

Ano XI

N.º 12

Dezembro 1934



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

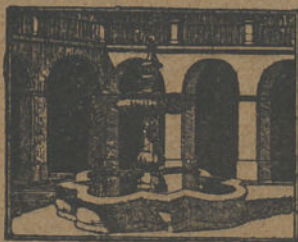
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

*A. Almeida Dias, Moraes David, Fernando Fonseca, António de Meneses,
Eduardo Coelho, José Rocheta e Almeida Lima*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

KALOGEN

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

TONICO RECONSTITUINTE RECALCIFICANTE

Depositaris para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que 2 a 4 por dia produzem diurese **prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do **CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são infieis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para **Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1900, Paris.**

3, Boulevard St-Martin, Paris — R PHARMACIAS.

DOCTOR:

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



Phosphorrenal

ROBERT
NA SUAS TRES FORMAS:
**GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL**

**LABORATORIO
ROBERT**

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

240, Rua da Palma, 2

Sala B

Est. 9

Tab. 2

N.º 94

XAROPE "MERCK"
 DE
EFETONINA
 para o tratamento de
 todas as formas de tosse,
 especialmente coqueluche, bronquite aguda e crónica,
 gripe e pneumonia gripal com
 perturbações tóxicas da circulação.
 Frascos originais de 170 grs.

EFETONINA
 em casos de
ASMA
CORIZA DOS FENOS
URTICARIA
HIPOTONIA

Substância — Ampólas
 Comprimidos — Pérolas.

Coriza e outras inflamações
 da mucosa nasal
POMADA
"MERCK"
 DE
EFETONINA
 Bisnagas de 10 grs.



E·MERCK FABRICA DE PRODUCTOS QUIMICOS **DARMSTADT**

Representantes para Portugal: **QUIMICO - FARMACEUTICA, LIMITADA**
LISBOA **PORTO**
 Rua da Palma, 165 Rua do Almada, 59

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congéneres

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 (XVIIe)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.^o
LISBOA



deve tomar-se sempre!

- afirmam-no as primeiras Sumidades Médicas.

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA
PORTUGAL & COLÓNIAS
89, CALÇADA DE S. FRANCISCO, 37 - LISBOA

Mantua, L.^{da}

TELEF. C. 3187

acção
pureza
inalterabilidade absolutas



eis as características
 e os fundamentos

do renome mundial da

INSULINA



para a **DIABETES**

registada

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

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
 GRATIS A MÉDICOS

FRAQUINHOS
 de 100, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

COLL TAYLOR, L.DA — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELEF. 21476
 G. DELTA

Agente no PORTO

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



HICKS

**O TERMÓMETRO
 DE CONFIANÇA**

**DOS MÉDICOS
 DA ÉLITE
 DOS HOSPITAIS**

GENUINO

MARCA  REGISTRADA

AFERIDO

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes: **COLL TAYLOR, LDA.** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA

Agente no PORTO — Farmácia Sarabando — Largo dos Loios, 35-37

O leite materno é o alimento ideal para as crianças
quando no periodo de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substi-
tuir-lho pelo

MODILLAC

que dá ao leite de vaca as propriedades do leite
materno

Consultai o seu médico sobre o valor científico do

MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMACIAS

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N I E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

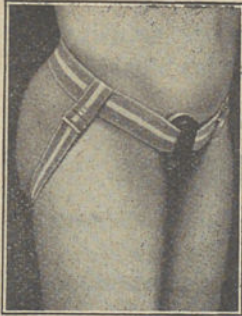
N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

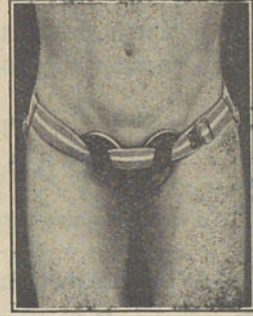
FUNDAS BROOKS

Pelota pneumática de borracha macia



Partes substituíveis

■
Pessoal especialmente habilitado na aplicação destes aparelhos



■
PREÇOS MÓDICOS

HYGEIA, L. DA

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

Mellin Food

Alimentos MELLIN os melhores para crianças de peito.

A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS

PANKREASMELLIN CONTRA DIABETES

O único preparado composto de fermentos pancreáticos e hormonas de insulina, eficaz, tomado pelas vias digestivas

Segundo a opinião das maiores capacidades médicas o

PANKREASMELLIN

é de facto um medicamento que cura completamente a diabetes

A' venda nas farmácias, em caixas de 50 comprimidos

Representantes exclusivos: S. KANTOR

LISBOA, Rua dos Fanqueiros, 346, 2.º, E. Telef. 2 9174

Amostras e literatura para os Ex.ªs Srs. Médicos

BiOCiTIN

TÓNICO DO SISTEMA NERVOSO ROBORATIVO

BiOCITIN contém 10% de Lecitina fisiológica pura, fabricado pelo método do Prof. Dr. Habermann e 75% de albumina com hidrocarbonatos, 6% de gorduras, 2% de sais nutritivos e 5% de água

Colestrina de efeito perturbante foi apartada pelo método do Prof. Dr. Habermann

Indicações: Nervosidade, neurastenia, impotência, esclerose arterial, osteomalácia e emagrecimento

Sempre os melhores resultados

A' venda nas farmácias Em caixas de 50 comprimidos

Representantes exclusivos: S. KANTOR

LISBOA, Rua dos Fanqueiros, 346, 2.º, E. Telef. 2 9174

Amostras e literatura para os Ex.ªs Srs. Médicos

CONSISTÊNCIA FECAL NATURAL



Aspecto do 'Petrolagar' perfeitamente disseminado nas fezes

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

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

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

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

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

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

Duas vacinas

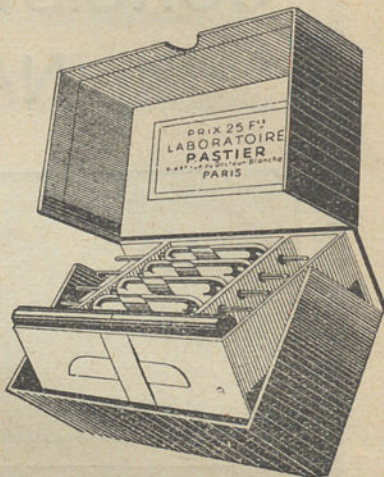
cujo sucesso se acentua dia a dia

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

colitique

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

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



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

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

A STALYSINE injectável constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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



Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras:

LABORATOIRES P. ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A luta contra a tuberculose em Portugal</i> , por Lopo de Carvalho.....	Pág. 873
<i>A operação de Jacobueus</i> , por Lopo de Carvalho e Vasco de Lacerda	» 907
<i>Imagens arteriais do hilo e topografia arterial do pulmão</i> , por Lopo de Carvalho. Carlos Vidal e José Rocheta.....	» 925
<i>O modo de acção do pneumothorax artificial</i> , por Lopo de Carvalho e Alberto de Carvalho	» 941
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 949
<i>Notícias & Informações</i>	» LIII

A LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM PORTUGAL

POR

LOPO DE CARVALHO

Presidente da Assistência Nacional aos Tuberculosos

A tuberculose não é como a cólera, a peste ou a gripe, que, por vezes, irrompem inesperadamente agressivas e dotadas de mortalidade elevadíssima, mas que em breve se atenuam e extinguem em ondulação decrescente e progressiva.

Qualquer delas ataca repentinamente e atinge, em poucos dias, o seu período de *fastigio*, enchendo de terror as localidades onde surge, pelo morticínio enorme que produz. A breve trecho, porém, a sua gravidade atenua-se; os óbitos começam a escassear; os ataques do mal tornam-se de dia para dia menos numerosos; as formas graves da doença perdem o carácter virulento do início e tudo de novo entra na monótona rotina da vida cotidiana, renascendo o sossego e a confiança, restabelecendo-se a tranqüillidade e a paz, que apenas foram entrecortadas por um curto, embora doloroso, período de amarguras e de luto.

Nada disto, porém, se passa com a tuberculose. Os seus ataques são permanentes e imperturbáveis; a sua acção devastadora, contínua e persistente. A tuberculose assenta e cria alicerces no organismo social, invadindo-o lenta e progressivamente. Dia a dia alarga a esfera do seu poder destruidor, ferindo e minando os elementos nobres da raça, os elementos que trabalham e que produzem. Flagelo mais terrível do que a mais mortífera das guerras, porquanto estas, por maior que seja a sua mortandade,

não passam de accidentes passageiros de que as sociedades em breve se restabelecem — como o individuo em breve se refaz do estado anémico que uma hemorragia criou —, a tuberculose propaga-se sem tréguas nem descanso, sem períodos de acalmia nem paragens no seu continuo desenvolvimento. Os seus ataques são traiçoeiros e inesperados, não poupando nenhuma idade e nenhuma situação, por mais próspera e desafogada que seja.

Possue o dom da ubiqüidade. Propaga-se pelas poeiras que respiramos, pelos alimentos que ingerimos, pelos mil pequenos objectos em que diáriamente mexemos e tocamos. É moléstia que perturba a sociedade pela preferéncia do ataque nas idades em que o organismo atingiu o seu pleno desenvolvimento; é moléstia que abala famílias inteiras, desorganizando por meses e anos as condições económicas e morais do seu viver; é moléstia que ataca novos e velhos, pobres e ricos, as mais pequenas aldeias do país e os mais densos agrupamentos sociais.

É certo que outras enfermidades existem e que invadem em progressivo caminhar a sociedade moderna. É o caso do cancro, por exemplo, cuja mortalidade, nos últimos anos, tem crescido por forma assustadora. Mas, ao passo que os tumores malignos atingem preferentemente os individuos no último quartel da vida, quando a sua actividade vital começou a declinar, a tuberculose não: fere e destrói em plena juventude, no período de maior rendimento social.

Vejamos o que nos dizem, no seu brutal significado, as estatísticas da mortalidade pela tuberculose em Portugal.

De 1902 a 1933 o número de óbitos e os correspondentes índices anuais de tuberculoidade progrediram assustadoramente. Subiu de 6.674 para 12.370 a cifra bruta de mortes e de 120 para 175 a quota de falecimentos anuais referidos a 100.000 almas da população calculada.

O gráfico representado na fig. 1 permite apreciar rapidamente o lento e progressivo caminhar da doença.

A predilecção do ataque tem lugar entre os 15 e os 55 anos de idade, quando o organismo atingiu o seu perfeito desenvolvimento, na época da vida em que os individuos são úteis à sociedade, quer pelo trabalho que produzem, quer pela contribuição que naturalmente prestam à colectividade, constituindo família e concorrendo, consequentemente, para o acréscimo da natalidade.

Os gráficos da fig. 2 são demonstrativos da acção destruidora da doença entre os 15 e os 40 anos de idade, quando comparada às outras causas frequentes de morte na mesma quadra da vida.

Baseiam-se estas conclusões em elementos colhidos na «Estatística do Movimento Fisiológico da População de Portugal» e no «Anuário Demográfico» da Direcção Geral da Estatística. Julgamos, porém, não andar longe da verdade afirmando, no que respeita à tuberculose, que tais números são inferiores à realidade. Basta, na verdade, analisar os dados estatísticos das ref.

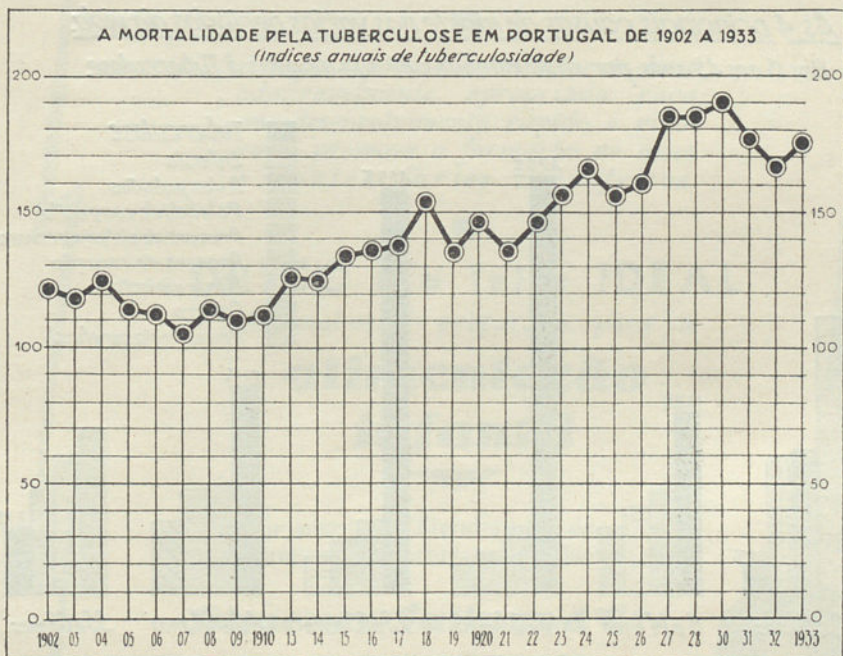


Fig. 1

ridas publicações para nos convenceremos de que os óbitos apontados não devem atingir a cifra da mortalidade real. Assim, em 1931 o número de falecimentos oficialmente atribuídos à tuberculose foi de 12.172. Ora, no mesmo ano, a estatística acusou 10.404 casos de morte não especificada. Se admitirmos que a percentagem de óbitos por tuberculose foi, neste grupo, sensivelmente igual à existente na mortalidade geral por causas conhecidas, fácil é calcular a parcela de 1.099 falecimentos causados

pelo mal e que oficialmente não foi possível registar. Outras falhas existem ainda: as de se atribuírem a determinadas doenças alguns óbitos devidos certamente à tuberculose. É o caso, por exemplo, da bronquite crónica, que muitas vezes encobre no rol obituário formas fibrosas da doença; é o caso, ainda, do enfisema pulmonar e da grande maioria das mortes rotuladas sob a designação de afecções pulmonares não tuberculosas, quando o falecimento se deu entre os 15 e 40 anos de idade, quadra da vida em que a etiologia das doenças pulmonares mortais pode ser

As 4 principais causas de morte nos varios periodos da vida.

Dos 15 aos 45 anos, por cada 100 óbitos, 42 são devidos á Tuberculose.

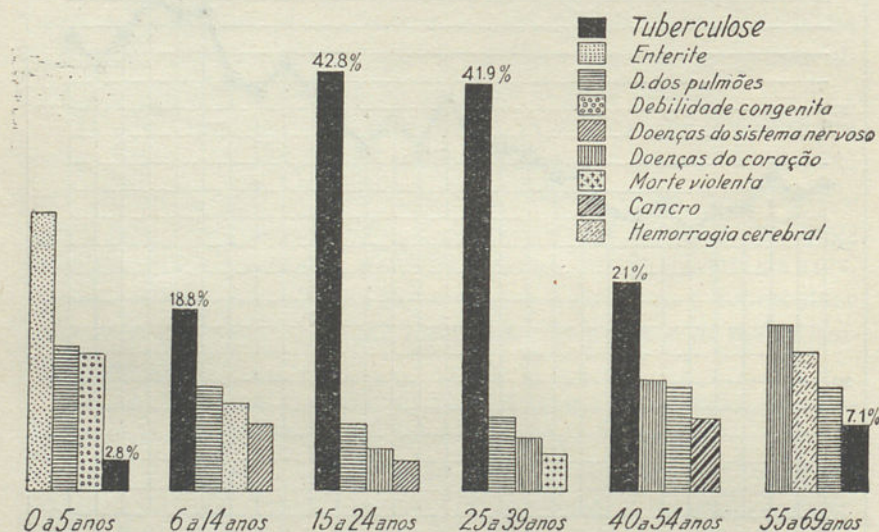


Fig. 2

quási exclusivamente filiada em infecções produzidas pelo bacilo de Koch.

Não andaremos, portanto, longe da verdade tornando o flagelo responsável pelo desaparecimento anual de 15.000 portugueses.

A mortalidade por tuberculose pulmonar nos 18 distritos do continente encontra-se desigualmente distribuída. Sendo máxima no distrito de Lisboa, onde, em 1931, atingiu a elevada cifra de 2.398 óbitos, poupou por forma sensível o distrito de Bragança, onde, no mesmo ano, se registaram apenas 158 casos

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

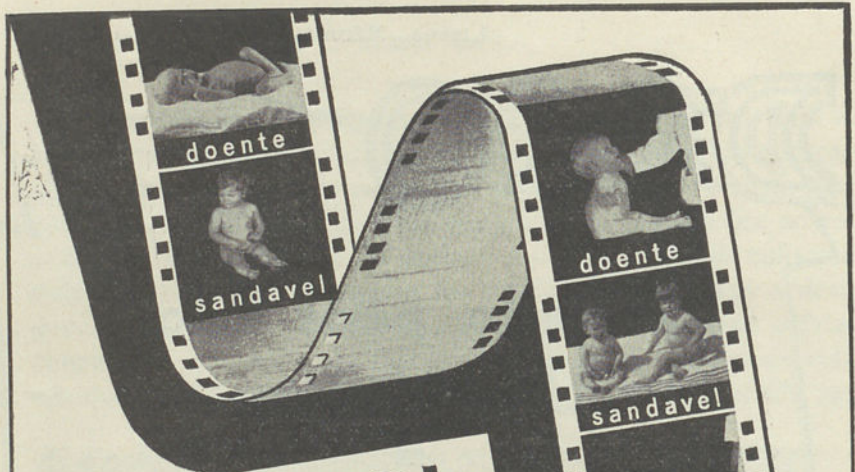
Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a





VIGANTOL

(preparado com vitamina D cristalizada)
 1 mgr. de vitamina D cristalizada = 50 000
 unidades internacionais

no raquitismo e outras per-
 turbações do metabolismo
 osseo, melhora a formação
 dos dentes e auxilia a rotura
 da dentição.

EMBALAGENS ORIGINAIS:
 Oleo de Vigantol: Frasco conta-gotas de 10 c.c.
 (1 c.c. = 0,3 mgr. de vitamina D cristalizada)
 Drageas de Vigantol: Frasco com 50 drageas.
 (1 dragea contem 0,06 mgr. de vitamina D
 cristalizada)

VIDALON

(Oleo de fígado de bacalhau
 estandardizado com Vigantol)

de conteúdo constante e elevado
 em vitaminas A e D.

Indispensavel para a acele-
 ração do desenvolvimento do
 organismo e a augmentação
 da resistencia nas crianças
 atrezadas e doentias.

EMBALAGEM ORIGINAL:
 Frasco de 125 cc.



» **Bayer** «

LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante

» **LUSOPHARMA** «

Rua dos Douradores 150, 3.º LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD. Ltd.

Rua dos Douradores, 7

LISBOA

de morte. Durante o triénio 1930-1932 só 5 distritos do continente não ultrapassaram a cifra anual de 250, como se verifica na fig. 3.

Nos 254 concelhos do país, excluídos os concelhos cabeças de distrito, sofre a taxa obituária grandes oscilações. O mapa da fig. 4 mostra-nos, resumidamente, que:

Em 190 concelhos a mortalidade não foi além de 20 óbitos.

Em 78 concelhos foi superior a 20, mas não excedeu 50;

Em 26 concelhos foi superior a 50.

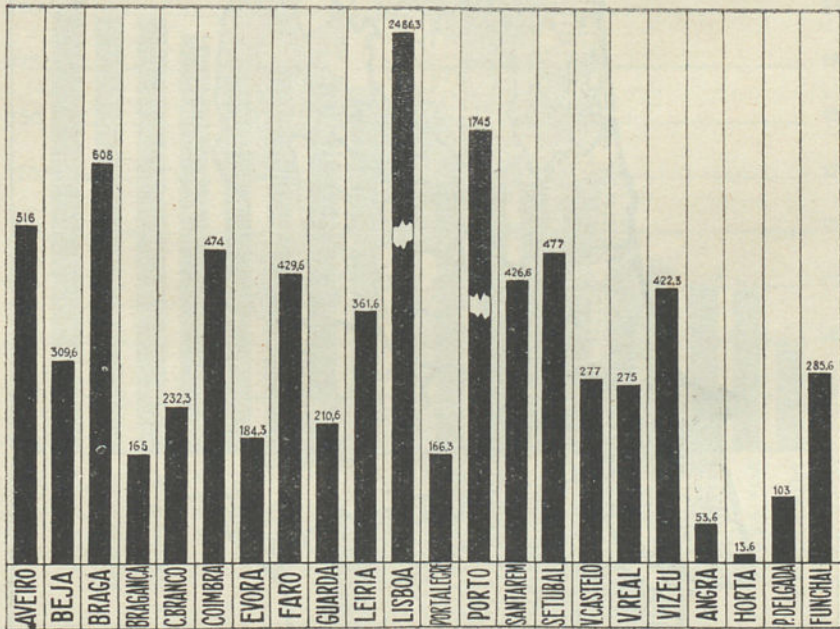


Fig. 3

São bem eloquentes estas cifras na sua fúnebre e desoladora significação!

A gravidade que representa para Portugal a disseminação da tuberculose toma ainda maior volume se compararmos os estragos que a doença produz entre nós com os que causa em muitos outros países (fig. 5), onde o declínio se vem acentuando em marcha progressivamente decrescente. Ao passo que na Dinamarca, na Inglaterra e nos Estados-Unidos, por exemplo, o índice de tuberculoidade acusou, nos últimos 20 a 30 anos, uma baixa, res-

MORTALIDADE PELA TUBERCULOSE PULMONAR EM PORTUGAL
Sua distribuição por concelhas

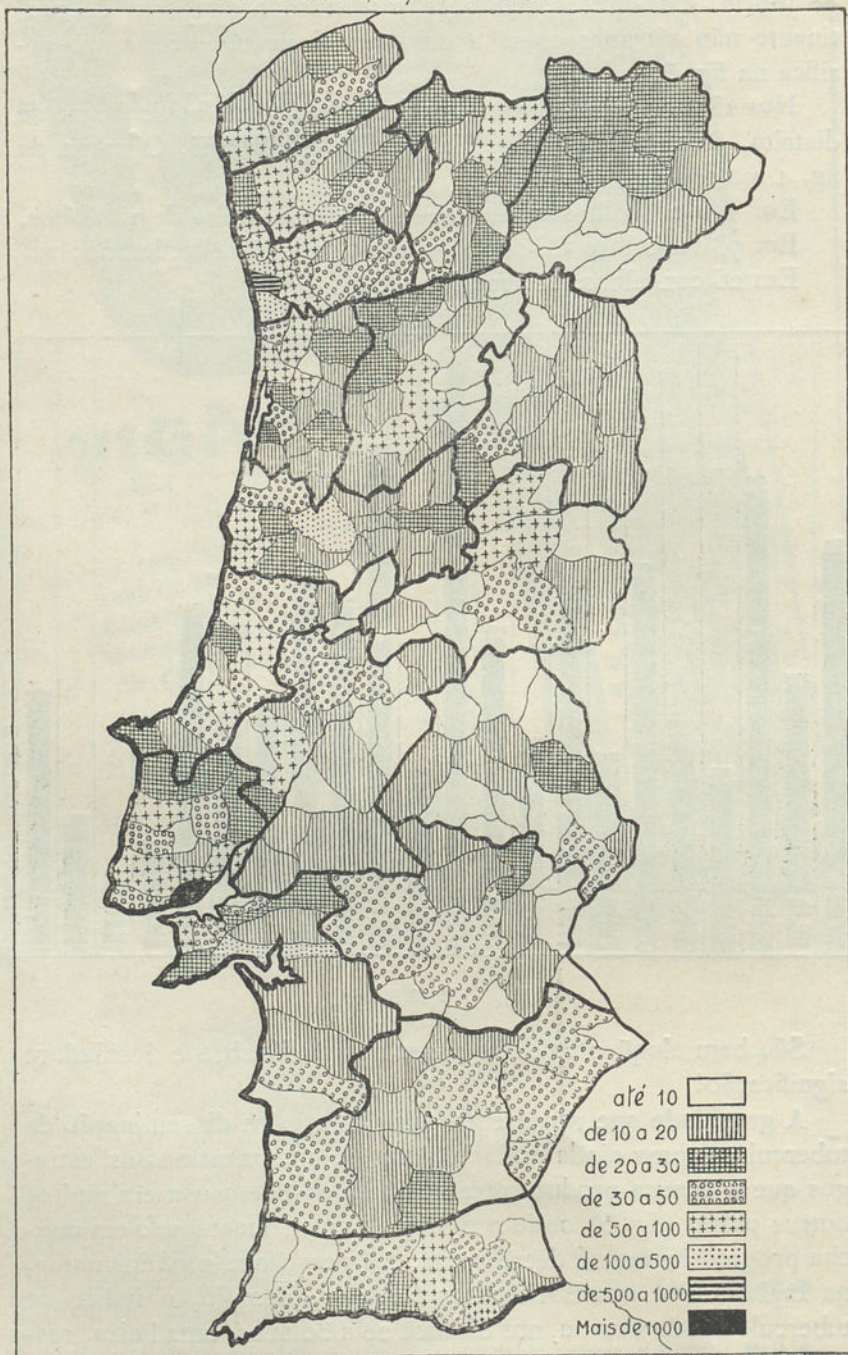


Fig. 4

pectivamente, de 68, 31 e 42 0/0, em Portugal, de 1901 a 1930, a mortalidade pela doença não diminuiu, nem sequer estacionou; sofreu, pelo contrário, um acréscimo de 50 0/0.

Impõe-se, pois, a necessidade de organizar a defesa social contra tão grave flagelo e de proteger carinhosamente os inúmeros tuberculosos que a morte não poupará, se lhes faltarem os meios de que carecem para seu tratamento.

Bem sabemos que no espírito do grande público continua indestrutivelmente arraigada a noção de que todo o tuberculoso

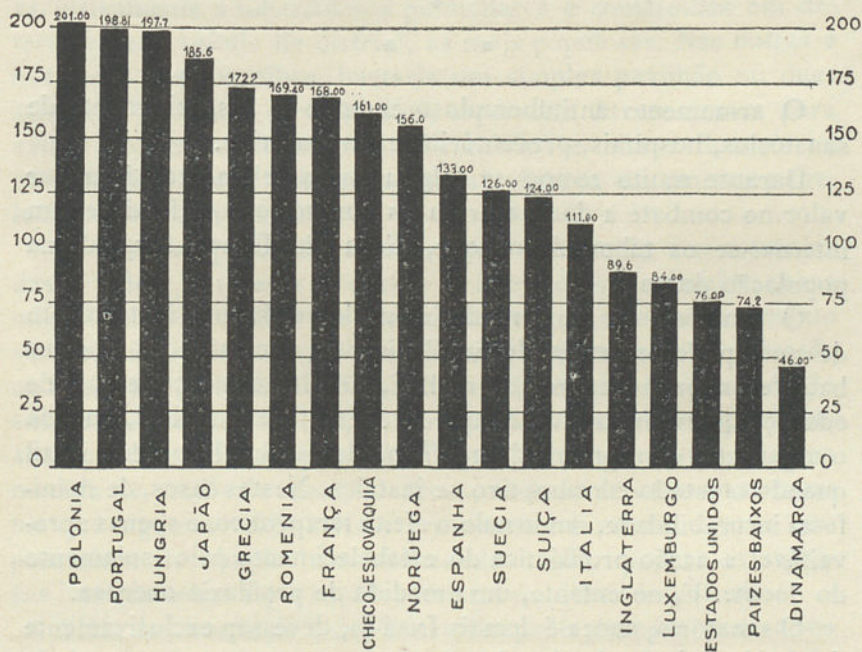


Fig. 5

está condenado a morte certa. Nada, porém, é mais erróneo, e longe de nós o vimos neste momento demonstrar a falsidade de tal convicção. A cura da tuberculose está hoje unânimemente aceita pelos tisiologistas de todo o mundo, e, se a idea de morte ainda para muitos se associa à palavra tuberculose, é porque esta não cura em todos os seus períodos, e só excepcionalmente cicatriza nos casos em que o diagnóstico do mal se impõe aos olhos dos leigos, ou seja, quando a magreza é excessiva, a tosse contínua, os suores abundantes, quando, emfim, o tísico passou

da fase discreta e limitada da moléstia para a dolorosa situação de grande ulcerado pulmonar. A doença, na sua etapa inicial, quando os primeiros e leves sinais da infecção começam a desenharem-se, é curável na maioria dos casos.

Para isso é, no entanto, indispensável que o doente, ao mínimo sintoma de fadiga, de inapetência ou de bronquite que se arraste, procure um clínico que o observe e o trate, quando fôr necessário, em estabelecimentos especialmente destinados a êsse fim.

*

*

*

O armamento antituberculoso compõe-se essencialmente de sanatórios, hospitais, preventórios e dispensários.

Durante muito tempo se julgou que os elementos de maior valor no combate à doença eram os sanatórios, onde deveriam internar-se os tuberculosos que, dia a dia, fôsem surgindo na população do país.

O sanatório é, na verdade, além de verdadeiro instrumento de cura, poderoso meio de profilaxia pela reclusão dos doentes bacíferos, propagadores do mal. É, simultaneamente, escola de educação e exemplo vivo de que a tuberculose é curável, quando o organismo é surpreendido no limiar da doença. É, porém, inútil quando o estado consumptivo se instalou. Nestes casos, de manifesta incurabilidade, sendo nulo o efeito terapêutico, é apenas aproveitável a acção profiláctica do estabelecimento pelo isolamento do doente. É, no entanto, uma medida de profilaxia onerosa.

O sanatório, nunca é demais frisá-lo, deve ser exclusivamente destinado a determinados doentes que se encontrem em período de curabilidade. Estes são, infelizmente, em pequeno número, pois, regra geral, o tuberculoso somente toma a direcção da clínica ou do consultório depois de profundamente tocado pelo mal que o feriu, quando a tosse e a expectoração o não largam, os suores nocturnos o incomodam, a magreza o depauperam, a fadiga o importuna. Até então vai trabalhando sempre e dispendendo, a pouco e pouco, as já reduzidas fôrças do seu organismo decadente. Chegado a êste período da sua tuberculose, é, salvo raras excepções, incurável. E para cúmulo de infelicidade, como se a tuberculose que o mina lhe não bastasse, torna-se ainda triste

agente de disseminação do mal, pernicioso elemento social que propaga e desenvolve o *morbus* pela expulsão de pequeníssimas partículas bacilíferas que, com a tosse e com a fala, lança em tórno de si. O seu isolamento, a sequestração da família, com quem coabita, e da sociedade, onde a sua acção se exerce, constituem, sem dúvida, uma medida absolutamente necessária.

É preciso isolar tais doentes. Não edificando para seu internamento numerosos sanatórios, cuja manutenção é sempre dispendiosíssima, mas utilizando simples hospitais, destinados exclusivamente a tuberculosos pulmonares e construídos em determinadas capitais de distrito, as mais populosas. Nas outras e nas sedes dos concelhos, bastaria um simples pavilhão ou duas salas dos hospitais já existentes, separadas das restantes para evitar a promiscuidade entre tuberculosos e outros doentes na mesma enfermaria, que ainda hoje se observa em tantos estabelecimentos hospitalares.

O hospital para tuberculosos seria construído nas cercanias das cidades. Ali seria o doente primeiramente admitido, para minuciosa observação, que precederia sempre o seu internamento sanatorial. Constituiria, por assim dizer, um centro de selecção onde seriam joeirados os indivíduos cujo estado lesional, sendo susceptível de cicatrização, exigisse estágio em clima especial de alta montanha ou de planície. Desta forma praticar-se-ia uma medida de profilaxia menos onerosa, ao lado de certos tratamentos que algumas vezes seriam proveitosos e muitas outras não passariam de simples mas abençoados confortos para os espiritos ilusoriamente esperançados dos tuberculosos incuráveis.

