

COIMBRA MÉDICA

ANO V

DEZEMBRO DE 1938

N.º 10

SUMÁRIO

	Pag.
O NÓDULO PNEUMOCONIÓTICO DOS MINEIROS DA URGEIRIÇA — dr. Geraldino Brites . .	729
CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE DIVERTÍCULO GIGANTE DO ESTOMAGO — drs. A. da Rocha Brito, Fernandes Ramalho e Santos Silva.	736
NOÇÕES ELEMENTARES SOBRE KIMOGRAFIA — dr. A. Fernandes Ramalho	763
UM CASO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER — dr. Alberto Costa.	780
NOTAS CLÍNICAS — OS ACIDENTES NERVOSOS DO PNEUMOTORAX — dr. Luiz Providência	786
LIVROS & REVISTAS	794
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES	LXXI

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

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

REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal -

Alberto Pessoa
António Meliço Silvestre
Augusto Vaz Serra
José Bacalhau

José Correia de Oliveira
Lúcio de Almeida
Luiz Raposo
Manuel Bruno da Costa

Mário Trincão

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

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

PAGAMENTO ADIANTADO

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

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

Editor e Proprietário — Prof. JOÃO PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida

à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA



O NÓDULO PNEUMOCONIÓTICO DOS MINEIROS DA URGEIRIÇA ⁽¹⁾

POR
GERALDINO BRITES

A pneumoconiose não é uma preocupação de hoje (já Paracelso aí por 1534 estudava as perturbações determinadas pela inalação de poeiras), mas é questão palpitante desde que a situação social impoz a assistência aos operários que trabalham em meio muito confinado e poeirento e em especial áqueles que exploram o solo. O estudo do *modus operandi* provocou investigações em todos os países em que há explorações mineiras. Entre nós, à parte o trabalho a que me vou referir, nada há feito, creio eu, embora o nosso país seja rico em minérios de exploração lucrativa. É tempo de tratar deste capítulo da Medicina social e para o seu estudo devem concorrer os morfologistas. Para êle procuraremos contribuir, aproveitando o material que à nossa disposição foi posto pelo Sr. Prof. João Pôrto. Das pesquisas ainda em curso, algumas conclusões podemos desde já formular, o que vamos fazer sucintamente e com um carácter preliminar.

* * *

Nos pulmões de dois indivíduos adultos (27 e 34 anos) de um grupo de 38, em que a observação clínica, criteriosa e minuciosamente feita pelo Prof. João Pôrto e pelos seus colaboradores, J. Antunes de Azevedo, Santos Andrade e Luís Providência, revelou uma situação mórbida pulmonar, com sintomatologia homogénea, não obstante os graus diferentes de gravidade (*Coimbra Médica*, ano V, n.º 2, pg. 89) nêstes dois casos encontramos, como lesão elementar, uma formação nodular especial.

(1) Comunicação feita na 6.ª reunião da Sociedade Anatómica Portuguesa (Pôrto, Abril de 1938).

O estado dêstes 38 doentes, pertencentes a uma leva de 51 mineiros da Urgeiriça, tomados a êsmo, representa a doença pulmonar mais frequente nestes trabalhadores. É plausível, portanto, que as nossas conclusões se possam generalizar e atribuir a todos os indivíduos atingidos pela mesma doença.

Segundo o conceito, apresentado por Strechem & Simson e aceite pela «Conferência internacional de Johannesburg», promovida em 1930 pela secretaria da Sociedade das Nações, para o estudo da silicose pulmonar, o nódulo que observamos, deve ser classificado de silicótico, pois se trata de uma pequena massa de tecido fibroso, bem formado, sem quantidade apreciável de carvão, com gordura, rodeada de fibroblastos, de células carregadas de poeiras siliciosas e de linfócitos. (Fig. 1).

O nódulo do pulmão destes doentes apresenta, todavia, alguns caracteres particulares, quanto à estrutura e quanto à evolução.

Assim, contrariam afirmações correntes de vários autores os seguintes factos :

a) O tecido fibroso do nódulo não é disposto em espiral, nem em torvelinho na parte central, nem em lamelação concêntrica à periferia; a lamelação bulbiforme só aparece quando o nódulo ultrapassa um certo volume.

b) Na parte central, muito freqüentemente avascular, os fibroblastos íntegros não são raros e os feixes colagénicos não são inicialmente hialinos.

c) Não existem partículas cristalinas de carvão mineral e as granulações extremamente finas carbonosas, livres nas lacunas conjuntivas, são pouco abundantes e muito dispersas, sendo conseqüentemente cinzento claro o nódulo.

d) Na periferia as células pigmentadas são mais numerosas, os linfócitos e os plasmócitos, raros.

e) As células gigantes de Langhans são muito raras.

f) Só existem séries estafiloides sob a pleura visceral.

Trata-se de nódulo silicótico com antracose pouco extensa, comparável ao que tem sido observado nos pulmões dos trabalhadores que perfuram a rocha nas minas de ouro da Africa do Sul e nos operários de algumas indústrias especiais, como as abrasivas, nódulo extremamente raro, no dizer do Prof. Policard.

Nestes pulmões, em que há lesões dispersas, em fases diversas de desenvolvimento, a lesão inicial, pre-nodular aparece na vizinhança imediata de células de poeira que formam maciços intra-alveolares, mais ou menos volumosos, células que contêm fragmentos de cristais aciculares, gotículas finíssimas de gordura e partículas de negro de fumo.

Estas lesões consistem em espessamento dos septos inter-alveolares, edema ligeiro, aumento do número de histiócitos, presença de células de poeira intersticiais, modificação dos capilares que são indistintos. (Fig. 2).

Não é possível discriminar se as células de poeira intersticiais, pertencentes à própria trabécula ou oriundas de ponto distante e carriadas por via linfática, passam para o alvéolo, como pretendem uns, ou se são células alveolares que, repletas de productos fagocitados, emigram para a espessura dos septos, como pretendem outros.

Não encontramos lesões peri-brônquiolares, intra-lobulares, nem no hilo lobular, ao nível dos linfáticos peri-brônquicos e peri-vasculares, que nos convencessem da existência de um primeiro estágio do qual a alveolite sêca seria a manifestação secundária.

Observa-se de maneira constante a continuidade perfeita do maciço intra-alveolar com a parede espessada a que êle se encosta, formando-se um maciço celular tão semelhante ao folículo tuberculoso, que Mavrogordato lhe chamou pseudo-tubérculo. (Fig. 3).

É, todavia, para notar que já nesta fase há aumento do número de fibrilhas de reticulina, não há afluxo notável de elementos linfocitários, não se formam células gigantes e a pesquisa da micobactéria de Koch é negativa. (Figs. 4 e 5).

Muito cedo se dá a atelectasia do alvéolo que contém as células de poeira: A cavidade parece fechar-se para aprisionar êsse material fagocitário. O mesmo se dá em um ou mais alvéolos contíguos e um nódulo arredondado se constitui, mais denso na parte central, onde as células de poeira começam a desagregar-se. (Fig. 6).

Este nódulo, observado pelos processos banais, parece exclusivamente celular (histiócitos, alguns granulócitos neutrófilos, raros linfócitos). O emprêgo de métodos convenientes, mostra uma abundância notável de fibrilhas de reticulina, a formação de fibras de colagénio, a redução da elastina. (Figs. 7 e 8).

À medida que êste nódulo aumenta de volume, o colagénio desenvolve-se cada vez mais na parte central. Ao mesmo tempo a atelectasia atinge um número crescente de alvéolos circunvisinhos com células de poeira, formando estas uma corôa ao nódulo fibro-celular, para além da qual existe enfisêma ou parênquima normal. Constitue-se assim o nódulo com a estrutura própria.

Nos nossos casos a especificidade deve ser atribuída a um estágio mais precoce do desenvolvimento, àquele em que a evolução fibrosa é anunciada pelo aumento do número de fibras de reticulina, marca de um processo progressivo de esclerose mutilante do pulmão.

O nódulo cresce por junção dos septos fibrosados, correspondentes aos alvéolos contíguos, atelectasiados, com o seu conteúdo de células de poeira, ao mesmo tempo que no maciço inicial os feixes conjuntivos se densificam e hialinizam e as células se necrosam, dispersando a sua carga cristalina e de productos de degenerescência.

À primeira vista e nos cortes corados pela hematoxilina-eosina, o nódulo grande parece um tubérculo em caseificação, mas o emprêgo dos processos específicos do colagénio demonstra que a substância suposta caseosa, é constituída por fibras conjuntivas. (Figs. 9 e 10).

Os nódulos não crescem indefinidamente, não ultrapassam um certo volume, mas nódulos contíguos tendem a juntar-se, resultando da coalescência, massas pseudo-caseosas, na realidade fibrosas, muito extensas e irregulares, em que a distinção dos nódulos componentes é fácil, mediante a técnica do colagénio. (Figs. 11 e 12).

Arteriolas e vénulas são apanhadas pelo processo de coalescência e sofrem a fibrose hiperplástica progressiva da túnica interna, que tem como termo último a sua obliteração: O esqueleto elástico dêstes vasos resiste muito, vendo-se dispersos, pela massa pseudo-caseosa, rodilhões de fibras elásticas, resíduos dos vasos desaparecidos. Canais aérios intralobulares, quando apanhados pelas massas de fibrose, sofrem destino análogo, após uma série de lesões necróticas que téem o seu início na mucosa.

As fibras elásticas das trabéculas inter-alveolares desfazem-se em granulações que à luz ordinária são brilhantes, mas que à luz polarizada não se vêem.

Não observámos nos nódulos depósitos calcários, nem aspectos percursores de calcificação, mesmo nos cortes obtidos por congelação.

Neste processo de carnificação do parênquima, o papel primordial pertence ao sistema reticulo-endotelial do território pulmonar. Os gânglios peri-bronquicos, volumosos e duros, proporcionam a prova rial desta afirmativa: Nos cortes destes gânglios os histiócitos disputam a primazia aos elementos linfocitários.

Vêm-se toalhas enormes de elementos epitelioides, com desenvolvimento de fibrilhas pre-colagénicas e formação de nódulos de esclerose, idênticos aos do parênquima, isolados ou coalescentes, uns e outros pseudo-caseosos. (Figs. 13, 14 e 15).

A esclerose e a atelectasia de vizinhança determinam no parênquima aspectos pseudo-glandulares, pelo desenvolvimento do revestimento alveolar contínuo do tipo fetal.

* * *

Segundo numerosos AA. a associação sílico-tuberculose é constante e, segundo outros, as lesões de silicose pura são tão raras que praticamente seria inútil considerá-las. Clinicamente nos mineiros da Urgeiriça a tuberculose aparece numa percentagem ínfima dos portadores da silicose. Não fizemos a pesquisa da mico-bactéria de Koch pelos métodos biológicos, todavia as provas citológica e bacterioscópica convenceram-nos de que o nódulo silicótico nestes casos não é uma granulação miliar tuberculosa, fortemente esclerosada.

Na silicose pulmonar obtida experimentalmente pela inalação, quer de dióxido de silício puro, quer de poeiras colhidas nas galerias de minas, há com a tuberculose pulmonar por inalação uma similaridade de lesões digna de registo. O nódulo pneumoconiótico dos nossos casos, que se não confunde com o nódulo tuberculoso, afasta-se também do nódulo experimental. Neste as células gigantes do tipo de Langhans aparecem precocemente, na sua fase inicial inteiramente idênticas às provocadas pelo *mycobacterium tuberculosis*; há afluxo de linfócitos bem apreciável; a pesquisa das fibrilhas de reticulina é negativa nas primeiras fases pre-foliculares; os nódulos sofrem com grande frequência a necrose

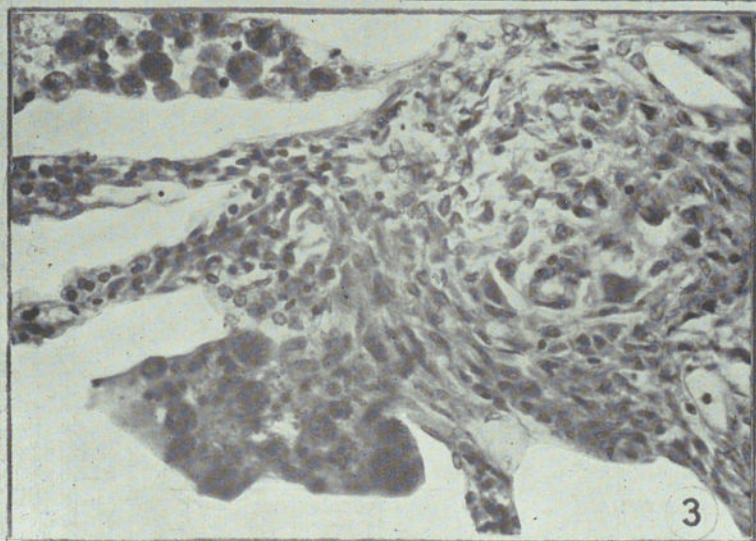
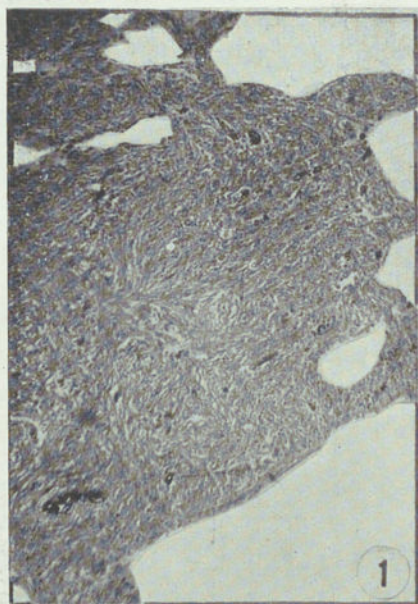
de coagulação e cariólise na parte central; a calcificação é muito frequente.

Como explicar estas diferenças? O mineiro, no fundo da galeria que explora, não inala só poeira de sílica; inala poeira de composição cristalina complexa.

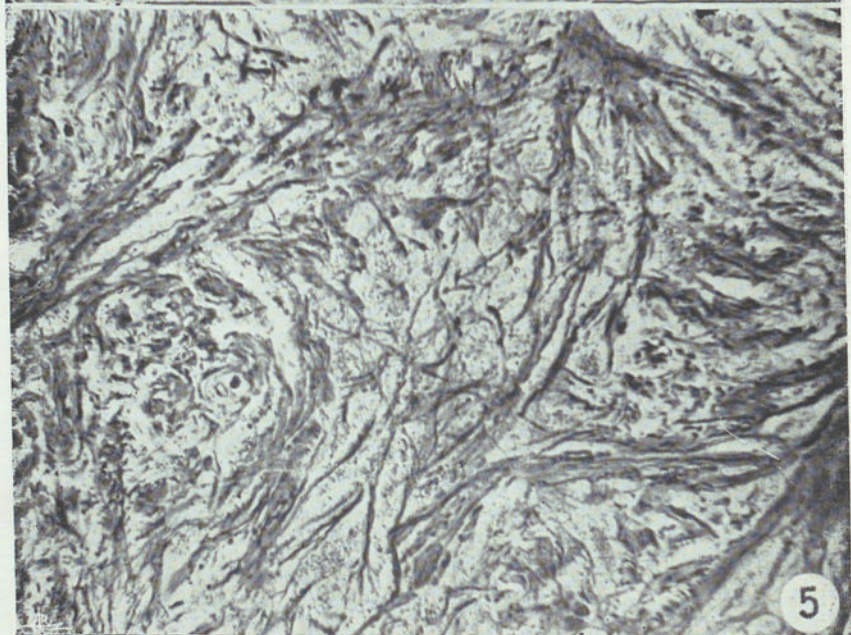
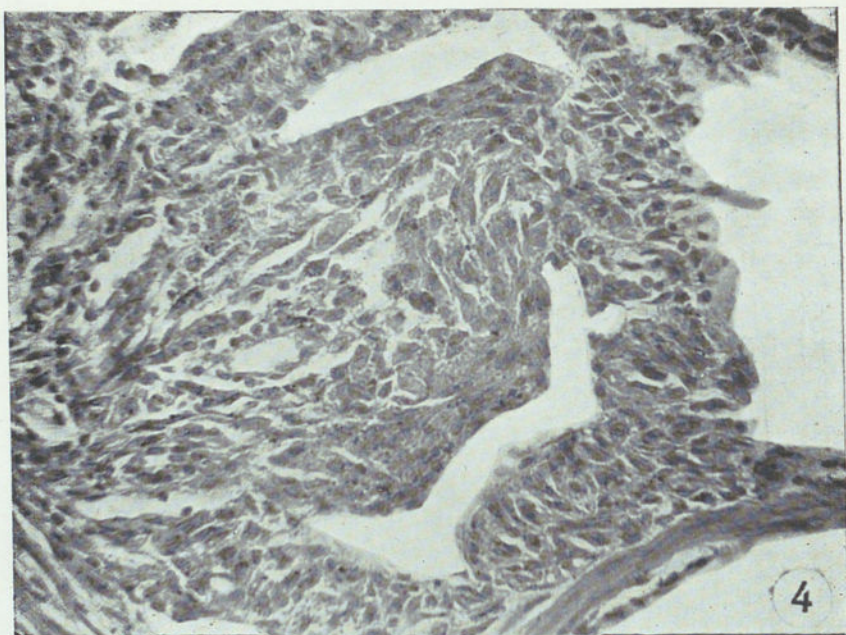
Na Conferência internacional de Johannesburg, Gardner, Middleton e Orenstein, relatores da tese sobre os aspectos médicos da silicose, considerando dominante a acção da sílica, ponderam, contudo, que a existência de outras poeiras tende a modificar o quadro clínico. Middleton, no seu relatório emite a opinião que é preciso considerar à parte os casos em que a sílica actua isoladamente e aqueles em que esta está misturada com outras poeiras, pois a acção da sílica é mais ou menos modificada por estas associações. Policard, que tem especial autoridade no assunto, graças às suas investigações histo-espectrográficas e por micro-incineração, diz que nos milhões de particulas cristalinas com mais de $1 \mu.$, existentes num nódulo de 75 centesimas de milímetro de diâmetro, se podem encontrar os elementos característicos das rochas da mina em que a doença foi contraída. É de supor que d'entre êles alguns adicionem os seus efeitos aos da sílica.

Na Urgeirixa a extracção do minério faz-se actualmente no 8.º piso, em galerias onde a renovação do ar é muito má, por falta de dispositivo especial de ventilação. Existe uma única via de acesso e evacuação, dois poços estreitos, discordantes, um com 100 e outro com 80 metros, unidos por uma galeria horizontal. A iluminação é feita pela electricidade e por candieiros de acetilene. Os gazes de deflagração do explosivo empregado contribuem também para a viciação do ar. Dos dois operários que manobram cada broca de ar comprimido, aquele que a suspende à altura do busto, recebe constantemente em plena face um jacto de poeira densa que é projectado do orifício; aquele que orienta a brocagem recebe menos directamente a poeira. Na vizinhança das brocas a poeira em suspensão é densa e opaca.

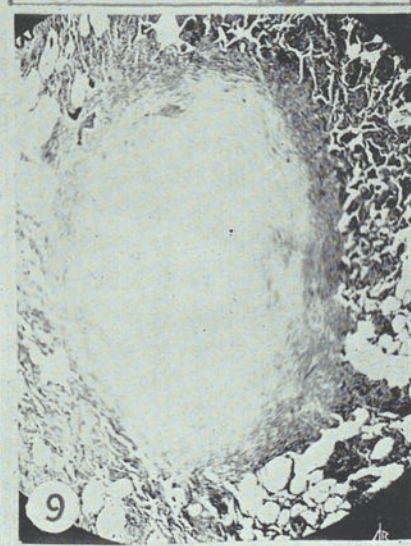
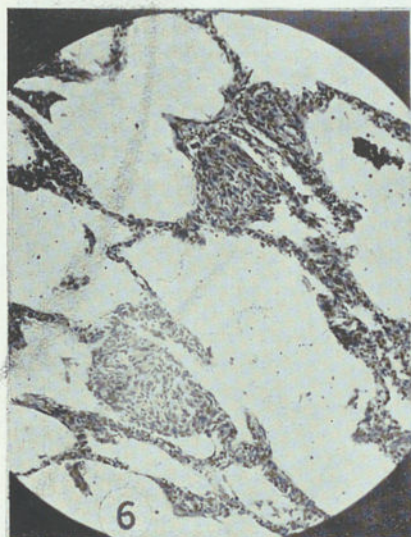
Na rocha explorada hã uranite, oxidos complexos de urânio, fosfato de urânio e de calcio, associados sob as formas de pechblenda e de autunite. A exploração industrial visa os sais de rádio e o chumbo. A parte actualmente em exploração é em pleno filão de pechblenda, mais rico em rádio que os minerais radíferos claros (autunite e torbenite) que ficam mais à superfície.



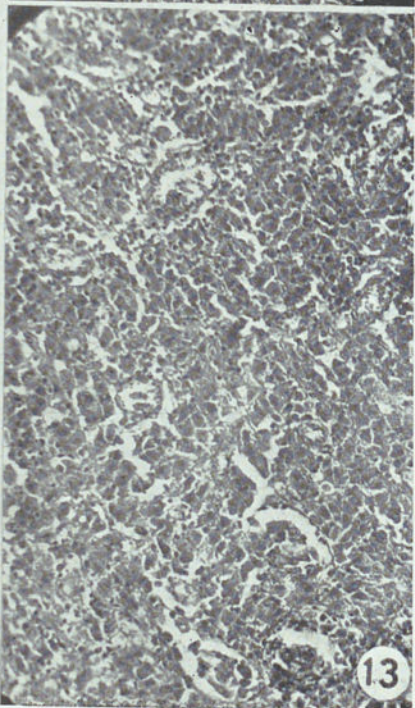
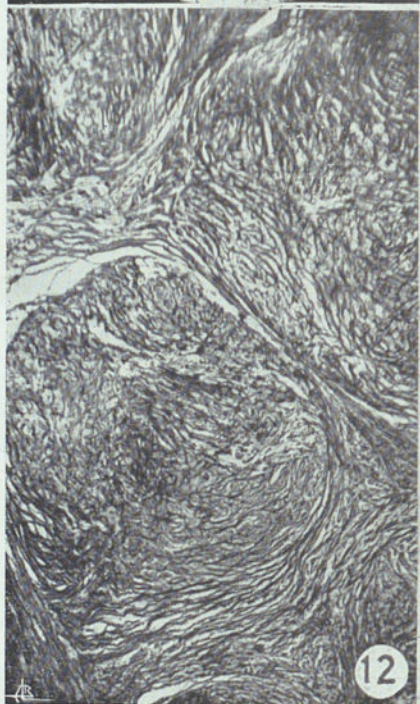
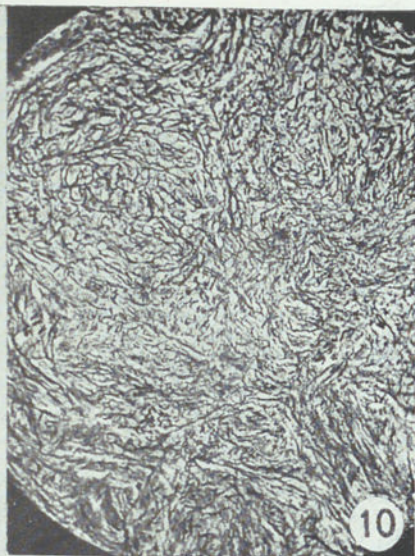
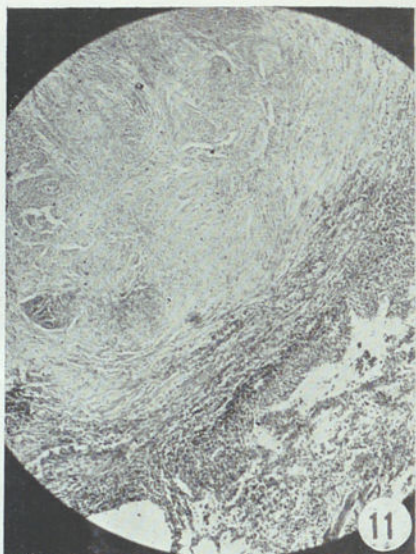
Ampliação: Fig. 1, 80 \times . Fig. 2, 60 \times . Fig. 3, 35 \times .



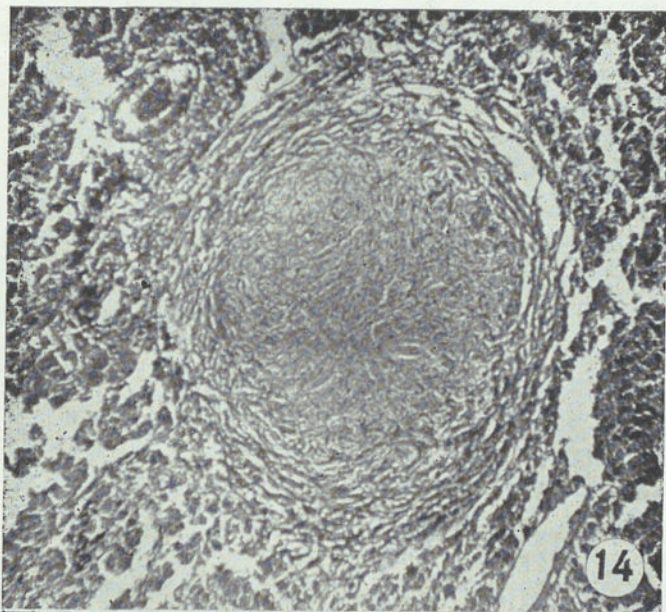
Ampliação: Figs. 4 e 5, 300 X.



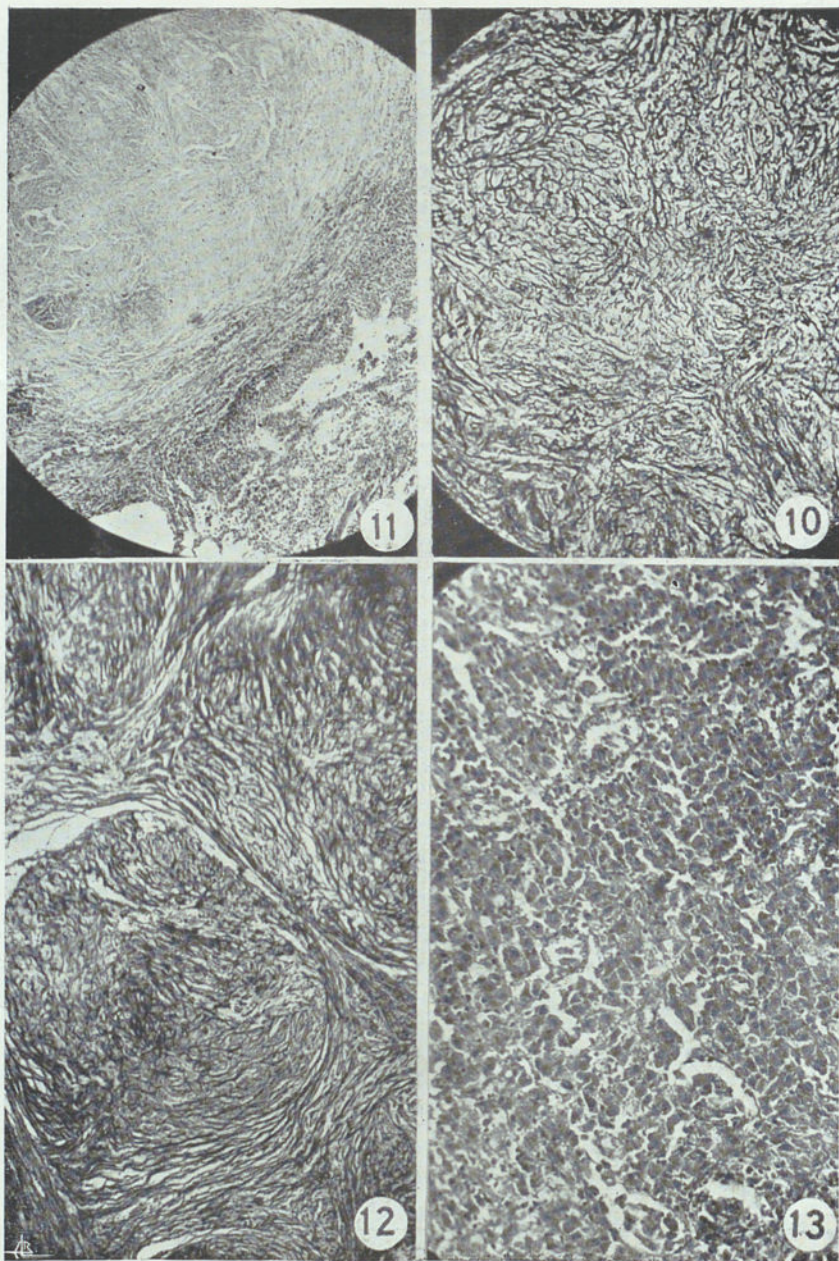
Ampliação: Fig. 6, 100 \times . Figs. 7 e 8, 300 \times . Fig. 9, 20 \times .



