necessária do que em qualquer outro tecido do organismo.

ALMEIDA LIMA.

Investigações sobre o comportamento da reserva alcalina do sangue e do ph urinário nos epilépticos durante as crises convulsivas e no intervalo destas. (*Ricerche sul comportamento della riserva alcalina del sangue e del ph urinário negli epilethici nei periodi intervallari e durante le crisi convulsive*), por F. di RENZO. — *R. di Patologia Nervosa e Mentale*. Vol. xxxvi. Fasc. 3. Pág. 549. Dezembro de 1930.

A crise epiléptica é precedida de um aumento da reserva alcalina do sangue, que é já nítida 24 a 26 horas antes do acesso, aumentando progressivamente até atingir um máximo na hora que precede a crise. Nos últimos minutos que a precedem imediatamente, a reserva alcalina baixa rapidamente até a normal, ficando assim durante a crise.

O ph urinário comporta-se de uma maneira análoga, se bem que com menos intensidade; assim, só se consegue revelar um aumento de ph urinário na hora que precede imediatamente a crise; depois um abaixamento brusco nos últimos minutos que precedem a crise convulsiva.

Estes factos demonstram que a crise convulsiva coincide com o momento em que uma grande quantidade de ácidos se vêm lançar na corrente circulatória, baixando a reserva alcalina elevada no sangue, aumentando provavelmente a quantidade de iões Ca no plasma sanguíneo.

ALMEIDA LIMA.

Epilepsia e demência precoce. (*Epilepsia e demença precoce*), por T. SENIRE. — *Il Cervello*. ANO X. N.º 1. Pág. 39. Janeiro de 1931.

A associação da epilepsia e demência precoce é bastante rara. O A. pôde contudo reunir seis casos cujas observações relata. Nuns casos as duas afecções apareceram simultâneamente, noutros a demência precedeu a epilepsia, em dois casos pelo contrário a epilepsia precedeu os sintomas esquizofrênicos.

O A. discute as suas observações e outras anteriormente publicadas, dando alguns elementos de diagnóstico entre a demência precoce post-epiléptica e a demência epiléptica.

ALMEIDA LIMA.

Encefalite periaxial difusa de Schilder. (*Schilder's encephalitis periaxialis diffusa*), por M. CANAVAN. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Jeverein 1931.

Artigo muito bem documentado onde o autor relata a história clínica de uma criança de dezasseis meses, cujo aspecto era apenas o de uma hidrocefalia. A autópsia revelou-se a existência de uma encefalite de Schilder sem dilatação ventricular. Conclue pois o autor por afirmar que na presença de uma macrocefalia não se deve pensar sistematicamente em que haja uma hidrocefalia, mas deve-se encetar a hipótese de se tratar de um aumento de volume do próprio parênquima cerebral.

ALMEIDA LIMA.

Doenças agudas do cérebro provocadas por perturbações funcionais da circulação. (*Acute diseases of the Brain due to functional disturbance of the circulation*), por E. DE VRIES. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Pág. 227. Jeverein 1931.

Estudo clínico e anatómico de 4 casos nos quais foram encontradas lesões localizadas de amolecimento cortical que não podiam ser atribuídas a lesões vasculares orgânicas. Numa das peças vêem-se pequenos focos de necrose ocupando sem sistematização as diferentes camadas do córtex. Nos outros casos a terceira camada parece, como de regra, ser a mais atingida sem que se tenha para êste facto uma explicação satisfatória.

As perturbações funcionais circulatórias aparecem cada vez mais como tendo um papel primacial na patogenia dos amolecimentos cerebrais nos artério-esclerosos.

ALMEIDA LIMA.

Hermafroditismo masculino, por M. USANDIZAGA e SÁNCHEZ LUCAS.—*Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*. Ano XII. N.º 516. Abril de 1931.

Relato de um caso de hermafroditismo masculino genital e somático (segundo a classificação de Hoepke).

Trata-se de uma doente observada pelos AA. e na qual a morte sobreveio pouco tempo depois por doença intercorrente, permitindo um estudo anatómico e histológico detalhado, o que dá especial valor a esta observação.

Discutem os AA. as várias classificações do hermafroditismo, expondo também alguns pontos de embriologia relacionados com a interpretação dos estados intersexuais.

ALMEIDA LIMA.

