

Ano XIV

N.º 1

Janeiro 1937



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

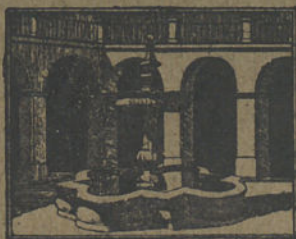
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

Com base de Fluoroformio e Thymina
Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL
COQUELUCHE E TOSSE REBELDE

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

3, Boulevard St Martin Paris — * PHARMACIAE.

DOCTOR:

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



Phosphorrendal

ROBERT
NA/SUA/TRES FORMAS:
GRANULADO - ELIXIR
INJECTAVEL
LABORATORIO
ROBERT

Sala 8

Est. 9

Tab. 2

N.º 49

depositários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a 240, Rua da Palma,

Anemias
fraqueza geral
Convalescença



Tónico
hematogénico
líquido
Opotónico
Merck
Aplicação
interna

E. MERCK

FÁBRICA DE
PRODUCTOS QUÍMICOS

DARMSTADT

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

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
3 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior
à dos 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 (XVI^e)

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C.^a, L.^{da} 45, Rua Santa Justa, 2.º
LISBOA

**“A. B.” a 1.^a — insulina europeia
— no apreço dos médicos
de todo o mundo**

De ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDON — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.

Folhetos aos Ex.mos Clínicos

Representantes:
COLL TAYLOR, L.^{DA}

Rua dos Douradores, 29, 1.^o
LISBOA

TELE F. 21476
G. DELTA

**NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ
MAL SERVIDO.**

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmácias

NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.



Siemens Reiniger

S. A. R. L.

Aparelhos para Raios X
Electromedicina
Electrodentária

*Lampadas de Raios Ul-
tra-Violetas e Infra-Ver-
melhos*

Original Hanau

Aparelhos de ondas curtas por
lâmpada emissora

LISBOA — Rua de Santa Marta, 141 e 143

Telefone 4 4329

Telegramas: ELECTROMED


a

Calcina orgânica


(Calciorgan)

**é 5 vezes mais assimilável do que
os preparados de Calcinas minerais**

P E D I R A L I T E R A T U R A A O
L A B O R A T Ó R I O S A N I T A S



Pleurisia



A pleurisia, sêca ou húmida, é influenciada favoravelmente pelo emprêgo de calor húmido prolongado, sob a forma de pen-
sos de *Antiphlogistine*, que re-
têm uma temperatura quente e
uniforme durante muitas horas.
Devido ao seu alto conteúdo de
glicerina, e outros componentes,
não só proporciona alívio às dô-
res, mas, exercendo marcada
acção osmótica, relaxante, des-
congestiva e bacteriostática, fa-
vorece a absorpção da efusão,
e serve para proteger o peito.

ANTIPHLOGISTINE

— Para amostra e literatura —

The Denver Chemical Mfg. Co.,

163, Varick Street

Nova York, E. U. A. N.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodré, 8, 1.º

L I S B O A

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>A influência das infiltrações novocaínicas repetidas do gânglio estrelado num caso de paralisia do nervo cubital, por Sousa Pereira.....</i>	Pág. 1
<i>As alterações anátomo-patológicas do pulmão após a toracoplastia, por José Rocheta e Gilberto Scorpati</i>	» 10
<i>Um caso português de dermatite linear rastejante, por Luis Schreyer Bandeira.....</i>	» 33
<i>Revista dos Jornais de Medicina.....</i>	» 42
<i>Noticias & Informações.....</i>	» 1

A INFLUÊNCIA DAS INFILTRAÇÕES NOVOCAÍNICAS REPETIDAS DO GÂNGLIO ESTRELADO NUM CASO DE PARALISIA DO NERVO CUBITAL

POR

SOUSA PEREIRA

Professor auxiliar na Faculdade de Medicina do Pôrto

Os bons resultados terapêuticos das infiltrações novocaínicas obtidas pelo nosso Mestre, Prof. LERICHE, num certo número de afecções ou perturbações funcionais, em que entra um factor simpático, levaram-no a iniciar uma série de importantes investigações, ultimamente continuadas por alguns dos seus colaboradores (FONTAINE, KUNLIN, LUCINESCO, NASSI, FROEHLICH, etc.).

Pode dizer-se que, desde as terminações nervosas periféricas até ao simpático catenário, se tem procurado actuar em tôdas as regiões do sistema vegetativo.

Tem-se mostrado eficaz a injeção intra-arterial de novocaína nas arterites e nas embolias arteriais, quer nos casos em que se impunha uma acção vaso-dilatadora enérgica e rápida, quer, ainda, como complemento de outras intervenções simpáticas.

Do mesmo modo, nos traumatismos articulares, particularmente nas entorses, as infiltrações focais, impedindo ou interceptando determinados reflexos, modificam favoravelmente a evolução ulterior destas afecções.

Mas são as infiltrações da cadeia simpática, em qualquer dos seus segmentos (cervical, dorsal ou lombar), as que mais frequentemente se têm praticado, visto apresentarem maior número de indicações.

A infiltração novocaínica do simpático catenário permite estabelecer com antecedência qual seja o valor da simpatectomia do



RO CIÊNCIA VIVA
ERSIDADE COIMBRA

segmento da cadeia infiltrada, visto temporariamente produzir os mesmos efeitos que a ablação da cadeia.

Daí, o interêsse que merecem actualmente as infiltrações de prova, particularmente nos casos em que se hesita na indicação de uma simpatectomia.

Em indivíduos de idade, com mau estado geral, que difficilmente suportariam uma simpaticectomia, as infiltrações repetidas têm permitido obter, em certos casos, melhoras funcionais apreciáveis.

Ao lado destas indicações, outras há, em que os resultados favoráveis obtidos na Clínica de Estrasburgo animam a prosseguir na sua prática.

Os Profs. LERICHE e FONTAINE, que neste domínio possuem larga experiência, em virtude do elevado número de casos que até hoje trataram por êste novo método, recomendam, para o simpático lombar, a sua indicação nos casos que passamos a enumerar.

Nas arterites, para calmar os fenómenos dolorosos e melhorar a circulação colateral; na embolia femural, em que se obteve a desapareição de sintomas ameaçadores e dolorosos, dispensando mesmo a intervenção; nas flebites post-operatórias, em que calinou as dores e fêz retroceder o edema; nos syndromas vasomotores post-traumáticos com cianose, resfriamento, dificuldade funcional e, mesmo, osteoporose, permitiu evitar a simpatectomia periarterial; nas artrites dolorosas, fazendo cessar as dores e as contracturas; nos côtos dolorosos, modificando as perturbações vasomotoras e influindo favoravelmente na dor; nos atrasos do retôrno das funções após certas intervenções no membro inferior, particularmente nas intervenções articulares; e, finalmente, como acção vasodilatadora adjuvante, após as arteriectomias nas tromboses extensas.

Do mesmo modo, as infiltrações do gânglio estrelado, cuja técnica foi estabelecida pelos Profs. LERICHE e FONTAINE, têm-se mostrado eficazes nas crises de angina de peito, nas crises de asma, nas embolias pulmonares, nos côtos dolorosos e nas nevralgias post-traumáticas do membro superior, e nos edemas duros post-traumáticos que podem acompanhar certas fracturas (FONTAINE e SOUSA PEREIRA).

A infiltração do gânglio estrelado pode ainda encontrar-se justificada, como meio de diagnóstico, sempre que a natureza sim-

pática de um síndrome clínico se apresenta obscura, ou como método de prova para avaliar da utilidade de uma estelectomia.