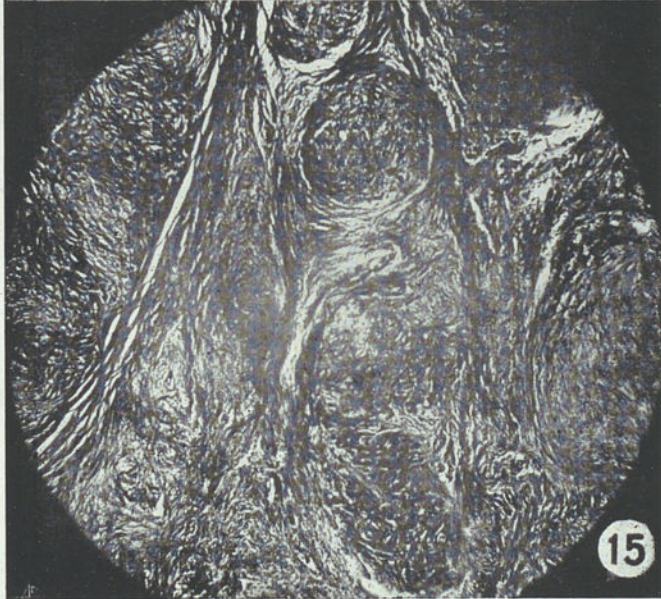
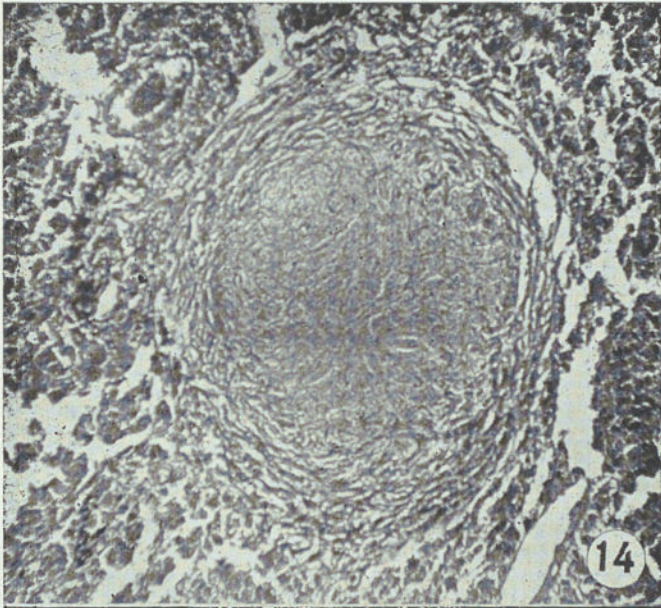
Ampliação: Fig. 10, 110 \times . Fig. 11, 42 \times . Fig. 12, 350 \times . Fig. 13, 160 \times .



Ampliação : Fig. 14, 160 \times . Fig. 15, 60 \times .



Ampliação: Fig. 10, 110 \times . Fig. 11, 42 \times . Fig. 12, 350 \times . Fig. 13, 160 \times .



Ampliação : Fig. 14, 160 \times . Fig. 15, 60 \times .

A pechblenda reduzida a pô, tem, por comparação com o disco padrão do óxido negro de urânio, uma rádio-actividade de 0,435. O ar das galerias dêste 8º piso dá uma emanção de 50 milimicrocuries, quási duas vezes maior que a da água de Luso. A água da nascente situada entre o 7º e o 8º pisos deve ter uma forte concentração de rádio, pois os professores Pinto Basto e Viana de Lemos encontraram na água de um pôço aberto no filão, a pequena distância da bôca da mina, uma concentração de rádio de 0,87 por l., valor que avulta por comparação com a de Heidelberg, a água mineral até hoje conhecida, em que é maior a concentração do rádio (1,79 por l.).

O mineiro da Urgeiriça vive, portanto, durante 8 horas de cada dia, num meio em que recebe, com o ar que respira, uma quantidade considerável de emanção de rádio e uma poeira finíssima que atinge os seus alvéolos pulmonares, cujas partículas cristalinas são fonte importante de emanção.

Sabe-se pouco sôbre a acção de doses excessivas de emanção de rádio sôbre o pulmão, mas é legítimo suspeitar que haja uma acção que se associa à da sílica para produzir as lesões que descrevemos. É uma complexa questão a estudar, o que faremos com o auxilio do Prof. Viana de Lemos, a quem devemos as pesquisas sôbre a rádio-actividade e a quem manifestamos de novo a nossa gratidão pelo seu valiosissimo auxilio.

CADEIRA DE PATOLOGIA MÉDICA
Serviço do Prof. A. da Rocha Brito

CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE DIVERTÍCULO GIGANTE DO ESTÔMAGO ⁽¹⁾

POR

A. DA ROCHA BRITO, FERNANDES RAMALHO
e SANTOS SILVA

O acaso reuniu na mesma doente (por mero coincidência?) duas anomalias: uma localizada ao estômago, outra constituída pelo baço móvel; e duas doenças, a litíase biliar e a úlcera do duodeno.

Tudo isto, sintomatològicamente tão incaracterístico, frustre e anodino, que, excluindo o baço móvel, pressentido pela doente e confirmado pela nossa palpação, se não fôsse o auxílio do radiologista, ficaria por certo sem diagnóstico.

Na presente comunicação, embora nos refiramos àquelas diferentes situações para fazermos uma ideia do conjunto, é, todavia, ao problema da anomalia gástrica que daremos o maior desenvolvimento.

Eis a história. A doente Rosalina Melão, nome que também é uma raridade, casada, de 42 anos, foi internada na nossa enfermaria de Patologia Médica a 9 de Junho do presente ano por sentir dentro do abdómen, e palpar mesmo, qualquer coisa de estranho, que ela designava por *grossura* ou *carôço*, mobilisável, embora não ultrapassando muito a linha média para a direita. Principalmente por isso entrou para o hospital, não obstante sofrer igualmente no ventre de certa impressão desagradável que ela não consegue definir, mas que sempre disse não ser dolorosa. Esta sensação não era forte, nem localizada, antes espalhada por toda a metade esquerda, predominante no hipocôndrio. De pé era pior do que deitada e quando deitada era pior se sobre o lado direito.

(1) Comunicação feita na «quinzena hospitalar» de 17-XI-938.

Tão pouco era constante e quando surgia não tinha relações com os períodos digestivos. Não lhe tirava o sono, não aparecia de noite, não a impedia de se alimentar, tendo a doente conservado sempre o apetite.

Não se acompanhava de vômitos, que, aliás, nunca teve. Não se despertava pela palpação, nem se relacionava com o catamênio, que sempre veio a seu tempo e em quantidade bastante, ainda hoje.

Sente pirosis, mórmente para os refugados e alimentos mais indigestos.

Mediu-se aproximadamente o baço que era e tem sido de 19 cm. \times 18 cm.

A isto se reduz a sua história clínica, que é a repetição do que teve há dois anos, intervalo de tempo no qual não logrou a volta da primitiva saúde.

Quanto ao passado ancestral pouco se regista.

O pai faleceu de pneumonia. A mãe foi operada pelo Prof. Custódio Cabeça, de esplenectomia, tendo quatro meses após dado à luz dois gêmeos.

Não sabemos o que há de verdade nesta curiosa afirmação da doente, que por várias vezes sempre a repetiu do mesmo modo.

A mãe viveu ainda seis anos, tendo falecido de sesonismo.

Os irmãos são saudáveis.

Nos antecedentes pessoais acusa sarampo e sezonismo em pequena, que lhe voltou aos 16 anos, de tipo terço.

Aos 18 durante cêrca de 4 meses teve o reumatismo poliarticular agudo, do qual não ficaram vestígios nem sequelas cárdio-vasculares.

Não teve abortos. Tem dois filhos saudáveis, tendo perdido um de 3 meses com doença respiratória.

O marido, saudável, sofreu amputação do braço esquerdo, por desastre.

Como a sintomatologia fôsse incaracterística e não permitisse um diagnóstico, resolveu-se, para se não ficar no domínio de tantas hipóteses, proceder imediãtamente a duas explorações — a determinação da fórmula hemo-leucocitária e o exame radiológico do aparelho digestivo — dada a existência da esplenopatia por um lado e por outro da pirosis e de ardôr que, embora não localizado,

nem característico, podia ter como *substractum* qualquer lesão ou perturbação gástrica ou duodenal.

Este exame radiológico trouxe para todos nós — radiologista e clínicos — uma descoberta, com que ninguém contava: a presença dum «enorme divertículo da região cardial, que comunica ao conjunto da imagem gástrica o aspecto duma bifurcação». O radiologista inclina-se ainda para a possível existência de úlcera do duodeno e observa a presença de cálculos no colecisto, com aderências dêste à 2.^a porção do duodeno.

Quanto aos pormenores sôbre aquela notabilíssima anomalia, diremos mais adiante.

Provas laboratoriais

De posse de tais descobertas resolvemos explorar mais minuciosamente a doente.

Foram negativas todas as manobras tendentes a revelar a presença da litíase biliar. Qualquer que seja o valor a dar-se ao seguinte sinal, foi o único encontrado — a maior sensibilidade do frénico direito à pressão exercida entre as duas inserções do esterno-cleido-mastoidêu.

Fígado de dimensões normais e não ptosado.

Ligeira dôr provocada na região piloro-duodenal.

Baço mobilisável, espontâneamente com as diferentes atitudes da doente e com maior amplitude se o mobilisamos nós.

A fórmula hemoleucocitária, feita por várias vezes, deu os seguintes números:

Glóbulos vermelhos	4.490.000 por mm ³
Glóbulos brancos	4.400 por mm ³
Grandes mononucleares	6,2 ‰
Linfócitos (peq. e méd. mononuel.).	15,1 ‰
Polinucleares neutrófilos	78,7 ‰
Polinucleares eosinófilos	0 ‰
Polinucleares basófilos	0 ‰

Não se encontram formas imaturas.

Hemoglobina.	75
Glóbulos vermelhos	4.520.000
Glóbulos brancos	4.600

Polinucleares neutrófilos.	54,0 %
Linfócitos (pequenos e médios)	40,3 "
Grandes mononucleares	4,1 "
Polinucleares eosinófilos	1,6 "
Reticulocitos	0,85 "
Valor globular	0,83
Plaquetas	301.464 por mm ³
Hemoglobina	85 %
Glóbulos vermelhos	4.832.010
Glóbulos brancos	5.200
Plaquetas	351.200
Valor globular	0,88

Em resumo : ligeira baixa da hemoglobina
discreta leucopenia
plaquetas — normais

O sinal do laço foi negativo.

A prova de Ducke normal.

Tempo de coagulação 15 minutos.

Colesterolémia — 1,35 ‰.

Wassermann — negativa, por 3 vezes.

$$\text{Sedimentação} \left\{ \begin{array}{l} \text{No fim de 1 hora (a) — 8} \\ \text{No fim de 2 " (b) — 20} \\ \text{Índice de Katz} = \frac{a + \frac{b}{2}}{2} = 9 \end{array} \right.$$

Bilirubinémia : $\left\{ \begin{array}{l} \text{R. qualitativa : muito retardada e incompleta} \\ \text{R. quantitativa : 0,75 unidades van den Bergh} \end{array} \right.$

Pesquisa do hematozoário no sangue — negativa mesmo após a injeção de adrenalina (1 milig.)

Curva térmica — normal

Urina — normal

Tensão máxima — 13

média — 9

mínima — 6,5

Ind. oscilométrico — 3,5

Prova da Espleno-contracção :

3.^a M. M. — Doente : Rosalina Melão. Diferentes determinações sanguíneas em jejum e depois de uma injeção de 1 mgr. de adrenalina, em tempos sucessivos.

JEJUM

Glóbulos vermelhos por mm ³	4.100.000
Glóbulos brancos por mm ³	3.600
Plaquetas	202.600
Reticulócitos	12 ‰

F. L.

Metamielocitos neutrófilos	3 ‰
Granulócitos neutrófilos segmentados	49 ‰
Granulócitos eosinófilos	3 ‰
Monócitos	2 ‰
Linfócitos	43 ‰

5' depois da injeção

Glóbulos vermelhos	4.270.000
Glóbulos brancos	3.000
Plaquetas	359.900
Reticulócitos	16 ‰

F. L.

Metamielócitos neutrófilos	4 ‰
Gran. neutr. seg.	54 ‰
Gran. eos.	1 ‰
Gran. bas.	1 ‰
Monócitos	2 ‰
Linfócitos	38 ‰

10' depois

Glóbulos vermelhos	4.170.000
Glóbulos brancos	2.900
Plaquetas	215.900
Reticulócitos	15,6 ‰

F. L.

Metamielócitos neutrófilos	1 ‰
Gran. neutr.	48 ‰
Gran. eos.	2 ‰
Gran. bas.	1 ‰
Monócitos	2 ‰
Linfócitos	46 ‰

JEJUM

	15' depois
Glóbulos vermelhos	5.270.000
Glóbulos brancos	2.900
Plaquetas	282.600
Reticulócitos	17,7 ‰

F. L.

Metamiel. neutr.	4 ‰
Gran. neutr.	38 »
Gran. bas.	2 »
Monócitos	2 »
Linfócitos	54 »

20' depois

Glóbulos vermelhos	3.830.000
Glóbulos brancos	3.000
Plaquetas	208.000
Reticulócitos	11,7 ‰

F. L.

Metam. neutr.	4 ‰
Gran. neutr.	44 »
Gran. eos.	2 »
Gran. bas.	1 »
Monócitos	3 »
Linfócitos	46 »

50' depois

Glóbulos vermelhos	4.300.000
Glóbulos brancos	3.300
Plaquetas	306.600
Reticulócitos	16 ‰

F. L.

Metamiel. neutr.	2 ‰
Gran. neutr.	60 »
Monócitos	1 »
Linfócitos	37 »

1 h. e 20 m. depois

Glóbulos vermelhos	4.000.000
Glóbulos brancos	3.300
Plaquetas	226.600
Reticulócitos	—

	1 h. e 50 m. depois
Glóbulos vermelhos	3.820.000
Glóbulos brancos	3.200
Plaquetas	208.600
Reticulócitos	11 $\frac{0}{100}$

F. L.

Metamiel basófilos	1 $\frac{0}{10}$
Gran. neutr.	58 "
Gran. bas.	1 "
Monócitos	2 "
Linfócitos	38 "

Espleno-contracção não abolida, mas muito deficitária.

* * *

Estudo pormenorizado da anomalia gástrica

Segundo os preceitos o distinto Radiologista Ex.^{mo} Sr. Dr. Fernandes Ramalho fez um estudo rádioscópico com a doente de pé durante a ingestão da papa baritada e provas radiográficas em grande número (15), e em diferentes atitudes: de pé e de frente, em oblíqua anterior direita e esquerda, em decúbito dorsal e ventral, posições, que, permitindo-lhe dissociar as sombras, levaram-no a fazer uma ideia segura, por vezes e muito aproximada sempre, da localização, forma, dimensões, ondas de contracção, pregas da mucosa, estase do caldo opaco, modo de repleção e esvasiamento, etc. da volumosa anomalia.

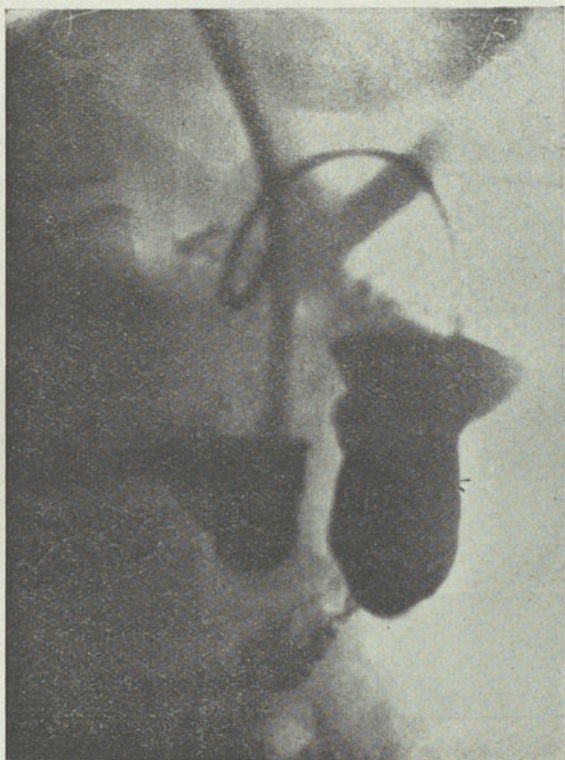
Por outro lado o Ex.^{mo} sr. Assistente Dr. Manuel dos Santos Silva, dando provas de muita habilidade e paciência, conseguiu sondar separadamente o estômago propriamente dito e a anomalia, em tempos sucessivos e por fim, ao cabo de muitas tentativas, mesmo simultaneamente os dois sacos, como o revela a radiografia junta. Esta persistência teve por objectivo o estudo do quimismo gástrico, simultaneamente, nas duas cavidades.

Dêstes exames, vamos traçar o seguinte quadro, que levou o distinto radiologista a concluir pela existência dum enorme divertículo juxta-cardíal, opinião que perfilhamos, juntamente com o nosso assistente.

Feita a repleção do órgão pelo caldo opaco e observada a mancha gástrica no anteparo, dir-se-ia tratar-se de dois estô-

magos, visto serem quási iguais as imagens escuras correspondentes ao estômago, pròpriamente dito (chamêmos-lhe assim) e a correspondente ao divertículo, esta pouco menor do que aquela.

Afirmando-nos melhor diríamos que o estômago se teria bifurcado ou torcido como no *vólulus gástricus*, cujos ramos, quais sacos compridos estivessem suspensos duma mesma câmara de ar.



Radiografia mostrando as duas sondas introduzidas cada uma em sua bolsa.
Repare-se no desnível da papa à direita e esquerda.

A mancha diverticular pode comparar-se a um coadôr de café, pelo seu aspecto e comprimento, tendo uma bôca larga por sôbre a qual parece vir abrir o cardia e um fundo cônico, em bico, como diz o radiologista.

Mas, esta, a de coadôr de café, afigura-se-me a melhor imagem a que podemos comparar o volumoso divertículo.

A sua séde é, pois, a mais comum dos divertículos gástricos — juxta-cardial — séde muito mais freqüente do que a do piloro, a da pequena e a da grande curvatura ou a duma das faces.

Quando se faz o enchimento do órgão, vê-se nitidamente a papa baritada cair intermitentemente do cardia logo para dentro do diver-



Filme I

tículo, que se lhe abre por baixo ou ao lado, só depois começando a fazer-se a repleção da cavidade gástrica propriamente dita. Neste momento de maior plenitude ainda se pode comparar a imagem das duas manchas à imagem que os franceses chamam *estomac en bât*, estômago em albarda, comparação bem feliz para o nosso caso e que também faz lembrar a do nosso alforge.

Não tem pedículo, ao contrário do que acontece na maioria dos casos descritos. O caso do *Dr. Lagarenne*, que se assemelha

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

TOXICIDADE Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

INALTERABILIDADE em presença do ar.

(Injecções em série)

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

Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

Depositários
exclusivos

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

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

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES:

Baldenweck — Oto-rhino laryngologie. 1 vol. 229 pages et 83 fig. (N) — Frs. 18,00.
Costa (Dr. Alberto) — Alguns casos clinicos comentados e documentados. 1 vol. Esc. 25\$00.

Delherm et Kahn — Les Principales Positions utilisées en Radiographie. 1 vol. 214 pages avec 165 figures. (N) — Frs. 140,00.

Gilbert Robin — Précis de Neuro-Psychiatrie Infantile. 1 vol. 311 pages. (D) — Frs. 60,00.

Girard — Atlas d'Anatomie et de Médecine Operatoire du Labyrinthe Osseux. 3^e édition. 1 vol. 168 pages avec 78 figures. (N) — Frs. 150,00.

Haraut — Parasitologie Médicale. 1 vol. 202 pages et 94 figures. (N) — Frs. 18,00.

Imbert — Accidents du travail. Accidents de droit commun, invalidités de guerre, maladies professionnelles, Guide pour l'évaluation des incapacités. 3^e édition. 544 pages 84 figures. (M) — Frs. 80,00.

Paulian — Myopathies. 1 vol. (N) — Frs. 40,00.

Polonovski — Exposés annuels de biologie médicale. 268 pages. (M) — Frs. 75,00.

Rimbaud — Précis de Neurologie. 2^e édition. 1 vol. 909 pages avec 220 figures en noir et en couleur. (D) — Frs. 235,00.

Uzan — Vitamines des Aliments. 1 vol. 71 pages. (B) — Frs. 18,00.

As infecções agudas da cabeça e do pescoço

tais como:

Otite média

Celulite sublingual

Adenite cervical

Infecção dos folículos de cabelo

Meato externo



Tímpano

Ossos do ouvido médio

Canal interno

Canal interno do ouvido

Membrana mucosa inflamada

Ouvido médio teavidade repleta de exudato

são materialmente auxiliadas pelas qualidades reparadoras e estimulantes da

Antiphlogistine

Amostra e literatura médica aos senhores clínicos.

THE DENVER CHEMICAL MANUFACTURING COMPANY

165 Varick Street — NOVA YORK

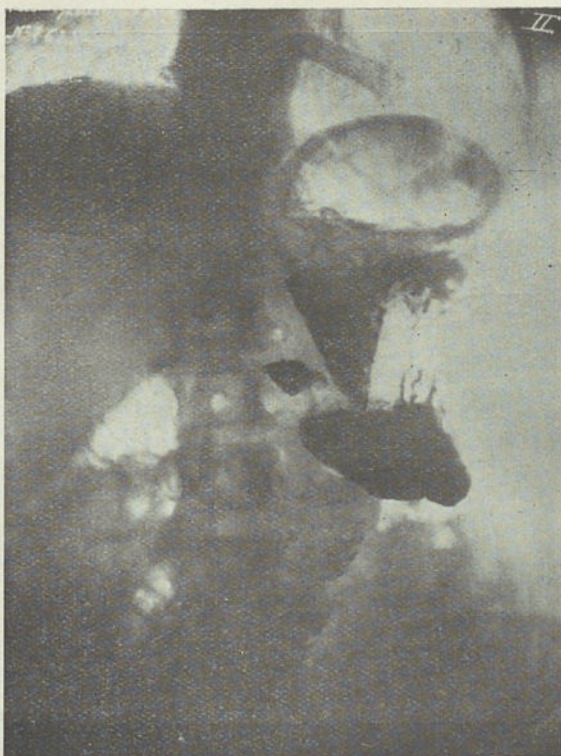
ROBINSON, BARDSLEY & Co.,

8, Caes do Sodré — LISBOA

ao nosso, mas com um divertículo menos volumoso, também não apresenta pedículo, como se vê na gravura.

Naturalmente trata-se duma bôca de contôrno ovalar directamente aberta sob o cardia.

Tem êste divertículo perfeita mobilidade, não aparecendo



Filme II

aderente nem às paredes do estômago prôpriamente dito, nem aos órgãos visinhos. Não apresenta ondas de peristaltismo.

As prêgas da mucosa continuam, sem solução de continuidade, as do estômago, que se apresenta de tipo ortotônico, com grande câmara de ar, tendo o polo inferior acima da linha das cristas ilíacas.

O piloro tem regular permeabilidade, assegurando o esvasia-

mento normal da substância opaca, por um peristaltismo também normal.

O divertículo não só é o primeiro a encher-se, mas também o último a esvaziar-se: cinco horas após a ingestão do caldo opaco, o estômago está completamente despejado, contudo o divertículo apresenta certa estase que desaparece, se a doente tomar a atitude



Filme III

«Neste filme e nos dois anteriores as radiografias feitas de pé e de frente mostram a sombra, com a forma de funil, e tão grande que quasi tem o mesmo volume do estômago».

de decúbito. Parece que esta descobriu por si mesma e à sua custa o benefício de tal posição, pois sabe que melhora o seu mal estar e a tal impressão indefinível, quando passa da estação erecta para a horizontal, principalmente em decúbito esquerdo, como se compreende. Quando vimos pela primeira vez as radiografias surpreendeu-nos a similhaça com o estômago dum ruminante. Pelo que vimos de dizer, e adiante diremos, o *simile* não é de todo fóra

de propósito. A doente não é uma mericista, mas quem sabe se intintivamente não terá aprendido ou não aprenderá a tirar partido da sua ancmalia?...

Em tendo fome deita-se sôbre o lado esquerdo e vai à dispensa, isto é, ao divertículo buscar... as sobras do almoço ou do jantar.



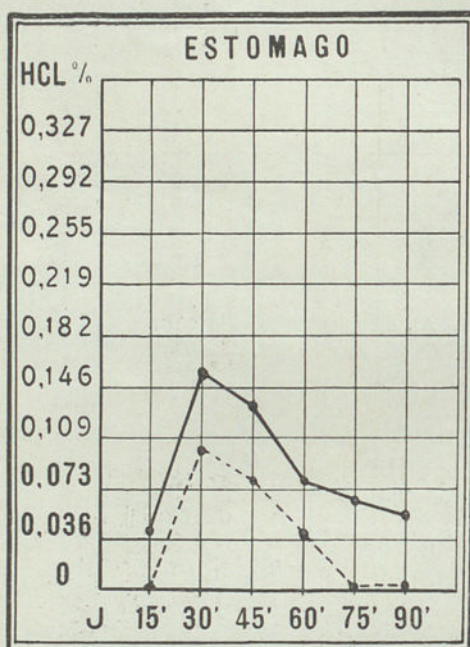
Filme IV

Em posição oblíqua, mostra as duas sombras bem dissociadas.

Démos ao divertículo do nosso exemplar a designação de gigante e está certa, se compararmos o seu tamanho, na realidade anormal, com o dos outros 106 casos registados, descritos até hoje e resumidos na interessante e completa monografia de *Artisson* — «Les diverticules de l'Estomac», Paris 1937. Os autores já acham volumoso o divertículo de 5 a 6 cm. de comprimento. De

quantas imagens vimos a que mais se aproxima da nossa é a do caso do dr. *Lagarenne*, mas está longe, de corresponder a um divertículo como o da nossa doente, que nêstes tempos de *records* bate o dos divertículos gástricos volumosos.