— Além dos hospitais e dos sanatórios, são também necessários os preventórios. Na organização antituberculosa de um país não poderá deixar de se atender, na verdade, aos débeis da sociedade, àqueles cujas forças defensivas contra a doença são precárias, aos filhos dos tuberculosos e dos sifilíticos, com taras hereditárias a pesar-lhes na vida. É necessário não esquecer essa multidão de desgraçados que um dia se tuberculizarão, dada a sua falta de resistência orgânica e a sua conseqüente predisposição para o mal. Deverá evitar-se que amanhã eles se tornem pesado encargo para a sociedade, inutilizando-se pela doença que adquiram e criando, por sua vez, novos focos de infecção e de morte. Como consegui-lo, ou, pelo menos, como atenuar o mal? Pela

protecção à criança, com a organização dos preventórios, das «colónias de férias», etc.

Entre estes meios de luta contra a tuberculose, a que resumidamente acabamos de fazer referência, falta, por último, mencionar o chamado «Dispensário antituberculoso», cuja utilidade tem sido posta em dúvida por quem ignora a acção destes estabelecimentos no combate contra a doença. Àqueles para quem só os benefícios já colhidos fazem prova, basta citar o que se passou na cidade de Lião, desde que Jules Courmont, em 1905, instalou os primeiros dispensários. Na metade esquerda da cidade, onde se aglomeram os bairros mais pobres, era elevada a mortalidade pela tuberculose: nada menos do que 385 mortes por 100.000 habitantes. Isso levou Jules Courmont a instalar nessa zona cinco dispensários. Na metade direita, a parte rica, com largas avenidas, habitações confortáveis e higiénicas e com o índice de tuberculoidade de 320 óbitos, só um dispensário foi pôsto em função. Decorridos anos, a mortalidade pela tuberculose nos bairros pobres baixou de 385 para 208, ao passo que nos bairros ricos foi a diminuição menos acentuada, apenas de 55 unidades. Poderiam multiplicar-se exemplos como estes em ordem a demonstrar a acção do dispensário na luta antituberculosa. Parece-nos, porém, desnecessária tal tarefa. Bastará, com efeito, deixar registado o que, em matéria de dispensários, tem feito a maioria das nações civilizadas.

O seguinte quadro é, na verdade, elucidativo:

Países	População	Mortalidade pela tuberculose	Número de dispensários
Alemanha	64.294.287	50.646	1.179
Áustria	6.536.892	10.003	94
Bélgica	8.091.407	7.391	100
Checo-Eslováquia	14.726.158	23.703	204
Espanha	23.563.867	30.591	66
Estados-Unidos ..	116.317.515	88.352	3.600
Filândia	3.622.919	8.420	204
França	41.834.923	68.470	777
Holanda	7.920.388	5.883	118
Inglaterra	39.947.931	35.818	671
Itália	41.230.047	45.611	359
Japão	64.450.005	119.635	1.455
Polónia	32.132.930	60.969	351
Suécia	6.141.571	7.715	235
Suíça	4.052.200	5.056	140

De todos os estabelecimentos de luta antituberculosa, o dispensário é, sem dúvida, o menos oneroso. Justifica-se, portanto, que se lhe dê o desenvolvimento que merece. É, de resto, o que pensa a União Internacional contra a Tuberculose, organização de que fazem parte representantes de 44 países e que ainda há meses, na reunião que efectuou em Varsóvia, mais uma vez focou a sua utilidade na campanha contra a doença.

Os dispensários são instituições que vigiam os suspeitos de tuberculose por exames clínicos sucessivos e que amparam os débeis e os fracos, susceptíveis de ulterior tuberculização; são, em determinados casos, instrumentos de assistência quando os tuberculosos que os freqüentam possam beneficiar da aplicação de determinada terapêutica, como a do pneumotorax artificial; são, finalmente, estabelecimentos destinados a educar e a averiguar a existência da doença, servindo, como tal, de canalização, para hospitais e sanatórios, dos indivíduos que careçam de internamento imediato.

Pôsto isto, vejamos como as instituições a que fizemos referência podem manter entre si estreita dependência e relação, em ordem a contribuirem, de forma eficaz e harmónica, para a resolução do problema da luta e profilaxia da tuberculose.

Consideremos um indivíduo doente a entrar no dispensário. Feita a observação clínica, o exame radiológico e a análise bacteriológica à expectoração, três hipóteses se podem apresentar: ou é são, ou é simples predisposto, ou é tuberculoso confirmado. Na primeira hipótese, cessou aí a função do dispensário; na segunda, toma-o o dispensário a seu cargo, observando o periodicamente e instituindo a terapêutica que julgar indicada; na terceira, onde, certamente, terminarão por ingressar alguns dos da situação anterior, o dispensário, uma vez a observação concluída, enviá-lo-á, acompanhado de relatório minucioso, para o hospital ou pavilhão que esteja mais próximo, onde fará estágio mais ou menos longo consoante o seu estado geral e local e o tempo necessário para bem se estabelecer a forma evolutiva da doença.

Simultaneamente serão dadas instruções para se proceder à desinfecção da residência do doente e observar-se-ão as pessoas de família que com êle habitavam, não só para averiguar da existência de novos casos da moléstia, como também para ser iniciada a protecção aos menores, que com êle viviam, colocando-os

em preventórios ou em quaisquer outras obras de assistência, facultando-lhes o ingresso nas escolas de férias, etc.

Se a forma da tuberculose fôr tal que o doente possa beneficiar do regime de sanatório, êle será então transferido do hospital para um destes estabelecimentos, em harmonia com as indicações do clínico a quem foi confiada a sua assistência hospitalar.

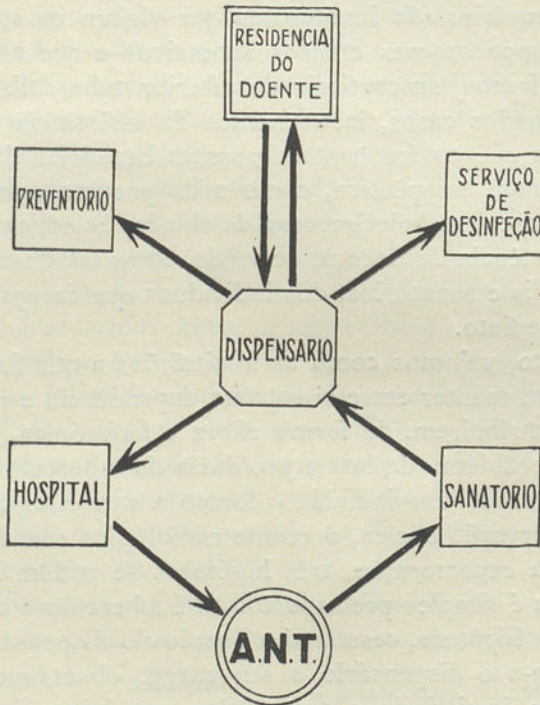


Fig. 6

O seguinte esquema (fig. 6) esclarece as diversas etapas percorridas pelo doente a que acabamos de fazer referência.

*

*

*

Para aplicar ao nosso país o programa da luta contra a tuberculose que expusémos, dividir-se-ia Portugal em três largas zonas: zona Norte, zona Central e zona Sul, tendo por sede,

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base de cereais e leguminosas

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

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

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

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

FORXOL BAILLY

ASSOCIAÇÃO SYNERGICA. ORGANO-MINERAL
sob a forma concentrada dos principios medicamentosos mais efficazes

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinacão nucleinica, hexoso-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

ADYNAMIA DOS CONVALESCENTES
ESTADOS AGUDOS DE DEPRESSAO E ESTAFAMENTO
ASTHENIA CHRONICA DOS ADULTOS
PERTURBAÇÕES DO CRESCIMENTO
FRAQUEZA GERAL, ANEMIA E NEUROSES

LIQUIDO

AGRÁDAVEL) toma-se no meio das refeições, n'agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome PARIS 8^e)

CYSTITE

No tratamento da cystite aguda, aplicações copiosas de ANTIPHLOGISTINE sôbre as regiões perineal e supra-púbica, constitue uma das melhores medidas locais para êsse estado, porque a acção desse medicamento é tanto descongestiva como sedativa

Igualmente na cystite crónica, a aplicação de uma grande cataplasma de ANTIPHLOGISTINE, sôbre o pubis, é altamente recomendado. Êste medicamento actua com eficiência, sendo ao mesmo tempo um valioso auxiliar do tratamento local

ANTIPHLOGISTINE

*Sob pedido enviaremos
amostra e literatura*

**Exosmotica
Hyperemica
Analgesica
Descongestiva**

The Denver Chemical Mfg. Co.,

Nova York, N. Y.

Distribuidores em Portugal:

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA

respectivamente, Pôrto, Coimbra e Lisboa, e directamente dependentes da Assistência Nacional aos Tuberculosos. Em cada uma destas sedes fundar-se-iam vários dispensários e um ou mais hospitais. Nas restantes cidades e capitais concelhias, consoante a taxa obituária regional, edificar-se-iam, além dos respectivos dispensários, pequenos hospitais, pavilhões ou simples enfermarias anexas aos hospitais já existentes.

Os hospitais das sedes poderiam receber, além dos doentes do distrito, quaisquer outros dos hospitais ou pavilhões da zona a que presidissem, sempre que tal medida fôsse necessária para aplicação dum tratamento médico ou cirúrgico especial ou para esclarecer quaisquer dúvidas de diagnóstico. Por sua vez os hospitais distritais receberiam, em idênticas circunstâncias, tuberculosos cuja transferência fôsse requerida pelos pavilhões ou enfermarias dos concelhos do respectivo distrito.

Os estabelecimentos sanatoriais, os preventórios e outros estabelecimentos de protecção à infância seriam edificados em diversas regiões do país, depois de previamente estudadas sob o ponto de vista climatérico e higiénico. Contrariamente ao estabelecido para os hospitais e dispensários, os sanatórios e os preventórios não ficariam cativos das respectivas zonas. As suas vagas seriam preenchidas por doentes de qualquer localidade do país, sendo feita a sua distribuição por um organismo central, a que todos os estabelecimentos ficariam subordinados.

Se, em harmonia com o programa acima exposto, fôsse possível a edificação de hospitais, pavilhões e enfermarias nas diversas localidades do país, a distribuição dos estabelecimentos a construir e a respectiva lotação deveriam ser baseadas na taxa de mortalidade local pela tuberculose.

Nas capitais de distrito construir-se-iam hospitais-sanatórios ou simples pavilhões distritais, consoante a cifra obituária distrital. Nas sedes dos concelhos a edificação de pavilhões ou de simples enfermarias de isolamento, anexas aos hospitais já existentes, dependeria, por seu turno, do número anual de falecimentos registados.

Nesta orientação o número e modalidade de estabelecimentos a construir seria a seguinte:

13 hospitais-sanatórios nas capitais dos distritos com mais de 250 óbitos.

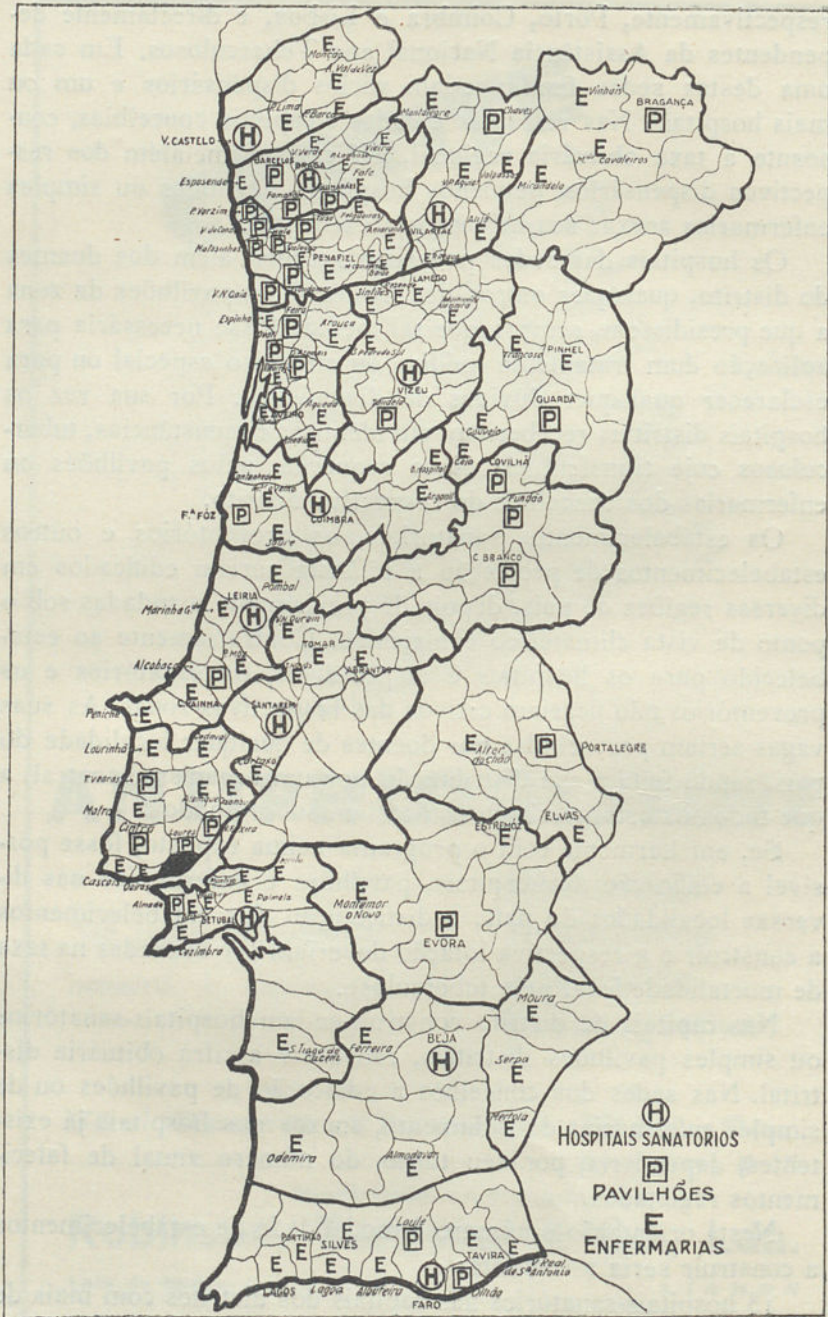


Fig. 7

5 pavilhões distritais nas capitais de distrito com menos de 250 óbitos.

26 pavilhões concelhios nas sedes de concelho com mais de 50 óbitos.

78 enfermarias nas sedes de concelho com menos de 50 óbitos, mas com mais de 20.

7 enfermarias destinadas a servirem grupos de concelhos, cuja mortalidade por concelho fôsse inferior a 20.

A distribuição pelo país dêstes diversos estabelecimentos encontra-se representada no mapa reproduzido na fig. 7.

*

*

*

O programa de luta antituberculosa, que resumidamente fica exposto, começou a ser realizado pela Comissão Executiva da Assistência Nacional aos Tuberculosos desde que esta conseguiu arrecadar algumas receitas com os peditórios levados a efeito por ocasião das «Semanas da Tuberculose». Efectivamente, nestes três últimos anos, fundou-se o preventório da Parede, aumentou-se a lotação de doentes no Sanatório do Lumiar, com a abertura de dois novos pavilhões, ampliou-se o Sanatório da Guarda e o de Portalegre, edificaram-se e instalaram-se numerosos dispensários (figs. 8 e 9).

Dentro do programa estabelecido, pode considerar-se muito adiantada a rede de dispensários de que o país precisa. É certo que algumas localidades existem ainda que necessitam ser dotadas com estes estabelecimentos de luta antituberculosa, mas su-
pomos que, para a completa execução desta parte do programa, não necessitará a Assistência Nacional aos Tuberculosos de subsídio especial do Governo, pois espera que, por contribuição das referidas localidades, pelo subsídio do desemprego, e por algumas receitas de que a A. N. T. possa ulteriormente dispor, os edifícios que faltem possam ser construídos a pouco e pouco, sem pesar no orçamento geral do Estado.

O mesmo não pode fazer no que respeita ao internamento dos doentes, tanto em hospitais como em sanatórios ou preventórios. Nestes três anos de gerência o número de camas destinadas exclusivamente a indigentes subiu de 550 para 829, o que

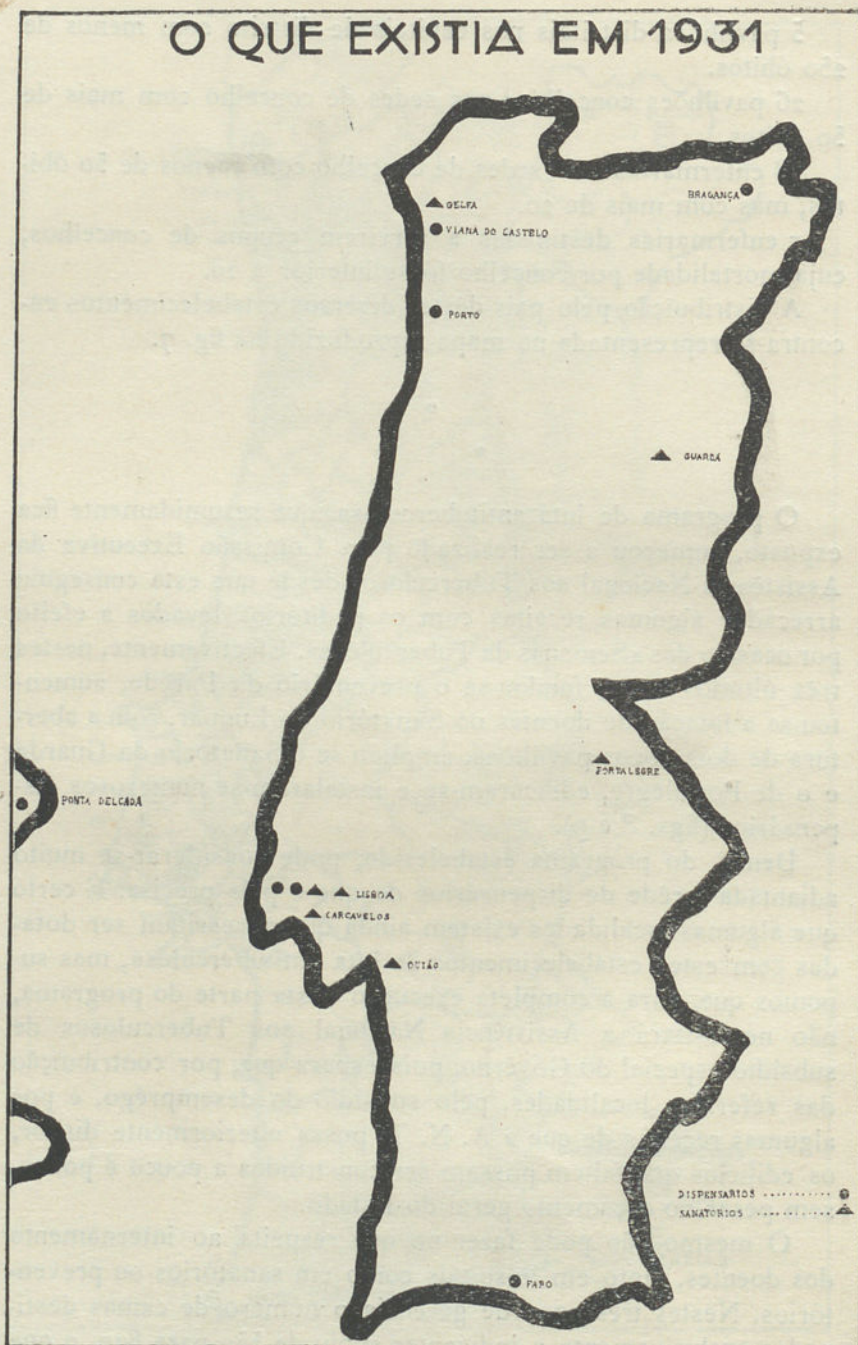
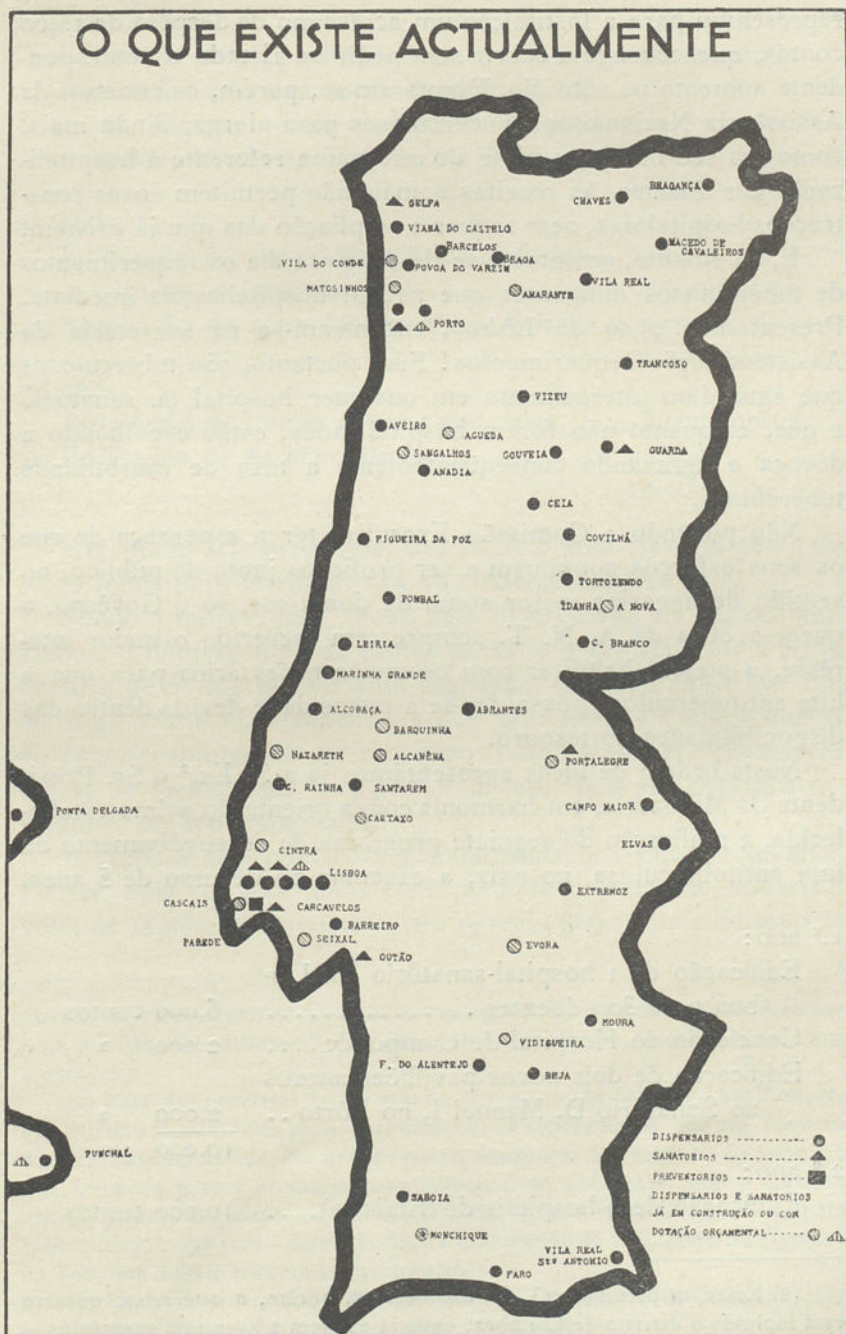


Fig. 8



representou para a Instituição um acréscimo de despesa de 1.400 contos, que conseguiu cobrir sem pedir ao Estado o correspondente aumento no subsídio. Esgotaram-se, porém, os recursos da Assistência Nacional aos Tuberculosos para alargar ainda mais, como era seu desejo, a parte do programa referente à hospitalização dos doentes. As receitas actuais não permitem novas construções hospitalares, nem sequer a ampliação das que já existem.

E, no entanto, amontoam-se de dia para dia os requerimentos de tuberculosos indigentes que pedem hospitalização imediata. Presentemente, só de Lisboa, encontram-se na secretaria da Assistência 750 requerimentos! São, portanto, 750 tuberculosos que aguardam internamento em qualquer hospital ou sanatório e que, enquanto não forem hospitalizados, estão espalhando a doença e agravando conseqüentemente a taxa de morbilidade tuberculosa.

Não podendo a Comissão Executiva ter a esperança de que os seus esforços continuem a ser profícuos junto do público, no sentido de angariar maior soma de donativos, só o Govêrno, a quem a obra da A. N. T. sempre tem merecido o maior interesse, a poderá habilitar com os meios necessários para que a luta antituberculosa possa dar-se a intensidade devida dentro das disponibilidades do tesouro.

Nesta ordem de ideas apresentámos já a S. Ex.^a o Sr. Presidente do Ministério, em harmonia com a orientação acima estabelecida, a realização do seguinte programa de desenvolvimento da luta antituberculosa, no país, a executar no decurso de 5 anos.

1.º ano:

Edificação de 1 hospital-sanatório em Lisboa para 300 doentes	6.000 contos
Conclusão do Hospital de Campolide	2.000 »
Edificação de dois novos pavilhões anexos ao Sanatório D. Manuel I, no Pôrto ..	2.000 »
	<u>10.000 »</u>

2.º ano:

Edificação de 9 hospitais distritais (1)....	10.000 contos
--	---------------

(1) Estavam previstos 13. Se atendermos, porém, a que neste número está incluído o distrito de Coimbra, onde já existem 2 hospitais-sanatórios, o

3.º ano :		
Edificação de 26 pavilhões (1).....	8.100 contos	
Edificação de 2 sanatórios-marítimos, um no Algarve, outro no centro do país (podendo ser na Figueira da Foz)....	<u>1.900</u> »	
	10.000	»
4.º ano :		
Edificação ou adaptação de 80 enferma- rias de isolamento (2).....	8.000 contos	
Ampliação da zona sanatorial da Guarda	<u>2.000</u> »	
	10.000	»
5.º ano :		
Ampliação de outras zonas sanatorias...	3.000 contos	
Edificação de 14 preventórios.....	<u>7.000</u> »	
	10.000	»

Executado êste programa, dentro de 5 anos haveria perto de 7.500 leitos para internamento dos tuberculosos do país.

Sendo a mortalidade anual, pela tuberculose, de 12.000 indivíduos, o número total de camas passaria a ser superior a 50% da cifra de óbitos oficialmente registada. Consideramos êste número já razoável, atendendo a que nem todos os tuberculosos do país necessitam de ser socorridos pelo Estado, por possuírem meios de fortuna que lhes permitem fazer face aos encargos resultantes do seu tratamento.

A verba a dispender com a manutenção dos estabelecimentos a criar, uma vez concluidos e em pleno funcionamento, andaria à volta de 18.000 contos anuais, isto é, seria pouco mais de metade

distrito de Viseu, que tem já dotação consignada no orçamento para êsse fim e os distritos de Lisboa e Pôrto, reduz-se a 9 o número de estabelecimentos a construir.

(1) Estavam previstos 31. Se atendermos a que na Guarda e em Portalegre existem já pavilhões para internamento de tuberculosos, que em Tondela a mortalidade é devida, em grande parte, aos óbitos ocorridos no Caramulo e que Coimbra possui armamento antituberculoso suficiente para o distrito, visto o número de leitos existentes ser quasi igual à mortalidade anual pela tuberculose, o que torna desnecessária a construção de 1 pavilhão na Figueira da Foz, fica aquele número reduzido a 26.

(2) Estavam previstas 85. 5 eram referentes ao distrito de Coimbra, cuja construção é desnecessária, pelas razões apontadas.

da importância anualmente absorvida pelos Hospitais Civis de Lisboa.


O que nos parece indispensável para que a luta antituberculosa entre em fase de actividade progressiva e intensa é que a organização da campanha contra a doença pertença a um organismo único a que estejam subordinadas tôdas as boas vontades individuais e colectivas.

É preciso evitar que a luta se disperse por pequenos organismos locais, independentes, muitas vezes sem recursos apreciáveis, vivendo à sombra de donativos insuficientes para uma campanha proveitosa. É necessário que a verba atribuída pelos Governos à luta contra o mal se não divida em múltiplas parcelas, destinadas, é certo, a contribuir para a construção de estabelecimentos antituberculosos em diversos pontos do país, mas sem plano estabelecido, sem fundamentada orientação, dependentes apenas de solicitações locais junto das estâncias superiores.

Em países pequenos como o nosso não se justificam, na verdade, as organizações regionais. Se o combate contra o mal se limitasse à simples construção e manutenção de edifícios hospitalares, os núcleos locais poderiam ter vida absolutamente independente. Mas não. O armamento antituberculoso compõe-se, como vimos, de diversos elementos vivendo em estreita relação. A luta em cada distrito, para ser perfeita e eficaz, exigiria, portanto, além do hospital e dos dispensários, os preventórios, os sanatórios de altitude e os sanatórios marítimos. O hospital só por si não basta.

Construir nos diversos distritos pequenas organizações completas seria obra perfeita, não há dúvida, mas, além de extremamente dispendiosa, de realização impossível. Efectivamente, a situação geográfica do país não permite que dentro de regiões demarcadas se possam edificar todos os elementos que constituem o armamento antituberculoso. Ou não têm elevações montanhosas para os sanatórios de altitude, como o distrito de Aveiro, ou lhes falta a beira-mar para os sanatórios marítimos e certos preventórios, como o de Viseu, ou possuem apenas áreas extensas de planície, como o de Beja.

A luta contra a doença, para que seja proveitosa, além de económica, exige, repetimos, que se concentre o seu comando num organismo único com largas atribuições e directamente



**Não é uma terapêutica
sintomática, mas sim
uma ação específica
sobre o processo pato-
lógico do reumatismo
articular e muscular,
do lumbago e da ciá-
tica, que se consegue
por meio da**

Novalgina

M. R.

**derivado da antipirina de ação potenciada.
Diminuição rápida da inflama-
ção e desaparecimento das dores.
Isenta das ações acessórias dos salicilatos.
Tolerância ótima, mesmo em doen-
tes cardíacos e de idade avançada.
Administração por via oral e parentérica.**



M. R.

**EMBALAGENS ORIGINAIS:
Tubo de 10 comprimidos de 0gr.50
Caixa de 10 ampolas de 1 cc. da sol. a 50%**

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,³ / LISBOA

Port. 213/3104



Estimulação dos órgãos da hematogenese e modificação persistente do metabolismo por meio do

Campolon

M. R.

preparado de fígado injetável e altamente eficaz

Indicações: Anemia perniciosa / Anemia e caquexia como consequência de doenças consumptivas / Anemias de etiologia desconhecida / Para auxiliar as convalescenças



M. R.

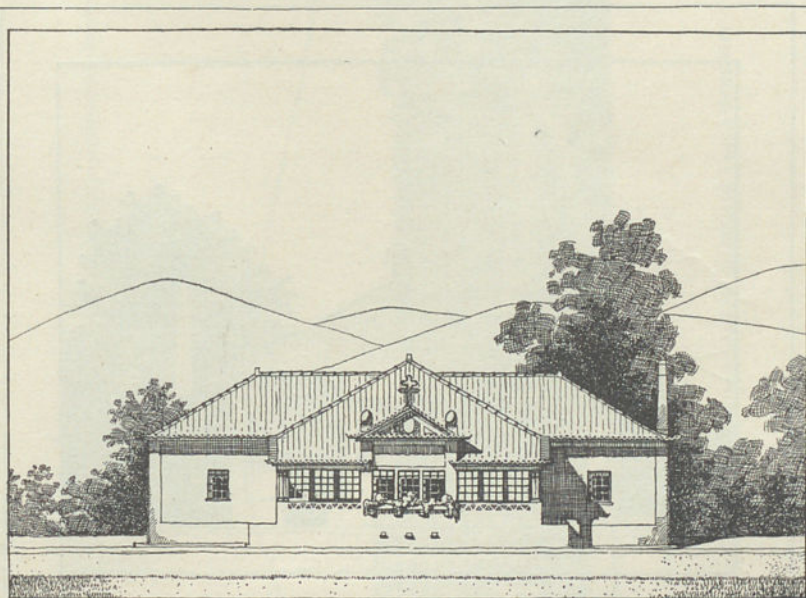
EMBALAGEM ORIGINAL:
Caixa com 5 ampolas de 2 cc.