Embora se desconheça o mecanismo de acção das infiltrações novocaínicas, o seu efeito terapêutico existe e a sua duração ultrapassa normalmente muito a da simples anestesia (LERICHE).

Além das indicações acima mencionadas, observamos que dia a dia mais se alarga a variedade de casos clínicos em que a infiltração do gânglio estrelado se mostra eficaz, como no-lo prova a seguinte observação:

P. L., idade 15 anos. No dia 5 de Dezembro de 1935 deu uma queda de bicicleta, batendo com o antebraço esquerdo num bidão de essência. Ao levantar-se, sentira dores intensas no antebraço, não podendo servir-se da mão esquerda como o fazia antes.

Imediatamente conduzido ao hospital, fêz-se o diagnóstico de fractura do terço médio dos dois ossos do antebraço esquerdo, o que foi confirmado pela radiografia (fig. 1).

Após anestesia do foco de fractura, efectuou-se a redução, seguida de imobilização num gesso circular que ia da extremidade distal dos metacárpicos até ao terço médio do braço. O cotovêlo foi colocado em ângulo recto e o antebraço em posição intermediária à pronação e supinação.

Quatro semanas após o acidente, retirou-se o gesso. A fractura estava consolidada, mas o doente verificou que não podia estender completamente o anular e o dedo mínimo da mão esquerda.

A partir dessa época, êsses dois dedos conservaram-se sempre frios e, sob a acção de temperaturas baixas, tornavam-se violáceos, o que se acompanhava de sensações de picada.

O médico assistente aconselhou-lhe diversos tratamentos fisioterápicos e a mobilização activa, o que não foi seguido de melhoria sensível.

O insucesso da terapêutica seguida levou-o a procurar a Clínica Cirúrgica A, onde se internou quatro meses após o acidente.

O anular e o mínimo da mão esquerda apresentavam-se frios e ligeiramente violáceos.

Era impossível a extensão activa completa dêstes dedos, que conservavam uma flexão de cerca de 90°, ao nível da articulação da primeira com a segunda falanges.

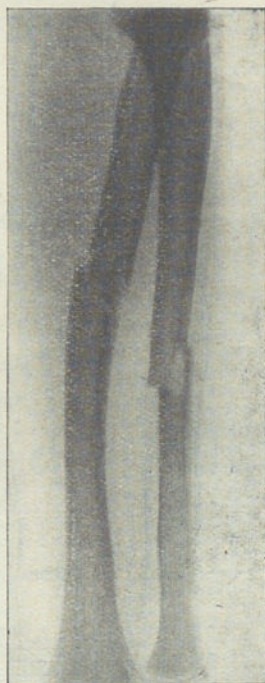


Fig. 1
Radiografia efectuada após o acidente. Fractura do terço médio do rádio e do cúbito esquerdos.

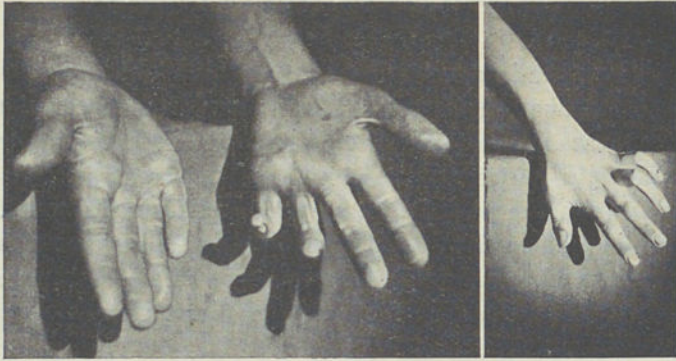


Fig. 2

Paralísia do nervo cubital quatro meses após a fractura dos dois ossos do antebraço esquerdo no seu terço médio. Atrofia acentuada das eminências ténar e hipoténar; anular e mínimo em flexão, sendo impossível a extensão activa completa.

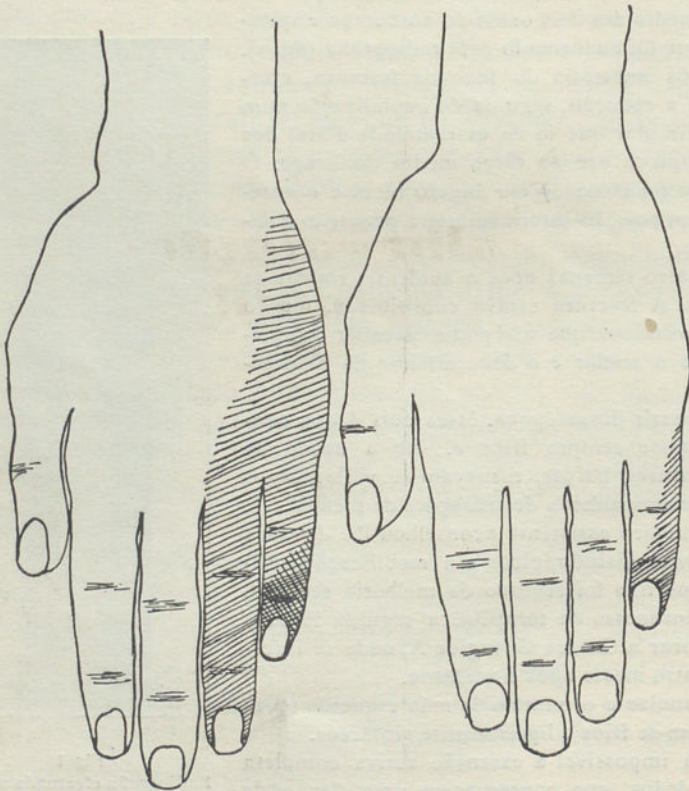


Fig. 3

A — Zona de diminuição da sensibilidade antes do tratamento.
B — Zona de hipoestesia que resta após vinte e uma infiltrações do gânglio estrelado esquerdo.

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

L i s b o a



LISBOA MÉDICA

reunyon

Gardénal

FENIL ETIL MALONILUREIA

**EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES**

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS
a 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

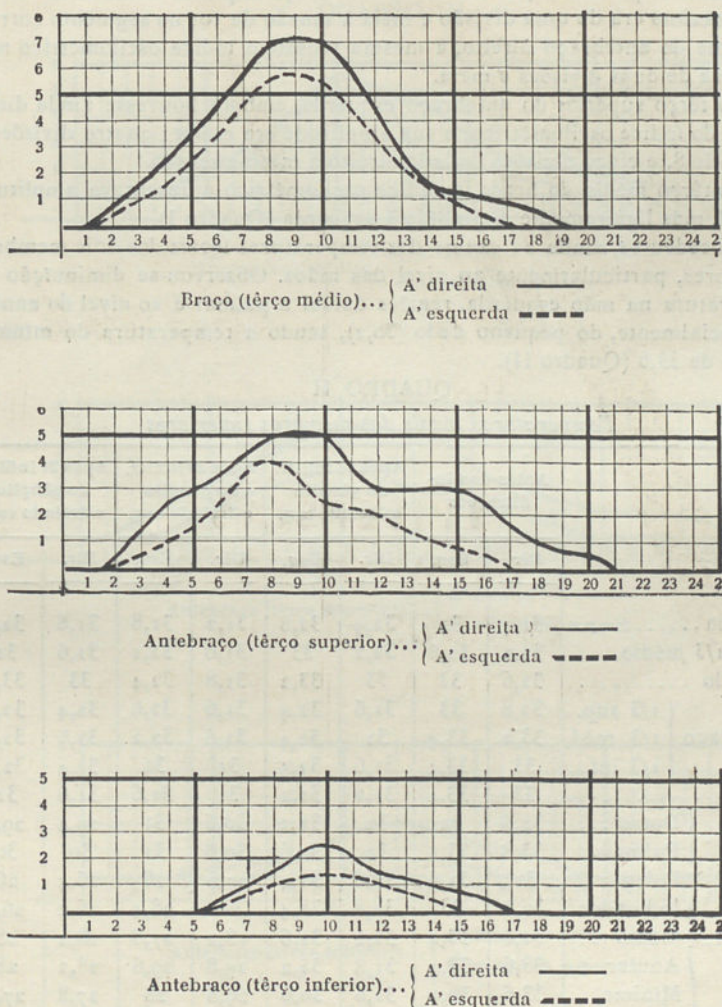
**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA**

**MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE. PARIS. 3^{ÈME}**

Notava-se, também, atrofia acentuada das eminências hipoténar e ténar, e era muito nítida a atrofia do adutor do polegar (fig. 2).