Além dêsses aspectos interessantes do nosso caso, convém acrescentar mais êste: foi possível estudar o quimismo das duas cavidades. O dr. Santos Silva, tão distinto quão solícito assis-

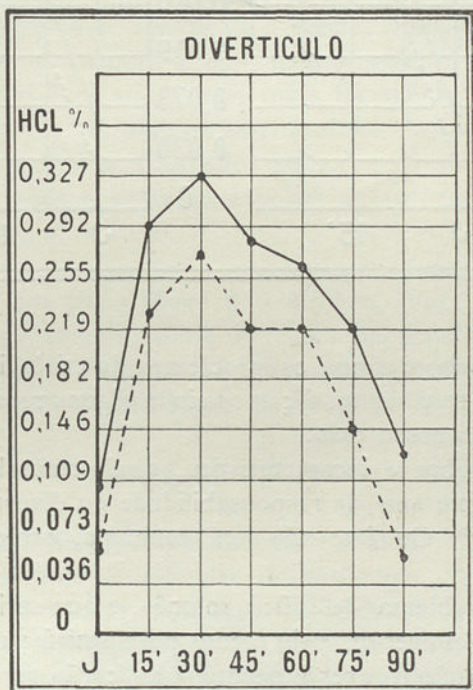


tente da Cadeira de Patologia Médica, acedeu ao nosso convite e conseguiu sondar separadamente as duas cavidades, o que não foi tarefa muito fácil, pois a sonda de *Einhorn* sistematicamente se introduzia no divertículo. Num dia foi extraído o suco gástrico do divertículo, no seguinte o do estômago. Nos dois diagramas juntos se pode apreciar a actividade duma e doutra cavidade em função da acidez total e do HCl livre, representados respectivamente pela linha cheia e pela tracejada.

É curioso notar-se que a actividade diverticular mostrou-se superior à do estômago, o que, por nos parecer extraordinário,

nos levou a pedir ao nosso assistente que tentasse sondar simultaneamente as duas cavidades, conseguindo-se por fim tal *desideratum*, como se viu na radiografia, ainda digna de registo por nos mostrar as diferentes alturas da massa opaca, nas duas cavidades.

Eis os dois diagramas respectivos. Aqui as duas curvas são sensivelmente paralelas, um todo nada mais a favor da actividade propriamente gástrica, como é natural.



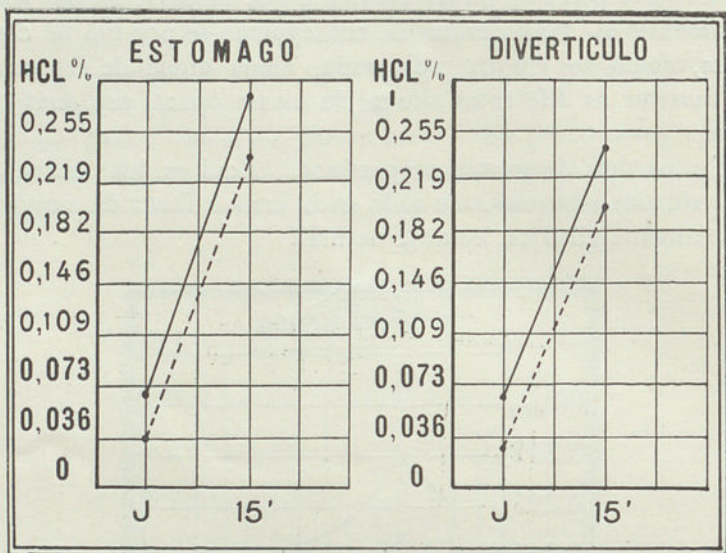
Êste facto dá ao nosso caso um cunho próprio.

Nos diagramas não figuram as curvas dos ácidos de fermentação, que foram aproximadamente iguais nas duas cavidades.

Em todas estas explorações fez-se previamente a injeção de histamina.

Repare-se em que o divertículo não tem peristaltismo mas mantém o seu quimismo normal.

Agradecemos a êste nosso assistente a boa vontade e deligência que pôz na satisfação do nosso pedido.



Antes de abordarmos os problemas da etiologia e patogenia, prognóstico e tratamento, façamos ainda alguns reparos de ordem clínica sôbre o nosso caso.

Embora pobre e incaracterística, a sintomatologia apresentada pela doente será da responsabilidade do divertículo? Tôda ou em parte? Ou êste não terá nenhuma, como tantas vezes acontece?

Eis um problema de difícil solução, e que seria, no entanto, de interesse resolver-se, pelo menos para satisfação... da nossa curiosidade, senão trouxesse nenhuma indicação terapêutica.

Da responsabilidade coleliásica não parece ser; as impressões que a doente acusa e mal sabe definir — espécie de ardôr ou ardência, — não são no hipocôndrio direito mas principalmente no esquerdo; se não é a intervenção do distinto radiologista, esta calculose biliar estaria ainda hoje sem diagnóstico, pois não era suficiente para a descobrirmos a ligeira sensibilidade do frênico direito, sob a pressão do dedo, entre os feixes do esterno-cleido-mastoidêu.

A existência da úlcera duodenal, existência que o radiologista não afirma, pondo-a, aliás como hipótese provável, explicará os

sintomas subjectivos da doente? A pirosis talvez, mas o resto não me parece.

O baço móvel, um tanto aumentado de volume e, com probabilidade anormal em virtude dos dois surtos de sezonismo sofridos pela doente e contraindo-se mal após a injeção de adrenalina, será o responsável? As discretas perturbações do quadro hemático: diminuição da hemoglobina, ligeira leucopenia, baixa do valor globular, com probabilidade terão essa etiologia, mas os sintomas subjectivos? Bem sei que a doente passa melhor estando deitada e isto pode atribuir-se realmente à melhor posição do baço, mas também se pode atribuir a uma melhor posição do divertículo. Já vimos como êste se despeja mais facilmente com a doente deitada. Se de facto, alguma responsabilidade se deve conceder a êste na génese dos incômodos subjectivos da paciente, deve ser a que provoca a sensação especial de ardôr ou ardência do lado esquerdo e mais nada.

Passemos em claro sôbre a colelitiase, sôbre o baço móvel, sôbre a ligeira anemia, sôbre a úlcera duodenal provável, para pôrmos à prova a paciência do leitor com algumas considerações sôbre o divertículo da região do cardia.

Diagnose diferencial

Artisson, no referido e interessante trabalho, julga que, em face de imagens do tipo diverticular do estômago é de bôa prática clínica pensar-se noutras situações patológicas cujas imagens radiográficas podem assemelhar-se às do divertículo juxta-cardial e assim faz a diagnose com as imagens radiográficas do andar supra-diafragmático: divertículo esofágico, epifrênico, hérnia diafragmática do hiato esofágico, e com as imagens infra-diafragmáticas:

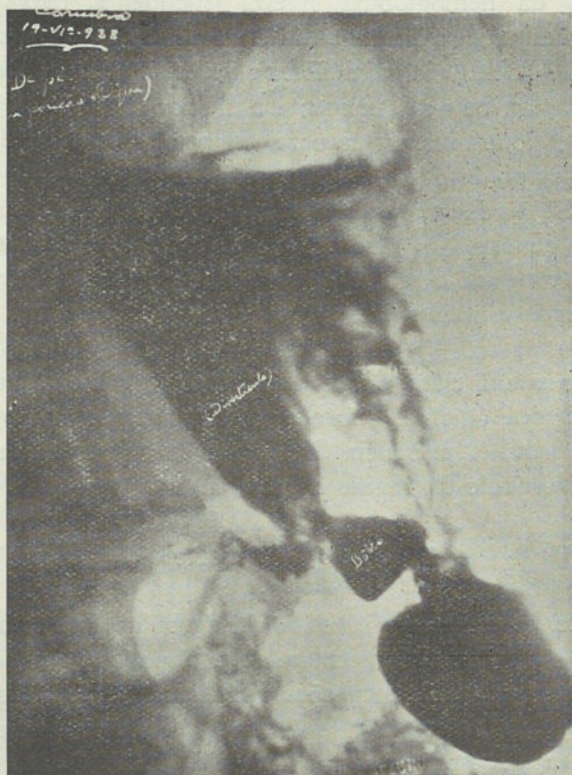
nicho de *Haudek*;

deformações da grande tuberosidade (estômago em retorta, em cascata, em taça de *champanhe*);

perigastrite;

recesso da região juxta-cardial da pequena curvatura; hipertrofia da mucosa gástrica da grande tuberosidade; cancos da região cardinal e da tuberosidade.

No caso presente a mancha tem tal aspecto, que não é possível confundir a sua imagem com qualquer daquelas a não ser com a do recesso juxta-cardial. As outras únicas possibilidades de êrro, supomos que são a confusão com a biloculação com o *volvulus* do estômago às quais se não refere *Artisson*.



Filme V

Em posição oblíqua, de pé, mostra que o diâmetro antero-posterior é bastante largo.

Com o recesso e pregas da região juxta-cardial da pequena curvatura a confusão no presente caso afasta-se facilmente, porquanto «aquelas formações dão uma imagem de pequena saliência em forma de ponta voltada para baixo e situada na parte mais elevada da pequena curvatura; por vezes uma leve retenção da barita poderia fazer pensar numa imagem diverticular mas a reten-

ção é fugaz e a deformação desaparece em incidência ou em decúbito».

Com a biloculação não é fácil a confusão no nosso caso; não há uma cavidade ou bolsa superior e uma inferior separadas por



Filme VI

Em decúbito dorsal, mostra a continuidade das pregas da mucosa do estômago com as do divertículo, que tem uma base comum, vendo-se bem como se faz a passagem dum para o outro.

uma constrição maior ou menor, orgânica ou funcional — que são as características daquela. Quanto ao *volvulus*, também não é possível a confusão.

Para ser um *volvulus* era necessário que o cardia tivesse descido com a respectiva bolsa, o que se não realiza como se vê na radiografia onde estão as duas sondas.

Além disso, a confusão só poderia dar-se com o vôlvo sub-

-agudo ou crónico, pois que com a modalidade aguda ou intermitente era fora de toda a desculpa. Os sinais radiológicos naquelas duas hipóteses são, segundo *Alberto Anzilotti* ⁽¹⁾:

- Enchimento lento e difícil da porção torcida do estômago;
- Inversão do piloro e elevação de toda a região pilórica para o cardia;
- Peristaltismo dirigido para a esquerda, em vez de ser para a direita;
- Aumento do ar intragástrico e grande aërocolia.



Caso do Dr. *Lagarenne*

Sinais que se não verificam na nossa doente.

Trata-se realmente, não vemos outra hipótese, dum divertículo, na espécie o mais volumoso que está descrito e que merece a

(1) *Archivio Italiano de Chirurgia*, anno VIII, fasc. 1.

designação de gigante. Convimos em que o nome de divertículo não é bem achado, mas é o que está em uso, à semelhança de tantas designações péssimas da nossa nomenclatura médica como paralisia geral, assistolia, anemia e *tutti quanti*, que deveriam ser apropriadas por... ilógicas.

Etiologia

No seu bem elaborado trabalho *Artisson*, com beneditina paciência, resume os 106 casos a um e um, respigados na literatura e publicados na sua tese de 1937. Se de então para cá, não se registou mais nenhum, o nosso caso vem a ocupar o 107.º lugar. Rialmente êstes divertículos são raros, pois, como salienta o citado autor, *Rivers* em 10234 laparatomias apenas encontrou 10; 4 em 3662 necrópsias. Na clínica dos irmãos *Mayo* registaram-se apenas 35 em 91535 exames radiológicos.

O da nossa doente foi encontrado na idade em que mais frequentemente êles são observados — dos 40 aos 60 anos — conforme se deprende da estatística de *Artisson*:

de 3 meses	1	
» 4 meses	1	
» 4 anos	1	
» 5 aos 20 anos	4	
» 20 aos 40 »	25	
» 40 aos 60 »	57	(com o da nossa doente)
» 60 aos 70 »	5	
» 70 aos 80 »	1	
Sem indicação de idade	12	
	<u>107</u>	

Adotando a classificação proposta pelo autor referido: em

Formas latentes;

» acompanhadas de sintomas clínicos e desacompanhadas de quaisquer outras lesões reconhecíveis do estômago;

Formas associadas a outras lesões do tubo digestivo;

o caso em questão insere-se neste terceiro grupo, onde se têm

descrito situações em que o divertículo se associa à úlcera; ao neoplasma; à colecistite; à apendicite; à diverticulose.

Nenhum, todavia, encontramos juntamente com ptose do baço, com litíase biliar e muito possivelmente ainda com úlcera do duodeno. Não cabe dúvida que a nossa doente bateu, além do rêcorde do tamanho, o das associações mórbidas.

Nas formas que se acompanham de sintomatologia clínica, esta não é característica; pelo contrário, pode simular os sintomas doutros estados mórbidos e assim há casos em que simula a sintomatologia da úlcera pura, quer com melena ou hematemeses, quer com hemorragias isoladas sem sinais dolorosos; há os divertículos que se mascaram com os sintomas das colecistopatias; há-os acompanhados de fenómenos dispépticos, freqüentemente a obstrução.

Quanto às formas latentes, desacompanhadas de qualquer sintomas clínicos, são meros achados da radiologia, das necrópsias ou das laparotomias.

Sêde

Parece não oferecer dúvida alguma que o volumoso divertículo da nossa doente está situado na região juxta cardial, digamos mesmo sub-cardial, uma das sêdes de eleição destas anomalias. Está dentro da definição que lemos no trabalho de *Andrè Cain* e *Georges Guthmann* ⁽¹⁾: Constituído pela evaginação duma parte circunscrita da parede gástrica, o divertículo do estômago apresenta-se sob a forma dum saco mais ou menos arredondado que se abre na cavidade. A sua sêde é constante: localiza-se exclusivamente quer na vizinhança do cardia, quer na região prepilórica.

Formações congénitas, não inflamatórias, os divertículos da região do cardia são para aqueles autores sempre sub-cardiais. Abrem-se abaixo do cardia, na parede posterior da pequena curvatura, podendo ser totais ou parciais, consoante compreendem ou não todas as túnicas do estômago. Se todos os autores pensassem do mesmo modo exclusivista tornava-se fácil concluirmos desde já que o divertículo em questão era sub-cardial, como realmente se nos afigura ser. Nem todos, porém, pensam assim,

(1) Les diverticules sub-cardiaques de l'estomac — in *Prêsse Médical*, 1936, 22 Janvier.

entre outros *Artisson*, *Lagarenne*, de quem mostramos um caso por sinal bem semelhante ao da nossa doente, *Hillemand*, *Garcia-Calderon*, etc., que, em face de imagens parecidas com a do caso presente, concluem tratar-se muitas vezes de divertículos da grande tuberosidade, que são para êles a sède de mais freqüente localização.

Tenham ou não razão contra a afirmação de *Guthmann e Cain*, entre outros, a verdade é que o divertículo da nossa doente é indiscutivelmente sub-cardial, portanto, está dentro da definição atrás referida. Isto não quere, porém, dizer que não haja divertículos da grande tuberosidade.

Patogenia

A que será devida tão curiosa anomalia?

Será adquirida ou congénita?

Como sempre, várias doutrinas pretendem explicar o estranho fenómeno, teorias que se podem classificar, apesar da sua variedade aparente, em mecânica; anatômica e funcional; reflexa; e congénita, sendo esta a que nos parece melhor explicar os factos. Para não alongar demasiadamente êste artigo, exporemos esta servindo-nos da exposição de *Artisson* que vamos resumir.

Segundo esta teoria o divertículo existe à nascença, o que à primeira vista parece em contradição com o facto da sua descoberta se realisar sobretudo nos adultos e, nestes, em idade alta. A contradição é aparente, pois, o ter-se encontrado a maioria dos divertículos em idades altas, não quere dizer que, se sistematicamente fôssem procurados à nascença, êles não teriam sido encontrados. No entanto alguns deles, se não tem sido encontrados à nascença, foram observados em idades bastante baixas.

Afastada esta dúvida, os argumentos invocados pelos diferentes autores a favôr da congenitalidade diverticular da região do cardia são de vária ordem.

Êstes divertículos que no homem constituem verdadeiras anomalias, são noutros animais uma formação fisiológica. Nalgumas espécies em vez duma bolsa diverticular encontram-se, duas, três e mais, como em certos peixes; nos mamíferos são muitas as espécies em que se encontra «êste caracter diverticular», como no cavalo em que é do «tipo esofágico»; nos ruminantes o estô-

mago consta de 4 sacos — a pansa ou bandulho, o barrete, o folhoso e a coalheira, sendo esta considerada pelos veterinários como o verdadeiro estômago; no camelo e na lhama falta apenas o folhoso. É, porém, no porco e ainda mais no leitão, que o divertículo, sempre existente, mais se assemelha ao divertículo humano da grande tuberosidade.

Quisémos verificar *de visu* esta afirmativa e mandámos vir do matadouro um estômago de leitão, cuja fotografia, depois de insuflado o órgão, aqui apresentamos. Tal divertículo é bem evidente, ficando junto da abertura do cardia,



Estômago dum leitão de quatro meses, mostrando do lado direito, e por cima do cardia, o «capúz» ou divertículo normal.

Os veterinários franceses chamam-lhe *capuchon* e consideram-no como uma réplica filogénica do dos ruminantes.

Nos macacos há também qualquer coisa de semelhante: assim no semnopiteco e no colobo, há três divertículos normais — um junto do cardia, um médio, e um pilórico; no bicho-preguiça há quatro, sendo um junto do cardia de forma cônica.

Para levarem ainda mais longe a analogia alguns autores fizeram estudos de radiologia comparada destes estômagos com os estômagos humanos, que apresentam divertículos juxta-cardiais, chegando à conclusão de que as imagens radiográficas são muito semelhantes.

Os argumentos, porém, mais interessantes, porque aqueles têm por base o conceito de analogia, mais ou menos precário, são tirados do desenvolvimento embriológico do estômago humano.

Não nos foi possível haver à mão os trabalhos originais de *Schwalbe* e *Boppe* sobre o assunto, pelo que tomaremos por guia a exposição de *Artisson*, resumida por nós.

Boppe (Comptes rendus de l'Association des Anatomistes, XV^e réunion de *Lausanne*, n.º 13) confirma a opinião de *Schwalbe* de que o mesogastro posterior em certa altura da evolução embriológica humana se insere sobre a face posterior do *fundus*, disposição esta que traz consigo a formação dum saco de forma cônica com o vértice dirigido «de diante para traz» e significa o crescimento do *fundus* nessa direcção. Este saco, adquirindo uma individualidade morfológica é o *diverticulum fundi*, que é particularmente visível nos embriões de 9 a 17 centímetros.

Nesta altura, segundo aqueles autores, separa-o do *fundus* o sulco de inserção do mesogastro ou sulco divertículo-gástrico de *Schwalbe*.

Desaparece em regra pelo sexto mês, deixando, como único vestígio da sua existência, a inserção posterior do mesogastro.

De tudo isto a conclusão é fácil e *Boppe* não hesita em tirá-la, homologando o *diverticulum fundi* humano ao divertículo do porco e de certos primatas. Para *Schwalbe* a analogia entre o estômago embrionário do homem e o do semnopíteco realiza-se ponto a ponto, nas três partes que êle considera como existentes num e noutra estômago embrionário: a *pars cardiaca* com o divertículo, o fundo propriamente dito e uma parte do corpo gástrico; a *pars sacculata*; a *pars pilórica*.

Agora, a doutrina, verdadeira ou não, mas verozimil, surge cheia de interesse. A regressão do *diverticulum fundi* não se deu e a anomalia aparece congênitamente, representando para aqueles autores, como que uma réplica filogénica dos divertículos que existem normalmente nos animais. Esta a parte filosófica e inde-

monstrada, supomos, da doutrina congénita dos divertículos da grande tuberosidade.

Por muito curiosa que ela nos pareça e sobretudo os argumentos que a apoiam de carácter filosófico-embriológico, não nos parece adaptável ao caso da nossa doente, cuja séde diverticular, sendo outra, não é explicável pela persistência do *diverticulum fundi*. É necessário encontrar outra explicação.

Cain e Guthmann, autores que também se têm dedicado ao assunto, julgam o divertículo sub-cardial uma formação igualmente congénita, embora não a expliquem por um mecanismo embriológico do estomago, mas sim por uma disposição especial do peritoneu, como passamos a descrever. Eis. pouco mais ou menos o que dizem estes autores: «Ao estudarmos a disposição do peritoneu à volta do estomago, tivemos a surpresa de vêr assinalada, no notável trabalho de *Fredet* ⁽¹⁾ uma disposição anatómica que nos parece susceptível de explicar de modo satisfatório a séde constante do divertículo sub-cardial.

Estudando a prega do peritonêu sob a face esofágica posterior e abdominal e da extremidade superior do estomago, *Fredet* refere a descrição clássica. O esófago e o estomago aderem intensamente à parede posterior e o peritonêu parietal flecte-se dum e doutro lado desta zona de aderência para envolver em seguida o resto do corpo gástrico. Mas acontece que esta zona de aderência não é completa e que no meio desta zona de contacto é poupado um recesso no qual vem insinuar-se uma betesga peritonal, aberta para baixo, para a cavidade posterior dos epeploons e fechado na sua extremidade superior.

Resta determinar em que condições êste recesso peritoneal poderá tornar-se o ponto de partida e como escorvaria, por assim dizer, a bolsa diverticular do estomago.

Não é ilógico admitir que esta não coalescência — já de si uma anomalia congénita — se acompanhe duma malformação contemporânea ou seja a evaginação da parede gástrica para dentro da betesga peritoneal. Esta doutrina, dizem ainda os autores, não prejudica uma hipótese um pouco diferente e é que o divertículo se formasse mais tarde, após o nascimento, por uma verdadeira hérnia da

(1) Peritoine. Traité d'anatomie humaine — 1900.

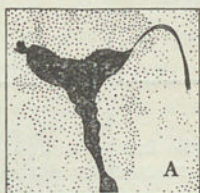
Schering

Provas definitivas da eficácia do

Progynon e Proluton

- a provocação de menstruações em mulheres castradas
- o crescimento do útero representado no desenho

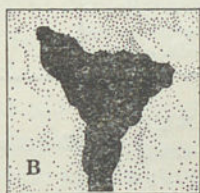
Efeito do Progynon B oleoso sôbre o útero duma mulher de



36 anos amenorreica

A. útero hipoplásico

B. o mesmo útero depois de
3 semanas de tratamento com
Progynon B oleoso (num
total de 300.000 U. B. I.)



O que em vão se tinha esperado da organoterápia
foi conseguido com esta hormonoterápia

Embalagens originais:

PROGYNON

Frasco com 15 drageas de 1.000 U. I.
" " 30 " " 1.000 "
" " 60 " " 1.000 "

PROGYNON FORTE

Frasco com 15 drageas de 10.000 U. I.

PROGYNON B OLEOSO

Caixa com 3 ampolas de 1 c. c. de 10.000 U. B. I.

PROGYNON B OLEOSO FORTE

Caixa com 1 ampola de 1 c. c. de 50.000 U. B. I.
" " 5 ampolas " 1 " " 50.000 U. B. I.

PROLUTON

Caixa com 3 ampolas de 2 mgr.
" " 3 " " 5 "
" " 3 " " 10 "

*Eficácia
significativa
economia*

SCHERING S. A. PORTUGUESA, Apartado 279, LISBOA



ALGUNS PRODUTOS SANDOZ



SANDOZ De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
ALLISATINE Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose	6 a 12 drageas por dia
BELLAFOLINE Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias. gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas. Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 em-polas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoerentes, enxaquecas, dismenorria, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
BELLERGA Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i> : Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i> : frenador electivo do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i> : Sedativo de acção central	Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo	3 a 5 drageas por dia
CALCIBRONAT Combinação bromo-calcica organica.	Todas as indicações da medicação bromada e brometada	1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramuscular por semana
CALCIUM-SANDOZ Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. E' o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por v a intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetanigêneos, espasmo-filia, pneumonias, gripe, asma, dermatoses, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
DIGILANIDE Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i>	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas
GYNERGENE Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
OPTALIDON Nova associação antineuralgica e sedativa	Todas as dores: neuralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILLARÈNE Complexo glucosídico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Scila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oliguria, assistofia, aritmia, coração senil, miocárdite	2 a 6 comprimidos, ou XI a CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.

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

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

parede gástrica através uma zona de menor resistência, que seria a betêsga peritoneal retrogástrica».

O nosso colega e amigo, o distinto Prof. de Histologia e Embriologia Dr. Geraldino Brites, que nos deu a honra de presidir à nossa comunicação, apresentará a seu tempo na «Folia Anatomica» uma outra explicação embriológica para o caso presente.

Prognóstico

Qual o prognóstico? Pròpriamente o divertículo não o tem ou melhor, é comandado pelos outros acidentes e lesões que o possam acompanhar.

No caso, que estamos estudando, tal prognóstico parecia-nos sem reserva, mas já depois de feita esta comunicação, lembramo-nos de realizar novos estudos do quimismo do divertículo e do estômago, para o que se tentou sondar novamente a doente e radiografá-la afim de se saber se cada sonda estava em sua cavidade—o que não conseguimos, não deixando a paciente fazer novas tentativas. Mas, o nosso trabalho não foi baldado, porque o radiologista diagnosticou uma estase não só do divertículo, quási completa ainda 6 horas após a ingestão do caldo opaco, mas também do estômago. O prognóstico não pode já ser tão benigno, o que discutiremos adiante.

Tratamento

A doente descobriu por si o tratamento que mais a alivia dos seus sofrimentos subjectivos e que afinal é uma variante da «postural drainage» proposta por *Hurot e Briggs*.

Deitando-se, algumas horas depois das refeições, primeiro de costas e depois sobre o lado esquerdo notou a nossa paciente, que os seus padecimentos quási desapareciam por completo, o que nós explicamos por facilitarem estas atitudes o esvaziamento do divertículo, cuja estase foi demonstrada pela radiologia.

Pois o tratamento daqueles autores consiste precisamente em deitar o doente e dar-lhe em pequenos goles uma certa quantidade de água; aquele volta-se ora para a direita, ora para a esquerda, imprimindo à região tóraco-abdominal uma série de pequenos abalos, o que tudo tem por fim facilitar a evacuação do divertículo após

a lavagem pela água, factos êstes confirmados pelo exame radiológico.

Tendo em vista um mecanismo idêntico, *Roux e Beclère* propõem a ingestão do leite bismútico, seguida de decúbito direito, esquerdo, dorsal e ventral. Aconselham ainda a posição genu-peitoral forçada, de manhã, após a absorção do carbonato de bismuto, também com o fim de obrigar o divertículo a despejar-se. Tem-se tentado mais a beladona e sucedâneos.

Outros, entretanto, mais ousados, propõem a intervenção cirúrgica, quando a terapêutica médica tenha falhado. Há, porém, quem seja mais ousado ainda e aconselhe a operação com o fim profilático de prevenir a possível degenerescência cancerosa, que, para a maioria dos autores, por ser raríssima, não justifica a intervenção.

Há, no entanto, situações em que uma intervenção é aconselhável. São aquelas em que o doente sofre o bastante para se tentar o bisturi, se, por ventura concluirmos depois dum exame minucioso que é na realidade o divertículo o responsável pelos sofrimentos do doente.

Será êste o caso da nossa enferma? Até há bem pouco não pensávamos sequer em operação. Em face, porém, dos seus padecimentos crescentes, em face da estase cada vez maior do divertículo e ainda da estase gástrica por estenose pilórica, julgamos dever-se aconselhar a intervenção, caso a terapêutica pelo bismuto e pelos anti-espamódicos, a que vamos submetê-la, não deem os desejados êxitos.

Então, a ter-se de intervir para operar o aperto pilórico, é de aconselhar a resecção do divertículo, se um exame *de visu* demonstrar a viabilidade duma tal operação.