A acção da insulina sôbre os cancros ulcerados da pele. (*L'action de l'insuline sur les cancers ulcérés de la peau*), por S. F. GOMES DA COSTA.—*Presse Médicale*. Ano XXXIX. N.º 84. 21 de Outubro de 1931.

Este trabalho é a continuação de outros já publicados pelo autor, que relata, acompanhados de fotografias elucidativas, mais três casos de carcinomas ulcerados da pele, tratados pela aplicação local de insulina.

Sem se poder pronunciar em definitivo sôbre o mecanismo da acção inibidora da insulina no desenvolvimento daquelas neoplasias e da acção cicatrizante daquele fármaco, o Dr. Gomes da Costa faz preceder as observações dos doentes das considerações de ordem biológica que o levaram ao seu emprêgo.

O metabolismo da célula neoplásica faz-se por um mecanismo anormal pelo que diz respeito a qualquer das três categorias de alimentos: proteínas, gorduras e hidratos de carbono. Dêstes últimos, as células neoplásicas chegam a fazer um consumo 70 vezes superior ao da maior parte das células normais, consumo que se não faz pelo processo habitual de oxidação, mas por glicólise.

A administração de hidratos de carbono em abundância na alimentação, ou injeções de glucose, a ratos sarcomatosos ou cancerizados pelo alcatrão, feitas pela primeira vez por Rondoni e depois confirmadas por numerosos autores, determina uma aceleração no crescimento dos tumores.

A experiência inversa feita injectando insulina àqueles animais tem conduzido a resultados discordantes.

O A. faz apenas aplicações locais de insulina, pensando que o pervertido metabolismo da célula neoplásica é normalizado por aquele fármaco, passando aquelas células a utilizar a glucose como as células normais.

Outra idea sugere para interpretação do facto clínico observado:

As células cancerosas que têm necessidade de grande quantidade de hi-

dratos de carbono para o seu desenvolvimento ficariam pela acção local da insulina em más condições de crescimento e proliferação.

Alguns dos doentes estudados até agora são recidivas de cancros tratados pelo rádio e pelos raios X, e referem-se quer a carcinomas plano-celulares, baso-celulares e desenvolvidos à custa das glândulas cutâneas.

A aplicação local foi feita duas vezes por dia depois de desinfecção prévia com pomada de Rivanol, quando houve necessidade.

Toda a superfície ulcerada fica banhada pela insulina, cobrindo-se com penso estéril, sobre o qual deixa cair algumas gotas de insulina.

A epiteliação da ulceração fez-se em todos os casos em 3 ou 4 semanas nas ulcerações de 1,5 a 2 cm. de diâmetro.

Nos primeiros doentes estudados após a cicatrização foi feita a exérese com bisturi eléctrico da pele onde houvera a neoplasia. O estudo histológico mostrou a regressão do tecido canceroso — que chega a 3/5 da extensão total da neoplasia — sobretudo nítida à periferia, permanecendo sob a cicatriz, nos três primeiros doentes estudados, uma porção de tecido canceroso.

Comparando a extensão primitiva da lesão com a extensão da parte da preparação microscópica, onde se pode observar ainda tecido canceroso, o A. conclui que desapareceu uma grande parte do tecido neoplásico.

Noutros doentes, o Dr. Gomes da Costa não procedeu à exérese, para observar se recidivariam. Dos três casos apresentados, um já tem seis meses de cicatrização sem o mais leve sinal de reprodução.

O A. promete continuar ensaiando o método e experimentar a acção de outros compostos que possuem algumas das propriedades da insulina — ergotamina, sintalina, etc.

OLIVEIRA MACHADO.

A amino-acidemia na tuberculose pulmonar. (*L' amino-acidémie dans la tuberculose pulmonaire*), por PEDRO M. RE e ERNESTO A. MOLINELLI. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tôm. II. N.º 9. Setembro de 1931.

Os AA. classificam o seu trabalho de contribuição útil para o diagnóstico dos tipos fibroso e caseoso da tuberculose pulmonar, chegando, baseados na observação de 41 casos, à seguinte conclusão:

A amino-acidemia está diminuída nas formas fibro-caseosas da tuberculose pulmonar, e particularmente no decurso das complicações evolutivas, mantendo-se, em regra, normal nas formas puramente fibrosas.