A exploração nervosa mostrou-nos franca diminuição das sensibilidades táctil, térmica e dolorosa ao nível do bôrdo cubital, e numa zona da palma e do

QUADRO I



dorso da mão, de cêrca de 2,5 cm. de largura (fig. 3). Esta zona de hipotermia compreendia os dois dedos (anular e mínimo) e subia até à altura do punho.

Ao nível do bôrdo externo do dedo mínimo e da sua terceira falange, a sensibilidade achava-se abolida por completo.

Enviado ao Serviço de Neurologia para exame do território innervado pelo cubital, verificou-se, quer reacção de degenerescência na maior parte dos músculos da mão innervados pelo cubital, quer ausência de resposta.

As perturbações vasomotoras observadas ao nível do quarto e quinto dedos da mão esquerda (hipotermia e cianose) acompanhavam-se de diminuição das oscilações no antebraço esquerdo.

Assim é que no têrço inferior do antebraço esquerdo o índice oscilométrico máximo era de uma divisão e meia à tensão de 10; no segmento correspondente do antebraço direito, à mesma tensão, o índice oscilométrico máximo era de duas divisões e meia.

No têrço superior do antebraço esquerdo, embora houvesse ainda diminuição do índice oscilométrico, a sua amplitude era maior; quatro divisões à tensão de 8, e cinco divisões do lado direito à mesma tensão.

No têrço médio do braço, o índice oscilométrico apresentava amplitude normal, mas ligeiramente diminuída à esquerda (Quadro I).

Procedeu-se, ainda ao exame das temperaturas locais dos dois membros superiores, particularmente ao nível das mãos. Observou-se diminuição de temperatura na mão esquerda, regiões dorsal e palmar e ao nível do anular e, especialmente, do pequeno dedo (30,2), sendo a temperatura do mínimo direito de 33,6 (Quadro II).

QUADRO II

Temperaturas locais dos membros superiores

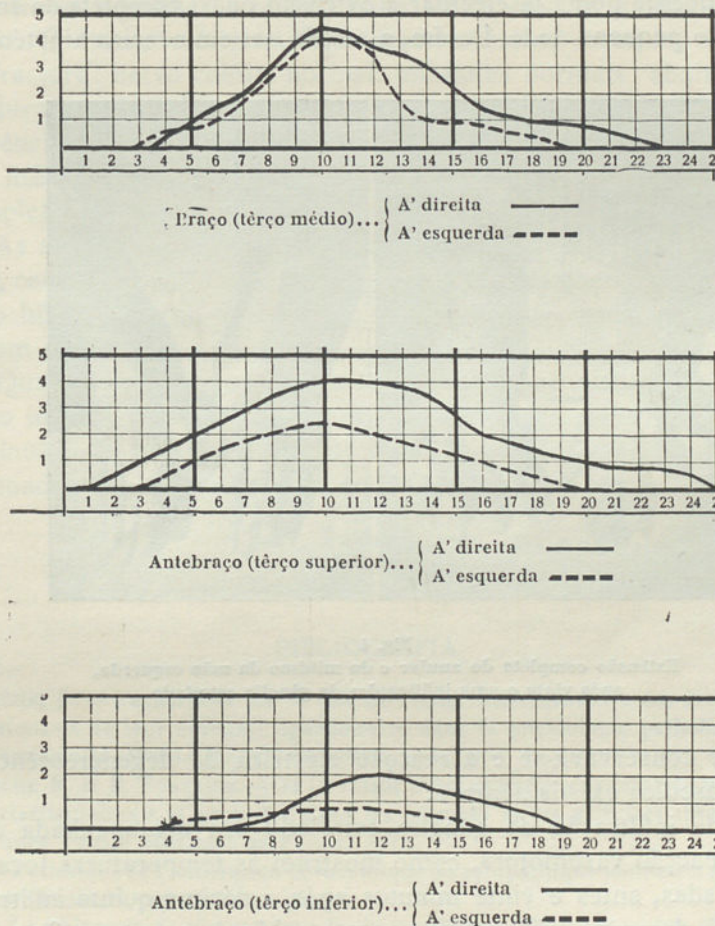
	Antes das infiltrações		Após 18 infiltr. do gânglio estrelado esq.		Após 20 infiltr. do gânglio estrelado esq.		Após 21 infiltr. do gânglio estrelado esq.		
	Dir.	Esq.	Dir.	Esq.	Dir.	Esq.	Dir.	Esq.	
Espádua	31,4	32	32,4	32,8	31,2	31,8	31,8	32,2	
Braço 1/3 médio.. .	32,2	32,6	32,2	33	31,6	32,2	31,6	32	
Cotovêlo	32,6	33	33	33,2	31,8	32,4	33	33,2	
Antebraço {	1/3 sup.	32,8	33	31,6	32,4	31,6	32,6	32,4	32,6
	1/3 méd.	33,2	33,4	32	32,4	31,6	32,2	32,5	32,8
	1/3 inf. .	33	33,4	31,6	32,4	31	32	32,4	32,8
Punho	33	33,4	31,2	31,2	31	31,6	31,6	32	
Mão.... {	Dorso	32,6	32	32	32,2	30,6	31	29,4	29,6
	Palma ..	33,8	33,2	32	32,6	30,8	31	30	30
	Polegar...	32	32,6	31,8	32,4	27,6	28	26,4	26
Dedos .. {	Indicador.	32,8	33	31,8	32,4	28	28,4	26,2	26,4
	Médio	32,6	33,4	32,2	32,6	28,2	27,8	28,2	28
	Anular ...	33,6	33,4	31,8	32,2	29,8	29,6	28,2	28
	Mínimo...	33,6	30,2	31,6	30,6	29,8	28	27,8	27,4

O insucesso das terapêuticas fisioterápicas postas em prática e a presença de perturbações vasomotoras acompanhando a paralisia do cubital, caracterizadas pela hipotermia e cianose do

anular e mínimo esquerdos, bem como a diminuição do índice oscilométrico no antebraço, levaram a pôr a indicação de uma terapêutica orientada no sentido vasomotor

Procedeu-se, então, a uma série de vinte e uma infiltrações novocaínicas, diárias, do gânglio estrelado esquerdo.

QUADRO III



Logo após a primeira infiltração do gânglio estrelado, observou-se, além de um síndrome nítido de CLAUDE BERNARD-HORNER, aumento da temperatura local da mão e dos dedos mínimo e anular esquerdos. Ao mesmo tempo, o doente verificava que, en-

saiando movimentos activos com os dois últimos dedos esquerdos, a extensão era mais completa que antes da infiltração.