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,³ / LISBOA

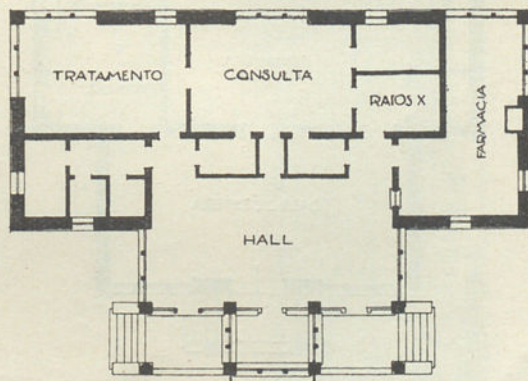
dependente do Ministério do Interior ou de outro Ministério especialmente encarregado da saúde pública e assistência.

A não ser seguida esta orientação e a manterem-se pretenciosos núcleos locais de luta antituberculosa, os resultados práticos da campanha contra a doença continuarão sendo insignificantes, os largos subsídios concedidos pelo Govêrno improdutivo e o agravamento e dispersão do mal cada vez mais intensos e inquietantes.

Alguns projectos
de
Dispensários e de Sanatórios da A. N. T.



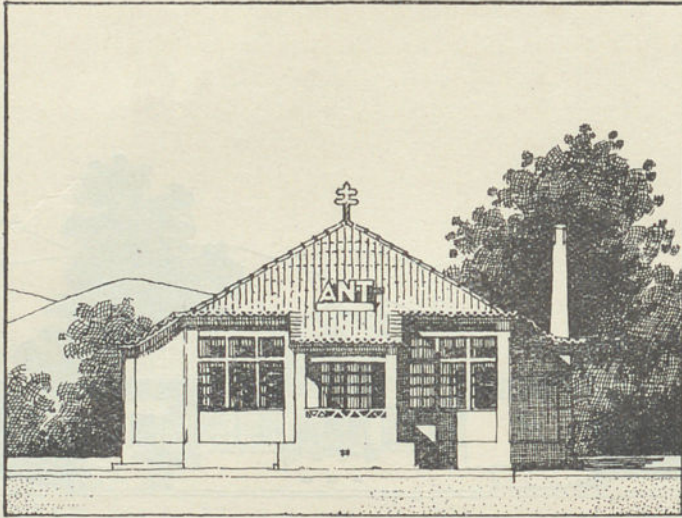
ALÇADO
ASSISTÊNCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS
DISPENSARIO DISTRICTAL



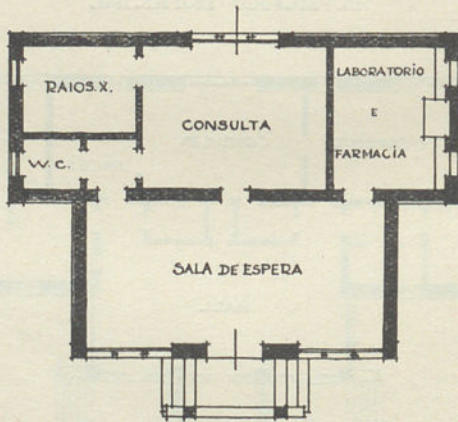
PLANTA

CARLOS RAMOS ARQ^{to}

Dispensário distrital



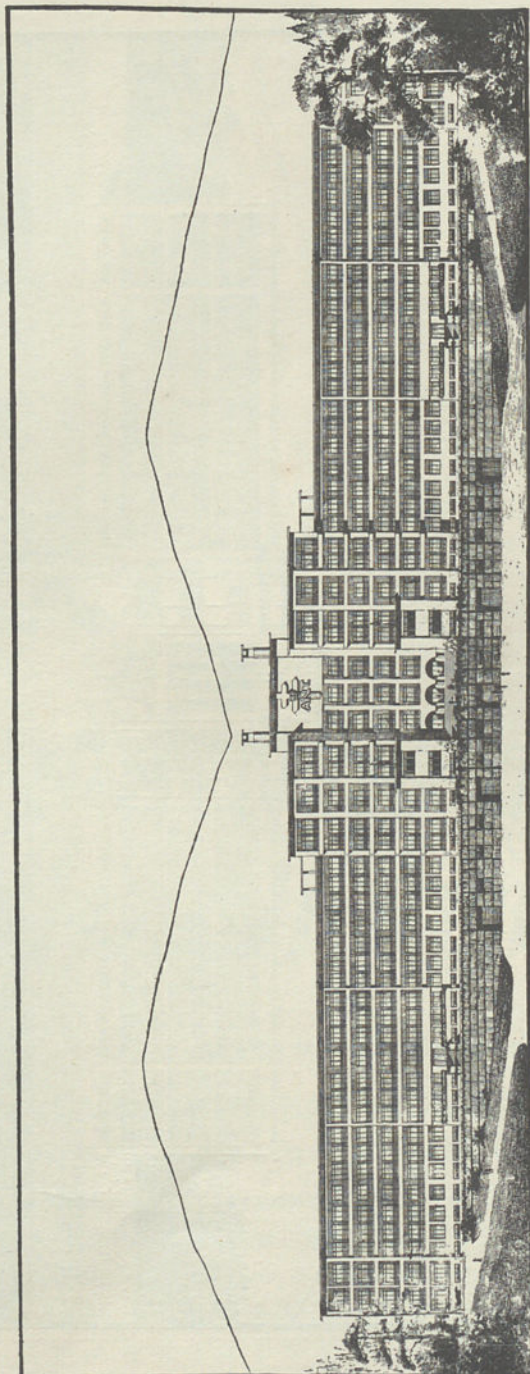
ALÇADO



PLANTA

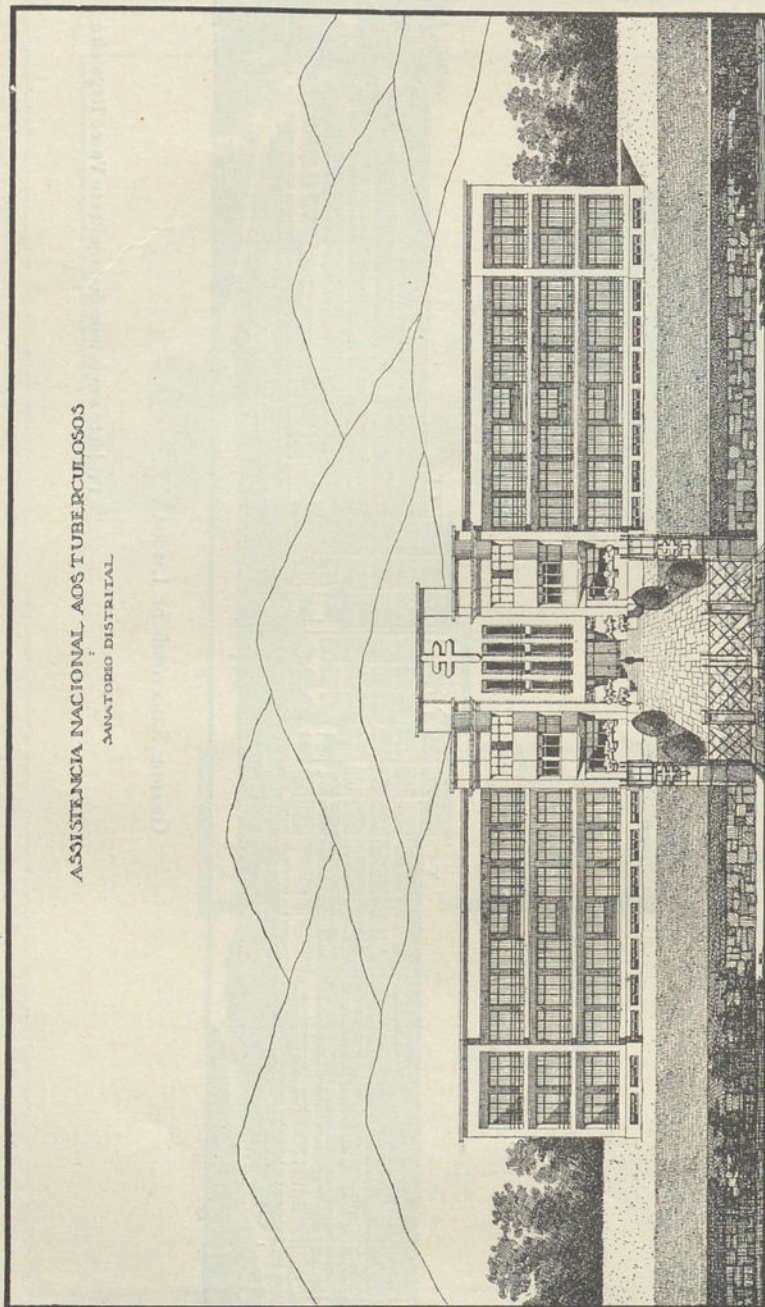
CARLOS RAMOS ARQ.

Dispensário concelhio



GRANDE SANATÓRIO DE LISBOA

Projecto em estudo do architecto Vasco Regaleira



ASSISTENCIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS
SANATÓRIO DISTRITAL

HOSPITAL-SANATÓRIO DISTRITAL

Projecto do architecto Vasco Regaleira



Novidade

Solução de Amphotropina

M. R.

Para injeção intravenosa

**Efeito antiseptico o mais energético
sobre o bacinete e as vias urinarias**

Melhoria surpreendentemente rápida mesmo nas piurias
e cistites crônicas rebeldes a todo tratamento usual.

Indicações: Afeções infecciosas crônicas e enfermidades febris
agudas das vias urinarias; doenças biliares e meningite.

EMBALAGENS ORIGINAIS:
Caixa com 1 ampola de 20 c.c. - Caixa com 5 ampolas de 20 c.c.



M. R.

»LUSOPHARMA«, Rua dos Douradores 150,³ / LISBOA

Port. 213/3104



PADUTINA

M. R.

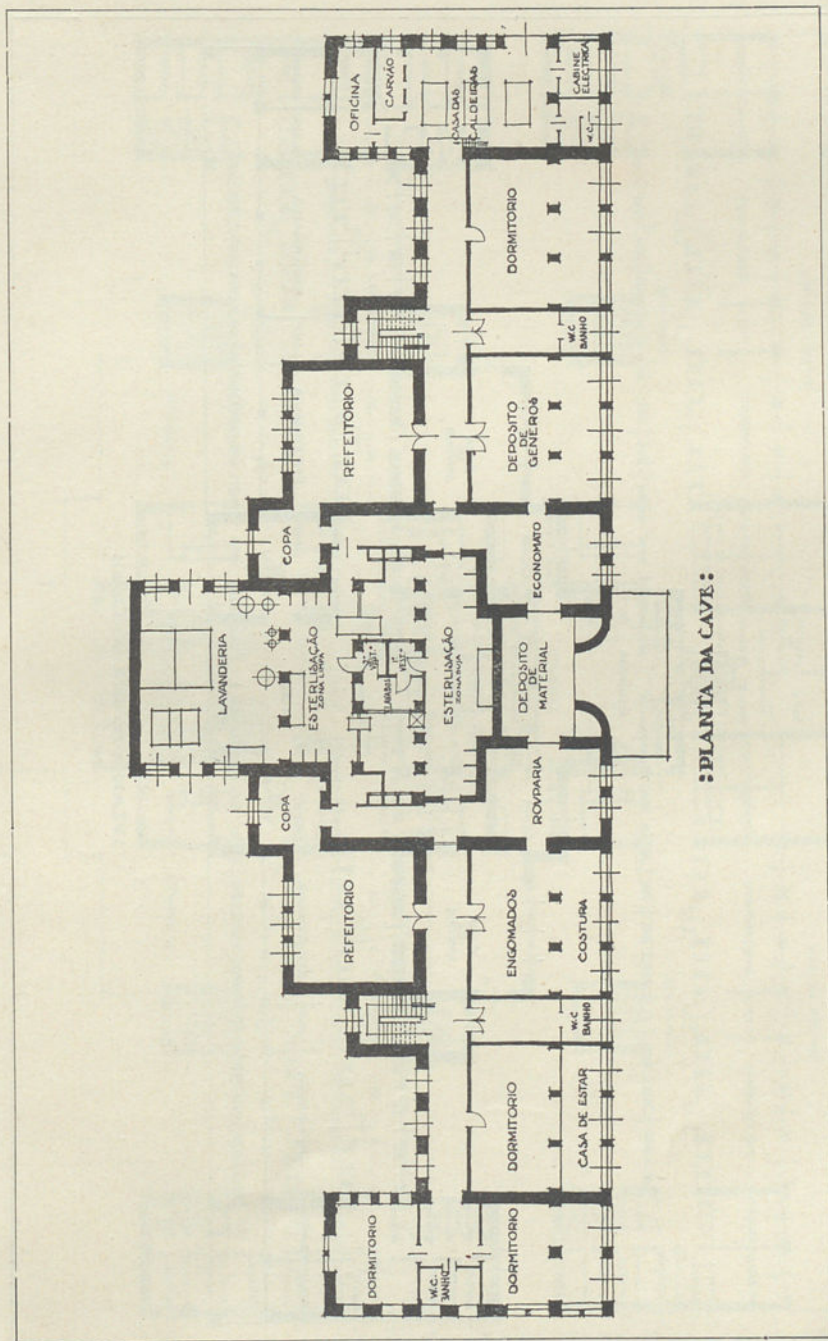
Hormonio circulatorio, segundo Frey-Kraut, com ação anti-espasmodica especifica sobre os vasos da periferia e com efeito regulador sobre a circulação e sobre a pressão sanguinea.

Para o tratamento dos espasmos vasculares e das perturbações nutritivas dos tecidos causadas por insuficiente irrigação sanguinea, hipertensão, claudicação intermitente, sensação de frio nos pés e nas mãos, perturbações do climaterio, feridas de cicatrização difficil e ulcerações troficas.

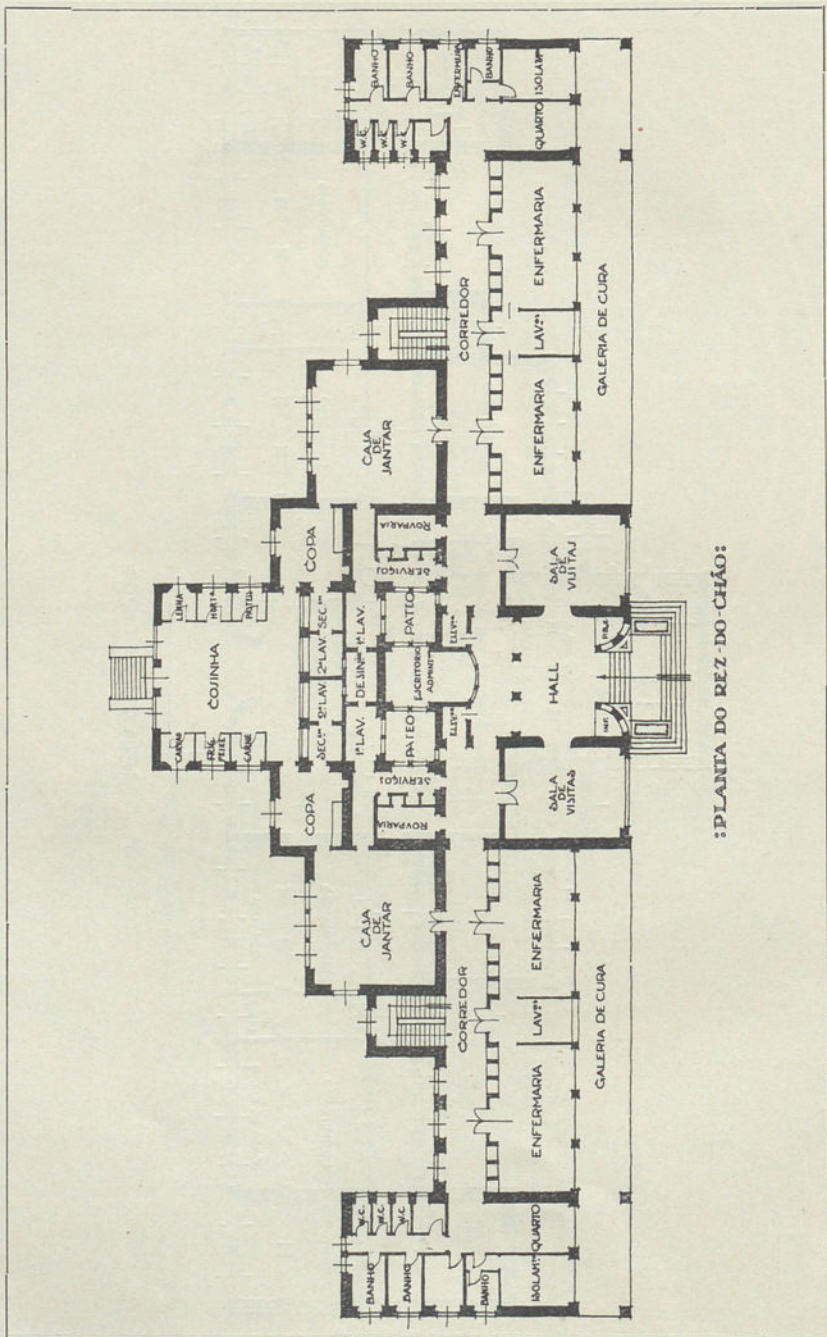
Embalagens originais: Caixa com 5 ampolas (1 c.c. = 2 unidades biologicas) para administração parenterica. Frasco com 10 c.c. (1 c.c. = 7 unidades biologicas) para administração por via oral.



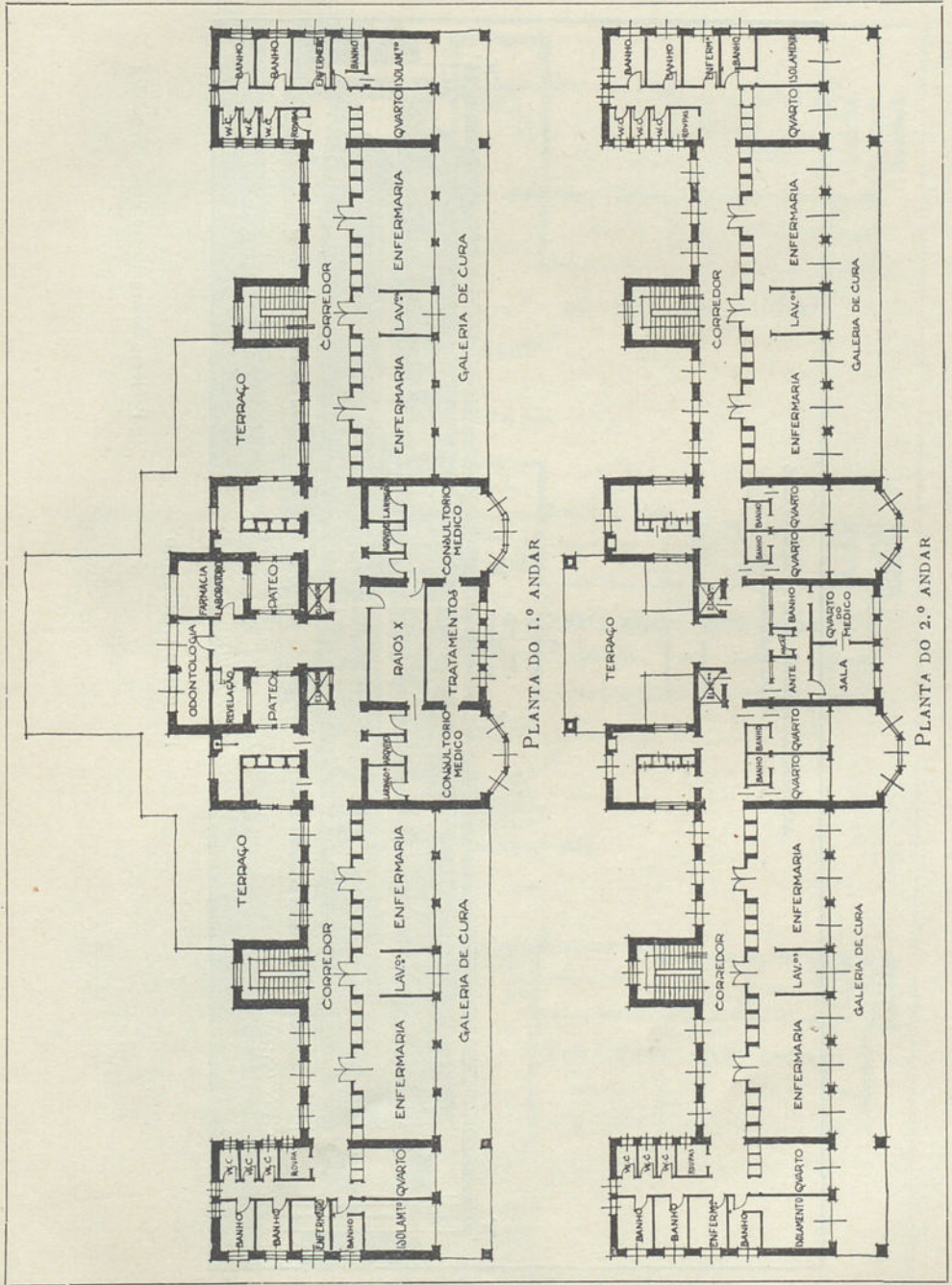
M. R.

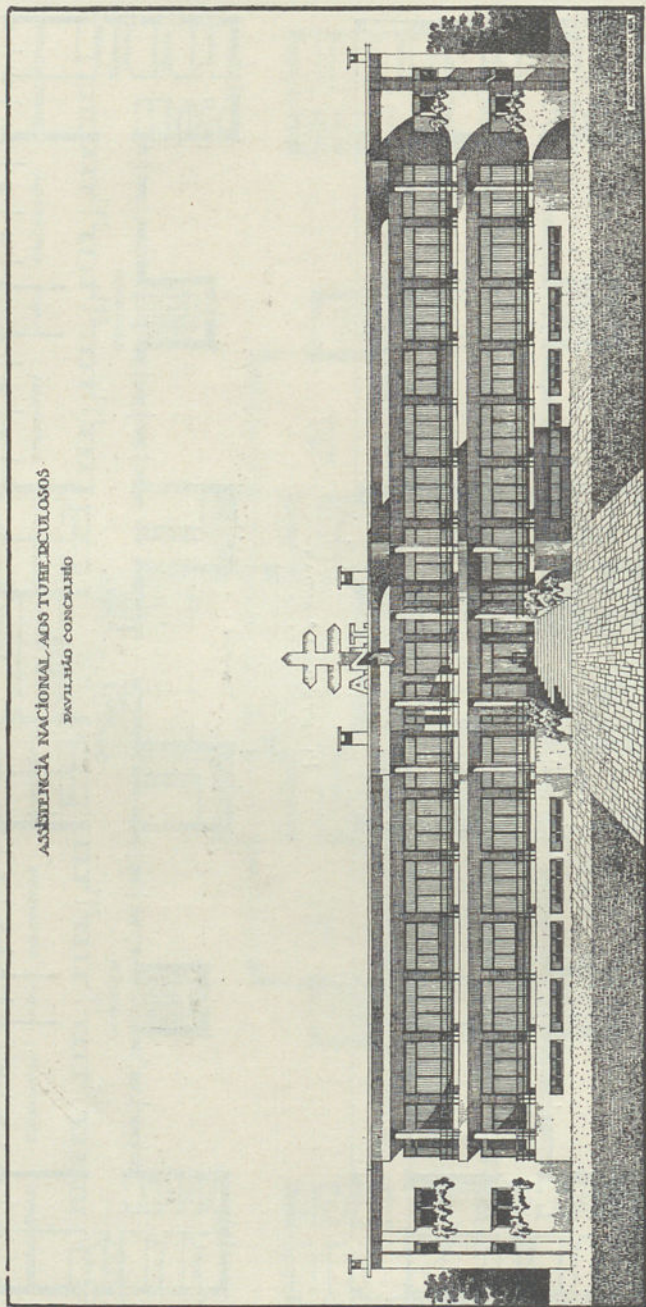


: PLANTA DA CAVE :



: PLANTA DO REZ-DO-CHÃO:

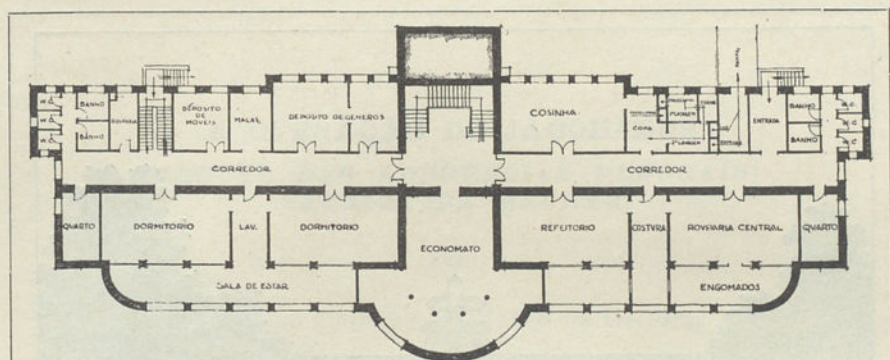




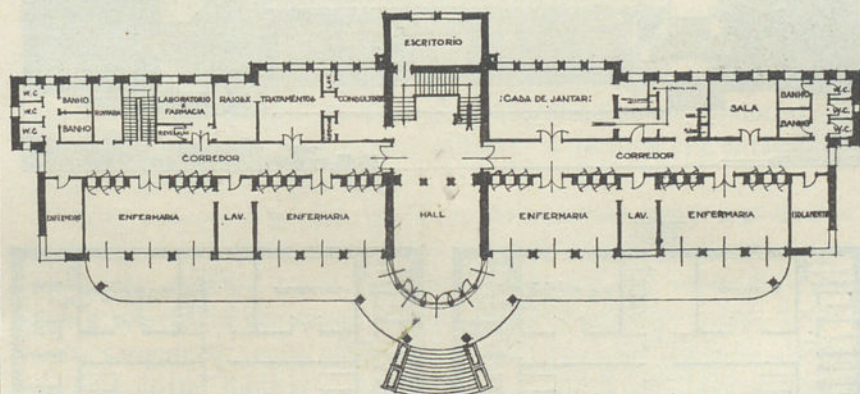
ASSOCIACIA NACIONAL AOS TUBERCULOSOS
PAVILHAO CONCELHEIRO

PAVILHÃO CONCELHEIRO

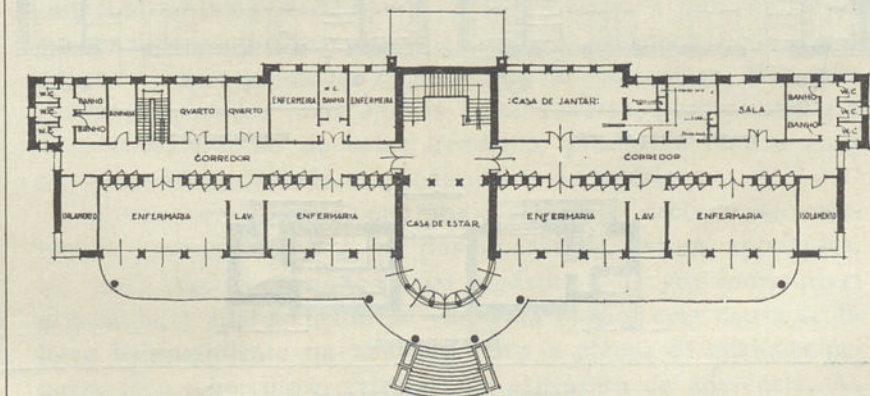
Projecto do architecto Vasco Regaleira



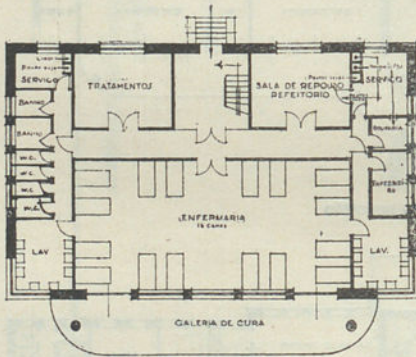
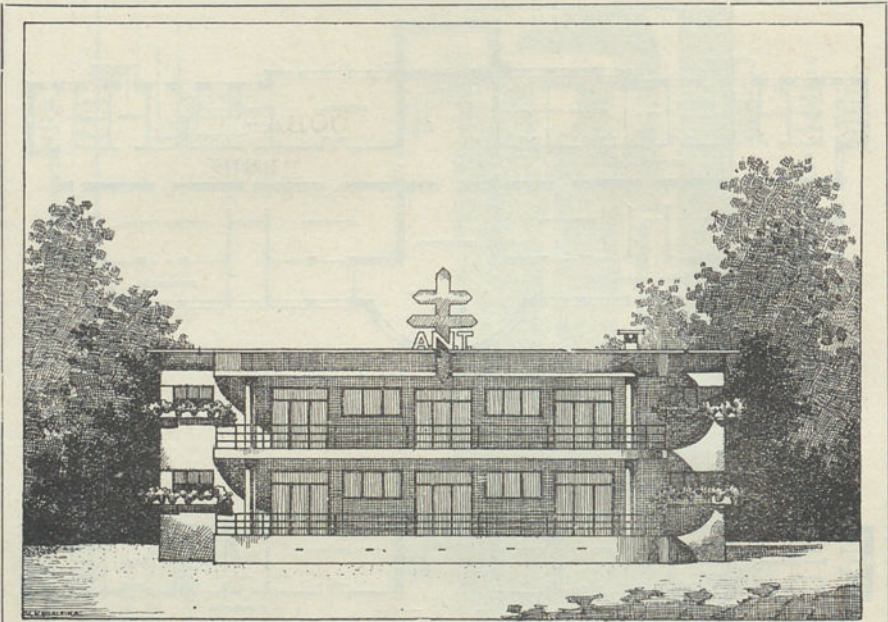
PLANTA DA CAVE



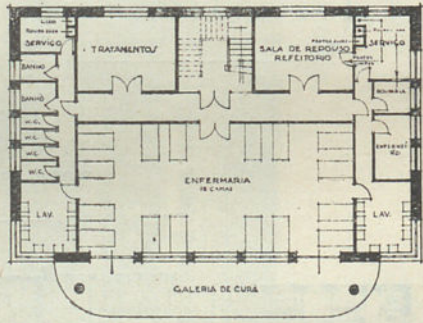
PLANTA DO REZ-DO-CHÃO



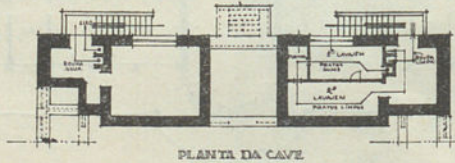
PLANTA DO 2º ANDAR



PLANTA DO 1.º ANDAR



PLANTA DO 2.º ANDAR



PLANTA DA CAVE

ENFERMIARIAS CONCELHIAS

Projecto do architecto Vasco Regaleira

A OPERAÇÃO DE JACOBÆUS
(SECÇÃO DAS ADERÊNCIAS PLEURALS)
TÉCNICA DE MAURER

POR

LOPO DE CARVALHO e VASCO DE LACERDA

Em 1929 publicámos no jornal *Lisboa Médica* um pequeno trabalho sôbre a operação de Jacobæus. Nêle fizemos larga referência aos três primeiros casos que operámos e descrevemos pormenorizadamente o método adoptado. Tendo um de nós assistido a intervenções feitas por Jacobæus, em Estocolmo, e por Cova, em Milão, servimo-nos naturalmente de material cirúrgico idêntico ao que vimos utilizar. A técnica era então a da simples galvano-cauterização.