OLIVEIRA MACHADO.

Influência das glândulas supra-renais na regularização da tensão arterial. (*Influence des glandes surrénales sur la regulation de la tension artérielle*), por ALFREDO BIASOTTI. — *Révue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*. Tôm. II. N.º 9. Setembro de 1931.

O A., no decorrer de experiências feitas no cão com o intuito de estudar os factores determinantes da arterio-esclerose, e que resultaram infrutíferas

sob êste ponto de vista, colheu elementos de apreciação sôbre a importância da adrenalina e das supra-renais na regularização da tensão arterial.

Estudou a influência sôbre a tensão arterial do simpático, supra-renal e adrenalina, procedendo sucessivamente às seguintes experiências:

- 1.º — Desnervação unilateral do abdômen;
- 2.º — Desnervação bilateral do abdômen;
- 3.º — Extirpação das supra-renais;
- 4.º — Desmedulização das supra-renais;
- 5.º — Reacção dos animais desmedulizados à hipotensão;
- 6.º — Desmedulização supra-renal e desnervação simpática do abdômen;

chegando às seguintes conclusões:

1.º — A extirpação do simpático abdominal uni ou bilateral e a secção do grande e pequeno esplâncnicos não provoca variações da tensão arterial.

2.º — A extirpação de uma das supra-renais não modifica, em regra, a tensão.

3.º — A extirpação de ambas as supra-renais determina uma queda progressiva da tensão arterial quando o animal sobrevive poucas horas (40 a 60). A queda inicial segue-se um período em que a tensão se mantém baixa se o animal sobrevive mais tempo (110 horas).

4.º — Nos cães a que se extirpa uma das supra-renais e a substância medular da outra nota-se uma hipotensão de 3 a 4 cm., voltando à normal após 20 ou 30 dias de operados.

5.º — Uma sangria de 1,5 % do pêso dum animal desmedulizado, cuja tensão esteja normal, provoca uma hipotensão mais acentuada e duradoura que nos animais testemunhas normais.

6.º — A extirpação da substância medular da glândula provoca uma asenia do sistema vaso-motor com diminuição da capacidade funcional normal.

7.º — Após a desnervação simpática abdominal e desmedulização supra-renal, a tensão arterial desce durante algum tempo, recuperando depois o nível inicial.

OLIVEIRA MACHADO.

Bons e maus resultados no tratamento da anemia perniciosa pelo fígado. (*Misserfolge und Erfolge der Behandlung der perniziösen Anämie mit Leber*), por W. PARRIOINS e E. BOSCKHELER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 37. 1931.

As estatísticas dos bons e maus resultados obtidos na anemia perniciosa pelo método de Whipple variam de autor para autor. As causas dos últimos podem resumir-se assim:

- 1) Casos hepato-resistentes.
- 2) Complicações posteriores.
- 3) A existência duma afecção medular.

4) Terapêutica insuficiente, por repugnância do doente pelo fígado, ou razões económicas.

5) Erros de diagnósticos.

A última hipótese, não tão rara como se julga, faz diminuir naturalmente o número de casos considerados em 1. Quanto à insuficiência de terapêutica nos casos considerados em 4, os AA. aconselham, para evitar qualquer das duas razões expostas, o emprêgo de Campolon, produto injectável com o qual têm obtido óptimos resultados e cuja técnica é a seguinte:

Até se obter um quadro hematológico sensivelmente idêntico ao normal, deve empregar-se uma ampola diária de 2 c. c., em geral uma média de três a oito semanas. Depois 3-2 e 1 vez por semana e nos casos mais favoráveis 1 injeção de 15 em 15 dias. Por êste processo, o que ainda constitue uma incógnita é o bom resultado obtido por doses tão pequenas; cada ampola corresponde a 5 grs. de fígado.

J. ROCHETA.

As localizações dolorosas da apendicite e o valor diagnóstico e patológico de um novo ponto doloroso dorsal. (*Le localizzazioni dolorose dell'appendicite, valore diagnostico e patogenesi di un nuovo punto doloroso dorsale*), por CAMPANACCI. — *Minerva Médica*. Vol II. N.º 41. 1921.