Após quinze infiltrações diárias, a sensibilidade dos dois últimos dedos e do bôrdo cubital da mão esquerda tinha melhorado; a contractilidade voluntária do adutor do polegar e dos inter-ósseos aumentara, e a extensão do anular e do mínimo modificara-se francamente.

O doente podia já efectuar a extensão quási completa do anular e do pequeno dedo. Porém, a atrofia das eminências hipoténar

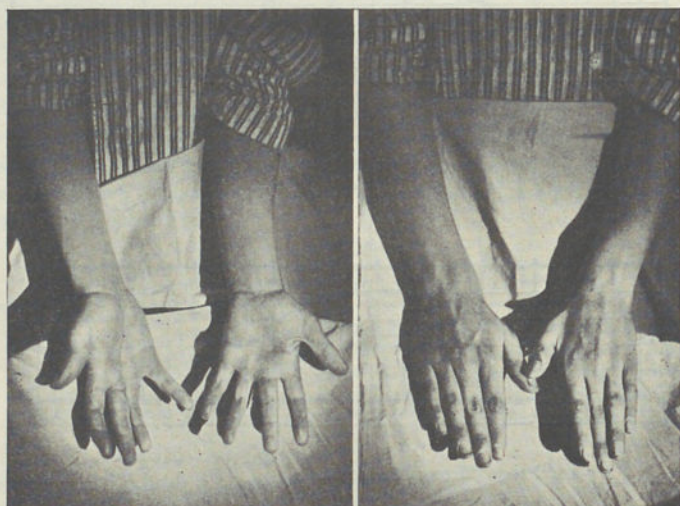


Fig. 4

Extensão completa do anular e do mínimo da mão esquerda, após vinte e uma infiltrações do gânglio estrelado

e ténar conservava-se e a reacção eléctrica de degenerescência dos músculos existia sempre.

Cada infiltração do gânglio estrelado era acompanhada de forte reacção vasomotora, como mostram as temperaturas locais observadas, antes e vinte minutos após a décima quinta infiltração. No dorso da mão, a temperatura subiu de 27,2 para 32,4 e, na região palmar, de 24,8 para 32,2. Do mesmo modo, no polegar passou de 24 para 31,2 e no dedo mínimo de 24 para 27,8.

Continuaram-se as infiltrações do gânglio estrelado esquerdo, acentuando-se progressivamente as melhoras. Ao cabo de vinte

e uma infiltrações, desapareceu por completo a cianose. As temperaturas locais do anular e mínimo esquerdos eram aproximadamente iguais às dos dois dedos correspondentes direitos (Quadro II).

A extensão dos dois últimos dedos da mão esquerda fazia-se completamente (fig. 4), ao mesmo tempo que o valor funcional da mão se aproximava do normal. A atrofia dos músculos das eminências hipoténar e ténar existia ainda, embora menos acentuada. O exame eléctrico, feito nessa ocasião, mostrou, acima da fractura: nervo cubital normal, músculos normais; abaixo da fractura: nervo cubital com reacção nula, músculos em degenerescência. É curioso notar que a-pesar das lesões do cubital e dos músculos, a regressão das perturbações funcionais se fizera completamente, precedendo a recuperação anatómica.

As sensibilidades táctil, dolorosa e térmica voltaram ao normal, com excepção das regiões correspondentes à terceira falange e ao bôrdo externo do pequeno dedo esquerdo, onde se conservavam diminuídas.

Quanto ao índice oscilométrico, observámos que, ao nível do terço inferior e do terço superior do antebraço esquerdo, a sua diminuição se mantinha em relação ao índice dos segmentos correspondentes do antebraço direito (Quadro III).

Trabalho da Clinica Cirúrgica A (Estrasburgo).

Director: Prof. R. LERICHE

BIBLIOGRAFIA

- LERICHE, R. — Recherches sur le rôle de l'innervation sensitive des articulations et de leur appareil ligamentaire dans la physiologie pathologique articulaire. *Presse Médicale*. 26 Mars 1930.
- LERICHE R. et R. FONTAINE. — De la valeur thérapeutique des infiltrations periarticulaires à la novocaïne dans les entorses et les arthrites traumatiques. *Presse Médicale*. 20 Février 1932.
- Technique de l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. *Presse Médicale*. N.º 92. 17 Nov. 1934.
- La Chirurgie du sympathique lombaire. Congrès International de Chirurgie. Cairo. 1936.
- L'anesthésie isolée du ganglion étoilé. Sa technique, ses indications, ses résultats. *Presse Médicale*. 23 Mai 1934.
- FONTAINE R. e SOUSA PEREIRA. — Edema duro post-traumático curado por infiltrações locais e do gânglio estrelado. *Portugal Médico*. N.º 11. 1936.

Instituto Carlo Forlanini — Roma
(Dir. : On. Prof. E. MORELLI)
Serviço de Anatomia Patológica — Director : Prof. A. OMODEI-ZORINI

AS ALTERAÇÕES ANÁTOMO-PATOLÓGICAS DO PULMÃO APÓS A TORACOPLASTIA

POR

JOSÉ ROCHETA e GILBERTO SCORPATI

Depois que BRAUER, SAUERBRUCH, PROUST, MAURER, GRAF, MONALDI, etc., criaram as bases técnicas operatórias e sistematizaram as indicações clínicas das diversas modalidades de toracoplastia, rapidamente a terapêutica cirúrgica da tuberculose pulmonar se estendeu por quasi todos os serviços da especialidade e todos os dias cresce o número de operados que devem a sua cura a este processo terapêutico. A-pesar disso, porém, muito poucas têm sido as publicações, que refiram por constatação necrótica se as bases teóricas a que obedece a indicação da toracoplastia, se verificam no pulmão colapsado por esta intervenção cirúrgica. Com excepção de alguns trabalhos experimentais feitos em cães e em coelhos, e cujos resultados, na maioria, se não em todos os casos, não podem servir de termo de comparação para os encontrados no homem, podem contar-se os autores que se têm ocupado deste assunto. Achamos, por isso, interessante publicar a análise histopatológica e suas conclusões, de quinze casos operados de toracoplastia, que tantos foram aqueles que vieram à mesa de autópsias no período que decorreu de Dezembro a Abril de 1935-36, no Instituto Carlo Forlanini de Roma.

É mais especialmente sob o ponto de vista morfológico que conduzimos o nosso trabalho, sem fugir a algumas ilações de ordem clínica, que nos pareceram mais evidentes, mas sem desejos de generalizações, que o número de casos, por restrito, não comporta, e, mesmo dentro deste critério, aconselha a prudência

não exagerar o alcance de certos achados que uma observação demasiado superficial poderia encadear em ordem aparentemente lógica. Todos sabem como causas diversas conduzem a resultados idênticos; daí a grande dificuldade, por vezes, em saber se uma determinada modificação do quadro anatómico representa a consequência d'êste ou daquele factor, entre os quais, naturalmente, a tendência evolutiva, espontânea do processo mórbido em si. De qualquer modo, o que afirmamos nas apreciações que fazemos sôbre os casos referidos tem uma base mínima de fundamento, sem a qual, evidentemente, não era possível a elaboração e publicação do presente artigo.

Fundamentalmente, a acção da toracoplastia é uma acção mecânica, semelhante à do pneumotorax; diferencia-se por a primeira ser mais brutal, feita numa única vez e anular em definitivo o traumatismo dinâmico da respiração.

