

Ano XV

N.º 10

Outubro 1938



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

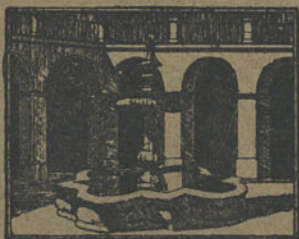
A. Almeida Dias

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

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 :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Sala

Est.

Tab.

N.º



EUCODAL

Analgésico e sedativo em vez de morfina. Supera a morfina na rapidez, intensidade e duração dos seus efeitos.

Esplêndida tolerância.

EUCODAL em comprimidos de 0,005 gr.
Tubos de 10 e 20 comprimidos.

EUCODAL em ampôlas de 0,01 e 0,02 gr.
Caixas com 10 ampôlas.

EUCODAL - substância para receitas.

Representantes para Portugal:

QUIMICO FARMACEUTICA, LIMITADA

Lisboa
R. Gomes Freire, 96

Porto
Rua do Almada, 59

E · MERCK



DARMSTADT

INSULINA PROTAMÍNICA «A. B.»

(COM ZINCO) EM SUSPENSÃO (MARCA REGISTRADA)

A absorção de insulina injectada na forma de **Insulina Protamínica «A. B.»** (com zinco) em suspensão é mais prolongada e assemelha-se sobre-maneira à secreção natural de ilhotas do pâncreas.

Esta **Insulina** tem uma acção firme e regula melhor o metabolismo dos hidratos de carbone do que a insulina vulgar. Permite reduzir o número de injeções, requere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

40 un. por cc. { 5 cc. (200 un.)
10 cc. (400 un.) 80 un. por cc. } 5 cc. (400 un.)

A **Insulina «A. B.»** tem reputação mundial pela sua esterilidade estritamente salvaguardada, força cuidadosamente estandardizada, ausência de reacções tóxicas e estabilidade em climas quentes.

Envia-se folheto com minúcias aos Ex.^{mos} Clínicos

Fabricantes: THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURYS, LTD.

Representantes: COLL TAYLOR, LTD. — R. dos Douradores, 1.º — LISBOA



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 Lotos, 35-37

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)

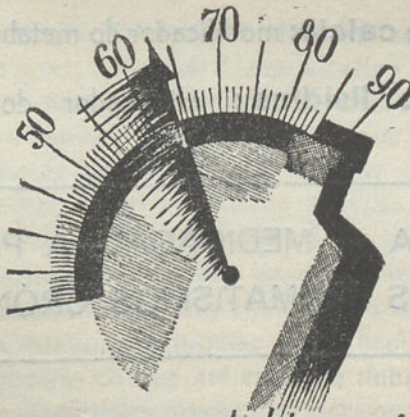
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.

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



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5
Porto: Ern. Cibrão & C.^a, Ltd, R. Almada, 244
Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti-artrítico



Reune numa forma inédita

33% de principios activos

Iodo }
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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



SUMARIO

Artigos originaes

| | | |
|---|------|------|
| <i>As bronquiectasias; seu estudo clínico e aspecto lipiodo-radiográfico, por José Rocheta</i> | Pág. | 591 |
| <i>A apófise estiloideia e o seu significado patológico em oto-rino-laringologia, por Angelo Pena</i> | • | 665 |
| <hr/> | | |
| <i>Revista dos Jornais de Medicina</i> | • | 674 |
| <i>Noticias & Informações</i> | • | XI.1 |

Serviço de Doenças Pulmonares
(Director : Prof. LOPO DE CARVALHO)

AS BRONQUIECTASIAS; SEU ESTUDO CLÍNICO E ASPECTO LIPIODO-RADIOGRÁFICO

POR

JOSÉ ROCHETA

Deve-se a LAENNEC, há aproximadamente cento e vinte anos, quando publicou o seu *Traité de L'Auscultation Médiante* (1^{ère} edit. 1819), a primeira descrição anatómica e clínica das bronquiectasias. Bastante se tem escrito depois, sôbre êste tema. A princípio quási só trabalhos da escola francesa, a que se seguiram a inglêsa e alemã, mas todos, até fins do século passado, com a nota predominante dum melhor esclarecimento do mecanismo patogénico das dilatações brônquicas. Depois, ao iniciar-se o século actual, as publicações aumentaram, mas então já nitidamente orientadas num sentido terapêutico; acentuou-se que as bronquiectasias eram muito mais freqüentes do que até então se tinha pensado, e procurou-se, por um diagnóstico precoce, prescrever medidas que evitassem o agravamento do mal. Por fim a generalização do método de SICARD e FORESTIER que, em 1921, demonstraram a inocuidade da introdução intra-brônquica do lipiodol, como meio de contraste radiológico, acabou por tornar acessível e familiar a todos os clínicos a afecção de que nos vamos ocupar.

Não quiere dizer, porém, que o problema das bronquiectasias esteja resolvido em todos os seus detalhes; muito se discute ainda



sôbre a patogenia de numerosos casos, e o tratamento, questão do maior interesse para o prático, não obteve até agora uma solução integral e definitiva, embora os progressos realizados pela cirurgia toraco-pulmonar, nos últimos anos, apresentem novas perspectivas com a lobectomia e mesmo com a pneumectomia total unilateral. Sôbre as suas possibilidades e inconvenientes falaremos mais adiante.

O nosso trabalho é a exposição do que praticamos no Serviço de Doenças Pulmonares do Prof. LOPO DE CARVALHO, publicado na idea de chamar, uma vez mais, a atenção para o problema clínico das dilatações brônquicas e para a simplicidade e inofensividade da técnica de que nos servimos para a sua visualização radiográfica; e de passo referir alguns resultados terapêuticos obtidos.

Anamnese. — É relativamente freqüente encontrar nas Consultas Externas dos Serviços de Doenças Pulmonares, casos clínicos com a sintomatologia que vamos referir. Adolescentes e indivíduos de idade média, com bom estado geral, cujas queixas se resumem, grande número de vezes, a tosse e a exagerada abundância de expectoração diária, em regra com períodos de exacerbação durante os quais a expulsão do catarro adquire aspectos de verdadeira vômica, que sucedem a outros de notável acalmia, sem que o doente, a-pesar disso, se considere totalmente livre dos seus padecimentos. Noutros casos a estes sintomas outros se juntam, que sobrecarregam um pouco mais o quadro agora descrito; há então um ligeiro aumento de temperatura, com anorexia e astenia, um mal-estar geral indefinido que deprime o portador, impossibilitando-o, um período por outro, do exercício regular das suas funções. Quando, nalguns dêstes pacientes, a todo êste cortejo sintomático se soma um filete de sangue na expectoração, ou se verifica uma autêntica hemoptise, com maior ou menor tendência para repetição, ainda mais se entenebrece, particularmente, a situação psíquica dos doentes, que se julgam affectados dos piores males, hipótese por vezes reforçada por exame clínico que não teve a necessária paciência para ser cuidadoso.

E todavia, quando se procede com cautela, não é difícil fazer um diagnóstico exacto. Já pela história progressa se verifica como

os sinais de catarro brônquico se arrastam por largos anos, ascendendo no passado, quási sempre, à época da primeira infância, com surtos mais ou menos freqüentes, mas sempre idênticos, acompanhados uma ou outra vez de fetidez da expectoração, mas sem uma perturbação profunda do organismo que denunciasses processo mórbido sério *quod ad vitam*.

Quando se investiga do início do padecimento, é fácil obter algumas vezes a indicação precisa, rigorosa, do seu aparecimento após uma infecção aguda pulmonar: bronco-pneumonia, tosse convulsa, gripe-pneumónica, sarampo, etc., mas noutros, pelo contrário, não é possível estabelecer nexo lógico entre causa e efeito; desde os primeiros meses, até desde as primeiras semanas, os sinais de bronquite se estabelecem e se impõem depois com carácter duradouro. Quando assim acontece, a anamnese familiar impõe, embora muito mais raramente, a idea duma afecção de carácter hereditário que particularmente affectasse a árvore brônquica, reduzindo-lhe a sua capacidade de resistência local; ou então por malformações congénitas não transmissíveis, que por mecanismos de outra ordem levassem os ductos aéreos às dilatações típicas.

Exame clínico.— Em regra, a inspecção do hábito externo dêstes doentes, nada revela de característico. Supuseram alguns autores poder estabelecer relações íntimas entre os portadores de lesões brônquicas e um determinado tipo somático-constitucional, mas êste ponto de vista não tem obtido confirmação. Sem dúvida, têm sido apontados alguns sinais, que de-facto se encontram nos nossos casos, mas sem regra fixa e nada patognómicos. Assim, as ectasias capilares da face, especialmente nas crianças, a acrocianose, esta mais freqüente, e quási sempre acompanhada dos dedos típicos hipocráticos, ou pelo menos com as unhas em vidro de relógio. O que por vezes choca nalguns casos da primeira infância é a nítida insuficiência do crescimento e do pêso em relação à idade.

Pelo interrogatório obtemos como resposta habitual e a mais marcante, a confissão dum incómodo provocado pelo exagêro do catarro brônquico e a sua rebeldia aos tratamentos correntes; os sintomas de bronquite arrastam-se de mês para mês e acompanham o doentê desde anos atrás; a expectoração diária varia de

meio decilitro a 2, 3 e 4 decilitros, embora com variações por vezes notáveis de dia para dia, mas sempre mais abundante nas primeiras horas, após o acordar; recolhida num vaso cónico, sobretudo nos casos avançados, deposita-se nas três camadas clássicas: superior, espumosa; média, turvo-serosa, e inferior, compacto-purulenta, às vezes fétida por infecção secundária de anaeróbios, raras vezes por verdadeira gangrena. A análise microscópica da expectoração revela a abundante presença de pus e as mais variadas extirpes bacterianas (estreptococos, estafilococos, pneumococos, bacilos da influenza, bacilos semelhantes ao coli e ao para-tífico, leptotrix) (1), com excepção do bacilo de KOCH; em casos raros bacilos ácido-resistentes pseudo tuberculosos, morfològicamente não diferenciáveis dos bacilos autênticos, mas não cultiváveis nos meios habituais nem patogénicos para a cobaia, elementos estes que estabelecem a destrinça. Deve também procurar-se sempre a presença de fibras elásticas, pois quando estas se encontram é sinal que não estamos em presença duma forma pura de bronquiectasia, mas associada a uma destruição parenquimatosa.

A febre é um sintoma que, de acôrdo com *DUKEN e v. DER STEINEN*, julgamos de mais importância do que aquela que se lhe atribue. Estes autores citam a opinião de *BRÜNECKE*, que admite dois tipos febris: um periódico, característico dos surtos bronco-pneumónicos, com grandes elevações térmicas, iguais às habitualmente observadas na pielite, por vezes adquirindo o aspecto da febre scéptica com o arrepio característico (*WIESE*); o segundo tipo é o progressivamente ascendente, em relação com o grau e duração da retenção, para cair súbitamente com a expulsão da expectoração (*KLARE e REUSSE*); mas vulgarmente a curva é irregular, sem regras fixas.

As hemoptises, sinal comum na nossa casuística, é para alguns autores mais freqüente ainda do que na tuberculose. Há mesmo formas clínicas chamadas hemoptóicas, por o seu único sintoma ser a hemoptise, irregular na sua aparição e repetição,

(1) Ainda há pouco *CASTEX, MAZZEI e BLANCO* descreveram um caso de bronquiectasia hemoptóica, com fungos levuriformes na expectoração, que consideraram agente das hemoptises e que se curou com o tratamento iodado em altas doses.

e por vezes tão extremamente abundante, que podem causar a morte por hemorragia aguda. KISSLING computa em 5 % os casos de morte por êste mecanismo. A velocidade de sedimentação, assim como a fórmula leucocitária, dão muitas vezes resultados anormais; aquela atingindo 20 a 30 mm. na primeira hora e esta com um grau de leucocitose que facilmente excede a dezena de milhar.

Ao exame local do tórax pode a inspecção, uma ou outra vez, revelar diminuição da expansibilidade respiratória ao nível da zona afectada, acompanhada por um certo grau de retracção costal por rigidez do parênquima pulmonar e pleurite fibro-adesiva, e vibrações vocais, nuns casos aumentadas, noutros diminuídas conforme o grau de extensão de cada um dos dois processos mencionados; pela percussão também se obtêm resultados variáveis, mas na sua maioria nota-se hipofonese mais ou menos acentuada. Os sinais audíveis à auscultação diferem muito de indivíduo para indivíduo, e no mesmo doente, também essa variabilidade por vezes desconcertante se verifica, conforme o grau da repleção das cavidades ectasiadas; desde a diminuição pura e simples do murmúrio vesicular à inspiração rude, com expiração prolongada e mesmo soprante, de mistura com roncros e sibilos, até aos fervores de bolhas médias e grandes, por vezes gorgolejantes, e com a confluência e consonância própria dos fervores cavitários; e na maioria absoluta dos casos limitados a uma ou às duas bases pulmonares.

Dos outros órgãos apenas merece menção a análise dos seios frontais e maxilares, cujo papel etiológico tem sido apontado principalmente pelos autores americanos, sôbre o que falaremos mais adiante; alguns dos nossos casos mostram de-facto ao nível daquelas cavidades uma opacidade radiográfica que nem sempre terá significado patológico. Cabe finalmente dizer do contraste tão impressionante que por vezes fere o observador, ao constatar muitos dêstes sintomas locais e gerais no mesmo paciente, que não parecem afectar profundamente o seu estado geral nem diminuir-lhe de maneira sensível a actividade profissional. Está aqui um dos elementos mais importantes do diagnóstico diferencial.

Formas clínicas. — Nem sempre porém a sintomatologia clínica se apresenta com tanta riqueza de detalhes como os que acabamos de descrever no exame clínico. Casos há tão pobres dêles que não permitem, de entrada, a suspeita de bronquiecta-

sias, principalmente nas primeiras etapas da evolução, pouco diferentes das bronquites agudas habituais, ou então nos períodos de acalmia que costumam em muitos casos intercalar-se por intervalos variados entre os surtos agudos. Mas dentro da variabilidade que se encontra duns para outros há, em geral, um sintoma ou grupo de sintomas que predominam, de modo a permitirem a individualização de certas formas clínicas, que merecem pela sua diferenciação ser descritas em separado. Fazendo assim, estabelecendo uma classificação baseada em caracteres de ordem clínica, julgamos proceder da melhor forma para o prático, e não, construindo um esquema que apresentasse os diversos tipos de bronquiectasias segundo a sua etio-patogénese, como o fazem alguns autores, ou reunindo-os em grupos de morfologia similar, como fazem outros. Uma divisão clínica é mais acessível ao médico, impõe-se naturalmente dum modo mais evidente ao diagnóstico, e representa quasi sempre a melhor indicação para a terapêutica. Não quer isto dizer que se ignore o valor da causa como elemento imprescindível para o conhecimento completo de todo o fenómeno biológico; mas é que não há ainda elementos seguros que permitam uma desrinça rigorosa dos diversos factores etiológicos responsáveis das ectasias brônquicas; do mesmo modo uma classificação puramente morfológica é mais fictícia que real, tão comum é encontrarem-se no mesmo individuo, lado a lado, duas ou três formas anatómicas. Julgamos também conveniente, para mais eficácia do tratamento, separar as formas infantis das formas dos adultos, aquelas mais acessíveis à nossa intervenção; e, ainda dentro do mesmo critério clínico-terapêutico, separá-las na sua dupla fase aguda e crónica.

Podem resumir-se a três as formas clínicas das bronquiectasias:

- 1) Forma franca clássica, na qual domina nitidamente o quadro do catarro brônquico crónico comum, por vezes fétido ou hemoptóico, irregularmente entrecortado de *poussées* agudas, com temperaturas altas mais ou menos duradoiras, mas mais frequentes nas estações frias e em regra sem grande ressentimento do estado geral, a não ser quando predominam desfavoravelmente os sintomas asmáticos ou se instala um autêntico foco de bronco-pneumonia; localmente há sempre sinais denunciáveis ao exame físico do tórax (percussão, auscultação), umas vezes acantonados só à árvore brônquica, outras vezes com participação

do pulmão e da pleura, e que têm a particularidade, fora dos acessos agudos, de apresentarem os mesmos caracteres durante largos períodos.

2) Forma hemoptóica ou sêca, já descrita por LAENNEC e HANNIS, também chamada muda por BEZANÇON, caracterizada quasi exclusivamente pela existência de hemoptises mais ou menos abundantes e freqüentes. Em regra trata-se de indivíduos com muito bom estado geral — são raras as formas hemoptóicas na infância — que nada referem no interrogatório além daquele sintoma, nem o exame local torácico consegue encontrar qualquer ruído adventício. Entre a causa que as produziu e a primeira hemoptise têm sido apontados períodos de dois a vinte anos, e entre aquela e a expectoração típica das bronquiectasias um período de trinta anos (CHREMPINSKI). Êste facto pode explicar-se pela sua sede predominante nos lobos superiores (REINBERG, IHRE) o que permite a drenagem mais fácil de qualquer catarro que aí se formasse.

A duração das hemoptises é muito diferente de caso para caso. VACCAREZZA refere dois casos, um dos quais com hemoptises diárias durante oito meses, e outro durante três anos; o mesmo autor cita um caso de OSLER, que durou quatro anos. A etiologia mais freqüente dêste tipo de bronquiectasias é, para alguns autores, a sífilis (DANIELS).

3) Forma fruste ou larvada: é uma modalidade de bronquiectasias com pontos de contacto com a primeira forma, mas diferenciando-se dela pela menor intensidade dos sintomas que aquela apresenta; expectoração pouco abundante e menos duradoira, por vezes mais ou menos hemoptóica, com longos períodos de acalmia completa, mas durante os quais uma ou outra dor torácica difusa com maior ou menor lassitude física, emmagrecimento e certa dispneia de esforço, não permitem que o portador se considere de saúde perfeita (pseudo-tuberculose de AMEUILLE). São, em geral, bronquiectasias limitadas a territórios pouco extensos e em si próprias de reduzida grandeza, bronquiólites bronquiectásicas de OMODEI-ZORINI, fracamente evolutivas, e que, conforme o seu período e estado, se denunciam, ou não, ao exame objectivo do aparelho pulmonar.

Qualquer destas duas últimas formas, porém, pode, a seguir a qualquer acidente infeccioso brônquico, adquirir, transitória ou duradoiramente, o aspecto da forma franca.

Diagnóstico diferencial. — É fácil verificar como qualquer das formas precedentemente descritas pode simular situações mórbidas muito diferentes; a que aparece primeiro ao espírito é a tuberculose, sabido como esta pode apresentar no seu polimorfismo anátomo-clínico qualquer dos quadros que esquisámos atrás. Não nos parece necessário encarecer a importância que representa sempre uma diagnose exacta, e muito particularmente quando se trata de afirmar ou negar a existência de lesões bacilosas pulmonares; mas julgamos supérfluo estar a apontar aqui todos os elementos da anamnese que, quando bem colhida, é tão denunciadora que para os práticos é por si só um sinal seguro (KLARE, VAN THIEMEN e WIESE) da observação clínica e do laboratório que nos podem tão valiosamente auxiliar numa investigação correcta; seria repisar factos por demais conhecidos. Mas quando a dúvida é permitida, ainda depois do mais cuidadoso exame — e mesmo que o não fôsse — ninguém prescinde hoje duma chapa radiográfica, para melhor esclarecimento do que se passa intra-tórax. E quando a radiografia ainda suscitar reparos, basta que o clínico atento se lembre da afecção que estamos tratando para que um lipiodol intra-brônquico seja executado. E assim se anulam tôdas as dúvidas.

Exame radiográfico. — Sem falar nos poucos, raros autores, que aconselham prudência no uso do lipiodol intra-brônquico, e considerando apenas o justo respeito que nos merece o doente, para que o não submetamos a desnecessários exames, por vezes incomodativos e raríssimas vezes graves, ¿ pode, verificado em parte ou no todo o cortejo sintomático que se acabou de descrever, a radiografia simples, sem meios de contraste, prestar um auxílio de diagnóstico real ao clínico? A resposta é afirmativa, mas deve acrescentar-se imediatamente que, na maioria dos casos, é nitidamente insuficiente.

Normalmente os brônquios não dão imagens aos raios X; para que as produzam é necessário um engrossamento e condensação das suas paredes ou repleção da sua luz por secreções (ASSMANN); qualquer destas alterações se verifica nas bronquiectasias, quer isolada, quer conjuntamente, e dessa circunstância se obtêm sinais típicos para o diagnóstico. Assim, os anéis circulares ou elícticos, de rebordos espessados e dispersos irregularmente



nas zonas para-hilares e inferiores, por vezes em quantidade e confluência suficientes para dar à zona pulmonar atingida um aspecto de ninho de abelhas, tão característico das bronquiectasias ampulares dos lobos superiores e inferiores; ou as formas em estrias de direcção paralela, de mais ou menos densidade, conforme o catarro acumulado, e por vezes quando êste é expulso limitando um espaço claro intermédio, de modo a desenharem, no seu conjunto, a conhecida imagem em esquadro, de base diafragmática das pseudo-mediastinites inferiores direitas, que atestam a existência de bronquiectasias a êsse nível (SERGENT, BORDET, WARNER, GRAHAM, JONES, etc.). Quadros dêstes, porém, são em reduzido número. Por outro lado, é sabido que uma chapa radiográfica normal não exclue o diagnóstico de dilatações brônquicas; no polo oposto estão os quadros de retracção do hemi-tórax, com deslocamento do mediastino e diafragma, de desenho pulmonar difficilmente interpretável por esclerose pleuro-pulmonar, que pode atingir os graus extremos do fibro-tórax e que também não permitem o diagnóstico. As bronquiectasias atróficas, certas cavernas bronquiectásicas, as atelectásicas e fetais, as bronquiolectasias, também não dão imagens; e do mesmo modo tôdas aquelas que as podiam dar e que a sombra do coração ou do diafragma encobre. Por sua vez o facto de algumas imagens anulares ou alveolares, características das bronquiectasias ampulares, serem apenas a representação de brônquios de paredes espessadas de-facto, mas de nenhum modo dilatados, levam o mesmo ASSMANN a afirmar: para o diagnóstico e determinação exacta da forma e situação das bronquiectasias é extraordinariamente importante e imprescindível a introdução de meios de contraste no sistema brônquico.

Bronco-lipiodografia. — É desnecessário acentuar o valor da prova lipiodo-broncográfica; por meio dela e quasi unicamente por ela se faz o diagnóstico exacto de tôda a série de alterações que pode afectar a árvore dos ductos respiratórios: bronquiectasias, malformações e estenoses brônquicas, cujo tipo varia um pouco conforme a causa (donde possibilidade de diagnóstico indirecto de neoplasma), destrinça de cavernas, de pseudo-cavernas, visualização de fistulas bronco-esofágicas e pleuro-pulmonares, etc.

Embora antes de 1921 já se tivessem obtido imagens bronco-gráficas no homem, deve-se essencialmente a SICARD e FORESTIER

a possibilidade da generalização do método pelo emprêgo do lipiodol; entre nós, que saibamos, foi CANCELA DE ABREU quem primeiro lhe elogiou as vantagens e o empregou em larga escala com sonda pela via nasal, e depois JOÃO PÔRTO, que adopta a via translótica, introduzindo a sonda pela bôca, através duma cânula condutora da sua autoria e sob o *contrôle* dum espelho laringeo.

Têm sido diversas as técnicas empregadas e cada autor prefere, naturalmente, aquela que mais fácil e eficaz lhe parece. No conjunto podem resumir-se a três as modalidades mais usualmente escolhidas para a introdução do lipiodol:

1) Por via subglótica, transcutânea, por punção da membrana crico-tiroideia, com agulha de calibre suficientemente largo para permitir um escoamento fácil da substância de contraste; temo-la usado algumas vezes sem inconvenientes, excepto num caso, que deu origem a fistula, que depois cicatrizou sem dificuldade. Tem a grande desvantagem de se não poder dirigir o líquido opaco na direcção que se deseja.

2) Por via translótica pela bôca, quer empregando uma siringa de ROSENTHAL, que depõe na traqueia o lipiodol, quer empregando uma sonda que se faz progredir até à traqueia e os brônquios; esta última variante é incontestavelmente a mais rigorosa de tôdas e permite, com o auxílio da radioscopia, dirigir a sonda para o brônquio que se deseja, mas exige o concurso dum laringologista, o que a torna pouco acessível aos práticos.

3) Por via trans-nazoglótica, com introdução da sonda por uma das narinas. É esta a via que habitualmente seguimos. Julgamo-la a mais cómoda; depois de a praticar meia dúzia de vezes, depressa se fixam os pequenos detalhes imprescindíveis para a sua realização perfeita. Não se diga porém como *mot d'ordre*, que a simplicidade da sua técnica permite que até os praticantes, como o afirmam alguns autores, a executem sempre com brilho e rapidez. Sobretudo, como muito bem o acentuou CANCELA DE ABREU, na sua comunicação à Sociedade das Ciências Médicas: «em raros processos de exame, como neste, é necessário uma colaboração tão consciente e confiante do doente». É fundamental que este se convença da inocuidade daquilo que vamos fazer. Sem essa íntima convicção não é fácil por vezes, por muita paciência de que disponha o operador, obter uma prova broncográ-

fica. Um outro detalhe de quasi igual importancia, é o da anestesia: nem demais, para evitar qualquer acidente tóxico, nem de menos, para que não anule o reflexo do vômito e da tosse.

A maneira como procedemos é a seguinte: primeiro, anestesia da base da língua, dos pilares amigdalinos, da uvula, da faringe e da laringe até à glote, com soluto de cocaína a 10 0/0 e por intermédio dum vaporizador de VILBISS, com extremidade orientável, ou, na falta dêste, com uma zaragatoa habitual, embebida daquele anestésico. Realizada esta primeira parte, força-se um pouco a saída da língua — operação realizada pelo próprio doente, que a segura pela ponta com uma compressa — emquanto a cabeça é atirada para trás, de molde a que esta combinação de movimentos elevem a epiglote e abra ao mesmo tempo largamente a laringe; introduz-se então, por uma narina, 1 a 2 cc. de cocaína, que é conveniente seja introduzida sucessivamente, por pequenas porções. O líquido, assim introduzido, caminha sobre o pavimento das fossas nasais, face posterior do véu do paladar e cai naturalmente na laringe; as primeiras gotas que atingem a traqueia provocam, em geral, um acesso de tosse, que desaparece depressa, quando a operação é bem realizada. Obtida a anestesia da traqueia, introduzimos pela mesma narina uma sonda de borracha banal, tipo sonda de EINHORN, com ou sem oliva na extremidade; assim que esta atinge a traqueia, facto facilmente verificável, quer pela sibilância provocada pelo ar através da sua extremidade exterior, quer pela impossibilidade do doente poder proferir claramente as letras *e* ou *i*, introduz-se por ela mais um pouco de cocaína, se é necessário, e conduz-se o doente, pelo seu pé, para o exame radioscópico, que fazemos sistematicamente, para melhor distribuição do meio de contraste. Introduzimos, a seguir, pela sonda, o lipiodol (LAFAY a 40 0/0) aquecido à temperatura do corpo. Quando pretendemos visualizar os brônquios dos lobos inferiores, mesmo com o doente de pé fazemos a instilação, mas então distribuímos o lipiodol para um ou outro pulmão, conforme as indicações, regulando a direcção da sonda por conjugação dos movimentos dados a esta e a inclinação mais conveniente dada ao tórax; quando se pretende obter imagens dos lobos superiores, a operação realiza-se com o doente deitado e em ligeira posição de TRENDELEMBURG. Após esta operação, faze-

mos imediatamente duas radiografias, uma ântero-posterior e outra transversal, destacando assim completamente todos os detalhes, que só com uma radiografia ficariam imperfeitos. Injectamos, em média, 20, nunca mais de 30 cc. de lipiodol LAFAY a 40 %.

Acidentes. — ARCHIBALD e BROWN descrevem como acidentes possíveis, provocados pela prova, os seguintes :

a) Perigos inerentes à anestesia pela cocaína. Nos nossos casos apenas tivemos um, que após a anestesia apresentou um ligeiro estado vertiginoso, que não pudemos definir se foi provocado por aquela se pela pusilaminidade do doente; alguns autores, para evitarem perturbações provocadas por aquele anestésico, empregam outros (larocaína, escurofómio, alipina, tutocaína, percaína, etc.) que dizem inócuos. Há quem afirme, por outro lado, que a morfina empregada previamente como calmante da tosse, potencia o efeito nocivo da cocaína; por isso, por prudência, só a empregamos muito raramente.

b) Perigos inerentes à via de introdução de lipiodol. A via nasal, como nós procedemos, parece-nos isenta de complicações.

c) Ao facto de introduzir um corpo estranho nos brônquios e pela circunstância da tosse provocada favorecer a disseminação de mucosidades infectantes em outros territórios até aí poupados; nunca verificámos esta hipótese em qualquer dos nossos casos.

d) À própria acção do iodo, quer de ordem geral — iodismo, quer local, congestiva. Pelo que se refere àquela, nalguns casos a observámos, mas em diminuta percentagem e em grau pouco acentuado; nunca a receíamos muito, pela prática que possuímos com a angiopneumografia e com a qual nunca observámos nenhum acidente sério; quanto à acção local, pelo contrário, até a julgamos benéfica em grande número de casos, como adiante referiremos. De resto, a eliminação do iodo faz-se rapidamente na sua maior porção expulso pelas vias naturais pela tosse ou, se quisermos, colocando o doente em posição de drenagem brônquica. Fica porém sempre uma determinada quantidade, por vezes durante meses, a qual pode dar ulteriormente, lugar a erros de interpretação radiográfica, criando falsas imagens de granúlia

ou de bronco-pneumonia tuberculosa, mas incapaz de provocar por si fenómenos prejudiciais (1).

Contra-indicações. — Caquexia, assistolia, tuberculose exsudativa extensa.

Erros de interpretação. — Podem praticar-se, considerando como dilatações brônquicas imagens que podem simular estas, nas seguintes condições:

1.^a — Quando a radiografia é feita passado um período médio de quinze minutos, tempo suficiente para que o lipiodol penetre nos alvéolos; então o quadro obtido, constituído por formas irregularmente arredondadas, mais ou menos confluentes, pode ser tomado como característico da presença de pequenas dilatações brônquicas de terceira ordem e dos bronquíolos — bronquiolectasias. Para quem tenha o hábito de observar broncografias dá rapidamente pelo erro.

2.^a — Quando a radiografia é feita com o indivíduo deitado, podem os brônquios de primeira ou segunda ordem que ainda não esvaziaram para os ramos inferiores o lipiodol introduzido, dar imagens juxta-hilares opacas, cilíndricas ou arredondadas, «les disques obscurs» de ARMAND DELILLE, que podem semelhar autênticas bronquiectasias. Nunca encontrámos tais situações porque fazemos sistematicamente tôdas as radiografias com o indivíduo de pé.

Classificação morfológica rádio-broncográfica das dilatações brônquicas. — Ao analisar-se uma chapa broncográfica, deve sistematicamente iniciar-se a observação pela traqueia, e de aí até às últimas ramificações brônquicas e respectivos lóbulos pulmonares. Segundo uma comparação já hoje banal, o sistema bronco-alveolar quando injectado pelo lipiodol, pode comparar-se

(1) MILANI verificou melhor apreciação das bronquiectasias após o pneumotorax e propôs, por isso, êste método, como substitutivo da broncografia, proposta que não tem obtido acolhimento; por outro lado GRENEIDER afirma ter obtido resultados apreciáveis com a tomografia e do mesmo modo VALLEBONA. Quanto à electro-broncografia de LUISADA, é um capítulo ainda por estudar.

a uma árvore cujos troncos (ramagem) são representados pelos brônquios e as fôlhas (folhagem) pelo enchimento dos alvéolos pulmonares. Para BONNAMOUR, de Lyon, há sempre proporção inversa entre estes dois elementos, caracterizada pela abundância de folhagem com ramagem escassa (árvore de verão) quando não há alterações patológicas bronco-pulmonares, em contraste com o aumento desta e diminuição até ao desaparecimento daquela (árvore de inverno) nas lesões mais ou menos extensas dos ductos respiratórios; circunstância que também verificámos nas nossas observações.

Admitem-se como valores normais para a análise da dilatação traqueobrônquica os seguintes diâmetros: 15 mm. para a traqueia, 10 mm. para os brônquios principais direito e esquerdo, e 3 a 4 mm. para os colaterais primários. Quando a traqueia se não visualizou, pode recorrer-se a um artifício (MAZZEI e AGUIRRE): pedir ao doente para tossir com a bôca fechada e a glote contraída, de modo a permitir a dispersão da massa de contraste até êste nível, podendo então aquela ser observada por uma segunda radiografia. No exame dos brônquios, além do seu calibre e forma, deve ainda atender-se ao grau de extensão periférica — aumentada ou diminuída — e à sua terminação — progressiva, brusca, transversal, em bico de flauta, arredondada, etc.

A pesar das variedades de aspecto morfológico que podemos encontrar nas bronquiectasias, é possível e conveniente reduzi-las a quatro tipos fundamentais:

1) Tipomoniliforme ou em rosário (varicoso dos alemães) constituído pela ectasia brônquica, que apresenta uma série de dilatações, irregularmente arredondadas e separadas entre si por estenoses de maior ou menor intensidade e extensão; são mais frequentes ao nível dos brônquios de terceira ordem.

2) Tipo cilíndrico caracterizado pela dilatação regular e de igual calibre em tôda a sua extensão, ou quási, dum determinado brônquio; podem aparecer limitadas a um grupo reduzido de canais aéreos, tomando por vezes a forma dum cacho de bananas, ou estender-se difusamente por um lobo inteiro ou mesmo a todo um pulmão, e terminando súbitamente em secção transversal ou em pequenas dilatações arredondadas.

3) Tipo ampular, formado por um grupo de dilatações arredondadas, e agrupadas entre si de molde a dar grosseiramente

o aspecto de cachos de uvas, de dimensões variadas, mas em média com 1 cm. de diâmetro; quando estas cavidades não se enchem completamente de lipiodol, é visível o nível do líquido a maior ou menor altura, realizando então o aspecto de ninho de pombo. O brônquio aferente e eferente pode ter um aspecto normal. Uma variedade do tipo ampular é o tipo sacciforme, que se distingue daquele, por a dilatação não abranger tôda a circunferência parietal brônquica, limitando-se apenas a zonas restritas desta. Estas dilatações podem apresentar-se agrupadas e em número suficiente, de modo que a sua reunião forme uma rêde de cavidades com aspecto de esponja ou de favo de vespas; tal formação é, em geral, de origem congênita, e constitue o chamado pulmão poli-quístico congénito.

4) Tipo cavitário de caracteres muito irregulares e variáveis de caso para caso — cavidade bronquiectásica. Entre qualquer dos tipos há tôda uma série de formas intermédias e mistas, que nem sempre permitem a redução rigorosa a qualquer das formas atrás mencionadas, que de algum modo se devem considerar como formas esquemáticas. Houve todavia quem quisesse relacionar o aspecto bronquiectásico com determinadas formas clínicas, mas êste ponto de vista não tem fundamento.

A sede é das mais variáveis, podendo ser atingida qualquer zona pulmonar. Mas a freqüência maior, na opinião de muitos, é no lobo inferior esquerdo, e de aí, a teoria mecânica de alguns autores, que vêem nessa localização a consequência da disposição anômica do brônquio hipo-arterial esquerdo, como mencionaremos adiante.