O A. descreve as localizações anormais da algia subjectiva da apendicite, e faz o estudo dos pontos dolorosos provocados pela palpação, considerando-os de mais importância para o diagnóstico, por uma maior objectividade e por uma relativamente mais exacta localização, e divide-os em directos e indirectos. Dos primeiros aponta oito, dos quais o mais importante é o de MacBurney; dos segundos, catorze, incluindo o ponto doloroso dorsal descrito pelo A. A sua sede é, no último espaço intercostal direito ou imediatamente abaixo da última costela, uma zona restrita com o diâmetro de alguns centímetros. Apresenta a característica de ser mais doloroso quando a pressão é feita com o doente em decúbito dorsal. O A. afirma a sua importância diagnóstica nas apendicites crónicas ou em condições de difícil palpação apendicular, parede abdominal espessa, posição retrocecal, etc.

A gênese desta localização deve ser atribuída a uma nevralgia cutânea reflexa de origem apendicular, segundo a concepção de Head, isto é, a projecção algésica numa determinada zona cutânea, que é inervada sensitivamente pelas raízes posteriores que saem do mesmo segmento medular do qual está dependente a respectiva viscera.

J. ROCHETA.

O tratamento do herpes zoster. (*Zur Behandlung des herpes zoster*), por E. FREUDE. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 38. 1931.

O A. refere quatro casos de herpes zoster da sua clínica, dois dos quais só acusavam dores nas zonas dum herpes anterior já curado, e que foram tratados com as injeções paravertebrais de novocaína a 2 0/0, ao nível do segmento dorsal correspondente ao nervo afectado. Principalmente nítida foi

a acção sedante produzida; em geral as dores desaparecem ao fim de meia hora, influenciando assim duma maneira favorável a evolução curativa. Por isso o A. aconselha êste tratamento, mais naturalmente indicado nas formas hiperálgicas.

J. ROCHETA.

O tratamento vacínico da tosse convulsa. (*Die Vakzinebehandlung des Keuchhustens*), por D. MORITZ. — *Fortschritte der Therapie*. Heft. 18. 1931.

O A. resume do seguinte modo os resultados obtidos com o emprêgo da vacina em 49 casos de tosse convulsa:

1) O tratamento é tanto mais eficaz quanto mais precoce fôr o seu emprêgo; em geral, os melhores resultados obtêm-se nas duas primeiras semanas do início da doença.

2) A vacina a empregar, para uma mais segura eficácia, deve ser concentrada. As vacinas muito pobres em germes são quasi praticamente inactivas.

3) Os lactantes suportam, tão bem como as crianças de 2 e mais anos, fortes concentrações de vacina. A única desvantagem destas doses, além da febre por vezes excessiva, é a sua dolorosidade e uma ligeira infiltração na região da injeção, que em geral desaparece com aplicações quentes.

4) As injeções devem ser intra-musculares e separadas por um intervalo médio de quatro dias.

5) Sôbre a acção profilática da vacina o A. não se pronuncia, por não ter empregado esta com êsse intuito.

J. ROCHETA.

Intoxicação pelo atofan e o seu tratamento. (*Atóphanvergiftung und ihre Behandlung*), por K. EIMER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 39. 1931.

O A. refere um caso de intoxicação produzida pelo atofan (o doente tinha absorvido 118 grs. em 41 dias) e caracterizado por uma icterícia grave e por sintomas clínicos próprios da atrofia amarela aguda do figado. Ora, sabe-se, principalmente por investigações de Brugsch, que o atofan é um colegogo muito activo e tem sido usado sob o nome de ikterosan (Brugsch) e com bons resultados em formas variadas de icterícia. O A. julga que esta contradição — o emprêgo do medicamento em afecções que o mesmo pode provocar — só é explicável quando a dose administrada fôr excessiva, ou então, e é o caso referido, quando o tempo de emprêgo fôr duradouro. Nestas condições, ou se dá uma acumulação medicamentosa no organismo ou se produzem derivados tóxicos que produzam a sintomalogia apontada.

Seja como fôr, é de aconselhar a sua prescrição por períodos de tempo não muito longo para facilitar a sua eliminação.

Quanto a tratamento, a-pesar-da mortalidade ser muito alta em todos

os casos descritos na literatura médica, deve preferir-se o sôro glicosado insulínico, assim como a tubagem duodenal com o sulfato de magnésio, que curou o paciente que o A. refere.