Este processo, porém, dava freqüentemente lugar a acidentes susceptíveis de perturbar o operador e de provocar, mesmo, a morte do doente: era o caso da hemorragia dos vasos arteriais que a aderência porventura contivesse na sua espessura. A corrente sanguínea, sendo nêles centrípeta, isto é, dirigindo-se da superfície costal para o pulmão, o vaso seccionado, ao ressecar a aderência, era, portanto, susceptível de sangrar e, em certos casos, com tal intensidade que chegava a inundar a cavidade pleural. Se a corrente fôsse centrífuga, tal não sucederia, visto que o próprio colapso pulmonar se encarregaria de a deter. Mas, não sendo, o operador tinha apenas como recurso, para provocar a hemóstase, a acção do calor irradiante produzido com a ansa incandescente, colocada na proximidade da artéria.

À parte este acidente, que podia surgir no decurso da intervenção, outras complicações post-operatórias eram apontadas. De entre elas merecia especial cuidado, pela sua indiscutível gravidade, o aparecimento do empiema tardio, cuja causa se filiava habitualmente na abertura para a pleura de qualquer pequeno foco tuberculoso existente na espessura da aderência. As observações anatómicas demonstraram, com efeito, que em dois

têrços das bridas cordoniformes e membranosas se encontrava, na sua espessura, tecido pulmonar. A secção, para não atingir o parênquima, deveria, pois, ser efectuada junto da parede costal.

A cauterização feita nessa zona, em ordem a desinserir o tópo externo, tinha, no entanto, grave inconveniente: além de extremamente dolorosa, era susceptível de dar lugar a hemorragias abundantes, pela intensa vascularização existente junto das inserções e bem assim pela laceração, sempre possível, de qualquer vaso intercostal, cuja laqueação não se poderia realizar sem abrir largamente o tórax. Ora, como era conveniente evitar as hemorragias, mesmo que fôssem pequenas, por constituírem habitualmente causa da exsudação pleural e do empiema consecutivo, compreende-se que a descorticação, a-pesar das enormes vantagens que se lhe atribuíam, dava lugar, por sua vez, a situações graves, que a boa técnica aconselhava evitar.

Em face dêste dilema, Maurer, do Sanatório de Guardaval, em Davos, foi levado ao estudo dos meios conducentes a reduzir as complicações apontadas.

Procedeu primeiramente, com I. Franz, ao estudo anatómico das aderências e verificou que da sua forma e aspecto se podiam tirar indicações sôbre a composição histológica. Dividiu-as em quatro tipos, representados esquematicamente na fig. 1.

No tipo I, nem a inserção pulmonar, nem a inserção torácica têm superfície de implantação triangular. São filiformes e em cordão, e provêm, segundo afirma, de sínfises pleurais recentes, isto é, ligeiramente anteriores à criação do pneumotorax. Têm grande elasticidade, que lhes permite fácil distensão. A sua cauterização não dá lugar a quaisquer complicações.

No tipo II, a inserção torácica é larga e a pleura costal encontra-se elevada em forma de tenda. São ordinariamente fibrosas e, por conseqüência, de difficil distensão.

No tipo III estão incluídas as aderências em forma de cone. Têm quási sempre na sua espessura tecido pulmonar e envolvem, em muitos casos, prolongamentos cuneiformes de cavidades vizinhas. É o tipo que habitualmente se encontra e, como se depreende da sua estrutura, o que dá mais facilmente lugar, quando seccionada a aderência, aos empiemas pleurais, que complicam a intervenção.

Finalmente, no tipo IV ambas as inserções apresentam base

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

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

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

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

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

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

ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAINÉ

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

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

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

Um novo produto Schering

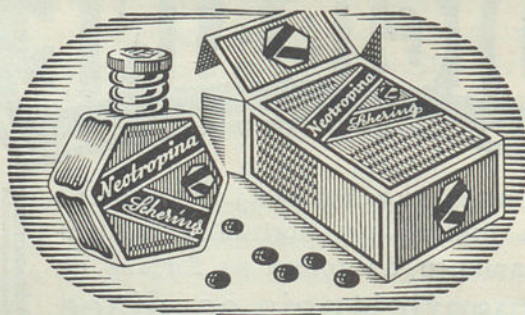
NEOTROPINA

Preparado córante
para o tratamento das infecções do
aparelho genito-urinário.

VANTAGENS ESPECIAIS:

- 1 *Acção bactericida intensa*
- 2 *Alto poder de penetração*
- 3 *Efeito sedativo nas inflamações*

Especialmente indicado no tratamento da
blenorragia. Dá bons resultados nos casos de pielite
e cistite rebeldes aos outros tratamentos.



Embalagem original: Frascos com 20 dragêas de 0,10 gr.

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIM

Os nossos concessionários:

Schering S. A. Portuguesa de Responsabilidade Limitada
Largo da Anunciada 9-2^o, Apartado 279, Lisboa

larga de implantação, o que lhes faz tomar aspecto de ampu-
lheta. As infecções endógenas resultantes da sua secção são mais

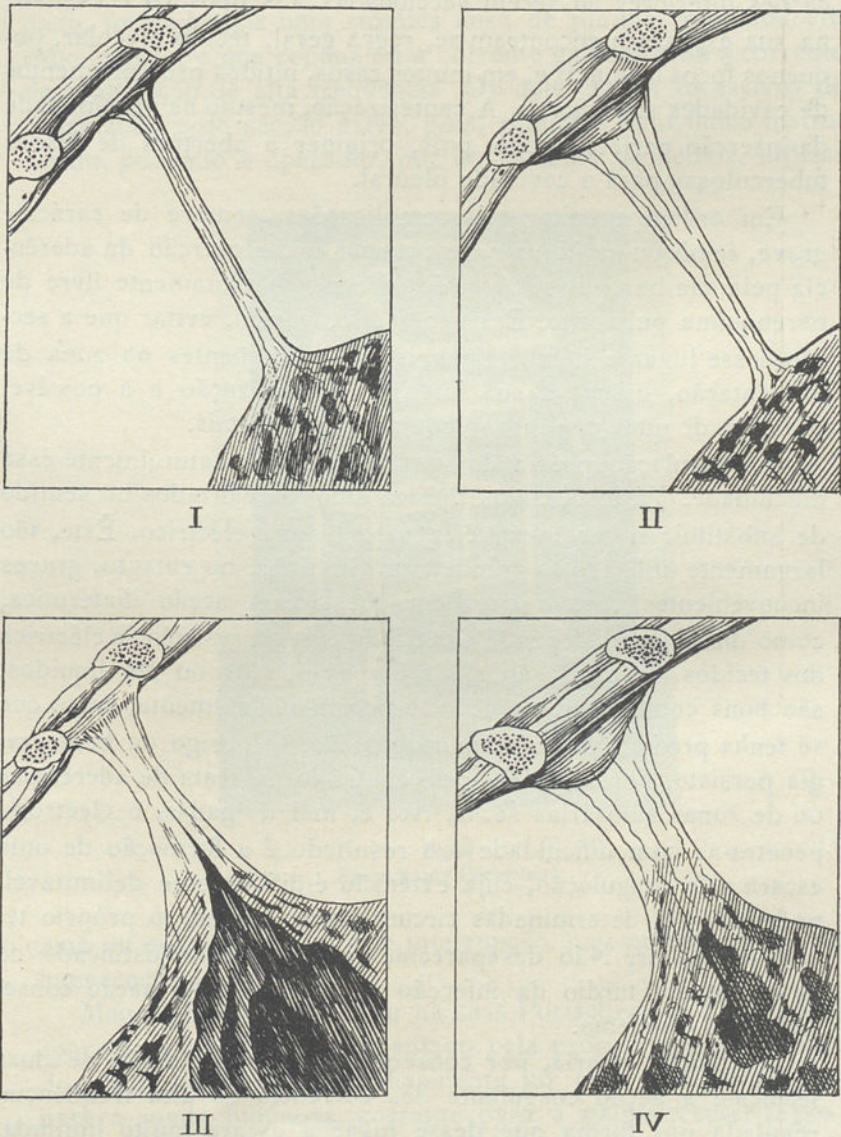


Fig. 1

raras do que nas do tipo anterior, muito embora a sua cauteri-
zação não seja isenta de perigo.

Os tipos I e II compreendem, portanto, as bridas simples, sem participação pulmonar, destituídas, por consequência, de complicações ulteriores ao serem seccionadas. Os tipos III e IV não; na sua espessura encontram-se, regra geral, tecido alveolar, pequenos focos lesionais e, em muitos casos, nítidos prolongamentos de cavidades superficiais. A cauterização, mesmo na proximidade da inserção parietal, pode, pois, originar a abertura de lesões tuberculosas para a cavidade pleural.

Em ordem a evitar tais complicações, sempre de carácter grave, lembrou-se Maurer de praticar a desinserção da aderência pela sua base costal, isto é, em zona absolutamente livre de parênquima pulmonar. Era necessário, porém, evitar que a secção desse lugar a hemorragias, sempre freqüentes na zona de implantação, graças à sua intensa vascularização e à possível abertura de qualquer ramo dos vasos intercostais.

A coagulação prévia dos tecidos resolvia naturalmente essa dificuldade. Vários ensaios tinham sido já realizados no sentido de substituir o termo-cautério pelo bisturi eléctrico. Este, tão largamente utilizado na grande cirurgia, tinha, no entanto, graves inconvenientes para o caso em questão. A acção diatérmica, como diz Maurer, depende essencialmente da resistência eléctrica dos tecidos. Se estes são ricos em exsudados ou em líquidos, são bons condutores; o electrodo corta-os facilmente, antes que se tenha produzido suficiente coagulação. O perigo da hemorragia persiste, portanto. Se, pelo contrário, se trata de aderências ou de zonas sinfisárias secas, isto é, mal irrigadas, o electrodo penetra-as com dificuldade e o resultado é a formação de uma escara por coagulação, cuja extensão é difficilmente delimitável, podendo, em determinadas circunstâncias, atingir o próprio tecido pulmonar. Não desaparecia, pois, o receio justificado do aparecimento tardio da infecção pleural e da formação consecutiva do empiema.

A solução estaria, por consequência, na associação de duas técnicas: a acção coagulante das correntes de alta freqüência, regulada por forma que desse lugar a escara muito limitada, mas sufficientemente intensa para poder provocar, sendo preciso, a coagulação dos próprios vasos intercostais, e a galvanocauterização consecutiva das zonas previamente coaguladas, em ordem

a fazer, por desinserção do tampo exterior da brida, a sua separação da parede torácica.

Foi o que Maurer conseguiu com o chamado cautério combinado, formado por uma simples ansa de platina, montada em cabo isolado, e que conduz ou a corrente galvânica ou a corrente de coagulação de alta frequência. Os dois efeitos sucessivos de coagulação e de secção estão, pois, reunidos num único instrumento, podendo o operador, por um sistema de pedais, utilizar

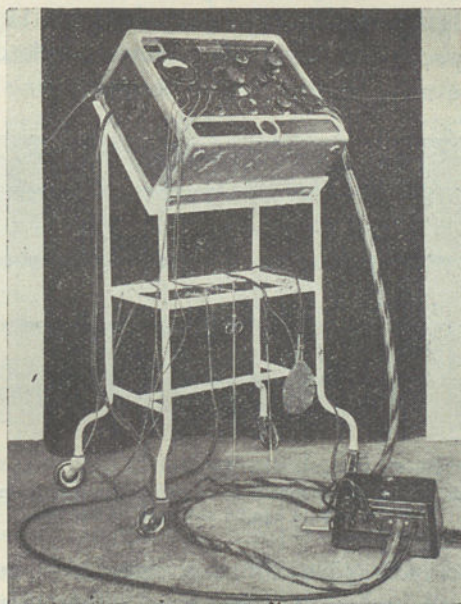


Fig. 2
Aparelho de Purtschert

uma ou outra corrente, sem interrupção, mesmo temporária, da intervenção.

Maurer mandou construir na casa Purtschert, de Lucerna, um aparelho especial que, alimentado pela própria corrente alterna do sector, fornece simultaneamente luz para o toracoscópio e para a sonda luminosa, corrente para a galvanocauterização e corrente diatérmica. O exame da fig. 2 dispensa-nos de qualquer descrição pormenorizada do referido aparelho.

A técnica seguida por Maurer é idêntica à de Jacobæus, no

que respeita à pleuroscopia. Prática, porém, correntemente, a chamada sondagem de orientação pleural, antes da introdução do trocarte destinado ao pleuroscópio. A agulha de Saugmann, com o respectivo mandril, permite, na verdade, explorar o campo pleural na vizinhança do ponto escolhido para a punção e verificar se alguma aderência em véu fino, que tivesse escapado ao exame radioscópico, não poderá perturbar o exame endotorácico.

Para o estudo de certas bridas, no que respeita à vascularização, espessura e constituição, fêz construir Maurer sondas especiais (vidé fig. 3) munidas de uma minúscula lâmpada que, por dispositivo especial, pode ser colocada pelo lado de traz de qualquer aderência membranosa, o que permite, por simples transilu-

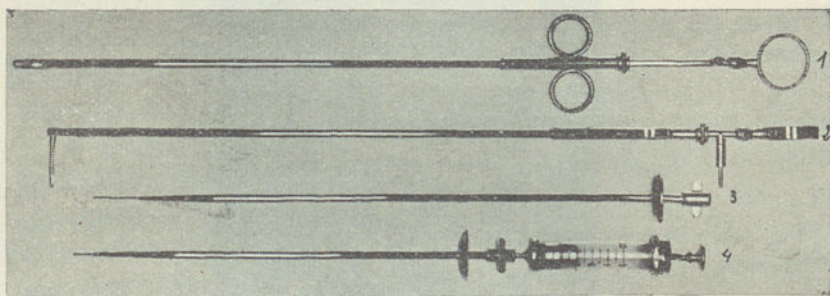


Fig. 3

1 e 2—Sonda de transluminação. 3—Agulha para anestesia endo-pleural.
4—A mesma agulha montada na seringa.

minação, tirar indicações sôbre a opacidade ou transparência desta e, conseqüentemente, sôbre a possível existência de tecido pulmonar na sua espessura.

Fêz ainda o mesmo autor construir um tipo de agulhas com 30 a 35 centímetros de comprimento, que se amoldam às camisas dos trocartes e com as quais se realiza, sob o *contrôle* da visão pleuroscópica, a anestesia endo-pleural da zona aderencial, ou dos próprios nervos intercostais, entre a inserção da aderência e o *raquis*. Sem o mínimo incômodo para o doente consegue-se, desta forma, proceder à diatermocoagulação que, sem anestesia, seria dolorosíssima, em virtude da extrema sensibilidade da pleura.

Uma das vantagens do aparelho de Purtschert é poder conhecer-se a cada momento a natureza do tecido em que se encontra a ansa do cautério. A leitura do amperómetro esclarece, com

feito, a sua situação. Se o cautério se encontra, por exemplo, em contacto com tecidos muito irrigados ou na proximidade de qualquer vaso, ao passar a corrente diatérmica o amperómetro começa por acusar 0,3 amperes, ou mesmo mais, em virtude da fácil condutibilidade da corrente, e, à medida que a coagulação se estabelece, vai a intensidade diminuindo gradualmente até a agulha se avizinhar do zero. Um assistente, comunicando as modificações sucessivas que o amperómetro regista, pode, pois, fornecer ao operador elementos que lhe permitam praticar com tãda a segurança a coagulação na zona necessária e suficiente para prevenir qualquer hemorragia no momento da secção galvânica. O que é indispensável é que esta se não execute sem o estabelecimento prévio de completa e perfeita coagulação, facilmente apreciável, como vemos, pela simples leitura do amperómetro referido. É um trabalho minucioso, é certo, e por vezes demorado, mas o facto é que dá ao operador determinadas garantias quanto à prevenção das hemorragias e das conseqüentes infecções pleurais.

Fazendo-se, não o corte da aderência, mas a sua desinserção, junto ao periósteo das costelas ou mesmo em pleno músculo intercostal, por forma a evitar a secção de tecido pulmonar são ou tuberculoso, que porventura se encontre na sua espessura, ficam então asseguradas tãdas as condições tendentes ao bom resultado do acto operatório.

A intervenção, aparentemente simples, requiere, da parte do operador, não só certa habilidade manual, como também prévia educação dos movimentos a realizar sob a visão pleuroscópica, que não só inverte as imagens, como aumenta ou diminue consideravelmente os objectos ao seu alcance, consoante a distância a que dêle se encontram. Para o principiante um dos momentos mais difíceis da intervenção é, sem dúvida, o de conduzir a ansa de platina à base da aderência que pretende seccionar. Consegue, no entanto, vencer de início essa dificuldade, desde que vigie sob pleuroscopia a penetração do segundo trocarte, e, uma vez o cautério introduzido, o não perca de vista na trajectória de marcha lenta, que tem de lhe imprimir. O movimento combinado do cautério, por um lado, e do toracoscópio, por outro, permite, na verdade, guiar, sem grande dificuldade, a ansa galvânica de encontro à aderência escolhida.

O que é absolutamente indispensável em operações desta natureza é que o operador nunca execute quer a electrocoagulação, quer a secção galvânica, sem ter a perfeita visibilidade da zona em que deseja intervir.

*

*

*

Utilizando a técnica de Maurer, operámos, no decurso do presente ano lectivo, alguns doentes da actual clínica de Doenças Pulmonares. Foram lisonjeiros os resultados obtidos, como poderá deprender-se da leitura de algumas histórias clínicas que a seguir publicamos.

Parece-nos que o método deveria ter entre nós mais larga aplicação, pois, sendo isento de complicações, permite transformar muitos colapsos parciais em pneumotorax totais, destruindo aderências que se implantam junto dos focos activos do processo e que impedem, conseqüentemente, a cura das lesões.

OBSERVAÇÃO I

J. F. A., de 45 anos de idade, casado, natural de Elvas e residente em Lisboa. Admitido na Clínica Propedêutica em 9 de Outubro de 1933. Tuberculose do lobo superior direito, com cavidade ao nível do primeiro espaço intercostal. Temperaturas a 37°,5. Expectoração abundante com bacilos de Koch (escala Gafky IV). Submetido ao tratamento pelo pneumotorax artificial, fêz insuflações durante três meses. Melhorou. A temperatura desceu para 37°,2, a expectoração, sempre bacilifera, reduziu-se a 15 cc. nas vinte e quatro horas. Aumentou 3 quilogr. de pêso. Um exame radiográfico feito em Janeiro de 1934, mostrava o pulmão direito parcialmente colapsado com uma aderência cordoniforme, cuja inserção parietal se fazia na segunda costela ao nível da linha axilar posterior (fig. 4).

Em Janeiro de 1934 foi-lhe feita a operação de Jacobaeus. Introduzido o trocar, depois de prévia anestesia local pela novocaína, no quarto espaço intercostal, junto da linha axilar média, mostrou o exame pleuroscópico que a cavidade estava livre na sua quasi totalidade, muito embora o lobo inferior do pulmão se encontrasse distendido a ponto de não ser visível a cúpula diafragmática. Uma aderência cordoniforme de cor cinzenta, com 4 mm. de espessura, mantinha repuxado o lobo superior do pulmão em direcção à linha axilar posterior. A parede costal apresentava-se coberta por pleura transparente, as costelas bem visíveis e a rêde dos vasos periosteos com a aparência normal. O pulmão, na metade inferior, tinha a cor rosada e com a lobulização bem apreciável; superiormente era vermelho-azulado, com uma larga zona branco-acinzentada junto da base da aderência.

Introduzido o trocarte para a ansa galvano-diatérmica no terceiro espaço intercostal, 1 cm. fora da linha mamilar, foi seccionada a aderência na vizinhança da sua extremidade costal.

Uma radioscopia feita em seguida mostrou o colapso completo do lobo superior (fig. 5). No dia imediato a temperatura subiu a 37°,5 e surgiu um ligeiro enfisema subcutâneo. Uma semana mais tarde tudo tinha desaparecido e a temperatura não ultrapassava já a linha dos 37°. Não houve a mínima reacção pleural. A expectoração, que aumentara após a intervenção, reduziu-se a pouco e pouco. A pesquisa de bacilos passou a dar resultados negativos.

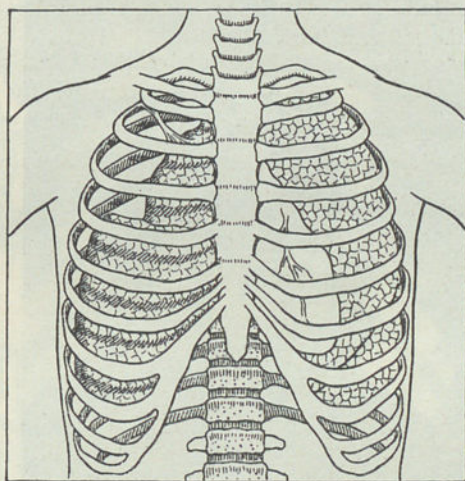


Fig. 4

OBSERVAÇÃO II

A. N., de 24 anos de idade, solteiro, empregado no comércio, natural e residente em Lisboa. Em Janeiro de 1933 começou a enfraquecer, a perder o

apetite e a emmagrecer. Sobreveio-lhe tosse, a princípio sêca, mais tarde acompanhada de expectoração, que, por vezes, era sanguínea. Em 30 de Maio de 1933 deu entrada no Serviço de Clínica Propedêutica, muito emmagrecido, com temperaturas a 38°, suores abundantes, muita tosse e muita expectoração. As lesões, em franca actividade, estendiam-se aos lobos superior e médio do pulmão direito.

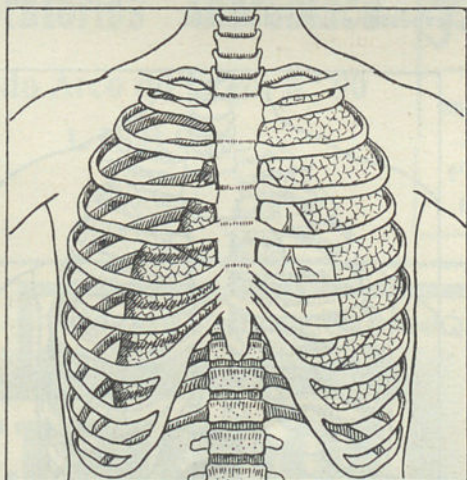


Fig. 5

Feito o tratamento pelo pneumotorax, melhorou muito. A curva térmica desceu para 37,2-37,3. O pêso subiu de 50 para 56 quilos e a expectoração reduziu-se. Exames radiográficos sucessivos mostraram bom colapso pulmonar, mas com uma larga e espessa aderência, que impe-

pectoração reduziu-se. Exames radiográficos sucessivos mostraram bom colapso pulmonar, mas com uma larga e espessa aderência, que impe-

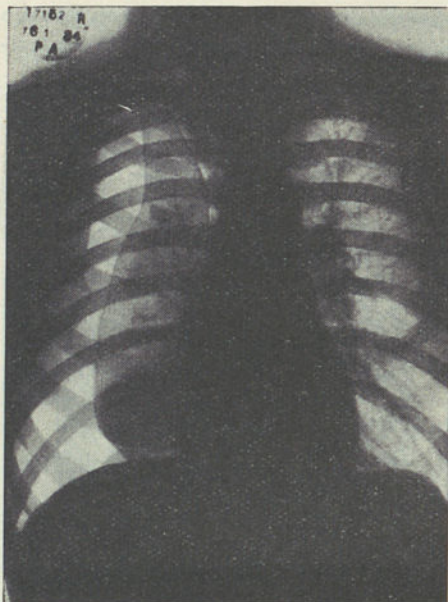


Fig. 6

dia a retracção do vértice (fig. 6). Em radiografia estereoscópica reconheceu-se que aquela aderência se inseria ao nível do primeiro espaço intercostal e da segunda costela, na face posterior do hemitorax.

Decidida a sua ressecção, foi esta realizada em 17 de Janeiro de 1934. Introduziu-se o trocarte destinado ao pleuroscópio no segundo espaço intercostal, junto da linha mamilar. O exame da cavidade pleural mostrou uma aderência larga em cone truncado, que prolongava o vértice pulmonar em direcção ao primeiro espaço intercostal. A pleura tinha o aspecto normal em quasi toda a superfície costal e pulmonar; apenas na parte superior do hemitorax se mostrava mais avermelhada e com os vasos

periosteos mais túrgidos. Introduzido o segundo trocarte no quarto espaço, ao longo da linha axilar média, fez-se a transiluminação da aderência e verificou-se ser muito espessa e vascularizada.

Lentamente, procedeu-se à diatermo-coagulação da sua base costal, seguida a pouco e pouco da cauterização das zonas previamente coaguladas. Foi assim possível fazer a sua desinserção sem a menor hemorragia. Apesar da anestesia endo-pleural, o doente acusou algumas dores, o que fez prolongar a duração da intervenção a três quartos de hora.

No dia imediato surgiu enfisema extenso, que dificultou os movimentos de deglutição do doente. Três dias mais tarde, a temperatura subiu a 39°,2, para em seguida descer lentamente. Coincidiu essa elevação térmica com o apareci-

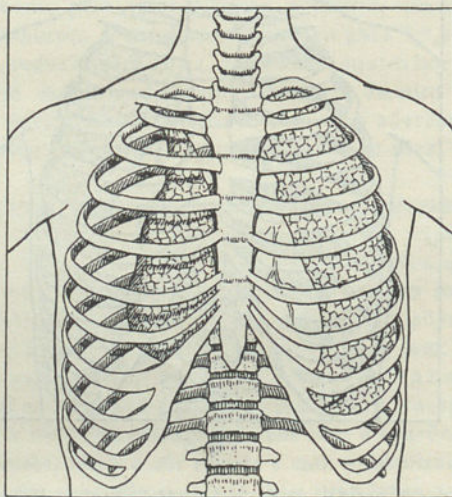


Fig. 6 bis

Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência

GLEFINA

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

Preparado com

Extato de Oleo de Fígado de Bacalhau,
Hipofosfitos Extato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-
TORNOS DIGESTIVOS**

SABOR AGRADAVEL



Laboratorios Andrômaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

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

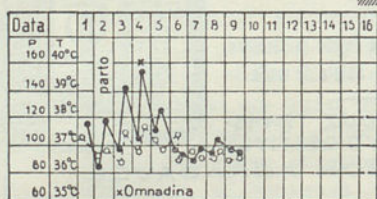
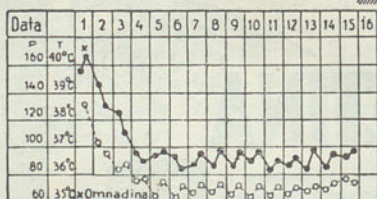
A. GUERBET & C^{ie}, Ph^{ciens}

22, Rue du Landy
S^t-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

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

OMNADINA



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

OMNADINA

segundo o Prof. "Much"



Rápido debelamento da infecção
Bem tolerada e absolutamente inofensiva

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

« Bayer-Meister-Lucius »

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

Representante:

• LUSOPHARMA •

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.ª LISBOA

mento de uma pequena reacção pleural (fig. 7), que desapareceu por completo dentro de três semanas.

Presentemente, o doente encontra-se bem, com a temperatura normal, sem tosse, sem expectoração e com um colapso pulmonar total (fig. 8).

OBSERVAÇÃO III

P. P. A., de 25 anos de idade, solteiro, natural de Lisboa e residente em Luanda. Teve, em 1928, uma hemoptise. Regressou à Metrópole. Internou-se num sanatório de altitude. Apresentava então lesões bilaterais, mais activas à esquerda. O processo lesional à direita regressou durante o seu estágio sanatorial. Como persistissem os bacilos, foi-lhe criado

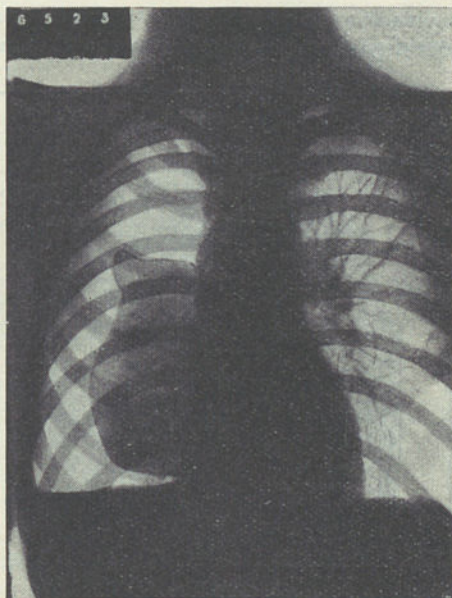


Fig. 7

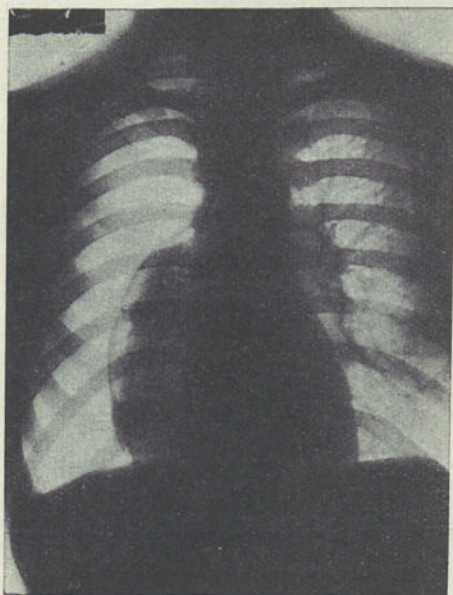


Fig. 8

um pneumotorax artificial à esquerda. Melhorou muito, os bacilos desapareceram, mas as temperaturas não caíram abaixo de $37^{\circ},2$. Começou a trabalhar. Em 1933 as lesões à direita reactivaram. Como as lesões do lado oposto estivessem já esclerosadas, foi-lhe interrompido o pneumotorax deste lado. Voltou para o sanatório em Julho de 1933. No mês imediato o lobo superior do pulmão direito cavernulizou. As temperaturas subiram para 39° . Em face da actividade do processo, foi-lhe iniciada a compressão do pulmão. Após a terceira insuflação, surgiu um pneumotorax natural, acompanhado de intensa dispneia e seguido de ligeira reacção líquida da pleura. Em Outubro nova *poussée* e formação de outra

cavidade no lobo superior, a-pesar do colapso. Êste era mantido com pressões negativas, pelo receio justificável de poder provocar a laceração de uma

longa aderência cordoniforme que, implantada na parede da cavidade, a repuxava em direcção à quarta costela na linha axilar posterior (fig. 9). Reconhecida a necessidade de levar as insuflações até a pressão intrapleurar atingir o zero manométrico, foi resolvida a secção da aderência, o que se realizou em 20 de Janeiro de 1934.

Introduzido o pleuroscópio na linha axilar média ao nível do quinto espaço intercostal, observou-se uma longa brida com a espessura de 2 mm., implantada em cone numa zona cinzento-escuro da superfície pulmonar, sôbre a

qual exercia forte tracção. A partir dêsse ponto dirigia-se para cima e para trás em direcção à linha escapular, onde se inseria sôbre a quarta costela. O seu aspecto era vermelho-vivo e a espessura era a mesma em quasi tôda a sua extensão. O lobo pulmonar inferior encontrava-se aderente ao diafragma. A pleura parietal tinha uma côr igual à da aderência; os vasos periosteos apresentavam-se túrgidos, em situação de franca hiperemia. O lobo superior estava bem colapsado; a pleura visceral tinha, no entanto, o mesmo aspecto da pleura costal.