Para melhor análise das broncografias que apresentamos na nossa casuística mostramos na figura 1 uma broncografia normal tirada em posição frontal. Nela se verifica o desenho brônquico regular, sem dilatações de qualquer espécie, ramificando-se em troncos progressivamente de menor calibre até à periferia. Na mesma figura, além da árvore brônquica, bem desenhada, nota-se uma sementeira de pequenos nódulos opacos dispersos por todo o parênquima, que correspondem a pequenas porções de lipiodol, atiradas para a periferia pelos movimentos sacudidos da tosse, de que foi acometida a doente após a prova. Neste caso, como a massa de contraste não ultrapassou os brônquios de terceira ordem, e só raros acinos mostrem contraste, não há lugar para in-

interpretações erróneas. Já assim não sucede quando aquela invade grande número de alvéolos, porque então, quando a folhagem é bastante rica, pode, por vezes, simular dilatações brônquicas. O diagnóstico com estas, faz-se por aquelas não apresentarem um contôrno nítido, antes irregular, constituído por pequenos dentes mais ou menos semi-circulares — aspecto de amora — e sobretudo por não ser uniforme a sua opacidade, semeada de pequenas zonas mais permeáveis às radiações. A circunstância de se encherem os alvéolos deve-se, à acção da gravidade ou à tosse, ou melhor, às aspirações profundas e intensas que precedem aquêl acto, permitindo assim que o lipiodol seja atraído para êles; há porém alguns autores que admitem a possibilidade de tal facto — entenda-se quando a broncografia é feita dentro dos primeiros cinco minutos após a instilação do líquido — representar a primeira condição para uma futura e progressiva dilatação dos brônquios, pois em seu entender tal circunstância representa já uma perda do tónus elástico-muscular daqueles ductos, o que permitiria uma passagem mais rápida e mais fácil para as cavidades alveolares; tal concepção não nos parece verdadeira.

Etiopatogénese. — Pelo que se disse na anamnese, se deduz a existência de dois grupos de doentes, embora em percentagem desigual, constituído um por aquêles em maior número, que referem no passado um elemento causal infeccioso, e o outro que o não apresenta. De aí as duas teses etiológicas que, respectivamente, defendem a origem adquirida e a congénita, hereditária ou não, das bronquiectasias. Esta última, defendida por numerosos autores, funda a sua opinião nos seguintes factos:

a) Na coincidência de alguns casos serem acompanhados de perturbações congénitas morfológicas gerais — incompleto desenvolvimento físico, assimetria do organismo, mongolismo — e locais, da mais diversa natureza — *spina bifida* (JACCHIA), *situs viscerum inversus totalis* (KARTAGENER, NEUMANN, etc.), ou psíquicas — insuficiência mental, imbecilidade, idiotia (VOGT e DUKEN).

b) Na circunstância da sintomatologia se iniciar quási desde os primeiros dias do nascimento, sem ser precedida de qualquer doença infecciosa infantil que lhe explicasse a origem.

c) No facto das bronquiectasias permanecerem durante muitos anos sensivelmente com o mesmo quadro clínico, sem carácter

EUPHORYL



DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

Dermatoses Pruridos Anafilaxias Intoxicações

A s m a

3 hostias por dia
Casos agudos :
Injeções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, P.



Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

**Perturbações digestivas
Dermatoses - Pruridos
Anafilaxias
Insuficiência hepática**

POSOLOGIA :
1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS




hirudinase

DRAGÉAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS
DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

**Insuficiências venosas
Infecções
Vasculo-sanguíneas
Fiebriles
Amenorreias**

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS

Euphoryl

DRAGÉAS

**DERMATOSES
PRURIDOS
ANAFILAXIAS
INTOXICAÇÕES**

2 DRAGÉAS = 1 HOSTIA
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA



Para acalmar as dôres

Nevralgias, dismenorréa,
enxaquecas, odontalgias,
dôres articulares e muscu-
lares. Insonia devida a
dôres. Nervosidade, excita-
bilidade, etc.

CIBALGINA

CIBA

Comprimidos

Ampolas



Amostras e literatura:
E. BRUNNER & COMP., L^{DA}
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA
único representante dos Productos, Ciba em Portugal.

progressivo, o que depõe mais a favor duma malformação que duma doença adquirida (LEREBOULET).

d) Pela existência de alterações histológicas de determinado aspecto: persistência de tecido pulmonar de tipo fetal, deficiências graves nas cartilagens e nas fibras elásticas das paredes brônquicas, ausência de antracose e de infiltrados de carácter inflamatório.

e) Para SAUERBRUCH, partidário convicto da origem congénita na grande maioria dos casos, a predominância da sede no lobo inferior esquerdo (facto abonado pela maioria dos clínicos), explicar-se-ia por perturbações de desenvolvimento do brônquio correspondente, motivado pelo obstáculo mecânico que pode opor ao crescimento daquele o ducto de CUVIER, dêsse lado; além de que já para essa zona pulmonar as condições de crescimento são desfavoráveis, sabido como o coração embrionário precede, no desenvolvimento, a árvore brônquica. Quando estas causas actuam muito precoce ou intensamente, observam-se as grandes cavidades quísticas, para diminuírem em volume ou na extensão, quando a influência exercida é mais tardia ou menos activa. RÖSSLE, que investigou cinqüenta e oito lobos pulmonares extirpados por aquêl autor, é da mesma opinião.

f) Por agenesia do tecido pulmonar, e dêste modo os bronquíolos periféricos de todo um pulmão ou de um lobo ficam directamente submetidos à negatividade da pressão pleural, que facilmente então pode exercer a sua acção aspirativa sôbre a parede daqueles, influenciando-os até à dilatação (CAPITE).

g) Por atelectasia permanente dos alvéolos desde o nascimento (STAHELIN e HELLER), e então o mecanismo é sensivelmente idêntico ao anterior.

h) Como consequência da aspiração brônquica intra-uterina de liquido amniótico (HEDBLUM e STEWARD). WIESE constatou um caso desta natureza, estudando-o sob o ponto de vista anátomo-patológico, e HINTER, em pesquisas histológicas realizadas em catorze recém-nascidos, pôde confirmar êste ponto de vista.

i) NEUMANN, num artigo recente, a-propósito da coincidência das bronquiectasias e *situs viscerum inversus*, diz que não pode tratar-se dum simples acaso, mas antes representa uma prova incontroversa da origem congénita daquelas; baseado em dados estatísticos de autópsias, a que aplica o cálculo das probabilida-

des, e considerando um como valor absoluto, obtem como coeficiente de probabilidade para o *situs inversus* um valor da grandeza de 10^{-3} e para as bronquiectasias um valor de 10^{-2} , o que quer dizer um caso da primeira afecção em mil indivíduos e outro da segunda em cem. Para que ambas se encontrem num mesmo indivíduo, segundo aquêlê cálculo, há que contar com um valor de 10^{-5} , ou seja uma vez em cem mil indivíduos, número em flagrante contradição com a frequência maior dos casos conhecidos.

j) Congénitas, mas de carácter hereditário, foi apresentado o primeiro caso por NEISSER, em 1901, depois por SANDOZ, PEISER, POSSELT, LOSSOW que, em 1928, refere três casos de bronquiectasias congénitas em três irmãs, das quais duas eram gémeas univitelinas, etc., e últimamente por KARTAGENER. Entre a origem congénita e a adquirida, mas com mais pontos de contacto com a primeira, deve ainda mencionar-se a forma idiopática de BARD, cuja génese é devida, na teoria do autor, a uma disposição tissular brônquica, de-facto congénita, mas puramente potencial nos primeiros tempos de vida, e que conduziria, lenta mas progressivamente, à dilatação, por simples influência da pressão aérea normal intra-brônquica; um *locus minor resistencie* de natureza funcional que especialmente se localizasse nas fibras musculares lisas dos ductos aéreos — a leio-astenia brônquica de GREPPI, a elastopatia de KERLEY, DABROWSKI e LAWRIKOWIEZOWA.

Nos casos que temos estudado até hoje, contam-se alguns que permitem supor verdadeira a tese da congenitalidade. Há outros que, pelo seu carácter familiar, poderiam permitir a afirmação da sua origem hereditária, embora nos esquivemos a garanti-la, por não termos tido ocasião de estudar pessoalmente mais nenhum dos membros de família dos doentes, e não esquecermos, por outro lado, a importância do factor social, especialmente das condições higiénicas da habitação no aparecimento das bronquiectasias (DUKEN, VON DEN STEINEN, WIESE e HUTINEL).

A tese oposta à precedente, que considera como factores principais, se não únicos, na génese da dilatação brônquica, todos aquêles — inflamatórios ou mecânicos que actuam após o nascimento, é, em geral, a mais admitida e a que mais facilmente pode ser estudada. Os últimos podem dividir-se em factores mecânicos estáticos, como, por exemplo, o estreitamento habitual de ca-

libre do brônquio esquerdo imediatamente abaixo da bifurcação da traqueia e menor ângulo entre esta e aquêle, em relação ao direito (DUKEN), e factores mecânicos dinâmicos, que podem ainda considerar-se de pulsão e de tracção. O primeiro admite uma fôrça hipertensiva intra-brônquica, que exercendo uma acção de dentro para fora conduzisse, mais ou menos completamente, à ectasia. Aquela poderia realizar-se nos catarros crônicos por intermédio de exsudatos, acumulados em determinadas zonas dos ductos aéreos (1); ou pela freqüência e violência da tosse, como o admitia LAENNEC, KAUFMANN, etc., e ainda hoje MILLER, particularmente à inspiração profunda e súbita que precede o acesso, como o quer MORELLI ou, pelo contrário, aos esforços expiratórios com a glote fechada, como o pensa GREPPI; para DUKEN seria a brusquidão e intensidade na mudança do regime tensional durante a tosse, mais evidente ao nível dos brônquios das regiões diafragmáticas pela sua proximidade com a prensa abdominal, que deveria ser a causa. Por tracção pode verificar-se naqueles casos de neoformação inflamatória do tecido conjuntivo no parênquima peri-brônquico que, ao retrair-se, modificasse desigual e irregularmente o calibre, mas fundamentalmente no sentido da dilatação; MORELLI, que aceita também êste mecanismo, admite-o porém mais freqüentemente nas pleuresias e sínfises pleurais, com a existência de tractus fibrosos profundos que estabelecessem, por assim dizer, um todo contínuo da parede brônquica à parede costal ou diafragmática, transmissor permanente do trauma respiratório. Uma modalidade dêste procedimento seria a realizável no caso de atelectasia pulmonar, adquirida por obstrução brônquica interna ou externa (corpo estranho, carcinoma, aneurisma, gânglios do mediastino); total ou mesmo parcialmente reabsorvido o ar duma determinada zona pulmonar, o vazio criado reforçaria naturalmente o valor negativo da pressão pleural condicionada pela hiper-expansão do tecido pulmonar restante, com a inevitável produção dum estado de hipertensão elástica

(1) LÜSCHKE (citado por KÜTTGEN), é desta opinião, fundado na análise de moldes metálicos da árvore brônquica de cadáveres, que mostram como as dilatações se encontram especialmente nos ramos inferiores e dorsais, que é onde o catarro, quer na posição erecta, quer na de decúbito dorsal, mais tempo estaciona.

(ANDRUS), e dêste modo, quaisquer que sejam os elementos anatómicos chamados a restabelecer o equilíbrio rôto (elevação do diafragma, redução dos espaços intercostais, deslocamento do mediastino), pode não realizar-se uma compensação completa e estabelecer-se então uma fôrça atractiva, que directamente actue dilatando os brônquios. É, principalmente, ANDRUS e HUIZINGA quem mais calorosamente defendem esta tese, mas admitindo ao mesmo tempo a acção coadjuvadora da diminuição de resistência parietal por um processo inflamatório concomitante. Êste elemento lesante das formações anatómicas parietais que para aquêles autores tem um papel de menor importância que o primeiro, constitue, pelo contrário, para a maioria, o factor essencial por excelência, que, sem negar influência ao jôgo de fôrças que regula o equilíbrio dos movimentos toraco-pulmonares, lhe attribue todavia um papel secundário. Ainda no ano passado WEINBERG, num trabalho experimental, mostrou a possibilidade de formação de bronquiectasias por introdução de corpos estranhos nos brônquios, mas explicando a patogenia daquelas como especialmente devida à inflamação local produzida.

Tal inflamação porém é, na prática clínica diária, especialmente produzida por qualquer dos processos toxi-infecciosos que invadem o aparelho bronco-pulmonar. Dos processos agudos citaremos a bronquite simples, catarral, que, pela intensidade ou repetição, é para STAEHELIN, um dos factores mais comuns, e a seguir são, principalmente, a bronco-pneumonia, a pneumonia, o sarampo, a tosse convulsa, etc., os mais freqüentemente responsáveis; para SMITH, todavia, que apresenta larga contribuição clínica e experimental, a infecção seria predominantemente específica, em particular de natureza fuso-espiroquética, opinião refutada pelo trabalho de GREY, realizado em nove lobos extirpados e imediatamente estudados com o maior cuidado sob o ponto de vista bacteriológico; encontrou espiroquetas só em quatro casos e em três a cultura pura de estreptococos. O mecanismo da acção inflamatória assenta na destruição que sofrem em maior ou menor grau todos ou quási todos os elementos anatómicos que constituem a parede brônquica; observa-se assim a bronquite e peri-bronquite infiltrativa ou deformante de BRAUER, e que êste autor, conforme a gravidade, divide em três etapas: a bronquite intramuralis, a peri-bronquite, nas suas diversas formas, e, finalmente,

a bronquite ulcerosa. À grave alteração da normal arquitectura muscular e elástica junta-se a destruição da camada epitelial, com suspensão da sua actividade ciliar particularmente encarregada da expulsão das mucosidades, e ainda a perda das glândulas mucosas, cuja secreção, na opinião de MÜLLER, WÄTJEN, MEYER e outros, tem um papel microbicida muito activo. Forma-se assim, conjuntamente, uma série de elementos, como o acentua OMODEL-ZORINI: debilidade parietal, menor defesa local, acumulação de secreções, a que se somam todos os factores pleuro pulmonares de ordem mecânica funcional ou orgânica já mencionados, que levam, cedo ou tarde, ao período de estado bronquiectásico, mais precocemente porém nos predispostos congènitamente.

Deve opor-se a êste grupo, crónico desde a origem, um outro, mais raro, de bronquiectasias agudas, que se encontram na infância, quando se associam, na mesma criança, a tosse convulsa e o sarampo, especialmente o sarampo e a gripe, ou a tosse convulsa e a gripe. POSPISCHILL apoiado em cêrca de dois mil e quinhentos casos, liga mais importância a êste último grupo, particularmente nos períodos de epidemia; OBERNDORFER observa também na *psittacosis* bronquiectasias agudas; do mesmo modo, por aspiração dum corpo estranho, se tem observado uma evolução idêntica (ALBERT, PRIESEL, etc.).

Ao grupo etiológico das doenças mencionadas atrás têm alguns autores, especialmente americanos, chamado a atenção para outras afecções também capazes de desempenhar um papel predominante no aparecimento das ectasias brônquicas; assim, para ASCHNER, LILIENTHAL, etc., é de considerar a aspiração de produtos sépticos após a amigdalectomia, e o mesmo mecanismo é aceite (WEBB, GILBERT e STEINMEYER) nas sinusites purulentas. KARTAGENER e ULLRICH, que referem oitenta e seis casos de concomitância desta afecção e bronquiectasias, pensam, pelo contrário, que tal coincidência representa apenas uma anomalia congénita de desenvolvimento em dois pontos diferentes do aparelho respiratório, mas cordenadas constitucionalmente de modo a permitir em ambas uma maior possibilidade de infecção. Para reforço da origem endógena das bronquiectasias, de que aquêl primeiro autor é nitidamente partidário para uma grande maioria de casos, chama êle particularmente a atenção para alguns daqueles da sua casuística, que apresentam, além da sinusite, a tríade

por êle descrita em primeiro lugar, de bronquiectasia, *situs inversus* e *poliposis nasi* (etmoidite hiperplástica). Para outros ainda, a relação sinusite-bronquiectasia explicar-se-ia facilmente segundo o conceito da infecção focal de BILLINGS, considerando a inflamação dos seios para-nasais como ponto de partida dos agentes patogénicos, que se fixariam secundariamente na parede brônquica, seguindo quer a via linfática, quer a via sanguínea.

Das infecções crónicas consideramos a mais responsável das dilatações brônquicas a tuberculose pulmonar, não só pela possibilidade do processo específico atingir os próprios brônquios, alterando-lhes as condições de resistência natural das paredes (HALBRON, HUEBSCHMANN e RANKE) ou dum modo indirecto por estenose brônquica, quer cicatricial, quer por neoformação exuberante de tecido de granulação intra-brônquico (COHEN e HIGGINS, COURTIN, NOBEL), ou ainda pelas transformações fibrosas retrácteis que podem sofrer as lesões parenquimatosas (CORRIGAN e LEON BERNARD). A formação das bronquiectasias realiza-se mais freqüentemente durante o período terciário da tuberculose, mas podem também originar-se nas formas primárias (RANKE, SIMON, OBERNDORFER e PAGEL) em geral circunscritas nos lobos superiores e de natureza cilíndrica (SIMON), nas formas secundárias (VOGT), após uma disseminação hematogénica (KÖTTGEN), ou nas miliares crónicas (DELARUE, HÜBSCHMANN e STRANSKY).

DADDI, que estudou as relações entre uma e outra doença, resume-as assim :

a) A infecção tuberculosa como causa directa ou indirecta de bronquiectasias.

b) A infecção tuberculosa associada a bronquiectasias de origem não tuberculosa.

c) Bronquiectasia infectada com bacilos de KOCH não manifestamente activos no organismo.

Sífilis. — São muito discordantes as opiniões sobre o valor etiológico da sífilis; há quem lhe negue valor e quem considere as bronquiectasias como o quarto sintoma a juntar à tríade de HUTCHINSON na lues congénita infantil. WOHLWILL, que não admite a hipótese de bronquiectasias primariamente sífilíticas, considera-as porém um achado freqüente na sífilis pulmonar, com sinais clínicos evidentes, de modo a constituir por vezes a chamada tísica sífilítica, mas outorgando-lhes, sob o ponto de vista patogé-

nico, a importância dum fenómeno secundário conseqüente às lesões parenquimatosas primitivas.

Actinomicose. — Poucos elementos possuímos para afirmar o papel que esta infecção possa exercer como causa de bronquiectasias; possuímos um caso com actinomicose pulmonar e com bronquiectasias, que referiremos adiante.

Como factores de outra ordem, mais raros, devemos ainda mencionar, segundo alguns autores, os gases tóxicos de guerra. BONNAMOUR descreveu alguns casos, que a seguir a uma intoxicação d'este género apresentaram fenómenos asfíxicos, com expectoração hemoptóica durante alguns dias, e que pareceram curados após o desaparecimento d'estes sintomas, mas que voltam mais tarde a apresentar sinais de dilatação brônquica, confirmada então pela broncografia. SERGENT, COTTENOT, STEINMEYER, KATHE e KÄMMERER admitem a mesma hipótese.

Merece ainda citar-se a opinião de AMEUILLE, para quem a patogenia das bronquiectasias se poderia explicar pela esquiemia brônquica produzida por perturbações circulatórias das artérias respectivas, em particular por arterite obliterante. Num caso por êle referido e sobre o qual êsse autor construiu a sua tese, verificou que a trombose dum dos ramos da artéria brônquica direita tinha provocado uma necrobiose, limitada ao território correspondente, com dilatação brônquica a êsse nível; o exame histológico revelou uma diminuição acentuada do esqueleto músculo-cartilágneo brônquico e a sua substituição por tecido fibroso.

LEMOINE, seu discípulo e colaborador, que perfilha em absoluto esta tese, reüniu nove casos de bronquiectasias, cuidadosamente estudados, sob o ponto de vista anatómico, nos quais as lesões das artérias brônquicas eram evidentes. E acrescenta: para a maioria dos autores a arterite é um detalhe a juntar ao cortejo da esclerose que acompanha as dilatações dos brônquios, mas tal opinião é contraditada, em seu entender, por duas razões: a primeira funda-se na constância dessa lesão e a segunda deriva da importância fisiológica primordial que tem de atribuir-se às artérias brônquicas, análoga àquela que têm as coronárias para o coração. A artéria brônquica é a artéria nutritiva das paredes duma víscera atravessada por uma outra circulação puramente funcional, devendo acrescentar-se ainda a sua innervação vago-simpática com reacções particulares, e emfim a sua relação

íntima com os brônquios, que são órgãos em actividade e mobilidade constantes. Como causa principal da arterite brônquica, considera a adenopatia traqueo-brônquica, quer por compressão, quer por cicatriz de peri-adenite, quer ainda por transmissão do processo inflamatório ao longo dos seus ramos.

Por seu lado, WATSON e KIBLER ainda este ano defendem a tese da origem alérgica das bronquiectasias, fundados no facto de uma grande parte dos seus casos apresentarem uma anormal percentagem de eosinófilos na expectoração e manifestações clínicas de alergia; um tratamento des-sensibilizante, quando bem conduzido, pode evitar o seu aparecimento ou melhorar nitidamente o seu carácter evolutivamente progressivo.

Finalmente, SAUERBRUCH também, no ano actual, no último Congresso dos Cirurgiões Alemães, admite a origem traumática de algumas bronquiectasias, consequência de feridas contusas do tórax, com rasgamento parcial ou total dos brônquios respectivos; então, quer por estreitamento cicatricial ao nível da zona atingida, quer até por separação total dos dois topos brônquicos, origina-se uma estase das secreções, que leva à dilatação. Se aquelas podem ser expulsas pela expectoração, observa-se depois o quadro típico das bronquiectasias; de contrário assiste-se à formação de abcessos múltiplos, com os quadros sépticos característicos.

Do que se disse se verifica a dificuldade de se encontrar, em muitos casos, o mecanismo ou conjunto de mecanismos que possam levar à formação duma bronquiectasia franca. Mas em resumo pode apresentar-se a patogenia das bronquiectasias, classificando-as em dois grupos fundamentais: as congénitas, por vezes hereditárias, por anomalia anatómica ou debilidade funcional brônquica, e que se encontram desde a nascença em piores condições de resistência, para dominar qualquer insignificante processo infeccioso que nelas se instale; e as adquiridas, em geral por um processo inflamatório local bronco-pulmonar evidente, que precisa ser ou não recidivante conforme a intensidade das primeiras lesões. Em qualquer dos casos ao mecanismo essencial e primário juntam-se, mais ou menos rapidamente, fenómenos de ordem mecânica, que se podem algumas vezes tornar por fim predominantes.

Para uma mais rápida visão de conjunto se junta o seguinte quadro sinóptico:

ACIDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

ETIDIPINA

AMFIRIN

PERCIL

ATEBRINA

ZEFIROL

HYPOPHYSINA

PER-ABRODIL

SUPRARENINA

PROTARGOL

PRONTOSIL

CAMPOLON

CAFIASPIRINA

PELLIDOL

FUADINA

GARDAN

FESTAL

YATREN

EVIPAN

CANTAN

UNDEN

LUTREN

PROLAN

SALYRGAN

ERUGON

DEVEGAN

GRAVITOL

HYDRONAL

HELMITOL

ADALINA

MITIGAL

INSULINA

RIVANDOL

SELVORAL

SOLARSON

PANOCINA

TRYPAFLAVINA

ELFENOCHINA

CHOLEFLAVINA

TONOFOSFAN

AMPHOTROPINA

THEOMINAL

ELITYRAN

SAIODINA

PADUTINA

PRELOBAN

NOVOCAINA

ELDOFORMIO

NOVALGINA

LACARNOL

OPTARSON

CRESIVAL

PANFLAVINA



Cruz-Bayer

O SINAL
DA
CONFIANÇA

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2°, LISBÔA.

ACIDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

COM A



Cruz-Bayer

O SINAL DA CONFIANÇA

SIVARINA
 CO-PAL
 ATEBRINA
 AVERTINA
 HYPOPHYSINA
 SUPRARENINA
 PRONTOSIL
 CAFIASPIRIN
 FUADIN
 FESTAL
 EVIPAN
 UNDEN
 PROLAN
 ERUGON
 GRAVITOL
 HELMITOL
 MITIGAL
 RIVANO
 SOLANO
 TRYPFLAVINA
 CHOLEFLAVINA
 AMPHOTROPINA
 ELITYRAN
 PADUTINA
 NOVOCAINA
 NOVALGINA
 OPTARSON

ANDROCAINA
 FERINOL
 ZEFIROL
 PER-ABRODIL
 PROTARGOL
 CAMPOLON
 PELLIDOL
 GARDAN
 YATREN
 CANTAN
 LUTREN
 SALYRGAN
 DEVEGAN
 HYDRONAL
 ADALINA
 INSULINA
 SELVORAL
 PANTOCAINA
 CALOCINA
 TONOFOSFAN
 THEOMINAL
 SAIODINA
 PRELOBAN
 ELDOFORMIO
 LACARNOL
 CRESIVAL
 PANFLAVINA

| | | | |
|-----------------|--|---|--|
| Bronquiectasias | Congénitas (Hereditárias ou não) | { Difusas. { Circunscritas.. | Idiopáticas. |
| | | | { Por agénésia alveolar. { Por atelectasia. |
| | | | Por infecção bronco-pulmo- nar aguda (bronco-pneu- monia, sarampo, tosse convulsa, abcesso, gan- grena pulmonar), etc. |
| | | | { Por evolução aguda. { Por evolução crónica. |
| | Adquiridas (Circunscritas) | | Por infecção bronco-pulmonar crónica (tuberculose, sífilis, actinomicose, etc.). |
| | | | Por infecção dos seios maxilares e frontais. |
| | | | Por pleurisia com sínfise pleural. |
| | | | Por estenose brônquica (processos endo- ou peri-brônquicos: corpo estranho, cancro brônquico, gânglios de medias- tino). |
| | | | Por acção toxi-irritativa—gases de guerra. |
| | | | Por fenómenos circulatórios — arterite obliterante das artérias brônquicas. |
| | | Por fenómenos alérgicos. | |
| | | Por traumatismo torácico (SAUERBRUCH). | |
| | Sobre que actuam secundariamente os factores mecânicos de pulsão, tracção e aspiração pleural. | | |

Anatomia patológica. — Pelo que dissemos nalguns capítulos, se infere já um certo conhecimento da anatomia patológica das bronquiectasias. Costumam as cilíndricas ser mais difusas, generalizadas a maiores ramos brônquicos, terminando com o mesmo aumentado calibre na proximidade da pleura; as moniliformes e ampulares, especialmente estas, quando não apresentam o aspecto congénito da bronquiectasia universal quística, são, pelo contrário, mais circunscritas e agrupadas umas de encontro às outras, dando ao corte um aspecto esponjoso, que ainda mais evidente se torna quando, pelo contacto das paredes entre si, estas se atrofiam de modo a permitir comunicação franca entre umas e outras, alcançando dêste modo o grau das cavernas bronquiectásicas.

O seu conteúdo, quando se não trata das formas sêcas, é constituído por um catarro brônquico muco-purulento, por vezes mais ou menos hemorrágico, e fétido quando o quadro é complicado pela bronquite pútrida. As paredes brônquicas podem estar atrofiadas, e neste caso serem constituídas por uma delgada mem-

brana fibrosa, onde não é possível caracterizar nenhum dos elementos que normalmente a compõem, ou hipertrofiada com aumento evidente da mucosa, que apresenta, num ou noutro ponto, autênticas perdas de substâncias, conforme o grau da infecção, e abundantemente provida de vasos sanguíneos de fácil ruptura, causadores das hemoptises referidas. O epitélio pode apresentar-se regularmente conservado, mas é muitas vezes substituído por células aciliares chatas ou cúbicas. Grande parte do tecido elástico e muscular encontra-se destruído, permitindo, nalguns pontos, verdadeiras hérnias da mucosa, mas no conjunto a parede do brônquio está transformada numa membrana fibrótica mais ou menos rígida; nestas condições os vasos nutritivos da parede apresentam, na maioria dos casos (em 65 % nos casos observados por ROBINSON), fenómenos de endarterite obliterante. Se se trata, como o acentua este A., duma consequência ou duma causa, é difícil de determinar, mas compreende-se que, nestas circunstâncias, constitui um factor importante para diminuir a resistência das paredes. Já dissemos, ao falar da tese de AMEUILLE e LEMOINE, como estes AA. consideram como causa primária a obliteração arterial.

Para LOTZIN, da clínica de SAUERBRUCH (citado por KARTAGENER), a diferença anátomo-patológica entre as bronquiectasias congénitas e secundárias consiste no facto de, nas primeiras, as alterações serem nitidamente limitadas ao epitélio, parede e zonas contíguas aos brônquios dilatados, e ainda pelo facto da sua irregular estrutura parietal, cujas camadas se apresentam desigualmente entrelaçadas entre si, enquanto nas bronquiectasias adquiridas a estrutura típica se mantém sempre reconhecível.

SUNDER-PLOSSMANN, que dedicou particular atenção ao estudo do sistema nervoso intra mural brônquico dos lobos extirpados por SAUERBRUCH, por bronquiectasias, descreve graves alterações dos gânglios e filetes vegetativos, que têm a seu cargo toda a complicada série de reflexos que regulam o normal dinamismo dos ductos aéreos, a função do epitélio ciliar e glandular, assim como a recíproca influência estabelecida no mecanismo respiratório e circulatório.

OMODEI ZORINI insiste na larga participação que toma nas formas crónicas o tecido pulmonar peri-brônquico, participação inflamatória, que pode, passando por tôdas as formas intermediárias, atingir o grau de endurecimento pulmonar e pretende que

êste facto dá direito a substituir o t ermo simples de «bronquiectasia» pelo de «bronco-pneumonia cr nica bronquiectásica».

Há que mencionar, por fim, o aparelho linfo-glandular, quer intra-pulmonar, quer hilar, fortemente hipertrofiado pela inflamação que também o atinge, desde o edema simples até   supuração evidente.

Evolução e prognóstico. — Consideremos, em primeiro lugar, a evolução nas bronquiectasias infantis. Há autores que admitem a regressão completa das dilatações brônquicas das primeiras idades, ou por cura espontânea ou por intermédio duma terapêutica activa e persistente. Não possuimos nenhuma prática que nos permita tomar partido, mas julgamos lógico que assim possa ser. É fora de d vida que a influência benéfica que o clínico possa exercer, qualquer que seja o processo mórbido que tenha de resolver, se efectivar  tanto mais eficazmente quanto mais recente f r aquêle e mais precoce o tratamento instituído; por outro lado, não repugna acreditar que, nas crianças, possa o crescimento e desenvolvimento progressivo neutralizar a acção deformadora que a lesão brônquica inicial pudesse exercer sôbre o calibre dos ductos aéreos (HUTINEL).

Nem todos os pediatras, porém, são desta opinião; em seu entender as bronquiectasias, na sua grande maioria, têm sempre uma marcha progressiva. Mesmo que as remissões sejam largas e sem sintomas de nenhuma espécie, o exame broncogr fico seriado tem mostrado (FINDLEY, GRAHAM e DUKEN) como as ectasias primitivas aumentam e se estendem. RIETSCHEL, citado por ZORINI, descreve uma forma de início homo-lateral, que se bilateralizou durante a época infantil.

Nos adultos não há, pelo contrário, discordância; quer a dilatação brônquica seja a conclusão dum processo cr nico recidivante que venha desde a infância, quer se origine após a adolescência, a seguir a um episódio inflamatrio agudo bronco-pulmonar, as alterações anat micas adquirem sempre uma extensão tal que não   possível a regressão; a evolução será sempre progressiva. O seu aspecto, porém, varia com as formas clínicas. Nas formas francas o quadro é, como já o acentuamos, o mesmo de sempre: o catarro brônquico arrasta-se, com *pousse s* mais ou menos graves de lesões pneumônicas, que podem alcançar as si-

tuações graves da bronco pneumonia; são estas mesmo que em muitos casos, quer pela extensão, quer pela duração, dominam o quadro clínico, o que tem levado alguns autores, como já atrás dissemos, considerando a larga participação anatómica do tecido pulmonar no processo inflamatório, a propor a substituição do termo «bronquiectasia» pelo de «bronco-pneumonia crónica bronquiectásica» (OMODEI-ZORINI); outras vezes aspectos mais graves ainda, se instalam: o abcesso e a gangrena pulmonar, com tôdas as suas conseqüências. Mas as bronquiectasias podem, ainda, dar origem a outras complicações: empiemas por ruptura da pleura ou por via linfática, esta, principalmente, nas formas infantis, mediastinites, embolias sépticas cerebrais, degenerescência amilóide do fígado e do rim, e até — hipótese que não deve excluir-se — degenerescência cancerosa da metaplasia que sofre o epitélio cilíndrico brônquico em pavimentoso. Pela formação do tecido conjuntivo em maior ou menor extensão e aparecimento de enfizema pulmonar podem, também, ser desfavoravelmente influenciadas as condições normais da pequena circulação, e de aí a repercussão inevitável sôbre o coração direito.

As formas frustes, pela severidade menor da sua sintomatologia, têm, em geral, uma evolução menos penosa; enquanto se mantêm na sua forma típica são as que menos affectam o estado geral, especialmente durante as remissões, por vezes duradoiras, no decurso das quais o doente se sente absolutamente bem. Nas hemoptóicas a sua pior complicação é a hemoptise fulminante, acidente sempre presumível, mas raro.

Qualquer destas duas últimas formas pode, mais tarde ou mais cedo, evolucionar para a forma franca, tomando-lhe todos os atributos e caracteres.

Não deve, pois, negar-se que o prognóstico dum bronquiectásico é, duma maneira geral, medíocre; quer por doenças intercorrentes, quer pelas complicações locais ou a distância, inflamatórias ou degenerativas, a que estão sujeitos, é de concluir-se que esta categoria de doentes é constituída por indivíduos que não excedem, em regra, a idade média da vida (DUKEN e VON DEN STEINEN, BRAUER, MÜLLER, FINDLEY e GRAHAM, etc.).

Tratamento. — Pelo que acabamos de dizer não se pode ocultar o pessimismo da perspectiva, que se desdobra diante do futuro

dum doente com dilatações brônquicas. MÜLLER chega mesmo a dizer: «um bronquiectásico nunca se cura: quando muito, pode melhorar passageiramente». ¿Pode o espírito do clínico submeter-se a um *veredictum* tão sombrio? De acôrdo com a gravidade do prognóstico, em muitos casos, é mesmo por isso que o esforço dispendido para encontrar a boa via terapêutica diversa, conforme os casos, aparece cada vez mais freqüente e vigoroso nas publicações da especialidade.

Com o melhor conhecimento, já hoje obtido, daquelas doenças que mais particularmente preparam o terreno para as ectasias dos ductos aéreos, se estabeleceu o dever de as evitar com os cuidados apropriados. Abstraiamos daqueles autores demasiado optimistas, que defendem a tese da cura espontânea de muitas bronquiectasias infantis; pensemos até que este *laisser faire* da natureza representa antes um prejuízo que uma vantagem, por demasiado comodista, não intervindo eficazmente quando com mais acêrto se podia fazer. Lembremo-nos sempre que mais vale prevenir que remediar, e dêste modo a profilaxia, o nosso primeiro dever, deixará de ser um mito.

Assim, o papel da infecção descendente é muito mais importante do que se julga habitualmente; são os germens do nariz, da garganta, das gengivas e dentes que muitas vezes infectam a árvore brônquica. Tôdas as medidas da higiene e da clínica não devem desprezar-se, para evitar a propagação de material infectante. Sobretudo naqueles indivíduos com tendência para os catarros brônquicos deve-se procurar evitar, tanto quanto possível, os arrefecimentos, e não só torácicos, mas sobretudo periféricos (mãos e pés molhados).

Já mencionámos, na etiopatogênese, o grupo de doenças infecciosas que mais responsáveis se tornam pelo aparecimento da afecção de que estamos tratando. Nas crianças por elas atingidas há que zelar particularmente os fenómenos bronco-pulmonares, combater a tosse e fluídificar e reduzir as secreções, contribuindo por todos os meios para uma boa drenagem das vias respiratórias, desde o emprêgo judicioso da longa lista de medicamentos de que se dispõe para êsse fim, até ao uso racional da mecânica e fisioterapia (gimnástica respiratória, maçagem do tórax). É também vantajosa a permanência ao ar livre, em clima próprio (BRAUER), sêco e quente, sendo preferível para êste autor a mon-

tanha, que considera de tanta importância como para a tuberculose.