J. ROCHETA.

O tratamento da trombose e da flebite com a pomada Dumex. (*Dumex-salbe zur Behandlung der Thrombose und Phlebitis*), por O. KÜKER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. 1903.

O A. refere os bons resultados terapêuticos obtidos com o emprêgo da pomada Dumex nas tromboses e flebites. Este fármaco, na composição do qual entra o chumbo, um éster do ácido cantórico, o fenol e o hamamelis, parece exercer não só uma acção superficial cutânea melhorando a circulação da pele e evitando-lhe a maceração, como também uma acção profunda excitante do tecido de granulação e provocando assim uma organização mais rápida do trombo com a diminuição consecutiva do perigo das embolias; o derivado da cânfora parece por seu lado exercer uma acção desinfectante. Uma outra vantagem que o A. aponta é a circunstância de não ser necessária a renovação cotidiana do penso, podendo assim ser mais duradoura a necessária imobilização do membro afectado. Por último é evidente a rápida melhoria da sensação dolorosa ao longo da veia trombosada.

J. ROCHETA.

O exame radiológico das artérias, das veias e das cavidades patológicas com uroselectan. (*L'esame radiológico delle arterie, delle vene e delle cavità patologiche con Uroselectan*), por L. CAPORALE e A. FOA. — *Minerva Médica*. N.º 38. 1931.

Os AA. referem a técnica e o protocolo das investigações experimentais e clínicas que realizaram com o uroselectan no intuito de obter a visualização radiográfica dos trajectos arteriais e venosos, assim como das cavidades patológicas e fistulas. Chegam às seguintes conclusões :

O uroselectan é uma substância rádio-opaca inofensiva para o organismo e para as paredes dos vasos. Esta inocuidade provou-se em experiências com animais, mas poucos resultados positivos se podem obter da arteriografia, especialmente do encéfalo; pelo contrário, é facil conseguir-se boas flebogrfias. Principalmente no homem são fáceis e dão resultados de grande importância. No estudo das veias dos membros, especialmente dos inferiores, é possível :

a) Obter uma imagem de toda a árvore venosa do membro em exame.
b) Observar a existência de varizes, superficiais ou profundas, e eventualmente estabelecer novas indicações terapêuticas.

c) Ter a demonstração radiográfica da insuficiência valvular e das modalidades patológicas da circulação venosa dos mesmos.

d) No estudo das cavidades patológicas (quistos, cavidades abcedárias,

trajectos fistulosos, etc.) em união com os meios semiológicos habituais, o exame radiológico com uroselectan pode fornecer dados muito úteis sob o ponto de vista diagnóstico e terapêutico.

J. ROCHETA.

A importância da pituitrina na fisiologia do parto. (*Über die Bedeutung des Pituitrins in der Physiologie der Geburt*), por J. HELLER e P. HOLTZ. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 38. 1931.

Os AA procuraram no seu estudo a confirmação da hipótese de Dixon, Marshall e outros, fundada na influência que teria a hormona ovárica no útero, no sentido duma hipersensibilidade dêste provocada por aquela em face da pituitrina, a quando do trabalho do parto. Chegaram às seguintes conclusões: a hormona ovárica (Oestrin) não sensibiliza para a pituitrina o útero isolado; pelo contrário, a hormona do lobo anterior da hipófise, assim como um excesso de potássio no líquido de suspensão do órgão, sensibiliza-o em face da pituitrina. A concordância dos métodos usados nas pesquisas com as circunstâncias que se verificam no organismo vivo (aumento da hormona do lobo anterior da hipófise, deslocação do cociente potássio-cálcio a favor do primeiro) leva-os à interpretação seguinte, que julgam verificar-se na fisiologia do parto: no fim da gravidez encontra-se um aumento de secreção da pituitrina e esta actua num útero que se encontra sensibilizado pela hormona do lobo anterior da hipófise e por um aumento do cociente potássio-cálcio a favor do primeiro.

J. ROCHETA.

Uma forma de artralgia endocrínica. (*Ueber eine Form endokriner Arthralgie*), por L. PAP. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 38. 1931.

O A. descreve um quadro sintomatológico típico comumente inscrito no quadro das doenças reumáticas, e que corresponde a uma afeção autónoma, característica.