O trocarte destinado ao cautério foi introduzido junto da linha axilar anterior, na altura do terceiro espaço intercostal. Reconhecida a ausência de qualquer vaso de calibre apreciável ao longo da aderência, foi esta cauterizada

a 2 cm. da sua extremidade externa. Cinco dias depois, a temperatura, que andava à volta de $37,8$, subiu para 39 . Surgiu um pequeno derrame. As

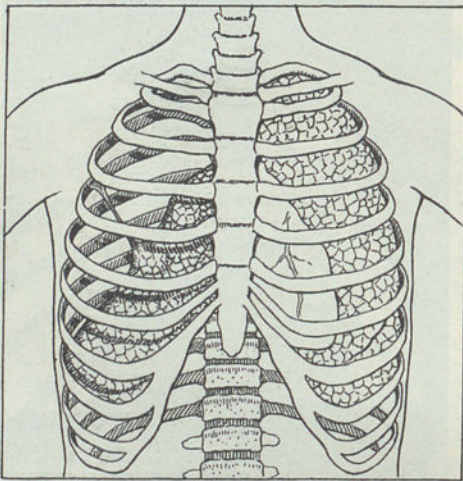


Fig. 9

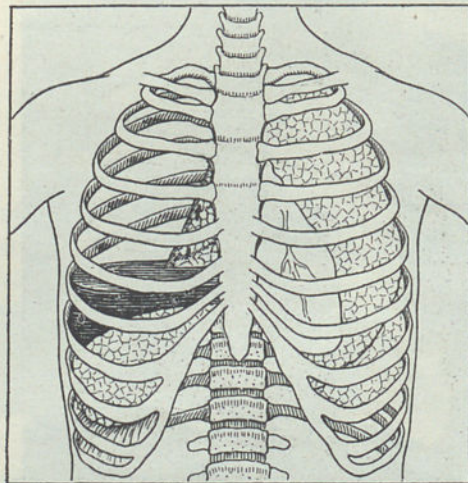


Fig. 10

temperaturas começaram em seguida a descer lentamente até $37^{\circ},6-37^{\circ},7$ máxima. O colapso, em radioscopia, era maior. As cavidades estavam muito reduzidas (fig. 10).

Em fins de Fevereiro sobreveio-lhe gripe, com nova elevação de temperatura; o pequeno derrame, que mostrava tendência para se reabsorver, aumentou de novo. As temperaturas tornaram-se irregulares. Em 16 de Abril procedeu-se à extracção de 200 cc. de líquido pleural, de aspecto turvo. A curva térmica sofreu nova descida, com tendência para a normalidade. As cavidades, em radiografia então feita, já mal se apreciavam. Presentemente mantém-se ainda o derrame, sendo, no entanto, melhor o estado do doente.

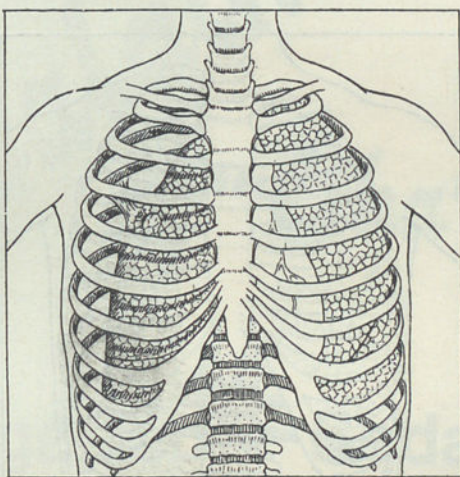


Fig. 11

OBSERVAÇÃO IV

M. A. L., de 18 anos de idade, solteira, natural de Lisboa, onde residia. Adoeceu em Abril de 1933 com hemoptises. Em Outubro do mesmo ano deu

entrada no Serviço de Clínica Propedêutica, com lesões nodulares em toda a extensão do pulmão direito; ao nível do primeiro espaço intercostal anterior apresentava uma cavidade com cerca de 3 cm. de diâmetro. As temperaturas oscilavam à volta de $37^{\circ},3$. A expectoração era de 10 cc. diários, com bacilos de Koch (escala Gafky V). Submetida ao tratamento pelo pneumotorax artificial, fez sete insuflações. A curva térmica manteve-se sem alteração, a expectoração continuou bacilífera e na mesma quantidade. Um exame radiográfico, feito em 21 de Janeiro de 1934, mostrou regular colapso do pulmão; êste, no entanto, encontrava-se fixo à parede látero-posterior,

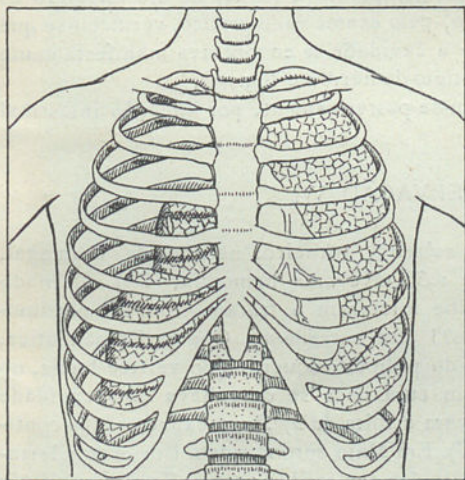


Fig. 12

radiográfico, feito em 21 de Janeiro de 1934, mostrou regular colapso do pulmão; êste, no entanto, encontrava-se fixo à parede látero-posterior,

por uma larga aderência, que impedia a redução da cavidade existente (fig. 11).

Em 25 de Janeiro foi submetida à operação de Jacobaeus. Localizada a

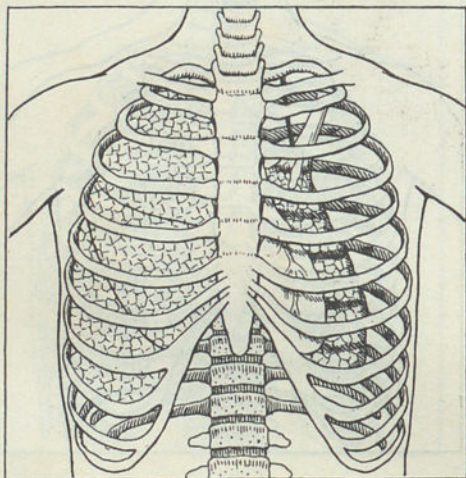


Fig. 13

aderência por uma radiografia estereoscópica no quarto espaço intercostal, ao longo da linha escapular, foi introduzido o pleuroscópio no sexto espaço, a meio da distância que separava esta linha da linha axilar posterior. O exame pleuroscópico mostrou a cavidade pleural livre em quasi tódá a sua extensão, com aspecto absolutamente normal. Apenas uma membrana com 3 cm. de diâmetro, alargando em leque junto da superfície costal, impedia o colapso total do órgão. Introduzido o segundo trocarte no quarto espaço, na linha axilar anterior, reconheceu-

-se, pela transluminação, tratar-se de uma aderência com poucos vasos e de bordos bastante espessos. Feita a diatermó-coagulação para a sua desinserção parietal, foi possível descorticá-la com relativa facilidade.

Registou-se ligeira elevação de temperatura ($37^{\circ},4$) no dia imediato ao da intervenção. Em 2 de Fevereiro, pelo exame radiográfico, verificou-se que o colapso era pronunciado e que a cavidade se encontrava manifestamente reduzida. Não havia o mínimo vestígio de derrame (fig. 12).

A situação da doente agravou-se posteriormente por infecção intestinal da mesma etiologia.

OBSERVAÇÃO V

F. V., de 22 anos de idade, solteiro, torneiro, natural de Tramagal, onde residia. Em 20 de Maio de 1932 teve uma hemoptise. Foi internado no Hospital de Abrantes, onde lhe iniciaram o tratamento pelo pneumotorax artificial. Em Março de 1933 deu entrada na Clínica Propedêutica. Tinha então um regular colapso do pulmão esquerdo; no vértice havia, no entanto, uma forte aderência, em cuja base se desenhava uma cavidade alongada. As temperaturas oscilavam à volta de $37^{\circ},3$ e a expectoração continuava bacilifera (Escala Gasky IV). Em Maio enrouqueceu. Um exame laringoscópico mostrou a existência de lesões das cordas vocais. Em Junho surgiu derrame pleural, que se arrastou. Como o líquido se não reabsorvesse, foi puncionado em Janeiro de 1934. Não se reproduziu. Em 17 de Março foi sujeito à operação de Jacobaeus, depois de feita uma radiografia estereoscópica,



Cibalgina
"Liba"

**Analgésico e Sedativo
soberano
isento de opiáceos
ou narcóticos**

Comprimidos

Empolas

VALE

para uma amostra de comprimidos ou empolas de

CIBALGINA

REMETE

Nome:

Rua: N.º

Localidade:

(É favor escrever legivelmente)

CIBALGINA "CIBA"

Preparado composto de Amidopirina e Dial "CIBA"

Acção analgésica e calmante rápida. Margem terapêutica ampla. Fenómenos de acumulação e de hábito, nulos. Não se fazem sentir reacções secundárias desagradáveis, desde que se use uma dosagem adequada. Acção persistente. Em muitos casos substitui com vantagem a morfina.

INDICAÇÕES:

Dôres de cabeça — Nevralgias — Dôres de dentes e de ouvidos — Cólicas dismenorréicas, hepáticas, renais, etc. — Dôres post-operatórias — Dôres consecutivas a traumatismos e fracturas — Insónia devida a dôres

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle
Representantes para Portugal: E BRUNNER & C.^A, L.^{DA}
Rua da Madalena, 128, 1.^o — LISBOA

Comunicações



Produtos "Ciba"

Representantes para Portugal:
E. BRUNNER & Cia., Lda.

LISBOA

128, R. da Madalena, 1.^o

que permitiu a localização das aderências do vértice. Eram visíveis duas: uma larga, com 3 cm. de diâmetro, que se implantava no segundo espaço intercostal, junto da linha escapular e que apresentava uma larga cavidade na base, outra delgada, cordo-niforme, que se dirigia ao ápice e se inseria na primeira costela, junto ao *raquis* (fig. 13).

Introduzido o trocarte para a pleuroscopia no segundo espaço intercostal, linha axilar anterior, foi primeiro feito o exame da cavidade pleural. Tôda a pleura parietal e visceral se encontrava espessada, fibrosa, de côr esbranquiçada, com reflexos de madreperla. Uma forte aderência, bastante tensa, com 3 cm. de diâmetro na base e 2 cm. na parte média, inseria-se posteriormente, ao nível do segundo espaço intercostal, por larga zona que repuxava a pleura parietal. Duas outras aderências surgiam do

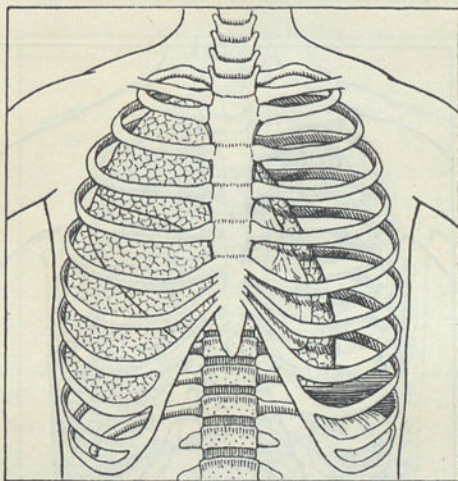


Fig. 14

lobo superior, dando o conjunto das três a impressão de um tripé. Eram mais finas, com 3 mm. de diâmetro; uma dirigia-se para a primeira costela, junto ao *raquis*, outra, visível apenas na pleuroscopia, tomava a direcção da linha esternal, onde se inseria ao nível da primeira costela.

Feita a transluminação, através da lâmpada de Maurer, introduzida pelo segundo trocarte, cravado na linha axilar, ao nível do quarto espaço intercostal, nenhuns esclarecimentos se conseguiram colhêr com precisão, no que respeitava à vascularização da aderência, em virtude da sua grande espessura.

A libertação foi feita com muita prudência. Descorticou-se primeiro a aderência mais espessa, tendo surgido, no decurso da sua cauterização, uma pequena hemorragia, que foi facilmente dominada com a corrente diatérmica. Em seguida e com rapidez foram ressecadas as restantes.

No dia imediato apareceu um pequeno enfisema subcutâneo e a temperatura subiu a 38°,9. Dentro de dois dias tudo se tinha normalizado. Do lado da pleura houve, em seguida, pequena reacção, com reaparecimento do derrame (fig. 14), mas sem aumento da temperatura, que se mantinha a 37°,1 máxima, não passando muitos dias de 36°,9.

Mais tarde, sem que a curva térmica acusasse qualquer alteração, formou-se uma cavidade do lado oposto, ao nível do segundo espaço intercostal anterior. Foi-lhe feito o pneumotorax bilateral, que o doente tem suportado bem, sem cansaço. Presentemente quási não tosse e as temperaturas estão normalizadas.

OBSERVAÇÃO VI

J. S. J., de 26 anos de idade, casado, natural e residente em Lisboa. Em Dezembro de 1933 começou a enfraquecer, a sentir dores à direita. Sobre-

veio-lhe tosse, acompanhada de expectoração, cuja análise revelou bacilos de Koch. Apresentava então lesões tuberculosas do lobo superior direito, com uma grande cavidade, que se projectava, na radiografia, entre a primeira e terceira costelas. As temperaturas subiam diariamente a 37°,8. Submetido ao pneumotorax artificial, fêz várias in suflações. A-pesar do tratamento, a tosse continuou e a expectoração permaneceu bacilífera.

Exames radioscópicos sucessivos mostravam colapso incompleto do órgão. A cavi-

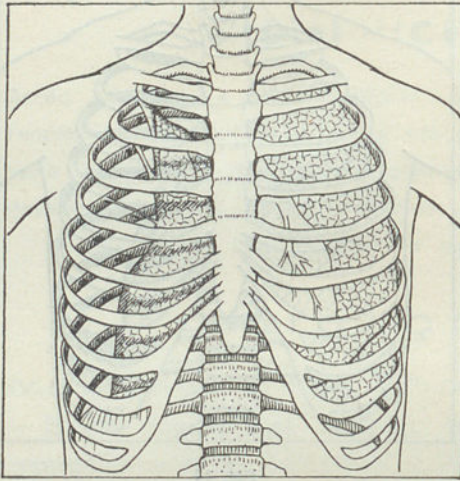


Fig. 15

dade mantinha-se sem alteração. Algumas aderências que se dirigiam para a segunda e terceira costelas, na linha axilar, impediam a sua retracção.

Em 3 de Julho de 1934 foi submetido à operação de Jacobaeus, depois de feita uma radiografia estereoscópica para melhor localização das aderências. Eram visíveis três, duas em direcção à segunda costela, ao longo da linha axilar posterior; outra ia inserir-se ao nível do terceiro espaço intercostal, lateralmente.

Introduzido o trocarte para a pleuroscopia na linha axilar média (quarto espaço), foi feito o exame da cavidade pleural, que mostrou uma larga aderência membranosa com os bordos muito espessados e que se inseria no segundo espaço intercostal e segunda costela, na região latero-posterior (fig. 15). Esta larga aderência correspondia às duas aderên-

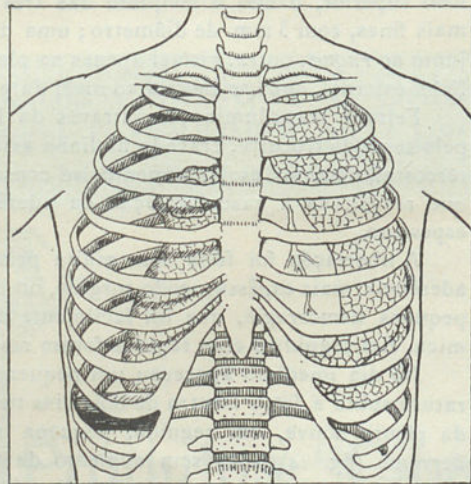


Fig. 16

cias superiores. Só os seus bordos espessados eram visíveis na radiografia previamente feita. Outras duas aderências cortavam a cavidade pleural, uma cordoniforme, em direcção à segunda costela, na linha axilar média, outra filiforme, não apreciada no *film* e que se inseria na quinta costela, junto da linha axilar. A pleura tinha o aspecto normal em toda a superfície.

Feito o exame e localizadas as aderências, foi escolhido o terceiro espaço intercostal, 2 cm. fora da linha mamilar, para a introdução do trocarte destinado à ansa galvano-diatérmica. Depois da anestesia por via endo-pleural da aderência membranosa, junto à base, procedeu-se à sua desinserção, que foi lenta, mas que não deu lugar à menor hemorragia. As duas outras aderências foram seguidamente seccionadas na proximidade da parede costal.

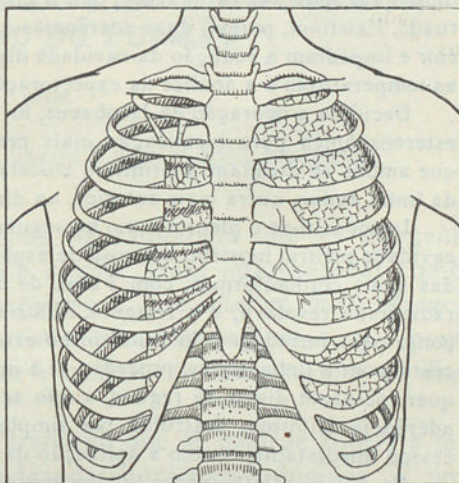


Fig. 17

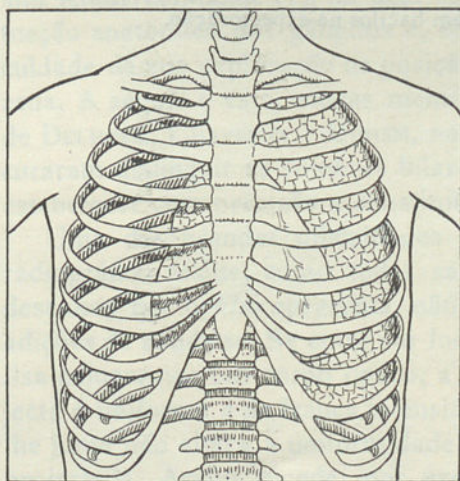


Fig. 18

No dia imediato ao da intervenção, a temperatura subiu a 38°,7 para em seguida descer gradualmente até à normalidade. Não houve enfisema. Em 9 de Julho um exame radiográfico mostrava um colapso pronunciado do pulmão, com a cavidade mais reduzida, e com um ligeiro exsudado no seio costo diafragmático, que estava reabsorvido dias depois (fig. 16).

OBSERVAÇÃO VII

D. A. V., de 21 anos de idade, solteiro, manipulador de massas, natural e residente em Lisboa. Teve, há cinco meses, hemoptises sucessivas, que surgiram subitamente em plena saúde. Em seguida começou com tosse e expectoração, sendo esta muco-purulenta. Hospitalizado no Serviço de Clínica Propedéutica em 31 de Maio de 1934, apresentava então lesões tuberculosas em

tôda a extensão do pulmão esquerdo, com pequena cavidade na região infra-clavicular e baciloscopia positiva. As temperaturas oscilavam entre 38° e 39°,4, as hemoptises repetiam-se, a tosse era freqüente e a expectoração abundante. Realizado o tratamento pelo pneumotorax, verificou-se, em radioscopia, após dez insuflações, que o colapso pulmonar era bastante acentuado. Existiam, porém, duas aderências que fixavam ao vértice o lobo superior e impediam a redução da cavidade (fig. 17). Por isso não se normalizavam as temperaturas e a análise da expectoração continuava positiva.

Decidida a operação de Jacobaeus, foi previamente feita uma radiografia estereoscópica para localização mais precisa das aderências. Verificou-se que ambas se dirigiam à primeira costela, uma lateralmente, na orientação da linha axilar, outra mais anterior, na direcção da linha mamilar.

Introduziu-se o pleuroscópio no segundo espaço intercostal. O exame da cavidade pleural mostrou a serosa de aspecto normal e três aderências, duas das quais cordoniformes, com 3 mm. de diâmetro, correspondiam às que a radiografia revelava, e a restante, filiforme, situada entre elas. Escolhido o ponto para introdução do cautério no cruzamento do terceiro espaço intercostal com a linha axilar, procedeu-se à intervenção, que decerreu sem qualquer incidente digno de registo, a não ser o pequeno gotejar sanguíneo da aderência filiforme, destruída por simples cauterização, e cuja hemorragia cessou imediatamente com a aplicação da corrente diatérmica ao tópo costal.

No dia imediato surgiu ligeiro enfisema; as temperaturas não sofreram qualquer alteração.

Presentemente o doente encontra-se bem, com colapso pulmonar total (fig. 18) sem febre, sem tosse e sem bacilos na expectoração.

IMAGENS ARTERIAIS DO HILO E TOPOGRAFIA ARTERIAL DO PULMÃO

POR

LOPO DE CARVALHO, CARLOS VIDAL E JOSÉ ROCHETA

Desde os primeiros tempos da radiologia que as imagens hilares de grande número de *clichés* eram interpretadas como adenites tuberculosas. As expressões *hile chargé*, *hile obscur*, *hile élargé* tornaram-se, efectivamente, tão correntes, que poucas crianças débeis, linfáticas e com tosse escapavam a tal diagnóstico.

Data de 1913 o primeiro trabalho que se insurge contra a facilidade do diagnóstico de adenopatia tráqueo-brônquica. É um trabalho de ENGEL, publicado no *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde* (1), no qual se chama a atenção para a situação anatómica dos gânglios e, conseqüentemente, para a dificuldade da sua exploração na posição frontal, habitualmente utilizada. A seguir a esta, outras memórias se publicaram, como as de DELHERM, CHAPERON e DUHEM, nas quais os seus autores procuraram distinguir as sombras hilares normais das patológicas e estabelecer com precisão a constituição radiológica dos hilos.

Uma das grandes dificuldades em tirar deduções do exame radiográfico reside, como todos sabem, no facto de serem os desenhos que o *film* apresenta, não simples sombras, mas antes adições de sombras. Se entre um foco luminoso e uma superfície lisa colocarmos um corpo opaco, a sombra que esse corpo projecta é uniforme e de franca intensidade; qualquer objecto que se lhe junte não altera a uniformidade nem a tonalidade da sombra projectada. Assim succede, por exemplo, se o corpo opaco fôr uma das mãos e o objecto que se lhe adicione uma moeda de cobre. Com moeda ou sem moeda, o aspecto é sempre o mesmo.

(1) Tõmo XI. Pág. 219. 1913.

Se em lugar da mão colocarmos, porém, qualquer corpo translúcido, a adição de qualquer outro objecto modifica já a tonalidade da primitiva sombra. Há então uma adição de imagens projectadas.

É o que se passa com o hilo pulmonar, quando atravessado pelos raios X. No *film* obtido agrupam-se sombras numerosas, que se sobrepõem, umas correspondendo à parede torácica e ao

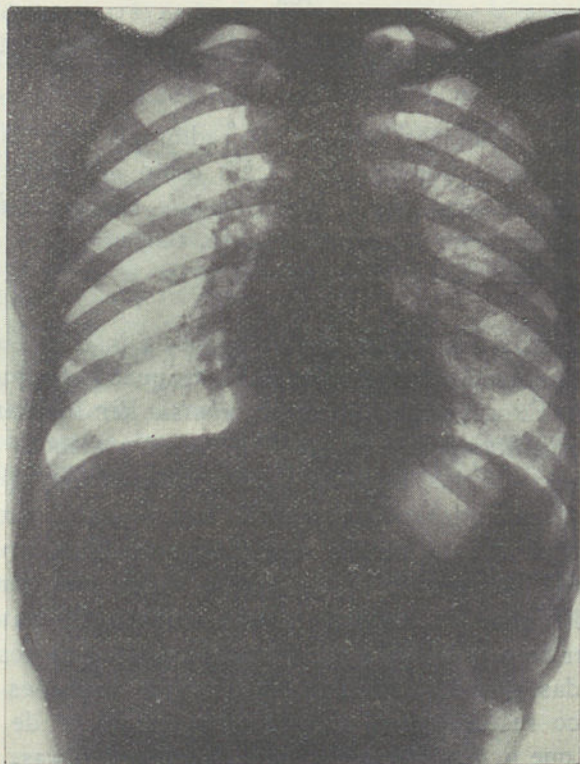


Fig. 1. — Radiografia simples

parênquima pulmonar, outras aos grossos brônquios, às artérias e às veias. Estes três últimos elementos é que constituem, porém, a base do desenho hílare. Era natural, portanto, que, de longa data, os radiologistas se interessassem pela decifração do problema, isto é, que desejassem interpretar essa imagem, por forma a saber qual dos elementos apontados tinha maior preponderância no desenho registado.

Surgiram então os métodos experimentais no cadáver. Injectaram-se substâncias opacas nas artérias e fizeram-se exames radiográficos do pulmão, depois de prévias insuflações na traqueia, em ordem a dilatar a totalidade dos canais brônquicos.

Dessas investigações resultaram opiniões diversas sobre a natureza das imagens radiológicas do pulmão. Uns atribuíam-nas

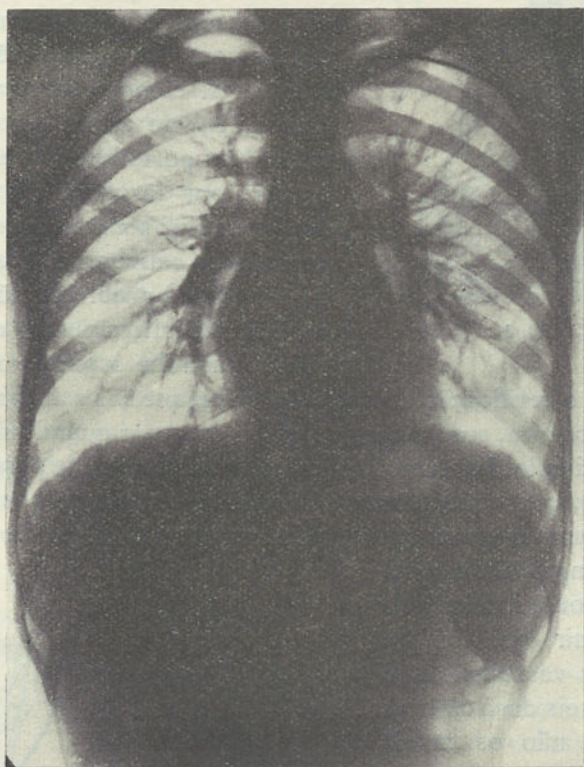


Fig. 2. — Angiopneumografia do mesmo caso da fig. 1

exclusivamente à árvore brônquica, outros responsabilizavam os vasos pulmonares pela constituição das sombras referidas.

Foram os trabalhos de angiopneumografia, em que vimos trabalhando de há anos a esta data, que vieram finalmente resolver o problema e, como demonstraremos no decorrer deste trabalho, por forma tão clara e segura que a chamada teoria vascular se alicerçou de vez em bases sólidas e inatacáveis.

É certo que esta teoria reunia já a grande maioria dos radiologistas, sobretudo depois dos trabalhos experimentais de ASMANN e das investigações de VOGT e SCHWARZ. É também certo

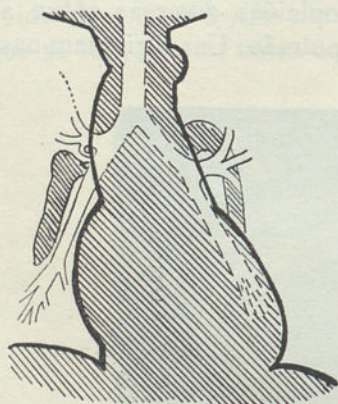


Fig. 3

que ela explicava por si muitos factos de observação corrente, como o maior realce das sombras hiliares e do desenho pulmonar em tôdas as situações que dessem lugar a um aumento de transparência pulmonar, tal como se observa no enfisema, e bem assim em todos os indivíduos portadores de estase pulmonar, por insuficiência vascular, por exemplo, sempre que os vasos sanguíneos estivessem engorgitados de sangue. O problema não estava, porém, definitivamente resolvido, pois faltava-lhe a parte experimental, isto é, a verificação de que o desenho, que nas radiografias normais se observa, era susceptível de se acentuar quando se introduzisse na circulação pulmonar qualquer substância de peso atômico elevado e, conseqüentemente, de maior opacidade aos raios X.

Comparando uma radiografia normal do tórax com a respectiva angiopneumografia, não poderá deixar de se concluir que só os elementos vasculares são responsáveis das sombras hiliares, e não os canais bronquicos, como poderia supor-se. Efectivamente, é na situação daqueles que os *films* se mostram menos transparentes (figs. 1 e 2).

Esquemáticamente, podemos representar os hilos normais (LAUBRY, CHAPERON e THOMAS) pelo desenho reproduzido na fig. 3.

À esquerda, como mostra a gravura, o ramo da pulmonar

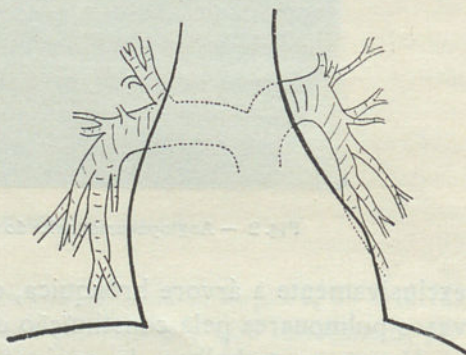


Fig. 4

representa a sombra hílare quási na sua totalidade. Emerge da sombra cardiovascular ao nível da extremidade superior do arco médio, forma uma crossa dirigida para baixo e penetra depois na sombra ventricular esquerda. À direita surge do bordo direito da veia cava, dá, a curta distância, alguns ramos para o lobo superior e desce quási verticalmente ao lado da projecção da aurícula direita. As claridades dos canais brônquicos, também representados no esquema, são susceptíveis, como se pode verificar, de fraccionar em vários segmentos opacos os ramos arteriais referidos. De aí resulta a falta de homogeneidade das regiões hílares nas radiografias vulgares, o que levou, noutros, tempos a considerar essa série de pequenas manchas como massas ganglionares.

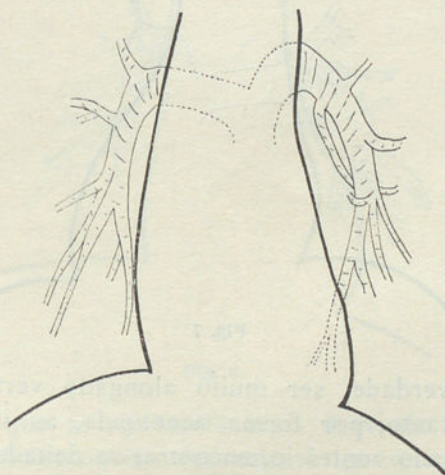


Fig. 5

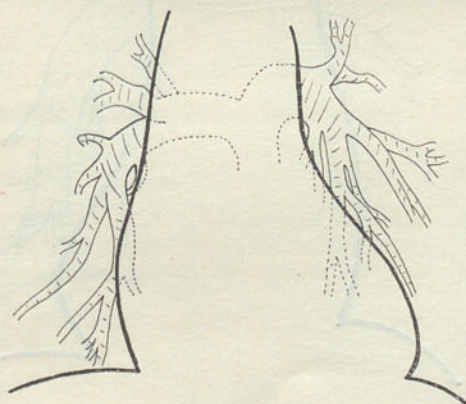


Fig. 6

As angiopneumografias, dominando as claridades brônquicas pela grande opacidade do soluto que percorre os vasos, permitem, no entanto, reatar êsses diversos fragmentos arteriais, em ordem a darem uma imagem bem delimitada, uniforme e contínua, absolutamente característica. As figs. 1 e 2, referentes a uma radiografia normal e à respectiva angiopneumografia, são demonstrativas a êste respeito.

Decalcando sôbre os *films* angiopneumográficos os grossos troncos vasculares que partem da região hílare, pode obter-se

uma série de esquemas que nos dão o aspecto normal das imagens arteriais do hilo. A fig. 4, que constitue decalque de uma das radiografias do nosso arquivo, permite-nos verificar que o

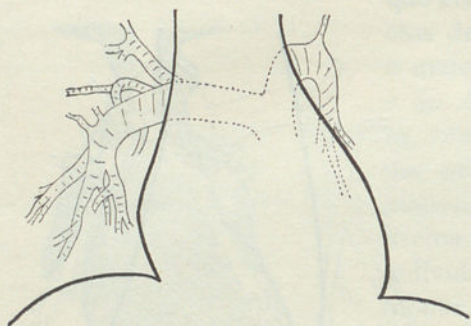


Fig. 7

desenho obtido se amolda inteiramente ao esquema atrás representado na fig. 3. Não se julgue, porém, que as imagens arteriais do hilo cabem tôdas dentro do esquema referido. Variam muito. A simples configuração do coração é susceptível de as modificar. Pode, na verdade, ser muito alongado verticalmente e descobrir, portanto, por forma acentuada, as imagens hílares (fig. 5), ou, pelo contrário, encontrar-se deitado horizontalmente e encobrir, por consequência, em parte, o hilo esquerdo. É o caso, por exemplo, da fig. 6, referente a um indivíduo com pequenas lesões no vértice, e em que a radiografia foi feita estando o doente deitado horizontalmente. Nesta posição, como todos sabem, a sombra cardíaca alarga-se. Por isso o espaço inter-vásculo-cardíaco se encontra muito reduzido.