Uma vez atingido o período de estado, e tornamos a acentuar o valor dum diagnóstico exacto com uma radiografia pelo lipiodol, ¿ de que meios terapêuticos dispõe o clínico para curar ou melhorar as ectasias brônquicas? Para melhor orientação podemos reuní-los, conforme o seu modo de acção, em quatro grandes grupos: mecânicos, anti-sépticos, anti-infecciosos e cirúrgicos. Qualquer dêles — com excepção dos últimos, com os quais de-facto podemos obter a cura radical — só se podem considerar paliativos. É fácil compreender que as lesões características das bronquiectasias não podem regressar de nenhum modo; só a extirpação do lobo pulmonar atingido pode levar à cura perfeita da afecção. Mas nem sempre a indicação para qualquer dos métodos operatórios é praticável; mesmo até porque uma grande parte dos doentes a rejeitam. Por isso merece tóda a atenção qualquer método terapêutico que dê alívios aos doentes e evite, tanto quanto possível, as recidivas ou as complicações, muitas vezes o mecanismo habitual do agravamento insustável das bronquiectasias.

Terapêutica mecânica. — O seu papel principal consiste em favorecer a expulsão do catarro brônquico, evitando assim todos os fenómenos locais e gerais devidos à estagnação e retenção das mucosidades. A maneira mais banal e menos molesta para o doente é colocar-se em posição de declive (posição de QUINCKE-GERHARD) escolhida de molde a que a expectoração só pela acção da gravidade se escoie pelas vias naturais; deve o doente realizá-la três a quatro vezes por dia, por espaços de tempo de um quarto de hora a uma hora. Esta técnica pode resultar muito eficaz, especialmente nas formas cilíndricas puras, e naqueles indivíduos com a paciência e habilidade necessárias para escolherem criteriosamente qual a posição ideal para o seu caso.

Um outro processo para a «limpeza» das ectasias é o que utiliza o broncoscópio por aspiração do conteúdo brônquico. É um dos processos mais eficazes de que dispõe a terapêutica das dilatações brônquicas. Introduzido e continuamente melhorado pela escola americana, particularmente pela escola de CHEVALIER-JACKSON, e empregado para a drenagem activa de tódas as co-

lecções purulentas bronco-pulmonares, dá resultados verdadeiramente surpreendentes nas mãos de quem quasi só orientou a sua vida para a manipulação broncoscópica. Aquêlê autor chega mesmo a afirmar ter tratado centenas de casos que justificam o conceito da evitabilidade das bronquiectasias, desde que se pratique precocemente a aspiração broncoscópica nas doenças supurativas dos brônquios, sobretudo a aspiração das secreções profundas, fortemente viscosas, e que êle considera como uma das causas daquela doença. Não temos experiência directa nem indirecta dêste procedimento, por ainda não havermos encontrado possibilidades para colaboração eficaz com um laringologista treinado nesta questão, mas os resultados obtidos pelos especialistas estrangeiros fazem supor que êste tratamento, já longe o tempo do seu manejo traumatizante, será de resultados brilhantes, porque, além do seu papel de evacuador, o broncoscópico pode ainda ser um condutor de vários anti-sépticos a aplicar rigorosamente *in-loco*.

Terapêutica anti-séptica. — Dos medicamentos mais empregados, desodorizantes, balsâmicos, expectorantes e vaso-constritores, para o fim que se pretende, quere dizer, para diminuição e fluidificação da expectoração, mencionaremos aqui apenas os mais usuais; convém porém empregá los judiciosamente, para evitar prejuízos que poderiam sobrevir, quando se não tomam em conta determinados preceitos. Como o acentua KOURILSKY, a medicação dos períodos inflamatórios agudos febris exclue formalmente certos balsâmicos, como a creosota, expectorantes como a terpina associada aos opiácios, e, sobretudo, os iodetos e os sulfurosos. Todos provocam uma recrudescência inflamatória, mas os últimos podem provocar verdadeiras catástrofes; a infecção propaga-se ao parênquima pulmonar vizinho dos brônquios infectados, formando focos de bronco-pneumonia e mesmo abscessos ou supurações difusas. São preferíveis, nestes períodos, a revulsão torácica, as pulverizações ou inalações de terebentina, mentol, eucaliptol, etc., ou as injeções de transpulmina. No caso de fetidez da expectoração, deve empregar-se o clássico hipo-sulfito de sódio (que não é congestivo), na dose de 1 a 4 grs. diárias, prescrito, por exemplo, na conhecida fórmula de LANCERAUX.

Pelo contrário, nos períodos não febris, subagudos ou crónicos, há tôda uma série de combinações farmacêuticas que não de-

vem esquecer-se, quer nos expectorantes, quer nos balsâmicos, e de que a mais importante é a creosota, que pode ser administrada em clisteres quotidianos, durante oito a dez dias.

A medicação sulfurosa só deve empregar-se fora das *poussées* inflamatórias e sempre observada com precaução, quer sob forma farmacológica, quer sob forma de água mineral. Sob esta última forma, as mais indicadas, entre nós, são as termas de Entre os-Rios e Caldas da Rainha. Há ainda quem recomende como procedimento muito eficaz, as instilações intra-traqueias de substâncias medicamentosas; STAEHELIN, por exemplo, elogia o soluto oleoso de gomenol a 5 0/0 na dose de 10 a 20 cc. em aplicações periódicas. Com bastante freqüência se vêem citadas, as melhoras acusadas por muitos doentes após a instilação de lipiodol introduzido nos brônquios com fins diagnósticos; assim tem acontecido em muitos dos nossos doentes. Mesmo naqueles que nos primeiros dias após a prova apresentam sinais de iodismo, com aumento da expectoração, se pôde observar, passado o curto período da intoxicação, uma diminuição por vezes acentuada da tosse e da expectoração.

Terapêutica anti-infecciosa. - Teòricamente é a mais justa e portanto aquela que melhores resultados nos permitiria colhêr, mas que a prática não tem mostrado ser assim. Das substâncias clínicas mais usualmente empregadas conta-se o neo-salvarsan, como específico contra as estirpes espirilares, que se encontram com bastante freqüência associadas aos agentes habituais das vias respiratórias; o negro animal a 2 0/0 em suspensão no sôro fisiológico, administrado intravenosamente; o alcool pela mesma via (soluto de glicose a 40 0/0 em alcool a 33 0/0), etc.

A estas junta-se a vacino-terapia, com o emprêgo das mais variadas vacinas auto- e hetero-vacinas, aquelas com melhores resultados, segundo os autores americanos, quando feitas com as mucosidades obtidas *in situ* com o auxílio do broncoscópio, particularmente da parte mais profunda do brônquio onde a secreção é mais viscosa, e na qual se devem encontrar os micro-organismos primários (JACKSON e JACKSON), associadas ou não à proteinoterapia; a anti-virusterapia criada segundo o método de BERESDKA; auto-piroterapia (injecção de pus tindalizado) proconizado por LEON BERNARD.

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

LISBOA MÉDICA

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

PELO

Stovarsol

**TRATAMENTO
ARSENICAL
DOS ESTADOS
D'ANEMIA
& D'ASTENIA**

APRESENTAÇÃO

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

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

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

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**
86.rue Vieille du Temple, PARIS 3^e

OREVILLE

Qualquer dos métodos mencionados tem tido os seus defensores e seus detractores. Há quem afirme melhores resultados com êste ou aquêlê medicamento, mas duma maneira geral mesmo os mais entusiastas por estas formas terapêuticas declararam que as melhorias nítidas são em pequeno número.

Terapêutica cirúrgica. — *Pneumotorax.* Introduzido pela primeira vez por RIVA-ROCCI na terapêutica das bronquiectasias, que o propôs baseado nos bons resultados obtidos por êste método terapêutico na tuberculose pulmonar, tem hoje pouca applicação, embora ainda se encontre quem lhe elogie o emprêgo. Nas formas francas a compressão exercida pelo ar introduzido na pleura nunca poderia atingir valores que permitissem achatar a luz dos brônquios dilatados, já pela rigidez em que se encontra o tecido pulmonar em tórno, já pela mobilidade do mediastino, observada em grande número de casos (NISSEN, WIESE). Mesmo que assim fôsse e de aí resultasse uma diminuição da expectoração, esta atingiria a sua quantidade primitiva uma vez suspenso aquêlê tratamento (NEUMANN); por outro lado, o pneumotorax pode, quando prolongado por alterações anatómicas locais a que dê origem (formação de fibrose), concorrer para o aparecimento de novas zonas de bronquiectasia. De modo que o pneumotorax pode considerar-se mais prejudicial do que benéfico, e ainda se deve acrescentar que a sua applicação, nesta afecção, é, mais do que na tuberculose, seguida de empiemas, por vezes pútridos, por propagação à pleura dos gérmenes brônquicos. Quando muito, pode tentar-se nas formas hemoptóicas puras ou nas formas larvadas ou ainda nas recentes, da infância; sobretudo naquelas os resultados são por vezes francamente bons, e nestas últimas a influêcia benéfica deve-se sobretudo à diminuição da expectoração, que representa, sintomaticamente, uma melhoria, e pode, possivelmente, associada com a compressão exercida pela bôlsa pneumotorácica, constituir um factor que impeça o carácter progressivo da doença. RIST, partidário do pneumotorax, referiu, em 1932, uma estatística de cinqüenta e nove casos, dos quais treze curaram definitivamente após o abandono daquele tratamento; cura clínica apenas, pois êste autor verificou, por broncografia, a persistência das ectasias brônquicas no grupo de curas a que se refere.

Da *frenicectomia* pode dizer-se sensivelmente a mesma coisa. Elogiada por alguns, é todavia contra-indicada pelo grande número. Sem influência de qualquer espécie para as bronquiectasias dos lobos superiores, pode produzir melhoras nas bronquiectasias inferiores, mas na maioria melhoras passageiras, que rapidamente se transformam em pioras, provocadas, quasi sempre, por um aumento da retenção das secreções, uma vez anulada a acção dos mais eficazes músculos da expectoração. RIST admite também, para a frenicectomia, um quarto de curas nas bronquiectasias, e os mesmos resultados foram obtidos por OAKLEY e HEDBLUM, com melhoras acentuadas para um outro quarto.

Exactamente iguais são os resultados obtidos com a *toracoplastia*. Com excepção de HARRINGTON, que refere uma percentagem alta de melhorias, hoje quasi ninguém indica esta intervenção como tratamento das bronquiectasias. SAUERBRUCH só excepcionalmente a emprega e nos casos com dilatações muito limitadas, acompanhadas de aderências pleurais espessas e mediastino fixo.

A *plumbagem* é de tôdas as intervenções cirúrgicas que até aqui temos descrito a que apresenta melhores resultados (NISSEN, KRAMPF e WIESE); pelo pequeno choque operatório de que é seguida e pela circunstância, sobretudo nos casos bem localizados, de ser possível uma compressão electiva, a plumbagem merece ser encarada com atenção, como procedimento a adoptar nas bronquiectasias.

Um outro procedimento terapêutico para determinadas formas de bronquiectasias é a *pneumotomia*, indicada nas grandes cavidades bronquiectásicas, com uma quantidade diária de expectoração que exceda os 500 cc., e com uma parede suficientemente espessa e extensa, de modo a não permitir melhoria, mesmo passageira, com qualquer dos tratamentos já mencionados. De resto trata-se, em geral, de indivíduos fortemente intoxicados, que não podem submeter-se a intervenções cirúrgicas mais radicais e que necessitam, fundamentalmente, que lhes seja drenado o pus que se forma. A técnica cirúrgica é a habitualmente usada para o abcesso do pulmão. O resultado pratico é muitas vezes verdadeiramente surpreendente (KRAMPF), mas não há que esquecer que, a-pesar disso, a maioria das vezes não se

obtem a cura. As melhorias obtidas, porém, permitem muitas vezes que o doente possa submeter-se depois a outra intervenção mais eficaz.

O método ideal é a extirpação do lobo ou lobos afectados, por *lobectomia*; realizada a primeira vez por GARRÉ, na Alemanha, em 1890, foi só em 1917, na América do Norte, que a sua técnica se tornou satisfatória. Feita então por um método que adoptava vários tempos operatórios (ROBINSON), evoluciona depois, desde 1929, após os trabalhos de BRUNN, para a lobectomia, num único tempo; ARCHIBALD e SCHENSTONE, na América; TUDOR EDWARDS, ROBERTS e NELSON, na Inglaterra; ROBERT MONOD, em França. Nas clínicas cirúrgicas bem apetrechadas, a lobectomia é hoje uma intervenção realizada com uma certa frequência e com uma mortalidade que tem progressivamente diminuído até 15 % (J. ALEXANDER) e 10 % (SHENSTONE). Para que esta tenha atingido nível tão baixo é necessário não só que a técnica operatória tenha melhorado, mas ainda pela circunstância tão importante como a da selecção de casos muito mais apurada, localização exacta e pouco extensa, apirexia, cuidados pré-operatórios rigorosos, etc.

Se quisermos, pois, em resumo, estabelecer um quadro terapêutico das bronquiectasias, é fácil verificar a necessidade da sua elasticidade para abranger todos os casos. Nas formas francas e inveteradas — na impossibilidade duma exeresse cirúrgica radical, de resto ainda com uma mortalidade nada para desprezar, ou duma rigorosa, hábil e bem conduzida drenagem broncoscópica — pode ser de vantagem, nalguns casos, a terapêutica hidro-mineral, alternada com a terapêutica medicamentosa já mencionada, particularmente a introdução intra-brônquica do lipiodol, com o qual temos obtido muito bons resultados. Na falência destas duas últimas modalidades de tratamento, são de aconselhar a colapso-terapia, o pneumotorax ou a paralisia que deve ser transitória do diafragma, para avaliar do comportamento evolutivo que esta operação pode exercer nalguns casos; e, finalmente, fora das raras indicações da toracoplastia tentar, particularmente a plumbagem, como intervenção cirúrgica de menores riscos e de maior possibilidade de bons resultados.

CASUÍSTICA

FORMAS FRANCAS :

OBSERVAÇÃO I. — J. C. G., indivíduo do sexo masculino, de 36 anos de idade, proprietário (Junho de 1937). Bronquite crónica, com expectoração abundante desde os 3 anos de idade; aos 17 anos, depois dum período de astenia com anorexia e ligeira diminuição de pêso, os primeiros escarros hemoptóicos. A conselho do médico assistente, internou-se no sanatório da Guarda, por suspeita de tuberculose pulmonar, mas durante os cinco meses que aí permaneceu tôdas as análises foram negativas para o bacilo de Koch. Melhorou nitidamente com a altitude; diminuição da expectoração, com aumento de pêso e das fôrças, melhoras que se mantiveram alguns anos. Passado êste período, voltou a piorar com o aumento da broncorreia, simulando por vezes autênticas vômicas, entremeadas, de longe a longe, por hemoptises francas, em geral pouco abundantes, e que uma ou outra vez se acompanhavam de febre, que o obrigavam a guardar o leito por uma a duas semanas. Últimamente refere cansa, com ligeira dispneia de esfôrço, tosse freqüente e expectoração muito abundante.

Antecedentes familiares. — Pai falecido de septicemia, mãe de cancro do útero; desconhece a existência de afecções brônquicas em qualquer membro da família.

À inspecção, *facies* pálido e ligeira cianose dos lábios; unhas dos dedos das mãos em vidro de relógio; tórax globoso, simétrico, com fraca mobilidade respiratória. Tosse freqüente, principalmente até ao meio dia, com expulsão diária duma quantidade média de 100 a 120 cc. de expectoração, não fétida, em escarros numulares amarelo-esverdeados, que se depositam no fundo do escarrador em camada densa uniforme, sôbre que assenta uma pequena quantidade de líquido muco-salivar. Hipofonese das bases pulmonares; à auscultação, inspiração rude nas metades superiores e raros sibilos disseminados nas mesmas regiões, com fervores úmidos abundantes de bôlhas médias e grossas nas metades inferiores, ligeiramente consonantes num ou noutro ponto. Temperatura subfebril até 37°,6. Baciloscopia negativa em vários exames, com ausência de fibras elásticas. A análise de urinas nada revela de notável. Sangue: hemoglobina, 65 %; valor globular, 0,89; glóbulos rubros, 3.620.000; glóbulos brancos, 10.600; linfócitos, 28,8 %; monócitos, 5,6 %; neutrófilos, 64 %; eosinófilos, 0,8 %; basófilos, 0,8 %. Velocidade de sedimentação: primeira hora, 52; segunda hora, 68. WASSERMANN, negativo.

Uma radiografia, simples (fig. 2) mostra:

Em tórno da região hilar direita e ao nível dos três primeiros espaços intercostais anteriores direitos observam-se numerosas imagens arredondadas, de parede densa, mas delgada, transparentes na porção central, agrupadas em planos diferentes e sobrepostos, com diâmetros variáveis, desde 15 e 18 mm. até cêrca de 2 mm. apenas, com aspecto de bronquiectasia congênita sacular; cruzam-nas ramificações densas e irregulares, algumas dispostas duas a duas e paralelamente, na região próximo do hilo, de fibrose peri-bronquiolar. As sombras mediastínicas projectam-se um pouco desviadas para a direita. À esquerda nada se observa de anormal (22-V-937). — a) BÉNARD GUEDES.

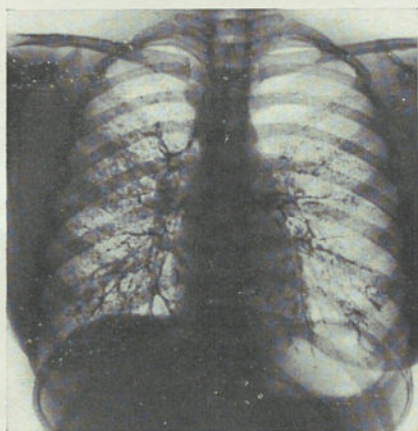


Fig. 1
Broncografia normal

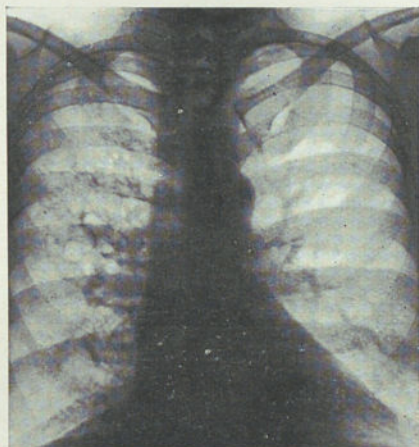


Fig. 2
Caso I. — Radiografia simples com numerosos anéis quísticos do lobo superior direito



Fig. 3
Caso I. — Detalhe da radiografia simples anterior, de modo a tornar mais visíveis as imagens quísticas

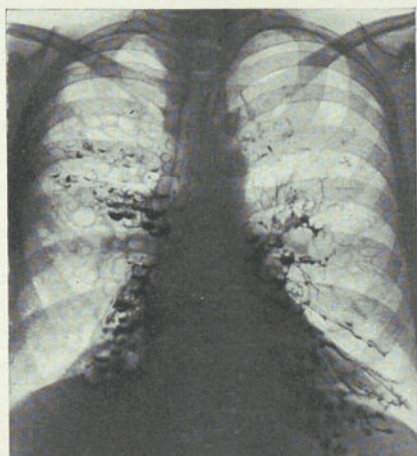


Fig. 4
Caso I. — Broncografia do mesmo caso com numerosas bronquiectasias ampulares à direita, em todos os lobos, com possíveis dilatações cilíndricas à esquerda

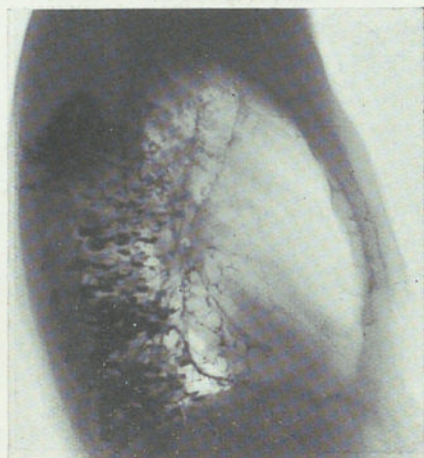


Fig. 5
Caso I.—Broncografia transversa do mesmo caso; bronquiectasias ampulares a tóda a altura

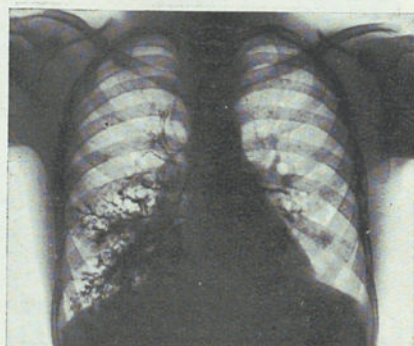


Fig. 6
Caso II.—Broncografia com numerosas bronquiectasias dos lobos inferiores, mais abundantes à direita, predominantemente do tipo moniliforme

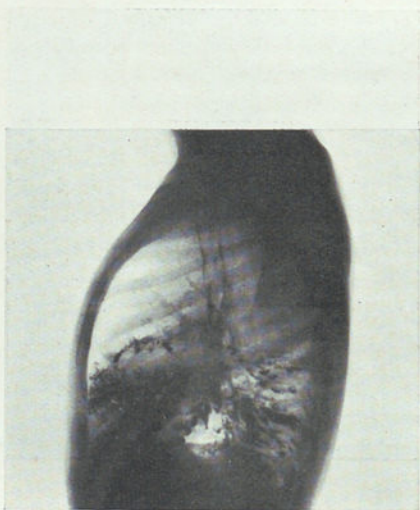


Fig. 7
Caso II.—Broncografia transversa do mesmo caso; são aqui bem visíveis algumas formas cilíndricas e ampulares

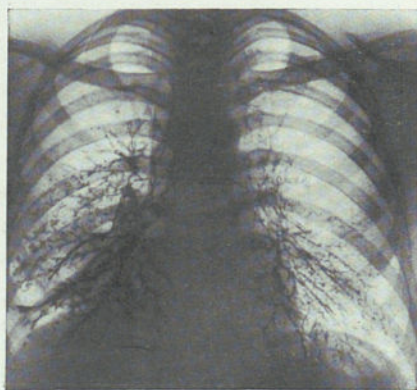


Fig. 8
Caso III.—Bronquiectasias da base pulmonar direita, de vários tipos: cilindro-moniliforme e ampular

Para melhor análise do que fica escrito apresentamos, na figura 3, a zona da radiografia onde são mais visíveis aquelas imagens.

Uma broncografia (30 cc. de lipiodol) feita em 17-VI-937 (fig. 4), mostra bronquiectasias ampulares dos lobos médio e inferior direito e esquerdo, de desigual volume e desigualmente cheias, de modo a constituírem as imagens típicas em ninhos de andorinha; no lobo inferior esquerdo há algumas imagens de brônquios, que permitem suspeitar um certo grau de dilatações cilíndricas, como se pode observar nas últimas ramificações infero-externas da mesma figura. A figura 5 é uma radiografia transversa do mesmo caso, que mostra, dum modo evidentíssimo, os andares sucessivos das ampolas brônquicas e quasi só acantonadas nas zonas posteriores.

OBSERVAÇÃO II. — M. C. R. M., indivíduo do sexo feminino, de 12 anos de idade (Abril de 1937), que tosse desde os 8 meses. Aos 13 meses, bronco-pneumonia, e desde então sempre embronquitada, com expectoração muito abundante. Fêz vários tratamentos sem resultado; aos 5 anos mudou de região e por êsse facto melhorou nitidamente do seu catarro brônquico durante alguns meses, passados os quais aquêlle reapareceu, com maior quantidade de expectoração. Qualquer insignificante alteração metereológica lhe torna mais freqüente a tosse, e esta circunstância é muitas vezes acompanhada por uns décimos de febre. Nega antecedentes hereditários tuberculosos ou affectados por qualquer perturbação bronco-pulmonar.

À inspecção, indivíduo insufficientemente desenvolvido para a sua idade; sífise torácica acentuada; unhas dos dedos das mãos em vidro de relógio. Conserva o apetite, mas há já bastante tempo que mantém o mesmo pêso. Apirética, tosse freqüente, com expectoração abundante em grandes escarros amarelo-esverdeados, raramente com ligeira fetidez. Tórax estreito, simétrico e equimóvel, hipofonese nas bases posteriores. À auscultação, ferveores abundantes de bolhas médias e finas, predominando aquelas, não consonantes, e particularmente audíveis nas bases posteriores. Baciloscopia negativa e ausência de fibras elásticas na expectoração. O exame da urina nada revelou de anormal.

Uma radiografia simples nada revelou além dum certo alargamento dos hilos, acentuadamente à direita. Uma radiografia da cabeça, em posição mento-nasal, revela: opacidade acentuada do seio maxilar esquerdo; transparência normal das outras cavidades peri-nasais (3-V-937). — a) BÉNARD GUEDES.

A broncografia realizada a 4-V-937 (20 cc. de lipiodol) mostra na figura 6 dilatações mistas — cilíndricas e moniliformes — dos lobos médio e inferior direito e esquerdo; as dêste último são pouco visíveis na reprodução, por causa da opacidade dada pela imagem do coração. A figura 7 é a radiografia transversa do mesmo caso, que mostra duma maneira ainda mais evidente o que acabamos de dizer. Vêem-se também algumas imagens em meia lua, com nível líquido, na zona súpero-posterior das sombras lipiodoladas — dilatações ampulares ou enchimento incompleto de ectasias cilíndricas?

OBSERVAÇÃO III. — F. M. C., de 25 anos de idade, funcionário da Câmara Municipal (Julho de 1936). Bronquite desde tenra infância, com períodos alter-

nados, mas muito irregularmente diferentes, de relativo bem-estar e agravamento da tosse e expectoração. Em Maio de 1935 teve os primeiros escarros hemoptóicos, pouco abundantes, que desapareceram passados alguns dias sem tratamento especial. Êste facto voltou a repetir-se um ano depois, e desde então, agravamento da tosse, com aumento da quantidade da expectoração, atingindo nas últimas semanas uma média de 150 cc., muito raras vezes hemoptóica. É internado em P. A. em Julho de 1936.

Antecedentes familiares. — Pais com bronquite crônica e do mesmo modo os avós maternos; nada se sabe dos avós paternos; tios maternos e uma irmã com o mesmo padecimento.

Á inspecção, estado geral bom, com pêso superior ao correspondente à sua idade e altura. Dedos hipocráticos; subfebril, 37°,5. Tosse freqüente e uma quantidade diária média de 200 cc. de expectoração amarelo-esverdeada, que se dispõe em duas camadas: uma inferior purulenta, que ocupa quasi tãda a altura, e outra superior muco-espumosa. Tórax simétrico e equimóvel; submacicez e diminuição das vibrações vocais na metade inferior direita (face anterior e posterior). Roncos abundantes e raros sibilos em todo o hemitórax direito, com fervores de bolhas médias ligeiramente consonantes na sua metade inferior. Baciloscopia positiva em vários exames directos, e por duas vezes em cultura no meio de LOEWENSTEIN, com ausência de fibras elásticas. Sangue: hemoglobina, 84 %; valor globular, 0,81; glóbulos rubros, 5.120.000; glóbulos brancos, 9.800; linfócitos, 27 %; monócitos, 2 %; neutrófilos, 53 %; eosinófilos, 8 %; basófilos, 0 % Velocidade de sedimentação: primeira hora, 20; segunda hora, 35. Urina: nada de notável.

Uma radiografia simples mostra infiltração com aspecto predominantemente produtivo-fibroso da metade inferior do campo pulmonar direito; ao nível do hilo e um pouco mais para fora dêle distingue-se uma cavidade com cêrca de 3 cm. de diâmetro (31-VII-936). — a) BÉNARD GUEDES.

Uma radiografia da cabeça, em posição mento-nasal, mostra ligeira diminuição da permeabilidade dos seios maxilares e do seio frontal esquerdo. — a) GENTIL BRANCO.

Uma broncografia feita em 31-VII-936 (fig. 8) mostra extensas dilatações de grande parte dos brônquios do lobo inferior direito, de vários tipos: cilíndrico-moniliforme e mesmo ampular como é fácil verificar por duas imagens semicirculares que se encontram uma na extremidade externa e inferior do grupo brônquico central e outra um pouco abaixo do polo inferior do hilo direito. A figura 9 (radiografia transversa do mesmo indivíduo) ainda mostra melhor os diversos tipos.

Após um exantema iódico, surgido doze dias após a broncografia, que desapareceu completamente passados dez dias, o doente pede alta, para reentrar em Fevereiro de 1937 com a mesma sintomatologia de sempre. Não diminuiu de pêso durante o período da alta, tendo trabalhado continuamente. O exame objectivo do tórax revela sensivelmente os sinais já mencionados, com excepção dos roncos. Como a expectoração se mantém muito abundante, resolve-se iniciar a drenagem postural no declive torácico mais favorável para o natural e espontâneo esvaziamento dos brônquios; procedendo assim, melhorou nitidamente passados poucos dias, reduzindo para um quarto a quantidade

da expectoração diária, e ao mesmo tempo redução dos ferveres no seu grau de umidade e consonância.

Em Maio a expectoração, que continua positiva em exame directo e no meio de LOWENSTEIN, voltou a aumentar até 100 cc. diários, a-pesar do doente continuar a fazer a posição de declive com bastante regularidade. Resolveu-se iniciar o pneumotorax, à direita, a 5 dêsse mês; a 31 uma radiografia do tórax mostra pneumotorax incompleto por aderências da base e vértice do pulmão correspondente, e embora as restantes zonas pulmonares apresentem um colapso razoável, a expectoração diária mantém-se na mesma quantidade.

Em Junho começa a apresentar acessos asmatiformes nocturnos, a princípio pouco intensos, mas que exigiam, em fins do mês, a administração de evatmina. Em princípios de Julho a expectoração diminuiu para metade, e deixou de ser positiva; melhorou da asma e pede alta, para fazer um estágio na província.

OBSERVAÇÃO IV. — M. d'A., de 36 anos de idade, cerâmico (Julho de 1937). Gripe pneumónica em 1918 e desde então expectoração relativamente freqüente e abundante, principalmente de manhã, sintoma que por vezes desaparecia completamente por períodos variáveis. Em Julho de 1932, gastro-enterostomia por úlcera gástrica, e desde esta data a quantidade diária da expectoração aumentou nitidamente, com períodos de três a quatro dias de hemoptises francas, a que se seguia algumas vezes expectoração fétida, variável de intensidade e duração.

À inspecção o exame geral nada revela de notável. À auscultação do tórax, diminuição do murmúrio respiratório na base esquerda, face anterior e posterior, com ferveres de bolhas médias pouco abundantes e não consonantes. Temperaturas até 37°,3. Análise da expectoração negativa em vários exames directos. WASSERMANN negativo. Nada de notável nos antecedentes pessoais.

Uma broncografia, feita em 18-VIII-37, mostra em posição ântero-posterior e no lobo inferior da esquerda, dilatações brônquicas de tipo misto: moniliformes na zona ínfero-externa e ampulares na zona súpero-interna; entre as duas zonas é visível uma forma sacular. A figura 10, do mesmo indivíduo, em posição transversa, mostra também claramente o que acabamos de dizer. Após a broncografia, melhorou consideravelmente, com diminuição da tosse e da expectoração, que não voltou a ser nem hemoptóica nem fétida; aumentou quilo e meio de pêso, até meados de Janeiro do ano seguinte, época em que voltou a piorar, com mais tosse e expectoração que tornou a ser ligeiramente fétida.

OBSERVAÇÃO V. — S. dos A. S. G., de 36 anos de idade, doméstica (Janeiro de 1938). Sarampo em criança; influenza em 1917, durante oito dias, com poucos sintomas pulmonares. Bronquite subaguda em 1922, caracterizada apenas por tosse durante um mês. Em 1924, gripe pneumónica grave, com muita tosse e expectoração, complicada com diarreias rebeldes, que se prolongaram durante três meses; foi-lhe aconselhado mudança de ares, que não melhorou sensivelmente o seu estado. Suspeita de tuberculose pulmonar, foi enviada

para o sanatório da Guarda, onde esteve seis meses, sempre com tosse e expectoração, várias vezes negativa; a-pesar disso, foi-lhe tentado pneumotorax à direita, que realizou oito vezes (de Setembro de 1924 a Março de 1925), tratamento que não melhorou nem a tosse nem a expectoração; suspendeu o pneumotorax com a vinda para Lisboa, e só então melhorou bastante, passando regularmente durante alguns anos, embora sempre com expectoração, principalmente matutina (50 cc.). Há três anos, depois dum golpe de vento, temperatura alta, que a obrigou a guardar a cama durante três semanas, durante as quais a expectoração se tornou hemoptóica por alguns dias, fenómeno acontecido pela primeira vez. Melhorou depois, mas data de então a fetidez da expectoração, a princípio pouco intensa e pouco freqüente, mas que progressivamente aumentou, até se tornar permanente. Há ano e meio, fleimão do braço esquerdo, consecutivo a uma injeção medicamentosa subcutânea, com supuração fétida durante dois meses, período durante o qual lhe desapareceu completamente a tosse e a expectoração, sintomas que reapareceram após a cicatrização daquele. Desde então tem tido várias *poussées* febris, irregulares de aparecimento e duração.

À inspecção, indivíduo pálido, com pêso superior à sua estatura e idade, embora tenha perdido de pêso, desde há um ano, 10 a 12 quilos; dedos hipocráticos das mãos, e unhas em vidro de relógio dos dedos dos pés. À observação do tórax, hipomobibilidade do hemitórax direito, com macicez e abolição do murmúrio vesicular em tóda a metade inferior do mesmo (face anterior e posterior). À auscultação, fervores consonantes muito abundantes, de bolhas médias, na zona acima mencionada e ao nível da zona infero-externa e lateral, uma pequena área onde aquêles adquirem uma tonalidade ligeiramente anfórica, acompanhados dum ligeiro sôpro expiratório. Tosse muito freqüente, por vezes em acessos paroxísticos, com grande quantidade de expectoração, 2 decilitros como quantidade média diária, espessa e esverdeada e intensamente fétida. Temperaturas atingindo 37°,5. Expectoração várias vezes negativa, em exame directo e com homogenização.

A análise de urinas nada revela além de raros glóbulos de pus e hematias. Sangue: hemoglobina, 68 0/0; valor globular, 0,89; glóbulos rubros, 3.880.000; glóbulos brancos, 14.200; linfócitos, 20 0/0; monócitos, 6 0/0; neutrófilos, 72 0/0; eosinófilos, 1 0/0; basófilos, 1 0/0. Velocidade de sedimentação: primeira hora, 74; segunda hora, 103.

Uma radiografia simples, feita em Janeiro de 1938, revela uma mancha opaca de paqui-pleurite, que ocupa os dois têtços inferiores do hemitórax direito; o resto do parênquima nada revela de anormal.

Uma broncografia, feita em Fevereiro de 1938, revelou a presença de várias imagens saculares, em grande parte isoladas umas das outras, e com um diâmetro médio de meio a um centímetro, que ocupavam tóda a zona do lobo inferior direito (figs. 11 e 12); no lobo inferior esquerdo nada se nota de anormal. Três semanas após esta prova a temperatura voltou a subir, de novo com mais tosse e expectoração, diarreias e astenia acentuada. Esta sintomatologia foi-se agravando progressivamente e a doente veio a falecer em Abril do mesmo ano.

NOVOS HORIZONTES



DESEJAMOS recordar-lhe em poucas palavras como, desde que foi adoptada a nova fórmula com adição de um extracto concentrado vitamínico — procedente de óleos de peixe — a Farinha Láctea Nestlé reúne tôdas as qualidades que a moderna pediatria exige e constitue um alimento completo no sentido lato da palavra.

Precisemos antes de tudo que os profundos estudos, effectuados durante êste último decénio por eminentes pediatras de fama mundial, permitem aceitar de modo indubitável que, não só o lactante está preparado desde os primeiros dias para digerir o amido (a saliva contém ptialina desde o nascimento, e a maltase existe também no suco pancreático) como também as experiências de SIMCHERT e WALTNER — entre outros — conseguiram demonstrar que adicionando uma pequena quantidade de farinha à alimentação do lactante, aumenta-se rapidamente o conteúdo de amilase na saliva e no suco pancreático: quer dizer: aperfeiçoa-se aquela capacidade para digerir o amido.

Noutra ordem de ideias, novas investigações clínicas de grande importância permitiram afirmar que a adição de um novo hidrato de carbono polisacárido ao regime lácteo exerce uma acção nutritiva tão favorável que a curva ponderal sobe bruscamente juntando apenas 2 a 5 0/0 de farinha. E para não fazermos uma exposição bibliográfica demasiado longa, citemos sòmente as categóricas afirmações que neste sentido formulam LANGSTEIN e MEYER, (*Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel*, pag. 18 e 30) assim como as de A. Hottinger (*Schw. Med. Wochenschrift*, 2 Fev., 1929).