Aparece predominantemente no período do *climaterium* e distingue-se por inchaço, dor, sensação de tensão e fraqueza das extremidades, principalmente das mãos. Em geral, esta sintomatologia aparece já numa época de franca amenorreia, mas não é acompanhada das outras manifestações subjectivas do *deficit* ovárico. O A. admite ainda a importância do factor constituição para o aparecimento desta afeção. Como tratamento aconselha a organoterapia.

J. ROCHETA.



Biblioteca da «Lisboa Médica»

Expressão física da cólera na literatura, por HENRIQUE DE VILHENA,
2.ª edição do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa.
1 vol. de 436 págs. Lisboa. 1931.

Eis uma obra cuja publicação não devemos deixar sem obrigada referência. A crítica (os *críticos*) por certos a fechará sem lhe dar o relêvo que o trabalho merece. O autor não abanca às mesas de café, não faz vida mundana, nem frequenta a redacção dos jornais...

Os estudos do Prof. Vilhena relativos à anatomia das emoções na arte e na literatura igualam o valor dos estudos da anatomia humana no cadáver. Quem há aí que não tenha lido a *Expressão das emoções em algumas esculturas portuguesas contemporâneas* (Ensaio de Critica e de Estética, pág. 125), a *Expressão das emoções em algumas esculturas da antiguidade classica* (Ibidem, 144), e êsse estudo admirável de anatomia artística sobre *O desterrado*, em que o anatomista disseca com carinho a somática emotiva dêsse bloco de mármore ao qual o nosso maior escultor deu a marca do seu génio; Prometeu agrilhoado à própria dor, queimado no lume vivo da saudade?...

Pena é que a série de lições professadas na Escola de Belas Artes de Lisboa, nas quais desenvolveu o tema — *A expressão das emoções na pintura e na escultura* — não tenham sido ainda publicadas.

Na *Expressão física da cólera na literatura*, o A. estuda todos os componentes da expressão da cólera com o mesmo método com que o seu canivete disseca os músculos da face e percorre as dizedelas da linguagem popular e as obras da literatura, desde a antiguidade greco-latina até os contemporâneos, não deixando um passo que possa documentar a sua tese. E o autor encontrou na dissertação do filósofo Séneca sobre a cólera a descrição mais completa desta emoção: «os seus olhos inflamavam-se e faiscavam-se; o rosto é invadido de côr vermelha, viva; o sangue referve-lhe nas cavidades do coração; as maxilas apertam-se-lhe, os lábios tremem com violência; os cabelos eriçam-se; a respiração é opressa e tumultuosa e as articulações dão estalidos, torcendo-se; geme, ruge e a sua palavra é entrecortada de sons inarticulados; as mãos entrechocam-se freqüentemente e os pés batem no solo;

todo o corpo se agita e todos os gestos são ameaças...» (pág. 28). A cólera, como outra qualquer emoção, é expressão de todo o organismo, da unidade do corpo.

A consulta dos textos é feita com honestidade. As citações sucessivas que a tese exige, de tal sorte as ordena o A. que elas decorrem na fluidez da escritura sem que a leitura afrouxe, ao contrário, aumentando de interesse de lauda a lauda. Trabalho de muitos anos de estudo, simultâneamente de análise e de síntese, é obra de anatómico e de psicólogo. Para a realizar com a desenvoltura e a finalidade com que o A. o faz, só um espírito crítico apurado e uma grande cultura psicológica e literária, como a que o A. possui, lhe poderiam dar azo a tal emprêsa. Se aqui ou além podemos discordar de um ou outro pormenor, a obra fica no seu todo na ruma das que resistem ao desgaste do tempo.

E. COELHO.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Lisboa

O Prof. Marck Athias foi exonerado, a seu pedido, do cargo de secretário da Faculdade de Medicina.

— O conselho da Faculdade reuniu-se no dia 21 de Outubro findo, tendo-se ocupado do pedido, feito por um grupo de alunos, para poderem transitar para o ano seguinte sem aprovação numa das cadeiras do ano anterior.

Do Pôrto

O Prof. Manuel de Moraes Frias foi autorizado a reger um curso de cirurgia ginecológica na Universidade de Santiago de Compostela.

Hospitais Civis de Lisboa

O *Diário do Governo* publicou o novo regulamento dos Hospitais Civis no que respeita aos assistentes e internos.