A existência de zonas de retracção pulmonar, a presença de pneumotorax ou de derrame, a deformação torácica por escoliose acentuada, etc., acarretam, por sua vez, como não poderia deixar de ser, grande variedade dos aspectos arteriais. É disso prova a

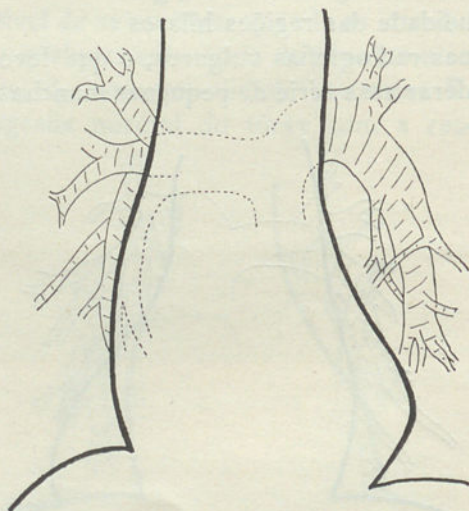


Fig. 8

série de esquemas, obtidos por decalque, de que nos vamos ocupar.

Examinemos primeiramente as figs. 7 e 8. A primeira refere-se a um doente com re-puxamento do mediastino para a esquerda. Como era natural, o ramo arterial direito ficou mais afastado da sombra cardíaca; o coração, porém, no deslocamento sofrido, foi encobrir o ramo esquerdo. O contrário se observa na fig. 8. Aqui é o ramo direito que é encoberto parcialmente pelo coração e o ramo esquerdo que se apresenta mais desviado.

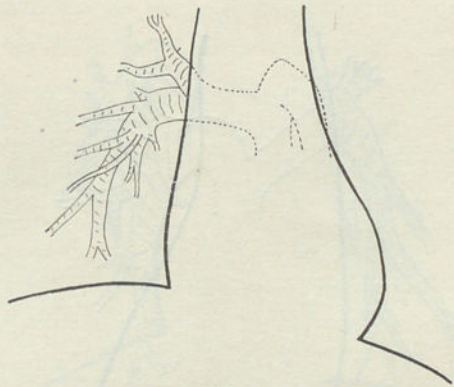


Fig. 9

Quando existe um pneumotorax ou um derrame, os grossos ramos pulmonares do lado do colapso são impelidos para o mediastino. Caem, muitas vezes, dentro da área cardíaca que os encobre; noutros casos apresentam-se simplesmente deformados

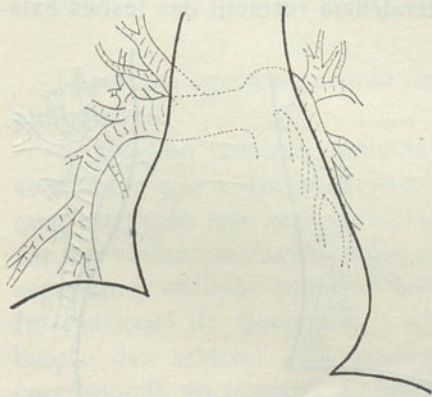


Fig. 10

pela deslocação sofrida. As imagens vasculares do lado oposto apresentam-se, por seu turno, mais afastadas do coração. Era, na verdade, de supor que assim sucedesse, pois o pulmão são, em virtude da sua função vicariante, encontra-se mais distendido, a sua área aumentou. As figs. 9 e 10 apresentam dois aspectos dos vasos pulmonares em casos de pneumotorax e de derrame.

É claro que, se o pneumotorax é parcial, devido a fortes aderências ao vértice e base, o desenho arterial do lado oposto ocupa a sua posição normal. O insuficiente colapso do pulmão

lesado não exige, com efeito, vicariação apreciável. Quando, porém, o pulmão se mantém comprimido sob forte pressão positiva, como tantas vezes sucede no decurso de pleurisias post-pneumotorácicas, os vasos hiliares parece então que se aproximam do mediastino, em lugar de se afastarem, contrariamente ao que poderia supor-se. Não são, porém, êles que se deslocam, mas sim o mediastino que se desvia, em virtude da forte pressão que nêle se exerce.

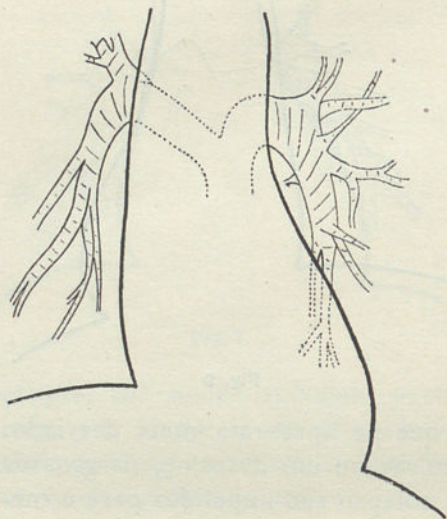


Fig. 11

entre os ramos direito e esquerdo. É o caso, por exemplo, da fig. 11, em que uma acentuada tendência retráctil das lesões existentes no lobo superior repuxou, por forma pronunciada, as artérias pulmonares direitas. É o caso ainda da fig. 12, referente a pneumotorax electivo do vértice direito, que rebaiçou o ramo arterial dêste mesmo lado.

Por último, referir-nos-emos a uma interessante alteração encontrada num doente que estava submetido ao tratamento pelo pneumotorax artificial. Tratava-se de um colapso da base direita, que desviava fortemente o coração para a esquerda. O lobo su-

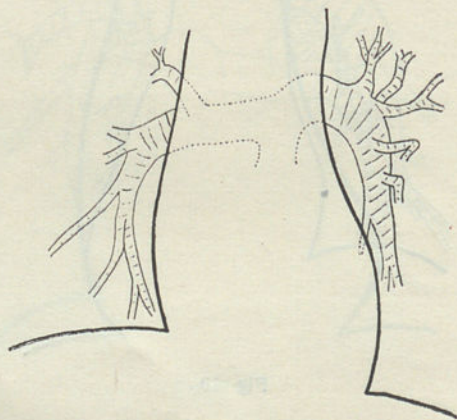


Fig. 12

perior, que se mantinha aderente, era sede de processo retráctil acentuado. O resultado desta situação, como poderá ver-se na fig. 13, foi não só o repuxamento para cima do ramo pulmonar direito, como a formação de um verdadeiro Joelho arterial à esquerda, em que um dos segmentos é constituído pelo próprio tronco de origem pulmonar.

Pelo que deixamos dito a todos deve merecer atenção especial a constituição arterial da imagem hilaire. O seu desconhecimento pode, na verdade, dar lugar a grandes dificuldades na interpretação das sombras dos hilos e a falsos diagnósticos de adenites, peri-adenites e infiltrações peri-hilares.

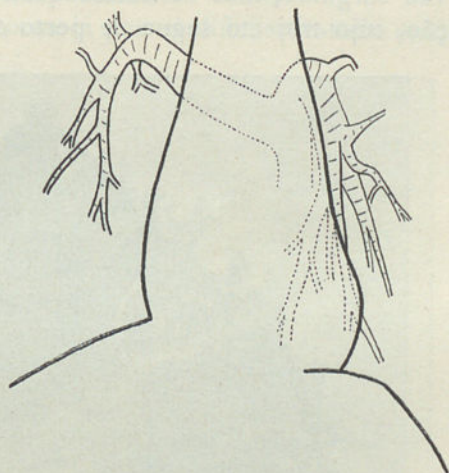


Fig. 13

*
* *

Passemos agora ao estudo da topografia arterial nos campos pulmonares.

É trabalho indiscutivelmente muito mais complexo, porque, se é certo que a árvore brônquica raríssimas vezes sofre qualquer alteração nas suas divisões, como tivemos ensejo de verificar em várias moldagens a que procedemos no cadáver humano, segundo o método por nós comunicado ao último Congresso Internacional de Anatomia, o mesmo não sucede com a distribuição das artérias pulmonares, cujo número de ramos nunca corresponde ao número de brônquios colaterais, ventrais e dorsais, que nascem do brônquio principal.

À direita, por exemplo, fornece a artéria, junto do hilo, primeiramente uma ou duas colaterais, que se distribuem no lobo superior e que acompanham o brônquio eparterial. A seguir, já em plena curvatura, outra colateral se desprende, umas vezes

isolada, em direcção posterior, e exclusivamente destinada ao lobo superior, noutros casos formando tronco comum com ramos que se dirigem ao lobo inferior. Seguidamente, novos ramos vão surgindo, mas de vários diâmetros e sem fácil sistematização, cujo trajecto segue de perto o dos diversos brônquios ven-

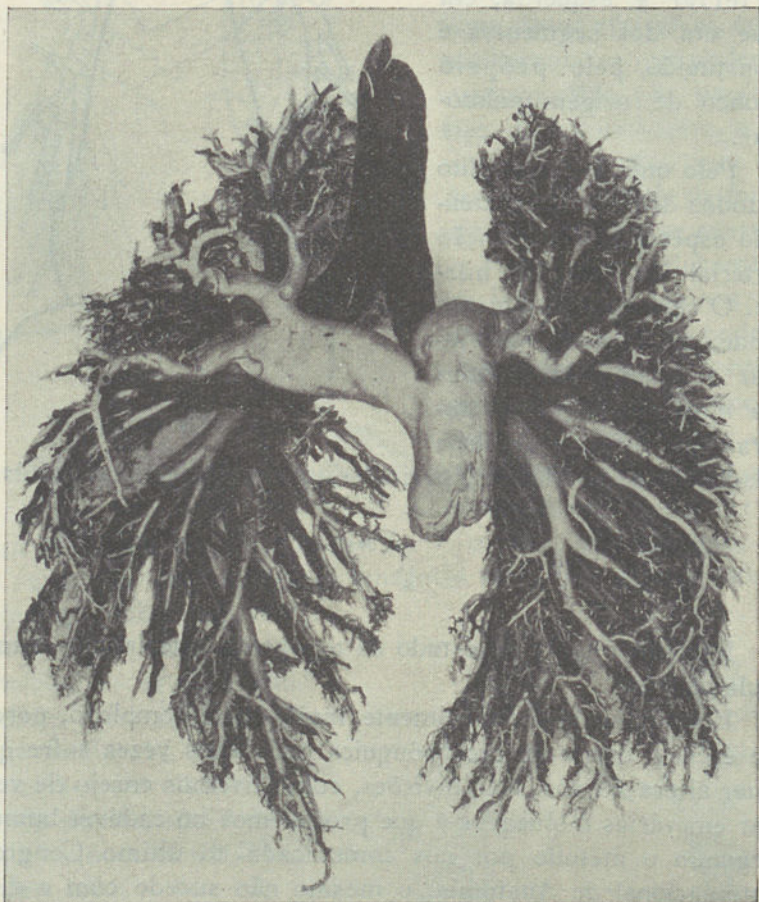


Fig. 14

trais e dorsais. O primeiro ou os dois primeiros dêstes ramos dirigem-se para o lobo médio, os restantes para o lobo inferior. À esquerda mais irregular é ainda a distribuição das colaterais.

Vários moldes da rêde arterial que obtivemos em diversos pulmões humanos deixaram-nos, efectivamente, a impressão de

que o número de ramos que se desprendem dos dois troncos arteriais (direito e esquerdo) não têm relação alguma com o número de brônquios colaterais, ventrais e dorsais, que nascem dos brônquios principais correspondentes.

Esta circunstância, que torna já por si difícil o estudo anatô-

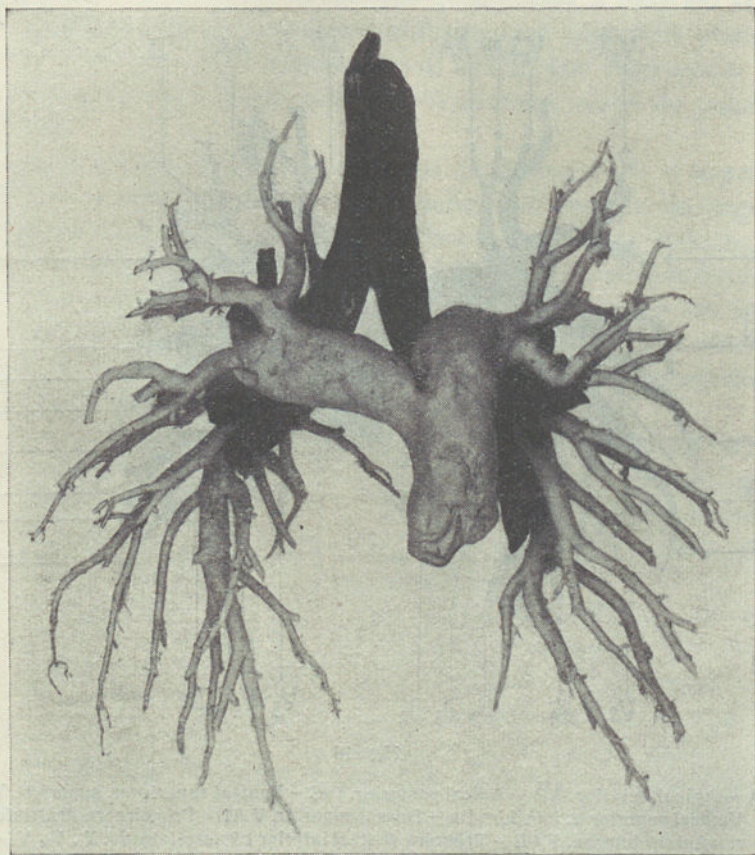


Fig. 15

mico das ramificações arteriais, mais agrava ainda a análise dos *films* angiopneumográficos, onde as artérias são representadas por simples sombras, numa superfície única, sem o mínimo relevo, sombras que não traduzem imagens vasculares elementares, mas sobreposição de vasos que trilham o *film* em diversos sentidos.

Em face da complexidade do problema, procurámos lançar mão de alguns artifícios que nos pudessem levar a uma solução, pelo menos parcial, ou seja a classificar com certa segurança, nos *films* angiopneumográficos, alguns dos ramos arteriais que os sulcam.

Depois de preparados alguns moldes arteriais humanos, pro-

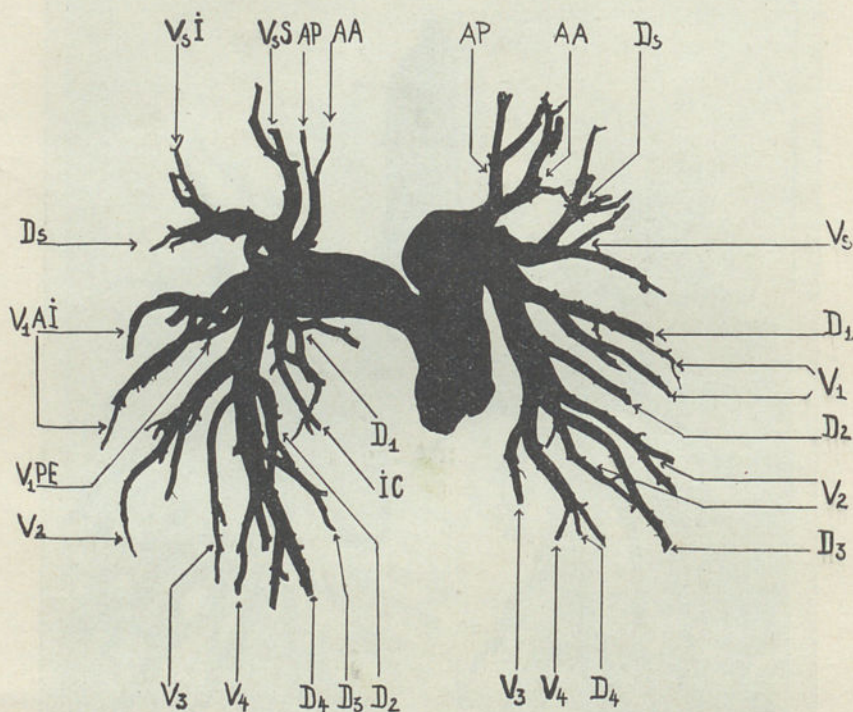


Fig. 16

AA — Apical anterior. AP — Apical posterior. VsS — Ventral superior (r. superior). Vsi — Ventral superior (r. inferior). Ds — Dorsal superior. V1Ai — Primeira ventral inferior ântero-interna. V1PE — Primeira ventral inferior pósterio-interna. V3, V2, V4 — Segunda, terceira e quarta ventral inferior. D1, D2, D3, D4 — Primeira, segunda, terceira e quarta dorsal inferior. IC — Infra-cardíaca.

cedemos à classificação das suas colaterais mais importantes. Para isso fizemos, em diversas sessões, a destruição dos pequenos canais brônquicos e dos respectivos ramos arteriais, em ordem a reduzir progressivamente a complexidade da peça. As figs. 14 e 15 mostram dois aspectos sucessivos destes trabalhos. Reduzidos os moldes à sua expressão mais simples, isto é, a

rêde arterial dos vasos de maior calibre, colocámo-los de encontro a um vidro despolido, fizemos incidir sôbre êles um foco luminoso, colocado a distância, e fotografámos a sombra projectada.

Guiando-nos pela peça, foi-nos então fácil classificar, na imagem obtida, os diversos ramos que constituíam o desenho arterial, representado por sombras uniformes em superfície plana e sem o mínimo relêvo. Conseguimos assim, por intermédio de simples artifício, o mapa arterial dos grossos vasos do pulmão (fig. 16).

Nestes primeiros ensaios notámos desde logo que o aspecto geral das sombras vasculares dependia francamente do ângulo de incidência dos raios luminosos sôbre a peça. Para incidências diversas, mesmo que não se afastassem muito da perpendicular, o desenho sofria apreciáveis alterações. Certa variação das imagens angiopneumográficas, já por nós notada nalguns *clichés*, tinha, portanto, fácil explicação na falta de rigorosa centralização do foco da ampola.

O problema da classificação topográfica dos principais vasos representados nos *films* angiopneumográficos estava, porém, praticamente resolvido. Os roteiros arteriais estabelecidos pelo artifício indicado constituem, na verdade, preciosos elementos que facilitam enormemente a solução do caso.

Não se julgue, no entanto, que basta examinar, em face dos mapas arteriais, qualquer *film* angiopneumográfico, para que a leitura topográfica dos seus vasos se possa fazer sem o mínimo embaraço. Assim sucederia se fôsem apenas visíveis os grossos ramos, isto é, as colaterais primárias dos troncos direito e esquerdo da pulmonar. Mas não. Em muitos *films* estão registados inúmeros vasos sanguíneos, que complicam extraordinariamente a interpretação topográfica, pela complexidade de sombras a que dão lugar. A presença de lesões parenquimatosas impede, por seu turno, a vascularização sanguínea das regiões em que se formaram, criando, conseqüentemente, áreas sem desenho arterial apreciável. O pneumotorax provoca, por sua vez, uma apreciável redução da circulação no pulmão colapsado e um excesso de vascularização do lado oposto. Basta a citação dêstes factos para se ajuizar das dificuldades que podem surgir na leitura e interpretação topográfica dos *films* angiopneumográficos.

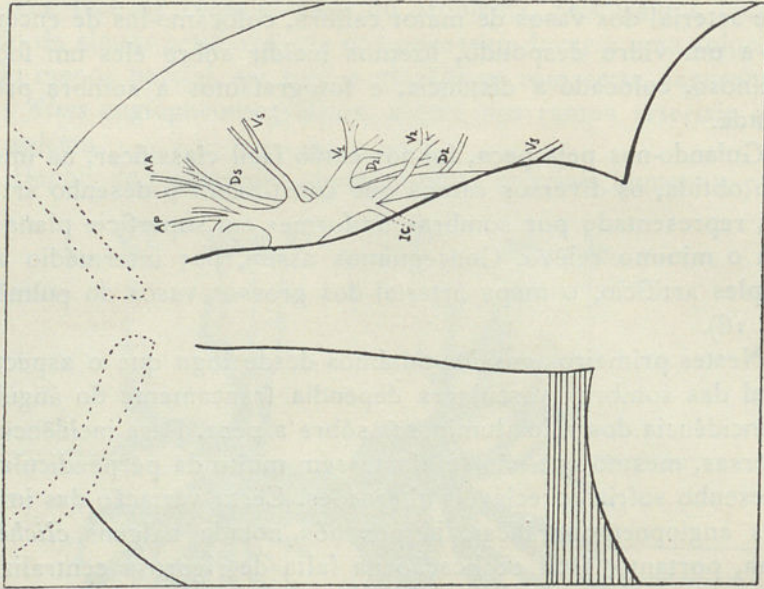


Fig. 18. — Topografia arterial da fig. 17

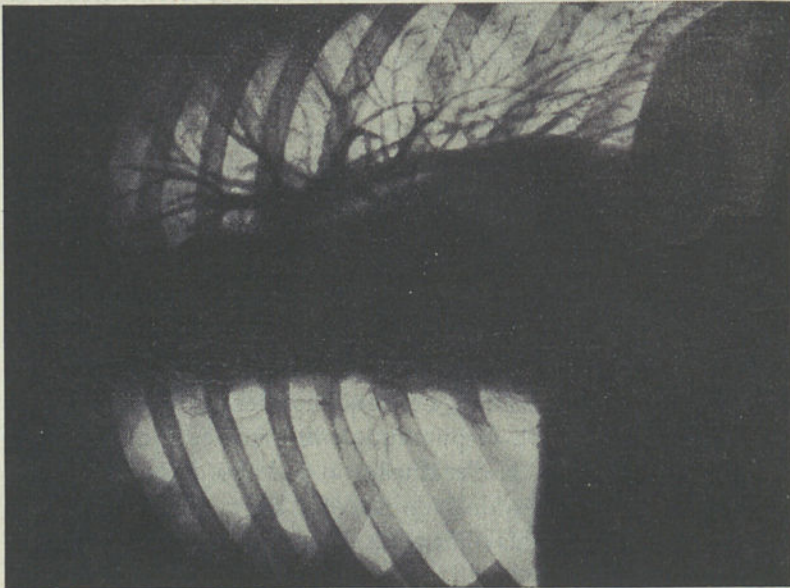


Fig. 17. — Angiopneumografia

Os principais ramos que partem do hilo em direcção aos diferentes lobos conseguem, no entanto, classificar-se, desde que se proceda ao exame do respectivo *film* na presença de um mapa arterial que nos oriente. Foi o que fizemos no estudo de algumas angiopneumografias do nosso arquivo e que, a título de exemplo, vão reproduzidas nas figs. 17, 18, 19 e 20.

O problema simplificar-se-ia se a rede arterial do pulmão fôsse constante, como a árvore brônquica, no que respeita à distribuição das suas colaterais. Não é, como atrás tivemos ensejo de dizer. Esta circunstância exige, por consequência, a realização de vários roteiros de distribuição arterial, susceptíveis de nos orientarem nos múltiplos aspectos das sombras vasculares angiopneumográficas.

Estamos procedendo a êsse estudo, em ordem a contribuir para a resolução do problema, do qual êste trabalho mostra apenas um simples esbôço.

IODALOSE GALBRUN

iodo physiologico, soluvel, assimilavel

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

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações sem Iodismo.

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

Ver folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniido.
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE

de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.



2. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8º)

RACHITISMO

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

PARIS, P. LEBEAULT & Cº, 5, Rue Bourg-l'Abbé
A' VENDA NAS PRINCIPAES PHARMACIAS.

LISBOA MÉDICA

SANÉDRINE

Efédrina Lévogira

ACTUA POR VIA
BUCAL

EFEITOS
PERSISTENTES

TODAS AS INDICAÇÕES
DA
ADRENALINA

TUBOS DE 20
COMPRIMIDOS

à
0,025

ADULTOS
2 à 6
COMPRIMIDOS
POR DIA

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

— Spécia —

Marques POULENC Frères & "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS-8^e

BRÉVILLE

AUROTERAPIA DA TUBERCULOSE

CRISALBINE

EM INJECCÕES INTRA-VENOSAS

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO

AMPOLAS DOSEADAS A 0,05, 0,10, 0,15 0,20

0,25, 0,50 DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE. 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS

O MODO DE ACÇÃO DO PNEUMOTORAX ARTIFICIAL

POR

LOPO DE CARVALHO e ALBERTO DE CARVALHO

Julgou-se, nos primeiros tempos da colapsoterapia, que a acção do pneumotorax residia essencialmente na compressão do órgão. Para que fôsse eficaz devia o pulmão ficar completamente imobilizado, como as articulações em aparelhos gessados. Por isso os primeiros clínicos que applicaram o novo método terapêutico foram naturalmente levados a fazer insuflações consideráveis. As pressões manométricas de 15, 20 e 30 cm. de água eram, com efeito, habituais.

À medida, porém, que as investigações radiológicas foram sendo feitas para melhor observação dos doentes, começou a notar-se que não havia estreita correlação entre a eficácia do colapso e o grau de compressão pulmonar. Pneumotorax parciais, com pressões que não ultrapassavam o zero manométrico, davam resultados clínicos tão brilhantes como os pneumotorax exercidos à custa de fortes pressões. Simultaneamente, foi-se notando que as melhoras se iniciavam, muitas vezes, antes de o órgão atingir acentuado colapso. Estes factos conduziam, portanto, à suspeita de que a acção curativa do pneumotorax não devia residir exclusivamente na compressão do órgão.

Como a cura das lesões tuberculosas do pulmão se realiza, em geral, por esclerose cicatricial lenta, e como esta, para se organizar, provoca retracções por vezes consideráveis do parênquima invadido, supôs-se então que a acção do pneumotorax consistiria apenas em libertar o parênquima pulmonar das suas conexões periféricas e dar livre acção ao potencial retráctil das lesões. Eram, na verdade, conhecidos de todos os tisiologistas casos de cura espontânea da tuberculose pulmonar em que os exames radiográficos testemunhavam deslocamentos acentuados do mediastino, por vezes com encurvamento da traqueia, dextro

ou sinistocardia adquirida, repuxamento da cúpula diafragmática, deformação das cisuras, aproximação das costelas, etc. Facilitar a tendência retráctil das lesões seria, pois, a modesta acção do pneumotorax artificial.

Encarada superficialmente a questão, o nosso espírito poder-se-ia considerar satisfeito com a explicação dada. A teoria era efectivamente sugestiva. Mas, pensando bem, para que tal se realizasse era necessário que houvesse, da parte das lesões, prévia tendência para a esclerose curativa; era necessário que a retractibilidade existisse, pelo menos em estado de potencial. Ora, não é isso o que ordinariamente se observa. Todos nós conhecemos, na verdade, doentes com formas fibrocaseosas banaes, que não tendo sido submetidos ao tratamento pelo pneumotorax artificial, assistem ao agravamento progressivo do mal sem o menor indício de qualquer tendência retráctil do processo. Outros tuberculosos conhecemos também, cuja tuberculose progressiva é dominada pelo colapso do órgão, sendo manifesta a acção dêsse colapso na formação de tecido cicatricial e na ulterior constituição de uma franca retracção lesional.

Disto se deduz, portanto, que o princípio fundamental da acção curativa do pneumotorax artificial não se pode limitar apenas a dar livre acção às fôrças retractivas das lesões. É indispensável que exista previamente tendência para a esclerose lesional. Quando tal não suceda, o pneumotorax só poderá produzir efeito curativo se a sua acção fôr susceptível de conduzir à esclerose do processo e, conseqüentemente, à retracção do parênquima invadido.

É para muitos autores considerada como facto indiscutível a acção esclerosante do colapso. As experiências de KAUFMAN (1) e os ensaios de BRUNS (2) são demonstrativos a tal respeito. A observação de BURCKHARDT (3), que encontrou num doente,

(1) KAUFMAN. — Über die Veränderungen der Pleura und Lungen gesunder Hunde durch künstlichen Pneumothorax. *Beiträge z. Klin. der Tub.* XXIII. H. 1-57, 61.

(2) BRUNS. — Über Folgezustände des einseitigen Pneumothorax. *Beiträge z. Klin. der Tub.* XII. H. 1-1-57.

(3) BURCKHARDT. — Eine Lunge von einem Patienten der mit künstlichen Pneumothorax behandelt worden war. *Med. Gesellsch Basel.* 1911. Fev. 16.

após pneumotorax instituído para tratamento de lesões do lobo superior, esclerose manifesta do lobo inferior direito, que estava são, é, por sua vez, digna de registo. A esclerose produzida pelo colapso é, pois, susceptível de invadir os próprios territórios são do pulmão. Parece, portanto, fora de dúvida que o pneumotorax actua sobretudo favorecendo a formação lenta e progressiva de tecido fibroso.

Pôsto o problema sob êste aspecto, vejamos se será possível determinar quais os factores a que o colapso dá lugar para que a formação da esclerose se estabeleça.

Não é, certamente, o repouso do órgão, só por si, que tal determina. Efectivamente, em muitos casos de pneumotorax parcial, em que o pulmão não está totalmente imobilizado, a esclerose não deixa de se desenvolver. O mesmo sucede nos colapsos mantidos durante longos meses com pressões negativas e nos quais o pulmão, como todos sabem, conserva em parte os seus movimentos de expansão e retracção.

A causa da esclerose deve ser outra. Reside, possivelmente, nas perturbações da circulação funcional do pulmão. São, com efeito, conhecidas, em vários campos da patologia, as relações existentes entre a esclerose dos tecidos e o regime circulatório. É, pois, natural que o pulmão obedeça à acção das perturbações de circulação que o colapso é susceptível de condicionar.

Contradizem-se, no entanto, as opiniões sôbre a natureza dessas perturbações. Dizem uns que o pulmão colapsado é sede de congestão passiva, outros que o pneumotorax provoca acentuada anemia do órgão. De um e de outro lado, com numerosos argumentos, se tem procurado defender a hipótese apresentada, visto que tanto a anemia como a hiperemia são susceptíveis de actuar no mesmo sentido, quanto à produção da esclerose pulmonar. As experiências de BRUNS (1), laqueando as artérias pulmonares, e as de TIEGEL (2) tratando de modo idêntico as veias pulmonares, conduzem, na verdade, tanto umas como outras, à formação de tecido fibroso no órgão.

É certo que os partidários da diminuição do débito circula-

(1) BRUNS. — Loco cit.