Nestas circunstâncias, para que a influência exercida pela toracoplastia seja eficaz, é necessário que esta realize algumas ou tôdas as condições que vamos enumerar, que variam de intensidade conforme a variedade e extensão do método operatório adoptado. E assim: *a*) repouso da zona afectada; *b*) alterações de ordem circulatória, sanguínea e linfática e *c*) diminuição do volume do órgão, donde maior probabilidade para a redução de volume das cavidades e possibilidade, mais ou menos completa, para que se exerça com eficiência a tendência retráctil da cicatrização.

A primeira premissa, hoje axiomática, para o pulmão e para todos os órgãos, e da qual partiu FORLANINI para a aplicação do pneumotorax, realiza-se com mais facilidade por intermédio da toracoplastia; de facto a quimografia tem mostrado que, com excepção dos casos com pressões intrapleurais muito altas, não é possível suprimir completamente a influência do movimento respiratório torácico sôbre o pulmão. Das modificações sofridas na circulação intrapulmonar pelo colapso não há ainda hoje unanimidade de vistas (1). É certo que já TOUSSAINT, em 1880, ao apresentar a sua tese sôbre vinte e quatro casos de pneumotorax

(1) A-pesar-de ser problema que vem de 1760, com HALLER, que procurou saber quando se faz melhor a irrigação pulmonar, se na inspiração ou na expiração.

espontâneo, e ao discutir os resultados clínicos, apresenta como causa fundamental da melhoria observada nalguns doentes a anemia pulmonar produzida pela compressão do ar. Esta idea passou quasi despercebida ou pelo menos teve fraco eco, sobretudo perante a noção, geralmente espalhada, da quasi impossibilidade de coincidência da tuberculose pulmonar com o apêto mitral, o que dava à estase da pequena circulação toda a importância para impedir o desenvolvimento daquela, tese também reforçada pela autoridade de autores como ROMBERG e VIERORDT, por exemplo, que afirmavam ser a estenose pulmonar o vício cardíaco que mais frequentemente era acompanhado de bacilose do pulmão. Contrariamente a este ponto de vista, falaram as experiências, principalmente de SAUEBRUCH, SCHUMACHER, BRUNS e KAWAMURA, que provocaram, pela laqueação da artéria pulmonar ou dos seus ramos, um aumento do tecido conjuntivo com esclerose e diminuição de volume da respectiva zona pulmonar.

Mas TIEGEL, por seu lado, em 1911, num congresso de cirurgia, falando sobre a estase pulmonar operatória e da sua influencia sobre a tuberculose pulmonar, mostrou que, por laqueação mais ou menos completa das veias pulmonares, se provocava um aumento do tecido conjuntivo com espessamento dos septos alveolares e do folheto pleural.

Em face destes dois grupos de experiências, que por mecanismos opostos provocavam o mesmo efeito, ficou sempre a dúvida sobre qual a importância que corresponderia à estase venosa e que papel desempenharia a anemia. Que este efeito não deve ser provocado por uma melhor irrigação sanguínea, como ainda outros autores o pretendem, quando defendem a tese duma maior facilidade de circulação no pulmão sob a acção do pneumotorax, sobretudo no puramente detensivo, o provam os trabalhos de LOP DE CARVALHO e colaboradores, sobre angiopneumografia; como é evidente, nos filmes realizados em portadores de pneumotorax a irrigação sanguínea do lado colapsado é nitidamente inferior em relação ao lado são; dentro, portanto, da influencia que possa ser provocada pela alteração circulatória, é mais plausível pensar que é de maior importância para a cura do processo específico a isquemia do que a estase, e ao mesmo tempo resolve-se neste sentido o problema de saber se o pulmão em colapso era melhor ou pior irrigado do que o pulmão normal.

Cardiazol- Efedrina «Knoll»

contra a asma

indicada principalmente na
asma crônica com alteração do coração
direito, asma bronquica com estados de bradi-
cardia ou de hipotonia, asma-bronquite, enfisema,

combate a debilidade circulatória

recomenda-se muito em
colapso vascular, insuficiência cardiovascular, bradicardia,
blocagem cardíaca, hipotensão, minus-descompensação, in-
toxicações, e também profilacticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 empôla (contendo
cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de cloridrato de Efe-
drina «Knoll») uma ou várias vezes ao dia, se fôr neces-
sário. Empacotamentos originais: Tubos com
10 comprimidos. Vidros com 10 g de líquido.
Caixas com 6 empôlas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fabricas de Pro-
ductos Químicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

Laboratórios da Farmácia Serrano

GADIDOLEO

Emulsão dos princípios activos vitamínicos dos fígados de bacalhau com extracto de malte e hipofosfitos de cal e soda. Muito agradável ao paladar

CINOBENZIL

Solução oleosa da cânfora, cinameína e colessterina

PULMOTIOL

Tiocol, dionina, benzonato de sódio, balsamo de Tolu, polygala, lactucario e felandrio, em xarope

MYOGENOL GRANULADO

Glicerofosfato de cálcio, ácido nucleínico, arrenal e vitaminas do óleo de fígado de bacalhau

Rua 20 de Abril, 128 — LISBOA

CALCITERÁPIA

ÚNITAS

NEOGLUCAL

Gluconato de cálcio quimicamente puro, em solutos injectáveis a 10, 20 e 30%

Recalcificante intensivo e hemostático seguro.

— NÃO PRECIPITA —

ÚNITAS, L.^{DA} — Lisboa

Pelo que se refere à circulação linfática, as investigações de TENDELOO e NAEGELI mostram como aquela é, em grande parte, função dos movimentos respiratórios, e se estes diminuírem dum modo sensível, como acontece no pneumotorax, produz-se estase a seu nível; por outro lado, SUZUO SHINGU, em experiências de outra natureza, confirmou êste ponto de vista, pois verificou que o negro de fumo inspirado por um pulmão retraído se expulsa com maior lentidão do que aquele que se encontra num pulmão que respire normalmente.

A terceira condição das premissas anunciadas pode ainda, por achatamento da luz brônquica, provocar uma tal diminuição do ar intercanalicular que influencie não só a virulência como até a vitalidade do bacilo de KOCH, aeróbio por excelência, impedindo, pela mesma razão, a circulação aérea das cavernas para o exterior e criando as melhores condições para o seu desaparecimento (CORYLOS). Êste conjunto de modos de acção comuns e concordantes no pneumotorax, onde o órgão sofre *in toto* a acção compressiva, joga no mesmo sentido nas toracoplastias tipo SAUERBRUCH ou PROUST-MAURER, toracoplastias essencialmente demolitivas; já assim não sucede na toracoplastia preconizada por MONALDI, que pouco influencia a posição expiratória do pulmão. Possivelmente, por vezes, bastarão apenas uma ou duas das condições mencionadas para que o processo de cura se inicie (STEFKO).

*

*

*

Dividimos os casos que apresentamos em dois grupos: o primeiro e mais importante é constituído por aqueles que faleceram seis meses depois de operados; algumas das alterações observadas são, evidentemente, causadas pela intervenção cirúrgica. O segundo tem mais interêsse clínico que anatómico, mas nem por isso deixa de ser curioso, mesmo sob êste último aspecto. As modalidades da técnica operatória que se empregaram em cada caso vão descritas nas respectivas histórias clínicas.