Diremos também que são bastante demonstrativas as conclusões a que chega L. GAROT no seu recente estudo sobre o emprêgo das farinhas na alimentação do lactante (*«Bruxelles Médical»*, 4 Fev., 1934). Depois de recordar que actualmente se conhece bem tudo o que é relativo a digestibilidade, valor nutritivo e tolerância das farinhas pelo lactante, afirma

o Autor que a adição progressiva de uma quantidade da mesma no leite permite enriquecer a dieta em hidratos de carbono sem que sobrevenha o mínimo perigo de originar dispépsia, especialmente se se tiver cuidado de empregar uma malto-dextrina. É esta farinha adicionada favorece a digestão gástrica porque facilita uma mais fina coagulação da caseína no leite, ao mesmo tempo que manifesta uma influência específica sobre o crescimento porque melhora consideravelmente os resultados do aleitamento artificial.

Vê-se, pois, como a Farinha Láctea Nestlé vem a ser uma realização das mais modernas aquisições em dietética infantil. Compõe-se de leite fresco completo, o qual contém 3,5 0/0 de gordura e conserva todos os seus componentes químicos e biológicos, de biscoito de trigo candil dextrinado-malteado e convenientemente torrado, cujo malte representa uma pré-digestão do amido; de um concentrado vitamínico natural, procedente de óleos de peixe, equivalentes a uma importantíssima quantidade de vitaminas A e D das que já contém o leite e a semente de trigo candil.

Considerando que está integrada por 55,6 0/0 de hidratos de carbono, 19,5 0/0 de amido, 13,5 0/0 de matérias proteicas e 7,8 0/0 de substância gorda, a Farinha Láctea Nestlé encerra a proporção aceite como ideal para completar a dieta láctea, um super-alimento necessário para a criança desmamada, correspondendo às orientações dos principais Mestres da pediatria, com os quais Nestlé mantém íntima e constante colaboração.



OBSERVAÇÃO VI.— A. G., de 46 anos de idade, empregado no comércio (Junho de 1938). Sarampo aos 12 anos e desde então bronquite com exacerbações mais ou menos intensas, sobretudo nas estações frias e nos períodos de chuva. Há quatro meses e em regulares condições de saúde, arrepio de frio súbito, com pontada ao nível da homoplata esquerda. Recolheu à cama com temperatura alta, tosse e expectoração, que rapidamente aumentou em quantidade e se tornou esverdeada. Assim esteve aproximadamente três meses, findos os quais melhorou com o desaparecimento da febre, embora a tosse continuasse persistente e não diminuísse a abundância da expectoração, que se tornou fétida. Varíola aos 25 anos; nega sífilis. Nada digno de menção nos progenitores e parentes colaterais.

À inspecção, indivíduo pálido, emmagrecido, com canseira e dispneia de esforço; esbôço de unhas em vidro de relógio. Temperatura até 37°,2; anorexia. Tosse freqüente e expectoração abundante, nitidamente purulenta, numa média de 100 cc. diários, por vezes ligeiramente fétida, negativa para o bacilo de Koch e sem fibras elásticas. Hipomobilidade torácica à esquerda, com submacicez e ligeiro aumento de vibrações na base, do mesmo lado. À auscultação, fervores úmidos de bolhas médias e finas na metade inferior do hemitórax esquerdo, mais abundantes na face posterior; raros fervores na base posterior direita.

Na urina vestígios muito acentuados de albumina, com muitos glóbulos de pus. Sangue: hemoglobina, 75%; valor globular, 0,74; glóbulos rubros, 5.060.000; glóbulos brancos, 9.300; linfócitos, 20%; monócitos, 8%; neutrófilos, 71%; eosinófilos, 1%; basófilos, 0%.

Uma radiografia da cabeça, feita em 7-VI-38, com incidência de trás para diante e em posição mento-nasal, mostra que não há alterações na permeabilidade dos seios maxilares e das células etmoidais; os seios frontais apresentam dimensões muito reduzidas e são pouco visíveis por se encontram opacos. — a) BÉNARD GUEDES.

Das regiões hilares irradiam para o meio e para as bases de ambos os campos pulmonares, além das ramificações uniformemente densas dos vasos pulmonares, outras mais irregulares e dispostas duas a duas, paralelamente, com lume central transparente, com aspecto de ramos brônquicos ectasiados e de parede espessa por fibrose. Entre elas observam-se também muitas sombras pequenas em anel, de parede espessa e zona central transparente, de bronquiectasia, que se aglomeram em maior quantidade na base do campo pulmonar esquerdo. Não se observam alterações da permeabilidade dos campos pulmonares, nem sombras suspeitas de infiltração do parênquima. Nota-se calcificação extensa das cartilagens costais. — a) BÉNARD GUEDES.

Uma broncografia feita em 29-VI-38 mostra a presença de numerosas bronquiectasias de tipo misto, cilindro-moniliformes, predominantes ao nível da base esquerda. Foi internado em M 2 A, onde o tratamento pela transpulmina e álcool intravenoso, melhorou nitidamente o estado geral e local, com redução de expectoração para 20 a 30 grs. diários.

OBSERVAÇÃO VII.— J. G., de 38 anos de idade, pedreiro (Outubro de 1934). Sempre saudável até aos 21 anos, quando, depois dum golpe de sol, começou

com hemoptises frequentes, embora pouco abundantes, que duraram oito dias aproximadamente, e a seguir um período de dois meses com tosse e alguma expectoração. Passou bem até aos 26 anos, data em que se repetiu sensivelmente a mesma sintomatologia, de que voltou a sofrer aos 32 anos. Desde então bronquite, a princípio com pouca expectoração, mas que tem aumentado lentamente, até que em Agosto de 1934 atingiu uma quantidade diária de 200 a 300 cc., por vezes com cheiro nauseabundo, e acompanhada de dores pouco intensas na base posterior esquerda; em Setembro do mesmo ano iniciou um período de expectoração hemoptóica, que durou aproximadamente um mês, motivo porque veio à nossa consulta, ficando internado em P. A. Nega tuberculose dos progenitores ou qualquer afecção bronco-pulmonar.

À inspecção, indivíduo regularmente desenvolvido, mas em hypo-nutrição; unhas dos dedos das mãos e dos pés em vidro de relógio. Tosse frequente, com uma quantidade diária de expectoração entre 250 a 350 cc., que se dispõe no escarrador nas três camadas clássicas. Temperatura até 38°,5; tórax simétrico, com hipomobilidade dos dois terços inferiores da esquerda. À palpação (amplexação), resistência aumentada a êsse nível. A auscultação revela, na região supra-espinhosa e infra-clavicular direita, fervores de bolhas médias, principalmente à frente, com expiração soprante, broncofonia e pectoriloquia áfona nesta última zona. À esquerda, macicez com aumento de vibrações na metade inferior, e fervores de bolhas médias numa e noutra face, mais abundante atrás. Baciloscopia negativa em vários exames e negativa a inoculação da expectoração na cobaia.

Sangue: hemoglobina, 66 %; valor globular, 0,73; glóbulos rubros, 4.500.000; glóbulos brancos, 17.400; linfócitos, 16 %; monócitos, 5 %; neutrófilos, 79 %; eosinófilos, 0 %; basófilos, 0 %. Velocidade de sedimentação: primeira hora, 93; segunda hora, 117. WASSERMANN, negativo. Urinas, nada de notável.

Uma radiografia simples do tórax mostra sombras fibrosas em cordão, que se estendem do polo superior do hilo direito para a metade externa da clavícula do mesmo lado. A meio do campo pulmonar esquerdo, zona de opacidade difusa, onde é visível uma cavidade do volume duma noz contendo líquido com o aspecto de abcesso pulmonar. Uma angiopneumografia feita a 13-XI-934 revelou aumento da circulação pulmonar em tôda a zona do abcesso, em contraste com a sua diminuição no vértice direito. Esteve internado até Abril de 1935, onde lhe foram feitos vários tratamentos médicos, com melhoras nítidas: aumento de pêso, temperatura não excedendo 37°,3, pouca tosse e a expectoração até 60 grs. diários. Nessa data a auscultação revela os mesmos sinais à direita, e à esquerda, diminuição muito acentuada do murmúrio em tôda a zona abaixo do ângulo inferior da homoplata, com raros fervores pouco úmidos limitados a uma pequena zona juxta-vertebral. Tem alta e volta à consulta do Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai). Os episódios hemoptóicos sucedem-se depois com alguma frequência, por vezes durante dois a três dias e algumas vezes com bastante quantidade de sangue.

Uma broncografia feita em 5-VII-937 (fig. 13) mostra à direita dilatações moniliformes, exactamente ao nível das lesões fibrosas já mencionadas na radiografia anterior e sem mais alterações brônquicas nêsse hemitórax; à esquerda não são bem visíveis nesta chapa as dilatações da base, em virtude

do cerrado entrelaçamento dos ductos aéreos e ainda pela abundante folhagem alveolar que aí se produziu; a figura 14 (radiografia do mesmo indivíduo em posição transversa) permitiu observar com tãda a evidência duas dilatações juxtapostas, ambas em forma de funil, que se continuam por brônquios de calibre normal.

FORMAS FRUSTES :

OBSERVAÇÃO VIII. — H. R. G., de 32 anos de idade, pedreiro (Julho de 1934). Sofre de bronquite crônica, de pouca gravidade, desde criança e com largos períodos de bem-estar, sem tosse nem expectoração. Pleurisia sêca à esquerda, há seis anos, durante seis meses, aproximadamente. Desde então, períodos variáveis com pontadas do mesmo lado, por vezes intensas, que desapareciam com a administração de aspirina. Há dois meses reapareceu-lhe a tosse, pouco freqüente, com expectoração amarelada em quantidade média diária de 20 a 30 cc. Há um mês, várias hemoptises pouco abundantes, durante dois dias. Não refere febre; conserva o apetite e não tem emmagrecido; tem trabalhado sempre activamente.

Antecedentes familiares. — Pai falecido com tuberculose pulmonar; mãe falecida com demência; tio materno com bronquite crônica; tio paterno falecido em idade avançada, com bronquite crônica; dois irmãos saudáveis e outro com bronquite crônica.

À observação, indivíduo em bom estado de nutrição, com pêso superior ao normal. Refere tosse, alguma expectoração e pontadas na base esquerda, face posterior. Tórax bem conformado, equimóvel. O exame do aparelho respiratório nada revela de anormal. A análise da expectoração, negativa em vários exames. Nada de notável na urina. Uma radiografia simples feita em 1-VIII-34 revela abundantes sombras densas dispersas ao longo de ambos os campos pulmonares, muitas em forma de pequenos anéis de ectasia bronquiolar, apresentando o conjunto o aspecto de uma esclerose intersticial generalizada. Ligeira hipertrofia do arco ventricular esquerdo. — a) M. VEIGA.

Desde esta data até à época da broncografia tem tido várias *poussées* de bronquite aguda, febril (?), com tosse freqüente e expectoração por vezes abundante, raras vezes hemoptóica e nunca fétida. Faz broncografia em Outubro de 1936, que revela a presença de numerosas bronquiectasias, particularmente visíveis no lobo inferior direito, de tipo misto, moniliforme, mas principalmente ampular, e particularmente acantonadas na metade posterior da base pulmonar; é visível uma cavidade bronquiectásica regularmente arredondada, de 1 cm. de diâmetro, que assenta no contôrno do diafragma (fig. 15).

OBSERVAÇÃO IX. — M. F. N., de 40 anos de idade, doméstica (Abril de 1938). Sarampo em criança. Há seis anos andou em tratamento, durante dois meses, dum corrimento nasal, abundante, de resto já antigo, mas desde data de que se não lembra. Há cêrca de dois anos, depois duma chuvada, bronquite aguda com bastante tosse e expectoração; passados seis meses melhorou muito da-

queles sintomas, mas apareceu-lhe uma pontada na região escapular direita, que a levou à consulta de vários clínicos; foi-lhe administrado cálcio e pontas-de-fogo, que nenhum bem lhe fizeram. Três meses depois, como a tosse se tornasse mais freqüente, foi-lhe instituído pneumotorax à direita, a-pesar da baciloscopia negativa. Melhorou a princípio, mas, passadas oito insuflações, tornou a piorar, suspendendo aquêlê tratamento ao fim de doze aplicações. A tosse e a expectoração continuaram depois, com alternativas de melhoras e piores. Em Janeiro de êste ano notou, pela primeira vez, uma ligeira fetidez na expectoração matutina. Nada de notável nos antecedentes hereditários. A observação, individuo pálido, de pêso correspondente à sua altura e idade. Esbôço de unhas em vidro de relógio. Refere anorexia e ligeira dispnea de esforço; alguma tosse, com expectoração amarelada e por vezes ligeiramente fétida, em quantidade diária de, aproximadamente, 30 a 40 cc. A inspecção do tórax nada revela de notável; ligeira submacicez na base do hemitórax direito; à auscultação alguns fervores de bolhas médias não consonantes e mais abundantes na face posterior; raros roncós. Análise de expectoração: negativa em vários exames. Urina: nada de notável. Sangue: hemoglobina, 89%; valor globular, 0,91; glóbulos rubros, 4.990 000; glóbulos brancos, 11.600; linfócitos, 37%; monócitos, 7%; neutrófilos, 56%; eosinófilos, 0%; basófilos, 0%; velocidade de sedimentação: primeira hora, 22; segunda hora, 41.

Uma radiografia da cabeça mostra diminuição de permeabilidade accentuada, mas por igual dos seios frontais e maxilares (4-VI-938). — a) GENTIL BRANCO.

Uma radiografia do tórax, feita em 19-IV-938, mostra uma opacidade difusa e irregular de contornos, que escurece o ângulo cardio-diafragmático direito; não se notam lesões do parênquima. Uma broncografia feita em 19-V-938 mostra a presença (fig. 16) de numerosas bronquiectasias cilíndricas no lobo inferior direito juxta-cardíaco, e que uma radiografia transversa revela serem especialmente acantonadas na face posterior (fig. 17).

OBSERVAÇÃO X. — A. M., de 16 anos de idade, telefonista (Janeiro de 1938). Aos 7 anos, sarampo; aos 8, febre tifóide, pela qual esteve internado no Hospital de S. José durante dois meses e meio; durante êste período e por insuficiente vigilância da enfermagem, dormiu, muitas vezes, no solo de cimento, apenas protegido por um cobertor. Saiu do hospital em bom estado geral, mas com tosse e alguma expectoração esbranquiçada, sintomas que desapareceram passados dois meses. Em Julho de 1931, após um forte acesso de tosse, teve uma hemoptise de cêrca de 500 cc. (?), a que se seguiu um período de quinze dias de expectoração hemoptóica, durante a qual teve de guardar a cama com febre (?), e emmagrecimento accentuado; a tosse e a expectoração desapareceram, por fim, progressiva e lentamente. Desde então epistaxis, de vez em vez, e vários períodos, irregulares no aparecimento e na duração, de tosse freqüente, mas em geral com pouca expectoração, que uma ou outra vez apparecia hemoptóica. Em Janeiro de 1938 foi à consulta do Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai), queixando-se de tosse e expectoração, sintomas que tinham reaparecido havia quinze dias e havia seis com algum sangue na expectoração.

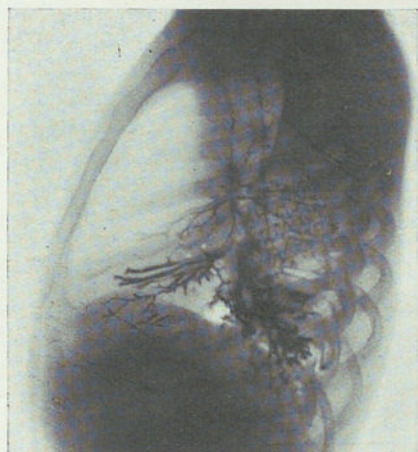


Fig. 9
 Caso III. — Broncografia transversa do
 mesmo caso e bem visíveis as bron-
 quiectasias de vários tipos

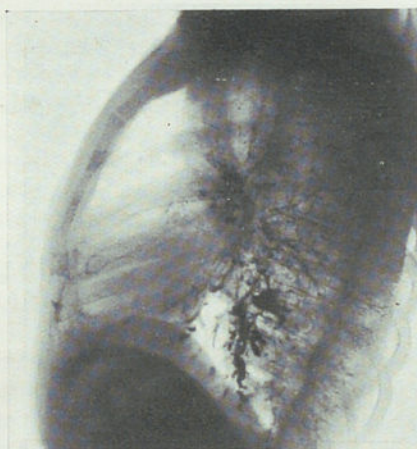


Fig. 10
 Caso IV. — Broncografia transversa, com
 bronquiectasias de tipo maliniforme
 e ampular



Fig. 11
 Caso V. — Broncografia frontal com bron-
 quiectasias ampulares, algo deforma-
 das, do lobo inferior direito



Fig. 12
 Caso V. — Broncografia transversa do mesmo
 caso, que mostra idêntico aspecto; a
 imagem fusiforme do centro da figura
 é dada pela extremidade inferior do
 esófago cheia de lipiodol

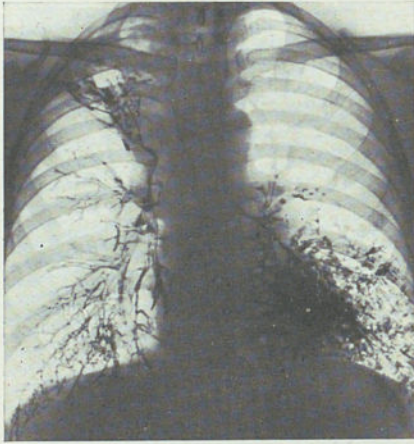


Fig. 13
Caso VII. — Bronquiectasias moniliformes do lobo superior direito; as dilatações da esquerda não são visíveis nesta figura, devido à abundância do lipiodol injectado

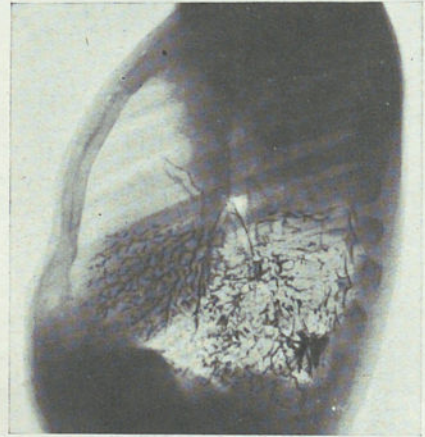


Fig. 14
Caso VII. — Radiografia transversa do mesmo indivíduo; que mostra nitidamente duas dilatações em funil no plano justacostal posterior



Fig. 15
Caso VIII. — Radiografia transversa que mostra a presença de bronquiectasias, predominantemente ampulares, no fundo de saco costal-diafragmático direito posterior

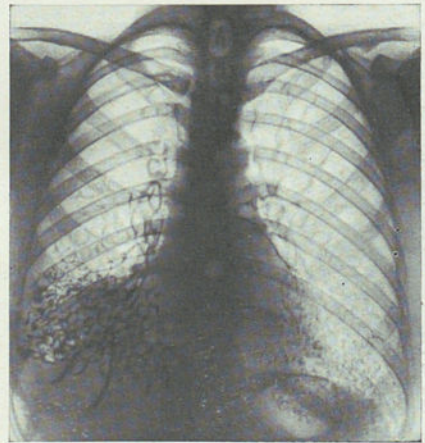


Fig. 16
Caso IX. — Broncografia frontal com bronquiectasias cilíndricas, circunscritas à metade interna do lobo inferior direito

Ignora se teve antecedentes hereditários com afecções bronco-pulmonares. À inspecção, aspecto geral regular, mas com mucosas ligeiramente anemiadas; unhas em vidro de relógio. Apirético. Tosse, principalmente de manhã e alguma expectoração muco-purulenta; não refere outros sintomas. Tórax procidente, em quilha, à custa da metade superior do esterno; hipomobilidade da base direita, com submaciez e aumento de vibrações, a esse nível, principalmente perceptíveis na sua face posterior. À auscultação alguns fervores pouco úmidos, de bolhas médias e finas, na base posterior direita; análise da expectoração: negativa em exames sucessivos e em meio de LOWENSTEIN. Nada de notável na urina; ligeira anemia.

Teleradiografia do tórax. — A metade inferior do campo pulmonar direito apresenta transparência diminuída por confluência de numerosas sombras pequenas densas, com aspecto de esclerose intersticial do parênquima pulmonar, entre as quais se distinguem muitas outras em forma de anel, também muito pequenas, com parede espessa e porção central transparente, de bronquiectasia difusa. Junto do diafragma destaca-se a imagem de uma cavidade, de parede delgada, com cêrca de 3 cm. de diâmetro, que só uma broncografia poderá decidir se é parenquimatosa ou brônquica. O hemitórax dêste lado está retraído, com desvio da sombra cardíaca para a direita e elevação da cúpula diafragmática; esta tem contôrno irregular e o seio costo-diafragmático correspondente está apagado, por aderências pleuro-pulmonares. A esquerda, a permeabilidade não está alterada, mas entre as ramificações vasculares que irradiam do polo inferior da sombra hilar para a base encontram-se também pequenas sombras em anel, idênticas às do lado direito, e com a mesma significação (21-II-938). — a) BÉNARD GUEDES.

Uma broncografia feita em 10-III-938 mostrou o lipiodol acumulado na sua maior porção dentro da cavidade acima descrita, enchendo um têrço da sua altura, e do fundo da qual parecem sair alguns brônquios ligeiramente dilatados; em posição transversa esta imagem lipiodolada apresenta-se sem o nível líquido da radiografia anterior e com a forma dum cilindro deitado, irregular de contornos, cuja extremidade externa parece ser continuada por alguns brônquios ligeiramente dilatados.

Desde esta data até fins de Abril continuou com alguma tosse e expectoração, por vezes hemoptóica, com três a quatro hemoptises francas durante o mesmo período.

OBSERVAÇÃO XI. — A. de O. C., de 40 anos de idade, doméstica (Agosto de 1938). Sarampo, difteria e varicela, em criança. Febre tifóide aos 15 anos, mas desde os 12 que sofre de corrimento nasal mucoso, por vezes em abundância, com formação periodicamente irregular de crostas intra-nasais, que chegam, em determinadas circunstâncias, a obstruir por completo as narinas. Há aproximadamente dez anos, devido à sua profissão nessa data (vendedeira ambulante), expunha-se à chuva com frequência e desde então refere alguns períodos com bronquite, à qual nunca fêz tratamento, nem por sua causa deixou de trabalhar. Últimamente, como voltasse de novo a tosse, com alguma expectoração, que há aproximadamente um mês se tornou mais espessa e esverdeada, veio à consulta do Serviço de Doenças Pulmonares.

À inspecção, indivíduo em óptimo estado geral, de pêso superior ao correspondente para a sua altura. Apirética. Tosse, principalmente matutina, para expulsão de alguma, pouca, expectoração espessa, purulenta, de côr amarela ou esverdeada. Nega sífilis; nada de notável nos antecedentes hereditários e colaterais. Tórax bem conformado, equimóvel, sem alterações à percussão. À auscultação, raros fervores, pouco úmidos e inconstantes, na base posterior direita. Análise da expectoração: negativa para o bacilo de Koch. Nada de notável na urina. Sangue: hemoglobina, 96 %; valor globular, 1; glóbulos rubros, 4 880 000; glóbulos brancos, 9 800; linfócitos, 19 %; monócitos, 5 %; neutrófilos, 74 %; eosinófilos, 2 %; basófilos, 0 %.

Uma radiografia, feita em 13-VII-938, nada mostra de anormal nos campos pulmonares. Gânglio calcificado na região hilar esquerda. Sombra aórtica ligeiramente ectasiada. Dimensões da sombra cardíaca um pouco aumentadas por hipertrofia ventricular esquerda; a ponta projecta-se ao nível da 6.ª costela. — a) BÉNARD GUEDES.

Uma broncografia feita em 23-VIII-938 mostra a presença de algumas pequenas bronchiolectasias cilíndricas da base direita.

FORMAS HEMOPTÓICAS :

OBSERVAÇÃO XII. — J. J. A., de 35 anos de idade, caldeireiro (Julho de 1936). Sarampo e varíola em criança. Alguns meses depois desta última doença andou em tratamento no Dispensário de Alcântara, por lesões pulmonares (?) Pneumonia (?). Há vinte anos que tem hemoptises, por vezes abundantes, irregulares na aparição e duração; raramente tosse e quasi nunca expectoração. Nega antecedentes hereditários com afecções bronco-pulmonares. Nega sífilis.

À inspecção, indivíduo bem constituído, com pêso superior ao correspondente à sua idade e estatura. Aparência saudável. A análise dos vários aparelhos nada revela de anormal. À observação do tórax, ligeira retracção do hemitórax direito. Submacicez do mesmo lado, na metade superior, com ligeiro aumento de vibração ao mesmo nível; à auscultação da mesma zona, fervores de bolhas médias e grossas, abundantes, e com ligeira consonância. Temperaturas: não excedendo 37°,1 a 37°,2. Expectorção: várias vezes negativa, mesmo com homogenização. Sangue: hemoglobina, 75 %; valor globular, 0,95; glóbulos rubros, 3.920.000; glóbulos brancos, 8.200; linfócitos, 27 %; monócitos, 4 %; neutrófilos, 64 %; eosinófilos, 5 %; basófilos, 0 %. Velocidade de sedimentação: na primeira hora, 15. Nada de notável na urina.

Uma radiografia simples, feita em 4-VI-934, mostra a presença de lesões fibro-cirróticas, que opacificam todo o lobo superior direito, com acentuadíssimo desvio da traqueia, do pedículo cardio vascular e do coração para esse lado; refôrço do desenho pulmonar à esquerda. — a) BENARD GUEDES.

Frenicectomia direita em 12-VI-934, com elevação acentuada do diafragma. Desde então tem continuado com alguma tosse, inconstante, e com períodos curtos de expectoração, em regra não abundante e raras vezes hemoptóica; não voltou a fazer hemoptises francas. Em Agosto de 1936 faz bron-

cografia (fig. 18), que revela, em posição frontal, o nítido repuxamento da traqueia e sua bifurcação para a direita; cotovelamento pronunciado, quasi em ângulo recto, dos ramos terminais do brônquio, que se dirige para o lobo médio do mesmo lado, que se encontra dilatado, e numerosas bronquiectasias mixtas, moniliforme e ampulares do lobo inferior; à esquerda, que pouco lipiodol recebeu, parece desenhar-se nos brônquios de segunda ordem do lobo inferior uma ligeira dilatação.

Foi, em seguida, para o sanatório da Guarda, onde esteve cinco meses e depois para o da Ajuda, donde saiu em Novembro de 1937. Sente-se regularmente, embora com alguma cansaça e dispneia de esforço, mas não refere tosse nem expectoração; não voltou a ter hemoptises.

OBSERVAÇÃO XIII. — A. A. A., de 37 anos de idade, médico (Novembro de 1937). Sarampo aos 5 anos, sem complicações. Aos 16 anos, em pleno bem-estar e sem pródromos, a primeira hemoptise, aproximadamente dum decilitro, que depois se repetiu nos dias seguintes, embora em menor quantidade. Aos 17 anos, novo período de hemoptises com características idênticas às do primeiro; terceiro período aos 20 anos e, finalmente, aos 28 anos o mais dramático de todos, pela abundância e frequência (hemoptises diárias durante setenta dias) e rebelde aos mais variados hemostáticos. Desde as primeiras hemoptises que se instalou um catarro brônquico moderado, e quasi desde o início, purulento, oscilando a sua quantidade média diária em torno de 20 cc. Não refere sífilis; é grande fumador.

Mãe falecida com tuberculose pulmonar; pai vivo, saudável. Dois tios paternos falecidos com tuberculose pulmonar; uma tia materna com hemoptises. Um irmão com tuberculose pulmonar. À inspecção, muito bom estado geral; pêso superior ao normal para a sua estatura e idade. Apirético. O exame do tórax nada revela de anormal, nem sob o ponto de vista respiratório, nem cardio-vascular. Tem feito numerosíssimas análises de expectoração, sempre negativas para o bacilo de Koch. Várias radiografias simples, sem alterações apreciáveis.

Uma broncografia feita em 16-XII-937 (fig. 19) mostra, à esquerda, na zona bronco-pulmonar contígua ao apex cardíaco, três a quatro dilatações brônquicas de tipo mixto cilindro-moniliforme, que a radiografia transversa ainda mais evidencia (fig. 20).

OBSERVAÇÃO XIV. — M. F., de 45 anos de idade, guarda da Polícia de Segurança Pública (Novembro de 1936). Pneumonia em 1932 e a seguir tosse convulsa; desde então, tosse freqüente, com expectoração, que varia irregularmente na quantidade, mas com muitíssima frequência hemoptica, e muitas vezes hemoptises francas. Procurou a consulta do Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai), em Novembro de 1933, onde uma radiografia simples nada revelou de notável no aparelho respiratório e foi negativa a análise da expectoração. Últimamente a quantidade de expectoração tem aumentado, tendo atingido, nalguns dias, quasi um decilitro. Tem empregado vários medicamentos para combater a tosse, a expectoração e as hemoptises, mas sem resultado; estes sintomas têm apresentado sempre períodos alternados de me-

horas e piores, aquelas parecendo por vezes coincidir com determinada terapêutica, que a breve trecho se mostra ineficaz. Nunca notou fetidez do hálito ou da expectoração, mas esta deixa na bôca um gôsto muito desagradável. Tem feito várias análises de expectoração, algumas com homogenização e sempre negativas.

A inspecção mostra um indivíduo robusto, atlético, de pêso superior ao normal. Tórax bem constituído, equimóvel e equiresistente; à auscultação roncões e sibilos disseminados por tôda a área pulmonar. Apirético. Broncografia em 3-XII-936, que revelou a presença nos dois lobos inferiores de bronquiectasias cilíndricas (fig. 21) que as radiografias transversas mostram ter atingido tanto as zonas anteriores como posteriores. Apresenta-se à consulta em Fevereiro de 1938 referindo que, após a introdução do lipiodol, a tosse diminuiu de frequência e do mesmo modo acontecendo às hemoptises e sua abundância, mas sem alteração na qualidade e quantidade da expectoração.

BRONQUIECTASIAS NA TUBERCULOSE PULMONAR:

OBSERVAÇÃO XV. — J. F. M., de 44 anos de idade, trabalhador rural (Março de 1937). Bronquite crônica desde os 20 anos; gripe pneumônica em 1918 (durante mês e meio). Há três anos, agravamento da tosse e da expectoração, e como estes sintomas não melhorassem com os medicamentos usuais, aconselharam-lhe um tratamento anti-sifilítico (cianeto de mercúrio e 914); a terceira injeção dêste último preparado provocou-lhe uma síncope e dois dias depois teve uma hemoptise abundante. Foi então reconhecido como portador de lesões tuberculosas pulmonares. Não refere nos antecedentes hereditários alterações a cargo do aparelho respiratório.

Aspecto geral regular, embora emmagrecido e pálido. Unhas dos dedos das mãos em vidro de relógio. Ligeira dispneia de esforço. Alguma tosse e expectoração muco-purulenta em quantidade média diária de 100 cc. O exame do tórax revela hipofônese à direita, em tôda a altura do hemitórax, com diminuição do murmúrio vesicular na metade superior do mesmo lado (face anterior e posterior) e numerosos ferveres de bolhas pequenas e médias não consonantes em tôda a área pulmonar direita e alguns raros na região infra-clavicular esquerda. Temperatura até 38°,5; expectoração positiva para o bacilo de Koch. Nada de notável nas urinas. Sangue: hemoglobina, 69%; valor globular, 1; glóbulos rubros, 3.440.000; glóbulos brancos, 15.600; linfócitos, 22%; monócitos, 7%; neutrófilos, 68%; eosinófilos, 3%; basófilos, 0%. Velocidade de sedimentação: primeira hora, 50; segunda hora, 71.

Uma radiografia simples, feita em 17-XII-936, revela a presença de lesões extensas, de tipo predominantemente exsudativo, nos dois têrços superiores do pulmão direito, com duas cavidades de data recente a meio dêste órgão, e lesões discretas produtivas na região intra-clavicular esquerda. — a) GENTIL BRANCO.

Em meados de Janeiro de 1937 inicia-se o pneumotorax à direita, mas desiste-se desta terapêutica passadas três semanas, pela pouca quantidade de ar que é permitido insuflar na cavidade pleural. Frenicectomia direita a 18-II.

Os Laboratórios "DAUSSE"
DE PARIS

OFERECEM AO CORPO CLÍNICO
UM PRODUTO DE CLASSE

SPASMODAUSSE

Antiespasmódico de origem exclusivamente vegetal e inofensivo, sem os inconvenientes freqüentemente assinalados nos produtos químicos da série barbitúrica

Associação de:

«INTRAIT» DE VALERIANA DAUSSE
ESPINHEIRO ESTABILIZADO
GELSÉMIO TITULADO «DAUSSE»
BELADONA TITULADA «DAUSSE»

●
AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO
●

Representantes para Portugal, Ilhas e Colónias:
F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}
Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313
LISBOA

UM PRODUTO DA
MODERNA TERAPÊUTICA

HORMODAUSSE

MEDICAÇÃO DINAMOGÉNICA POLIHORMONAL

PREPARAÇÃO DOS



Laboratórios DAUSSE
DE PARIS



FÓRMULA TOTAL:

Sêro de sangue de touro = Serodausse Antitoxisenil

» » » » bezerra = » Ovarien

» » » » vitelos = » Infantil

+ Extracto de fígado (correspondendo a 50 gramas de glândula fresca)

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO

Representantes para Portugal, Ilhas e Colónias:

F. A. CANOBBIO & C.^A, L.^{DA}

Rua Damasceno Monteiro, 142 - Caixa Postal 313

L I S B O A

Faz broncografia em 9-III (fig. 22), que revela a presença de dilatações brônquicas na base direita, de tipo mixto cilindro-moniliforme. Na base esquerda suspeita de bronquiectasias cilíndricas de alguns brônquios. Teve alta passados alguns dias, sensivelmente no mesmo estado.

OBSERVAÇÃO XVI. — E. M. A., de 20 anos de idade, desempregado (Janeiro de 1937). Sarampo em criança; bronquite crônica pouco acentuada desde a infância. Há cêrca de um ano, astenia, cansaça, tosse freqüente com expectoração, que há seis meses se tornou hemoptóica pela primeira vez, sintoma que se repetiu depois várias vezes, e que o levou à consulta do Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai), em Outubro de 1936. Aí foi verificada a existência de lesões específicas pulmonares bilaterais, com cavidades em ambos os lados, atingindo uma delas, na base direita, o volume duma laranja média. À auscultação, fervores em quási tôda a altura do hemitórax direito, mais abundantes na face anterior. Abundantes bacilos na expectoração. Em Janeiro de 1937 é admitido na enfermaria P. A. O exame clínico e radiológico mantém sensivelmente o mesmo aspecto. Continua positiva a expectoração e a temperatura não excede, em regra, 37^o,5. Quantidade diária de expectoração em tôrno de 40 gr. Nada de notável no exame das urinas. Sangue: hemoglobina, 80 %; valor globular, 0,83; glóbulos rubros, 4.780.000; glóbulos brancos, 10.800; linfócitos, 13 %; monócitos, 5 %; neutrófilos, 81,5 %; eosinófilos, 0,5 %; basófilos, 0 %.

Tenta-se, por várias vezes, pneumotorax à direita, sem resultado. Faz alocrisina e até meados de Abril atinge a dose total de 2,10 gramas. Nesta mesma data faz broncografia (fig 23), que revela a presença de bronquiectasias de tipo moniliforme, mas de grau pouco avançado e localizadas predominantemente na zona posterior da base direita.

OBSERVAÇÃO XVII. — A. P. C., de 13 anos de idade (Novembro de 1936). Tosse convulsa aos 2 anos, durante seis meses, depois da qual se tornaram freqüentes as bronquites, principalmente durante a primavera e o verão, quási sempre acompanhadas de febre e farfalheira no peito. Sarampo aos 7 anos. Aos 10 anos adoeceu súbitamente com pontada no hemitórax esquerdo, temperatura alta, vômitos, tosse e expectoração. Esteve internado três meses no Hospital de S. José, donde saíu quási curado, pois não lhe tinham desaparecido por completo a tosse e a expectoração. Vai então à consulta do Dispensário Dr. Lopo de Carvalho (Pai), onde fica inscrito.