(2) TIEGEL. — Uber operative Lungenstauung und deren Einfluss auf die Tuberkulose. Ref. in *Munch. Med. Woch.* 1911.

tório dizem, com justificada razão, que, a dar-se uma hiperemia, seria para estranhar que a acção do colapso sôbre as hemoptises fôsse tão brilhante como é. O pneumotorax estanca, com efeito, as hemorragias pulmonares, tão rápida e radicalmente como as laqueações dos vasos que sangram. Se a insuflação pleural desse lugar à hiperemia pulmonar por estase venosa, segundo

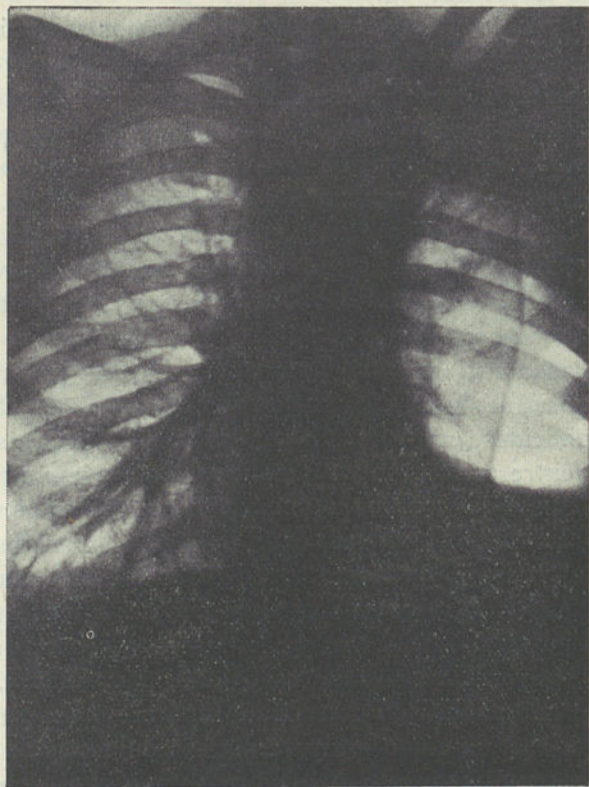


Fig. 1

a conhecida hipótese de SACKUR, SAUERBRUCK, STEINBACH e outros, difícil seria, na verdade, compreender a sua acção tão brilhante sôbre a paragem de uma hemorragia do parênquima. Era mais natural que a facilitasse, como qualquer atadura elástica colocada na raiz de um membro, durante uma sangria, facilita o escoamento do sangue pela incisão da veia.

O pneumotorax deve, portanto, influir na circulação pulmo-

nar, não por dar origem a estase sanguínea passiva, mas antes por contribuir para a supressão pelo menos parcial da circulação do pulmão colapsado.

Esta conclusão, a que chegámos pelo simples raciocínio, encontra, de resto, comprovação nas conhecidas experiências de HILTON (1), feitas no Serviço de RIST e de FRASER, sôbre a deter-

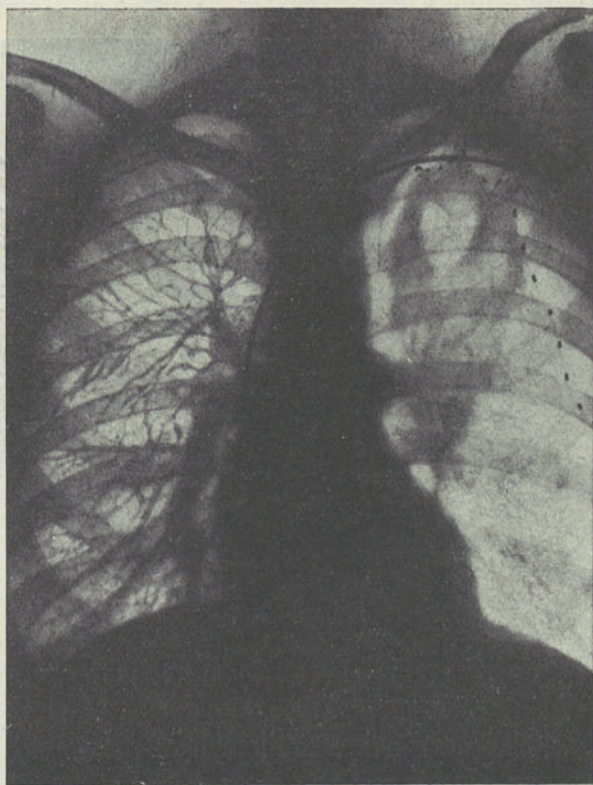


Fig. 2

minação quantitativa do oxigénio existente no sangue arterial dos doentes pneumotorizados. Pensava HILTON que, não respirando um pulmão colapsado, o sangue que por êle passasse não

(1) HILTON. — La teneur en oxigène du sang artériel dans la tuberculeuse pulmonaire et au cours du pneumotorax artificiel. *Ann. Médecine*. T. XVII. Avril 1925.

poderia oxigenar-se. Deveria, por conseqüência, ser em menor quantidade do que em indivíduos sãos. Ora não foi isso o que se verificou. Os valores encontrados eram absolutamente normais, o que só poderia explicar-se pela supressão da circulação pulmonar.

Infelizmente estas considerações não passam de simples deduções, muito embora baseadas em certos factos conhecidos.

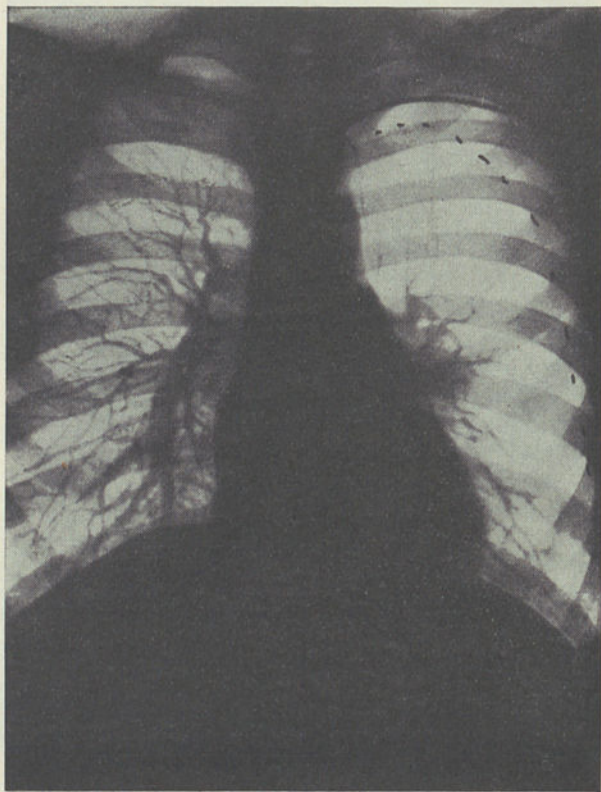


Fig. 3

A verdade é que a observação directa da ausência ou, pelo menos, da diminuição da circulação não fôra ainda feita. Quis o acaso que os estudos de angiopneumografia, em que trabalhamos há anos, viessem desfazer quaisquer dúvidas existentes e, por forma tão clara, que podemos hoje considerar o problema definitivamente resolvido.

Percorrendo a nossa colecção de *films* angiopneumográficos, referentes a doentes submetidos ao tratamento pelo pneumotorax, é interessante notar que em todos êles se verifica, sem uma única excepção, a supressão da circulação no pulmão colapsado.

É o que succede, por exemplo, na angiopneumografia representada na fig. 1, referente a um doente com pio-pneumotorax. Muito embora o colapso à esquerda não seja total, a circulação

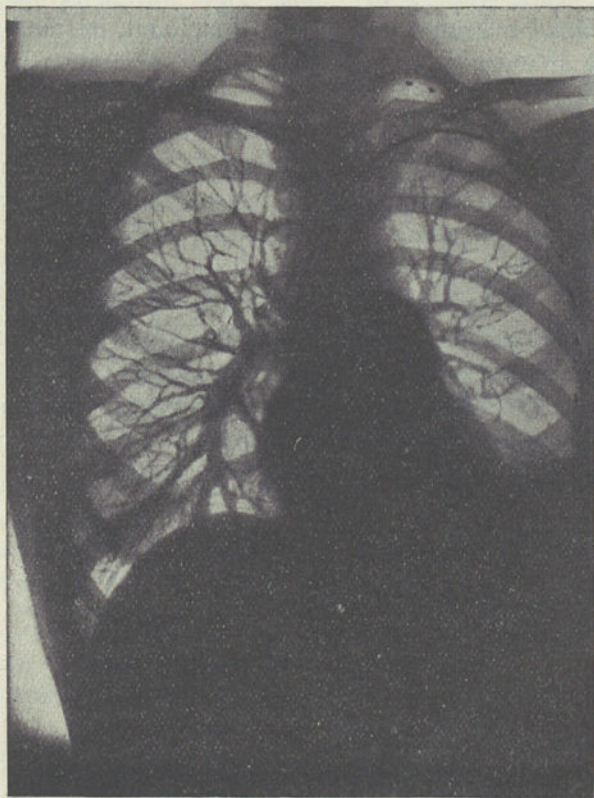


Fig. 4

pulmonar dêste lado não se observa; em compensação, à direita, a vascularização é intensa. A fig. 2 é de igual forma demonstrativa, pois tratando-se de pneumotorax com pressões negativas, em ordem a permitir que o pulmão esquerdo conserve certa expansão, o colapso existente é suficiente para suprimir totalmente a circulação do órgão.

E o interessante é que basta qualquer pequena insuflação para que a circulação funcional sofra uma acentuada diminuição. É o que se observa nas angiopneumografias reproduzidas nas figs. 3 e 4 (1). Na primeira a circulação quási desapareceu. Na outra, referente a uma doente com pleurisia líquida cujo derrame foi extraído por punção e substituído por pequena porção de ar esterilizado, observa-se já alguma circulação. Vê-se, contudo, por estas radiografias que existe íntima relação entre a compressão e o grau de circulação funcional, bastando pequena porção de ar entre os folhetos da pleura para que a vascularização diminua.

Quando nos pneumotorax parciais existem largas aderências em superfície que impedem o colapso de zonas pulmonares subjacentes, a circulação mantém-se nessas zonas; desaparece, porém, no território pulmonar que se encontra colapsado.

Compreende-se agora, em face do exposto, que nos doentes submetidos a tratamento pelo pneumotorax, se observe o desaparecimento rápido dos sintomas de intoxicação tuberculosa, como a febre, os suores, a anorexia, a astenia, etc. É que a supressão relativa ou absoluta da circulação sanguínea não permite que as toxinas elaboradas ao nível dos focos bacilares continuem a ser absorvidas e disseminadas pelo organismo.

(1) Para melhor apreciação do grau do colapso, marcámo-lo nas reproduções por uma linha ponteada.

Uma agenda interessante oferecida aos médicos portugueses

O Laboratório Farmacológico de Lisboa, Rua Alves Correia, 187 está distribuindo pelos médicos uma agenda para o novo ano, na qual se encontram as respostas aos resultados das análises químicas feitas no laboratório. É um resumo da maior utilidade para os clínicos, e nessa mesma agenda se encontra o catálogo geral de todos os produtos deste Laboratório, com a indicação terapêutica de cada um deles.

Como se sabe, este Laboratório apresenta trabalhos originais que levam a pôr de parte numerosos produtos que vinham do estrangeiro e que permitem garantir a superioridade de algumas especialidades portuguesas tais como :

A **Lipobiase** — extracto vitaminado de óleo de fígado de bacalhau, em compota de banana.

O **Ovochocolate Mitzi** — o alimento ideal para os nefríticos, porque contém apenas 4,06 de azoto e fornece ao organismo 426 calorias por %.

O **Cerimalte** — extracto de cereais, rico em extracto de malte e fosfatado.

Lactobiase — que se distingue da preparação banal de fermentos lácticos, por provar com análises oficiais, que emprega o Bacilo Bulgaro na sua preparação, o que é importante.

Hidropenol — diurético de poderosa acção renal, facilitando a expulsão de cálculos e atenuando as cólicas nefríticas.

Iodal — Granulado de iodo iodetado, para se empregar sempre que esteja indicada a medicação iodo ou iodetada. Não pode provocar iodismo, por não conter ácido iodídrico.

Lactobilina — comprimidos queratinizados, para combater a prisão de ventre.

Farinha Lacto-Bulgaro — O alimento que grande número de médicos considera, logo a seguir ao leite materno, porque evita as enterites e auxilia o crescimento.

Salicilato de Etilio Nascente — para as dores reumáticas, para substituir o salicilato de etilio com a vantagem de não produzir cheiro.

Produtos alimentares para diabéticos. Muitos outros produtos se encontram na referida agenda. Qualquer médico que não a receba por se ignorar a sua morada, queira requisitá-la ao **Laboratório Farmacológico de Lisboa** pois nada tem a perder com essa aquisição que sempre lhe porporcionará alguma coisa útil.

Livros com os regimens alimentares dos: diabéticos, nefríticos, hipertensos, dos hepáticos, constipados e artríticos.

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PÁGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes : Colónias e estrangeiro :

Ano, 60\$000

Ano, 80\$000

NÚMERO AVULSO : 8\$000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Revista dos Jornais de Medicina

A pericardite tuberculosa. (*La Péricardite tuberculeuse*), por J. BEERENS —
Revue Belge des Sciences Médicales. N.º 8. Tômô VI. 1934.

O A. passa em revista alguns dos sinais clínicos desta afecção, tantas vezes difícil de diagnosticar, chegando, em vários casos, a ser somente verificada na autópsia.

A dor torácica constitue, em regra, um dos primeiros sintomas, com intensidade variável, desde a queixa violenta e lancinante até a uma simples e vaga opressão precordial. É também variável a sua localização, tanto retrosternal como escapular ou interescapulo-vertebral.

É fácil, como se prevê, a confusão com o reumatismo muscular, com a neuralgia intercostal, com o angor, etc.

As manifestações dolorosas podem aparecer espontaneamente após o esforço e o movimento inspiratório do tórax e resultam da distensão e irritação inflamatória dos nervos vizinhos, sobretudo do frénico.

A dispneia de tipo polipneico, apontada como sinal inconstante é, muitas vezes, difícil de distinguir da cardíaca em face da sua eclosão ou exacerbação ao menor esforço muscular, podendo nalguns casos regressar rapidamente.

Não é razoável explicar esta dispneia pela simples compressão do miocárdio, mas atender também à limitação dos movimentos respiratórios concomitantes, sobretudo do frénico e, nalguns casos, até da pleura esquerda.

Sobre o atrito pericárdico, aponta a sua variável localização, chegando, num dos seus casos, a ouvi-lo por baixo do mamilo direito.

Estabelece a necessidade de o distinguir dum sopro cardíaco, com o qual é possível uma relativa confusão, recordando a frase de Jaccoud, quando afirma que «le frottement nait et meurt sur place».

Analisa os elementos que a percussão nos fornece para o diagnóstico, destacando os sinais de Rotch, Gendrin e o de Pins, considerando de maior valor este último, que consiste na observação dum síndrome pleuro-pleurítico da base esquerda, confirmado pelo exame radiológico, visto que se observa a integridade do seio costo-diafragmático, mas a verdade é que este sinal só poderá ser observado quando a distensão do saco pericárdico seja suficiente para provocar a compressão da base do pulmão esquerdo.

No capítulo do exame radiológico, o A. lembra o facto da sombra cardíaca poder apresentar aspectos variáveis, visto que essas imagens podem ser reproduzidas em várias cardiopatias, não oferecendo todavia nada de característico.

Não verificou um sintoma recentemente apontado pelos autores alemães, como seja a imobilidade da sombra cardíaca, quando o doente faz a flexão lateral do tórax.

O estudo electrocardiográfico dos seus casos mostra a diminuição da amplitude dos complexos ventriculares, que, para certos autores, resulta da compressão do miocárdio pelo derrame pericárdico, o que levou Katz e Teeth a injectarem no pericárdio quantidades crescentes de líquido, mas os resultados das experiências têm sido pouco concordantes.

Recorda a alteração do espaço ST, apontada por alguns autores, que é acidentado pela imagem característica da onda coronária, a qual é atribuída à compressão exercida sobre os vasos coronários pelo derrame, mas o autor confirma a opinião de Clerc, que não aceita esta explicação, chegando a negar o facto, e limitando-se a observar a inversão da onda T.

O caso de aritmia completa, que o A. aponta num doente de reactivação do processo pericárdico, deve corresponder a uma invasão intramiocárdica do processo inflamatório ao nível da aurícula.

Os vários tipos clínicos são submetidos à seguinte classificação:

a) Pericardite sêca — aguda ou subaguda, com febre elevada, podendo sobrevir subitamente a morte.

b) Pericardite latente — que na estatística de Blechmann dá 40% dos casos de pericardite bacilosa.

c) Pericardite com derrame — em regra, com líquido seroso ou hemorragia.

d) Sínfise pericárdica — muitas vezes como uma afecção autónoma evoluçionando progressivamente.

BARREIROS SANTOS.

A reserva alcalina nos tuberculosos. (*Reserva alcalina en los tuberculosos*), por SAMUEL GUTMAN. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXI. N.º 42. 1934.

O A. começa por recordar a opinião de Gautrelet, quando afirma que o terreno hiperalcalino é óptimo para o desenvolvimento da tuberculose, e em seguida refere-se às conclusões de Von Rigle e Van den Buhlle, que declaram «ser hiperácido o sangue dos tuberculosos, o que é confirmado pelo grau de desmineralização». Esta noção é até certo ponto exagerada, visto que êsses investigadores não fornecem nenhuma prova que nos dê a confirmação do facto, e a citada desmineralização é problemática; até hoje ainda não foi proferida a última palavra sobre o assunto. O estado de acidez acima indicado não se observa na tuberculose, a não ser no período preagónico, e não basta a simples análise da urina, em que há, em regra, aumento de acidez e de amoníaco, para se avaliar o equilíbrio ácido-básico dos humores, sendo necessário o estudo da reserva alcalina e da determinação da tensão do anidrido carbónico no ar alveolar.

O A., pelas suas investigações em numerosos casos, chega às seguintes conclusões:

1.^a — Que nos tipos de evolução lenta e crónica, a reserva alcalina oscila dentro dos limites normais.

2.^a — Na tuberculose de evolução rápida e aguda há de facto baixa da reserva alcalina, admitindo que os órgãos de maior responsabilidade no equilíbrio ácido-básico, tais como o fígado e o rim, se encontram em decadência funcional.

BARREIROS SANTOS.

A treptofanémia e a velocidade de sedimentação das hematias na tuberculose pulmonar. (*Tryptophanémie et vitesse de sédimentation des hématies dans la tuberculose pulmonaire*), por MASSO ENRICO. — *Bollettino della Sezione Italiana — Società Internazionale di Microbiologia*. Vol. VI. Setembro de 1934.

Recentemente têm sido indicados vários métodos para avaliar as alterações do equilíbrio humoral no organismo tuberculoso e, ao lado dos diferentes processos para conhecer as variações do equilíbrio proteico e do quociente albumina-globulina, têm sido apontadas determinadas provas coloidoquímicas, das quais a mais estudada e mais correntemente aplicada na clínica é a determinação da velocidade de sedimentação dos glóbulos rubros.

Depois de numerosas observações, o A. conclue que, sob o ponto de vista do diagnóstico, são muito relativos os elementos que tal exame nos fornece, ao contrário do que respeita a prognóstico, visto que nos indica o grau de actividade do processo, sendo, sob este ponto de vista, duma sensibilidade digna de tomar em conta.

Têm sido encontrados casos de franca discordância, e, em face disso, foi proposta a determinação da taxa da triptofana no soro sanguíneo para o estudo das alterações do equilíbrio proteico, visto que as variações deste aminoácido são um índice indirecto da relação albumina-globulina, que é fixa nos indivíduos normais, idênticamente ao que se dá com a triptofanemia, que aumentará uma vez que se estabeleça o desequilíbrio da relação albumina-globulina, pelo aumento deste último termo.

Fêz a determinação do valor médio normal, que oscila entre 0,065-0,140, valores um pouco inferiores aos apontados por Fischer e Forgani, e em seguida estudou a taxa da triptofana no sangue dos tuberculosos, verificando uma elevação proporcional à extensão e actividade do processo e com oscilações sensíveis com as variações clínicas, pois as cifras mais elevadas correspondiam às formas exsudativas e as que mais se aproximavam da zona normal pertenciam ao tipo fibroso.

O estudo comparativo da triptofanemia e da V. S. não nos mostra uma relação constante, o que não admira, visto que estas duas reacções dependem de mecanismos fisiopatológicos absolutamente diferentes.

BARREIROS SANTOS.

Ensaio de diagnóstico da tuberculose pela reacção de Meinicke. (*Essai de diagnostic de la tuberculose par la réaction de Meinicke*), por P. DOMINGO e L. SAYÉ. — *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*. Tômoo CXVII. N.º 32. 1934.

Os AA., impressionados pelo trabalho recentemente publicado por Meinicke, foram pesquisar a presença de anticorpos específicos no sôro sanguíneo, seguindo a técnica a que êste último autor chama a «kuppen reaction», com a leitura feita no fim de vinte e quatro horas.

Os resultados das reacções feitas pelos AA. foram positivos em 86 % dos casos.

Nos indivíduos sãos e nos processos regressivos ou em via de cura, obtiveram resultado negativo ou muito fracamente positivo.

Estudaram indivíduos vacinados contra a tuberculose, encontrando não só maior freqüência de resultados positivos como franca divergência entre os resultados da reacção alérgica pela intradermoreacção pela tuberculina e os obtidos pela reacção de Meinicke, o que leva os autores a pensar que esta última reacção não é um *test* da infecção, mas que nos mostra unicamente a presença de anticorpos nos humores.

BARREIROS SANTOS.

Provas pela tuberculina. Estudo comparativo entre a intradermoreacção considerada como tipo base, a cutireacção e a de Pacht. (*Pruebas tuberculínicas e Estudio comparativo entre intrarreacción tomada como tipo base, la cutirreacción y el Pacht*), por L. ALZÚA. — *Revista de Higiene y de tuberculosis*. Ano XXVII. N.º 309. 1934.

Realizou o A. as suas investigações em doentes cuja idade oscilava entre 2 a 20 anos de idade.

A Pacht-test foi executada pela seguinte técnica: limpando cuidadosamente, com alcohol ou éter, a face anterior do braço, colocando em seguida uma ou duas gotas de tuberculina antiga e acto contínuo foi coberta essa zona com adesivo, sendo setenta e duas horas depois feita a leitura, que obedeceu ao seguinte esquema:

a) Reacção negativa — que pode dar ainda uma pequena placa de eritema, que desaparece rapidamente.

b) Reacção positiva débil — em que no seio dessa zona de eritema se formam cinco ou seis papilas ligeiramente rosadas.

c) Reacção média — o eritema é maior, mais rico em papilas de cor vermelha viva, e nas quais se formam vesículas.

d) Reacção intensa — zona de eritema extensa com numerosas papilas, que são confluentes.

O A. aconselha a repetir uma segunda leitura, passadas quarenta e oito a setenta e duas horas, dada a fugacidade de algumas reacções.

O A., em face dos resultados obtidos, discorda da opinião de alguns investigadores e afirma que a melhor prova é a Pacht-test, visto não ser ne-

cessário pôr a derme a descoberto, evitando o perigo de infecções secundárias e haver maior facilidade de leitura.

BARREIROS SANTOS.

Contribuição para o estudo do metabolismo mineral na tuberculose da criança. (*Contribution au rôle du métabolisme minéral dans la tuberculose infantile incipiente*), por G. POPOVICIN — *Comptes rendus de Séances de la Société de Biologie*. N.º 26. 1934.

O papel da desmineralização na tuberculose tem sofrido duros ataques, podendo estar nalguns casos aumentado, recordando-se os resultados recentes das investigações de Löwy e Grunninger, que encontraram aumento da taxa de cálcio no tecido hepático, no baço e pulmões.

Para tentar elucidar a causa das controvérsias, o A. foi estudar o cálcio sanguíneo, com determinação simultânea de fósforo, verificando que nas formas incipientes da tuberculose infantil havia aumento de Ca e valores mais elevados de fósforo, mesmo nos casos em que os sinais clínicos não nos indicavam a existência de infecção e que só era comprovada pelas reacções à tuberculina.

Há assim um aumento brusco do Ca e do fósforo, o que representa a primeira fase da reacção orgânica à infecção recente no campo do metabolismo mineral. Numa segunda etapa há abaixamento desses valores, aproximando-se do nível normal, que pode representar um início de desmineralização orgânica no caso de progredir o processo específico ou ser índice duma melhoria, sobretudo quando intervém no tratamento o ouro.

Num período mais adiantado pode acentuar-se êsse abaixamento, para um nível muito inferior ao normal, o qual tem sido explicado pela destruição ou utilização exagerada da vitamina D.

BARREIROS SANTOS.

Contribuição para o estudo das reacções alérgicas da criança à tuberculina. (*Contribution à l'étude des réactions allergiques de l'enfant à la tuberculine*), por ROSA PALIERE. — *Bolletino della sezione italiana. Società Internazionale di Microbiologie*. Vol. VI. Fasc. 6. 1934.

O A. faz um resumo das várias teorias emitidas para explicar a reacção alérgica, recordando a de Pacchioni e a de Petruschky, que vê nos indivíduos tuberculosos uma excitabilidade particular do sistema simpático em relação à tuberculina, sensibilidade que é calorosamente defendida por Parodi.

Recorda a opinião autorizada de Rondoni, quando afirma a existência dum notável aumento dos processos de oxidação celular pela acção da tuberculina, excitação metabólica que, para aquele A., é uma das bases da concepção da reacção tuberculínica, considerada como uma verdadeira inflamação alérgica.

O A. discorda do conceito em que se atribue um excessivo valor à reacção local, afirmando que a sua intensidade depende de múltiplos factores de natureza diferente da gravidade da lesão específica, intervindo o estado de embebição dos tecidos e da própria constituição alérgica do indivíduo, ele-

mento a que hoje se atribue grande valor, em face da evolução da doutrina constitucionalista na patologia.

O A. confirma a opinião de Moro, quando diz que a sensibilidade à tuberculina varia com as estações do ano, sendo mais acentuada na primavera que no outono, e que os doentes anteriormente submetidos à acção dos raios Röntgen ou à electroterapia dão reacções muito intensas, ao contrário do que se dá com os raios solares e ultravioletas, que provocam uma notável atenuação da sensibilidade à tuberculina, chegando até ao desaparecimento da reacção cutânea.

BARREIROS SANTOS.

A função hepática na tuberculose pulmonar. (*La función hepática en la tuberculosis pulmonar*), por A. RAIMONDI e WALTER-AMATO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXI. N.º 46. 1934.

O conhecimento da alteração da célula hepática na tuberculose pulmonar vem já de longa data, dependendo essa perturbação do grau de actividade do processo específico, determinando fenómenos predominantemente parenquimatosos ou, pelo contrário, cirróticos, consoante a intensidade das lesões bacilosas.

Os AA. fizeram a prova da galactose, que foi positiva nos casos que estudaram, confirmando assim a perturbação do metabolismo hepático no que respeita aos hidratos do carbono.

Ainda que não tivessem feito a determinação do valor do ácido láctico no sangue, lembram que em cerca de 80 % dos casos de lesões hepáticas há a hiperlactidémia.

No que respeita ao metabolismo albuminóide, determinaram os valores do N residual e N ureico, confirmando o aumento dos seus valores no sangue, sendo as suas investigações feitas em doentes com integridade do poder funcional do rim.

O estudo da bilirrubinémia, segundo a técnica de Van den Bergh, mostrou que os seus valores se mantêm dentro dos limites normais, ainda que haja uma certa tendência para valores baixos.

O estudo da bile pela sondagem duodenal revelou, na maioria dos casos, uma menor coloração e pouca diferenciação da bile B, com notável abaixamento da sua riqueza em bilirrubina.

O A. termina, em face da análise dos seus casos, por admitir um franco paralelismo entre o grau de actividade da lesão bacilosa e a intensidade da perturbação funcional da célula hepática.

BARREIROS SANTOS.

A serofloculação de Vernes pela resorcina e a colesterinemia. (*Serofloculación de Vernes a la resorcina y colesterolemia*), por F. GOMEZ e J. C. BENITEZ. — *Revista de Tuberculosis del Uruguay*. Tõmo IV. N.º 2. 1934.

Um grande número de trabalhos publicados sôbre esta reacção apontam o valor diagnóstico e prognóstico da prova, sem haver a preocupação de conhecer os vários factores que intervêm nas variações de floculação.

O abaixamento do índice de floculação pode, nalguns casos, não corresponder à melhoria de condições de resistência ou diminuição de virulência dos agentes, pois verifica-se êsse abaixamento no período premortal, como foi provado por R. Levy.

Os AA. estudaram 122 doentes em que procuraram investigar se havia correspondência entre a intensidade da reacção de Vernes e a taxa de colesterinemia, verificando que não há relação alguma.

BARREIROS SANTOS.

As bases do tratamento cirúrgico da tuberculose óssea fechada. (*Les bases du traitement chirurgical de la tuberculose osseuse fermée*), pelo Prof. RENÉ LEFORT (Lille). — *Bulletin de la Société Belge d'Orthopédie* Tôm. VI. N.º 6. Págs. 339-349.

Pela extraordinária importância do assunto e pela autoridade de quem o subscreve, é útil que resumamos, com um pouco maior latitude do que a habitual, a comunicação cujo título encima esta referência.

Longos anos de prática do tratamento da tuberculose ósteo-articular em condições de observação excepcionalmente favoráveis, levaram o Prof. Lefort a afastar-se, em certos pontos, das doutrinas clássicas. O estudo da fisiologia patológica do osso e dos seus meios de defesa, conduziram-no à seguinte conclusão dupla: que os seus meios naturais de defesa contra as infecções e as suas conseqüências, são extremamente poderosos, mas que a sua utilização é extremamente defeituosa. É possível ao cirurgião vir em auxílio do osso doente, dirigindo num melhor sentido o esforço dispendido pelo tecido ósseo para a sua cura. Nessa ordem de ideas, o A. modificou os antigos métodos terapêuticos e pôs em campo processos novos, aos quais os bons resultados logo corresponderam.

Antigamente, a maior parte dos cirurgiões considerava a abertura cirúrgica dum abcesso frio como um êrro. Hoje, êsse método tem as suas indicações, admitidas por uma grande parte; está muitas vezes indicada com a condição duma assepsia perfeita, de sutura imediata e de vigilância cuidadosa nos dias que se seguem, pois se o abcesso se reproduz é necessário evitar que fique tenso, fazendo uma ou mais punções.

Esta possibilidade de incisar um abcesso frio e de o suturar imediatamente é uma noção hoje banal. O facto tem uma importância capital e mostra que a reacção do abcesso frio é totalmente diferente da do abcesso quente.

O efeito terapêutico de tais incisões é, em geral, mínimo, porque a evacuação dos produtos de desintegração que constituem o abcesso tem fraca acção sobre a parede viva e doente.

Passemos à ressecção do joelho, que o A. já não pratica senão com uma técnica simples, sem procurar excisar todos os tecidos patológicos, sem suturas ósseas. Sorrel também, com a sua enorme prática, defende os métodos mais simples. A ressecção do joelho, limitada à secção duma fatia da tíbia e duma fatia do fêmur, sem dissecação ou extirpação sistemática das partes doentes, dá, em 97% dos casos, um resultado perfeito. Dá estes mesmos resultados nas formas secas em que os ossos eburnizados parecem impróprios

para qualquer consolidação e nas formas em que a descalcificação avançada obriga a pôr em contacto ossos amolecidos cuja parte calcárea está reduzida ao mínimo.

Da prática dilatada da ressecção do joelho pode-se tirar esta conclusão: a ressecção do joelho não actua apenas pela supressão das lesões, pois a extirpação de simples fatias de cada um dos ossos, feita em pleno tecido doente, dá, com perdas simples, resultados terapêuticos tão bons como as extirpações sistematicamente completas e praticamente bem melhores, pois que são adquiridos a trôco dum mínimo de prejuízos.

O A., em 1913, assistiu, com cepticismo, às operações dos enxertos ósseos de Albee. Como, com a ressecção do joelho, fez esta intervenção centenas de vezes, considerando-a de princípio como um bom processo de imobilização; de há dez anos para cá que a vê como um meio terapêutico admirável que transformou por completo o prognóstico da tuberculose vertebral.

Porquê? É simplesmente porque a qualidade da imobilização que ela assegura é superior à dos outros métodos? É uma explicação pouco satisfatória. Também aqui a experiência levou o A. a afastar-se das vias seguidas pela maior parte dos cirurgiões e desde as primeiras operações, na ausência de dados precisos, o mais empiricamente possível, encurtou a duração da imobilização e fixou em três meses o repouso no leito, permitindo, na maior parte das vezes, caminhar sem aparelho ao fim de quatro meses. Mais uma vez o A. foi combatido em nome da teoria; persistiu, cõscio da experiência dos factos, e teve a satisfação de ver aumentar pouco a pouco o número dos que fazem levantar precocemente os seus doentes e que os operam sem os manter previamente na cama por um ano ou dois.