Pelo que se refere à técnica de preparação e fixação das peças anatómicas, em todos os pulmões se seguiu o processo de OMODEI-ZORINI: extracção em bloco dos órgãos torácicos, com laqueação da traqueia, através da qual, porém, passam dois tubos, um

para introdução do primeiro líquido de KAISERLING na luz tráqueo-brônquica e o outro para a saída do ar. Procede-se do mesmo modo com o sistema vascular, com prévia lavagem de água a baixa pressão através da veia cava inferior. Depois desta última e da laqueação da aorta torácica, introduz-se o conjunto num recipiente cheio do mesmo fixador, onde permanece por um período de quatro a cinco dias, até se obter o endurecimento suficiente.

Uma vez êste obtido, pratica-se uma série de secções frontais ou transversais, começando ao nível do plano tráqueo-brônquico, que se repetem quer anterior, quer posteriormente, e equidistantes uns dos outros de 1/2 a 1 cm., aproximadamente. Seccionados assim todos os pulmões, cortam-se dos pontos que mais interessam os respectivos fragmentos, submetidos depois à técnica usual até à coloração final.

Em todos os preparados histológicos que estudámos empregámos, além da coloração pela hematoxilina-eosina, o van GIESON para a diferenciação do tecido conjuntivo, WEIGERT para a elastina e, nalguns dêles, a coloração para a fibrina.

Seguem as descrições dos casos:

CASO I.— C. F., doméstica, de 21 anos de idade. Entra no Instituto a 13-IX-930, com o diagnóstico de infiltrato subclavicular direito ulcerado com reacção pleural do vértice e incipiente cirrose post-pleurítica.

Bom estado geral; temperatura subfebril e bacilos de KOCH na expectoração.

Tenta-se pneumotorax, sem resultado; a 29 de Setembro faz-se-lhe a primeira intervenção de toracoplastia paravertebral total à direita (SAUERBRUCH) e quinze dias depois a segunda intervenção.

Tem alta a 29-III-931, muito melhorada, a-pesar da existência de fevores húmidos ao nível da axila direita. Em Julho do mesmo ano, por agravamento dos sintomas esteto-acústicos, reentra no Instituto e a 2-I-932 é-lhe feita uma frénico-exerese à direita. Em seguida, as condições gerais melhoram nitidamente, embora os sinais axilares pouco se modifiquem. Em Agôsto de 1934 aparecem os primeiros sintomas de anexite específica supurada e morre, a 4-XI-934, com sinais de meningite.

A autópsia, realizada a 5-XI-934 (Prof. OMODEI-ZORINI), mostra, ao exame do tórax, a cavidade pleural esquerda completamente livre de aderências, enquanto o pulmão direito é tenaz e totalmente aderente; êste, reduzido a uma massa compacta, dura, escura, de aspecto carnosos, está diminuído de um terço do seu volume normal.

É bastante evidente que a redução de volume se realizou sobretudo a cargo da parte ântero-lateral, isto é, dos lobos superior e médio.

Praticando cortes transversais, a começar do vértice para a base, encon-

tram-se: na primeira secção, que compreende só o ápice do pulmão esquerdo, numerosos focos tuberculosos, alguns do volume dum grão-de-bico, caseosos, outros de aspecto acinoso, em trevo de três fôlhas. Num segundo corte, à distância de 2 cm. do primeiro, notam-se as mesmas alterações do lado esquerdo; o vértice do pulmão direito retraído, totalmente endurecido, apresenta pequenas cavidades residuais da antiga caverna, que contêm substância puriforme. Um terceiro corte, 2 cm. acima da bifurcação da traqueia mostra esta (fig. 1), circundada de gânglios, à direita, de aspecto medular sem focos

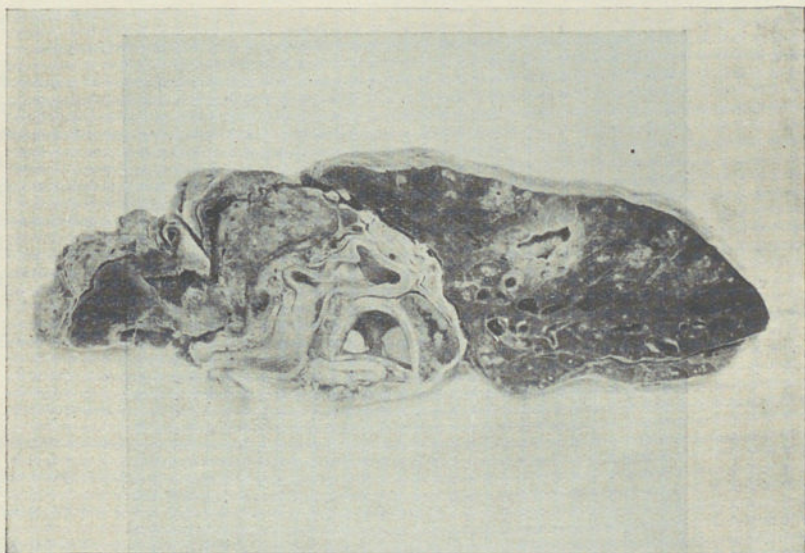


Fig. 1

Caso I. — Secção transversal 2 cm. acima da bifurcação da traqueia. Pulmão direito retraído, endurecido, com três pequenas cavidades residuais antigas

caseosos; o pulmão direito está reduzido a cêrca de um têrço do esquerdo, compacto, retraído, endurecido, com três pequenas cavidades antigas, do volume de um grão-de-bico, cada.

Não se notam lesões tuberculosas recentes dêste lado. A quarta secção, ao nível da bifurcação da traqueia, compreende o pulmão esquerdo, quasi íntegro, com excepção de pequenos focos na região do hilo; o pulmão direito contém uma caverna do volume duma pequena noz, cheia de uma substância puriforme, de aspecto necrótico, situada lateralmente e em baixo, em pleno parênquima pulmonar. O quinto corte, que corresponde a cêrca de metade do tórax, mostra, à direita, resíduos encapsulados de antigos focos tuberculosos e uma caverna situada na margem anterior. Na zona subpleural encontra-se um foco calcificado pisiforme (resultado provável do foco primário); à esquerda, a mesma lesão do corte precedente. No sexto corte mantém-se o ca-

rácter de endurecimento pulmonar à direita, com pequenos focos encapsulados; nada de notável à esquerda. No sétimo corte, zonas de hepatização cinzenta terminal na base direita.

Diagnóstico anatómico. — Tísica fibro-cavernular dos lobos superior e médio do pulmão direito, com endurecimento, por toracoplastia paravertebral total. Hepatização cinzenta da base. Difusão de focos em trevo de três fôlhas, com incipiente ulceração do lobo superior esquerdo. Pelvi-peritonite adesiva com fístula entero-anexial e salpingo-ovarite específica à direita; módica estase hepática; atrofia do baço. Edema cerebral com meningite tuberculosa basal.