A inspecção revela desenvolvimento físico insuficiente para a sua idade, com pêso inferior ao normal. *Facies* mongólica. Subfebril. A auscultação do tórax, fervores úmidos, pouco abundantes, no hemitórax esquerdo, principalmente na base. A análise da expectoração dá, umas vezes, resultados positivos, outras vezes negativos. A análise do sangue revela: glóbulos brancos, 10.000; linfócitos, 24 %; monócitos, 5 %; neutrófilos, 58 %; eosinófilos, 3 %; basófilos, 0 %. Velocidade de sedimentação: 25. Uma radiografia simples, feita em 20-VI-34, mostra sombras de infiltração de tipo fibro-endurativo ao nível do lobo superior do campo pulmonar esquerdo. Ligeiro desvio da sombra da traqueia e grossos vasos para êste lado. — a) M. VEIGA.

Tenta-se, a seguir, pneumotorax à esquerda, sem resultado. É internado em P. A em Outubro de 1935, referindo nessa data pouca tosse sêca, ligeira astenia e cansaíra de esforço. Temperaturas até 37°,5. À auscultação continuam a ouvir-se fervores abundantes de bolhas médias, quási consonantes, na base esquerda da face posterior. Expectoração positiva. Nada de notável na urina. Uma radiografia simples mostra as mesmas lesões já mencionadas. Faz frenicectomia à esquerda em 6-VI-936 e que não melhora de maneira sensível o seu estado. Faz broncografia em 28-XI-936, que revela algumas bronquiectasias pouco extensas do lobo inferior esquerdo na sua metade posterior.

Em Março de 1937 continua com a mesma sintomatologia, acrescida últimamente com algumas pequenas hemoptises.

OBSERVAÇÃO XVIII. — A. de J. B., de 35 anos de idade, empregado de escritório (Julho de 1937). Sarampo em criança; febre tifoide na adolescência. Crises hemoptóicas desde os 22 anos, a princípio pouco abundantes e raras, mas que se têm tornado mais frequentes nos últimos tempos; desde há quatro anos *poussées* de bronquite, com tosse e expectoração, que últimamente têm aumentado de quantidade, até atingirem à data da entrada (Fevereiro de 1936), 3 a 4 decilitros por dia. À inspecção, indivíduo com regular estado geral, subfebril; unhas dos dedos das mãos em vidro de relógio. Tossé frequente, com expectoração purulenta muito abundante e positiva para o bacilo de Koch. À observação do tórax revela ligeira retracção do hemitórax esquerdo, com hipomobilidade do mesmo lado, submacicez em tóda a altura, com numerosos fervores úmidos da base ao vértice, cavernosos e consonantes na região infra-clavicular com pectoriloquia e pectoriloquia áfona a êsse nível. Uma radiografia simples, feita em 17-11 936, revela extensas sombras de infiltração pulmonar de tipo indurativo-fibroso, mais acentuadamente à esquerda, pelo que se nota desvio da sombra da traqueia, grossos vasos e coração para êste lado. Desenha-se uma cavidade por baixo da sombra da clavícula esquerda. Nota-se a presença de um lóbulosupranumerário da veia Azigos à direita. — a) GENTIL BRANCO.

É operado de frenicectomia à esquerda a 18-V-936. Melhoras acentuadas do estado geral, com aumento de 10 quilos, embora com tosse frequente e expectoração abundante, até Dezembro do mesmo ano, quando reentra na enfermaria. Faz, durante uma quinzena, posição de declive, para influenciar benéficamente a quantidade diária da expectoração, não se conseguindo diminuir a abaixo de 200 cc. diários. A 8-IV-937 é-lhe feito o primeiro tempo duma toracoplastia à esquerda (ressecção da 8.ª, 7.ª, 6.ª e 5.ª costelas) e em 29 do mesmo mês, ressecção da 1.ª, 2.ª, 3.ª e 4.ª costelas, do mesmo lado. Em Junho, uma radiografia mostra colapso quási total de todo o pulmão esquerdo, mas a expectoração mantém-se positiva e continua ainda em tórno de 120 cc. diários. Faz-se broncografia a 7 de Julho, que revela a presença de bronquiectasias de tipo mixto, moniliformes e cilíndricas, atingindo especialmente o lobo inferior esquerdo, que se encontra bastante comprimido. É, em seguida, transferido para a Guarda, donde volta em Dezembro de 1937, com redução da expectoração até aos 80 cc. diários, e cuja análise continua a mostrar raros bacilos de Koch. Mantém-se assim até fins de Abril de 1938.

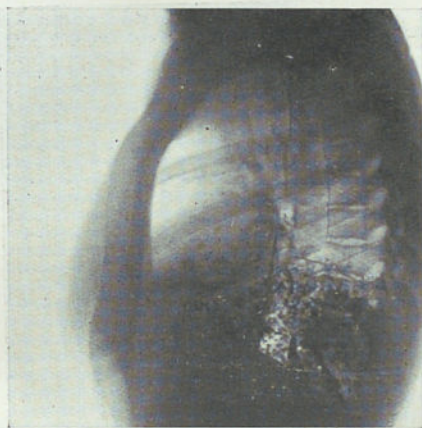


Fig. 17
 Caso IX. — Broncografia transversa do mesmo caso, que mostra bronquiectasias quâsi exclusivamente acantonados na metade posterior

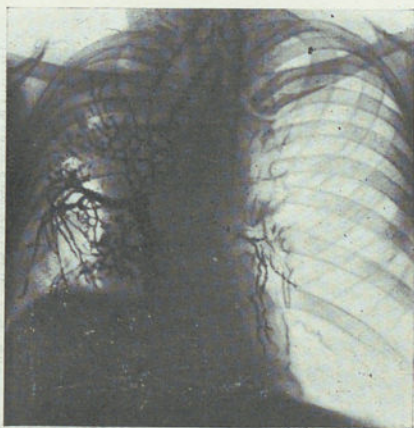


Fig. 18
 Caso XII. — Dilatação e repuxamento da traqueia para a direita com numerosas bronquiectasias moniliformes e ampulares de todo o pulmão direito

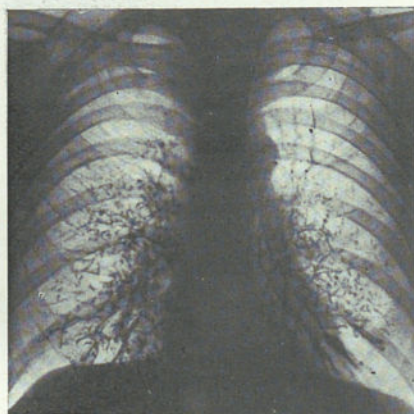


Fig. 19
 Caso XIII. — Bronquiectasias limitadas à zona juxta-apexiana, de tipo mixto

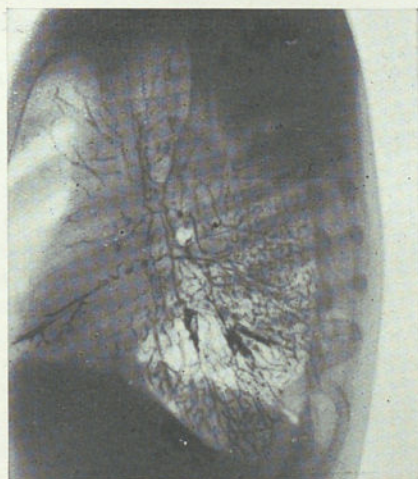


Fig. 20
 Caso XIII. — A radiografia transversa do mesmo caso mostra a sua localização posterior

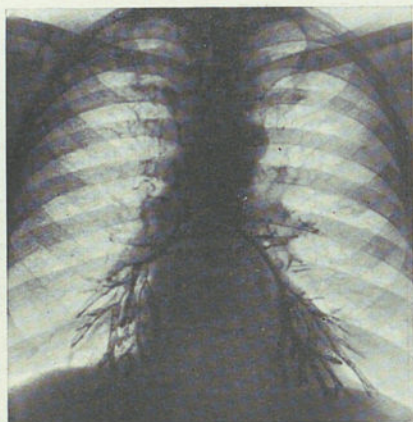


Fig. 21
Caso XIV. — Bronquiectasias cilíndricas puras, das bases pulmonares

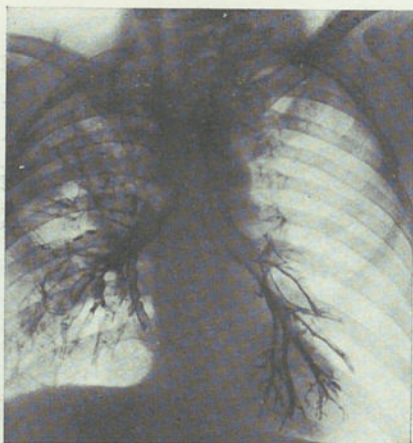


Fig. 22
Caso XV. — Bronquiectasias de tipo misto da base direita, com suspeita de dilatação cilíndrica à esquerda



Fig. 23
Caso XVI. — Bronquiectasias de tipo predominantemente moniliforme, da zona posterior da base direita

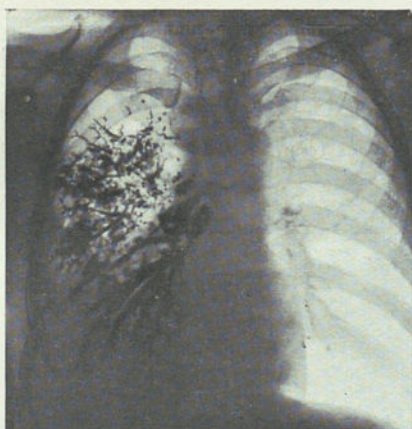


Fig. 21
Caso XX. — Bronquiectasias cilíndricas na zona juxta-cardíaca da base direita

OBSERVAÇÃO XIX. — J. de A., de 25 anos de idade, empregado comercial (Junho de 1937). Bronquite crônica desde data que não sabe precisar. Início da doença actual há sete anos, com hemoptises, tosse e emmagrecimento. Esteve internado no Sanatório da Ajuda de 1931 a 1932, transitando a seguir para o Sanatório da Guarda, onde piorou: emmagrecimento e tosse, com bastante expectoração. Foi residir para a Parede, e até 1935 manteve-se regularmente, mas sempre com alguma tosse e a expectoração, irregularmente variáveis na frequência e quantidade, conforme as estações. Em 1935 voltou a ter novas hemoptises, pouco abundantes, após o que a doença se manteve com características de não progressividade, até há dois meses, que se repetiram as hemoptises, do mesmo modo pouco abundantes. Veio à consulta do Serviço de Doenças Pulmonares, ficando internado em P. A. em Junho de 1937. À inspecção, aspecto regular, mas emmagrecido e anemiado. Cansaço, bastante tosse e expectoração. À observação do tórax, submacicez, com aumento das vibrações vocais em todo o hemitórax direito; fervores de bolhas médias, não consonantes, em toda a altura do mesmo hemitórax, quer na face anterior, quer posterior. Inspiração rude na fossa infra-clavicular e infra-espinhosa esquerda. Temperaturas até 37°,8. Expectorção positiva para o bacilo de Koch. Urina sem nada de notável. Sangue: hemoglobina, 70 %; valor globular, 0,65; glóbulos rubros, 5.340.000; glóbulos brancos, 19.200; linfócitos, 20 %; monócitos, 5 %; neutrófilos, 68 %; eosinófilos, 6 %; basófilos, 1 %. A radiografia simples, feita em 3-VI-937, mostra: sombras densas de formações fibrosas obscurecem o terço superior do campo pulmonar direito, e do estado de esclerose pulmonar resultou retracção ligeira da porção superior do hemitórax e desvio das sombras da traqueia, do brônquio direito e dos grossos vasos para a direita. Nota-se ao mesmo nível do campo pulmonar uma sombra estreita muito densa, arredondada irregularmente, de convexidade para fora, prolongada para baixo por uma faixa de opacidade acentuada, com contorno externo nítido e ligeiramente encurvado; a faixa inferior corresponde a um processo de mediastinite posterior, localização que pode verificar-se em outras duas radiografias oblíquas em A. D. e A. E.; a sombra estreita convexa superior deve corresponder à metade posterior da pleura mediastínica, comprimida para fora por provável pneumotorax localizado, antigo e já reabsorvido (3-VI-937). — a) BÉNARD GUEDES.

Faz tratamento pelo pneumotorax, à direita, que, passadas algumas insuflações, se verifica ser de pequeno volume, contra-electivo, e que provoca um ligeiro derrame pleural. Continua, invariavelmente, com a mesma sintomatologia, em particular com a abundância da expectoração; a 27-VII-937 faz broncografia, que mostra a existência de numerosas bronquiectasias de tipo moniliforme, de quasi toda a árvore brônquica, do lado direito.

ACTINOMICOSE:

OBSERVAÇÃO XX. — E. T. da S., de 40 anos de idade, colchoeiro (Abril de 1937). Sarampo em criança; há catorze anos, pneumonia à direita. Em Novembro de 1936 começou com tosse e expectoração mucosa pouco abundante,

que progressivamente aumentou e se tornou muco-purulenta; três meses depois notou o aparecimento duma ligeira tumefacção na base latero-posterior do hemitórax direito, que de-prensa se tornou dolorosa, com rêde venosa superficial e mais quente que os tecidos circunvizinhos. É internado em Santa Marta, em Abril de 1937, em medíocre estado geral, subfebril, com alguma tosse e expectoração sempre negativa em sucessivas análises para o bacilo de Koch; tem emmagrecido, mas conserva o apetite, e refere dores por vezes intensas na base do hemitórax direito. Á inspecção do tórax, tumefacção arredondada de tóda a base do hemitórax direito, atingindo, em altura, a 5.^a costela, ao nível da linha axilar média; na sua zona central notam-se três pequenas manchas cianóticas de, aproximadamente, um centímetro de diâmetro, distantes umas das outras de um a dois centímetros, e com flutuação à palpação. Hipomobilidade muito acentuada do hemitórax direito, com maciez mais evidente em tóda a sua metade inferior. Á auscultação, ausência do murmúrio no têrço inferior do mesmo hemitórax, com sôpro brônquico a êsse nível. Uma radiografia simples, feita em Maio, mostra opacidade difusa da base, principalmente na zona externa, que faz lembrar uma paqui-pleurite dessa zona. Passado um mês as zonas de flutuação fistulizaram espontâneamente e é num fragmento de tecido colhido a seu nível que o exame histológico revela a presença de nódulos de actinomicose. (Prof. WOHLWILL).

Uma broncografia (fig. 24) mostra várias bronquiectasias cilíndricas do lobo inferior direito; vê-se nitidamente a obstrução brônquica a meio do lobo, que não permitiu a entrada da substância de contraste em tóda a zona opacificada. Na porção juxta-cardíaca alguns brônquicos não dilatados aparecem deslocados da sua primitiva direcção, por empurramento provocado pela massa inflamatória.

É demasiado insignificante a estatística de que dispomos, para dela se tirarem quaisquer conclusões gerais, sobretudo daquelas que mais interêsse merecem, que quer dizer, sob o ponto de vista etio-patogénico ou terapêutico. Mas importa, a-pesar disso, acrescentar algumas palavras, como complemento às histórias clínicas que apresentamos, para elucidação daquilo que pensamos a respeito do problema das bronquiectasias.

Já dissemos as razões que nos levaram a adoptar o critério que escolhemos para a classificação das bronquiectasias; os nossos casos o mostram. Dum lado as formas francas de diagnóstico fácil só pelo interrogatório, e doutro as formas hemoptóicas, também de pouca dificuldade interpretativa, mesmo sem broncografia, uma vez colhidos todos os elementos imprescindíveis para um exame clínico e laboratorial completo. Entre umas e outras as formas frustes, de caracteres pouco precisos ou pouco constantes, que nalguns casos se contentam com o auxílio médico

puramente consultivo, a não ser que uma hemoptise mais ou menos abundante ou repetida alarme o portador. O exemplo típico desta forma é-nos fornecido pelas nossas observações VIII e XI; todavia, nem sempre a individualização dos diversos grupos se pode fazer dum modo tão cómodo; ou por mistura dos sintomas ou por alternância evolutiva dos mesmos, não é por vezes fácil caracterizar impecavelmente um determinado caso clínico; assim a nossa observação VII, incluída nas formas francas, e a nossa observação X, incluída nas formas frustes, que, pelo seu carácter vincadamente hemorragiparo, estabelecem uma íntima relação com as formas hemoptóicas.

A-pesar-de algumas histórias clínicas fazerem por si só o diagnóstico, evidentemente que tal circunstância não exclue a radiografia simples do tórax; esta, como já o acentuámos, nem sempre esclarece a questão, e por vezes mesmo, a sua negatividade está em tão manifesto desacôrdo com a sintomatologia clínica que se impõe irrecusavelmente o emprêgo do lipiodol intra-brônquico. Nos nossos casos, e com excepção dum que não fêz uma radiografia simples do tórax, uma grande parte não permitiu que se fizesse o diagnóstico sem o contraste com o lipiodol; quando muito, suspeita, mesmo assim em número reduzido. Mas a broncografia, mesmo nos casos com radiografia simples positiva, tem a vantagem duma localização mais exacta e mais perfeita, de modo a permitir uma análise de detalhe, sem dúvida mais rigorosa do que qualquer outro método; e tal facto não representa apenas um elemento necessário para a classificação, tem especialmente importância para o problema terapêutico-cirúrgico. ALEU SALDANHA tem, ultimamente, estudado o diagnóstico das bronquiectasias por meio da tomografia, e, em seu entender, é possível que tal método, após êste período inicial, quando mais familiarizado com as novas imagens obtidas pelo tomógrafo, possa permitir um diagnóstico tão correcto como o obtido com o lipiodol. Os *clichés* que teve a gentileza de me mostrar são, na verdade, animadores, mas consideramo-los, por enquanto, inferiores à verdadeira moldagem brônquica, que se obtém com a lipiodografia. De resto a tomografia, a-pesar-de constituir um autêntico progresso técnico no diagnóstico das lesões pleuro-pulmonares, também pode provocar interpretações erróneas, como há pouco foi apontado por BÖTTNER, num caso diagnosti-

cado em vida como portador de um sistema de cavidades do lobo superior direito e que a autópsia, realizada poucos dias depois, não confirmou; a esse nível foi apenas encontrada uma pequena caverna.

Pelo que respeita à sede, não confirmou a nossa estatística a predominância basal esquerda, como é costume ver-se escrito; a maioria corresponde à unilateralidade direita, em porção ligeiramente superior aos casos de bilateralidade, que por sua vez são em maior número dos que apresentam uma localização unilateral esquerda. Morfológicamente, predominam as formas moniliformes e ampulares e quasi sempre associadas entre si ou com as formas cilíndricas; as formas puras são raras; exemplos: a forma ampular poli-quística da nossa primeira observação e a forma cilíndrica da observação XIV. Imagens mais estranhas e que podem dar origem a diversas interpretações são as que se observam nos casos VII e X (figs. 13 e 14), mas que só devem considerar-se como cavidades bronquiectásicas. No caso VII trata-se dum indivíduo com bronquiectasias típicas noutra zona do pulmão, mas mesmo que tal circunstância (que julgamos favorável ao aparecimento das bronquiectasias inferiores) não existisse, tôda a história clínica dos casos mencionados lhe é partidária. ¿ Cavidade parenquimatosa, por exemplo, de origem tuberculosa, que nem mesmo nos períodos agudos febris deu bacilos na expectoração, em exames repetidos? ¿ Cavidade residual dum antigo abscesso pulmonar, que, uma vez curado, não tivesse ainda cicatrizado? Julgamos mais plausível a primeira hipótese, mas, a-propósito da história clínica do caso VII, queremos ainda focar um outro pormenor particularmente estudado por SERGENT. Para êste autor as relações entre as bronquiectasias e os abscessos pulmonares podem considerar-se sob três aspectos: serem aquelas em determinado período evolutivo complicadas por um abscesso — bronquiectasias abcedadas; abscessos que originam secundariamente as dilatações brônquicas — abscessos bronquiectasiantes e, finalmente, os abscessos bronquiectásicos, processos inflamatórios complexos, mixto de abscessos parenquimatosos, que rapidamente dão origem a bronquiectasias de modo a transformarem todo um lobo numa verdadeira esponja purulenta. Dentro dêste critério, ¿ como deve classificar-se o episódio agudo mencionado na história dêste caso, a quando da entrada na enfermaria, e que,

segundo todos os caracteres clínicos e radiológicos, se poderia diagnosticar de abscesso pulmonar da base esquerda? Ao fazer o exame daquela, fica-se com a impressão de que, pelo menos depois de 1928, as bronquiectasias do lobo inferior dêsse lado participam da sintomatologia por êle apresentada desde essa data (aumento da expectoração, fetidez de hálito e dores locais), e, a ser assim, poderia considerar-se o abscesso pulmonar, por êle apresentado quando foi internado, como secundariamente enxertado numa bronquiectasia anterior. Pelo contrário, a dilatação basal do caso X poderia considerar-se uma ectasia brônquica secundária a um processo inflamatório passado, e que a anamnese mal permite suspeitar, visto os elementos fornecidos pelo doente não permitirem melhor esclarecimento.

De entre os problemas mais árduos e debatidos que as bronquiectasias desde sempre têm suscitado, e que ultimamente parecem terem renovado de interêsse pelas publicações que se lhe hão dedicado, está o de saber o mecanismo etio-patogénico das dilatações brônquicas. Não nos compete a nós tomar partido por qualquer das duas grandes facções que defendem, para a grande maioria das bronquiectasias, respectivamente, a teoria da congenitalidade ou a teoria da sua formação post-natal por inflamação ocasional da árvore bronco-pulmonar. Julgamos, por simples raciocínio, que é absolutamente possível qualquer das duas teorias, e dentro de cada uma delas por mecanismos variados, como, em resumo, dissemos, ao expor o critério dos diversos autores. Para os nossos casos ¿ que podemos nós, de concreto, afirmar? Não é fácil, pela simples análise da história clínica, tirar a maioria das vezes elementos seguros. Ou porque os doentes são, por vezes, bastante incompletos e confusos na descrição dos seus males passados, ou porque nem sempre se pode estabelecer, com rigor, um laço unitivo entre o que se deva julgar causa e efeito. Assim, a circunstância referida por alguns dos nossos doentes, de terem principiado o seu catarro brônquico após um processo agudo da árvore respiratória, não prova em absoluto que êste foi o causador daquele. Como o afirmou ainda há pouco tempo NEUMANN, é sabido o carácter latente que têm algumas bronquiectasias, e como por vezes nesses casos, um foco inflamatório pneumónico que tenha partido delas, se pode desenvolver na zona peri-brônquica ectasiada e chamar para

si as primeiras atenções. Tal mecanismo embora teòricamente justo, é de muito difícil destrinça na prática. ¿ Como saber, clinicamente, qual foi o *primum movens*? Todavia há casos que mais claramente podem provar o carácter de evolução latente de algumas brônquiectasias, desconhecidas portanto dos portadores, até que um episódio agudo as denuncie. Referimo-nos aos casos de hemoptises bruscas, por vezes abundantes e repetidas, ocorridas em plena saúde, sem nada que as justifique nem no passado próximo nem remoto; e particularmente aos nossos casos VII e XIII, que em determinada altura fizeram súbitamente uma hemoptise relativamente abundante e repetida, que se deve ter originado nos seus brônquios dilatados. Nestes casos, ¿ a que pode dever-se as bronquiectasias? ¿ Não é lógico supor um mecanismo congénito que as originasse, embora se admita puramente potencial à data da nascença, como o quer especialmente BARD, e que lentamente se fôsse desenvolvendo até darem o primeiro rebate com as hemorragias? Dentro do grupo das congénitas, também se poderiam incluir, sem grande esforço, o caso II, que tosse desde os 8 meses, com um episódio bronco-pneumónico aos 13 meses, possível complicação das suas ectasias brônquicas já constituídas, e o I. Êste último, sobretudo, julgamo-lo de origem congénita, não só pelos elementos que nos fornece a sua história clínica, mas particularmente pelo que nos revela a sua radiografia simples (figs. 2 e 3). Como é fácil observar, sobretudo ao nível da sua metade superior direita, nota-se aí a existência duma série de anéis regularmente circulares, de 1 cm., em média, de diâmetro, de paredes finas, como delineadas à pena, e sem solução de continuidade, que se entrecruzam entre si, quer com possível comunicação de umas para as outras, quer apenas por sobreposição de imagens projectadas num único plano; não se notam alterações parenquimatosas do tecido pulmonar intermédio, excepto junto do hilo, onde há uma certa opacidade por condensação a êsse nível; o conjunto dêsses anéis dá o conhecido aspecto do pulmão em esponja, ou em favo de vespas, ou melhor ainda do pulmão quístico congénito (STAEHELIN, DANIEL e JERZOVICS, PRUVOST, ELOESSER, MUMME, SIEMS, etc).

A prova da sua congenitalidade, — à falta de elementos fornecidos pela anatomia patológica, eliminada a hipótese de serem consideradas como cavernas tuberculosas num indivíduo que tem

feito inúmeras análises de expectoração em épocas muito diferentes e sempre negativas, e ainda não as considerando como bolhas de enfisema, cujo contôrno nunca apresentaria a regularidade, a perfeição e a sede dêste caso, — reside portanto nos caracteres positivos e negativos que acabamos de mencionar; por outro lado, a fácil comunicação das cavidades com a árvore brônquica, demonstrada pelo lipiodol, que os penetrou natural e rapidamente, como se observou em radioscopia, durante a prova, esclarece e define a sua origem.

Esta afecção é rara; ainda em 1933 ANSPACH contava apenas, na literatura americana e europeia, com cento e cinquenta casos de quistos pulmonares congénitos. Em geral múltiplos, podem revestir tipos e extensões variáveis, mais ou menos compatíveis com a vida, podendo o seu volume, especialmente quando se trata de uma única cavidade, ocupar quasi todo um hemitórax; nesta última hipótese, são quasi sempre fechados, sem comunicação com a árvore brônquica. Os sintomas a que podem dar origem podem ser precoces, desde os primeiros dias após o nascimento, ou tardios, já na idade adulta, conforme as influências mecânicas ou infecciosas que os complicam, e não por condições da sua embriogénese (ANSPACH, WOLMAN). Pelas primeiras devem compreender-se, principalmente, aquelas, devidas à comunicação entre as cavidades e o brônquio correspondente, quando constitue um mecanismo valvular de modo a não permitir com igual facilidade a entrada e a saída do ar; quando esta se torna mais difícil do que aquela, a cavidade pode aumentar mais ou menos rapidamente, com o aparecimento de dispneia, cianose e em muitos casos morte secundária, a não ser que aquêle mecanismo cesse espontâneamente ou seja influenciado por intervenção cirúrgica. Tais casos são próprios da infância. No adulto a sua denúncia clínica faz-se especialmente por meio da infecção, que então apresenta o quadro banal das bronquiectasias francas (ELOESSER) que é o quadro apresentado pelo nosso doente.

Numerosas têm sido as teorias que procuram explicar o mecanismo etiológico do pulmão quístico, mas a maioria assenta e admite uma malformação congénita, por imperfeito desenvolvimento da árvore brônquica. Para GRAWITZ as bronquiectasias que dêsse facto resultam, dividem-se em duas categorias, que,

sob o ponto de vista morfológico, representam as formas fundamentais dos quistos pulmonares, como vulgarmente se encontram na literatura (MÜLLER). A primeira é a «bronquiectasia universalis», na qual está dilatado não só o brônquio principal como também todos os seus ramos secundários, de modo a constituírem no conjunto um quisto central, no qual confluem de vários lados quistos acessórios. A segunda é a «bronquiectasia teleangiectásica», onde, contrariamente àquela, os brônquios de primeira e segunda ordem podem estar estreitados e só dilatados os da terceira ordem, que estão separados uns dos outros por septos do parênquima e tecido de granulação.

As malformações congénitas da árvore brônquica deste tipo podem juntar-se, como causadoras também de bronquiectasias, aquelas anomalias constituídas pela agenésia alveolar, quere dizer, por falta de esbôço embriogenético dos alvéolos pulmonares, ou mesmo, quando êste existe, por falta do seu consecutivo desenvolvimento — aplasia alveolar — ou desenvolvimento incompleto do mesmo — hipoplasia alveolar —; e ainda a atelectasia fetal tal como foi descrita primeiramente por HELLER. Em qualquer destes últimos aspectos, as ectasias brônquicas distinguem-se, sob o ponto de vista patogénico, das bronquiectasias congénitas de GRAWITZ, que acabamos de descrever, porque, embora assentando numa alteração intra-uterina, só adquirem o seu período de estado após o nascimento, em virtude do duplo mecanismo constituído pela aspiração torácica que se exerce directamente sobre a parede brônquica, combinada com a pressão interna exercida pelas secreções que aí se acumulam (HELLER).

Qualquer que seja o mecanismo patogénico das bronquiectasias congénitas, à extrema dificuldade da sua destrição clínica junta-se ainda a mesma indecisão, sob o ponto de vista anatómopatológico, pois, como o acentua MÜLLER, mesmo observadas por êste lado, não há separação nítida entre as bronquiectasias congénitas, pulmão quístico, pulmão em favo de abelhas, degenerescência micro-quística do pulmão, malformação vesicular congénita do pulmão, bronquiectasias fetal-atelectásicas ou aplásticas, adenoma brônquico e pulmonar, linfoangiectasia congénita pulmonar, podendo portanto incluir-se tôdas estas malformações dentro do nome comum e genérico de «doença quística congénita pulmonar».

Pelo contrário, as observações IV, V, VI, VIII, XIV e XX são suficientemente claras, para que possamos admitir como causas das dilatações brônquicas as doenças infecciosas bronco-pulmonares que atingiram os portadores antes dos primeiros sintomas das bronquiectasias. Já dissemos, na etio-patogênese, o mecanismo geral inflamatório que ataca a parede brônquica e

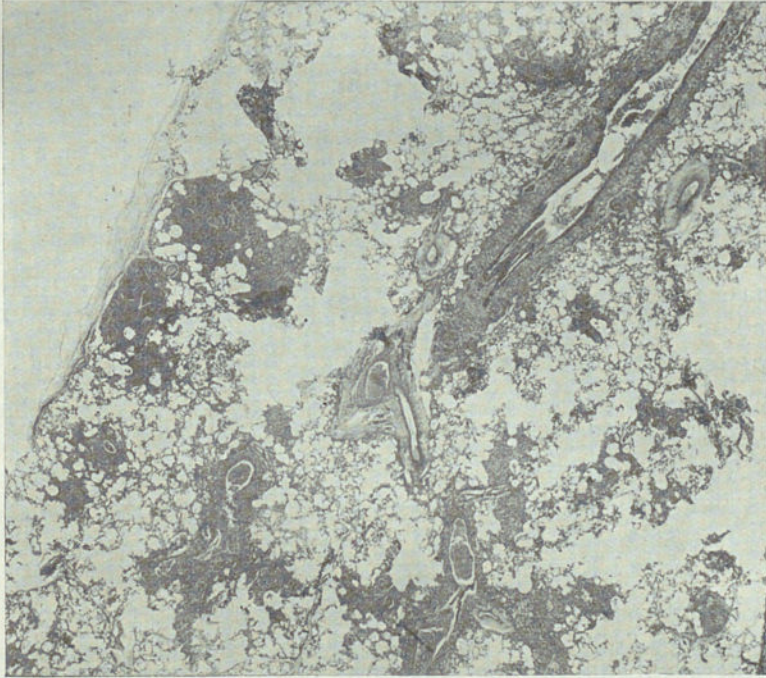


Fig. 25

Focos de bronco-pneumonia peri-brônquica saramposa

condiciona o aparecimento desta afecção; por isso não insistiremos. Aqui queremos apenas mencionar o sarampo, já apontado como uma das doenças causadoras, pela localização das suas lesões em tórno dos brônquios, mas fundamentalmente em tórno dos bronquíolos e dos brônquios de terceira ordem como se verifica na micro-fotografia que apresentamos (fig. 25); cedida gentilmente pelo Prof. WOHLWILL, nestas circunstâncias as seqüelas brônquicas post-saramposas deviam limitar-se aos brônquios de pequeno calibre, provocando a êsse nível as dilatações típicas.

Que não é assim, o prova a observação VI, a admitir que o início da doença data do sarampo aos doze anos, como se verifica pela broncografia correspondente, embora não repugne a idea de que as lesões dos brônquios de segunda ordem se devam ao largo período evolutivo que este doente apresenta.

Uma citação particular merece a observação III. Trata se, como vimos, dum indivíduo com bronquite crónica desde a infância, com antecedentes hereditários e colaterais sofrendo do mesmo mal, mas que, além disso, apresenta variadas vezes bacilos de KOCH na expectoração (cultura positiva no meio de LOEWENSTEIN). Evidentemente que é um tuberculoso e bronquiectásico. Nós incluímo-lo na primeira série da nossa casuística, e não na segunda, que trata especialmente de casos que apresentam conjuntamente as duas doenças, porque o que predomina na história deste doente, quer na evolução, quer na intensidade dos sintomas, são os sinais das suas bronquiectasias. É lógico supor, como se deduz da anamenese, sem excluir totalmente a sua origem congénita, que foram as sucessivas bronquites que originaram as bronquiectasias, e que estas se formaram antes do indivíduo se poder considerar como tuberculoso. Nestas circunstâncias, e até que ponto podem as bronquiectasias influenciar a receptividade dos portadores para a infecção tuberculosa, e, uma vez realizada esta, que influências recíprocas podem exercer uma sobre a outra? KAUSCH, STEINERT e GRAEFF, citados por DADDI, descreveram casos graves de tuberculose evolutiva em bronquiectásicos, e, por sua vez, as bronquiectasias podem agravar-se consideravelmente quando o próprio processo específico se enxerta directamente nas dilatações brônquicas (ORTH, DADDI). A observação do nosso caso estendeu-se, por um período de aproximadamente quinze meses, sem que notássemos qualquer sinal de progressividade no seu processo tuberculoso e bronquiectásico, nem por sintomas clínicos subjectivos ou objectivos, nem pelos exames radiográficos; DADDI, como já referimos no capítulo da etiopatogénese, admite um grupo de bronquiectasias infectadas com bacilos de KOCH, não manifestamente activos no organismo.

¿ Pode admitir-se tal grupo? Não entremos aqui no problema, tão discutido, dos eliminadores são de bacilos, mas todos nós conhecemos as formas tórpidas de tuberculose, de marcha tão

arrastada, que se passam largos períodos, quasi sem alterações locais e gerais. No nosso caso a infecção tuberculosa secundária parece ter tomado, desde o início, essa evolução, sem influenciar nem ter sido influenciada pelas bronquiectasias existentes.

No capítulo sobre etio-patogénese, também nos referimos, embora sumariamente, à relação que certos autores acreditam ser íntima entre as inflamações dos seios para-nasais e o aparecimento das bronquiectasias; exactamente por isso fizemos a um certo número de doentes a radiografia daquelas regiões, e em grande parte dêles verificou-se opacidade mais ou menos acentuada duma ou mais dessas cavidades. Não nos julgamos habilitados a tirar de aí conclusões, mas há duas das nossas observações, IX e XI, que referem, no passado e antes do aparecimento dos sintomas brônquicos, corrimento nasal de certa abundância e duração, de possível origem inflamatória, para os quais nos limitamos a chamar à atenção, à falta dum conhecimento mais exacto do nexo que possa existir entre as duas afecções.

A observação XII, doente portador de uma antiga lesão já esclerosada do lobo superior direito, seguramente de origem tuberculosa, e que lhe repuxa fortemente a traqueia e uma grande parte dos brônquios do lobo médio, com sínfise pleural total direita, deve, naturalmente, as suas numerosas bronquiectasias dêsse lado a factores múltiplos. Discuti-los emos agora, a propósito das bronquiectasias na tuberculose pulmonar.