O internato é agora constituído por quatro anos, sendo o último ano concedido apenas aos internos que se distinguem nos serviços clínicos.



Academia das Ciências

Na sessão da 1.ª classe, realizada em 15 de Outubro, a que presidiu o Prof. Egas Moniz, fez o Prof. Sabino Coelho uma comunicação intitulada «A propósito da tuberculose e da cancerose do suco uterino (homenagem a Sousa Martins)».

Sociedade Portuguesa de Estomatologia

Realizou-se no dia 5 de Novembro a sessão inaugural do presente ano académico da Sociedade Portuguesa de Estomatologia. Presidiu o Dr. Tiago Marques, secretariado pelos Drs. Pereira Varela e Ferreira da Costa.

O Dr. Tiago Marques relatou os trabalhos do Congresso Internacional de Estomatologia de Budapest, realizado em Setembro último.

O Dr. António Jorge falou da leitura das radiografias da boca.

O Dr. Lopes Cardoso apresentou um caso de quisto do maxilar anterior.

O Dr. Valente de Araújo, finalmente, referiu um caso de esporotricose.

XVI Cruzada da «Bruxelles-Médical» às Ilhas do Sol

A Cruzada anual das férias grandes organizada pela *Bruxelles-Médical* efectuar-se-á em 1932, no Atlântico e no Mediterrâneo Ocidental, sendo o itinerário o seguinte: Bordéus, Pôrto, Lisboa, Ponta Delgada e Horta (ilhas dos Açores), Funchal (Madeira), Tenerife (Canárias), Casa Blanca (Rabat, Larache), Tânger, Ceuta (Tetuão, Marrocos Espanhol), Palma de Maiorca (Baleares), Cagliari (Sardânia), Costa Este da Sardânia e da Córsega, Livourne (Pisa e Florença), Marselha.

O ponto de partida será em Bordéus, a 27 de Julho, e o do regresso em Marselha a 21 de Agosto. O vapor a bordo do qual se fará esta viagem é o vapor de luxo *Brazza* (15.000 toneladas). Este vapor, muito conhecido dos médicos, será, como nos anos anteriores, fretado especialmente pelo nosso confrade. A viagem será também, como as precedentes, organizada «à bu-

reaux fermés», para conservar o seu carácter científico, indispensável ao seu renome, e justificar a sua razão de ser.

O *Brazza* será comandado pelo comandante Cariou.

Haverá duas classes, sendo os preços mínimos para os médicos 4.975 francos franceses na 1.^a classe e 2.325 francos franceses na 2.^a classe. Estabeleceram-se duas tarifas por classe: uma para os médicos e suas famílias (mulheres e filhos menores solteiros dos médicos) e outra para as pessoas que não fazem parte do corpo clínico, mas que são recomendadas pelos médicos assistentes. Até 1 de Fevereiro de 1932, far-se-á só a inscrição dos médicos e famílias. Organizar-se-ão excursões facultativas nos portos e arredores, a preços moderados.

Para qualquer esclarecimento e para as inscrições, é favor dirigir-se *da nossa parte* à secção de viagens da *Bruxelles-Médical*, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelas, que mandará a pedido, além da fotografia, a planta do vapor, a carta do cruzeiro e a tabela dos preços, todas as indicações úteis sobre a viagem. Brevemente publicar-se-á uma brochura completa.

Como habitualmente a afluência dos pedidos é grande, estes serão registados pela ordem de chegada das inscrições. Os médicos a quem interesse esta viagem podem desde já registar-se, sem compromisso da sua parte.

Congresso de Protecção à Infância

No dia 26 de Outubro findo inaugurou-se na Sociedade de Geografia o Congresso Internacional de Protecção à Infância.

Durante as sessões do Congresso, que se realizaram nos dias seguintes, os trabalhos foram repartidos em três secções: jurídica, médica e pedagógica.

À secção médica presidiu o Dr. Alberto de Faria, sendo relator o Prof. Costa Sacadura e secretário o Dr. Tovar de Lemos.

Apresentaram teses nesta secção a Dr.^a Sara Benoliel e os Drs. António Martins, Fernando Correia, Luiz Guerreiro, Aníbal Pinheiro, Abel Loff e António Ramalho.

Congresso de Patologia Comparada

O Governo português foi convidado a fazer-se representar no Congresso de Patologia Comparada que se efectuou em Paris, de 14 a 18 de Outubro.