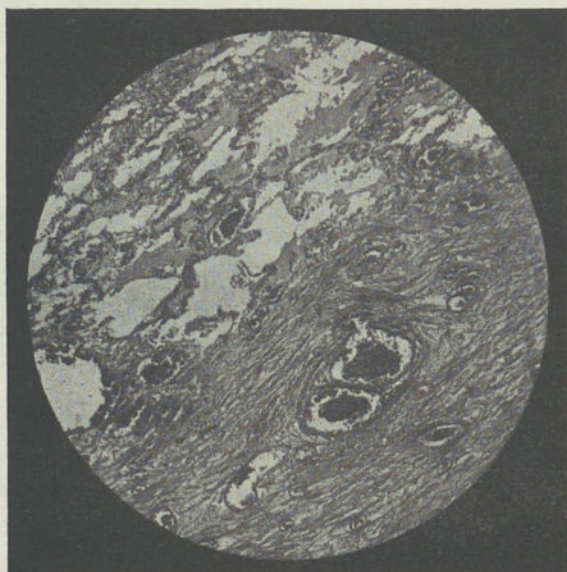


Fig. 2

Caso I. — Zona de endurecimento, na metade inferior da preparação, por efeito da terapêutica; em contraste com a metade superior, que não foi atingida pela intervenção cirúrgica (hematox. eosina)

Exame histológico. — Pulmão direito: todo o parênquima pulmonar se apresenta em grau avançado de atelectasia com endurecimento. O tecido conectivo dos interstícios inter-lobulares constitue numerosas estrias isoladas e, em parte, hialinizadas, contendo numerosos capilares cheios de sangue e, ainda, alguma lacuna venosa. Ao lado dos vasos sanguíneos, com a adventícia muito espessada, notam-se também lacunas vasculares de paredes muito finas, completamente vazias, de provável natureza linfática. Nalguns pontos, proliferação com descamação do epitélio alveolar e infiltração linfocitária intersticial. Do antigo processo tuberculoso restam pequenos focos esclerosados, com a característica formação em cebola, e alguma rara célula gigante peri-cavitária.

Numa preparação que corresponde aos quarto e quinto cortes, aparecem nitidamente duas zonas de estrutura diversa separadas por um septo divisorio conjuntivo que corresponde ao septo interlobar (fig. 2). Uma destas zonas tem a mesma fisionomia de intenso endurecimento das preparações precedentes e contém, como elas, grandes lacunas venosas e bronquiectasias com calcificação do exsudato endobrônquico; e outra zona, pelo contrário, mostra edema alveolar inflamatório, sem endurecimento nem neoformação e congestão vascular. Nesta região notam-se também grupos de focos acinosos e miliares recentes, de carácter fibro-epitelióide com centro caseoso, além de velhos focos hialinizados.

No pulmão esquerdo, e seguindo o exame, como no direito, do ápice para a base, verificam-se, primeiramente, lesões de velha data, pequenos focos caseosos circundados por tecido conjuntivo hialinizado, mas mais frequentemente focos fibro-epitelióides com algumas células gigantes. A este nível todo o parênquima pulmonar se encontra em evidente estado de enfisema. Os vasos, de forma normal, de paredes ligeiramente espessadas e, em parte, hialinizadas, apresentam-se, na maioria, cheios de sangue. Os brônquios, com leve descamação epitelial, têm a sua luz em parte obliterada por secreção mucosa.

À medida que se caminha no sentido apico-condal, encontram-se com mais frequência focos recentes caseosos com escassa reacção conectiva.

Resumindo: à direita, ao nível dos lobos superior e médio, endurecimento por neo-formação conectiva e atelectasia acentuada; persistência de pequenas cavernas antigas, detersas. Bronquiectasias com calcificação do exsudato endo-brônquico. Difusão recente de focos acinosos e miliares do lobo inferior. À esquerda, difusão recente de focos caseosos, sem reacção conectiva, do lobo superior.

Pode pois concluir-se afirmando a acção compressiva nítida do lobo superior e médio do pulmão direito, como se demonstra pela sua diminuição de volume e como se verifica, histologicamente, pela atelectasia e endurecimento existente a este nível. Pelo contrário, nas outras zonas atacadas pelo processo específico, e que não foram influenciadas pela intervenção, as lesões apresentam um carácter nitidamente exsudativo, sem reacção conectiva.

CASO II. — R. C., doméstica, núbil, de 24 anos de idade. Entra no Instituto a 22 de Fevereiro de 1935, com o diagnóstico de infiltrado inter-cleído-hilar esquerdo, com caverna precoce; sínfise pleural.

Irmã duma tuberculosa, iniciou a sua doença nos primeiros meses de 1934, com tosse sêca, frequente, e dores no hemitorax esquerdo. Passado pouco

tempo, melhorou e mantém-se regularmente até Fevereiro de 1935, época em que teve súbitamente uma hemoptise abundante. Vinte dias antes da sua entrada, a paciente tinha feito alguns pneumotorax, mas o exame clínico e radiológico não revelou, à entrada, a presença de gás intra-pleural, mas os sinais de um infiltrado precoce, em via de amolecimento.

Depois de várias tentativas infrutuosas para continuar aquele tratamento, decide-se uma toracoplastia ântero-lateral; primeira intervenção a 25-III-935, com ressecção de segmentos ântero-laterais da 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a costelas e frenicectomia esquerda; a segunda intervenção, a 1-IV-935, com ressecção dequási tôda a primeira costela e dos dois têrços anteriores da 2.^a e 3.^a. Oito dias depois, febre e sinais clínicos de difusão da base esquerda. Esta sintomatologia mantém-se invariável por algum tempo, mas em Junho do mesmo ano as condições agravam-se por aumento dos sinais estetacústicos.

Nos meses sucessivos é também atingida a base da direita, com consecutivo pioramento das condições gerais e locais. Em Outubro aparece dispneia e aritmia cardíaca; morre, a 2-XII-935, depois de progressivas e rápidas pioras.

A autópsia, realizada a 3-XII-935 (Prof. OMOBEI-ZORINI) revela, ao exame do tórax, ausência de aderências da cavidade pleural direita, excepto ao nível do vértice e do diafragma; o primeiro, de consistência hepática, com gasosos nódulos na região para-vertebral. À esquerda, sínfise total. Acentuada diminuição de volume do pulmão esquerdo, que é compacto na sua metade inferior, em contraste com a metade superior, mole e depressível.

Um corte transversal, um pouco acima da bifurcação da traqueia, mostra, à esquerda, uma cavidade do volume duma noz, aflorando a pleura, de paredes caseosas e circundada por numerosos focos lobulares, caseificados na zona central; à direita, raros focos acinosos. Da comparação das sucessivas secções, que se praticam de cima para baixo, ressalta sempre mais evidente a diferença estrutural dos dois pulmões: à esquerda, uma nítida esclerose intersticial, que endurece e retrai o órgão, enquanto à direita generalização intensa de focos bronco-pneumónicos caseosos, aspecto êste que também se verifica claramente na base pulmonar esquerda.

Diagnóstico anatómico. — Tísica úlcero-caseosa do lobo superior esquerdo. Bronco-pneumonia caseosa recente, bilateral. Sínfise pleural à esquerda. Sem alterações macroscópicas nas outras vísceras.

Exame histológico. — A partir do vértice esquerdo constata-se que a pleura se encontra espessada e rica em vasos de paredes espessadas; imediatamente sob a pleura apical, dois velhos focos encapsulados e, em parte, calcificados (nódulos de SIMON). A parede da caverna é irregular, franjada e com as três camadas características; a pouca distância encontra-se um grosso brônquio, aberto, com a parede tôda infiltrada de tubérculos. O tecido pulmonar, entre o brônquio e a caverna, apresenta módica atelectasia com edema e exsudato de grandes células alveolares.

Além dêste quadro, imagens de regeneração adenomatosa no meio de zonas de conjuntivo proliferante.

Numa zona mais baixa, quási ao nível do hilo, além de algum raro nódulo miliar hialinizado, notam-se numerosos focos acino-nodosos com escassa

reacção produtiva; nos maiores é visível o incipiente amolecimento central. Os brônquios apresentam o aspecto da bronquite caseosa maciça.