Eis um pouco do que desejaríamos dizer sôbre tão estranho quão interessante caso.

Resta-nos agradecer aos nossos colaboradores laboratoriais a gentileza com que sempre nos atenderam: srs. Basílio Mesquita, Drs. Miguel Ladeiro e Mário Mendes, respectivamente dos Laboratórios de Química-Física e de Análises Clínicas.

NOÇÕES ELEMENTARES SÔBRE KIMOGRRAFIA (4)

POR

A. FERNANDES RAMALHO

CHEFE DO LABORATÓRIO DE RADIOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA

A radiokimografia é como a palavra indica, o registo radiográfico dum movimento. Podemos portanto fixar num filme radiográfico a curva de movimento de qualquer órgão com mobilidade própria.

O órgão que mais atenção tem merecido da parte de todos os autores é o coração, não só porque é o que tem movimentos mais complexos, mas também porque é aquele que se presta a melhores observações, em consequência do meio em que se encontra situado.

Durante largo tempo, sob o ponto de vista radiológico, apenas se conseguiu estudar o coração e o pediculo vascular na sua forma, volume e situação, servindo-nos para isso da radiografia e radioscopia.

No que diz respeito à forma e situação do órgão, ainda estes meios nos davam elucidações mais ou menos seguras, mas falhavam completamente quando se pretendia medir cada uma das suas cavidades.

Com efeito, a teleradiografia e o orto-diagrama dão uma ideia muito aproximada do volume total do coração, mas não de cada uma das diferentes cavidades.

O coração durante a sistole e durante a diatole tem dimen-

(4) Extracto da Comunicação feita nas quinzenas médicas dos Hospitais da Universidade, em 3 de Novembro de 1938.

sões diferentes em todos os sentidos; no sentido lateral ou transversal, longitudinal e antero-posterior.

Durante a sistole o coração diminue apreciavelmente de volume, encurtando-se todos os diâmetros; durante a diástole, o coração aproveita a pausa para se encher novamente de sangue, aumentando de volume, de forma que as suas dimensões são completamente diferentes.

Os Pontos de referência — G — e — G' — D — e — D' — que limitam respectivamente o ventrículo esquerdo e a aurícula direita, tomam portanto posições diferentes, principalmente os primeiros.

O movimento mais amplo do coração exerce-se no sentido lateral; é o que se vê mais facilmente em radioscopia.

Mas o coração têm também um movimento apreciável no sentido longitudinal.

Fácilmente se compreende que num órgão dotado de tais movimentos, os elementos radiológicos de que se dispunha até ao aparecimento da kimografia eram absolutamente insuficientes para darem uma ideia exacta dos limites das suas cavidades, sendo impossível marcar com exactidão o ponto — G —.

Conseqüentemente se compreende que não se podia identificar com precisão quais as diferentes partes do coração ou dos grossos vasos que entram na constituição dos arcos superior, medio e inferior do bôrdo esquerdo cardio-vascular, e da porção superior e inferior do bôrdo direito da mesma sômbra.

Era portanto impossível fazer o diagnóstico diferencial preciso entre um tumôr do mediastino, por exemplo, e uma dilatação da aorta ascendente, da crossa ou da descendente, separar com nitidez a sombra da aurícula esquerda da que, tantas vezes corresponde, à artéria pulmonar, saber se o arco inferior direito da sombra cardíaca corresponde só ou sempre à aurícula direita, ou afirmar com segurança se o bôrdo direito do pedículo vascular é formado pela aorta ascendente ou pela veia cava superior.

É sob êste ponto de vista que a kimografia veio dar esclarecimentos completos e quasi absolutos.

Sobre a forma do movimento das diferentes cavidades cardíacas e dos grossos vasos e a sua amplitude, também só a kimografia pode dar conhecimentos perfectos.

A curva do movimento é muito semelhante à que se obtém

pelo cardiograma, traduzindo porém uma maior fidelidade da forma do movimento, embora não registre pequeninos detalhes.

É que no cardiograma os movimentos cardíacos são transmitidos e registados num aparelho em que a inércia entre como factor. Na kimografia os movimentos cardíacos são registados directamente no filme radiográfico pelo feixe principal dos raios de Röntgen, sem qualquer mecanismo intercalar.

A única deformação sofrida pela curva é um certo aumento de volume condicionado pela pequena distância entre a ampôla de raios X e o filme radiográfico.

Quando os novos aparelhos radiológicos e as respectivas ampôlas possam fabricar e suportar cargas mais poderosas, de maneira a permitir que se possam fazer tele-kimografias, terá êste inconveniente desaparecido, podendo-se obter curvas exactas da verdadeira grandeza dos movimentos cardíacos.

* * *

As primeiras tentativas da Kimografia devem-se a Sabath por alturas de 1910, seguidas por Gott e Rosenthal dois anos depois.

Estes autores utilisaram simplesmente uma lâmina ou chapa de chumbo com uma fenda transversal de 3 mm. em toda a largura, que colocavam entre o doente e o chassi com o filme radiográfico.

Faziam então mover o chassi com um movimento mais ou menos uniforme, no sentido vertical, durante poucos segundos (trez e meio) expondo portanto o filme durante êste espaço de tempo aos raios de Röntgen, que passavam através da fenda.

Esta, estava dirigida no sentido transversal do coração, com o doente em posição de pé.

Vê-se portanto que só uma pequenina zona da sombra cardíaca era inscrita no filme, observando-se somente o movimento dessa zona.

Era a Kimografia linear.

O processo foi abandonado por largos anos, e só mais tarde em 1928 é que Pleikart Stumpf, de Munich, partindo das experiências de Gott e Rosenthal, modificando o método, conseguiu dar um novo impulso à kimografia, chamando ao seu novo método kimografia plana.

A chapa de chumbo deixou de ter só uma fenda para ter várias fendas paralelas, de 0,5 mm., separadas umas das outras por intervalos de 12 mm., constituindo uma verdadeira grêlha.

Desta forma conseguiu Stumpf registrar todo o contôrno do coração, dando uma imagem de conjunto semelhante à de um filme vulgar.

De então para cá outros autores têm introduzido modificações ao método de Stumpf, quer modificando a forma de grêlha, quer variando a largura das fendas e o número delas.

Tais foram Cignolini na Itália, Sundberg na Suécia, Delherm em França, e outros.

Stumpf imaginou também uma outra grêlha de forma circular dividida em sectores por um certo número de fendas e que descrevia um movimento rotatório; mais adiante se verá a razão de ser que levou êste autor a construir uma grêlha nestas condições.

A Kimografia pode ser obtida quer movendo a grêlha, quer movendo o filme, e assim se chama de grêlha móvel ou de grêlha fixa.

Na de grêlha móvel, a sombra cardíaca aparece com a forma de conjunto, igual a de um filme vulgar, mas o seu contôrno eriçado de saliências e depressões correspondentes ao movimento do órgão, saliências que têm o nome de ganchos e são de forma diferente, conforme a região a que pertencem.

Na Kimografia de grêlha fixa, o que se move é o filme, e então a sombra cardíaca divide-se em sectores, com aspecto de degraus de escada.

A primeira dá a curva do movimento de conjunto, a segunda estuda o desenvolvimento da curva do movimento de determinadas zonas do coração, que estão em relação com as fendas da grêlha. (Figs. 1 e 2).

O doente está colocado de pé, em posição dorso-ventral, a ampôla a 80 cm. do filme e as grêlhas com a posição horisontal das fendas.

Os aparelhos dispõem em regra de grêlhas independentes com fendas intervaladas de 15, 30 e 45 mm.

Analisemos primeiro uma kimografia de grêlha móvel.

A grêlha a empregar e a largura das fendas devem estar em harmonia com o caso clínico a observar.

O ideal seria empregar uma grêlha de fendas muito estreitas, com pequenos intervalos; mas assim, não só o ciclo completo de uma revolução cardíaca ficaria inscrito num espaço muito limitado, dando lugar a não se observarem pequenos detalhes, como

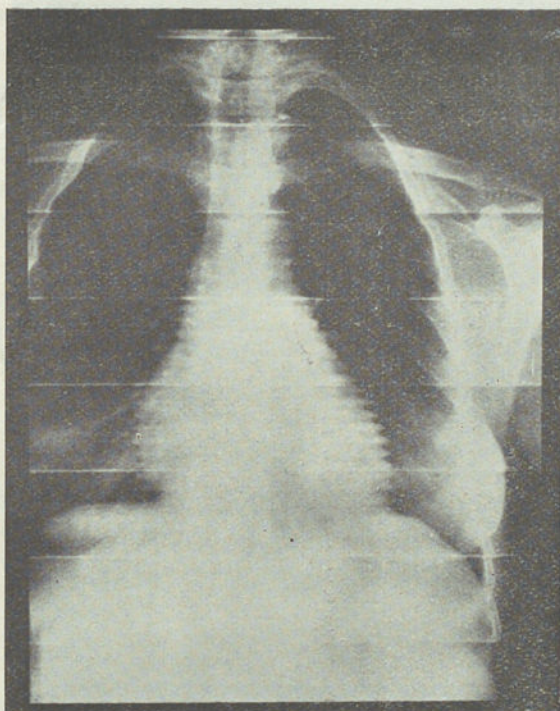


Fig. 1

também a quantidade de irradiações que passava através das fendas seria insuficiente para impressionar devidamente o filme radiográfico.

Se o desenvolvimento progressivo dos aparelhos radiológicos poder dar, de futuro, a possibilidade de empregar muito mais fortes intensidades, podem chegar a empregar-se grêlhas de fendas extremamente finas.

Por enquanto utilizam-se grêlhas cujas fendas não sejam inferiores a 0,5 mm. e com intervalos tais que permitem inscrever duas ou três revoluções cardíacas.

O contôrno do ventrículo apresenta ganchos de diferentes formas, de um para outro individuo, conforme se trata da ponta ou da base do ventrículo.

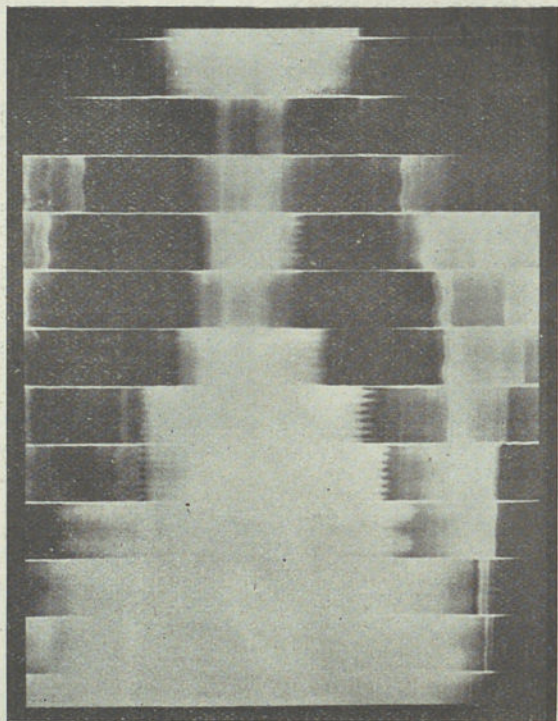


Fig. 2

Segundo a sua forma, os ganchos dividem-se em :

- 1.º ganchos simples.
 - a) com ramos direitos.
 - b) com ramos curvos.
- 2.º forma arredondada.
- 3.º » ponteguda.
- 4.º » de trapézio. (Fig. 3).

Como explicar tão grandes diferenças na forma da curva de movimento de um órgão, como o coração, que funciona tão uniformemente ?

Temos de entrar em linha de conta com vários factores, entre os quais predominam a fôrça impulsiva, o volume da massa cardíaca, a sua elasticidade e o meio ambiente.

A ponta dos ganchos corresponde à diastole, a base dos mesmos à sistole.

Se ligarmos por uma linha a ponta de todos os ganchos do contôrno cardíaco obteremos uma curva que representa o volume do coração durante a diastole; se unirmos por uma outra linha todas as depressões, a nova curva corresponde à sistole.

Os ganchos ventriculares apresentam um ramo curto rectilíneo e horizontal, um «plateau» mais ou menos acentuado e um ramo mais longo e oblíquo com pequeninas elevações, correspondentes

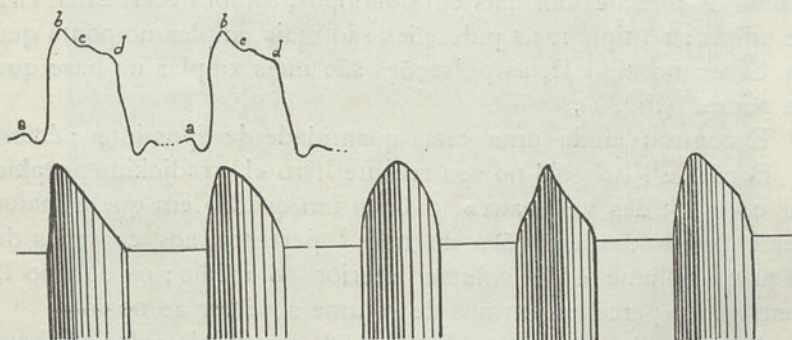


Fig. 3

às elevações — a —, — b — e — d — do cardiograma; a elevação — c — não aparece no kimograma.

Estas particularidades só são porém visíveis em certos kimo-gramas e fazendo uma ampliação da curva.

A forma dos ganchos do ventrículo esquerdo permite-nos avaliar do funcionamento cardíaco; assim, os ganchos longos e pontegudos traduzem a existência de um certo grau de erethismo cardíaco, ganchos curtos e arredondados um estado de astenia e dilatação cardíaca.

Os primeiros têm os ramos iguais ou quasi iguais, o que quer dizer que a diastole tem quasi a mesma duração da sistole; os segundos denotam a existência de uma sistole fraca e de uma diastole mais prolongada, durante a qual o ventrículo se enche lentamente.

Veremos mais adiante que esta forma de ganchos aparece também em corações normais, cuja curva é influenciada por outro factor.

No mesmo ventrículo encontram-se sempre duas formas de ganchos em corações não patológicos, conforme analisemos a ponta ou a base do ventrículo.

Sabe-se que o ventrículo esquerdo não se contrai da mesma forma e com a mesma intensidade nestas duas regiões.

Por isso a forma e a profundidade dos ganchos é diferente.

(Normalmente a profundidade dos ganchos é de cerca de 4 mm.).

Stumpf observando uma série de 250 indivíduos jovens, classificou os corações normais em dois tipos, conforme a sua maneira de pulsar: no tipo I, as pulsações são mais amplas na ponta que na base; no tipo II, as pulsações são mais amplas na base que na ponta. (Fig. 1),

Encontrou ainda uma certa quantidade de tipos intermédios.

Bordet e Fischgold no seu recente livro «La radiokimographie du coeur et des vaisseaux», publica um quadro em que a maior percentagem dos corações do tipo I pertence aos corações de pequeno volume e de volume inferior ao médio; os do tipo II têm maior percentagem nos de volume superior ao normal.

A curva do movimento da ponta do ventrículo sofre também a influência do movimento ascencional do coração durante a sistole.

Como é condição essencial, para que os movimentos do coração se registem normalmente, ser a direcção desses movimentos paralela, ou melhor, no mesmo sentido de direcção das fendas da grêlha. verifica-se que os movimentos da ponta do ventrículo esquerdo não podem ser observados convenientemente na sua verdadeira forma e dimensões, num kimograma em que as fendas da grêlha estejam em posição horisontal.

Daí resulta que, num grande número de corações, os ganchos da ponta do ventrículo esquerdo são de um tipo diferente e de uma profundidade muito diferente, sendo por vezes difícil de ler um tal kimograma.

Deve-se portanto colocar a grêlha com a direcção vertical das suas fendas. (Fig. 4).

No kimograma correspondente à Fig. 4 vê-se que não só o

ventrículo esquerdo tem movimentos de direcção longitudinal, mas as duas aurículas teem movimentos na mesma direcção e um tanto amplos, para darem ganchos de certa profundidade.

Era precisamente para poder registrar êstes movimentos de direcção vertical ou quási vertical, do coração, que Stumpf construiu a grêlha de sectores, circular, com movimentos rotatórios;

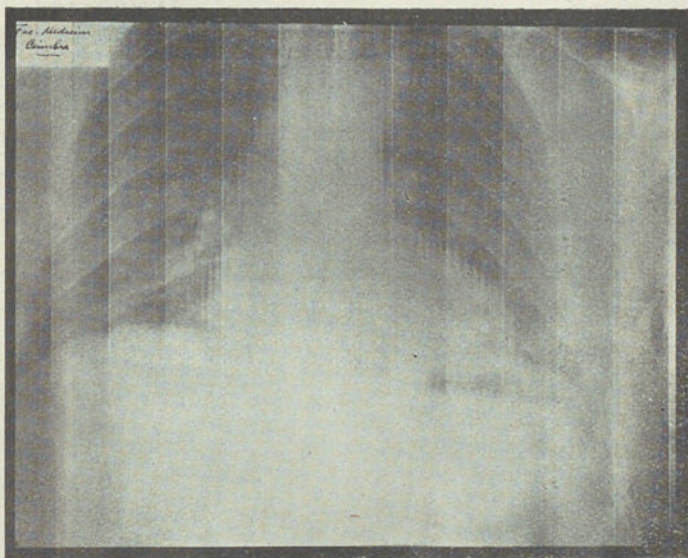


Fig. 4

mas a leitura de tais kimogramas não era muito fácil e o processo foi por êste autor abandonado.

A Revista Argentina de Cardiologia, no seu número de Maio e Junho de 1938, insere um artigo do Dr. Alberto Morelli, sôbre «as expansões sistólicas ao nível dos ventrículos do coração», no qual êste autor faz um estudo kimografo circular, com movimentos rotativos.

Mas voltemos ao nosso estudo da kimografia plana.

Seguindo para cima o contorno do ventrículo esquerdo, chega-se a um ponto em que os ganchos mudam bruscamente de forma e dimensões; o ponto situado entre dois ganchos desiguais é o ponto — G —, a terminação do ventrículo. (Fig. 1).

Começa então uma zona de ganchos de fraca amplitude, ganchos duplos, por vezes pouco visíveis, com duas pequenas elevações — a — e — v —, correspondentes respectivamente à contração auricular e ao levantamento do pavimento auriculo-ventricular durante a diástole do ventrículo.

Esta zona de ganchos pertence à aurícula esquerda ou ao

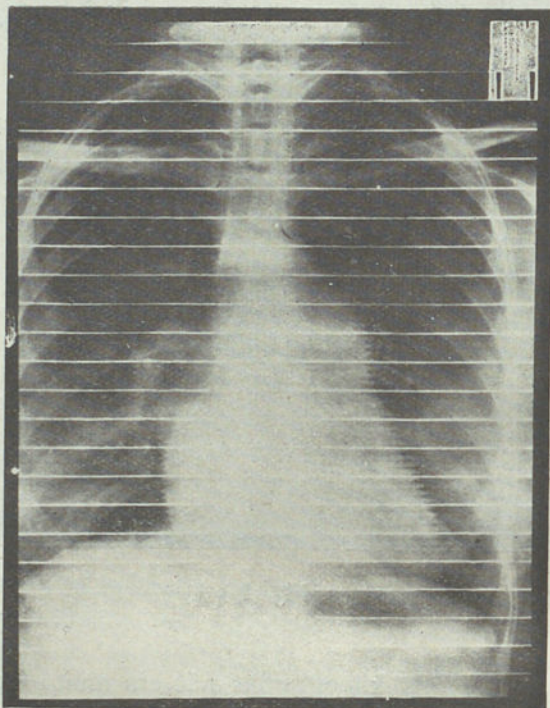


Fig. 5

apêndice auricular, que em certos kimogramas se traduz somente por uma linha mais ou menos ondulada.

Em muitos casos a aurícula esquerda não forma completamente o arco médio do bordo esquerdo cardio-vascular, sendo a porção superior deste arco ocupada por uma outra zona de ganchos, semelhantes na forma aos ganchos ventriculares; é a porção correspondente à artéria pulmonar.

Nem sempre é visível esta zona de ganchos, sendo por vezes ocupado todo o arco médio pela aurícula esquerda.

Outras vezes, nos casos de dilatação da artéria pulmonar, o arco médio é quási todo ocupado por ganchos arteriais, ficando os ganchos auriculares reduzidos a uma pequena extensão. (Fig. 5).

Continuando a seguir para cima o bôrdo esquerdo, encontra-

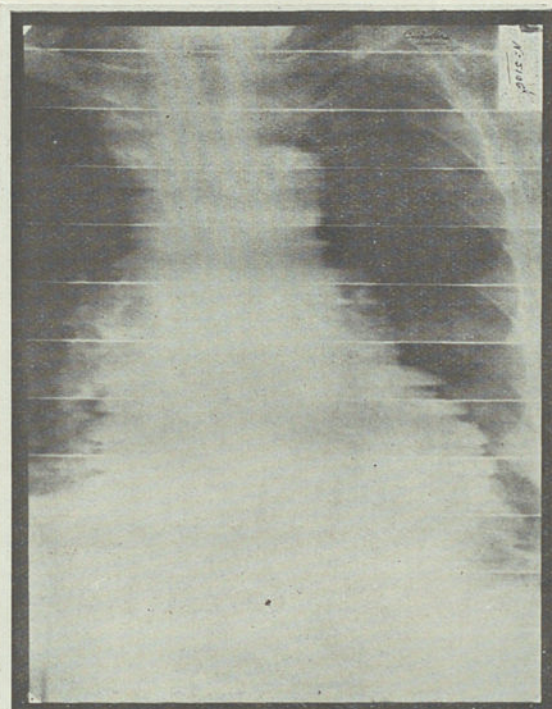


Fig. 6

mos uma outra zona de ganchos arteriais, com uma forma semelhante aos ganchos ventriculares, mas invertidos no tempo.

É a crossa da aorta.

Enquanto que o gancho ventricular apresenta o ramo sistólico, mostra-se aqui o ramo diastólico e vice-versa.

Com efeito, durante a sistole ventricular a onda sanguínea passa para a aorta, enchendo-a; durante a diastole do ventriculo

a aorta reduz-se de volume, porque contém agora muito menos sangue.

São portanto as mesmas modificações de volume que se observam tanto no ventrículo como na aorta, mas em tempos diferentes, dando lugar a um movimento semelhante.

Passemos agora ao bôrdô direito da sombra cardio-vascular.

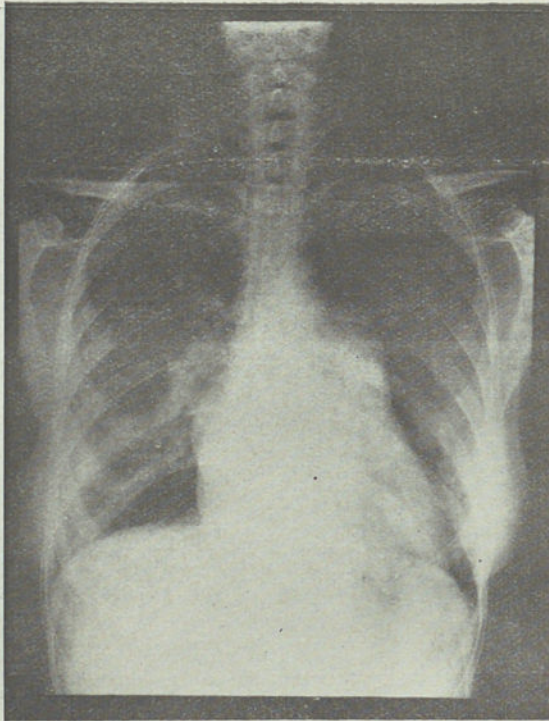


Fig. 7

Êste bôrdô divide-se em duas porções: a porção inferior, cardíaca, a porção superior, vascular.

A porção inferior, que se julgou durante tanto tempo ser constituída exclusivamente pela aurícula direita, não é em muitos casos assim; entra na constituição desta porção do bôrdô cardíaco, por vezes, o ventrículo direito. (Fig. 6).

O kimograma mostra na verdade em muitos indivíduos que,

imediatamente acima da cúpula do diafragma, se vêem alguns ganchos do tipo ventricular, e só mais acima aparecem ganchos do tipo auricular.

É na verdade o ventrículo direito que aparece a formar parte do bordo direito do coração, ou serão esses ganchos, ganchos auriculares modificados, ou melhor transformados em tipo ventricular, resultante da impulsão sofrida na aurícula pela contração ventricular, particularmente forte?

Ambos os casos se verificam na prática.

Anatômicamente e em casos perfeitamente normais, o ventrículo direito por vezes vem formar a porção mais inferior do bordo direito da sombra cardio-vascular, passando à frente da aurícula.

Por outro lado, em certos estados patológicos, o impulso ventricular é tão acentuado, que os ganchos aparecem quasi só do tipo ventricular, e então surgem-nos com dois tipos: uns correspondente às elevações — a — e — v —, de menor amplitude, outros mais amplos correspondentes às depressões sistólicas e às elevações diastólicas do ventrículo.

Na porção superior do bordo direito da sombra acima referida nem sempre os kimogramas mostram a existência de ganchos.

Sabe-se que nos indivíduos novos e fisiologicamente normais, este bordo é quasi sempre, para não dizer sempre, constituído pela veia cava superior, que se sobrepõe à aorta ascendente, situada mais próximo da linha média; à medida que a idade vai avançando, a aorta ascendente vai aumentando fisiologicamente de volume, atingindo o bordo direito da veia cava superior e acabando por ultrapassá-lo, o que só acontece normalmente depois dos cinquenta anos de idade.

Nestas condições, o kimograma dum individuo novo e sem alterações cardio-vasculares, a porção superior do bordo direito, correspondente ao pedículo vascular é absolutamente silenciosa; quando muito, aparecem simplesmente umas leves oscilações, resultantes da pulsação transmitida da aorta.

* * *

A forma e a profundidade dos ganchos da sombra cardio-vascular, modificam-se sensivelmente durante os movimentos respiratórios, particularmente ao nível do ventrículo esquerdo e da aorta.

Assim, durante a inspiração os ganchos são mais ponteados, durante a expiração tornam-se mais arredondados e mais fundos.

Estas diferenças são ainda mais acentuadas na aorta que no ventrículo esquerdo, o que indica claramente a maior alteração de forma e de volume da sombra vascular durante os movimentos respiratórios.

* * *

A aplicação prática do valor da kimografia patenteia-se com toda a clareza, nos dois exemplares clínicos correspondentes às fig. 5, 7, 8 e 9.

O primeiro foi tomado por muito tempo como uma dilatação aneurismal da aurícula esquerda, em face da radiografia (fig. 7) e dos sinais clínicos.

A kimografia veio demonstrar que a enorme dilatação do arco médio que o filme apresentava, era constituída exclusivamente pela artéria pulmonar, muitíssimo dilatada, verdadeira dilatação aneurismal, ocupando somente a aurícula esquerda uma estreita zona na porção inferior do referido arco.

Mas a kimografia veio, nesta doente, dar mais amplos esclarecimentos.

A simples radiografia mostra no bôrdo inferior direito da sombra cardio vascular, o contôrno da aurícula direita, bastante volumosa, e o contôrno de uma sombra de menor densidade, que se sobrepõe à metade superior da aurícula direita, ultrapassando-a.

A kimografia veio mostrar que esta sombra apresenta nítidos ganchos auriculares, devendo pertencer à aurícula esquerda, fortemente dilatada para o lado direito e para trás.

A doente era pois portadora dum aneurisma da arteria pulmonar e duma grande dilatação aneurismal da aurícula esquerda, mas para trás e para a direita.

O segundo caso diz respeito a uma volumosa sombra mediana ao nível do pedículo vascular (fig. 8).

Tratava-se dum enorme processo de aortite com dilatação uniforme da aorta ascendente e descendente? ou duma massa tumoral do mediastino?