As bronquiectasias secundárias a um processo tuberculoso pulmonar, evolutivo ou regressivo, são, em nosso entender, um fenómeno bastante freqüente, de resto já apontado por GRANCHER, mas muito mais do que alguns afirmam, e sob o qual, duma maneira geral, só há poucos anos se tem dedicado mais profunda atenção (BRAUER, LOREY, DUKEN, KLARE, REUSSE, VOGT, WIESE, LEON BERNARD, REDEKER e SIMON VALLEBONA, DUFOURT e ÉTIENNE MARTIN, etc.). Para nós a fazção dessa freqüência está na enorme variedade de causas, quer mecânicas, quer inflamatórias, que o processo específico é capaz de criar, ora separada, ora conjuntamente, directa ou indirectamente, como talvez nenhuma outra afecção pulmonar a possa igualar; mesmo em circunstâncias diversas bastava o facto da tuberculose ser muito mais comum.

Assentamos, com a grande parte dos autores, que a lesão inicial das bronquiectasias adquiridas reside num enfraquecimento

parietal do brônquio, predominantemente de natureza inflamatória, mas que em si próprio, sem auxílio de outras forças adjuvantes, só raramente conduzirá à sua dilatação. Em geral o processo que invade a parede brônquica é um processo banal, irritativo ou infeccioso, não específico, que invade progressivamente toda a parede, como o pode fazer uma bronquite vulgar; tal ocorrência pode dar-se no complexo primário, como o provou RANKE (citado por SLOTTY), que reconheceu como a repercussão glandular atinge, em forma de inflamação peri-focal, a mucosa brônquica. Mas é possível, como diz este último autor, que a própria infecção tuberculosa atinja os brônquios, lesando as suas paredes, embora tal facto na tuberculose primária se deva considerar raro.

Bastante mais freqüente é o alcance dos brônquios por lesões específicas, nas disseminações hematógenas, mesmo pouco intensas, quer do período secundário, quer terciário (RANKE, HUEBSCHMANN, KÖTTGEN, DELARUE, SIMON e BLUMENBERG); os tubérculos podem assentar na mucosa ou na sua parede exterior, e mesmo atingir as glândulas daquela, cuja destruição, como já dissemos, implica uma diminuição do poder anti-infeccioso que possui a sua secreção mucínica (WÄTJEN), sendo por isso, pois, muito mais fácil a implantação das infecções secundárias, que podem até servir-se dos canaliculos e ácinos glandulares para a invasão progressiva de toda a parede brônquica; a-pesar disto, nem sempre é fácil estabelecer a ligação clara entre as bronquiectasias e as disseminações granúlicas, pois por um lado há algumas que decorrem com tão pouca sintomatologia torácica que passam despercebidas, e outras, em virtude do seu carácter crónico, dão tempo bastante para o regresso completo das lesões iniciais, enquanto o que domina e progride são os sinais das bronquiectasias (KÖTTGEN, SLOTTY).

Na tuberculose terciária também o processo específico pode atingir a parede brônquica, danificando-a; aquêle pode iniciar-se ao nível da mucosa — a bronquite superficial tuberculosa ulcerativa — por irrupção intracanalicular de substância infectante duma glândula linfática, como o admite NEUMANN, SAMSON, ELOESSER, etc., e, possivelmente, pela passagem contínua da expectoração bacilífera, na submucosa, por disseminação hemática, como é visível na figura 26, microfotografia já por mim publicada num trabalho anterior, e, finalmente, na adventícia e no tecido peri-

-brônquico, constituindo a peribronquite tuberculosa, a bronquite específica profunda de BARD (NEUMANN).

Mas não só lesões dêste tipo, que, ao enfraquecerem e destruir os elementos de suporte da parede brônquica, levam, mais ou menos cedo, para a sua dilatação; a traqueobronquite tuberculosa pode dar origem a estenoses, não só pela diminuição de calibre provocada pela fibrose das suas paredes, como conse-

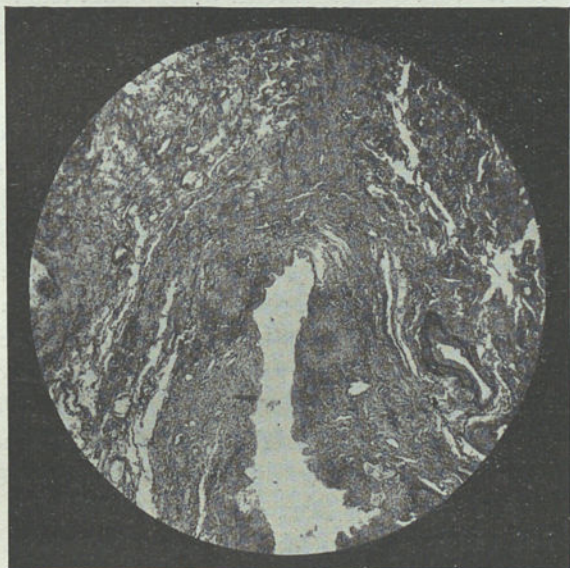


Fig. 26

Zona de endurecimento pulmonar e a meio do campo um brônquio deformado e de paredes infiltradas por lesões específicas.

qüência da cicatrização das úlceras específicas da mucosa, como ainda pelo estreitamento provocado, quer pelo edema, quer por granulações hiperplásticas da mesma camada (SAMSON); ELOESSER admite também que a estenose pode resultar duma fibrose submucosa, mesmo sem a formação de úlceras. Ora a estenose brônquica é também, por sua vez, um factor de muita importância para o aparecimento de bronquiectasias, não a seu nível, mas nas zonas posteriores ao estreitamento (ELOESSER, ANDREWS, COHEN e HIGGINS), por um mecanismo que discutiremos adiante.

São estas as alterações do lado dos brônquios e que só por si,

muito raros autores acreditam ser suficientes para permitir o grau de dilatação bastante, para se poderem qualificar de bronquiectasias; entre estes STAEHELIN, que afirma que basta esta insuficiência parietal, por perda da sua tonicidade normal, para que à pressão do ar inspirado a parede ceda, e progressivamente a luz brônquica se vá alargando. Pelo contrário, a maioria dos autores entende que ao lado das lesões brônquicas, embora como factor de primeira importância, há que considerar outros que, isolada ou agrupadamente, concorrem, com aquêles, para se atingir o período de estado bronquiectásico.

Falaremos agora das alterações que atingem o parênquima pulmonar. Qualquer foco pneumónico de não importa que natureza, desde que não regresse com *restitutio ad integrum* e deixe como resultado um endurecimento local, pode ser acompanhado de bronquiectasias em maior ou menor extensão. Na tuberculose primária, os mesmos autores que descreveram as lesões brônquicas a que nos acabamos de referir, apontam também a formação de bronquiectasias como devidas ao aparecimento do tecido cirrótico peri-brônquico ao nível da zona que se estende do foco primário ao hilo, como consequência da infiltração primária; do mesmo modo nas tuberculosas secundárias, há que contar com os processos de endurecimento pulmonar, provenientes da periadenite e das infiltrações secundárias de evolução arrastada. Com mais intensidade e frequência se realiza o mesmo fenómeno e pelas mesmas razões, na tuberculose terciária, como insistentemente o afirma BRAUER, desde 1925, e outros autores depois o têm confirmado.

Do mesmo modo se admite que a formação de tecido fibroso, como consequência das pneumonias e bronco-pneumonias crónicas intersticiais, com organização do exsudato alveolar, ou quando se trate de qualquer outro processo crónico, como no nosso caso de actinomicose, nas pneumoconioses, etc., leva, mais tarde ou mais cedo, à formação das bronquiectasias por repuxamento excêntrico retráctil da fibrose sobre a parede brônquica (CORRIGAN, BRAUER, KOWITZ, LEON BERNARD, etc.), que, tornamos a repetir, já inicialmente está lesada. Particularmente típica desta patogenia é a imagem em esquadro juxta-cardíaca do lobo inferior direito, primeiramente descrita por DIEULAFOY e diagnosticada então como empiema do mediastino inferior, e que

só depois autores franceses e americanos demonstraram ser constituída por uma massa de endurecimento pulmonar com bronquiectasias, *reliquat* de fenómenos pneumónicos ou bronco-pneumónicos banais anteriores; (para SERGENT e outros que não negam este mecanismo, a imagem na forma e topografia citadas, corresponde sempre à existência dum lobo cardíaco acessório). VAN ALLEN, citado por JONES, DUNKEN e KÖTTGEN, admitem, ainda, como reforçadora da retracção, um aumento da tensão elástica do tecido conjuntivo neoformado, de modo a permitir que mais directa e intensamente se exerça sobre os brônquios a fôrça inspiratória da respiração. STAEBELIN não acredita nesta preposição, pois argumenta com a impossibilidade duma cirrose pulmonar, que deve criar-se irregular e desordenadamente, provocar só fôrças excêntricas e não concêntricas, que levaria antes à obliteração brônquica que à sua dilatação. Admite então que, nestas circunstâncias, a acção dilatadora é especialmente ajudada quando há aderências pleurais, que permitem uma acção mais directa dos movimentos respiratórios sobre a cirrose subjacente, e, através desta, até à parede brônquica. Este conceito da origem pleurítica das bronquiectasias é, de resto, codividido por bastantes autores. CHILESOTTI (citado por STAEBELIN), procurou provar especialmente esta tese, introduzindo parafina na cavidade pleural de coelhos, de modo a provocar zonas assépticas de colapso, de maior ou menor duração que, quando era mais prolongado, dava origem à formação de tecido conjuntivo que da pleura se infiltrava no parênquima pulmonar ao longo dos septos interlobares, conduzindo finalmente ao espessamento do tecido peribrônquico e consecutiva dilatação brônquica. Mas é, principalmente, E. MORELLI quem mais afincadamente vê nas aderências pleurais um dos factores mais importantes das dilatações brônquicas. Para este autor, em condições normais, e devido à regular e uniforme disposição das fôrças elásticas pulmonares, os brônquios mantêm a sua habitual forma cilíndrica, independente do esqueleto cartilagineo que os sustenta; se por qualquer circunstância, essas fôrças aumentam num determinado sentido, a parede brônquica deformat-se-á, seguindo esse sentido. É o que se verifica na sínfise pleural, porque então o esfôrço inspiratório, que de ordinário é neutralizado pelo deslize do pulmão ao longo da caixa torácica e pela dilatação uniforme de todos os alvéolos, exerce-se directamente e com

mais intensidade ao nível das zonas aderentes, motivando aí um predomínio de forças que destrói o equilíbrio habitual; de resto, MORELLI admite também como muito freqüente a existência de *tractus* fibrosos, que, implantados externamente ao nível da sínfise pleural, caminham na profundidade do órgão até aos brônquios, de modo a constituírem como uma ponte de passagem directa, da acção dinâmica respiratória; o seu máximo grau é atingido nas pleurisia crónicas fibro-adesivas, cuja expressão clínica e radiológica constitue o fibro-tórax. O nosso caso XII, pela irregularidade de direcção e de calibre que a maior parte da sua árvore brônquica direita apresenta, permite supor que tais alterações sejam condicionadas pela interferência de forças que a retractibilidade das suas lesões produtivas, por um lado, e a acção aspirativa torácica através da sínfise, por outro, desigualmente provocassem.

Ainda durante êste ano nos foi dado assistir, numa das reuniões semanais do corpo clínico do nosso hospital, a um caso de autópsia por tuberculose pulmonar com fístula pleuro-pulmonar esquerda crónica, e colapso quási total do pulmão do mesmo lado, excepto ao nível do vértice, onde fortes aderências mantinham essa zona pulmonar distendida, e que apresentavam, ao nível do ramo apical do brônquio principal do lobo superior, lesões de bronquite ulcerosa específica, com dilatações de grande parte da sua extensão; aqui era evidente a dupla acção da lesão parietal combinada com as forças excêntricas produzidas pelas aderências.

Passemos agora à descrição do mecanismo patogénico da estenose brônquica e da qual a tuberculose é uma das causas mais freqüentes (STAEHELIN, NEUMANN, BRAUER, ELOESSER, COHEN e HIGGINS), como factor disposicional importante das bronquiectasias, deixando propositadamente sem menção tôda uma série de outras teorias que, pela fraca solidez dos seus argumentos, não merecem referência detalhada, sem esquecer que muitas vezes aquela afecção se encontra em circunstâncias clínicas sem possibilidade de destrinça causal, passando por isso a fazer parte daquele grupo obscuro das bronquiectasias de etiologia desconhecida.

Segundo a classificação de VON SCHROETTER (citado por ELOESSER), a obstrução pode ser intra-parietal, parietal e extra-parietal. Já falámos atrás da forma ulcerativa e da fibrosa submucosa de

ELOESSER (submucosa hiperplástica), e que, por transformação cicatricial ou por exagerada hiperplasia do tecido de granulação e dos folículos linfáticos submucosos, provoca uma estenose de maior ou menor grau; do mesmo modo a tuberculose peri-brônquica de BARD. Como factores extra-parietais são principalmente responsáveis os gânglios linfáticos, em qualquer período inflamatório, quando suficientemente hipertrofiados ou endurecidos (NEUMANN), para exercer pressão sobre os brônquios, e por vezes o tecido cicatricial peri-brônquico, quando particularmente denso, como na sífilis (ELOESSER, NEUMANN, SERGENT); actuando do mesmo modo se podem considerar ainda os cancros do pulmão, que, conforme a sede, podem provocar a estenose por compressão exterior ou por obstrução interior, tal qual os corpos estranhos que se encravam na árvore brônquica; em qualquer destas hipóteses as bronquiectasias que se formam, devem a sua génese ao mesmo conjunto de fenómenos já conhecidos: primeiramente, lesão da parede brônquica, em parte provocada pela acção directa da causa estenosante e em parte, mais extensa e intensamente, pela acumulação de secreções, cuja expulsão é mais ou menos impedida pelo grau de apêrto, e que sempre se infectam, secundariamente, com invasão consecutiva de toda a parede até ao tecido pulmonar circundante; depois, as zonas de atelectasia, que se instalam — consequência natural da obstrução — de mistura com neoformação conjuntiva, presente na maioria das vezes, e que criam as condições mecânicas necessárias para que o alargamento da luz brônquica se realize. Pelo que respeita à atelectasia, que ultimamente tem adquirido uma tão grande importância na patologia pulmonar, já dissemos, na etio-patogénese, o desequilíbrio mecânico que ela pode provocar, favorável à dilatação brônquica.

Finalmente, algumas, poucas, palavras sobre a acção terapêutica do lipiodol intra-brônquico. Com excepção de muito raros casos, que têm apresentado, após esta prova, um exantema iódico generalizado com temperaturas por vezes elevadas, a introdução daquela substância na árvore brônquica provoca, na maioria dos casos, melhorias muito acentuadas; é certo que nos dois ou três dias seguintes à broncografia, se verifica, duma maneira geral, um aumento da tosse e da expectoração, próprio da acção farmacodinâmica da substância empregada. O lipiodol é um composto que resulta da união, a alta pressão e temperatura, do iodo com

um azeite; uma vez introduzido no organismo, e devido à grande afinidade que o iodo possui para as albuminas e labilidade de união com as mesmas, aquêl elemento desprende-se com facilidade das suas combinações, comportando-se, nalguns casos, como iodo nascente com grande acção dinâmica (RAMIREZ e ISRAEL). Uma vez livre, desempenha então, além duma acção principalmente anti-séptica, uma acção linfagoga e fluidificante das secreções brônquicas, e ainda, embora fraca, uma acção excretomotora (GORDONOFF, citado por aquêles autores). Passado pois êste período, verifica-se, como disse, uma grande melhora, nalguns casos com desaparecimento quasi completo da expectoração e da fetidez e por períodos às vezes longos.

Da casuística que apresentamos, temos três doentes, que, uma vez passada a melhora referida, se apresentaram espontaneamente para que a prova lhes fôsse repetida.

É pois um fármaco que merece ser aplicado na terapêutica das bronquiectasias.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, G. A. — Clínica de la bronquiectasia en el niño. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tômô VI. N.ºs 1 e 2. 1938.
- AMEUILLE, P. e J. MÉZARD. — Nécrose pulmonaire lobaire avec collapsus pulmonaire et bronchectasie par thrombose de l'artère bronchique. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 1933.
- AMEUILLE, P. e PERREAU. — La bronchectasie avec condensation pulmonaire rétractile des tuberculeux. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*. 1933.
- ANDRUS, PAUL M. — Bronchiectasis. *The American Review of Tuberculosis*. Julho de 1937.
- ANSPACH, W. E. e I. J. WOLMAN. — Large pulmonary air cysts of infancy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Março de 1933.
- ANTON, G. e E. OPITZ. — Zur Technik der Bronchographie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 61 Jahrgang. N.º 31. 1935.
- ARCHIVOS ARGENTINOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO Y TUBERCULOSIS. Tômô IV. N.ºs 3 e 4 (dedicado a broncografias).
- ASSMANN, HERBET. — Diagnóstico röntgenológico de las enfermedades internas. Editorial Labor. Madrid. 1936.
- BAGLIANI, M. — Il polmone policistico (Studio radiologico). *La Radiologia Medica*. Vol. XII. Fasc. XII. 1935.
- BARNWELL, J. B., J. LITTIG e J. E. CULP. — Ulcerative tuberculous tracheo-bronchitis. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXVI. N.º 1. 1937.

LISBOA MÉDICA



PIPERAZINA MIDY

O ANTI-URICO TIPO



PROVEINASE MIDY

VARIZES - FLEBITES - HEMORROIDAS
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA E DA PUBERDADE



POMADA MIDY SUPOSITORIOS MIDY

A MEDICAÇÃO RACIONAL
DAS HEMORROIDAS

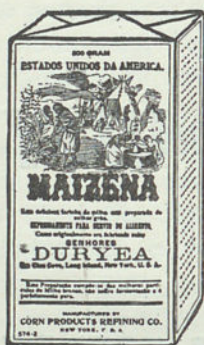
Pedir amostras a

LABORATOIRES MIDY - 67, Avenue Wagram - PARIS (17)

ou aos Agentes-depositários

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

MAIZENA D'URYEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorias por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

Nº 1748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :
GIMENEZ-SALINAS & C.^a - Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

- BEHRMANN, A. — Ueber die Symptomentrias Situs inversus, Bronchiektasien und Polyposis nasi. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 86 Band, 4 Heft. 1935.
- BERETERVIDE, J. J. e A. CARUSO. — Bronquiectasias y focos septicos. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tõmo V. N.º 9 e 10. 1937.
- BEUTEL, A. e FR. STRNAD. — Die Analyse und Differentialdiagnose der raumbeschränkten Prozesse im Bronchogramm. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen*. Band 55, Heft 2. 1937.
- BÜNNIGER, M. — Ein Fall von angeborener Cystenlunge. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 80 Band, 1 Heft. 1932.
- BÜTTNER, H. — Ein Beitrag zur Röntgen Tomographie der Lunge, eine Kritische Betrachtung an Hand eines zur Autopsie gelangten Falles. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 80, Heft 3. 1938.
- BREDNOW, U. e E. HOFMANN. — Röntgenatlas der Lungenerkrankungen. Dritte Auflage. Berlin. 1938.
- BROCK, B. e J. C. BELL. — Disease of accessory nasal sinuses; its incidence in a Tuberculosis Sanatorium. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXVIII. N.º 3. 1938.
- BURREL, L. S. T. e R. R. TRAIL. — Bronchiectasis: forme hemoptoïque sèché. *The Lancet*. Vol. CCXVIII. N.º 5552. 1930.
- BURTON WOOD, W. — The oral injection of lipiodol as an aid to the differential diagnosis of upper lobe bronchiectasis and pulmonary tuberculosis. *The Lancet*. CCXVIII. N.º 5573. 1930.
- CANCELLA D'ABREU, A. — Técnica de broncografia. Injecção por via nasal. *Jornal das Ciências Médicas de Lisboa*. Tõmo XCVII. N.º 12. 1933.
- CASTEX, M. R., S. MAZZEI e O. A. VACCAREZZA. — Anatomie, radiologie et pleuroscopie des bulles sous-pleurales. Rôle de l'effort dans leur formation et rupture. *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*. T. XII. N.º 5. 1937.
- CASTEX, M. R., S. MAZZEI e M. BLANCO. — Bronquiectasis hemoptoica y moniliasis pulmonar. *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXV. N.º 18. 1934.
- CEBALLOS, A. — Bronquiectasia hemoptoica. Lobectomia pulmonar. *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIII. N.º 40. 1936.
- COHEN, S. S. e G. K. HIGGINS. — Bronchiectasis associated with tuberculous bronchial obstruction. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXVI. N.º 6. 1937.
- CROSWELL, C. V. e J. CASH KING. — Congenital air Cyst of the lung. *The Journal of the American Medical Association*. Setembro de 1933.
- DANIEL, G. e K. JEZSOVICS. — Bronchiektasis universalis cystica. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 80 Band, 5-6 Heft. 1932.
- DUFOURT, A. e P. ETIENNE-MARTIN (avec la collaboration de J. Faure). — Les dilatations des bronches dans la tuberculose pulmonaire. *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*. Tõmo VII. N.º 4. 1932.
- DUKEN, J. e R. VON DEN STEINEN. — Das Krankheitsbild der Bronchiektasie im Kindesalter. *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde*. Julius Springer. Berlin. 1928.

- ELIZALDE, P. I. — Anatomia patologica de las bronquiectasias. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tòmo V. N.º 7 e 8. 1937.
- ELOESSER, L. — Congenital cystic Disease of the lung. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Vol. LII. N.º 3. 1931.
- Bronchial stenosis in pulmonary tuberculosis, with some notes on tuberculous stenosis of the trachea and the bronchioles. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXX. N.º 2. 1934.
- L'ELTORE, G. — Contributo clinico allo studio delle bronchioliti bronchiectasiche. *Lotta contro la Tuberculosis*. Ano VII. N.º 12. 1936.
- ERWIN, G. S. — Modern technique in bronchography. *Brompton Hospital Reports* Vol. V. 1936.
- GALLWOSZUS, H. — Die Technik der Bronchographie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1937.
- GLAUM, K. — Bronchiectasien bei Situs viscerum inversus totalis. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 91 Band, 4 Heft. 1938.
- GORDON STOLOFF, E. — The Chest in Children. *Annals of Roentgenology*. Vol. XII. Paul B. Hoeber. New-York. 1930.
- GRANCHER (citado por Dufourt e Etienne-Martin). — La dilatation des bronches chez les tuberculeux. *Gazette Médicale de Paris*. N.º 146. 1878 et Relation de la dilatation des bronches et de la tuberculose. *Arch. de Physiologie*. 1878.
- GRAUBNER, E. — Ein Fall von einseitigen cystischen Bronchiectasien im Oberlappen. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 79, Heft 3. 1938.
- GRAWITZ, P. — Ueber angeborene Bronchiectasie. *Virchows Archiv*. 82 Band.
- HART, C. e E. MAYER. — Bronchiectasien, in *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie*. Dritter Band, erster Teil. 1928.
- IACCHIA, PAOLO. — Bronchiectasie. Bologna. 1931.
- IHRE, BENGT. — Contribution to the knowledge of the so-called Dry Bronchiectasis. *Acta Medica Scandinavica*. Vol. LXXVIII. Fasc. I. 1932.
- JACKSON, C. e C. L. JACKSON. — The bronchiectatic septic tank. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXX. N.º 6. 1934.
- JONES, O. R. e A. COUNNAND. — The Shrunken pulmonary lobe with chronic bronchiectasis. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXVIII. N.º 3. 1933.
- JONES, ROBERT M. — The Surgical treatment of bronchiectasis. *The British Journal of Surgery*. Vol. XXI. N.º 82. 1933.
- JONNG, F. H. e N. C. OSWALD. — Multiple cystic disease of the lungs. *Brompton Hospital Reports*. Vol. VI. 1937.
- KARTAGENER, M. — Zur Pathogenese der Bronchiectasien. I Mitteilung: Bronchiectasien bei Situs viscerum inversus. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 83 Band, 4 Heft. 1933.
- Zur Pathogenese der Bronchiectasien. II Mitteilung: Familiäres Vorkommen von Bronchiectasien. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 84 Band, 1-2 Heft. 1933.
- Zur Pathogenese der Bronchiectasien. III Mitteilung: Ueber Lungencysten. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 85 Band, 1 Heft. 1934.

- KARTAGENER, M. — Das Problem der Kongenitalität und Heredität der Bronchiectasien. *Ergebnisse der Inneren Medizin und Kinderheilkunde*. 49 Band. 1935.
- Zur Pathogenese der Bronchiectasien. IV Mitteilung: Bronchiectasien bei Vettern. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 87 Band, 7 Heft. 1936.
- KARTAGENER, M. e A. HORLACHER. — Zur Pathogenese der Bronchiectasien. V Mitteilung: Situs viscerum inversus und Polyposis nasi in einem Falle familiärer Bronchiectasien. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 87 Band, 4 Heft. 1935.
- KARTAGENER, M. e K. ULRICH. — Zur Pathogenese der Bronchiectasien. VI Mitteilung: Bronchiectasien und Veränderungen der Nasennebenhöhlen. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 86 Band, 7 Heft. 1935.
- KATZMANN, A. J. e J. A. NOWIKOW. — Bronchographie als Methode Differentialer Diagnostik von tuberkulösen Kavernen und Bronchiectasien. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 59, Heft 1. 1930.
- KLARE, K. — Die Prognose der Bronchiectasien im Kindesalter. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 67, Heft 3. 1933.
- KÖTTGEN, H. V. — Die Bedeutung der hämatogenen Lungentuberkulose für die Entstehung bronchiectatischer Veränderungen im Kindesalter, zugleich ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen sekundärer Tuberkulose und dem Krankheitsbild der Bronchiectasie. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 80 Band, 1 Heft. 1932.
- KOURILSKY, R. — Le traitement de la dilatation des bronches. Paris. 1936.
- KRAMPF, F. — Die Bronchiectasenkrankheit. *Klinische Wochenschrift*. N.º 6. 1931.
- LAUWERS, E. E. — L'intervention chirurgicale dans les broncheectasies. *Revue Belge des Sciences Médicales*. Tõmo VI. N.º 5. 1934.
- LEMOINE, J. M. — La thrombose de l'artère bronchique cause de dilatation bronchique chronique de l'adulte. Paris 1936.
- LEVI-VALENSI, A., P. SUDOKA e NEGRI. — La bronchographie lipiodolée dans la tuberculose pulmonaire et la syphiles pulmonaire. *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*. Tõmo XII. N.º 5. 1937.
- LEWIS, I. — Bilateral lobectomy for bronchiectasis. *The British Journal of Surgery*. Vol. XXIV. N.º 94. 1936.
- LIVERANI, E. e N. MAGNO. — Le bronchiectasie dei lobi superiori. *Minerva Médica*. N.º 18. 1937.
- LOWERBUTTS, J. — Significance of «annular shadows» in radiograms of the chest. *The Lancet*. Settembre de 1932.
- MACCONE, V. — Contributo anatomico alla conoscenza del cosiddetto «Polmone Policistico». *Pathologica*. Vol. XXIX. N.º 552. 1937.
- MAGNO, M. — Ricerche broncografiche sulle alterazioni dell'albero tracheo-bronchiale nei fibrotoraci. *Annali dell'Istituto Carlo Forlanini*. Ano II. N.º 3. 1938.
- MAININI, C. — Atelectasia y colapso del pulmon; sus relaciones con la bronquiectasia. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tõmo V. N.º 7 e 8. 1937.

- MARANGONI, F. — Technik zur intratrachealen Einführung von Iodöl in die Lungen. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 70, Heft 3. 1934.
- MAZZEI, E. S. e J. A. AGUIRRE. — Radiologia clinica de las dilataciones bronquiales. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tômno V. N.º 7 e 8. 1937.
- MAZZEI, E. S., J. A. AGUIRRE e M. E. JÜRG. — Bronquiectasias congenitas por agenesia alveolar. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tômno IV. N.º 3 e 4. 1936.
- MC CONKEY, M. — Occlusion of the trachea and bronchi by a tuberculous process complicating pulmonary tuberculosis. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXX. N.º 3. 1934.
- MCNEIL, C. — Remarks on Bronchiectasis. *The British Medical Journal*. N.º 3735. 1932.
- MÉE, J. M. e M. BONNIER. — Technique de la bronchographie chez l'enfant. *Bronchoscopie, Oesophagoscopie et Gastroscopie*. N.º 4. 1937.
- MEYER, H. E. e O. H. ROLFS. — Ergebnisse bronchographischer Untersuchungen. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 92 Band, 1 Heft. 1938.
- MORELLI, J. B., J. C. BENITEZ e J. J. ESTABLE. — Bronquiectasias congenitas. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tômno V. N.º 7 e 8. 1937.
- MÜLLER, H. — Missbildungen der Lunge und Pleura, in *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie*. Dritter Band, erster Teil. 1928.
- MUMME, C. — Zur Diagnostik der Zystenlunge. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* N.º 3. 1932.
- NELSON, H. P. — Collapse therapy in bronchiectasis. *Brompton Hospital Reports*. Vol. III. 1934.
- NEUMANN, W. — Klinische Beobachtungen zur Aetiologie der chronischen Bronchiectasien. *Medizinische Klinik*. N.º 22. 1938.
- NICOTRA, A. — Rilievi anatomo-radiologici sul polmone cistico congenito. *La Radiologia Medica*. Vol. XXII. Fasc. III. 1935.
- NISSEN, R. — Zur Behandlung von Bronchektasen im Kindesalter. *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1930.
- NÜSSEL, K. e H. HELBACH. — Bronchiectasien bei Situs viscerum inversus totalis. Zugleich ein Beitrag zur Pathogenese der Bronchiectasien. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 84 Band, 4 Heft. 1934.
- OMODEI-ZORINI, ATTILIO. — Le Bronchiectasie. Luizi Pozzi. Roma. 1934.
- PALACIO, JULIO. — Bronquiectasias y Tuberculosis. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tômno V. N.º 9 e 10. 1937.
- PARDAL, R. — História del conocimiento de las bronquiectasias. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis* T. V. N.º 7 e 8. 1937.
- POLLOCK, W. C. — Pulmonary Cystic Disease. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXIV. N.º 4. 1936.
- PÔRTO, JOÃO, FERREIRA DA COSTA e GUEDES PINTO. — Exploração das vias respiratórias pelo óleo iodado. *Coimbra Médica*. 1936.

- POUMEAU-DELILLE. — Le remaniement nosologique de la dilatation des bronches, par l'application systématique du lipiodo-diagnostic. Paris. 1932.
- PRUVOST, P., LIVIERATOS e BRINEOURT. — Étude radiologique des kystes aeriens ou bronchiectasies congénitales chez l'adulte. *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*. Tômô IX. N.º 3. 1934.
- RAMIREZ, E. L. e J. E. ISRAEL. — Farmacoterapia de las Bronquiectasias. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tômô VI. N.º 1 e 2. 1938.
- RENIÉ, ODILE. — Contribution à l'étude radio-lipiodolée des bronches normales et des bronchectasies. Paris. 1936.
- RIST, E. — La collapsothérapie de la bronchiectasie. *Bulletin de l'Academie de Medicine*. Ano XCVI. Tômô C. VIII. N.º 36. 1932.
- ROBERTS, J. E. H. e H. P. NELSON. — Pulmonary lobectomy. Technique and Report of ten cases. *The British Journal of Surgery*. Vol. XXI. N.º 82. 1933.
- ROBINSON, W. L. — Bronchiectasis: a study of the pathology of sixteen surgical lobectomies for bronchiectasis. *The British Journal of Surgery*. Vol. XXI. N.º 82. 1933.
- ROMANO, N. e R. ENGERABIDE. — Clinica de la bronquiectasia en el adulto. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. N.º 9 e 10. 1937.
- SAMSON, P. C. — Tuberculous tracheobronchitis; the rôle of bronchoscopy. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXIV. N.º 5. 1936.
- SANTE, L. R. — The Chest. *Annals of Roentgenology*. Vol. XI. Paul B. Hoeber. New-York.
- SAUERBRUCH, F. — Die Bronchektasien, in *Die Chirurgie der Brustorgane*. Berlim. 1920.
- Stand und Kritik der operativen Behandlung der Bronchiektasien und der Lungentuberkulose. *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. 62 Tagung. Berlim. Springen. 1938.
- SERGENT, E. — Le remaniement de la dilatation des bronches par l'application systematique de l'opacification par le lipiodol. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. T. V. N.º 7 e 8. 1937.
- SHRIKAUD, Y. G. — A case of bronchiectasis wrongly diagnosed of pulmornar tuberculosis. *The British Journal of Tuberculosis*. Vol. XXXI. N.º 4. 1937.
- SIEMS, H. — Beiträge zur Klinik cystischer Lungenveränderungen. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 80 Band, 5-6 Heft. 1932.
- SIMON, G. e F. REDEKER. — Las bronquiectasias, in *Mannuel Prático de Tuberculosis Infantil*. Madrid. 1932.
- SIMON, G. e W. BLUMENBERG. — Beitrag zur Entstehung der Bronchiektasien. Bronchiektasien und Tuberkulose. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 80 Band, 2 Heft. 1932.
- SIXT, K. — Ein Fall von einseitigen Wabenhöhlenbildungen der Lunge auf bronchiektatischer Grundlage. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 77, Heft. 3. 1937.
- SLOTTY, G. — Bronchiektasenentstehung durch primäre Tuberkulose mit se-

- kundär hamatogener ulzerierender Bronchialaussaat und positivem Bazillenbefund. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 80, Heft 2. 1938.
- STAEHELIN, R. — Die Bronchiektasie. *Handbuch der Inneren Medizin*. Zweiter Band. — Zweiter Teil. 1930.
- STEIDL, J. e F. H. HEISE. — Bilateral Apical nontuberculous bronchiectasis. *The American Review of Tuberculosis*. Vol. XXXIII. N.º 1. 1936.
- STEINMEYER, O. — Angeboren intrapulmonale Lungencyste (Beitrag zur Frage der Ringschatten). *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. Band 74, Heft 1-2. 1930.
- TENBRÜGGEN, A. — Ueber das Vorkommen von säurefesten stäbchen in Bronchiektasen als Ursache von Tuberkulose fehldiagnosen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1936.
- TOUSSAINT, P. e G. DERSCHIED. — Essai de classification clinique des bronchiectasies. Leur traitement médical, chirurgical et bronchoscotherapique. *La Presse Médicale*. N.º 14. 1933.
- VACCAREZZA, RAUL F. e JOSÉ M. LESTON. — Las formas hemoptoicas de la dilatation bronquial. *Archivos Argentinos de Enfermedades del Aparato Respiratorio y Tuberculosis*. Tõmo V. N.ºs 9 e 10. 1937.
- VALLEBONO, A. — Il quadro radiologico delle bronchiectasie. *La Radiologia Medica*. Vol. XXI. 1932.
- VOGT, H. — Chronische Lungenerkrankungen unspezifischer Art, in *Handbuch der Kindertuberkulose*, von Engel und Pirquet. Erster Band 1930.
- VOSS, H. J. — Asthma bronchiale und Bronchiektasien. *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*. 87 Band, 4 Heft. 1935.
- WALLACE, J. E. — Lipiodol radiography in tuberculosis dispensary practice. *The British Journal of Tuberculosis*. Vol. XXXIII, N.º 2. 1934.
- WATSON, S. H. e C. S. KIBLER. — Bronchiectasis. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. III. N.º 5. 1938.
- WEINBERG, J. — Experimental production of bronchiectasis. *The Journal of Thoracic Surgery*. Vol. VI. N.º 4. 1937.
- WERNLI-HAESSIG, A. — Situs inversus und Bronchiektasien. *Zeitschrift für Tuberkulose*. Band 77. Heft 2. 1937.
- WIESE, OTTO. — Die Bronchiektasenkrankheit. *Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung*. 46 Band, 3-4 Heft.
- WOHLWILL, F. — A-propósito da anatomia patológica da sífilis pulmonar adquirida. *Lisboa Médica*. Ano XV. N.º 4. 1938.
- ZAPPEL, E. — Lungenschichtaufnahmen zur Diagnose der Bronchiektasien. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1937.