Escola de Medicina Tropical

No dia 25 de Outubro terminou o prazo para a entrega dos documentos destinados à inscrição na Escola de Medicina Tropical, tendo-se realizado a referida inscrição nos dias 29, 30 e 31.

As aulas abriram no dia 1 de Novembro.

— A direcção da Escola propôs para director do laboratório da mesma o Dr. Luiz Fontoura Sequeira.

Instituto Bacteriológico Câmara Pestana

Esteve aberta até o fim de Outubro, no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, a matrícula em número limitado para o curso especial de Bacteriologia e técnica bacteriológica.

Royal College of Physicians

Foi convidada a Universidade de Lisboa a fazer-se representar na celebração do 25.º aniversário do Royal College of Physicians, que se reúne em Edimburgo, de 29 de Novembro a 1 de Dezembro.

Instituto Português do Cancro

No dia 2 de Novembro realizou-se em todo o país um peditório para a construção dum pavilhão de internamento de cancerosos pobres no Instituto Português do Cancro.

O peditório foi promovido pela Comissão de Iniciativa Particular de Luta contra o Cancro.

Todo o pessoal do Instituto Português do Cancro contribuiu generosamente com um dia dos seus vencimentos.

Curso de Medicina Sanitária

O prazo para a entrega de requerimentos dos candidatos a exame de medicina sanitária terminou no dia 24 de Outubro.

Médicos militares

Consoante a *Ordem do Exército* n.º 18, 2.ª série, foram demitidos o capitão médico Lúcio Tolentino da Costa e o alferes médico miliciano António Félix Pita Júnior.

Saúde pública

O Dr. António Mateus tomou posse do partido médico do Lavre.

— Também o Dr. Carvalho Tôrres assumiu as funções de médico de Apúlia.

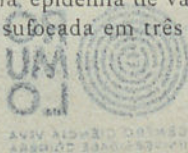
— A freguesia de Sabóia, concelho de Odemira, reclama a criação dum partido médico.

Serviços de Saúde de Moçambique

Do relatório dos Serviços de Saúde de Moçambique enviado ao Ministério das Colónias extraímos o seguinte:

Existem actualmente naquela colónia 9 hospitais e numerosos postos médicos disseminados por vários pontos.

O movimento hospitalar anual regula entre 10.000 a 12.200 casos infecciosos, e as operações elevam-se a cerca de 400 por ano. Fazem-se perto de 150.000 vacinações durante o ano e mais de 1.000 análises químicas e bacteriológicas. Em Tete houve uma epidemia de varíola de que resultaram 173 casos com 10 óbitos, tendo sido sufocada em três meses.



Nos últimos dois anos gastaram-se em Moçambique 200.00 libras nos serviços de saúde. As edificações não só incluem hospitais vulgares, como também um manicómio em Marracuene, um pôsto de desinfecção no cais de Lourenço Marques, melhoria de acomodações para os leprosos na Ilha dos Elefantes e outros melhoramentos.

Necrologia

Marcel Nathan

Morreu em Paris êste ilustre psiquiatra, da velha escola de Duprè. Foi chefe de clínica de Dieulafoy e possuía uma vasta cultura médica e humanista. A *Lisboa Médica*, não pode esquecer êste grande amigo de Portugal que fôra o encarregado das análises dos trabalhos portugueses na *Presse Médicale*, e que recebia sempre com carinho as cousas portuguesas.

— Faleceu em Coimbra o Dr. Octávio Rêgo Costa.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

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



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



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos
2 a 12 pilulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

**Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline**



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

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.ª Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

*¿Acidez de estomago?
¿Acido gastrico?
¿Dores de estomago?*

ALUCOL

O Alucol adsorve o excedente do acido gástrico e acalma desta maneira o efeito irritante do mesmo e consequentes dôres de estomago. O organismo não se acostuma a este remedio, o que quer dizer que não perde o seu efeito com o uso habitual, nem tão pouco afecta a digestão.

Em pó



Em comprimidos



Vende-se em todas as farmacias e boas drogarias

**Dr. A. WANDER
S. A. BERNE**

Únicos concessionarios para Portugal:
ALVES & C.^a (Irmãos)
Rua dos Correios, 41, 2.^o
LISBOA