A kimografia resolveu definitivamente o diagnóstico.

OLEO DE FIGADO DE BACALHAU SUPERACTIVADO "RHONE-POULENC"

TITRADO POR CC. A

**2.000 unidades internacionais
Vitamina A**

**500 unidades internacionais
Vitamina D**

**FACTOR PRECIOSO DO DESENVOLVIMENTO
DO ORGANISMO**

MEDICAMENTO DOS CRESCIMENTOS DIFICEIS

**ALIMENTO DE AUXILIO DURANTE AS
CONVALESCENÇAS**

● POSOLOGIA :

Asua concentração em Vitaminas A e D autorisa a precisão em doses extremamente reduzidas, seis vezes menores que as de óleo de fígado bacalhau ordinario.

CREANÇAS, com menos de um ano : XXX gotas a 1/3 colher de café. De 1 a 5 anos : 1/2 colher de café.

ADOLESCENTES E ADULTOS :
1 à 2 colheres de café.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

CAT-GUT "ABSOLUT"

(ORIGEM ALEMÃ)

Reabsorção em 10, 20 ou 40 dias
Apresentação francesa e americana

Sob o ponto de vista de esterilização, leiam-se os resultados das análises seguintes:

Do Laboratório de Análises Bacteriológicas da Faculdade de Farmácia do Porto:

«Pedaços deste cat-gut, semeados aerobianamente em caldo glucosado e em gelose peptonizada e anaerobianamente em caldo glucosado, mostraram-se estéreis ao fim de cento e vinte horas.

Laboratório de Bacteriologia da Faculdade de Farmácia do Porto, 19 de Maio de 1938.

O Director do Laboratório,
a) *Manuel Pinto*».

Dos Serviços de Bacteriologia Sanitária do Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge:

«As amostras enviadas, revelaram-se absolutamente estéreis, ao fim de 96 horas de observação.

Lisboa, 4 de Abril de 1938.

O Médico Bacteriologista,
a) *J. Chaves Ferreira*»

A USAR-SE COM TODO O ÊXITO
Preços absolutamente módicos

Concessionários exclusivos em Portugal:

AYRES DE CARVALHO, L.^{DA}

RUA JOSÉ FALCÃO, 177

Telefone 7732

P O R T O

Por ela se vê (fig. 9) que a sombra mediana é absolutamente silenciosa completamente desprovida de ganchos, não podendo portanto corresponder à aorta, vendo-se através dela, do lado esquerdo, os ganchos dacrossa.

Era evidentemente uma massa tumoral do mediastino.

Nesta sumária descrição sòmente se tem feito referência à

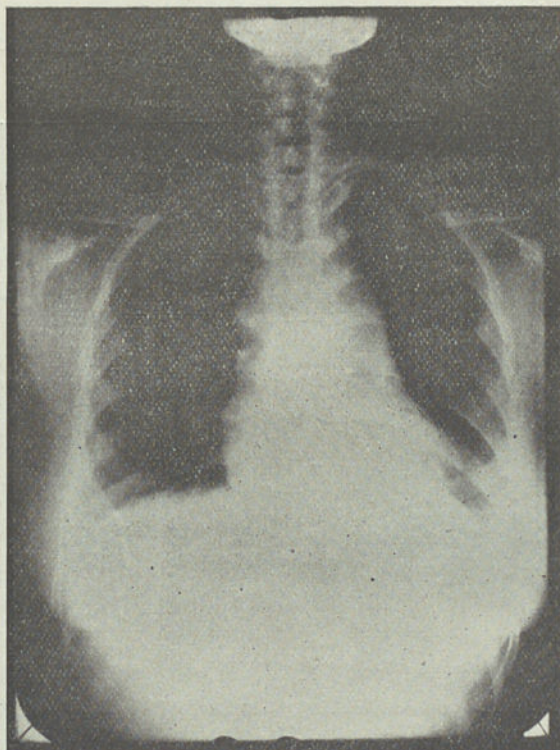


Fig. 8

kimografia em posição dorso-ventral; mas as posições obliquas e mesmo as de perfil, fornecem elementos de grande valôr, especialmente para o estudo das cavidades auriculares.

Igualmente nos temos referido à aplicação da kimografia ao coração e grossos vasos.

Mas vários outros órgãos e aparelhos se podem estudar sob o ponto de vista kimografico, tais como o esôfago, o estomago,

o diafragma. os pulmões etc., prestando-nos a kimografia nestes últimos relevantes serviços, particularmente na tuberculose pulmonar, dando preciosas indicações terapêuticas e prognósticas.

* * *

Ao seu método radiokimográfico juntou Stumpf dois complementos: a kimoscopia e a densografia.

A densografia baseia-se nas diferenças de densidade da som-

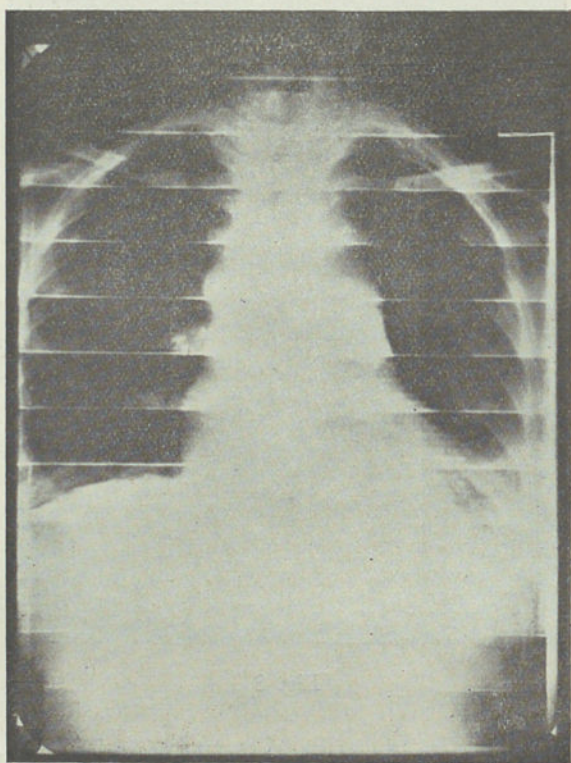


Fig. 9

bra nos diferentes sectores de uma kimografia, resultantes das variações de espessura das diferentes cavidades do coração durante a sistole e durante a diastole.

Estas diferenças de densidade da sombra cardio-vascular são registadas por um aparelho especial, dando logar a uma curva de fácil interpretação.

A kimoscopia é a observação visual da forma do movimento cardíaca fornecido por uma kimografia.

Para isso emprega-se uma kimografia de grêlha fixa, e portanto de filme móvel, que se coloca num aparelho especial, o kimoscópio, que faz executar ao filme um movimento semelhante ao que êle teve durante a kimografia.

Pode-se assim observar num determinado momento como pulsava o coração muito tempo antes, o que tem um interesse particularmente demonstrativo.

UM CASO DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

A propósito da contribuição portuguesa
para o estudo dos divertículos
do aparelho digestivo

POR

ALBERTO COSTA

A época radiológica veio abrir um vasto campo no capítulo dos divertículos do aparelho digestivo, tornando possíveis e fáceis certos diagnósticos que, até há pouco tempo, eram apenas surpresas necróscas.

Não obstante, já os investigadores do século passado nos tinham legado um amplo manancial que ainda hoje enriquece êste capítulo da anatomia e da patologia humanas. A êstes aturados estudos vemos ligados, entre outros muitos, os nomes de Riolan, Meckel, Cruveilhier, Auguier, Zenker, Forgue & Riche, etc.

Ultimamente, porque o assunto começou a despertar interêsse, a bibliografia portuguesa tem fornecido também uma notável contribuição para o estudo dêste assunto, que de ano para ano vai criando mais voga, tomando assento reservado nos tratados e manuais didáticos e ampliando a bagagem científica dos médicos e escolares de medicina.

Assim, no Pôrto, relataram casos pessoais e escreveram monografias sôbre divertículos do tubo digestivo, os Profs. Pires de Lima (1-2), Roberto Frias (3), Eurico Franco (4), Hernani Monteiro e outros (5-6), Roberto de Carvalho (7) e o dr. Julio Franchini (8).

Em Lisboa, Manuel Lourenço defende tese em 1916 sôbre *Diverticulite e apendicite* (9) e o Prof. Salazar de Sousa (10), assim como os radiologistas Pereira Caldas (11) e Carlos Santos, Filho (12), chamam a atenção sôbre alguns casos de divertículos de localização vária.

Cabe a honra a Coimbra da maior monografia até hoje publicada em português, versando êste capítulo. Refiro-me ao trabalho do Prof. Geraldino Brites (13), documentando 82 casos de divertículos do tubo digestivo, por êle estudados minuciosamente.

Em 1934, a observação pessoal dum caso de hérnia umbilical congénita do período embrionário, com divertículo de Meckel (14), levou-nos a procurar vasta bibliografia, e, no nosso espírito, ficou radicada a ideia de que o estudo dos divertículos do tubo digestivo não representâ uma fantasia sem valor ou préstimo, pois que de cada 200 doentes que nos passam pela mão, 7, pelo menos, são portadores de um ou mais divertículos do tubo digestivo.

O jejuno-ileon oferece-nos a localização mais freqüente (61% dos casos). No nosso trabalho (14) fizemos um estudo de conjunto da riquíssima patologia do divertículo de Meckel, colhendo para isso ao acaso, entre a bibliografia consultada, 60 casos descritos. Basta repetir que 20 dêsses casos terminaram pela morte, alguns dêles antes que o bisturi do cirurgião tentasse um salvador recurso, e 40 fôram sucessos operatórios.

Hérnias diverticulares, estranguladas ou não, oclusões intestinais revestindo todos os aspectos e mecanismos, úlceras pépticas meckelianas com melenas profusas, neoplasmas diverticulares, quistos embrionários, fistulas umbilicais, diverticulites — tanta vez diagnosticadas como apendicites — tudo isto o divertículo ileal pode ocasionar.

Deixando porém êste assunto já tratado por nós, sejam-nos permitidas algumas breves considerações sôbre os divertículos da porção proximal do tubo digestivo.

Sob a denominação de *divertículos de Zenker* e *divertículos faringò-esofágicos*, encontram-se dispersos na literatura médica bastantes casos de formações diverticulares que, na realidade, sob o ponto de vista clínico e radiológico, não podem deixar de andar ligadas.

Descreveram os anatomistas, na face posterior da porção juxta-faríngea do esôfago, uma zona triangular onde o órgão se encontra desprovido de fibras longitudinais, possuindo apenas fibras circulares, essas mesmas, às vezes, pouco abundantes.

— É o chamado triângulo de Laimer-Hackerman, limitado

em cima pelas fibras transversais do constritor inferior da faringe ou crico-faríngeo. Logo adveio ao espírito dos investigadores, que esta zona representava um *locus minoris resistentiae*, o que justificava o facto dos divertículos da zona proximal do esófago serem posteriores.

Porém, em 1910, Wagett e Davis submeteram à prova de pressão vários esôfagos retirados de cadáveres, e verificaram que a referida zona não representava, de facto, um ponto fraco, o que mais tarde foi confirmado pelas experiências de Hill.

Killian mostrou que as fibras transversais do crico-faríngeo (*pars fundiformis*) — limite superior do triângulo de Laimer-Hackerman — fazem relêvo no *lumen* do órgão, a ponto de constituírem um esfíncter semelhante ao cárdia, o qual permanece habitualmente fechado, diminuindo o seu tono durante a deglutição e o vômito. Foi a êste esfíncter que Killian chamou *bôca do esófago*.

A contractura espasmódica destas fibras provoca uma resistência, que a fôrça propulsora do bôlo alimentar procura vencer. Ora, entre a *pars fundiformis* do constritor inferior da faringe e a *pars obliqua* do mesmo, que sôbre a primeira se embrica, há uma fenda — também chamada fenda de Killian — por onde a mucosa faríngea pode fazer hérnia, constituindo um saco que escorrega sôbre o triângulo de Laimer-Hackerman, progredindo à maneira que as suas paredes se adelgaçam, lateralizando-se mais ou menos á esquerda, descendo no mediastino, comprimindo por vezes o esófago, a jusante, e a traqueia, podendo levar a diagnósticos de papeira mergulhante. Êstes divertículos, constituídos por uma hérnia da mucosa da hipo-faringe, formada através da deiscência de Killian, nem clínica nem radiològicamente podem diferenciar-se de quaisquer outros que porventura possam originar-se ao nível do triângulo de Laimer-Hackerman. Tudo são *divertículos faríngeo-esofágicos* ou *divertículos de Zenker*.

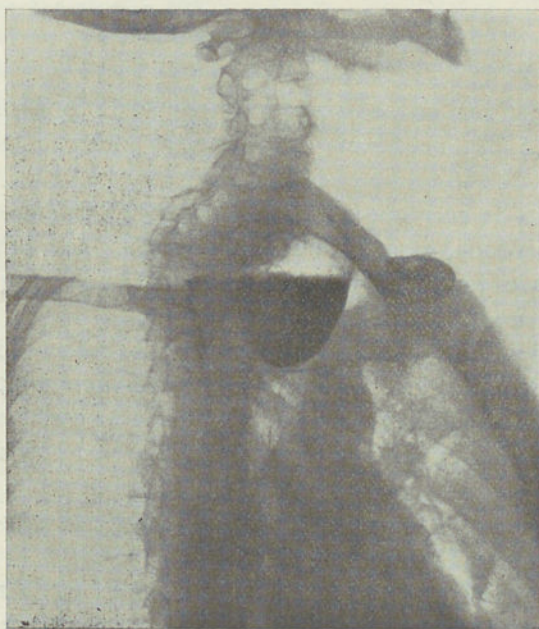
Para se estabelecer a noção de congenitalidade ou de aquisição post-natal, quanto a êstes divertículos, precisaríamos saber se a fenda de Killian e o triângulo de Laimer-Hackerman representam de facto pontos fracos, propícios à sua formação.]

Parece que, àcêrca dêste caso, temos de raciocinar como na questão das hérnias abdominais: — o factor constitucional deve associar-se ao factor mecânico, mas, assim como o anel inguinal

não representa para tôda a gente um ponto fraco, também aquêles pontos acima referidos não representam um ameaço permanente de divertículos faringo-esofágicos.

* * *

Da sua sintomatologia inicial faz parte a disfagia, representada tanta vez por uma leve impressão de corpo estranho à deglutição, que acompanha o doente por longo tempo sem que, muitas vezes, seja resolvida a incógnita do problema. Mais tarde lá vêm as regorgitações, a própria percepção do divertículo à palpação na região supra-clavicular esquerda, etc.



A radiografia aqui reproduzida, documenta um caso de divertículo de Zenker, que há cêrca de 7 anos observei num homem adulto, que examinei acidentalmente e que perdi de vista.

Sentia há bastante tempo uma sensação encômoda de corpo estranho à deglutição.

De mótu-próprio, ou porque alguém lho aconselhe, bebe

um pouco de líquido muito quente, mais quente por certo do que pretendia, a ponto de provocar uma queimadura do esófago. A disfagia pronuncia-se e os próprios líquidos só muito a custo transpõem a estenose, passando a ser um problema a alimentação do doente.

Depois de cada refeição, por vezes mais de meia hora, surge uma regurgitação de um decilitro e mais.

Mostra a cliché radiográfico um volumoso divertículo, cujo fundo se projecta ao nível da sombra da espinha da omoplata, o qual foi classificado pelo radiologista como *divertículo do esófago*, mas que pode muito bem ter-se originado ao nível da fenda de Killian. Pre-existente à queimadura, é lógico contudo admitir que tenha progredido bastante depois disso.

* * *

Mais uma vez quero frizar a importância que representa o conhecimento da frequência relativa dos divertículos do tubo digestivo.

É mesmo de crêr que as estatísticas estejam longe de corresponder à verdade, pois grande número das que ainda hoje se consultam são fundadas em exames necrósicos, o que as deve fazer pecar muito por defeito.

Em 1923, Charles Mayo publicou um trabalho sobre o tratamento dos divertículos do esófago (*), mencionando 74 casos operados nas suas Clinicas, com 3 mortes, e fazendo notar que *a frequência destas afecções é bem maior do que habitualmente se supõe*.

Ora as estatísticas necrósicas mencionam-nos um divertículo do esófago por cada 500 autópsias.

Se considerarmos que a maior parte dêles passam despercebidos tóda a vida e que a estatística de Mayo se refere a 74 casos operados e, portanto, a divertículos operáveis da porção proximal, ser-nos-á fácil perfilhar a opinião do cirurgião americano.

(*) *Charles Mayo* — Treatment of diverticulum of the oesofagus *Ann. of Surgery*, vol. LXXVII-1923, pág. 267.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — PIRES DE LIMA — «Sôbre alguns casos de divertículo de Meckel» — *A Medicina Contemporânea*, 1919.
- 2 — PIRES DE LIMA — «A propósito do divertículo de Meckel».—*A Medicina Moderna*, 1921.
- 3 — ROBERTO FRIAS — «Um caso insólito de hérnia inguinal» — *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1912.
- 4 — EURICO FRANCO — «Sulle cause di alcune singolari forme del diverticolo di Meckel» — *Bull. de la Soc. Port. des Sc. Naturelles*. Tome VII (18-6-920).
- 5 — HERNANI MONTEIRO e ROBERTO DE CARVALHO — «Três casos de divertículo da faringe e do esófago. Diagnóstico radiológico» — *Imprensa Médica*, 1936.
- 6 — HERNANI MONTEIRO, ROBERTO CARVALHO e ABILIO ALVES — «Um caso de diverticulite do colon (Diagnóstico radiológico)»—*A Medicina Contemporânea*, 1937.
- 7 — ROBERTO DE CARVALHO — «Dois casos de divertículo de Zenker» — *Portugal Médico*, 1931.
- 8 — J. FRANCHINI — «Oclusão intestinal post operatória» — *Gazeta dos Hospitais do Porto*, 1913.
- 9 — MANUEL J. LOURENÇO — «Diverticulite e apendicite» — *Tese de Lisboa*, 1916.
- 10 — SALAZAR DE SOUSA — «Arquivos de Pediatria e Ortopedia» — Lisboa, Março de 1921.
- 11 — PEREIRA CALDAS — «Divertículo da primeira porção duodenal» — *A Medicina Contemporânea*, 1931.
- 12 — CARLOS SANTOS, FILHO — «Contribuição para o estudo dos divertículos do tubo digestivo» — Soc. das Ciências Médicas de Lisboa — Sessões de 27-3 e 25-4-930 — *Medicina Contemporânea*, 1930.
- 13 — GERALDINO BRITES — «Divertículos do tubo digestivo. (Estudo de 82 casos inéditos)» Coimbra, 1925.
- 14 — ALBERTO COSTA — «Algumas considerações clínicas àcerca do divertículo de Meckel» — *Coimbra Médica*, 1934.

NOTA — Citamos apenas trabalhos portugueses, onde aliás se pode encontrar circunstanciado relato da bibliografia estrangeira.

Que nos seja relevada a falta de citação de qualquer trabalho português por nós desconhecido.

NOTAS CLINICAS

Os accidentes nervosos do pneumotorax

POR

LUIZ PROVIDÊNCIA

Desde os fins do século passado começaram a descrever-se casos de accidentes nervosos relacionados com punções da pleura, quer feitas com o fim de evacuar um derrame, quer feitas com o fim de realizar uma lavagem da cavidade pleural.

Sem dúvida que já no decorrer de combates à arma branca fôra notado com estranheza que alguns homens sucumbissem subitamente ou fossem tomados de crises convulsivas, depois de receberem ligeiras feridas perforantes do torax.

Com o desenvolvimento crescente da prática do pneumotorax tais accidentes foram-se tornando mais numerosos; desde Roger (1864) até aos nossos dias muitos tem sido os casos publicados e diversas as patogenias invocadas para os explicar.

Se, porém, não está ainda completamente esclarecida a questão, havendo partidarios do factor embólico, do reflexo pleural e ainda os ecléticos, é necessário a quem pratica o pneumotorax ter presentes alguns dados que, na medida do possível, contribuam para a profilaxia de tão indesejáveis accidentes, felizmente raros, ou, uma vez êstes declarados, permitam tomar rapidamente uma attitude terapêutica.

Com o fim de sistematizar, descrevem-se formas individualisadas — sincopal, convulsiva paralitica, ocular, psíquica — mas geralmente o que se observa são formas mixtas, embora haja predominio dos sintomas de uma delas.

Forma sincopal — Nos casos ligeiros há perda de conhecimento, palidez, pulso filiforme, mas ao fim de alguns segundos tudo volta à normalidade.

Nas formas graves sobrevem rapidamente a morte por síncope cardíaca sem que haja tempo, muitas vezes, de ansaiar qualquer terapêutica.

Quando se instala um destes estados sincopais nada nos indica qual vai ser o seu desfecho.

A observação que segue, de Lamaison, transcrita por Mlle. Rénier na sua tèse, é um caso de forma sincopal.

«Tratava-se de um rapaz de 17 anos em quem se tinha instituído um

pneumotorax à direita em fevereiro de 1925, A pleura tinha-se descolado em toda a altura, e o colapso foi facilmente mantido durante 4 meses com insuflações de 600 a 800 cc. Julgou-se dever abandonar este pneumotorax porque o doente teve hemoptises e as lesões se bilateralisaram. Em novembro do mesmo ano institui-se um pneumotorax à esquerda, a pleura descola-se na sua metade superior, e praticam-se 4 insuflações com oito dias de intervalo.

Em janeiro de 1926 pratica-se a 5.^a insuflação na mesma região que as precedentes, isto é, no 5.^o espaço intercostal, na linha axilar. Não se obtêm oscilações no manómetro. Realiza-se novo ensaio, sempre na linha axilar, no 4.^o espaço inter costal.

Produz-se franca desniveação a-6. Começa a insuflação. Tinham passado cêrca de vinte centímetros cúbicos de gaz, quando o doente, que estava deitado sôbre o lado direito, se vira como uma peça única para a esquerda, torna-se rígido, como que tetanizado, bôca desviada, face lívida. Morre instantâneamente sem dar um grito. Todos os meios tentados para o reanimar foram sem efeito.

Fôrmas paralíticas — São mais freqüentes e de evolução mais dura-
doira. No decurso da insuflação ou a seguir a esta, o doente queixa-se de mal estar vago, de sensação de formigueiros, e em seguida nota que um dos membros ou os dois membros de um lado estão paralisados. Por vezes a paralisia é inicialmente flácida, e mais tarde espasmódica, com reflexos abolidos ou exagerados, chegando a observar-se clonus do pé e da rótula. Babinsky positivo em regra. Regista-se também nestes acidentes com freqüência disartria, desvio conjugado da face e dos olhos, perturbações sensitivas e esfinterianas.

Tudo pode regressar ao fim de alguns minutos, ou pelo contrário, manter-se este estado de coisas dias ou meses, com formação de escaras, terminando por vezes pela morte.

Há casos de quadro clínico alarmante e grave logo de início, com perda de conhecimento, desvio da face e dos olhos, respiração ruidosa, estado comatoso seguido a breve trecho de morte.

A observação que segue do Prof. M. Pérrin, transcrita na tèse de Sommelet é um caso típico de acidente paralítico.

«Mlle B . . de 24 anos, com lesões do lobo superior direito. Instituiu-se o pneumatorax em maio de 1930. Na 9.^a insuflação, como a pleura se livesse tornado resistente, empregou-se um trocate de 1.^a insuflação. Oscilação 0-1. Depois de ter insuflado 25 cc. pressão +5. Pensa-se numa pleura septada a este nível. O trocate é retirado, depois introduzido a diante, a baixo do seio. Pressão do manómetro 0-2.

Tinha-se insuflado de novo vinte e cinco cc., quando a doente diz sentir formigueiros na mão esquerda que sustém o seio direito, e deixa-a cair. Torna-se pálida, olhos desviados para a direita, e apresenta em seguida paralisia facial esquerda, com hemiplégia esquerda completa. Não perde o conhecimento mas fica inerte. Reflexos rotuleanos ligeiramente

exagerados dos dois lados, os outros não foram explorados por a doente começar a ter náuseas. Têve então um vômito de 15 a 20 cc. e um escarro hemoptoico. Pulso bom, mas as extremidades frias; por momentos um pouco de contractura do braço esquerdo. Aquecem-se as axtremidades e, pouco a pouco todos os sintomas se atenuam.

Quatro horas depois, já não há vestígios da hemiplegia. A temperatura de tarde é de 37 como nas outras tardes.

Forma convulsiva — De todos os acidentes nervosos do pneumotorax, são os que se ocompanham de convulsões e contracturas os mais freqüentemente observados. Em regra associam-se a outras manifestações e raras vezes constituem formas puras.

Inicialmente o doente começa a sentir mal estar geral, a face torna-se pálida, ligeiramente violácea, os traços fisionómicos são por vezes alterados por um *riso sardónico*, manifestando-se em seguida uma fase de convulsões e contracturas. Pode haver perda total do conhecimento, ou manter-se uma semi-consciência. Algumas vezes a-pesar-de os doentes ficarem num estado que parece de apatia profunda e de inconsciência ouvem e percebem o que se passa à sua volta.

Nas formas ligeiras, acompanhando um estado de semi-inconsciência, observam-se algumas contracções dos membros e em seguida tudo volta à normalidade.

Nas formas graves manifestam-se convulsões generalizadas ou localizadas, por vezes seguidas de contracturas, durante as quais se observa perda de conhecimento, em regra.

Há muitas vezes perturbações vaso-motrizas que se traduzem por manchas isquémicas da pele ao lado de manchas congestivas de côr vinosa, observando-se também em alguns casos isquemia de metade da língua.

A sensibilidade encontra-se muito diminuída. Os reflexos podem estar exagerados ou diminuídos; os reflexos pupilares geralmente estão suprimidos. São freqüentes perturbações esfincterianas e crises sudorais intensas.

A evolução pode ser benigna e ao fim de algumas horas não restar mais que uma cefaleia rebelde.

Outras vezes porém as crises convulsivas repetem-se, alternando com contracturas generalizadas, e em seguida instala-se um estado comatoso de algumas horas, já com ausência das contracturas, que termina pela morte

Se a duração das crises é superior a seis horas deve considerar-se o prognóstico extremamente grave. Ha casos que evoluçionam rápidamente para a morte: manifestam-se algumas convulsões ao mesmo tempo que param os movimentos respiratórios e deixam de se ouvir os tons cardíacos.

A observação que segue, de Lauret-Caussimon, transcrita na tèse de M.lle Rénier, encerra o quadro de um acidente de tipo convulsivo relativamente benigno.

«Mulher de 20 anos em quem se tenta instituir um pneumotorax à esquerda. Foram praticadas duas tentativas sem sucesso, mas também

sem incidentes. Realiza-se terceira tentativa na linha axilar, no quinto espaço intercostal. Acabava a agulha de ser espetada, não se tinha ainda retirado o mandril, quando a doente dá um ligeiro grito, empalidece, e fica semi-inconsciente. Os músculos da face são contracturados por um riso sardónico. Os membros inferiores são progressivamente tomados por contractura em extensão, depois sobrevêm, por crises, contracturas generalizadas lembrando um pouco as crises tetânicas, e, de dois em minutos, verdadeiras descargas de tremulações musculares.

Esta fase dura cerca de 1 1/2 hora. Depois a doente faz esforços para falar sem o conseguir, as contracturas tornam-se mais espaçadas, uma injeção de morfina dá algumas horas de sono e ao despertar a doente queixa-se unicamente de uma dor de cabeça de que sofrerá ainda durante alguns dias.