Serviço do Prof. von EICKEN (Berlim)

A APÓFISE ESTILOIDEIA E O SEU SIGNIFICADO PATOLÓGICO EM OTO-RINO-LARINGOLOGIA

POR

ANGELO PENA

Se é certo que a apófise estiloideia e suas anomalias são já, desde longa data, conhecidas, não é menos verdade que, até há pouco, só embriologistas e investigadores de Anatomia se preocupavam com o seu estudo e o das suas anomalias.

Com efeito, não se lhe atribuíu papel patológico algum e foi, principalmente, o Prof. von EICKEN que chamou a atenção do laringologista para um quadro clínico, que guarda a mais estreita relação com a apófise estiloideia.

¿ Deveremos falar de uma apófise estiloideia ou antes, como muitos autores o desejam, de um aparelho estilo-hioideu ou, ainda, hial ?

Na verdade, em virtude da sua individualidade embriológica e anatómica, podemos referir-nos a um aparelho estilo-hioideu.

Durante o desenvolvimento embrionário é o segundo arco branquial que vai dar origem à formação dêste aparelho. Êste arco visceral apresenta, primitivamente, dois núcleos de condri-ficação. Um, o superior, dá origem ao chamado segmento tímpano-hial (parte do ôsso temporal donde se destaca a apófise estiloideia), o outro, chamado cartilagem de REICHERT, dará (3.º mês de vida intra-uterina) a apófise estiloideia, ligamento estiloideu, o pequeno corno do ôsso hioideu e a base dêste ôsso. São estes diferentes segmentos designados por : estilo-hial, hipo-hial e basi-hial. O grande corno do ôsso hioideu (Tireo-hial) deriva já do terceiro arco branquial e não faz parte do aparelho.

Assim se constitue o aparelho estilo-hioideu normal, cuja parte principal, a apófise estiloideia, se ossifica a partir dos primeiros anos da infância (MERKEL).

O aparelho estilo-hioideu anómalo apresenta os mais variados



tipos, cuja classificação, tal como OHER e MANGABEIRA, entre outros, a pretendem fazer, se nos afigura supérflua.

Assim, a anomalia mais freqüente é caracterizada por uma apófise extraordinariamente longa. Pode também a apófise ser constituída por várias peças ósseas articuladas; pode observar-se ausência da apófise estiloideia (sòmente ligamento estilo-hioideu

LISBOA MÉDICA



canfocálcio

ACÇÃO
CARDIO-TÓNICA
E UFÓRICA
ESTIMULANTE

Sobre os

CENTROS NERVOSOS—FUNÇÕES RESPIRATÓRIAS E CIRCULATÓRIAS

Descalcificação
Escrofulose
Dermatose
Anafilaxias
Pneumonias
Baciloses

POSOLOGIA — 5 A 10 C. C. DIÁRIOS
Injecções intramusculares ou endovenosas

E' UM PRODUTO "LAB"

LISBOA MÉDICA

TUBERCULOSE

VITADONE

INJECTÁVEL

VITAMINAS A & D

fisiològicamente tituladas

Caixas de 6 empólas de 2 centímetros cúbicos

Contendo cada uma { 20.000 μ . i. de Vitamina A
20.000 μ . i. de Vitamina D

2 injeções Intra-musculares por semana

Etablissement BYLA—26, Avenue de l'Observatoire — PARIS

Literatura e amostras nos Representantes:

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

DIGILANIDE

Complexo cristalizado isomorfo dos 3 glucosidos iniciais da DIGITALIS LANATA, tal como existe na planta fresca

«Tôda a acção da fôlha fresca inalterável, mas ao mesmo tempo

**uma perfeita constância de acção
uma tolerância notável»**

DRAGEAS GOTAS EMPOLAS (via endovenosa ou intramuscular)

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

→ AMOSTRAS E LITERATURA Á DISPOSIÇÃO DO CORPO MÉDICO

unindo o temporal ao pequeno corno do ôsso hioideu), e, neste caso, existe por vezes um ligamento estiloideu, tendo na sua extremidade inferior, junto do pequeno corno do ôsso hioideu, um nódulo ossificado, etc.

Sôbre a gênese destas anomalias, não há uniformidade de opiniões.

Emquanto que alguns investigadores (VON EICKEN e SAPPEY),

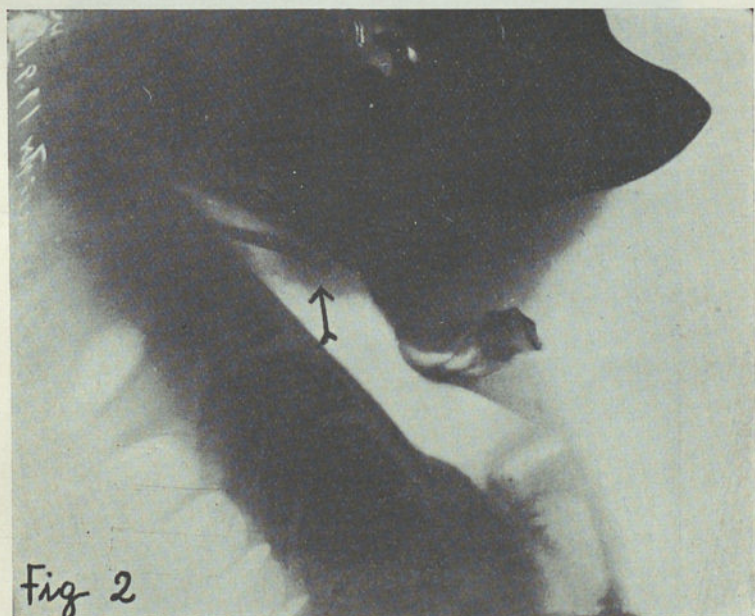
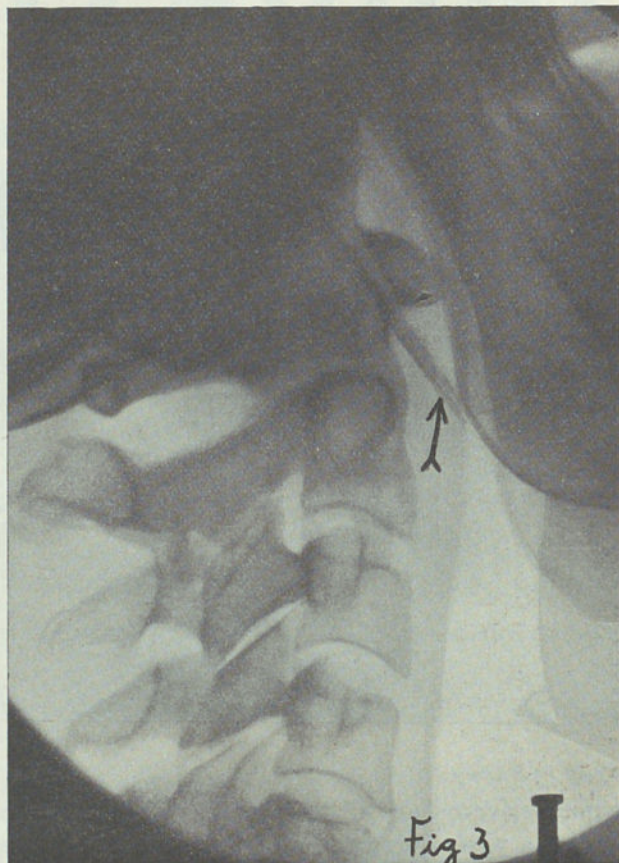


Fig 2

admitem que derivam da ossificação tardia do ligamento estiloideu, dando origem a vários segmentos ósseos isolados, que assim permanecem durante a vida do indivíduo, ou se unem por ossificação total, tardiamente, a partir do trigésimo ano, formando-se então um único segmento rígido muito longo; outros afirmam que a anomalia provém dum anormal desenvolvimento embrionário (vários pontos, segmentados, de condrificação da cartilagem de REICHERT) e justificam a sua suposição dizendo que, não sendo o ligamento estiloideu um elemento cartilagíneo, se não pode realizar nêle uma ossificação tardia.

Na verdade, radiografias de indivíduos, entre os 10 e os 20 anos de idade, mostram já aparelhos estilo-hioideos anómalos.

O que é de crer, de outro modo não se explicariam quadros clínicos com iniciação tardia, é que se dê, muitas vezes, tardia-



mente, uma calcificação do ligamento estiloideo ou de vários segmentos de um aparelho estilo-hioideu anómalo, dando um todo rígido.

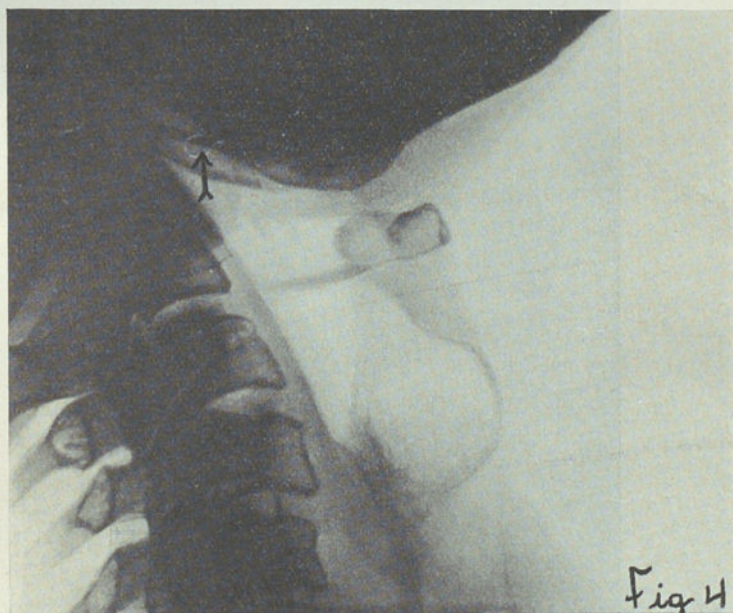
Sobre a frequência destas anomalias também não são concordes as opiniões dos vários investigadores.

Assim, as estatísticas variam de 0,5 a 27 0/0. As nossas obser-

vações pessoais, resultantes do estudo de numeroso material radiográfico, levam-nos à conclusão que a percentagem de 5 % deve, em média, corresponder à verdade.

Mas, seja qual fôr a gênese destas anomalias e a sua variedade, o que é de maior interêsse, pelo seu valor clínico, é o tamanho, forma e direcção da apófise estiloideia (fig. 5, *a* e *b*).

Assim, o seu comprimento pode variar de 2 a 5 ou 7 cm., e

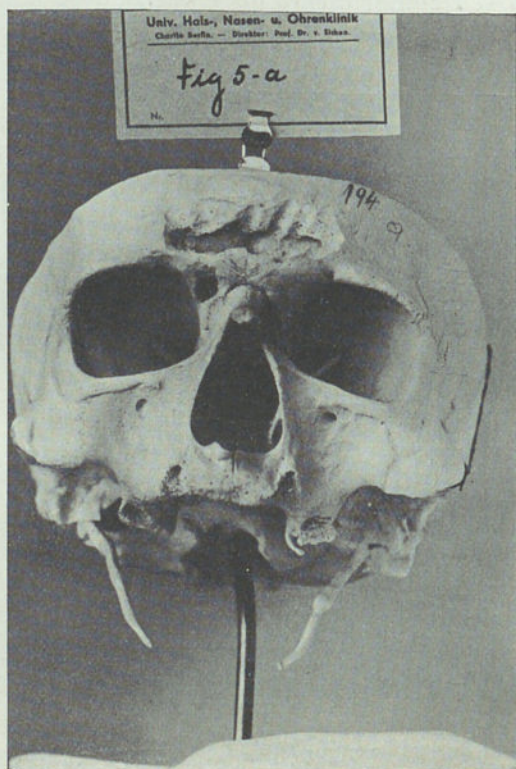


mesmo mais, de modo que a sua extremidade pode ser visível sob a forma de saliência, à laringoscopia, nos seios piriformes.

Pode apresentar-se muito espessa (rad. 1), ou extremamente delgada (rad. 2), terminar em ponta ou alargamento, ser uniformemente calibrada ou apresentar dilatações. Do mesmo modo pode apresentar variações consideráveis quanto à sua direcção, inflectindo-se mais para a parte média, de modo a formar um ângulo agudo com o eixo da coluna vertebral ou ser-lhe quási paralela, assim como se pode dirigir mais para a parte anterior, obliquamente, ou ser quási vertical (rad. 1, 2, 3 e 4).

Tôdas estas particularidades da apófise estiloideia merecem ser conhecidas do oto-rino-laringologista, porque dão muitas vezes origem a um quadro clínico freqüentemente não diagnosticado ou mesmo ignorado.

Os sintomas que o traduzem, quer subjectivos, quer objecti-



vos, são pobres em variedade, mas de importância pela agudeza que muitas vezes revestem.

Tal como se pode deduzir das histórias clínicas de um relativo número de doentes que tivemos ocasião de observar na consulta externa do hospital onde trabalhamos, resumem-se assim os sintomas subjectivos:

Disfagia, que pode ser tão considerável que impeça o doente de se alimentar.

LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^o)

MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

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

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

”

Ceregumil Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal

*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA

Deposítarios: **GIMENEZ-SALINAS & C^a**

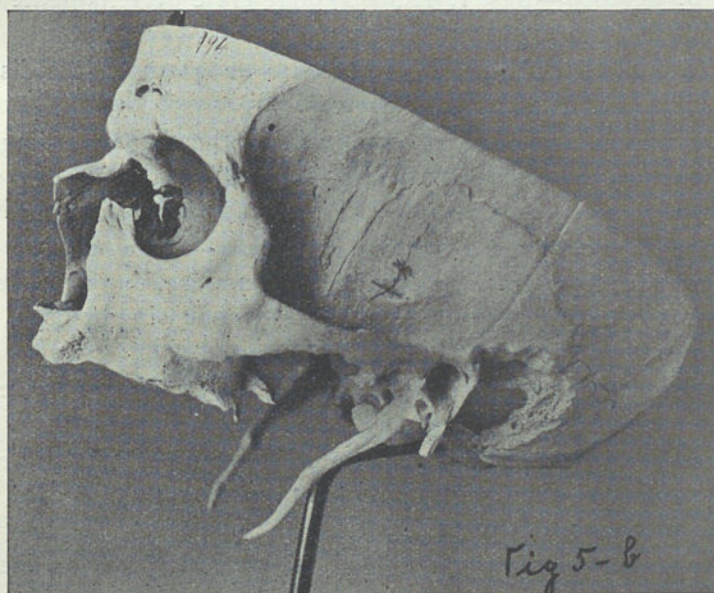
240, Rua da Palma, 246

LISBOA

Algumas vezes, direi mesmo, com mais freqüência, a disfagia é substituída por uma dor constante, com exacerbações, que se situa na face lateral do pescoço, profundamente, um pouco abaixo e adiante do ângulo do maxilar inferior.

Esta dor irradia muitas vezes para o ouvido.

Tal sintomatologia é explicável pela pressão e irritação provocada nos tecidos vizinhos pela extremidade de uma apófise es-



tiloideia longa, e anormalmente situada, e ainda pela irritação do nervo que passa na sua vizinhança — o glosso-faríngeo.

Esta sintomatologia é atribuída erradamente, muitas vezes, a uma faringite crônica, a uma amigdalite, a um reumatismo muscular, a uma ferida da mucosa bucal ou faríngea por partícula alimentar, a uma adenite cervical ou ainda a um estado neuropático.

Raramente se pensa na verdadeira causa.

¿ Quais são então os meios de diagnóstico de que dispomos?

A palpação bimanual e a radiografia.

Introduzindo o indicador direito ou esquerdo (conforme o lado

a considerar), na bôca, palpamos a região amigdalina, emquanto que a outra mão, abraçando o ângulo e ramo montante do maxilar inferior, comprime os tecidos de modo a tentar aproximá-los do dedo introduzido na bôca.

Uma longa apófise estiloideia existente é então perfeitamente palpável pelo dedo introduzido na bôca, ao mesmo tempo que o doente refere uma dor intensa no ponto considerado.

Esta constatação é confirmada pela radiografia (radiografia lateral do pescoço—figs. 1, 2, 3 e 4) onde ela é perfeitamente visível, quando anormalmente longa.

São dois os métodos de tratamento de que podemos dispor, libertando o doente das suas queixas.

Ou tentamos pela manobra bimanual indicada para o diagnóstico, fracturar a apófise estiloideia—para o que procuramos com o indicador a sua extremidade inferior, tracionando-a para a linha média e para cima até à fractura por flexão—o que muitas vezes se consegue, se se trata de uma delgada apófise, ou empregamos o processo cirúrgico, cuja técnica, de grande simplicidade, é a seguinte:

Infiltração da região amigdalina com um soluto a 1 % de novocaína-adrenalina.

Incisão vertical entre o pilar anterior e a amígdala (ou prévia tonsilectomia se a amígdala, pelo seu tamanho ou aderências, prejudica as manobras operatórias).

Preparação e afastamento dos feixes musculares (a incisão deve interessar só a mucosa) na altura do polo superior da amígdala até se descobrir a apófise estiloideia, que será libertada do seu perióstio a aquele nível, e seccionada.

Descolamento do perióstio até à extremidade inferior, onde se insere o conhecido grupo muscular e ligamentoso, e sua secção a este nível.

A ferida é suturada, sem drenagem, com três pontos de *cat-gut*. A técnica não oferece qualquer dificuldade ou perigo.

A carótida interna, a jugular interna e a maxilar externa, cruzando a região, não são perigos a considerar pois, a incisão se situa anteriormente àqueles vasos e é tão superficial que, mesmo no caso de anomalia de situação, particularmente da maxilar externa, não podem ser lesados.

As seqüências operatórias desta pequena intervenção não oferecem registro digno de menção.

Antes de terminarmos queremos referir-nos ainda à possibilidade de um outro aspecto patológico partido da apófise estiloideia, se bem que raríssimo e, por êsse facto, de escasso valor prático.

Estão descritos casos de osteomielite do temporal cujo foco primário teve a sua sede na apófise estiloideia e que progrediu ascendentemente.

Êste quadro patológico foi observado ou em casos de abcesso retrotonsilar, e como consequência dêle, ou ainda a seguir a uma tonsilectomia.

Depois do que fica dito supomos que a apófise estiloideia merece um pouco de atenção da parte do oto-rino-laringologista.

Nota. — Ao nosso mestre, Prof. VON EICKEN (Berlim) deixamos aqui expresso o nosso reconhecimento pelas facilidades que nos concedeu para a conclusão dêste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- A. DEUKER e O. KAHLER. — *Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.*
BARTH. — Ueber die durch einen P. Styloidens ausgelösten Beschwerden.
BYONACKER. — Behr langer P. Styloidens.
CARL VON EICKEN. — *Zeitschrift für Ohrenheilkunde.*
CARLO DOUDOLI. — Delle anomalie dell'aparato stiloioideo (Rafftonto anatomoradiologico).
EMIL GLAS. — Neuralgie des Tonsillargebietes durch übergrossen P. Styloidens.
G. CLAUS. — *Zeitschrift für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.* Band 33. 1933.
J. TENCER. — Ueber die operative Entfernung der übermässigen P. Styloidens des Schläfenbeins.
KABASHIMA (Tokio). — Longa apófise estiloideia.
LAURENT MOREAU. — Radiographie de l'apophyse styloïde.
P. MANGABEIRA ALBERNAZ. — *Revista oto-rino-laringológica de São Paulo.*
PETTERINO-PATRIARCA. — Apofisi stiloide die lunhezza anormale causa de disfagia.
TANTURRI. — Anomalie die ambedne i processi stiloidei in uno caso clinicamente studiato.

Revista dos Jornais de Medicina

Cifose infantil. (*Cyphose infantile*), por B. FREJKA (Brno, Checoslováquia).
— *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXV.
N.º 2. Págs. 110-124.

O dorso abaúlado e a má posição do corpo, na idade dos 4 aos 14 anos, podem ter causas várias, uma das quais a impermeabilidade permanente do nariz por vegetações adenóides, que impossibilita a respiração nasal e obriga à respiração bucal. Esta é superficial, o tórax fica na posição de expiração e fixa-se nela. Produz-se a cifose torácica, com o vértice na 6.^a ou 8.^a dorsais, de início livre e mais tarde rígida, deslocando a cabeça para a frente e para baixo, as espáduas para a frente, com eventual contractura dos peitorais; a parte ântero-superior do tórax achata-se, o ventre sobressai e a lordose lombar aumenta.

As vegetações adenóides existem, dos 5 aos 10 anos de idade, na proporção de 30 % a 63,7 %. O A. observou a posição do corpo acima descrita em 80 % de tôdas as crianças que tinham vegetações.

A profilaxia da cifose infantil por vegetações adenóides consiste na supressão operatória precoce dessas vegetações, na idade pré-escolar. Às vezes é necessário repetir a operação até que a permeabilidade do nariz seja perfeita. Após a intervenção as crianças aprendem a respirar de novo pelo nariz.

MENESES.

Sôbre um caso de tuberculose duma apófise transversa lombar. (*Sur un cas de tuberculose d'une apophyse transverse lombaire*), por MIROSLAR DELITCH (Kraljevica, Jugoslávia). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXV. N.º 4. Págs. 349-350. Julho de 1938.

A tuberculose da apófise transversa é extremamente rara. Sorrel, que tem a maior experiência do assunto, apenas viu um caso durante os dez anos em que esteve em Berck. O A. apresenta um caso em que essa lesão se juntava a uma espondilite tuberculosa dorso-lombar. A reprodução da radiografia é muito clara. Contentou-se, neste caso, em fazer um tratamento ortopédico, rejeitando a operação cirúrgica, visto que o processo não era isolado e a tuberculose dos corpos vertebraes era, certamente, de data anterior.

MENESES.

O **angioma vertebral**. (*L'angioma vertebrale*), por M. PALTRINIERI. — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. II. Págs. 141-153.

O A. refere cinco casos desta doença, ainda mal conhecida, pelo menos na clínica, pois as observações em peças anatómicas são mais freqüentes. Admite-se que os pequenos angiomas latentes sejam próprios dos velhos, enquanto os grandes angiomas que invadem os tecidos, nos indivíduos novos, são raros; as manifestações clínicas podem ser fenômenos de compressão ou dores. O diagnóstico só pode ser confirmado pela radiografia, que é característica: vértebra quasi sempre médio-dorsal, de contornos normais, e com forte estriação vertical e alguns pontos de rarefacção; discos intactos.

O tratamento, que deve ser ortopédico no caso de simples dores, pode ser cirúrgico no caso de compressão, mas, em virtude do grave risco de hemorragia, é prudente compensá-lo com uma tentativa de radioterapia.

MENESES.

A **condrite costal tífica**. (*La condritis costale tifica*), por VACCARI. — *La Chirurgia degli Organi di Movimento*. Vol. XXIII. Fasc. III. Págs. 291-306.

Posto-que não muito rara, a condrite costal tífica é pouco conhecida; a febre tifóide dá uma freqüência de complicações no esqueleto na percentagem de 0,31 % ou 0,84 %, mas neste número as lesões costais são poucas. O A. apresenta quatro casos, de pessoas entre os 35 e os 62 anos de idade, nas quais as lesões costais apareceram muitos meses e até mais de um ano após a infecção, sem que esta tenha sido especialmente grave. A localização era, em três casos, ao nível das baixas costelas, o que se explica pela vascularização mais rica, e uma vez na primeira costela. Interessava a cartilagem costal e às vezes propagava-se à costela e ao esterno, predominando ao nível do pericôndrio. Foi encontrado, duas vezes, directamente no pus o bacilo de Eberth, e em dois casos fistulados em que o exame directo não mostrou senão cocos piogêneos, as culturas do bacilo de Eberth foram positivas. Em dois casos, a radiografia foi negativa, e nos outros dois, mostrou erosões ao nível da costela ou do esterno. O sôro-diagnóstico foi sempre positivo. Dêste modo o diagnóstico foi fácil e, como tratamento, foi feita a raspagem ou ressecção dos focos condro-ósseos e injeção intravenosa duma auto-vacina.

MENESES.

As **osteoporoses e malácias do raquis no adulto**. (*Les ostéoporoses et malacies du rachis chez l'adulte*), por MARCEL LANCE, LUCIEN GIRARD e PIERRE LANCE (Paris). — *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*. Tômoo XXV. N.º 5. Págs. 385-448. Setembro de 1938.

São as seguintes as conclusões apresentadas pelos AA. no seu relatório para a XX reünião anual da Sociedade Francesa de Ortopedia e de Traumatologia, reünida em Paris, em Outubro de 1938:

Observam-se ao nível do raquis (como no resto do esqueleto) dois modos de reabsorpção da substância sólida do ósso:

1.^a — A osteoporose, que não aparece senão como exageração dum fenómeno normal, cuja importância varia com a idade ou com o processo patológico.

2.^a — A osteomalácia, que é uma verdadeira doença do esqueleto, cuja autonomia ao nível do raquis não parece discutível. Estes dois processos podem encontrar-se no velho, mas a osteoporose é infinitamente mais frequente. No adulto existem com variantes clínicas, que parecem poder grupar-se em osteoporose dolorosa, osteomalácia post-traumática (porque foi revelada na ocasião de um traumatismo) e a osteomalácia generalizada do raquis.

O estudo das osteopatias da fome pôs em evidência, duma maneira quasi experimental, a importância, nestes casos, das carências alimentares quantitativas e sobretudo qualitativas (vitaminas, lipóides, equilíbrio ácido-base).

A-par destas carências de origem exógena, é preciso atender às carências de origem endógena, ligadas a perturbações intestinais, a lesões hepáticas, renais, etc. O papel das glândulas endócrinas não parece preponderante, pois a sua deficiência parcial ou total reflecte-se generalizadamente em todo o esqueleto.

O diagnóstico de osteoporose «ideopática» ou de osteomalácia do raquis é um diagnóstico de eliminação, feito após exames minuciosos, radiográficos e sorológicos, dosagem de fosfatases, esta permitindo seguir a eficácia do tratamento.

Deve-se procurar uma recalcificação rápida, associando sais de cálcio e agentes fixadores. O emprêgo dos raios X não está contra-indicado e a sua acção sedativa não é para desprezar; o uso de um colete ortopédico é indispensável desde que haja deformidade da coluna.

MENESES.

O sulfato de magnésio na tosse convulsa. (*El sulfato de magnesia en la tosferina*), por EMILIO SOTO PRADERA. — *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría*. Tôm. X. N.º 4. Pág. 173. Abril de 1938.

O A. usou o sulfato de magnésio no tratamento da tosse convulsa em quarenta doentes, por via intramuscular, em solução a 10 0/0, 0,25 a 1,1 cc. por quilograma de peso.

Atualmente, recomenda de preferência o emprêgo da solução de sulfato de magnésio a 50 0/0, também por via intramuscular e na dose de 0,2 cc. por quilograma de peso.

Fundamenta esta predilecção nas seguintes razões: fácil manejo e satisfação da dose terapêutica; maior economia no seu uso; tolerância perfeita; menor volume de líquido a injectar; ausência de dor apreciável e de reacção inflamatória local.

Na série de casos que apresenta não havia a nefrite crónica, que contra-indica, teóricamente, o uso deste medicamento.

Em 72,5 0/0 dos casos a acção do sulfato de magnésio foi boa; nos restantes 25 0/0 fracassou. As injecções eram diárias e o seu número total entre quinze e vinte.

Não pretende o A. afirmar a infalibilidade do sulfato de magnésio no sin-

IODAMELIS LOGEAIS

Iodotânico estavel derivado da hamamelidina

GOTAS E COMPRIMIDOS

de 20 a 50 gotas ou 2 a 6 comprimidos por dia, as refeições

Doenças do aparelho circulatorio

Perturbações utero-ovarianas

Doenças do aparelho respiratorio e da nutrição

OPO - IODAMELIS LOGEAIS

Associação do iodotânico do IODAMELIS
com a organoterapia masculina ou feminina

COMPRIMIDOS

dose media : de 2 a 6 comprimidos por dia

FORMULA MASCULINA • FORMULA FEMININA

**Deficiencias endocrinianas Disendocrinoas da donzela
da idade madura e da mulher**

NAIODINE LOGEAIS

Solução estabilizada de iodeto de sodium quimicamente puro

SOLUÇÃO A : Injecções intramusculares de 20 a 40 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injecções endovenosas de 20 a 40 cc por dia.

Todo o sindroma doloroso agudo ou cronico

Nevraxites - Algias rebeldes

THIO - NAIODINE LOGEAIS

INJECTAVEL

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM
em solução injectavel

SOLUÇÃO A : Injecções intramusculares de 5 à 20 cc por dia.

SOLUÇÃO B : Injecções endovenosas de 10 a 40 cc por dia.

**A doença reumatica cronica,
quer que sejam a etiologia, a forma ou a sede**

THIO-NAIODINE COMPRIMIDOS

Complexo IODO - ENXOFRE - MAGNESIUM

associado aos saes de LITHINA e á VITAMINA B₁

Todas as doenças por carencia de enxofre

Reumatico cronico - Afeccões das vias respiratorias

Doenças do figado e da nutrição

LABORATORIOS JACQUES LOGEAIS, ISSY LES-MOULINEAUX - PARIS

AGENTES GERAIS E EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E COLONIAS :

A. GENIMEX FARMACEUTICA, L^{da}, 27, Rua Joao de Deus, VILA FRANCA DE XIRA



Lactéol

(BACILOS LÁCTICOS)

É apresentado sob as seguintes formas:

- COMPRIMIDOS E LIQUIDO** (ampolas de 5 cc.) — Enterites agudas e crônicas, Colites, Febres tifóides e tódas as perturbações de origem intestinal. Afecções da pele.
- LACTÉOL-PENSO** (ampolas de 10 cc.) — Chagas supuradas e estafeladas, Fleumões, Antrazes, Fistulas anais, Queimaduras, Chagas de diabéticos. Úlceras varicosas, etc.
- LACTÉOL-ÓVULOS** — Vulvo-vaginites, Leucorreias, Metrites, Ulcerações do colo e todos os estados inflamatórios.
- LACTÉOL-SUPPOSITÓRIOS** — Rectites, Prisão de ventre.
- PULVI-LACTÉOL** — Pensos das chagas e pensos ginecológicos em insuflações.
- RHINO-LACTÉOL** — Afecções nasais (Coriza, Rinites, Supurações, Ozena, etc.).

Laboratório do Dr. BOUCARD
30, Rue Singer, PARIS XVI.
Representante em Portugal: RAUL GAMA
Rua dos Douradores, 31, LISBOA

HAVAS



VIATOL

D'BOUCARD

O VIATOL é um fortificante e reconstituente natural que melhora o rendimento da nutrição e equilibra as funções vitais. Contém elementos biológicos naturais, necessários à saúde e à vida, evitando as perturbações que a sua falta causa ao organismo.

INDICAÇÕES: — Doenças crônicas — Convalescências — Fadiga geral — Depressão — Excesso de trabalho — Gravidez — Amamentação — Crianças débeis — Diabetes — Tuberculose — Perturbações da assimilação — Estados de desnutrição.

Laboratório do Dr. BOUCARD
30, Rue Singer, PARIS XVI.
Representante em Portugal:
RAUL GAMA
Rua dos Douradores, 31 LISBOA

toma tosse, mas as vantagens encontradas estão de acôrdo com trabalhos anteriores de autores argentinos.

MENESES.

Aspecto arteriográfico em dois casos de tumores malignos do sistema ósseo. (*Aspecto arteriográfico en dos casos de tumores malignos del sistema oseo*), por RAÚL PEREIRAS. — *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría*. Tôm. X. N.º 7. Págs. 377-386. Julho de 1938.

Apresenta o A. reproduções dos aspectos radiográficos de dois tumores malignos do sistema ósseo, prova esta que foi feita para assentar no diagnóstico radiológico.

Estuda-se a evolução clínica, radiológica e o exame anátomo-patológico em um dos casos, que foi operado, aparecendo mais tarde as metástases pulmonares, no coto e no outro fêmur. O A. faz considerações sobre os sinais vasográficos nos tumores malignos e o seu diagnóstico diferencial com os tumores benignos e com as inflamações agudas (osteomielite, osteíte tuberculosas) e crônicas do sistema ósseo (sífilis e tuberculose). Está de acôrdo com outros autores na necessidade de fazer da arteriografia um processo de rotina, devendo ser o mais precoce possível, pois a vasografia dá sinais muito antes da radiografia simples, e dando lugar a que a operação seja feita mais cedo. Recomenda o uso do Uroselectan B e do Perabrodil forte, com os quais se podem obter vasografias de grande contraste, sem haver necessidade de usar o Thorotrast.

É lamentável que na bibliografia não estejam citados os trabalhos portugueses da escola dos Profs. Egas Moniz e Reinaldo dos Santos, a que no texto se faz referência.

MENESES.

Sobre as funções da hipófise. (*Ueber die Funktionen der Hypophyse*), por A. JORES. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 20. 1938.

O A. tenta, com esta exposição, fazer uma síntese das investigações dos últimos anos no campo das funções da hipófise. Começa por dizer quão difícil é, mesmo para alguém que colaborou activamente no assunto, dominar todos os conhecimentos obtidos sobre a glândula a que Cushing chamou a «glândula mestra», e a seguir entra pròpriamente no estudo das suas funções, dividindo-as, para êste efeito, conforme a divisão anatômica, em funções do lobo anterior, do lobo médio e do lobo posterior.

Sobre as primeiras começa por indicar a origem das variadas hormonas dêste lobo; só as células cromófilas podem produzi-las e estuda-se ainda, dentro destas, a que espécie de células — eosinófilas ou basófilas — cabe tal produção; de observações clínicas feitas na acromegalia e na doença de Cushing resulta atribuirem-se a um grupo de hormonas eosinófilas: o factor do crescimento, a hormona tireotropa e as substâncias activas que intervêm no metabolismo do açúcar; e a um grupo de hormonas basófilas as seguintes: a corticotropa, as gonadotropas e as substâncias activas que intervêm

no metabolismo das gorduras. É ainda impossível classificar as restantes hormonas hipofisárias nestes dois grupos.

O A. divide-as em seguida, sob outro aspecto, em dois grandes grupos: o grupo das hormonas glandotropas, assim chamadas por estimularem as restantes glândulas endócrinas, e glândula mamária e o grupo das hormonas do metabolismo, menos conhecido. Quanto às primeiras, caber-lhes-ia o papel principal das correlações endócrinas e, a respeito das segundas, cabe mesmo perguntar em que grau são específicas do metabolismo, visto não dever esquecer-se quão grande é já a influência indirecta das hormonas glandotropas sobre este.

Apura-se, por outro lado, que entre as do segundo grupo a hormona contra-insular de Luckes, por exemplo, actua por via da medula das cápsulas supra-renais, não sendo, assim, uma hormona contra-insular, mas, sim, uma hormona adrenalotropa. E factos parecidos, quanto às outras hormonas do metabolismo.

A existência da hormona hipofisária do crescimento, há tanto tempo conhecida, segundo Evans e Long (1921), é agora posta em dúvida por outros autores; parece que a acção de crescimento do lobo anterior da hipófise será mais o efeito da harmonia das diferentes hormonas glandotropas do que de um produto específico.

Estes e outros resultados recentes da investigação levam o A. a chegar à conclusão de que a totalidade das acções metabólicas do lobo anterior da hipófise é de natureza indirecta, embora alguns factos isolados ainda o contradigam. A seguir, o A. cita o esquema apresentado em comunicação precedente acerca da importância do lobo anterior da hipófise no sistema de correlações endócrinas e completa-o acrescentando-lhe a regulação nervosa; a hipófise seria um dos pontos de «comutação» em que estímulos nervosos podem ser transformados em estímulos hormonais e vice-versa; depois o A. considera o esquema ainda sob outro aspecto e diz que, considerando não a hipófise, mas as glândulas periféricas como «motores», aquela teria afinal a missão de harmonizar e de regular a actividade destas. Acentua, em seguida, o papel da constituição individual no quadro das afecções endócrinas.

Sobre as funções do lobo médio começa por dizer que este é o local de formação — no animal — da hormona pigmentar e que esta hormona existe em quantidades consideráveis na hipófise humana, onde se forma, em parte, nas células basófilas do lobo anterior. Sobre as funções desta hormona nos mamíferos e no homem em especial, sabe-se ainda muito pouco. O A. julga, contrariamente a outros, caber-lhe uma função e, por observações curiosas, que relata, conclue que esta hormona é a transmissora de estímulos luminosos ao sistema hormonal. A luz teria assim, além da sua conhecida influência externa no homem, especialmente sobre a pele, uma intervenção sobre o sistema endócrino e, por esta via, sobre muitos processos vitais.