A operação cura o mal de Pott. Porquê e como? O A. verificou-o antes de o saber. Encurta consideravelmente a duração do tratamento, torna as recaídas e as complicações raras. Mas deve haver outra razão ainda.

A prática da artrodese nas coxalgias trouxe também algumas ideas novas: de início, o A. procurou fazer enxertos ósseos sem penetrar nas partes moles do osso. Rápidamente, o A. apercebeu-se de que a abertura do foco bacilar, que nem sempre é possível de evitar no curso da intervenção, não comprometia em nada o resultado operatório, e, a pouco e pouco, substituiu a artrodese extra-articular pelo enxerto mixto ou mesmo intra-articular. Sob o ponto de vista mecânico, esta última é muito mais lógica.

O A. não tem a impressão de que a sua gravidade seja maior do que a da artrodese extra-articular e nunca teve nenhuma contrariedade com ela. A prática dessa operação mostrou ao A. que um auto-enxerto introduzido no osso doente e passado mesmo através do foco tuberculoso é perfeitamente tolerado. Os resultados são excelentes, excedem mesmo tôdas as esperanças que poderíamos ter num enxerto cujo único objecto era o de imobilizar os ossos. Aqui também deve haver outra coisa mais do que o único efeito da mobilização.

Com efeito, é evidente que a qualidade da imobilização realizada por esta intervenção explicaria difficilmente, por si só, os excelentes resultados obtidos, a supressão das dores, a boa anquilose sólida permitindo, em prazos até aí desconhecidos, retomar a vida normal.

Há anos Robertson-Lavalle (de Buenos-Aires) appareceu com um método de tratamento da tuberculose óssea absolutamente em opposição aos princípios geralmente admitidos. Faz enxertos ósseos na vizinhança immediata do foco da doença, não immobiliza os seus doentes operados e obtem curas em condições surpreendentes de rapidez e de conservação das funções.

Muito discutido, este método deu resultados nas mãos dum certo número de cirurgiões. O A. utilizou-o com uma certa desconfiança, mas aconteceu-lhe observar com elle efeitos inesperados. (O A. refere então um caso magnifico de gonite grave, curado com óptima função, e dá os detalhes).

Vários factos provaram ao A. a efficácia bastante freqüente do método. Está em opposição formal com todos os dogmas admitidos nestes últimos anos.

Recentemente, Tavernier mostrou que se podia igualmente obter resultados favoráveis contentando-se com perfurações, tais como as praticas Robertson-Lavalle, sem utilizar enxertos ósseos.

A história do enxerto ósseo na sacro-coxalgia, tal como o A. o fez, é das mais suggestivas. Um volumoso enxerto talhado no osso ilíaco, abrindo ou não o foco bacilar, foi fixado em contacto com o sacro e o osso ilíaco, bem avivados. Aqui, ainda, os resultados excedem as esperanças.

A operação não é, no entanto, muito lógica. Se o seu fim é assegurar a immobilização articular, devemos reconhecer que a mobilidade da articulação sacro-ilíaca é reduzida e o papel do enxerto bastante aleatório. O enxerto ósseo desempenhará então um outro papel sem ser o de um rebite fixador? O A. pensou-o, sem o poder afirmar. Numa doente operada por este método, foi obrigado a retirar o enxerto colocado vinte e quatro dias antes. Esta ablação precoce do enxerto não era dum necessidade absoluta. Fê-la sem hesitação porque, pelas razões que vamos indicar, viu que ella era impossível sem grande inconveniente e que a enxertia já tinha desempenhado a parte mais importante do seu papel.

Vinte e quatro dias após a sua colocação, o enxerto estava soldado aos dois ossos vizinhos, tão regularmente e tão completamente ao sacro como ao osso ilíaco.

Foi bastante fácil, com um osteotomo, destacá-lo. A sua ablação deixou, tanto do lado do enxerto como do lado dos ossos dos quais se acabava de separá-lo, superficies cruentas, dum perfeita regularidade e dum aspecto idêntico. Estas duas superficies ósseas estavam crivadas de orificios iguais e equidistantes 2 ou 3 mm. uns dos outros, sangrando do lado do enxerto tirado, sangrando do lado do osso que ficou.

Demonstrava-se assim que ao vigésimo quarto dia se tinha estabelecido uma circulação larga e regular, comum aos ossos que suportavam o enxerto e a este.

O enxerto vivia, e isso porque vasos muito numerosos, bem irrigados, passavam dum osso ao outro e porque estes vasos estavam já envolvidos por um depósito calcáreo restabelecendo um esqueleto sólido.

Era a confirmação das ideas que o A. suspeitava e que o tinham levado a considerar que, vinte e quatro dias depois, o enxerto já tinha desempenhado a parte mais importante do seu papel, isto é, já tinha cumprido a sua acção curativa.

Alguns dos factos aqui resumidos estão conformes com as doutrinas clássicas; outros não, e são estes os mais interessantes.

Assim, o A. se afastou das rotas clássicas; assim, no tumor branco do joelho, realizou um progresso pela ressecção muito económica que, segundo as concepções admitidas, deveria ser inferior à ablação completa de todo o tecido doente.

O A. caminhou dêste modo para uma nova concepção do tratamento da tuberculose osteoarticular. E foi conduzido, por ela, a práticas que, instintivamente, já estava levando a efeito e que, se os resultados continuarem a dar-lhe razão, como sucedeu até aqui, deverão ter uma repercussão profunda sôbre a técnica cirúrgica e mais ainda sôbre a frequência das indicações operatórias.

(*Continua*).

MENESES.

A anatomia constitucional e patológica das formas hematógenas da tuberculose pulmonar. (*Die konstitutionelle und pathologische Anatomie der hämatogen Form der Lungentuberkulose*), por W. H. STEFKO. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 70. Heft 6. 1934.

Até há muito pouco tempo compreendia-se como disseminação hematogena sòmente a tuberculose miliar (com ou sem participação dos vasos); presentemente, admite-se uma segunda forma, a que se não deu ainda nome especial, e que é caracterizada por focos de pequeno e médio volume, cuja anátomo-patologia o A. estuda neste trabalho, mas que exige, para completa elucidação da sua patogenia, largas pesquisas das condições anátomo-constitucionais do organismo e muito especialmente do sistema circulatório.

A disseminação hematogena pode seguir dois caminhos: 1) A introdução numa artéria. Comêço por periarterite ou endoarterite com formação poliposa da íntima ou então destruição caseosa da parede, com introdução de bacilos na corrente arterial e no sistema capilar pulmonar. De aí resulta uma disseminação miliar de tipo produtivo ou exsudativo, com participação dos alvéolos limitrofes — alveolite exsudativa e descamativa. De aqui pode a afecção alcançar o sistema venoso. Nestas condições, não há diferença entre estes casos e os que são constituídos por focos pequenos e médios e que devem a sua origem ao facto de serem atingidos exclusivamente vasos de maior calibre, principalmente veias de 1 a 3 mm. de diâmetro. As lesões consistem em focos de peri e endoflebite, com necrose e destruição da parede e consecutiva transição do processo para o parênquima pulmonar vizinho; estes focos destacam-se nitidamente das partes sãs.

Um quadro aproximado é dado pela forma linfógena, que decorre nos vasos linfáticos sob a forma de tubérculos fibro-epitelióides. Esta forma e a anterior não podem distinguir-se uma da outra pela radiografia; por isso é conveniente falar-se duma forma de disseminação linfo-hematogena.

Nos adultos as formas hematógenas aparecem mais frequentemente nos tipos musculares e as formas linfógenas nos tipos constitucionais hiper-evolutivos.

J. ROCHETA.

Fotografia endotorácica. (*Endothorakale Photographie*), por W. KREMER.—*Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 71. Heft 4-5.

Depois da introdução, na prática corrente, da operação de Jacobaeus, procurou criar-se um dispositivo que fotografasse não só as imagens endotorácicas, o que, junto às radiografias, valorizava imenso os documentos clínicos, mas também permitisse seguir as diversas fases do curso operatório

Siebert, em 1929, conseguiu realizar algumas fotografias de aderências pleurais, mas por complexidade da aparelhagem não era possível ir mais além. Depois de várias tentativas, a firma Georg Wolf apresenta um aparelho que permite fixar várias imagens durante o acto operatório; é de diâmetro ligeiramente maior do que é empregado usualmente e apresenta, no eixo da visão directa, uma pequena caixa fotográfica, enquanto o operador se serve dum eixo acessório para realizar a operação.

J. ROCHETA.

Resultados tardios de cento e trinta doentes operados de frenicectomia. (*Über des weitere Schicksal von 130 durch die Phrenikoeairese operierten Patienten*), por H. MEINERS.—*Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 71. Heft 4-5. 1934.

Admitida, como já está hoje, a frenicectomia como operação capaz por si só de resolver muitos casos clínicos, é interessante averiguar quais os resultados tardios desta intervenção. O A. dispõe duma estatística de cento e trinta casos, operados de 1926 a 1931; de todos êles procurou colhêr informes que tinham especialmente em mira saber se se mantinha livre de bacilos a expectoração. Juntou notas de cento e um, pois os vinte e nove restantes tinham mudado de residência para sitio desconhecido.

Daqueles tinham morrido trinta e cinco; esta alta mortalidade explica-se pela extensão do processo pulmonar quando da operação: bilateralidade e existência de cavernas; em todos, além de bacilos na expectoração, fibras elásticas. Em dez, tuberculose da laringe ou de qualquer outro órgão. Nos sessenta e seis doentes restantes encontravam-se também, em todos, bacilos; em quarenta, as lesões atingiam os dois pulmões; só nos outros vinte e seis eram unilaterais.

As respostas obtidas pelo inquérito revelaram o seguinte: cinqüenta e quatro declaram sentir-se bem, oito regularmente e quatro mal. Trinta e seis não referem tosse, vinte e seis pouca tosse e quatro tosse freqüente. Quanto à expectoração, verificou-se que, de cinqüenta e três doentes que mandavam regularmente fazer a análise, trinta e nove eram negativas e catorze positivas; em quinze doentes não havia análises.

Os doentes a quem se tinha feito frenicectomia esquerda não referiam perturbações nem do lado do coração, nem do estômago.

Sobre capacidade de trabalho, observou-se que quarenta e um tinham trabalhado sempre, onze não tinham trabalhado por não terem trabalho e catorze por causa da doença.

J. ROCHETA.

A evolução dos infiltrados redondos tuberculosos. (*Zum Ablauf tuberkulöser Rundinfiltrate*), por W. ROLOFF. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 71. Heft 4-5. 1934.

O infiltrado redondo, lesão anátomo-patológica que só a radiografia descobre, tem sido ultimamente, com o aumento de casos publicados, motivo de discussão para esclarecimento da sua origem, evolução e etiologia, sem que até hoje se chegasse a uniformidade de vistas.

O A. apresenta uma estatística de quarenta infiltrados redondos, e dela apresenta oito neste artigo, com alguns detalhes curiosos. Apesar do importante número de casos apresentados, esta forma de tuberculose pulmonar ainda escapa a uma explicação clara no que respeita à sua patogenia. Provavelmente, de origem predominantemente hematogena, sem que possa afirmar-se ou negar-se a importância da superinfecção externa. Tem uma tendência, em geral restrita, para se desenvolver, como de resto é provado pela dificuldade na pesquisa de bacilos na expectoração dos doentes. Ficam, por isso, muitas vezes, estacionários, sem sinais clínicos. Noutros casos mais raros, podem caseificar-se e dar origem a cavidades, por vezes de dimensões maiores do que aquelas que permitia supor o volume da lesão inicial. Por esta razão, e visto que não pode presumir-se nunca qual o desenvolvimento dum infiltrado redondo, é conveniente estabelecer precocemente o tratamento pelo colapso pulmonar.

J. ROCHETA.

Contribuição para o problema da tuberculose intestinal. (*Beiträge zur Problematik der Darmtuberkulose*), por J. ROTHER. — *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 71. Heft 4-5. 1934.

O A., que em artigos anteriores se tem ocupado da tuberculose intestinal, procura neste artigo estabelecer a relação entre os resultados obtidos por meio das chapas radiográficas do tubo digestivo e os verificados nas autópsias, por um lado, e, pelo outro, procura saber se o estudo da velocidade de sedimentação dos glóbulos vermelhos pode servir de indicador diagnóstico na pesquisa da tuberculose intestinal.

De quatrocentos sessenta e dois casos que fizeram radiografia dos intestinos, cento e dois puderam, mais tarde, ser autopsiados, obtendo-se assim os seguintes resultados: radiografias e autópsia positivas, setenta e seis casos; radiografia e autópsia negativas, sete casos; radiografia negativa e autópsia positiva, catorze casos; radiografia positiva e autópsia negativa, cinco casos, ou seja 81,4% de resultados concordantes contra 18,6% de resultados discordantes. Entre estes contam-se alguns erros de técnica que, se se evitassem, poderiam aumentar o número dos primeiros. Apesar disso, porém, verificou-se que a radiografia garante, para o diagnóstico da tuberculose intestinal, uma percentagem de elementos seguros muito mais alta que os outros meios clínicos e laboratoriais de que dispomos.

Quanto à relação entre velocidade de sedimentação globular e participação do tubo digestivo no processo tuberculoso, encontrou o A. que nos

casos com tuberculose intestinal diagnosticados radiograficamente se encontra 62,2 % com velocidade de sedimentação para cima de trinta (leitura feita no fim da primeira hora, no aparelho de Westergren), em contraste com 49,8 % encontrados nos casos radiograficamente negativos. Estes números mostram de facto a importância da participação intestinal na eritrosedimentação, que se torna ainda maior se dos últimos dispensarmos aqueles indivíduos que por outros motivos aceleram a velocidade de sedimentação. Por isso, ao terminar, diz Rother: uma velocidade de sedimentação aumentada num caso de tuberculose produtiva ou produtivo-cirrótica com caverna deve fazer pensar na tuberculose intestinal e daí um esclarecimento do diagnóstico neste sentido para que a tempo se lhe possa aplicar a respectiva terapêutica.

J. ROCHETA.

O coração após a frénico-exerese. (*The heart after phrenic-nerve interruption*), por O. S. HANSEN e H. W. MALY. — *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXX. N.º 5. 1934.

Os AA. apresentam uma estatística de cem casos de frenicectomia, cinqüenta e dois à esquerda e quarenta e oito à direita, nos quais foram feitos electrocardiogramas antes e depois da operação e continuados até ao resultado final obtido pela operação. A posição do coração foi determinada por radiografia. Conforme as conseqüências, divide-se aquele número em quatro grupos:

O primeiro grupo, de trinta e cinco casos, é composto por aqueles que não revelaram modificações na amplitude de Q. R. S., embora dezanove (54 %) tivessem sofrido modificações de posição do coração.

O segundo grupo, de cinqüenta e cinco casos, é composto por aqueles com ligeiras modificações na amplitude de Q. R. S., ainda que a maior parte tivesse modificado a posição cardíaca.

O terceiro grupo apresenta modificações moderadas da amplitude de Q. R. S. e é constituído por oito casos. Em seis, o coração tinha-se deslocado para a esquerda em três e para a direita nos outros três. Os outros dois casos deste grupo não mostravam desvios na posição do coração.

O quarto grupo, composto também por oito casos, apresentava acen tuadas modificações na amplitude de Q. R. S.

Comparando os traçados pre-operatórios com os post-operatórios, no que respeita às modificações sofridas pelo eixo eléctrico cardíaco, verificou-se que o número de casos com preponderância esquerda de maior ou menor grau era de vinte e quatro e pertenciam especialmente aos grupos segundo e quarto; as mudanças para a direita tinham sido de dez. Na maioria dos casos, um único electrocardiograma não permitia o diagnóstico, pela pequena diferença feita do anterior, mas sim por comparação com traçados feitos em série, pelos quais se observava uma mudança progressiva.

Em vinte e três casos verificaram-se, após a operação, modificações quer em altura, direcção ou forma de onda T, correspondentes à primeira deriva-

ção ou à segunda, isoladamente ou em combinação, excepto quando se encontrava uma acentuada inversão da terceira derivação.

Só seis casos dos cem reunidos mostravam alguma diferença depois da operação, três um aumento de amplitude e três uma diminuição. Nos três primeiros não se encontraram, nem clínica, nem radiologicamente, sinais da doença mitral.

Não se encontraram perturbações de condução ou de ritmo; um caso de fibrilação auricular manteve sempre as mesmas características durante todo o tempo da observação.

J. ROCHETA.

Colapso pulmonar por atelectasia na tuberculose pulmonar. (*Lungenkollaps durch Atelektase bei Lungentuberkulose*), por E. PETERS. — *Deutsches Tuberkulose. Blatt.* 8 Jahrg. Heft 10. 1934.

Há já algum tempo que Jacobaeus chamou a atenção para um quadro clínico por êle observado, e até aqui pouco conhecido, mas de especial importância na patologia e terapêutica das doenças pulmonares. Trata-se do colapso pulmonar por atelectasia, embora a palavra «colapso» não seja nesta situação especial empregada no habitual sentido de compressão, como é usualmente aplicada, visto que é realizado por estenose dum brônquio que aquela provoca numa maior ou menor região pulmonar. A impermeabilidade brônquica pode originar-se por compressão cicatricial ou tumoral da vizinhança, ou ainda por massas secretórias ou sanguíneas; então, o ar residual reabsorve-se e obtem-se assim o seguinte quadro: segundo a maior ou menor superfície da atelectasia, se encontra mais ou menos dispneia; o hemitorax correspondente apresenta diminuição da excursão respiratória e dos espaços intercostais. Há ainda submacicês ou timpanismo com diminuição de vibrações e abolição quasi completa do murmúrio vesicular. Radiograficamente, uma mancha difusa, sem contornos nítidos, com desvio da sombra do coração e do mediastino para o lado doente, elevação do diafragma e excursões respiratórias diminuídas. Por estes elementos se verifica como pode ser difícil fazer a distinção, tanto clínica como radiograficamente, com as pleurisias crônicas fibrosas, com tendência para a cirrose, o que tem especial importância pelo que respeita ao tratamento.

O A. descreve um caso clínico, ao qual já tinha sido proposto uma toracoplastia, e que se curou apenas com o pneumotorax, visto a necessidade de compressão se fazer sentir por tuberculose cavernosa dum vértice, além da atelectasia. Peters chama ainda a atenção para a alta negatividade das pressões a quando da introdução da agulha, e como ainda com valores negativos se obteve um bom colapso da porção atelectasiada, sem que a porção sã do pulmão se comprima duma maneira visível, obtendo-se assim um pneumotorax electivo. Admite, por isso, com Alexander, que a patogenia destes se deve, em grande parte, ao facto da existência de atelectasia, de maior ou menor extensão, nas zonas doentes.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

Realizaram-se, na Faculdade de Medicina, sob a presidência do Prof. Almeida Garrett, as eleições dos representantes dos professores auxiliares, agregados e livres e dos assistentes ao Senado Universitário e à Assembleia Geral da Universidade. Foram escolhidos os Drs. Hernani Barbosa e Fernando Fernandes.

— Foram nomeados assistentes voluntários da Faculdade de Medicina os Drs. Eugénio Pinto Franco e D. Maria Violante de Jesus Franco, para obstetrícia e ginecologia; Álvaro Pereira Moitas, para patologia cirúrgica; Eduardo Beirão Reis, para anatomia patológica; e Zeferino Ferreira Paulo, para pediatria. Também foram contratados os Drs. Fernando de Macedo Chaves, Joaquim de Oliveira e Silva, José Rodrigues Gomes e Júlio de Sousa Vaz, como assistentes, respectivamente, de pediatria, patologia e clínica cirúrgica, obstetrícia e ginecologia, e bacteriologia.

De Lisboa

O Prof. Fernando Fonseca foi exonerado, a seu pedido, do cargo de assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina.

— O Dr. Jacinto Moniz de Bettencourt foi contratado para exercer as funções de assistente extraordinário de fisiologia.

— O *Diário do Gôverno* publicou a lista dos trabalhos científicos do Prof. José Toscano Rico, do Instituto de Farmacologia e Terapêutica Geral da Faculdade de Medicina.

De Coimbra

O Prof. Lúcio Martins da Rocha foi nomeado bibliotecário da Faculdade de Medicina.



*
* *
*

Hospitais

Escolar de Lisboa

O director do Hospital Escolar, Prof. Adelino Padesca, deu posse ao novo provedor do mesmo hospital, Dr. António Homem de Gouveia e Costa.

Civis de Lisboa

No serviço de Estomatologia dos Hospitais Civis de Lisboa continuam as conferências por iniciativa do respectivo director de serviço, Dr. Ferreira da Costa. Realizaram-se já as seguintes: «O estado actual dos conhecimentos da Histologia dentária», pelo Dr. Esteves Pires; e «Matérias auxiliares da especialidade», pelo Dr. Oliveira Duarte.

Da Madeira

O Prof. Francisco Gentil foi encarregado de proceder, no prazo de trinta dias, ao estudo dos elementos orientadores de organização hospitalar da ilha da Madeira.

*
* *
*

Academia das Ciências

Na sessão do dia 15 de Novembro, da Academia das Ciências, o Prof. Sabinho Coelho fêz referências a alguns recentes trabalhos laboratoriais de Brachet sôbre o metabolismo do ôvo da «Rana fusca».

Em seguida, o Prof. Lopo de Carvalho fêz uma comunicação intitulada «Imagens arteriais do hilo».

*
* *
*

Sociedade das Ciências Médicas

No dia 5 de Dezembro realizou-se, na Sociedade das Ciências Médicas, a sessão inaugural dos trabalhos académicos do novo ano. Pronunciou o discurso de inauguração o Prof. Borges de Sousa, que falou sôbre «Visão, iluminação, civilização».

A apresentação foi feita pelo presidente cessante, Prof. Salazar de Sousa.

União Internacional contra a Tuberculose

Vai realizar-se em Portugal, no ano de 1936, a reunião habitual da União Internacional contra a Tuberculose.

Esta agremiação, onde estão representados quarenta e cinco países, é constituída por professores catedráticos de todo o mundo. A enorme importância das suas reuniões é compreendida por todos os países, que procuram, à porfia, vê-las realizadas nos respectivos territórios.

Na última reunião de Varsóvia, o nosso país conseguiu, por unanimidade de votos, a reunião de 1936 em Lisboa. Desde 1924 que Portugal lutava por semelhante honra.

Também por unanimidade, Portugal fará parte do *Comité* Executivo, constituído apenas por sete membros. O Prof. Lopo de Carvalho, representante de Portugal, foi eleito presidente da União no biénio 1936-1938.

Escola de Medicina Tropical

Publicou-se um decreto relativo à Escola de Medicina Tropical em que se estabelece que, em cada ano lectivo, se realize apenas um curso aberto em 1 de Novembro e encerrado em 31 de Março.

O número de alunos, em cada curso, não poderá exceder quarenta e não se reservará qualquer direito de preferência, para a matrícula no curso seguinte, aos candidatos que a não obtiverem na primeira vez que a requerem.

As propinas de inscrição serão fixadas em 150.000 por cada cadeira, pagas por uma só vez, na ocasião da abertura da matrícula.

A Escola continuará a realizar, no intervalo dos cursos anuais, as missões de estudo.

Os relatórios destas deverão ser entregues à direcção da Escola, dentro do prazo máximo de seis meses após o seu regresso.

XX Cruzeiro Médico Franco-Belga

O XX Cruzeiro Médico Franco-Belga efectuar-se-á durante as férias da Páscoa de 1935, de 12 a 28 de Abril, no paquete de luxo «Sphinx» (15.000 toneladas) das «Messageries Maritimes».

O itinerário será o seguinte: Marselha, Alexandria (Cairo), Jaffa (Tel

Avir, Jerusalém, Belém), Beyrouth (Baalbeck, Damas), Caiffa (Nazareth e Tiberiade), Alexandria, Marselha.

Os preços, especialmente reduzidos, são de 5.400 francos franceses em primeira classe e de 3.500 francos franceses em segunda classe, incluindo as excursões. Os médicos e suas famílias terão um desconto de 5 %.

Nestes preços estão compreendidas as despesas de Marselha a Marselha: percurso marítimo, excursões nas escalas, permanência em terra, nos hotéis de primeira ordem, entrada em mesquitas e museus, gorjetas, etc.

Para mais detalhes, dirigir-se à «Section de Voyages de Bruxelles Médical», 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelas.

Médicos municipais

A Direcção Geral da Administração Política e Civil do Ministério do Interior enviou aos governadores civis do continente e Ilhas a circular seguinte:

«Tendo surgido dúvidas de interpretação no que respeita à residência dos médicos dos partidos municipais, encarrega-me o ex.^{mo} ministro do Interior, por seu despacho de 24 do corrente mês, de dizer a V. Ex.^a, a-fim-de que se digne transmitir às comissões administrativas dos municípios desse distrito, o seguinte:

a) Os facultativos médicos municipais nomeados depois da publicação do decreto n.º 23.826, de 7 de Maio de 1934, são obrigados a residir na sede das áreas dos respectivos partidos. b) Os facultativos médicos municipais nomeados antes da publicação do citado decreto e que não residam nas áreas dos seus partidos, devem mudar para ela as suas residências.

Exceptuam-se: 1) Os que por contrato ou deliberação camarária de que não tenha havido reclamação julgada procedente, estejam autorizados a residir fora das áreas que lhes competem. 2) Os que tenham residência na área do partido onde serviam antes da remodelação operada por virtude do decreto n.º 23.826.»

Assistência infantil

No bairro de Alcântara inaugurou-se a Creche Vitor Manuel, sob a direcção do Dr. Tudela de Castro. Este estabelecimento, que obedece aos modernos princípios de arquitectura e de hygiene, compreende um corpo central ocupado pela creche e duas alas ocupadas pelo dispensário e pelo lactário.

A creche tem lotação para cinquenta crianças. O lactário pode fornecer alimentação a cento e cinquenta crianças.

— No Lumiar abriu o primeiro Jardim Infantil da Junta Geral do Distrito, que vai ser dirigido pela Dr.^a D. Branca Rumina.

Provimento de oficiais médicos

Publicou-se um decreto, pelo ministério da Guerra, que determina que os candidatos aprovados no concurso para oficiais médicos do exército sejam promovidos pela ordem de classificação obtida no referido concurso. As vagas existentes serão preenchidas nestes termos e o prazo de validade do concurso é prorrogado até que o último candidato classificado tenha preenchido vacatura no quadro permanente.

Os candidatos aprovados que, pela ordem de classificação, estejam fora do número de vagas existentes actualmente, mas que tenham, a-pesar dêsse facto, sido promovidos ao pòsto de alferes médico do quadro permanente, serão considerados sem vencimento e fora da actividade, aguardando que lhes caiba o direito de preencher as novas vagas que ocorrerem.

Conferências

Em Lisboa, realizaram-se ultimamente as seguintes conferências: «A higiene da capital», pelo Dr. Arruda Furtado, na Câmara Municipal de Lisboa; «Medicina escolar», pelo Dr. Fernando Correia, na Sociedade de Estudos Pedagógicos; «Defesa contra o alcoolismo», pelo Prof. Vítor Fontes, na Universidade Popular Portuguesa; «Tuberculose», pelo Dr. Azevedo Pereira, na Junta da Freguesia das Mercês; «Modernas directrizes da luta anti-azonática» e «Mussolini e a luta anti-malária na Nova Itália», pelo Dr. Fausto Landeiro, na Sociedade de Geografia; «Higiene e turismo no Algarve», pelo mesmo médico, na Casa do Algarve; e «Os serviços de saúde em Angola — a luta contra a doença do sono», pelo Dr. António Damas Mora.

— Na Figueira da Foz, o Dr. José Rainho fêz uma conferência intitulada: «A medicina na educação física».

— Em Niza, o Prof. Serras e Silva falou sòbre: «O caminho da felicidade».

— No Pòrto, fêz uma palestra sòbre: «Tuberculose, doença social», o Dr. Raúl de Faria.

Saúde pública

Como se tenha tornado necessária a construção de edifícios destinados à montagem de instituições de higiene em condições de poderem desempenhar as funções que lhes são destinadas, o Govêrno nomeou uma comissão composta do director geral de saúde, Dr. José Alberto de Faria, engenheiro Fran-

cisco de Melo Ferreira de Aguiar e architecto Carlos Chambers Ramos, que elaborarão o programa e um anteprojecto das instalações de uma instituição de Higiene.

Saúde colonial

Para a construção de novos pavilhões do Hospital de Nova Lisboa propôs-se que se destine, do rendimento do imposto criado pelo diploma n.º 586, uma percentagem sôbre o excedente a 1.500 contos anuais.

Dr. Carlos Chagas

No Rio de Janeiro faleceu o Dr. Carlos Chagas, director do Instituto Oswaldo Cruz (Manguinhos) e uma das figuras mais representativas da medicina brasileira.

Bacteriologista e parasitologista distinto, entre outros trabalhos, a êle se deve a descoberta do *Trypanosona Cruzi*, agente da doença que tem o seu nome — «Mal de Chagas» — transmitida por um percevejo: o *Triatona megistata*, mais conhecido por barbeiro, chupão ou fincão.

Como director do Departamento Nacional da Saúde Pública, promoveu o combate à peste, à tuberculose, à lepra e às doenças venéreas.

Com o ilustre continuador da obra de Oswaldo Cruz, o Brasil perde um trabalhador incansável e um investigador de grande vulto.

Necrologia

Faleceu, em Almeirim, o Dr. João César Henriques



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^a — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA


TRATAMENTO DA **DIABETES** E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

Agentes para Portugal: **Gimenez-Salinas & C.^a**

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA



ALUCOL

Hidrato de alumínio coloidal

Reduz a hipercloridria pela fixação e eliminação do ácido clorídrico

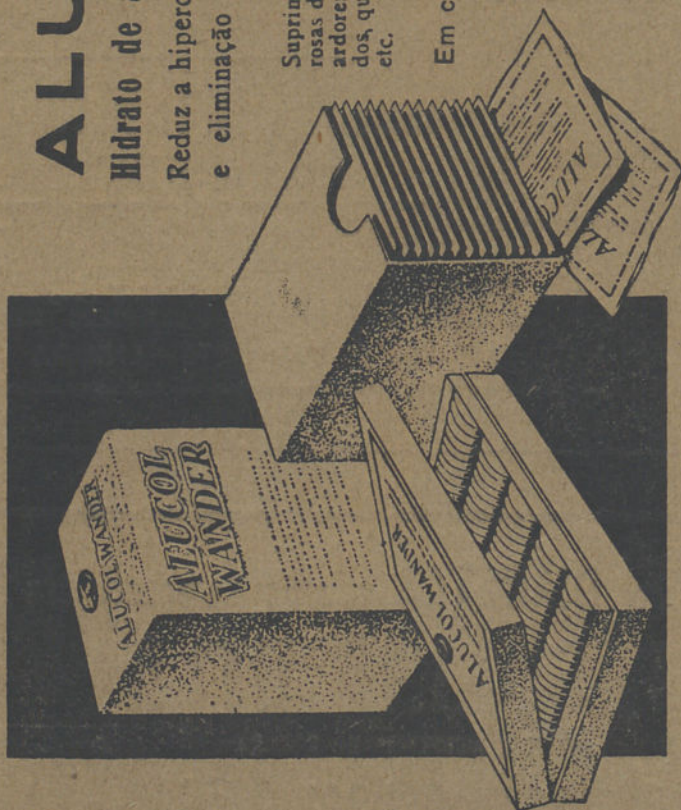
Suprime as manifestações dolorosas do estado hiperclorídrico: ardores, regurgitamentos acidos, queimaduras do estomago, etc.

Em comprimidos e em pó

Dr. A. WANDER, S.-A., Borne
À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS

UNICOS CONCESSIONARIOS
— PARA PORTUGAL —

ALVES & C.ª IRMAOS
RUA DOS CORREIROS, 41, 2.º
L I S B O A



ALUCOL WANDER