Forma ocular — Raramente isolada, a forma ocular quando única comporta um prognóstico benigno, embora seja alarmante especialmente quando se manifesta cegueira. Pode observar-se ambliopia, lacunas no campo visual, amaurose. Em regra associam-se outras formas e então o prognóstico *quod vitam* está sujeito à gravidade dos outros acidentes.

Ainda na tèse de M. llé Rénier se regista uma observação de acidente de forma ocular. Tratava-se de um pneumotorax que tinha sido abandonado e mais tarde reatado. Pressão pleural-8-10. Insuflação de 150 cc. Manifestou-se palidez, mal estar, cefaleias, vômitos, e amaurose que se manteve durante dois dias, voltando a vista lentamente no 3.º dia.

Forma mixta — Estados sincopais, convulsões, paralisias, perturbações oculares, perturbações vaso-motrizas da pele e mucosas, encontram-se em regra associados com predomínio maior de um ou outro sintoma, juntando-se ainda por vezes perturbações psíquicas que se traduzem por delírio, fases de excitação em que o doente manifesta grande verbosidade tal como numa crise de mania.

A observação seguinte é a de uma forma mixta em que se manifestaram perturbações psíquicas (tèse de M. llé Rénier).

«Tinham sido praticadas duas insuflações, neste doente, sem incidentes. Na terceira insuflação, a agulha foi introduzida no oitavo espaço intercostal e o manómetro acusou uma pressão-2. Sem que o gás tivesse sido introduzido, o doente queixou-se de sensações bizarras, sensações «eléctricas» na perna esquerda. Retira-se imediatamente a agulha e tudo se acalmou.

Mas alguns segundos depois o doente empalidece, e perde conhecimento. É flagelado, volta a sí, mas aparece, do lado direito, uma hemiparésia com perturbações sensitivas e vaso-motrizas. O doente estava em grande agitação, chorava e falava com volubilidade. Alguns minutos mais tarde a perna movia-se melhor mas o ombro mantinha-se inerte. No dia seguinte a hemiplégia era de novo completa, e ao outro dia o doente caía em coma morrendo ao quarto dia.

* * *

Em muitos dos casos publicados na literatura médica não é difícil descobrir defeitos de técnica, como a insuflação de ar a-pesar-de-o manómetro não mostrar uma franca desnivelação; isto não quer dizer que com uma técnica perfeita não tenham sido também observados acidentes.

Ao fazer a primeira insuflação é indispensável localisar, em face de uma radiografia recente, o melhor ponto para a picada, longe de lesões superficiais e de possíveis aderências.

Também não deve ser dispensado o exame radioscópico antes de cada reinsuflação, de modo a tomar-se conhecimento do estado actual da pleura, e da localização da bôlha gasosa. Por vezes dá-se a reabsorção do ar mais rapidamente do que era habitual, ou o doente aparece mais tarde do que devia, e então o local onde se faziam as anteriores picadas pode não ser já o bom local para insuflar, por as pleuras estarem encostadas a êsse nível. A tentativa de pneumo feita aí pode fazer cair a agulha numa pleura irritada, em via de adesão, mais vascularizada, em melhores condições para proporcionar um acidente.

Nunca deve fazer-se uma insuflação sem que o manómetro indique por uma franca desnivelação que se caiu na cavidade pleural.

Ao realizar o primeiro pneumotorax, ou ainda nos pneumos em que há pouco ar, convém, ao fazer a picada, caminhar por planos, da superfície para a profundidade, vigiando o manómetro.

É prudente não fazer numa sessão mais de três tentativas de insuflação.

Nos doentes pusilânimes convirá fazer a administração prévia de pantopom.

É útil inquirir sôbre possíveis antecedentes neuro-psiquiátricos.

Há casos registados de doentes epilépticos que ao receberem o primeiro pneumotorax tiveram manifestações do seu mal. M.lle Rénier na sua tèse transcreve a observação de um doente que, ao iniciar um pneumotorax antes de qualquer insuflação, caiu em síncope e teve crises convulsivas. Confessou depois que já tivera crises idênticas. Abandonada a idéa de pneumotorax, quando mais tarde se realizava uma frenicectomia teve um acidente semelhante. Nêste caso particular as intervenções referidas foram os factores que desencadearam as manifestações da sua epilepsia, não podendo, pois, classificar-se o acidente observado como acidente do pneumotorax.

* * *

Embolia gasosa e reflexo pleural são os factores a que se atribuem as responsabilidades dêstes acidentes. Os partidários de uma e outra etiologia baseiam-se em argumentos múltiplos cuja exposição não interessa fazer nestas notas. Uma vantagem têm porém os que admitem o factor embólico: é que a embolia produz alterações da vascularização encefálica que a anatomia patológica pode algumas vezes encontrar ou reconhecer pelas suas conseqüências. O reflexo pleural é muitas vezes admitido por-

que a anatomia patológica não encontrou a *assinatura* da embolia, e porque parece impossível admitir-se tal factor sem ter havido insuflação (acidentes que surgem pela simples picada sem insuflação, às vezes até sem que o mandril da agulha tenha sido retirado).

Sabe-se que não é necessária a insuflação para que a embolia seja possível. As veias pulmonares têm um forte poder de aspiração e basta que a agulha ponha um desses vasos em comunicação com o ar do exterior ou do tubo do aparelho de insuflação, para que uma embolia se possa produzir. Pode mesmo haver embolia sem o concurso do ar exterior; basta que a agulha atinja o tecido vascularizado de uma aderência. A tendência do tecido fibroso para manter aberta a ferida vascular e a aspiração da veia são suficientes para que o ar já contido na pleura ou o de um alvéolo lacerado pela agulha possa entrar em circulação.

Se as veias pulmonares têm as melhores condições anatómicas para produzir embolias cerebrais, as veias da grande circulação não estão isentas desse perigo, embora tal facto deva constituir uma raridade.

A. Jacquet, com uma técnica que detalhadamente descreve na sua Tese, operando em cães, conseguiu observar vasos cerebrais enquanto era injectado ar em departamentos do aparelho circulatório.

A injeção na carótida fazia aparecer bôlhas nas artérias cerebrais, que progrediam muito lentamente, obstruindo os vasos por vezes durante 40 minutos.

A injeção de ar, ou melhor, a aspiração de ar pelas veias pulmonares deu lugar à observação dos mesmos fenómenos.

A injeção de ar na safena fez aparecer algumas vezes, mas não sempre, embolia cerebral. Não havia nos animais de experiência persistência do canal arterial, devendo admitir-se que os êmbolos atravessaram os capilares do pulmão.

Estas embolias produzidas pela simples insuflação de ar nunca ocasionaram espasmos vasculares, os quais já se observaram quando era injectada uma suspensão de pedra pomes. Jacquet mostrou assim que, pelo menos nas condições operatórias em que trabalhava, não havia factor espasmódico a juntar ao factor embólico gázo.

Trotot descreve dois casos de acidentes idênticos aos do pneumotorax que sobrevieram em doentes que recebiam injeções de oxigénio na face externa da coxa. Na etiologia desses acidentes não podia ser admitido um reflexo, mas antes se explicam admitindo uma embolia capilar partida da coxa.

Alguns autores têm notado pela auscultação cardíaca um ruído hidro-aéreo, que tem sido descrito com o nome de ruído de moíno, sinal da existência de ar nas cavidades cardíacas. Jacquet na sua tese descreve uma observação, pessoal, de um doente portador de pneumotorax à direita que em Fevereiro de 1936 foi reinsuflado, estando em decúbito lateral esquerdo. PI - 7 PT - 13; ar 400 cc. Pouco depois de o doente se levantar diz que sente os braços pesados e que não pode servir-se deles. Perturbações dominantes do lado esquerdo; membros frios e cianosados. Pela auscultação notou-se em toda a área cardíaca um ruído hidro-aéreo ou ruído de moíno. Rápida e totalmente regressou.

A posição que ocupa o doente no momento da insuflação e a sua relação com a séde dos fenómenos parálticos e convulsivos mereceu a atenção de Jacquet. Fazendo passar uma corrente líquida com bolhas gasosas por uma crossa aórtica humana a que dava as posições que tomaria num homem nas várias posições de decúbito, observou :

Que em decúbito lateral esquerdo tôdas as bôlhas se escapam pelo tronco bráquio-cefálico ; em decúbito dorsal passam também pelo mesmo tronco. Que em decúbito lateral direito é a carotida esquerda que dá passagem ao ar.

Em decúbito ventral se a embolia é de pequeno volume segue a face posterior da crossa, sem encontrar nenhum orificio, para continuar o seu caminho pela aorta descendente. Só com êmbolos maiores o ar penetra pelo tronco bráquio-cefálico ; o mesmo succede se a aórta não está na posição que corresponde a um perfeito decúbito ventral, mas um pouco levantada (posição que tomaria nos doentes em decúbito ventral com a cabeça apoiada sobre os braços e estes sobre uma almofada).

Reunindo uma série de casos clínicos Jacquet concluiu que numa grande percentagem confirmavam as suas experiências, e que a séde dos fenómenos estava relacionada com a posição do doente no momento da insuflação.

Daqui se poderia tirar uma indicação prática : fazer as insuflações do pneumotorax em decúbito ventral perfeito para evitar as embolias cerebrais. Esta posição é porém incômoda e muitas vezes seria impossível utilisá-la. Pode no entanto aconselhar-se colocar os doentes nessa posição no caso de acidentes para evitar a formação de novos êmbolos cerebrais à custa de ar que porventura ainda se encontre no coração.

Gahwyler Max aconselha a seguinte manobra para combater os accidentes : flexão brusca do corpo, aproximando os ombros das pernas estendidas, ou elevação das pernas, flectindo-as bruscamente sobre o tronco. Esta manobra teria como consequência acentuar bruscamente a pressão negativa do grande sistema venoso, promovendo assim a entrada rápida em circulação dos êmbolos cerebrais.

O Gardenal e o Luminal sódicos em injeção endovenosa têm sido empregados com êxito, na dose de 0,20 gr.

A acetilcolina administra-se, também, com o fim de combater possíveis espasmos ou, pela vasodilatação que provoca, condicionar a mobilização rápida dos êmbolos, permitindo-lhes que saíam do campo cerebral. A dose aconselhada é de 0,40 gr. por via intramuscular, podendo repetir-se esta dose até prefazer o total de 0,80 ou 1,20 em caso de necessidade.

Pode administrar-se também o pantopom, sendo aconselhável fazer uma tonificação cardíaca mais ou menos enérgica conforme as circunstâncias. Há quem aconselha a auto-hemoterapia (25 cc.).

Deve ter-se em conta que certos doentes a-pesar-de aparentemente inconscientes podem apreender o que se passa à sua volta ; não devem pois proferir-se palavras ou ter-se atitudes que possam fazer-lhes conhecer a gravidade da situação em que se encontram.

BIBLIOGRAFIA

- BURREL — Death following an artificial pneumothorax reffil, The British Journal of Tuberculosis. Jan. de 1935.
- JACQUET — Pathogénie de L'embolie gazeuse au cours des interventions sur la plèvre et le poumon. Tèse de Paris 1937.
- KUDELSKY — Sur les accidents nerveux au cours des insufflations du pneumothorax thérapeutique Rev. de la Tub. Junho de 1937.
- LÚCIO DE ALMEIDA — Acidentes imediatos do pneumotorax artificial. Portugal Médico, n.º 1 de 1932.
- LUIZ RAPOSO — Um caso de epilepsia pleural. Coimbra Médica. Julho de 1937
- MACÉ-JEAN — Contribution à l'étude des formes convulsives des accidents nerveux du pneumothorax. Tèse de Paris, 1936.
- MYERS, LEVINE e LEGGETT — Air embolism and spontaneous pneumothorax complicating artificial pneumothorax. The British Journal of Tuberculosis. Abril de 1937.
- POIX ET JACQUET — La localisation des accidents nerveux consécutifs aux insufflations du pneumothorax thérapeutique. La presse médicale 19 V-1937.
- RÉNIER - MLE. SUSANE ODETTE — Les accidents nerveux au cours des insufflations du pneumothorax artificiel. Tèse de Paris 1933.
- SOMMELET — Les accidents nerveux du pneumothorax artificiel. Tèse de Nancy 1934.
- TROTOT-JEAN — Le syndrome embolique cardio-mésencéphalique dit «éclampsie pleurale». Rev. de la Tuberculose. Julho de 1935.
- VALTIS, TRIBOULET ET POLACCO — Embolies gazeuses survenues sans insufflations au cours du pneumothorax artificiel. Soc. Med. des Hop. de Paris 18-11-32.

LIVROS & REVISTAS

Lowis (P.) et Delhumeau (H.) - Interet pratique de l'effet contro-lateral du pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire de l'enfant - Revue de la Tuberculose, n.º 9, 1938.

A terapêutica pelo pneumo na tuberculose infantil tem alargado progressivamente as suas indicações após a sua utilização por Rist e Eliasberg que vem de 1912. Ponderados certos inconvenientes convém frisar que a criança reúne um conjunto de condições (mobilidade do mediastino, possibilidade de retracção electiva e expansão compensadora do tecido são) que tornam o pneu indirecto um método de aproveitáveis resultados em determinadas formas de tuberculose infantil.

Não o justificam, evidentemente, as formas benignas com tendência expontânea à regressão; espleno-pneumonia, reacção hilar, cisurite que constituem indicação para uma cura de ar e de repouso; menos o justificam determinadas formas graves: pneumonia caseosa, bronco-pneumonia caseosa, tipo tísica galopante individualizada por Laënnec e a granúlia interessando os dois pulmões, modalidades inacessíveis ao arsenal terapêutico de que dispomos; outro tanto não sucede, porém, com as formas excavadas e ulcero-fibrosas de evolução sub-aguda ou crónica onde é necessário intervir e, uma ou outra vez, pelo pneumo contra-lateral.

Ou se trate do colapso dum pulmão são que actua sôbre as lesões do pulmão oposto por via indirecta ou o pulmão aparentemente lesado usufrua os benefícios da acção terapêutica realizada sôbre focos inaparentes do pulmão reputado integro o que é facto é que há melhoras bem palpáveis com esta modalidade de colapso gasoso.

A eficácia do colapso contra-lateral pelo pneu é função de factores que dependem do parênquima, dos folhetos pleurais e do mediastino.

Um pulmão integro ou discretamente lesado constitue o pulmão ideal: menos o pulmão é doente maior e a probabilidade de eficácia contra-lateral do pneu. Mas como bem salientam os autores que é ao parenquima do *lado considerado lesado* que mais condições devemos exigir.

São as lesões centrais, com uma zona peri-lesional bastante abundante de tecido, as que mais benefícios colhem.

As lesões do vertice, as da base, as corticais por razões que os autores expõem são menos favorecidas pela pneu contra-lateral.

São pois lesões ideais *as médio-torácicas centrais de pequena extensão*.

Um estudo radiológico minucioso que caracterize convenientemente o tipo topográfico das lesões deve preceder o colapso em questão. Mais a lesão é antiga menor a possibilidade da eficácia; a reacção peri-lesional útil de princípio torna-se com o tempo impeditiva do bom sucesso da colapso terapia. No dizer dos autores não devemos intervir que sôbre as lesões que evoluem lentamente ou, antes ainda, sôbre as estacionárias.

Não é só a auscultação ou a radiologia que nos guiará para formar juízo do tipo evolutivo das lesões: a clínica tomando em atenção as perturbações digestivas, as perturbações menstruais, a repercussão psíquica, etc., o laboratório com a sedimentação dos hemácias permitirão um inventário criterioso das lesões pelo que respeita a êste particular. A pleura deve ser livre: a existência de aderências é um impicilho ou a cura contra-lateral do pneu. O mediastino é, regra geral, fortemente desviado para o lado lesado, particularmente por virtude da tendência retractil peri-lesional.

A cura lateral deve associar-se ao pneumotorax contra-lateral como a cura latero-declive à frenicectomia

O decúbito lateral sôbre o lado lesado será observado tão rigorosamente quanto possível, quer nas curas de repouso quer durante a noite.

No decorrer do pneu contra-lateral, pode surgir a pleurisia que em determinadas condições acarreta um desequilibrio cárdio-respiratório que pode ter sérias conseqüências. A sinfise que segue a reabsorção do derrame impossibilita o pneu e a paqui-pleurite que vai observar-se, cêdo, no agravamento das lesões opostas, terá o testemunho dos efeitos perniciosos que origina repuxando o pulmão do outro lado.

As perfurações pleuro-pulmonares mencionadas na rotura dum pequeno foco cortical, na rotura duma aderência ou no traumatismo pulmonar ocasionado pela picada da agulha, podem ser passageiras cedendo à simples desinsuflação ou, sendo permanente, ocasionarem uma situação extremamente delicada.

Constitue o pneumotorax contra-lateral uma terapêutica que só por si excepcionalmente conduzirá à cura. A sua principal virtude consiste em constituir em determinadas situações o melhor dos processos para criar, adquirir novas condições de resistência que permitem restabelecer possibilidades de defeza.

Os autores documentam o seu artigo com observações muito elucidativas acompanhadas de explêndidas radiografias e terminam por concluir:

Nas formas ulcero-fibrosas, recentes, estabilizadas, pouco extensas e envolvidas de tecido são o colapso indirecto deve guardar o seu lugar de terapêutica intermediária entre o pneumotorax contra-lateral e a cirurgia torácica quando uma e a outra terapeuticas não são nem indicadas nem realizáveis.

O pneumotorax contra-lateral junta-se para a criança às intervenções sôbre o nervo frénico e ao pneumotorax extrapleurial, métodos preparatórios ou complementares aos quais, se não pode pedir seguramente uma cura.

O efeito contralateral do pneumotorax deverá ser procurado :

No decurso de lesões bilaterais quando não se quere instituir um pneumotorax bilateral simultâneo ou quando não se pode intervir ainda cirurgicamente no lado mais atingido.

Nos casos em que um colapso homolateral quer êle seja médico ou cirúrgico é insuficiente para assegurar, êle só, uma melhora definitiva.

Êste modo de tratamento vem pelo menos acrescentar as possibilidades de defeza do organismo contra a doença e pode desempenhar assim um papel adjuvante para a criança. Segundo os resultados obtidos será continuado, completado ou abandonado.

ANTUNES DE AZEVEDO

Auguste (C.) et Pluchard (R.) Diagnostic des perforations pulmonaires par l'épreuve de la mente — Revue de la Tuberculose, n.º 9, 1938.

Os trabalhos recentes de Dumarest, Arnaud, Sivrière etc., bem evidenciam a dificuldade de diagnóstico de determinadas perfurações pleuro-pulmonares.

A auscultação, a radiologia a análise dos gases pleurais a prova do azul de metilena são inferiores à exploração manométrica, esta última nem se quer merecendo já crédito para Dumarest que foi quem a propôs em 1912. Os autores propõem a prova do mentol que reputam fiel e que consiste na introdução de mentol pulverizado na cavidade de pleural:

O odor das suas essências será percebido pelo doente desde que haja perfuração pleuro-pulmonar.

Ensaio preliminares foram realizados para chegarem à prova do mentol.

Propunham-se os autores evidenciar a fistula pleuro-pulmonar por um gaz que rapidamente se evadisse pelas vias aéreas uma vez colocado na cavidade pleural.

Deveria o produto ser inofensivo e fácil de caracterizar mesmo em quantidade insignificante.

Caracterizar a sua presença no ar por reacções químicas levava a utilizar produtos irritantes ou tóxicos.

A acetilene e o gaiacol não puderam ser utilizados, o 1.º por ser difícil a sua obtenção, em França, quimicamente puro e o 2.º por não dar reacção còrada suficiente sensível.

Querendo utilizar gazes cujas propriedades odoríferas pudessem ser acusadas pela mucosa olfativa serviram-se do éter que tinha sido ensaiado para o diagnóstico das perfurações operatórias do pneumotorax, pondo de parte produtos utilizáveis em anestesia dotados de grande capacidade de difusão pois que, claro está, não convinha que o produto atra-

vessasse rapidamente a pleura não perfurada. O éter não satisfazia também esta condição e foi posto à margem.

Após tentativas com gaiacol líquido ou gomenal puro num frasco atravessado pelo gás insuflado na pleura, os autores por inconvenientes de vária ordem chegaram definitivamente ao *mentol*.

A essência de mentol é um líquido oleoso constituído essencialmente por mentol possuindo éteres mentilicos, uma cetona e várias terpenos cujo odor acompanhado duma sensação de frescura é facilmente percebido nos indivíduos normais pelo que respeita ao sentido olfativo.

A atmosfera intra-pleural deve ficar saturada ou vizinha da saturação pela essência. Para satisfazer esta condição o gaz do pneu deve atravessar vários rolhos de algodão impregnados de essência.

Deve conduzir-se a prova de modo a facilitar-se a passagem dos gazes através da fistula no caso desta existir.

Atingindo discreta hiper-pressão pleural que force a doente a tossir, secar a pleura se há um derrame muito alto e até fazendo uma lavagem pleural se é purulento o derrame.

Finalmente aconselham os autores uma contra-prova que permita negar a existência de perturbações olfactivas.

Na sala onde se procede à prova não deve sentir-se a essência e torna-se indispensável evitar toda a causa de sugestão.

Para proceder à prova devemos estar munidos dum tubo de vidro com quatro ampôlas com um diâmetro de cêrca de 15 mm., destinadas a receber um tampão de algodão hidrófilo pouco apertado. Podem ser utilizados pequenos tubos com uma ou duas ampolas ligadas por tubos de caoutchouc.

Por meio duma pipêta lança-se a essência na rolha de algodão, evitando cuidadosamente as mãos do operador e as parêdes exteriores do tubo. O tubo de caoutchouc é fechado por pinças nas extremidades e é ligado ao aparelho de pneumotorax por sua vez em ligação com o balão oxigênio ou de azoto contendo metade da sua capacidade. Tudo se passa numa sala afastada daquela em que vai ter lugar a prova.

Posto em relação a tubo com a pleura, lê-se a pressão intra-pleural e se fôr positiva retiramos 100 cc. do gás pleural e reinsuflamos de novo, repetindo a manobra, o número de vezes suficiente — 10, 20 ou 30 vezes — de maneira a fazer passar no filtro um volume de gaz mais ou menos equivalente ao existente na cavidade pleural.

Sendo negativa a pressão pleural injectamos o bastante para atingirmos + 3 ou + 4 antes de realizarmos as manobras de aspiração e reinsuflação. Aguardam-se 10 m. e levamos a pressão ao valor julgado conveniente aspirando no balão de azoto o gaz excessivo.

Fechamos o tubo com a pinça antes de retirarmos a agulha da pleura para evitar a difusão da essência na atmosfera.

Sob nossa ordem o doente vai tossir de tempos a tempos e então pode

acontecer que a breve trecho dê conta duma sensação olfactiva que o surpreende e que a maior parte das vezes é reconhecida pelo doente, que conhece já este perfume das pastilhas ou dos rebuçados. Se assim sucede é positiva a prova e é negativa na situação inversa.

Em qualquer dos casos procede-se à contra-prova dando a cheirar o gaz que sai do filtro e procurando se o doente o distingue do gomenal, do éter ou da essência de geranium, por exemplo.

A prova foi realizada em mais de mil doentes, dos quais 24 apresentavam sintomas que permitiam afirmar ou respeitar que existia perfuração pleuro-pulmonar

Dos indivíduos não atingidos de perfuração, escolhidos de preferência entre os que apresentavam colapso total ou sub-total, com ou sem antecedentes pleurais a prova resultou negativa em 100%.

Para os indivíduos atingidos de supeitas de perfuração distinguem os autores duas categorias:

- a) Perfurações espontâneas.
- b) Perfurações operatórias.

A prova foi realizada em 9 indivíduos da primeira categoria 2 dos quais com pneu espontâneo e os 7 restantes recebendo pneu artificial. A prova manométrica de Dumarest foi realizada em todos êles e a prova do azul de metilena nos portadores de derrame purulento.

Foi positiva a prova do mentol e negativa a prova manométrica nos 2 casos de pneu espontâneo. Com a regressão dos sintomas que correspondem à desapareção da fístula tornou-se negativa a prova do mentol.

Numa das observações o pneu surgiu após um traumatismo, na outra complicou uma tuberculose do lobo superior direito e foi acompanhado de derrame. Antes da evacuação do derrame foram negativas as provas do mentol e a manométrica; após a evacuação persistiu negativa a última destas provas enquanto se registava a positividade da primeira.

Os autores deixaram 100 cc. de sôro fisiológico côrado de azul de metilena mas os escarros não apareceram côrados pelo azul.

Num caso de pneumotorax em que foi necessária a secção de aderências, a intervenção seguiu-se de perfuração e derrame purulento. As provas do mentol e a prova manométrica foram positivas. Insuflados 800 cc. de gaz a pressão atingiu + 8 + 15 para descer espontâneamente a - 2 + 3 após 10 minutos).

A prova do azul de metileno foi negativa. Realizadas lavagens pleurais o doente melhorou. A prova do mentol persistiu tornando-se a manométrica; finalmente a prova do mentol tornou-se igualmente negativa. Numa quarta observação, piotorax que surgiu por rotura duma aderência num pneumo terapêutico, verificou-se por igual a superioridade da prova do mentol em relação à manométrica. Dos 15 últimos exemplares que o autor relata dois dizem respeito a perfuração pulmonar que se registou após o abandono do pneumo artificial em via de sinfise; a prova de mentol foi positiva nos dois casos enquanto que foi negativa a prova manométrica e num dos exemplares positiva a prova do azul.

Finalmente em três exemplares de pneu terapêutico a clínica permitia suspeitar de perfuração que foi regeitada pela prova do mentol; a evolução não veio de encontro às previsões da prova em questão.

Para dar conta do valor da prova nas perfurações operatórias os autores procederam à sua verificação em 70 doentes no dia da primeira insuflação.

A prova foi positiva em 14 exemplares que se reconheceu serem portadores de aderências extensas e para os quais com certeza o pulmão não deixou de ser ferido. Em 3 destes 14 doentes houve sintomatologia denunciadora, de modo evidente, da existência de perfuração; a insuflação de mais de 1 l. de gás, não levava ao descolamento do pulmão, a pressão oscilava acima e abaixo de zero.

Num exemplar com pleurisia que recebia pneu a prova afirmou-se igualmente registando-se outro fracasso da prova manométrica.

Os autores resumem:

A prova foi negativa em todos os casos em que não havia perfuração e em 3 casos em que foi suposta a perfuração sem poder ser demonstrada e foi positiva em 6 casos de perfuração espontânea dos quais 5 escaparam ao diagnóstico pela prova manométrica e pela prova do azul e em 15 casos de perfuração operatória 12 dos quais escapavam ao diagnóstico pelos processos usuais.

Os autores não registaram qualquer reacção desagradável da pleura e apenas um número verdadeiramente insignificante tornou a prova impossível por perturbações olfactivas.

Os autores discutem no final do trabalho o interesse da prova que é simples, inofensiva e de resultados manifestamente superiores ao test manométrico.

ANTUNES DE AZEVEDO

Even (Roger) et Le Moinet (Jean) Les Phrénicectomies abusives —
Revue de la Tuberculose, n.º 8, 1938.

A frenicectomia dá 30-45 % de resultados imediatos favoráveis e 10-15 % de resultados favoráveis tardios. São estes em regra os resultados apontados. (Tese de Bruce inspirada pela Escola de Laignec cifras registadas em Champeuil pelos autores e Olivier Monod).

Se nos afastamos das indicações ortodoxas — lesões jovens, localizadas, antes basais que apicais, e de tendência retractil os resultados são expressos por cifras bem menos animadoras.

Os autores tendo recebido em Champeuil 40 frenicectomizadas dos quais 80 % não correspondiam àquelas indicações referem que em todos os casos os resultados foram nulos,

Concluem que «muitas frenicectomias são feitas por duas razões.

1.º O pneumotorax não foi coroado de sucesso.