No capítulo das funções do lobo posterior, o A. divide as hormonas produzidas por este em três componentes: a ocitocina, a vasopressina e a adiu-retina, de estreito parentesco químico.

Vários factos depõem a favor do ponto de ataque destas hormonas se situar nos centros diencefálicos. Outro ponto de ataque é periférico, na mus-

culatura lisa. Por último, o A. discute o problema de, se à reünião das três partes da hipófise, corresponde ainda um certo conjunto funcional, ou se se trata de um acaso anatómico, como se presume, por exemplo, para o conjunto medula-córtex das cápsulas supra-renais.

OLIVEIRA MACHADO.

Aoerça do diagnóstico bacteriológico rápido da difteria. (*Zur Bakteriologischen Schnellidiagnose der Diphtherie*), por WALTER HELMREICH. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 26. 1938.

Sendo os resultados terapêuticos na difteria tanto melhores quanto mais cedo se fizer a injeção de sôro, compreende-se a necessidade de um diagnóstico bacteriológico o mais rápido possível. O A., citando primeiro os dois meios de cultura que habitualmente são usados em todos os laboratórios, o sôro de Löffler e, mais recentemente, a placa de Clauberg, que apenas permitem uma resposta, na maior parte das vezes, só depois de oito a doze horas ou no dia seguinte, descreve um método que tentou elaborar e que lhe permite fazer, quasi sempre nas primeiras duas a três horas, o diagnóstico bacteriológico de um exsudado. Experimentando primeiro, para o seu meio de cultura, soros de diferentes animais, inclusivé do homem, chegou à conclusão de ser o da vaca superior aos outros; acrescentou-lhe diversas substâncias e, no fim de centenas de pesquisas, assentou num meio de cultura assim constituído: 3 cc. de sôro de vaca, 1 cc. de um caldo de glicose a 1 0/0, 2 cc. de uma solução de acetato de sódio a 1 0/0.

Com êste líquido nutritivo embebem-se tampões de algodão esterilizado, que logo a seguir se metem nos respectivos tubos de vidro e se aquecem em banho-maria, a 80º a 90º durante meia hora, a-fim de coagular o sôro. Fica assim preparado um meio de cultura na própria zaragatoa que, colhido o exsudado, se leva à estufa. Fazem-se depois esfregaços em lâminas.

O A. fêz experiências comparativas, cujos resultados apresenta; ao passo que com o seu método obtém sessenta e quatro respostas positivas em setenta e nove casos de difteria logo nas primeiras duas a três horas, usando os meios de cultura de Clauberg e Löffler só passadas oito horas começa a obter a maioria das respostas positivas.

Estes resultados levam o A. a aconselhar o uso do seu processo juntamente com o dos habituais, cujo valor está, aliás, fora de discussão.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre o tratamento da difteria tóxica pelas vitamina C e hormona do córtex das cápsulas supra-renais. (*Zur Behandlung der Toxischen Diphtherie mit C-vitamin und Nebennieren-Rindenhormon*), por DIECKHOFF e SCHÜLER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 27. 1938.

Os AA. começam por dizer que não há uma opinião uniformemente favorável sôbre a influência de um tratamento combinado de vitamina C-hormona do córtex da cápsula supra-renal na difteria. Relatam as pesquisas e conclu-

sões discordantes de alguns investigadores, pois enquanto que uns assinalam bons resultados no decurso de difterias graves, outros não conseguem verificar qualquer influência favorável pelo tratamento em questão.

A seguir os AA. descrevem as pesquisas que levaram a efeito desde o verão de 1936, num apreciável número de doentes, aos quais administraram, além do correspondente sôro curativo, vitamina C + hormona cortical (Cortidyn) por via endovenosa. Todos os casos eram, exclusivamente, de grave difteria tóxica e, para apreciação dos resultados terapêuticos, foram adoptados vários critérios: o efeito sôbre o estado geral das crianças doentes, sôbre a diátese hemorrágica, sôbre o aparecimento de miocardites e paralisias post-diftéricas e, finalmente, a mortalidade.

Pois, sob todos estes pontos de vista, só a diátese hemorrágica se mostrou influenciável de forma altamente favorável a esta terapêutica combinada. Quanto à mortalidade, mostrou-se aproximadamente igual à dos casos tratados apenas com sôro curativo, pois na tabela IV mostram os AA. que, ao passo que foi de 51 % nos doentes tratados com vitamina-hormona, atingiu uma percentagem de 57 % nos tratados só com sôro.

Os AA. explicam, em seguida, porque é que outros chegaram a conclusões diferentes e expõem a opinião de ser a vitamina C o factor capaz, só por si, de actuar favoravelmente nas difterias tóxicas sôbre a diátese hemorrágica, que seria, afinal, avitaminótica.

Neste sentido depõem as observações de Otto, que, em quarenta e dois casos de difteria a que injectou ácido ascórbico, sempre verificou uma nítida influência dêste sôbre a tendência hemorrágica, mas não sôbre as complicações ou a mortalidade.

OLIVEIRA MACHADO.

Acroa da terapêutica da doença de Simmond. (*Zur Therapie der Simmondsschen Krankheit*), por GÜNTHER STRAUBE.—*Klinische Wochenschrift*. N.º 29. 1938.

O A. apresenta as suas experiências terapêuticas em duas doentes, depois de ter lido a publicação de um caso de caquexia de Simmond, da clínica de Assmann, resistente à terapêutica pela hormona do lobo anterior da hipófise. Descreve primeiro a sintomatologia e o resultado da observação clínica de uma menina de 14 anos de idade, e depois, circunstanciadamente, a terapêutica que levou a efeito; só no fim de várias tentativas é que obteve um efeito retumbante com a combinação de hormonas dos lobos anterior e posterior da hipófise (Préloban e Tonephin) e de cápsulas supra-renais (Pancortex), a que juntou, ainda, um preparado de vitamina C. A doente passou a ter um aumento de pêso de 2 a 3 quilos por semana e desenvolveu-se normalmente, física e psiquicamente. Suspendendo-se esta terapêutica de substituição, logo havia nova queda do pêso.

No segundo caso trata-se de uma doente de 27 anos de idade, à qual o A. applicou uma terapêutica idêntica à que tão bons resultados dera na primeira, mas, desta vez, procedendo sistematicamente, a-fim-de poder verificar qual das combinações hormonais é mais activa. Administrou primeiro Préloban,

depois Préloban + Tonephin, com que a doente aumentou apenas 1.100 gr. e, por último, acrescentou córtex de cápsulas supra-renais (Iliren) o que provocou uma mudança decisiva, com aumento imediato e constante de pêso.

De ambas as observações resulta, portanto — segundo palavras do próprio A — uma falha da terapêutica pura de lobo anterior, um êxito mínimo e passageiro da combinação de preparados de lobo anterior e lobo posterior da hipófise e uma reacção quasi brusca à combinação de hipófise total com córtex supra-renal.

Estes resultados confirmam a impressão de que na doença de Simmond não se trata apenas de uma perturbação da função do lobo anterior da hipófise, mas, sim, de uma unidade clínica mais complexa na sua patogenia.

OLIVEIRA MACHADO.

O tratamento médico das fistulas pleuro-pulmonares de natureza tuberculosa. (*Sul trattamento medico delle fistole pleuro-polmonari di natura tubercolare*), por G. BOTTARI. — *Annali dell'Istituto Carlo Forlanini*. Ano II. N.º 5 e 6. 1938.

São apresentados sete casos de pio-pneumotorax por fístula pleuro-pulmonar, e cujo tratamento consistiu, nos seis primeiros, na aspiração brusca e intensa da cavidade pleural e consecutiva permanência desta aspiração no sétimo, como técnica da obliteração da fístula, depois do que, em geral, com lavagens anti-sépticas se resolve favoravelmente a supuração pleural. Foi Redaelli quem, primeiro, preconizou o método da aspiração brusca do ar intra-pleural como capaz de criar, momentaneamente, uma negatividade pleural de tal ordem que a parte mais profunda do trajecto fistuloso, aquela menos atacada pelo processo específico e portanto mais elástica, seja atraída para o lado da pleura, de modo a obliterar por um mecanismo de hérnia retrógrada, do interior para o exterior, o orifício pleural da fístula. Por êste mecanismo, ou por um outro, o facto é que se obtem uma certa percentagem de casos favoráveis, quando se aplica êste método; quando êle falha, e assim aconteceu ao sétimo do A., aconselha êste a aspiração permanente, por bomba de água, que mais tarde ou mais cedo levará à cura da formação fistulosa; então o mecanismo de obliteração é diferente, e explicar-se-ia pelo conceito de Monaldi, que o A. aceita, traduzido pela idea de que, quando se realiza a aspiração, se provoca um alongamento da fístula de modo a produzir ao seu nível uma espécie de mamilo superficial; uma vez realizada a obliteração por ajustamento das paredes da fístula, o mamilo retrai-se, à maneira de bôlsa de tabaco, porque então é mais fácil a distensão do parênquima são circunvizinho. Finalmente, lembra o A. que a aspiração súbita e momentânea ou a aspiração permanente não são métodos a aplicar em todos os casos; refere-se ao ponto de vista de Morelli, que aconselha a hiper-pressão pleural, quando não haja aderências que impeçam um colapso forçado.

Alonga-se depois o A. em algumas considerações sôbre a patogenia e a anatomia patológica das fístulas pleuro-pulmonares, para acentuar por úl-

timo que o resultado terapêutico, melhor ou pior, também em grande parte depende da sede da fístula: apical, médio-torácica e basilar.

Em geral, as primeiras são as mais difíceis de curar e as mais fáceis as segundas, mas há sempre uma série de factores locais, quer pulmonares, quer pleurais, que são os que, principalmente, dominam a conduta terapêutica e influenciam mais ou menos predominantemente o resultado final de cada caso.

J. ROCHETA.

Contribuição ao estudo das novas manifestações evolutivas do pulmão submetido a pneumotorax total ou subtotal electivo. (*Contributo allo studio delle nuove manifestazioni evolutive nel pulmone sottoposto a pneumotorace totale o subtotale elettivo*), por S. GUNELA. — *Annali dell'Istituto Carlo Forlanini*. Ano II. N.º 5 e 6. 1938.

Analisa o A. as várias hipóteses que permitem explicar o aparecimento de novos focos específicos no pulmão submetido ao pneumotorax total ou subtotal electivo, de que apresenta quatro casos.

Em sua opinião, as novas lesões evolutivas devem, na maior parte dos casos, ser devidas ao colapso insuficiente da base, parcialmente aderente ao diafragma, o que impede o repouso óptimo dessa zona, realizando-se nessas condições a disseminação por via aspirativa, broncógena. Dá, portanto, maior valor à teoria mecânica da tisiogénese, que vê nos movimentos da respiração o seu principal elemento de extensão e propagação. Não nega, todavia, valor aos factores alérgicos, que podem, por vezes, ser predominantes, criando, assim, possibilidade numa disseminação hematógena, principalmente nos casos de colapso efectivamente total.

A apresentação dos seus casos serve pois e principalmente para chamar a atenção para a necessidade dum colapso não hipotensivo, que últimamente tem sido assunto de numerosas discussões, e cuja generalização não deve aceitar-se sem reservas; e, ao mesmo tempo, mostrar os bons resultados terapêuticos obtidos nos seus casos, que após os sinais de pioras, manifestados durante o aparecimento dos novos focos, tornaram a apresentar uma marcha no sentido curativo, uma vez instituídas pressões endo-pleurais mais fortes; quando estas foram insuficientes para o descolamento total da zona pulmonar diafragmática, uma frenicectomia conduziu ao mesmo resultado.

J. ROCHETA.

Sintomas cardíacos na anemia. (*Herzsymptome bei Anämien*), por A. VESA. — *Acta Medica Scandinavica*. Supplementum LXXXIX. 1938.

A experiência tem mostrado que doentes com anemia perniciosa apresentam, com frequência, perturbações do sistema circulatório, e sabido como a insuficiência coronária, por anoxia do miocárdio, provoca as lesões de todos conhecidas, pode perguntar-se, particularmente, se aquêl tipo de anemia não será capaz, por seu lado, de criar alterações do músculo cardíaco por um

mecanismo idêntico — transporte insuficiente do oxigénio sanguíneo. Nestas circunstâncias, restava ainda saber se a anoxia aumentava após o esforço, o que de resto deve depender do grau de anemia, da elasticidade dos vasos coronários, etc.

Os doentes escolhidos para êste estudo foram submetidos ao exame electrocardiográfico, em repouso e depois da prova do esforço; representavam diferentes tipos de anemia, num total de trinta. Na anamnese verificava-se muitas vezes astenia e cansaço, palpitações e dispneia de esforço; dores que semelhavam as do angor, só num caso. Sob o ponto de vista clínico, raras vezes sinais de estase; sopro sistólico freqüente, principalmente ao nível da pulmonar, com refôrço do 2.º tom, ao mesmo nível. Em geral, a radiografia mostrava a área cardíaca aumentada, mas sem configuração mitral.

O electrocardiograma dos casos atrás mencionados mostra que a anemia poucas alterações provoca, de resto quasi insignificantes. A anemia perniciosa parece, por outro lado, provocar alterações cardíacas de menor intensidade que as outras anemias; nalguns casos observam-se, após o esforço, as alterações típicas da insuficiência coronária, mas duma maneira menos intensa do que na esclerose coronária.

J. ROCHETA.

O diagnóstico e tratamento das extra-sístoles. (*On the Diagnosis and Treatment of Extrasystoles*), por H. BJERLÖV. — *Acta Medica Scandinavica*. Supplementum LXXXIX. 1938.

O interêsse do artigo está no facto do A. afirmar a eficácia na quinina ou quinidina só nas extra-sístoles auriculares, não devendo, por isso, ser esta droga prescrita nas extra-sístoles ventriculares, as quais, pelo contrário, são favoravelmente influenciadas por pequenas doses de dedaleira — cinco centigramas duas a três vezes por dia — medicamento que, por sua vez, não é de aconselhar nas extra-sístoles das aurículas.

As raras extra-sístoles sinu auriculares não requerem tratamento; quando muito, sedantes nervosos. Acentua a importância do tratamento indirecto, quando há perturbações de outros órgãos, que podem, como é sabido, ser as causadoras da aritmia cardíaca: a colite, dispepsia fermentativa, meteorismo em geral, etc.

J. ROCHETA.

O efeito dos compostos de adenosina na taquicardia paroxística. (*Effect of the Adenosin Compounds on Paroxysmal Tachycardia*), por L. KALOJA. — *Acta Medica Scandinavica*. Supplementum LXXXIX. 1938.

Desde que, em 1929, Dryry e Szent-Györgyi isolaram do músculo cardíaco um composto adenósico, que parece desempenhar um importante papel no seu metabolismo, começaram de vários lados as experiências para lhe determinarem a acção fisiológica e terapêutica. Os compostos de adenosina têm, de-facto, uma acção importante na função cardíaca; experimentalmente, quando são administrados por via endovenosa, verifica-se uma baixa da fre-

quência do coração, com dilatação vascular periférica, incluindo as coronárias; têm, pois, um efeito paralisante sobre o tecido muscular liso; em geral a sua duração é muito breve, de um a dois minutos.

O poderoso efeito dos compostos de adenosina também tem sido verificado no homem, e se bem que as opiniões dos diversos autores varie em certos detalhes, o efeito geral parece ser o seguinte: imediatamente após a injeção intravenosa dá-se uma sensação de peso no peito, a respiração torna-se mais profunda e muitas vezes todo o corpo se sente quente; a seguir há palpitações e taquicardia, que, de resto, não excede, em geral, um minuto e talvez seja em grande parte de natureza psíquica. Vem depois bradicardia, tanto mais pronunciada quanto maiores foram as doses empregadas; esta, por sua vez, dura, em regra, um a três minutos. Além disto, esta substância exerce também influência sobre a condução intra-cardíaca, aumentando o intervalo P-Q, podendo, conforme as doses, resultar até um bloqueio aurículo-ventricular; ao mesmo tempo a onda T diminui de voltagem. No caso de lesões cardíacas, qualquer destes fenômenos pode ser produzido por doses relativamente pequenas.

As investigações do A. confirmam plenamente o que ficou atrás dito acerca do coração humano.

Pelo que se refere ao valor terapêutico dos compostos de adenosina, pode esperar-se, devido à sua acção bradicárdica, um efeito favorável na taquicardia paroxística; na literatura médica há apenas, a este respeito, dois casos. O A. refere, por sua vez, um caso, com bons resultados, mas abstem-se de tirar conclusões gerais.

J. ROCHETA.

A pericardite fibrosa e seu tratamento operatório. (*Die Schwierige Perikarditis und ihre operative Behandlung*), por E. TENGWALL. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXXI. Fasc. II-III. 1938.

Apresenta o A. uma série de sete casos de pericardite fibrosa, tratados cirurgicamente, com descolamento manual dos folhetos pericárdicos. Sob o ponto de vista de prognóstico post-operatório, entende, pela observação dos seus casos, que pouco se pode esperar desta intervenção, quando, além da fibrose adesiva, se encontram placas calcáreas no pericárdio (pericardite calcárea); dos seus sete casos, quatro eram desta natureza e dêles faleceram três após a operação. Pelo contrário, quando se trata de fibrose simples, os resultados são mais animadores, como se verifica com os três casos restantes, que todos melhoraram, a ponto de poderem, em grande parte, reocupar a sua antiga profissão. Evidentemente o resultado final depende, em grande parte, das alterações concomitantes do miocárdio e da influência que podem exercer sobre êle os medicamentos toni-cardíacos a aplicar depois da operação; há ainda que tomar em particular atenção até que ponto pode atingir o descolamento do pericárdio. Para fazer regressar a ascite e o edema é absolutamente necessário que aquêle atinja a embocadura das duas cavas.

As operações foram tôdas feitas com anestesia local.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Hospitais Civis de Lisboa

O decreto que reorganizou os quadros dos Hospitais Civis de Lisboa sofreu uma modificação parcial.

Assim, nos quadros de fisioterapia do Manicómio Bombarda e dos serviços de hospitalização anti-rábica e anti-diftérica do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, os actuais funcionários que não tenham as condições necessárias para o preenchimento de lugares das categorias superiores, collocar-se-ão em igual número de lugares das categorias inferiores, custeando-se os respectivos vencimentos pelas verbas disponíveis daqueles lugares.

Criam-se, no Hospital de S. José, os seguintes serviços: «Cândido Loureiro» (especialidade de oftalmologia); «Teixeira Marques» (especialidade de oto-rino-laringologia) e «Bordalo Pinheiro», cirurgia (destinado a traumatologia).

Os dois primeiros têm a sua sede nas actuais consultas e hospitalizarão os doentes nas salas dos serviços gerais que forem designados, até que lhes possa ser dada instalação privativa, e o terceiro instalar-se-á nas salas onde presentemente se internam os doentes operados no Banco, e enquanto não forem adaptadas, poderá a sua instalação fazer-se à custa de salas de outros serviços.

Os lugares de neurologistas poderão ser providos por transferência dos facultativos do quadro dos médicos, a seu pedido, e ouvido o conselho técnico. Quando as transferências não possam efectivar-se, abrir-se-á concurso de provas documentais e práticas, nos termos do respectivo regulamento.

As nomeações dos facultativos dos quadros dos serviços clínicos e laboratoriais far-se-ão por contrato, após a prestação de provas. O primeiro concurso para o provimento dos lugares de cirurgiões abrir-se-á para seis vagas.

I Congresso Médico de Lourenço Marques

De 8 a 14 de Setembro realizou-se, em Lourenço Marques, o I Congresso Médico, cuja presidência de honra coube ao Governador Geral da Província,



e a presidência da comissão executiva ao Dr. Vasco Palmeirim, chefe de serviço de saúde daquela colónia. O secretário geral foi o Dr. Abel de Carvalho.

A recepção aos congressistas portugueses e estrangeiros foi no Hotel da Polana, na quinta-feira, 8 de Setembro; na sexta-feira, de tarde, houve *garden-party* no Jardim Municipal Vasco da Gama e à noite representação teatral; no sábado, arraial à moda do Minho, com fogo de artifício; no domingo, à tarde, banquete, e à noite regata organizada pelo Clube Náutico; na segunda-feira, de tarde, torneio de *golf*, jogo de *tennis* e passeio de avião, e à noite, banquete; na terça-feira, 13, baile.

As reuniões científicas realizaram-se sempre de manhã, às 8,30, no edifício da Maternidade, do Hospital Miguel Bombarda. Além das sessões plenárias, houve as reuniões das secções de Medicina, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde pública e Especialidades, e apresentação diária de casos de medicina e cirurgia, no hospital.

À secção de Medicina presidiu o Dr. Alberto Soeiro, secretariado pelo Prof. N. H. Craib. Na secção de Cirurgia presidiu o Dr. Gouveia Pinto, secretariado pelo Dr. J. J. Levin. Na secção de Ginecologia e Obstetrícia presidiu o Prof. W. Gordon Grant, secretariado pelo Dr. James Black. Na secção de Saúde pública presidiu o Dr. Jacinto de Sousa e serviu de secretário o Dr. C. P. Anning.

Algumas das comunicações apresentadas foram as seguintes:

«Supurações bronco-pulmonares específicas», pelo Prof. F. Gentil e Dr. Nunes de Almeida; «Iodo-broncografia no diagnóstico das afecções pulmonares», pelo Prof. João Pôrto; «Malária», pelos Profs. Froilano de Melo, Máximo Prates e Dr. Alberto Soeiro; «A alimentação do europeu na África do Sul», pelo Prof. Sober; «A toxemia nas doenças da tiroideia», pelo Prof. C. Saint; «Patologia da artéria pulmonar», pelo Prof. João Pôrto; «A importância da angiopneumografia na interpretação das radiografias pulmonares», pelo Prof. Lopo de Carvalho; «As levuloses na patologia humana», pelo Prof. Froilano de Melo; «Azotemias extra-renais», pelo Dr. Mário de Andrade; «Tratamento das amibiases pelas injeções intravenosas de Yatren», pelo Dr. Mário de Andrade; «A via arterial em cirurgia», pelo Dr. Gouveia Pinto; «Pneumotorax extrapleurar», pelo Dr. Afonso Pais; «Algumas considerações acerca do tratamento das úlceras gástricas e duodenais» e «A assistência médica ao indígena na colónia de Moçambique», pelo Dr. Vasco Palmeirim; «A assistência médica à criança na idade escolar», pelo Dr. Frank Martins; «Nota prévia sobre o estudo dos tumores malignos do fígado nos indígenas de Moçambique», pelo Dr. Manuel Prates; «Alimentação do povo banto», pelo Dr. F. W. Foz; «Grupos sanguíneos em África», pelo Dr. R. Eldsdon-Dew; «Doseamento nas curas pelos banhos de sol», pelo Prof. Grober; «Diagnóstico radiológico das úlceras do estômago e do duodeno», pelo Dr. J. Simões Ferreira; «Electrocirurgia», pelo Dr. Rosa de Oliveira; «Incidência da tuberculose cirúrgica nos não-europeus no hospital de Joanesburgo», pelo Dr. G. T. du Toit; «Proctite venérea e seu tratamento cirúrgico», pelo Dr. L. F. Freed; «Progressos recentes no estudo das doenças da circulação periférica», pelo Prof. C. Saint; «Radiodesvios do útero», pelo Dr. E. E. Crichton; «O nascimento de quatro gémeos», pelo Dr. F. G. Edwards; «Notas sobre o

contrôle da malária na África Tropical», pelo Dr. Alberto Soeiro; «Notas sobre a entomologia da malária nas regiões tropicais e subtropicais de África», pelo Dr. Botha de Meillon; «Aspectos da helmintíase», pelo Dr. Jacinto de Sousa; «O perigo da febre amarela em África», pelo Dr. G. A. Park Ross; «Animais selvagens portadores de infecção», pelo Dr. G. Kock; «Epilepsia e seu tratamento», pelo Dr. Morris J. Cohen.

XXV Congresso Francês de Medicina

Por motivo dos últimos acontecimentos políticos europeus, o XXV Congresso Francês de Medicina, que devia reunir-se em Marselha de 26 a 28 de Setembro, foi adiado para 10, 11 e 12 de Novembro.

Pede-se aos inscitos que retenham estas datas e aos novos membros que se dirijam, para quaisquer esclarecimentos, ao Secretário Geral, Prof. H. Roger, 66, Boulevard Notre-Dame, Marselha.

As inscrições podem enviar-se por cheque postal ao XXV Congresso Francês de Medicina, 43, rua Saint-Jacques, Marselha C. C. n.º 475, 62.

II Congresso Internacional Médico para o Estudo Científico do Vinho e da Uva

Nos dias 17, 18 e 19 de Outubro realizou-se, em Lisboa, o II Congresso Internacional Médico para o Estudo Científico do Vinho e da Uva. Presidiu o Prof. Celestino da Costa, secretariado pelos Drs. Heitor da Fonseca e Mário Rosa. As sessões efectuaram-se na Faculdade de Medicina de Lisboa.

O programa dos trabalhos foi o seguinte :

Dia 17, às 10 horas. — 1.ª Sessão. Relatório do 1.º Tema : Drs. Weissenbach, Dreyfus e Lamotte, «O vinho e o sumo da uva nas doenças infecciosas agudas». Comunicações : Dr. Heitor da Fonseca, «O vinho em cirurgia»; Drs. Rafael Franco e Carlos Santos, «O vinho na coleciatografia».

Dia 18, às 9,30. — 2.ª Sessão. Relatório do 2.º Tema : Dr. Mário Rosa, «Papel fisiológico do Vinho e da Uva no metabolismo humano». Comunicações : Prof. Toscano Rico, «Acção de alguns esteres sobre diversos órgãos isolados»; Dr. Malafaia Baptista, «Influência dos alcoóis etílicos e propílicos e de alguns esteres etílicos sobre a proteólise da pepsina *in vitro*»; Dr. Ernesto Roma, «O vinho na diabetes».

Dia 19, às 10 horas. — 3.ª Sessão. Relatório do 3.º Tema : Prof. Puntoni, «O vinho, o vinismo e o alcoolismo». Comunicações : Dr. D. Salvador da Cunha, «O vinho na alimentação da criança»; Dr. Adriano Burguete, «O vinho que devemos beber e como devemos bebê-lo»; Dr. Armando Narciso, «A cura uval nas estações termais e climáticas portuguesas».

Medalha do Prof. L. M. Pautrier

Constituiu-se uma comissão de colegas, amigos e alunos, a-fim-de oferecer ao Prof. Pautrier uma medalha como homenagem aos seus vinte anos de ensino em Estrasburgo. Esta medalha será entregue ao Prof. Pautrier por ocasião da sessão especial da Reunião Dermatológica de Estrasburgo, em 14 de Maio de 1939.

Qualquer inscrição de quantia não inferior a 100 frs. dá direito a um exemplar da medalha.

Pede-se que as inscrições se remetam o mais cedo possível para o Dr. Frédéric Woringer, Clinique Dermatologique, Strasbourg, Cheque Postal: Strasbourg 114.38.

Instituto Português de Oncologia

No Instituto Português de Oncologia, por iniciativa do seu director, Prof. F. Gentil, realizou-se, durante o mês de Outubro, uma série de lições sôbre o cancro e seu tratamento.

O programa das lições foi o seguinte :

Dia 12 — «A luta anticancerosa», pelo Prof. José Goyanes.

Dia 15 — «O rádio e os seus métodos de aplicação», pela Dr.^a Simone Laborde (Paris).

Dia 17 — «O cancro do útero», pela Dr.^a Simone Laborde (Paris).

Dia 20 — «O problema do cancro do estômago», pelo Prof. H. Cramer (Berlim).

Dia 22 — «O problema dos tumores do tórax», pelo Prof. H. Cramer (Berlim).

Dia 30 — «O hospital na luta contra o cancro e em especial o papel da radioterapia», pelo Prof. H. Holthusen (Hamburgo).

Dia 31 — «A radioterapia dos cancros laringo-faríngeos», pelo Prof. H. Holthusen (Hamburgo).

Esta série de lições foi realizada com o auxílio da Comissão de Iniciativa Particular de Luta contra o Cancro, que tomou sôbre si o encargo do curso, e destinou-se ao pessoal médico do Instituto, aos radiologistas portugueses e aos médicos que se interessam pelo problema do cancro.

Curso de Hidrologia

No Instituto de Hidrologia de Lisboa abriu-se a matrícula para o Curso de Hidrologia e Climatologia, que poderá ser frequentado por médicos e quintanistas de medicina.

Maternidade de Júlio Deniz

Publicou-se um decreto que institue, na cidade do Pôrto, em edificio já construído expressamente para êsse fim e sob a direcção técnica da respectiva Faculdade de Medicina, a Maternidade de Júlio Deniz, que ficará dependente, administrativamente, da Direcção Geral de Assistência e constituirá um centro de assistência médico-social, competindo-lhe, especialmente, a hospitalização obstétrica, ginecológica e dos recém-nascidos, consultas de obstetria e ginecologia e a assistência obstétrica domiciliária. Além destas modalidades de assistência, funcionará junto da Maternidade um dispensário servido por um corpo de enfermeiras especializadas que exercerão ao mesmo tempo as funções de visitadoras. Êste dispensário fica sob a direcção dum médico, que superintenderá em tôdas as secções, e ao qual incumbe, além de uma função propriamente médica, promover a defesa dos direitos das mães e filhos abandonados que nêle tenham sido inscritos, de acôrdo com os serviços das Tutorias de Infância e da Obra de Defesa da Família.

O director será nomeado pelo Govêrno entre o corpo docente da Faculdade de Medicina do Pôrto. Haverá um conselho administrativo e outro técnico.

Emquanto não estiver a funcionar o hospital escolar da Faculdade de Medicina do Pôrto, utilizar-se-á a Maternidade de Júlio Deniz como centro de investigação científica e de ensino de obstetria, ginecologia e pediatria, de modo que se não estorva o funcionamento normal da instituição.

Medicina colonial

Por determinação ministerial, a média do curso de medicina para efeito da classificação no concurso para o provimento das vagas de médico, existentes no quadro comum dos serviços de saúde do Império Colonial Português, é a dos exames de estado para os candidatos que terminaram o seu curso ao abrigo da legislação anterior a 1930.

— Para o lugar de chefe dos Serviços de Saúde de Malange nomeou-se o major-médico Dr. Leite Bastos.

— Concluíram-se já as obras do hospital da cidade de Moçambique, que fica o segundo hospital da colónia.

— Está a executar-se, em Lourenço Marques, uma nova rede de esgotos, conforme o projecto ultimamente aprovado pela Direcção dos Serviços de Saúde e Higiene da colónia de Moçambique.

— Aprovou-se o projecto e orçamento, na importância de 2.976.000,000, para a construção de um pavilhão do grupo de enfermarias para indígenas no Hospital Central Miguel Bombarda, de Lourenço Marques.

— Para o cargo de médico da Direcção dos Serviços dos Portos, Caminhos de Ferro e Transportes de Moçambique, contratou-se o Dr. António Almiro do Vale.

Luta contra o sezonismo

Inaugurou-se, em Ponte de Sôr, um pôsto anti-sezonático que abrange o concelho de Aviz e parte dos de Abrantes e Gavião. O pôsto é dirigido pelo Dr. Álvaro Ramos.

Médicos portugueses no Brasil

Na Sociedade Nacional de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro ventillou-se o problema criado pelos médicos portugueses residentes no Brasil que desejam exercer ali clínica. O assunto está a ser estudado por uma comissão nomeada especialmente para esse fim.

Louvores

Louvaram-se os médicos civis Drs. Júlio Rosário Costa e José Júdice Samora Gil, pelos serviços clínicos gratuitos que de há muito vêm a prestar ao pessoal dos postos da Guarda Nacional Republicana, respectivamente em Portimão e Monchique.

Saúde pública

Nomeou-se o Dr. Francisco Dias da Cunha para o cargo de delegado de saúde no concelho de Felgueiras.

— Para o concelho de Redondo, assumiu o Dr. José Luiz Tavares Júnior o cargo de delegado de saúde.

Imposto profissional

Têm estado patentes, na Associação dos Médicos, os cadernos de imposto profissional para o ano de 1939.

As reclamações entregaram-se até ao dia 10 de Outubro.

Clínica de Doenças Pulmonares**Hospital Escolar de Santa Marta**

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO SÔBRE COLAPSOTERAPIA

De 9 a 14 de Janeiro de 1939

PROGRAMA

Dia 9 — Às 11 1/2 horas. — Orientação actual da colapsoterapia na tuberculose pulmonar. Lição do Prof. Lopo de Carvalho.

Dia 10 — Às 9 horas. — Apresentação de doentes. Às 11 horas. — Pneumotorax artificial. Lição do Dr. Vasco de Lacerda. Às 12 horas. — Pneumotorax bilateral. Lição do Dr. França de Sousa.

Dia 11 — Às 9 horas. — Sessão prática de insuflações pelos Drs. Vasco de Lacerda, Carlos Vidal e França de Sousa. Às 11 1/2 horas. — Operação de Jacobaeus. Lição do Prof. Lopo de Carvalho.

Dia 12 — Às 9 horas. — Sessão operatória: Pleuroscopia e pneumólise intrapleural. Intervenções pelo Prof. Lopo de Carvalho e Dr. Vasco de Lacerda. Às 11 horas. — Derrames consecutivos ao pneumotorax e seu tratamento. Lição do Dr. Alberto de Carvalho. Às 12 horas. — Oleotórax. Lição do Dr. Alves de Sousa.

Dia 13 — Às 9 horas. — Sessão prática de lavagens pleurais e de oleotórax pelos Drs. Alberto de Carvalho e Alves de Sousa. Às 11 horas. — Frenicectomia, pneumólise extrapleural e toracoplastia. Lição do Dr. José Rocheta. Às 12 horas. — Técnica da toracoplastia. Lição do Dr. Nunes de Almeida.

Dia 14 — Às 9 horas. — Sessão operatória: Frenicectomia e toracoplastia. Intervenções pelos Drs. José Rocheta e Nunes de Almeida. Às 12 horas. — Complicações da colapsoterapia e seus tratamentos. Lição do Dr. Carlos Vidal.

As lições teóricas realizam-se na sala da Biblioteca do Hospital Escolar; os trabalhos práticos e sessões operatórias no Serviço de Doenças Pulmonares.

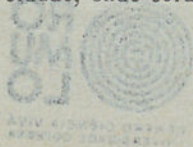
A inscrição para estas sessões é limitada.

Os pedidos de inscrição devem ser dirigidos à Secretaria da Faculdade de Medicina ou directamente ao Serviço de Doenças Pulmonares do Hospital Escolar de Santa Marta.

*
* * *

International Physician's Luncheon Club

O International Physician's Luncheon Club de Nova York convida os médicos a visitarem esta cidade, onde serão recebidos numa merenda e onde



terão à disposição os serviços dos membros do Clube para quaisquer informações.

Não se pede que os convidados façam discursos, mas agradece-se toda a comunicação de interesse para o progresso médico e para as relações entre os médicos de todo o mundo.

A merenda servir-se-á no Centro Médico Internacional, 135 East 55 th Street, Nova York, tôdas as tâças-feiras à 1 hora em ponto.

Os médicos deverão informar o Clube da sua presença ou pelo telefone Wickersham 2-7900 ou por carta para a morada acima.



PANBILINE
nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE
na PRISÃO DE VENTRE

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

HÉMOPANBILINE
nas ANEMIAS

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE D. D. PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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



AS CÉLULAS REPARADORAS TANTO AS ERRANTES
COMO AS FIXAS

*respondem ao estímulo do calor e ás qualidades terapêuticas
da*

Antiphlogistine



Estágios sucessivos do desenvolvimento das
células polimorfonucleares e linfocitos, a
começar pelas células dos tecidos conectivos

A actividade des-
sas células, assim
como a melhoria da cir-
culação capilar, são im-
portantes factores fun-
damentais em todo o
curativo.

*Prospectos descritivos e
amostra gratuita aos senho-
res clínicos*

≡
The Denver Chemical Mfg. Co.

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodre, 8, 1.º

L I N B O A