2.º O doente nada tem a perder.

São duas indicações simplistas contra as quais é útil protestar».

ANTUNES DE AZEVEDO

Lelong (J. P.), Meyer (L.) et Pressat (C.) Un diagnostic difficile de tuberculose: pulmonaire et oculaire. Périodo precoce de la maladie de Bernier - Baeck - Schaumann ?

Os autores referem o caso curioso dum doente enviado ao sanatório de Hauteville por um tisiólogo de Paris com o diagnóstico de granúlia fria. O doente sofria de lesões oculares bilaterais que evoluíam desde 1937 com o tipo de iridociclite, primeiro à esquerda e depois à direita.

Foram negativas várias reacções de Wassermann e nulos os resultados duma terapêutica antilúética mercurial e arsenical.

O diagnóstico colocado finalmente foi de irido-ciclo-coroidite provavelmente de natureza tuberculosa.

Expectoração: sem bacilos em várias análises.

Sedimentação: 4, 14 e 85 ^{mm} respectivamente valores ao fim de 1, 2 e 24 horas. Radiografias:

A' direita região supra-claviar normal. No resto do campo pulmonar, existência duma sementeira de micronódulos densos, homogêneos, ligados entre si por finas ramificações cujo conjunto desenha uma fina rede de malhas serradas. Na extremidade anterior da 2.^a costela há dois nódulos calcificados, de dimensões duma pequena ervilha, na parte interna dos dois primeiros espaços inter-costais existe uma pequena massa, de aspecto calcificado, alongada ao longo do bordo direito da traqueia. Grande acentuação das sombras hilares. A radioscopia movimentos diafragmáticos normais. Seio livre.

A' esquerda: ligeiro véu do vértice; encontra-se a mesma imagem que à direita, mas menos acentuada e sem nódulos calcificados. Movimentos diafragmáticos normais. Seio livre.

Nota-se, além disso, ligeiro alargamento da base do coração e da sombra aórtica. A temperatura evoluciona sub-febril, a baciloscopia continua negativa e verificam-se melhoras sob o ponto vista ocular.

Regista-se a seguir agravamento das lesões oculares e é proposta uma iridectomia antiglaucomatosa e então é posta em dúvida a natureza tuberculosa, perguntando-se a etiologia certa do processo pulmonar. Nova radiografia: aspecto identico às restantes.

Duas cuti-reacções à tuberculina foram negativas e negativas as reacções de Pirquet com o mesmo produto para outros doentes tuberculosos averiguados.

A reacção de Pirquet foi igualmente negativa para dois filhos do doente que tiveram com êste estreita convivência.

Trata-se pois duma curiosa observação em que foi colocado o diagnóstico de iridociclite tuberculosa, fundamentado certamente nas lesões expressas pelas radiografias e que pode ser afastado pelas reacções à tuberculina.

Os autores recordam as observações de J. Troisier, M. Bariéty, E.

Hautefeuille e J. Ortholan e a de Mist, Lesné e Lamy e acentuam que no caso presente faltam lesões ganglionares ou cutâneas que permitam a biopsia para esclarecer o diagnóstico.

Estado precoce da doença de Bernier, Boeck, Schaumann ?

ANTUNES DE AZEVEDO

Stéphani (Th) *Dramatique episode apres insuflation* — Revue de la Tuberculose, n.º 1938.

Inválido da Guerra, que recebeu um pneumotorax por lesões excavadas à esquerda na região inter cleido-hilar e que possuía um pequeno estilhaço de granada entre a ponta do coração e o hemidiafragma esquerdo.

Rápidamente surpreendido o espaço inter-pleural (oscilação de 4,5 a 6,5) o doente recebeu uma insuflação de 200 cc. Passados momentos sente uma dôr na região precordial e entra em síncope parecendo na eminência de morrer. Injectam éter sob a pele do torax que mal foi sentido, as dôres na região que guarda o estilhaço eram violentas e fazem-se novas injeções agora de morfina e depois cafeína.

O doente passa mal com pulso filiforme mas sem sinais cerebrais: desvio dos olhos, contracção dos membros ou da face, perturbações visuais etc.

Uma radiografia mostra dois pequenos descolamentos, um no vértice e outro lateral junto da base.

A auscultação dava conta dum *clapótement* sonoro em toda a região cardíaca concomitante com o ruído sistólico.

O autor explica o acidente pela existência de bridas cicatriciais pleuro-pericárdicas esticadas pelo gás insuflado e refere em abôno da sua interpretação uma curiosa observação de Sauerbruck.

ANTUNES DE AZEVEDO

Troisier (J.) et Ortholan (J) *Forme ganglio-pulmonaire pure de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann* — Soc. med. des Hospitaux de Paris, n.º 28, 1938.

A' sociedade médica dos hospitais de Paris Pautrier, Jacob e Weber apresentaram em 1937 uma forma exclusivamente ganglionar e pulmonar da doença de Besnier-Boeck-Schaumann.

Antes trez anos, já Pautrier insistia em Estrasburgo, que a citada doença, (grande doença de sistema reticulo-endoteliose) podia não começar pela pele e que esta mesmo podia ser poupada.

A curiosa observação dos autores diz respeito a uma senhora de 45 anos com adenopatias cervicais, ganglios indolores móveis e com dimensões indo do tamanho duma ervilha ao duma noz; as regiões axilar e inguinal apresentavam por igual ganglios das dimensões duma pequena

noz. Uma radiografia torácica mostrava uma imagem do tipo reticular e micronodular lembrando as imagens das granúlias frias.

A fórmula hemoleucocitária revelava ligeiramente elevado o número de neutrófilos e discreta eosinofilia.

Sedimentação das hemácias: 1.^a h. 14 m.; 2.^a h. 80 m.

Wassermann e Hecht: negativas.

A biópsia permitiu a observação das lesões típicas da doença de Besnier-Boeck-Schaumann. O triturado do gânglio injectado a duas cobaias e a um coelho, tendo em vista a possibilidade de estar em causa o B. K. conduziu a conclusões negativas.

Reacções à tuberculina, cuti, intradermo e injeção sub-cutânea negativas.

O exemplar foi cuidadôsamente estudado e não apresentava outras lesões viscerais esqueléticas, cutâneas, etc.

Os autores espraíam-se em considerações sôbre os vários capítulos desta entidade nosológica, referem que no caso em questão não possuem argumentos que permitam incriminar a sífilis a lepra ou a tuberculose como factor etiológico.

A controvérsia está pois sempre aberta entre aqueles que admitem um síndrome realizável por várias causas e os partidários duma doença autónoma.

ANTUNES DE AZEVEDO

The influence of the administration of vitamin C on blood sedimentation and sensitiviti to tuberculin -- By Fred H. Heise, Gustav J. Martin and Spencer Schwartz. *The British Journal of Tuberculosis*, Janeiro de 1937.

Os AA. estudaram o efeito da administração de doses fortes de vitamina C sôbre a velocidade de sedimentação sanguínea e cuti-reacção à tuberculina.

Começam por referir resultados de trabalhos anteriores tais como: Hipovitaminose C, com baixa da excreção urinária dessa vitamina, nos doentes com tuberculose activa (Heise e Martin). Hipovitaminose C nas cobaias tuberculosas, como se determinou pela maior aptidão dos tecidos para fixarem a vit. C (Yagami). Baixa da globulina e aumento da albumina no sangue, acompanhadas de baixa da velocidade de sedimentação, embora não constantemente, depois da administração de vit. C (Schneider e Wiedman). Reacção em menor grau e menos duradoira, à tuberculina em cobaias tuberculosas submetidas a dieta escorbútigena, comparando com testemunhas submetidas a normal. (Prausnitz e Schilf).

No entanto os animais com dieta escorbútigena morreram em maior número do que os animais testemunhas submetidos a dieta normal, quando injectados sub-cutâneamente com doses elevadas de tuberculina (Bieling).

Reconheceu-se também que os animais escorbúticos reagiam em menor grau a outros antigênicos diferentes da tuberculina, e mesmo a certos venenos (Bieling, Arkwright, Chapman, Morrel e Simon).

No estudo da velocidade de sedimentação os AA. fizeram as suas observações em 30 pacientes tuberculosos. Seis serviram de testemunhas e não receberam portanto vit. C. Os 24 restantes receberam vit. C, em doses variáveis (200 a 1000 miligrs. de ácido ascórbico), durante um período variável de um a cinco dias.

Determinaram em todos previamente a excreção urinária de vit. C, na urina de 24 h., fazendo igual determinação depois da última injeção.

Dos 24 que receberam vit. C, 19 possuíam, antes de iniciada a prova, uma baixa de excreção urinária dessa vit., o mesmo sucedendo nos testemunhas. Os cinco restantes tinham excreção normal.

Dos 19 com baixa de excreção de vit. C, 47 % evidenciaram acentuada baixa de velocidade de sedimentação depois da administração de vit. C. Em 10 % a velocidade de sedimentação aumentou, permanecendo sem alterações em 43 %.

Nos cinco que tinham excreção normal não se notou alteração da velocidade de sedimentação, assim como nos testemunhas.

No estudo do efeito da administração de vit. C sobre a cuti-reacção, empregaram 16 doentes, seis dos quais como testemunhas.

Dez receberam 200 milig. de ácido ascórbico diariamente, em injeção endovenosa, iniciando a administração 48 horas depois da 1.ª cuti-reacção. Quatro doentes receberam a mesma tuberculina para a cuti-reacção inicial e para a terminal. Observaram os AA. baixa acentuada na reacção depois da administração do ácido ascórbico.

Nos seis doentes restantes a tuberculina empregada para a segunda cuti-reacção era mais forte que a empregada na 1.ª. A-pesar-de esta tuberculina ter dado uma reacção mais intensa que a anteriormente empregada, notaram que as reacções nos doentes que receberam ácido ascórbico eram muito menos intensas do que as dos *contrôles*.

Alterações da velocidade de sedimentação sanguínea e da reacção à tuberculina poderiam ser explicadas pela hipovitaminose C a qual, acarretando diminuição da resistência dos capilares sanguíneos torná-los-ia mais porosos para certas substâncias elaboradas no local da doença, substâncias essas que iriam interferir naquelas provas. Corrigindo este estado pela saturação do organismo em Vit. C., dar-se-ia uma menor absorção desses produtos para a corrente sanguínea, o que explicaria a baixa da velocidade de sedimentação e a diminuição da reacção à tuberculina. Outra explicação poderia ser dada pela acção da adrenalina, que seria aumentada pelo ácido ascórbico (Kreitmar), e de que resultaria menor hiper-sensibilidade geral. Terapeuticamente a adrenalina é empregada por vezes neste sentido.

A Study of certain factors affecting the sedimentation test — By Mary F. Locket. *The British Journal of Tuberculosis*. Janeiro, de 1937.

A A. estudou as variações que sofre a velocidade de sedimentação sanguínea em certas condições fisiológicas: depois de um esforço, durante o período digestivo e durante o período menstrual. Usou o método de Westergreen, empregando para cada determinação 4 tubos que eram cheios até 200, 150, 100 e 50 mm. respectivamente.

Com o exercício notou que a velocidade aumentava, duplicando-se na primeira hora em alguns casos.

Durante o período digestivo notou diminuição da velocidade de sedimentação, que atingia maior grau uma hora a hora e meia depois das refeições. O estudo no mesmo indivíduo em dias seguidos ou em dias alternados mostrou grandes variações, as quais porém já se não observavam se o sangue fôsse tirado em cada dia à mesma hora e à mesma distância da refeição precedente.

Pelo que diz respeito ao ciclo menstrual, notou a A. um aumento relacionado com a menstruação, o qual atingia o máximo um ou dois dias antes do aparecimento das regras. O aumento foi menos sensível em pacientes que já tinham uma velocidade acelerada.

LUIZ PROVIDENCIA

NOTA — Esta revista é recebida com regularidade no Instituto Inglês da Faculdade de Letras.

The faucial lesions of purpura — por E. Watson-Williams. *The Journal of Laryngology and Otology*. Março de 1938. T. 53, n.º 3.

O A. relata dois casos de púrpura em que as lesões cutâneas eram muito discretas, mas em que o exame da faringe mostrava a existência das lesões características. Estes casos parecem estar em relação especialmente com as intoxicações pelo benzeno.

Numa outra observação do A. tratava-se duma púrpura anafilática consecutiva à absorção de aspirina.

BRITO SUBTIL.

L'encéphalite aiguë non suppurée d'origine auriculaire (Oedème cérébral aigu avec hémorragies et nécrose) — por J. Piquet e J. Minne. *Ann. d'Oto-Laryngologie*, Abril, 1938, n.º 4

As lesões do cérebro, de ponto de partida auricular sem formação de pús, traduzindo-se pelo síndrome clínico do abscesso cerebral, tem dado lugar a numerosos trabalhos nos países de língua alemã e escandinava.

Ao lado da meningo-encefalite e da encefalite infecciosa constituindo-se na visinhança dum abcesso, ou provocada por um traumatismo craneano aberto, procuraram diversos autores individualisar uma outra variedade de infecção cerebral, a *encefalite aguda hemorrágica não supurada*. É difícil, porém, dar uma definição desta entidade mórbida. Quando muito, poderíamos dizer, com Borries, tratar-se dum *síndrome de abcesso cerebral sem abcesso*. Quanto aos AA., pelas razões que expõem no seu trabalho, preferem chamar-lhe *edema cerebral agudo com necrose e por vezes hemorragia*.

Anatômicamente podem observar-se :

Necrose difusa dum grande parte dum hemisfério cerebral, associada a edema mais ou menos acentuado, provocando estas lesões inevitavelmente a morte.

Necrose limitada a uma parte da massa cerebral, muitas vezes associada a uma infiltração hemorrágica. Esta forma anatômica é mais freqüente e muito menos grave.

Infecção secundária do foco de necrose, com formação de abcessos miliares.

Edema cerebral sem necrose apreciável : forma benigna.

Esta afecção dá clinicamente lugar aos mesmos sintomas que o abcesso cerebral, sendo a febre muito freqüente e observando-se os sinais de localização (especialmente a paralisia facial central) talvez com um pouco mais de freqüência que no abcesso do cérebro.

A sua patogenia é mal conhecida. Não se trata dum fenómeno inflamatório. As mais das vezes, trata-se de fenómenos vaso-motores a distância, provocados por uma pequena embolia ou um trombus arterial ou venoso que actua como irritante da parede vascular.

O tratamento consiste na intervenção sôbre o fóco ósseo, não sendo aconselhável a incisão da dura-máter. Quando há ameaças de hipertensão, deve fazer-se uma trepanação descompressiva.

BRITO SUBTIL.

Le cholestéatome du conduit et la pathogénese du syndrome : cholestéatome du conduit et toux trachéale — por D. Van Caneghem (Bruges). *Ann. d'Oto-Laryngologie*. Maio, 1938, n.º 5.

Embora apresentando nitidamente todos os caracteres que os anátomo-patologistas reconhecem como pertencendo aos colesteatomas, a formação chamada colesteatoma do conduto não é sempre apresentada com o mesmo nome.

E assim, há quem a confunda com o rôlho epidérmico, ou mesmo com os rôlhos de cerúmen, há quem lhe chame otite externa descamante, ou otite externa, apenas, ou ainda miringite descamativa, queratose do conduto auditivo, queratose obturante, molluscus tumours, etc.

Trata-se, na realidade, duma formação colesteatomatosa que não resulta da propagação ao conduto dum colesteatoma do ouvido médio, mas é uma produção autóctone, nascida na profundidade do conduto e resultante dum processo de hiperqueratose com descamação secundária condicionada por uma infiltração intersticial.

Esta infiltração provém da rino-faringe e mais particularmente da fosseta de Rosenmuller, propagando-se daí ao fundo do conduto pela própria parede dêste (via parietal). Pode resultar duma infecção primária da fosseta de Rosenmuller; na maioria dos casos, porém, esta infecção da fosseta de Rosenmuller é secundária a uma sinusite.

A tosse concomitante não é uma tosse reflexa de ponto de partida no conduto auditivo externo ou no nariz; é uma tosse de barragem pela qual o organismo procura lutar contra a penetração das secreções sépticas nas vias respiratórias inferiores.

Sob o ponto de vista prático, o tratamento dos colesteatomas do conduto não deve limitar-se a tirar e a curar o colesteatoma; deve procurar-se a causa da sua formação, na maioria dos casos uma sinusite da infância ou datando da infância, que deve tentar-se curar.

BRITO SUBTIL.

Les otites moyennes des aviateurs — por R. de Gaulejac. *Les Ann d'Oto-Laryngologie*. Julho, 1938, n.º 7.

As otites médias, sob tôdas as suas formas, não são raras nos aviadores. Na sua produção interveem activamente, em graus variados, sob formas bem especiais e por processos diferentes, a altitude, o frio e os ruídos. A sua sintomatologia, a sua evolução, o seu prognóstico e tratamento não diferem dos das outras otites e com certas precauções as recidivas não são de temer. No entanto, como as otites médias supuradas agudas e crónicas e certas otites sêcas e adesivas constituem contra-indicações à prática da aviação, vários meios têm sido estudados para atenuar a acção da altitude, do frio e dos ruídos sôbre o aparelho auditivo do pessoal navegante.

Assim, no Congresso Internacional de Segurança Aérea, de 10 de Dezembro de 1930, o dr. A. Balla descreveu um certo número de meios empregados com êsse fim, destacando os resultados obtidos com um aparelho inglês, o «ear defender», que se coloca no ouvido externo. Em França, é corrente o uso de tampões de algodão nos condutos auditivos externos, ou de «antiphones» de borracha que se enchem com algodão ligeiramente apertado, antes de os introduzir nos ouvidos.

Quanto às bolas Quies, numerosos pilotos militares e civis são de opinião que, com elas, «a lucidês é maior durante o vôo, sobretudo nos vôos de grande duração, e que após a aterragem, ao tirarem-se estas bolas, o regresso à audição normal é bastante rápido»; outros, porém, queixam-se de com elas não poderem reconhecer certos ruídos do funcio-

namento dos motores, necessários para a sua segurança. Além disso, estas bolas amolecem com o calor e são, por vezes, difíceis de tirar dos ouvidos.

O A. imaginou um protector modificando o «auricular plug» dos ingleses, usado pelos nadadores. Os seus resultados são bons, mas como os condutos auditivos não são todos idênticos, o aparelho nem sempre se adapta convenientemente, como era de desejar.

O protector ideal devia poder adaptar-se aos ouvidos de todos os indivíduos, não reduzir muito os ruídos para permitir reconhecer quaisquer anomalias no funcionamento dos motores, embora amortecendo-os de forma a assegurar uma eficaz protecção da acuidade auditiva, e permitir, em caso de necessidade, o uso do aviofone e as recepções radiotelegráficas e radiotelefónicas.

BRITO SUBTIL.

PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

José Bacelar — **A Zigodactília nos Portugueses** — Extracto do tomo XXIII dos Anais da Fac. de Ciências do Porto. 1938.

A. Malafaia Baptista — **Influência dos alcoóis etílico e propílico e de alguns ésteres etílicos sobre a proteólise péptica «in vitro»** — Publicação do II Congresso Internacional Médico para o estudo científico do vinho e da uva. Lisboa, 1938.

Leo Berman — **Über die klinische Stellung der Pyknoleptie** — Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

Roland Brückner — **Sur le retour du coeur a sa fréquence normale après une stimulation du vague** — Tése de Basileia. 1937.

Adriano Burguete — **O vinho que devemos beber e como devemos bebê-lo** — Publicação do II Congresso Internacional Médico para o estudo científico do vinho e da uva. Lisboa, 1938.

Conceição e Silva Júnior — **Pré - Bexiga** — Estudo apresentado ao 2.º Congresso Sul-Americano de Urologia e 1.º Congresso Argentino de Urologia reunido em Buenos Ayres em 1937. Lisboa, 1937.

Elliot A. Hayden — **Die prognose der Encephalitis Epidémica nach Erfahrungen in América und Europa.** — Dissertação inaugural. Basileia, 1936.

Fajwel Stuczynski — **Zur differentialdiagnose des Hirntumors und tumorähnlicher Symptomenkomplexe** — Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

J. Filipe Ferreira — **A abóbada palatina e a mandíbula nos bantos de Angola e Moçambique** — Extracto do Arquivo de Anatomia e Antropologia, vol. XIX. Lisboa, 1938.

— — **Monstros ciclopes** — Idem.

Heitor da Fonseca — **O vinho em cirurgia** — Publicação do II Congresso Internacional Médico para o estudo científico do vinho e da uva. Lisboa, 1938.

Harry Luloff — **Über lebensfähliche Blutungen bei malignen Tumoren der Leber** — Dissertação inaugural. Basileia, 1936

Henry Bokofsky — **Encephalitis lethargica und Schlaftheorien** — Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

Tomé de Lacerda e António de Lacerda. — **Actualidades e Utilidades Médicas** — 2.º quadrimestre. 1938.

Cécile Leleman — **Contribution à l'étude du traitement de la syphilis du système nerveux par la méthode de Vernes** — Traitement de la paralysie général par l'impaludation intracranienne. Tese de doutoramento. Basileia, 1937.

J. A. Pires de Lima — **Primeiro ver.** Extracto do fasc. 3.º, vol. I de «Trabalhos da Associação da filosofia natural». Porto, 1937.

J. A. Pires de Lima — **Deux cas d'encéphalocèle naso-frontal** — Separata de Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis. Vol. XIII, n.º 8.

— — **A zoologia na arte indígena de Moçambique e Angola** — Separata de «Naturalia». Ano II, vol. II, n.º 2.

— — **Sobre um gato melómelo** — Separata de «Memórias da Academia das Ciências». (Classe de Ciências. Tomo I).

Luiz de Pina — **O psicograma em antropologia criminal** — Separata de O Instituto. Vol. 93, 1938.

— — **O Psicodiagnóstico de Rorschach em criminologia** — Separata do Boletim dos Institutos de Criminologia. Vol I, Fasc. 2. 1938.

— — **Índice bibliográfico** — (Dezembro de 1926. Maio de 1938).

— — **Figuras papilares da palma humana** — (Portugueses e negros). Região hipoténar. 1938.

— — **Contribuição dos portugueses quinzentistas para a história da medicina do Oriente** — Lisboa, 1938.

— — **Os portugueses e o conhecimento científico da Etiópia** — Extracto dos Anais da Faculdade de Ciências do Porto. Tomo XXIII.

— — **Histoire de la médecine portugaise.** — 1934.

Martins d'Alte — **Quelques nouveaux cas de polydactylie chez la poule domestique** — Separata de «Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis». Vol. XII, n.º 10.

Martins d'Alte e Alvaro Moitas — **Amputação congénita num gato doméstico** — Separata da «Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis». Vol. XIII, n.º 9

— — **Estudo dun pombo pigómelo** — Separata de «Folia Anatomica Universitatis Conimbrigensis». Vol. XIII, n.º 10.

Mortimer Cohn — **Schädigungen durch Arbeit mit Pressluftwerkzeugen, mit besonderer Berücksichtigung der neurologischen Krankheitsbilder** — Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

Moskowitz -- Eugene — **Der Einfluss Vegetabilder Nahrung**

smittel auf den Blutzucker bei Diabetikern. Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

Armando Naciso — **La culture uvale dans les stations thermales et climatiques portugaises** — Publicação do II Congresso Internacional para o estudo científico do vinho e da uva. 1938.

Neto Parra — **A tiroide e as distonias neuro-vegetativas** — Um síndrome hipotiroideo-simpático. — Separata de «Portugal Médico», n.º 5 de 1937.

Odysseus Bessilas — **Pseudotumoren des Kleinhirns** — Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

Antonio Paul — **Neuralgia facial por implantação viciosa dum premolar inferior** — Separata da «Revista Portuguesa de Estomatologia». Ano IV, n.º 13. 1938.

Morfologia da abóbada palatina no vivo — Separata de Clínica, Higiene e Hidrologia. Ano IV, n.º 4. Abril de 1938.

— **Particularidades fármaco-dinâmicas em estomatologia.** (Considerações sobre a acção analgésica duma associação piramido-barbitúrica. Separata do n.º 5 da «Revista Portuguesa de Estomatologia». 1938

Morfologia dentária nos bantos de Augota e Moçambique. — Separata da Revista Portuguesa de Estomatologia. Ano IV n.º 13, 1938.

— e António Frago — **Anomalias e mutificações dentárias nos Bantos de Angola e Moçambique** — Separata de «Folia Anatomica Universitatis Combrigensis». Vol. XIII, n.º 13. 1938.

Rafael da Cunha Franco e Carlos Santos. — **O vinho na colecistografia** — Publicação do II Congresso Internacional Médico para o estudo científico do vinho e da uva.

Toscano Rico e Marques de Almeida — **Acção de alguns ésteres sobre diversos órgãos isolados** — Idem.

Ernesto Roma — **O vinho na diabetes** — Idem.

Mário Rosa — **Le rôle phisiologique du vin et du raisin dans le métabolisme humain** — Idem.

Salvador da Cunha — **O vinho na alimentação da criança** — Idem.

Vittorio Puntoni — **Le vin, le vinisme et l'alcoolisme** — Idem.

Weissenbach, Gilbert Dreyfus e H. Lamotte — **Le vin et le jus de raisin dans les maladies infectieuses aiguës** — Idem.

Zalman Plotkin — **Die Klinische Gruppierung der Encephalitiden** — Dissertação inaugural. Basileia, 1937.

A Actividade celular e o vinho — Conferência proferida pelo Professor Maurice Loeper, da Faculdade de Paris, perante o Congresso Internacional de Viticultura em 3 de Julho de 1937.

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. XXXIV, n.º 5. Novembro de 1938.

Behringwerkmittelungen n.º 8 — L'immunothérapie non-spécifique. 1937.

Boletim pecuário — Ano IV, n.º 1. 1938.

Boletim de Tisiologia do Sanatório-Hospital «Rodrigues Semide». Série I, n.º 3. Julho de 1938.

Notícias Farmaceuticas — Ano V, n.ºs 1 e 2. 1938.

A Saúde Escolar — N.º 24. Ano III. 1938.

ERRATA

A páginas 464, § n.º 40, linhas 8 e 9, onde se lê «a terminação», deve lêr-se «o início».

A páginas 465, § n.º 41, linha 14, onde se lê «à terminação», deve lêr-se «ao início».

A páginas 473, § n.º 52, linhas 14 e 15, onde se lê «*pater est quia nuptia demonstrat*», deve lêr-se «*is pater est quem nuptiae demonstrant*».

A paginas 474, § n.º 53, linhas 4, onde se lê «casos de *super-impregnação* ou de *super-fetação*», deve ler-se «casos de *super-impregnação (super-fecundação ou super-fetação)*»; e, a linhas 9, onde se lê «(*super-impregnação*), deve ler-se (*super-fecundação*)».



Associação Médica de Coimbra

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Reuniões médicas nos Hospitais da Universidade

Á reunião médica do dia 17 de Novembro realizada nos Hospitais da Universidade a que presidiu o Prof. Geraldino Brites, secretariado pelos Profs. Maximino Correia e Manuel Bruno da Costa, foi apresentado um interessante trabalho pelo Prof. Rocha Brito, de colaboração com os drs. Manuel Santos Silva e António Fernandes Ramalho acerca de «Considerações sobre um caso de divertículo gigante no estômago e baço móveis, sendo a primeira anomalia caso talvez único na literatura médica mundial pelo seu volume.

O Prof. Rocha Brito que falou por largo espaço de tempo sobre a sua importante comunicação, apresentou uma larga documentação de radiografias da autoria do dr. Fernandes Ramalho, mostrando o estômago com aquela interessante anomalia, que foi o motivo para pormenorizada comunicação.

Depois de se referir largamente ao estudo clínico da doente em que se reuniam várias afecções, fixou-se propriamente na parte mais curiosa : a anomalia do estômago.

Fez várias considerações de ordem patogénica e apresentou documentação radiológica e gráfica tendente a mostrar os diferentes aspectos daquela anomalia e do estudo do quimismo gástrico.

Terminou a sua brilhante comunicação, fazendo considerações de ordem terapeutica sobre o caso.

O dr. Alberto Costa referiu-se a um caso da sua clinica de divertículo no esófago.

O Prof. Manuel Bruno da Costa falou sobre o interesse da multiplicidade das associações mórbidas; emitiu hipótese sobre a explicação da sua coexistência e, referindo-se ao quimismo, dissertou sobre o grande interesse que havia em diferenciar o quimismo do estômago propriamente dito. Igualmente se referiu a um divertículo do colon ascendente e ao diagnóstico diferencial de afecções da fossa iliaca direita e flanco direito, a propósito de um caso da sua observação.

O Prof. Bruno da Costa referindo-se á comunicação do Prof. Rocha Brito e dos seus colaboradores, julgou-a de tal importância que devia ser relatada não só nas revistas nacionais como estrangeiras.

O dr. Manuel Santos Silva prestou esclarecimentos de vária ordem nomeadamente sobre as grandes dificuldades havidas para o estudo simultâneo do quimismo nas duas bolsas do estômago, estudo este que nunca tinha sido feito em casos idénticos.

O dr. Fernandes Ramalho, falou da singularidade do caso, o primeiro que apareceu no serviço radiológico da Faculdade de Medicina.

O Prof. João Porto, depois de se ter referido em termos muito calorosos ao trabalho apresentado pelo Prof. Rocha Brito, relatou um caso da sua clinica de divertículo do duodeno.

O Prof. Geraldino Brites fez várias considerações de ordem anatómica e embriológica sobre o caso e, por último, o Prof. Rocha Brito, respondendo a cada um dos oradores, agradeceu o interesse que a sua comunicação e dos seus colaboradores lhes havia provocado.

A comunicação do dr. Joaquim Antunes de Azevedo, sobre «Puberdade precoce» foi relatada na reunião efectuada no dia 4 de Dezembro.

A Semana Internacional contra o Cancro

Associando-se ás comemorações realizadas em todo o mundo e levadas a efeito pela União Internacional Contra o Cancro para perpetuar a descoberta do Raio X e do Rádio, na Faculdade de Medicina de Coimbra realisoou uma conferência o distinto Prof. Egidio Aires, á qual presidiu o Prof. João Porto, secretariado pelos Professores Mário Silva e Feliciano da Cunha Guimarães.

O illustre Professor iniciou a sua conferência por focar as conquistas científicas do século XIX e mostrou os benefícios legados á humanidade por alguns homens de génio daquele século.

Mostrou o alcance científico, humanitário e social da descoberta do Raio X e Rádio e fez uma synthese das indicações clinicas da applicação destes dois agentes

Focou as qualidades psíquico-normais dos esposos Curie e mostrou a minucia como elles observaram os fenómenos experimentais que os levaram, á descoberta de que hoje a humanidade tão largos benefícios está colhendo.

A vida de Madame Curie mereceu ao conferente o maior carinho e fez dela uma pormenorizada e intelligente descrição; acompanha-a desde a sua partida da Polónia, quando ella era simplesmente a Madame Marie Sklodowska, até ao apogeu da sua glória: professora da primeira cadeira criada no mundo sobre a radioactividade, do duplo Prémio Nobel de Fisica e de Quimica, membro da Academia de Medicina, doutora «honoris» causa por diversas Universidades, laureada por diferentes academias, etc.

Uma das maiores ambições de Madame Curie, disse o conferente, era possuir uma grama de rádio o que conseguiu por subscrição das mulheres americanas. Tendo-lhe sido entregue solenemente o cofre contendo tão preciosa dádiva em sessão publica pelo presidente Harding, em 2 de Maio de 1921.

O desinteresse material de Madame Curie era de tal maneira grande que na véspera dessa memoravel sessão fez lavrar uma escritura em que consignava que a oferta que lhe tinha sido feita pertencia á ciência e não constituia património de seus filhos.

Por fim, o Prof. Egidio Aires, focou a personalidade de Roentgen, nascido em Semsf, na Holanda em 1845 e falecido em Munique em 1923, pondo em destaque as suas memórias sobre o Raio X, publicadas em 1895, 1896 e 1897.

Terminou a sua brilhante conferência, dizendo que a humanidade comemorando a memória dos esposos Curie e de Roentgen no convívio do seu coração, cumpre um dever e paga uma dívida de gratidão.

I Congresso Médico Nacional dos Desastres no Trabalho

Realizou-se na Faculdade de Medicina de Lisboa, o I Congresso Médico Nacional dos Desastres no Trabalho, a cuja sessão inaugural presidiu, representando o Chefe de Estado, o sr. general Amílcar Mota.

Na primeira sessão do Congresso, foram discutidas e aprovadas as seguintes teses :

«A via arterial nas infecções dos membros», pelo Prof. Canto Moniz, do Porto; «Sutura tendinosa e sua imobilização», pelo dr. Sabino Pereira; «Acérra do invulgar acidente de trabalho», pelo dr. Meireles Boto; «O factor profissional das lesões traumáticas da face», pelo dr. Pereira Varela; «A paralisia geral», pelo dr. Pereira da Silva; «A reeducação da marcha dos fracturados», pelo dr. Sabino Pereira; «Da assistência aos homens do mar, nos desastres e na doença», pelos drs. Espírito Santo e Miranda Ferreira; «A situação dos inferiorizados nos desastres no trabalho», pelo dr. Luiz Guerreiro.

Na segunda sessão foi discutida a tése «Sôbre dolo e simulação nos desastres de trabalho».

Os drs. Francisco Gentil, Luiz Guerreiro e Sabino Pereira referiram-se largamente «Sôbre dolo e a sua simulação» e aludiram aos vários agentes psicológicos que contribuem para a simulação.

A discussão incidiu depois sôbre outra modalidade: «Os hospitais da especialidade para acidentes de trabalho», havendo vários congressistas que pugnaram pela criação dêsses estabelecimentos. O dr. Bernardo Vilar foi de opinião contrária, defendendo o ponto de vista da criação dos serviços especiais entre os hospitais existentes.

O dr. João Alarcão tratou da conveniência da criação de clínicas traumatológicas, tendo o dr. Francisco Gentil comunicado que essa clínica está prevista na reforma dos hospitais civis. Depois foram aprovadas as teses e comunicações apresentadas.

O dr. Nobre Cartaxo leu a tése do dr. Júlio Cezar Lopes Barbosa, «A infecção médica de admissão nos seguros contra acidentes», que conclue assim:

«O boletim de admissão, onde ao lado fiquem registadas todas as relações entre o segurado e os serviços médicos da entidade seguradora, parece-nos um elemento de consulta sempre útil e vantajoso para todos. Por isso estarmos convencidos, permitimo-nos propôr à apreciação do douto Congresso que uma comissão seja nomeada para estudar o seguinte: obrigatoriedade da inspecção médica para efeito do seguro contra acidentes de trabalho; organização do plano a que deve obedecer o respectivo exame; regulamentação do serviço especial de inspecções».

Falaram sôbre o assunto os drs. Ferreira Mendes, Santana Rodrigues e Carlos Santos — que se referiram às conveniências dos exames radiológicos nas inspecções médicas.

O dr. Francisco Formigal leu «Algumas considerações sobre o emprêgo dos agentes físicos no tratamento dos accidentes do trabalho». Enumerou os mais largamente empregados: a quinesiterápia — que compreende a maçagem, a mobilização manual, a mecanoterápia e a reeducação motora; a termoterápia — aplicações de radiações infra-vermelhas e duches de ar quente —; a electrotérápia; os raios ultravioletas; a hidroterápia e a radioterápia. E terminou por estas palavras:

«Da enumeração, embora incompleta, das principais indicações dos diferentes agentes físicos conclue-se que muitas são comuns a alguns deles e, por outro lado que os seus efeitos se completam. Daqui se depreende a vantagem da sua associação. É dêste modo que temos procedido, e assim conseguimos um ótimo de resultados. De resto, não devemos esquecer que o acidentado do trabalho é um doente que só muito raramente nos ajuda; por isso tudo o que possa ser feito para abreviar a sua cura não é demasiado nem deverá ser desprezado.

Formulou o desejo de que o Congresso aprove um voto no sentido de uma comissão ser encarregado de estudar a criação dum Instituto Central de Accidentes do Trabalho, devidamente apetrechado, sob os pontos de vista médico e cirúrgico.

Após um comentário do dr. Pereira da Silva, o dr. Nobre Cartaxo leu o trabalho do dr. Almeida e Sá «Hospital do Trabalho — Serviço de fisioterapia», que conclue assim: «A existência de hospitais especiais de assistência aos sinistrados do trabalho, além do conforto moral prestado a todos que a elles recorrem, constitue um grande factor económico na vida social do país», e que propõe a expressão dum voto «pela criação official ou officiosa de hospitais especiais de assistência aos sinistrados do trabalho, servindo de apoio aos Tribunais do Trabalho.

O dr. Pereira da Silva propôs uma emenda, e o dr. José Agostinho Paulo occupou-se também do problema.

O dr. Sabino Pereira leu a sua tese «A reeducação da marcha dos fracturados e o levante precoce com bengalas-muletas de apoio palmar e encosto no antebraço, que conclue por estas palavras:

«A muleta de apoio axilar deve deixar ao Museu de História de Medicina por ter como região de apoio a zona nunca preparada para receber pressões, antes pelo contrario, para alojar e esconder orgãos que as não podem suportar, sem graves lesões, por vezes difinitivas. Para a substituir com todas as vantagens clinicas, deve tornar-se obrigatória a bengala muleta, de apoio palmar e encosto no antebraço, visto o organismo, sobre estas, pesar exclusivamente por intermédio das suas articulações».

O dr. Albano Castelo Branco leu a parte principal do trabalho do dr. Fernando Matos Moreira «A diagnose radiologica das lesões dos meniscos nos accidentes de trabalho — Contribuição para a observação radiológica dos meniscos».

Pelo dr. Henrique Moutinho, foi lida a tese do dr. Almeida e Sá «Importância da «luz» na hygiene dos trabalhadores».

Foram apreciadas as teses «Um ponto das reacções com o soro anti-tetânico», do dr. Joaquim Brilhante, e «Profilaxia do tétano na clinica dos accidentes de trabalho», do dr. Luís Guerreiro. Ambas as teses foram largamente apreciadas e depois aprovadas.

A seguir foram discutidas juntamente as seguintes teses: «Peritos médicos de tribunais de trabalho», pelo dr. Arruda Furtado; «Segurança nos locais de trabalho», pelo dr. Couto Nogueira, e «Perícia médica, nos tribunais do trabalho», do dr. Santana Rodrigues, que depois foram aprovadas.

Foi depois posta em discussão a tese intitulada «Tabela portuguesa de desvalorização», pelo dr. Luís Guerreiro.

Depois de tomarem parte no debate vários congressistas foi aprovada.

Foi posta em discussão a tese intitulada «A malária poderá ser considerada acidente de trabalho ou doença profissional?» Foi largamente defendida pelo seu autor dr. Faustino Landeiro.

O dr. Hermínio Laborinho, de Leiria, leu a sua tese «Subsídios para o estudo das doenças profissionais nos operários do fabrico de cimento», sobre a qual falou o dr. Sabino Pereira. Este trabalho alvitra que se faça um inquérito nas fabricas de cimentos, para um estudo acerca da patologia dos profissionais da referida indústria.

O dr. Henrique Moutinho leu a parte principal da sua tese «Profilaxia dos accidentes oculares do trabalho», que termina assim:

«Os principios gerais, que acabo de expôr, destinados a ulterior desenvolvimento e estudo, carecem para effectivar-se, como é intuitivo, de uma estreita colaboração entre todas as entidades directamente interessadas e todas aquelas que — médicos, higienistas, industriais, jornalistas, sociologos, etc. — por qualquer forma possam ser chamadas a intervir numa campanha contra os accidentes de trabalho, para nós em causa.

O problema assume, sem exagéro, importância nacional transcendente; e numa hora em que todos procuram maiores motivos de agregação adentro dos quadros nacionais, é útil, necessário e humano quanto façam os que podem e sabem, em prol dos menos favorecidos pela fortuna, em prol das grandes massas trabalhadoras, que urge cercar de regalias justas e de cuidados inteligentes».

O dr. Luiz Pina, leu as conclusões da sua tese «Traumatologia dermopapilar em operários portugueses».

A leitura foi acompanhada de projecções de interessantes impressões digitais de ourives, de cosinheiros e de trolhas, pelas quais se verificou a alteração ou a destruição das cristas papilares que constituem as respectivas figuras.

O dr. José Crespo, de Viana do Castelo, leu a parte mais importante da sua tese «Amputação accidental do pénis — Aspecto clínico e jurídico», que provocou discussão, na qual tomaram parte, entre outros, os drs. Nobre Cartaxo, Francisco Godinho, Francisco Owen e Francisco Gentil — que produziu um interessante discurso, no qual, depois de criticar a ausência de teses sobre certos problemas capitais, e de elogiar o que as companhias de seguros têm procurado fazer em matéria de condições que evitem accidentes ou minorem as suas consequências, afirmou que, dentro das suas reduzidas possibilidades, as três escolas médicas do pais muito têm feito, sendo a melhor apetrechada para casos de traumatologia a do Porto.

O dr. Luiz Guerreiro, secretario geral do Congresso, enalteceu o valôr da contribuição dada, para o estudo do problema, pelo illustre médico e cirurgião, dizendo que, tratando-se dum mestre tão notável, o que elle disse deve constituir uma lição para os médicos e cirurgiões mais novos e menos experimentados.

O dr. Francisco Gentil agradeceu e propôs que os médicos a quem os acidentes de trabalho mais interessam discutam, na Sociedade de Ciências Médicas, os respectivos problemas, de modo a contribuir para o aperfeiçoamento da legislação que se lhe refere e que deve ser viva e constantemente actualizada. E propôs que se alvitre a obrigatoriedade do ensino de traumatologia em todas as Faculdades de Medicina.

O dr. José Crespo felicitou-se por ter provocado, com o seu trabalho uma discussão tão interessante. Enalteceu o valor dos médicos da província — valor que — disse — nem sempre é apreciado com justiça.

O dr. Luís Guerreiro, secretário geral, leu o relatório da comissão executiva do qual constam os votos do Congresso.

No relatório propõem-se os seguintes alvites :

Que sejam incumbidos os drs. Henrique Moutinho, Francisco Godinho, Luís Guerreiro e Vaz Pinto, de apreciar e criticar o quadro normal e o coeficiente de desvalorização, devendo apresentar o seu trabalho no prazo de 30 dias; que os peritos de desastres no trabalho se esforcem por esclarecer os assuntos referentes à predisposição e ao estado anterior dos sinistrados; que se aplique o máximo possível a profilaxia das doenças infecciosas, entre as classes trabalhadoras, segundo a natureza especial dos riscos das respectivas prestações de trabalho; que os peritos do Tribunal de Trabalho tenham contacto permanente com os colegas assistentes dos sinistrados, a-fim-de melhor conhecerem os casos e poderem aprecia-los; que seja aprovada oficialmente uma tabela portuguesa de desvalorização; que a lista das doenças profissionais indemnizáveis seja revista de 2 em 2 anos por uma comissão mixta de médicos especializados e juizes de trabalho; que a pericia médica dos tribunais de trabalho seja confiada a médicos especializados podendo ser ou não delegados de saúde; que sejam multiplicados os serviços de traumatologia onde fôr possível; que sejam organizados hospitais ou clínicas de trabalho, onde se entenda e apliquem exemplarmente os preceitos clínicos e médico-legais especiais de desastres no trabalho; que se estendam as possibilidades práticas de examinar os trabalhadores antes da sua admissão ao trabalho.

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Na Associação dos Médicos Portugueses realisou-se a sessão daquela Sociedade, tendo o dr. José de Pádua feito a apresentação do modelo de uma pinça do porte pelicular e dum selector com comando eléctrico. O sr. dr. Aires de Sousa fez a apresentação do modelo pessoal do quimógrafo para estudo das imagens respiratórias. A seguir o dr. Manuel Vasconcelos referiu-se largamente à sua comunicação sobre contribuição para o estudo da doença de Albert Schonbery.

Por último os drs. Alen Saldanha e Aires de Sousa ocuparam-se dos seus trabalhos sobre planigrafia antero-posterior da laringe.

Conferências

Fez uma conferência, na Liga Portuguesa de Profilaxia Social, o dr. Alfredo de Magalhães, que versou o tema: «O significado social e nacional da Maternidade Julio de Deniz».

-- Foram convidados para fazer conferências, em Joansburgo, os professores drs. Lopo de Carvalho, Maximiano Correia e Carlos Santos.

Direcção Geral de Saúde

O dr. António José Lúcio, facultativo municipal do concelho de Penedono, foi nomeado para o lugar de delegado de saúde do mesmo concelho, na vaga resultante da aposentação do dr. Francisco Mendonça Pinto de Sousa. — «Diário do Governo», de 4 de Novembro.

Várias notas

Os drs. Paiva Boléu, Gomes da Costa e Anacleto Miranda apresentaram em nome da Associação dos Médicos Católicos, os seus agradecimentos ao sr. Cardinal Patriarca, por Sua Eminência se ter dignado celebrar a festa litúrgica do Evangelista S. Marcos, patrono da corporação Médica.

— Foi concedida medalha de ouro de comportamento exemplar aos dr. Marinho Pedro Dordio Rosado, director do serviço clínico (serviço geral de clínica cirúrgica) dos Hospitais Cívicos de Lisboa, e dr. Pedro Roberto da Silva Chaves, chefe de serviços dos serviços de análises clínicas dos mesmos hospitais.

— Está orçada em 4.000 contos a construção de um hospital central no Huambo. Também vai ser construído um hospital em Saurino

— O dr. Luiz Alberto de Sá Penela, director do serviço clínico da especialidade de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas dos Hospitais Cívicos de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, durante dois meses, de estudar a natureza e o tratamento de algumas micoses que aparecem em vários asilos e casas de saúde da Ilha da Madeira.

Ao dr. Ricardo Horta Júnior, foi concedida uma bolsa de viagem de estudo ao estrangeiro, da quantia de 9.000 escudos. — «Diário do Governo», de 8 de Novembro.

— O dr. Elisio Dias da Fonseca, capitão médico do quadro comum dos serviços de Saúde do Império Colonial Português, colocado na colónia de Cabo Verde, foi promovido, por diuturnidade de serviço ao posto de major. — «Diário do Governo», de 10 de Novembro.

— Por despacho ministerial de 4 de Novembro, publicado em 16 do mesmo mês, foi aprovada a tabela de preços de análises no Instituto de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra.

— Foram agraciados, com o grau de Grã-cruz da Ordem Militar de S. Tiago da Espada, o dr. António Cassiano Pereira de Sousa Neves, e com o grau de comendador da Ordem de Benemerência, o dr. Vítor Osório Gouveia, delegado de saúde em Tarouca.

Falecimentos

Faleceram : em Coimbra, a sr.ª D. Tereza de Jesus Simões, estremeza mãe do dr. José Simões Pereira, capitão-médico ; no Porto, o sr. dr. Adriano Fontes, que fazia parte do corpo clinico do Hospital Geral de Santo António ; em Moncorvo, o clínico sr. dr. Ramiro Máximo Guerra, pai do médico dr. Ramiro Carlos Guerra, sôgro dos drs. Urgel Horta e António José de Araujo, médicos no Porto e irmão do dr. António Emidio Guerra, clinico em Moncorvo.



Livraria Moura Marques & Filho

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ULTIMAS NOVIDADES :

- Bacq** — L'Acetylcholine et l'Adrénaline. Leur rôle dans les transmissions de l'influx nerveux. (Bibliothèque Scientifique Belge. Section Biologique). 114 pages. 14 Figures. 1 Planche. (M) — Frs. 20,00.
- Blanc et Bordes** — Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. 1 vol. 242 pages. (D) — Frs. 30,00.
- Cambrelin** — L'Amygdale linguale. 142 pages. 35 Figures. (M) — Frs. 35,00.
- Chapelon** — Les Musculatures à fonctionnement volontaire. Leur rôle respectif. La vision simultanément nette à toute distance etc. 1 vol. avec 228 pages. (V) — Frs. 25,00.
- Contet** — Précis élémentaire des soins aux malades, aux blessés et aux nourrissons. 2^e édition. 4 vol. 476 pages. 73 Figures. (M) — Frs. 40,00.
- Daniélopoulo** — Les thyroïdies endémiques et sporadiques. 142 pages. 56 Figures. (M) — Frs. 30,00.
- Deleau, Fabre et Coniver** — Index Medico-pharmaceutique. 1 vol. 756 pages. (M) — Broché, Frs. 120,00. Cartonné, Frs. 150,00.
- Destot** — Traumatismes du pied et rayons X. Malléoles, Astragale, Calcanéum, Avanti-pied. 2^e Edition. 4 vol. 292 pages. 156 Figures. (M) — Frs. 45,00.
- Enriquez** etc — Nouveau Traité de Pathologie Interne vol. III partie I. Maladies du nez, du larynx, des bronches, des poumons et des plèvres. Partie II. Tuberculose pulmonaire. Maladies des plèvres. 2 vol. illustrés avec 240 fig. 1170 pages reliés. (D) — Frs. 390,00.
- Étienne-Martin** — Précis de Médecine Légale. 2^e édition. 1 volume relié. 760 pages illustré 412 fig. — (D) — Frs. 135,00.
- Ferdière** — L'Érotomanie. Illusion délirante d'être aimé. 1 vol. 170 pages. (D) — Frs. 28,00.
- Fieissinger** — Explorations fonctionnelles. 1 vol 432 pages. (M) — Frs. 70,00.
- Glorieux** — La hernie postérieure du ménisque intervertébral et ses complications nerveuses. 102 pages. 98 Figures, 2 planches. (M) — Frs. 40,00.
- Grégoire et Couvelaire** — Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques. (Infarctus viscéraux). 182 pages. (M) — Frs. 50,00.
- Haimovici** — Les Embolies artérielles des membres. 336 pages. 25 Figures. (M) — Frs. 55,00.
- Hovelacque, Monod, Evrard** — Le Thorax. Anatomie Médico-Chirurgicale. Un volume format 19×28 de 350 pages avec 425 figures. (N) — Broché, Frs. 140,00 Cartonné, Frs. 160,00.
- Hovelacque Monod Evrard** — Treize Coupes Horizontales du Thorax. Un atlas format 56×38 cm de 13 planches et 13 calques avec légendes. (N) — Broché, Frs. 175,00. Cartonné, Frs. 215,00.
- Lauwers** — Introduction à la chirurgie digestive. 1 vol. 224 pages. (M) — Frs. 38,00.
- Lemaître** — Étude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. 1 vol. illustré. 190 pag. (V) — Frs. 45.
- Maisonnnet** — Petite Chirurgie. 3^e édition. 1 vol. illustré. 1038 pages. 752 fig. (D) — Frs. 125,00.
- Mars et Kerlan** — La procréation volontaire. 1 vol. illustré avec 68 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Neipp** — De l'influence de divers cations sur le croît microbien. 432 pages avec tableaux. (M) — Frs. 90,00.
- Ricoux** — Notions actuelles sur la cellulite et son traitement. 1 vol. 75 pag. (V) — Frs. 8,00.
- Savignac** — Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum. 1 vol. 130 pages. (M) — Frs. 26,00.
- Sézary** — Le Traitement de la Syphilis. 3^e Edition. (Collection des Initiations Médicales). 196 pages. 4 Figures. (M) — Frs. 30,00.

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

ÚLTIMAS NOVIDADES:

- Agasse-Lafont** — Dictionnaire des Exameus de Laboratoire. 1 vol. 447 pages. (V) — Frs. 120,00.
- Bernou et Maréchaux** — Aspiration et Pyothorax. 1 vol. 66 pages. (D) — Frs. 16,00.
- Brindeau** — La Présentation du Siège. La Version. 1 vol. 270 pages avec. 92 planches. (V) — Frs. 60,00.
- Carnot, Froment, etc.** — Maladies de l'Intestin. 1 vol. 416 pages. 80 figures. XIX planches (B) — Frs. 140,00.
- Cushing** — Tumeurs intracrâniennes. 194 pages. 111 figures. (M) — Frs. 80,00.
- Danes** — Les Cholécystites Chroniques. 1 vol. avec. 11 radiographies hors texte. 116 pages. (D) — Frs. 38,00.
- Delhoume** — L'École de Dupuytren. Jean Cruveilhier. 1 vol. 315 pages illustré. (B) — Frs. 60,00.
- Denoyés** — Appendice et Radiologie. 1 vol. 230 pages. 56 figures. Hors-texte. (V) — Frs. 30,00.
- Dérobot et Hausser** — La Pratique Médico-Légale. 1 vol. 264 pages, 175 figs. (D) — Frs 50,00.
- Desplat, Moulouquet et Malgras** — L'Exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. 120 pages. 40 figures. (M) — Frs. 40,00.
- Fau et Cuyer** — Anatomie Artistique du Corps Humain. 5^e édition. 1 vol. 208 pag 41 figures. XVII planches. (B) — Frs. 32,00.
- Grenet** — Conférences de Médecine Infantile. Première Série. 1 vol. 304 pages. 30 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Héger-Gilbert** — Déontologie Médicale. 1 vol. 325 pages. (B) — Frs. 64,00.
- Laubry** — Leçons de Cardiologie faites à l'Hôpital Broussais. Deuxième série. 1 vol. 404 pages avec. 151 figures. (D) — Frs. 130,00.
- Les Régulations Hormonales en Biologie, en Clinique et en Thérapeutique. Rapports présentés aux Journées Médicales Internationales de Paris 1937. 1 vol. 853 pag. (B) — Frs. 100,00.
- L'Infirmière Hospitalière** — Guide Théorique et Pratique de l'École Florence Nightingale de Bordeaux. Tome I. Médecine. 1 vol. 288 pages. 10 figures (B) — Frs. 32,00.
- Maury** — Phlébites. 1 vol. 96 pages. (D) — Frs. 25,00.
- Niehans** — La Sénescence et le Rajonnement. 1 vol. 71 pages. (V) — Frs. 12,00.
- Nogier** — Electrothérapie Clinique. 3^e édition. 1 vol. 281 pages. 55 figures. (B) — Frs. 60,00.
- Ramond** — Conférences de Clinique Médicale Pratique. (Treizième Série). 1 vol. 368 pages. 41 figures. (V) — Frs. 50,00.
- Rathéry** — La Pratique de la Cure Insulinique et les diabétiques. 1 vol. 100 pages. (B) — Frs. 25,00.
- Stern** — Culture des Tissus et Cancer. 1 vol. illustré avec. 135 pages (V) — Frs. 20,00.
- Tinel** — Le Système nerveux végétatif. 1 vol. 848 pages. (M) — Frs. 160,00.
- Tremolières** — Traitement de la Colopathie Muco-Membraneuse. 1 vol. 32 pages. (B) — Frs. 10,00.
- Trepsat** — Oeuvre Psychiatrique. 1 vol. 188 pages. 8 planches. (V) — Frs. 24,00.
- Tzanck** — Hématologie du Praticien. Tome premier. 1 vol. 186 pages. XI planches. (B) — Frs. 56,00.
- Veau** — Bec de Lièvre. Formes clinique, chirurgie. 326 pages. 1.214 figures. (M) — Frs. 100,00.
- Vignes et Robey** — Périodes de fécondité et de stérilité chez la femme. 2.^e édition. 88 pages. 13 figures. (M) — Frs. 16,00.