Na base os focos, pela sua confluência, assumem proporções ainda maiores, até se tornarem lobulares, em grande parte em via de amolecimento. A este nível a reacção produtiva é muito mais evidente que no resto do pulmão e em alguns pontos adquirem o aspecto característico do endurecimento (fig. 3).

No pulmão direito, no vértice, alguns focos acino-caseosos recentes sem reacção conectiva, mas cercados por uma zona mais ou menos extensa de

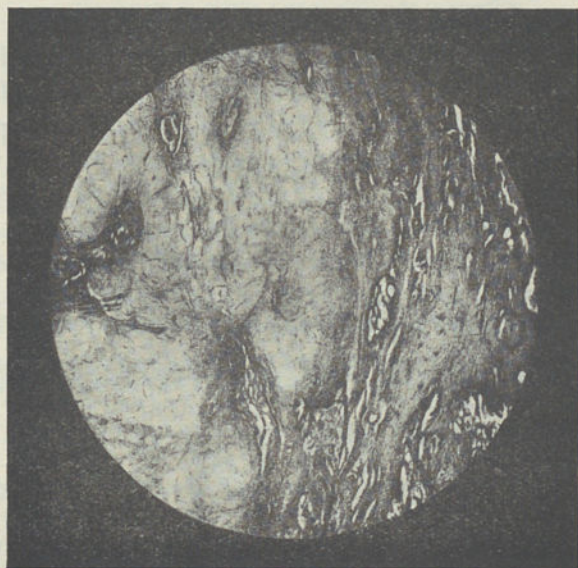


Fig. 3

Caso II. — Região basal esquerda, com bronco-pneumonia caseosa limitada por zonas de endurecimento

alveolite descamativa. À medida que se passa à observação das preparações das regiões mais baixas, os focos, pela sua confluência, atingem dimensões maiores e tornam-se mais evidentes os sinais de amolecimento central.

Em alguns pontos o parênquima apresenta os caracteres histológicos da bronco-pneumonia banal. Nas zonas periféricas dos focos domina o edema e a descamação alveolar. Não se notam sinais de reacção conectiva.

Resumindo: à esquerda, no vértice, caverna de paredes caseosas, com edema inflamatório circunstante, escassa atelectasia pulmonar, bronquite e peribronquite tuberculosa, sem estase sanguínea nem linfática; à medida que se desce para a base, o processo exsudativo-caseoso acentua-se até à transformação numa bronco-pneumonia confluyente caseosa. A reacção produtiva quasi ausente no ápice — visível na base — à direita, as alterações histoló-

gicas das várias zonas pulmonares apresentam um carácter nitidamente exsudativo-caseoso sob a forma de uma bronco-pneumonia caseosa, que na região basal, por confluência, adquire quasi o carácter da pneumonia e bronco-pneumonia pseudo-lobar.

Do exame comparativo dos dois pulmões pode dizer-se que se trata dum processo exsudativo bilateral, prevalecente à esquerda, com persistência de uma caverna caseosa, escassa atelectasia, e com ligeira reacção produtiva ao nível da base do lobo operado. À direita, o processo exsudativo é recente e sem tendência produtiva.

Conclusões: a-pesar do colapso, que no lobo superior é documentado pelo franjado da parede da caverna e pela módica atelectasia circunstante, as lesões tuberculosas não sofreram diminuição na sua evolução por obra da toracoplastia, porque de facto conservam um aspecto prevalentemente exsudativo. Só na base aparecem sinais de reacção produtiva, ligada provavelmente à acção combinada da plastia e da frénico-exereze. A presença, nesta região, de focos recentes é contrária à opinião que considera a associação das duas intervenções como protectora dos perigos duma difusão do processo.

CASO III. — S. M., empregado, de 22 anos de idade. Entra no Instituto a 30-Vg-34, com o diagnóstico clínico de tísica cirrótica cavernular do pulmão esquerdo e sínfise pleural.

O início clínico da doença é de 1927, com tosse e escassa expectoração, por vezes ligeiramente hemoptóica.

De 1927 a Novembro de 1932 passa regularmente, quando o recrudescimento evolutivo da doença se denuncia pelo reaparecimento da tosse, com perda de apetite e emmagrecimento. Em Maio de 1933, hemoptise abundante, com febre elevadíssima. Diagnosticada a lesão específica pulmonar, é internado num hospital, onde é operado de frénico-esmagamento.

Ao entrar no Instituto, o doente apresenta-se em más condições gerais, e, ao nível do pulmão esquerdo, sinais clínico-radiológicos de lesões fibro-ulcerosas; expectoração positiva.

A 10-VI-34 é operado de toracoplastia ântero-lateral inferior esquerda (4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a costelas) e, a 18 do mesmo mês, faz-se o segundo tempo (1.^a, 2.^a e 3.^a). Decurso post-operatório favorável, e o doente melhorou gradualmente não só das condições gerais, mas também das pulmonares. Em Outubro do mesmo ano é operado de frénico-exereze, por reaparecimento da função do hemidiafragma esquerdo. Em Maio de 1935, depois dum período de bem-estar, o doente iniciou súbitamente um período de hemoptises recidivantes, que se prolongaram até metade de Junho, depois do que as condições gerais começaram a piorar com aumento da tosse, da expectoração e da temperatura. Em Julho aparecem sinais de difusão contro-lateral subclavicular

ARSAMINOL

(Arsenico pentavalente)

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

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

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

SIPHILIS :- HEREDO-SIPHILIS

(Tratamento de assalto e de estabilisação terapeutica)

PIAN — TRYPANOSOMIASES — BOTÃO DO ORIENTE PALUDISMO

Modo de usar : em "*doses fortes*", injectar 5 cc. duas vezes por semana (apòz verifica-
ção da ausencia de intolerancia arsenical).

em "*doses fraccionadas repetidas*", injectar 3 cc. todos os dias por
series de 12 a 16 injectções.

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

LABORATORIOS CLIN COMAR & C^{ie} — PARIS

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

D. P. 158

CINNOZYL

Methodo de immunisação artificial do organismo tuberculoso

COMPOSIÇÃO : Cada empóla de CINNOZYL
contem a solução seguinte esterilizada :

Cinnamato de benzilo puro.....	0 gr. 05
Cholesterina pura.....	0 gr. 10
Camphora	0 gr. 125
Azeite puro lavado pelo alcool.....	5 c. c.

MODO DE USAR E DOSES. — O methodo deve ser applicado o mais cedo
possivel, logo que o organismo seja ameaçado pela impregnação bacillar
tuberculosa e na bacillose bacteriologicamente confirmada. *Procede por
etapes e não visa os periodos ultimos da infecção.*

1º PARA AS FORMAS DE COMEÇO (estabelecimento da defeza do
terreno contra a impregnação bacillar) a dose *quotidiana sufficiente*
e activa de Cinnozyl é de 5 c. c. (uma empóla).

2º NAS FORMAS EM EVOLUÇÃO (tuberculosas bacteriologicamente
confirmadas) *debrar-se-há rapidamente esta dose, elevando-a a*
10 c. c., ou 2 empólas.

FORMAS: O Cinnozyl é apresentado em caixas de 6 empólas de 5 c. c.

5877

LABORATORIOS CLIN, COMAR & C^{ie} Pharm. de 1^{re} cl. Fornecedores dos Hospitais,
20, Rue des Fossés-St-Jacques, PARIS

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

e, quasi ao mesmo tempo, um recrudescimento evolutivo das lesões pulmonares do lado operado. Em seguida, dispneia, aumentam mais a temperatura e a tosse, e o quadro geral vai-se agravando progressivamente até 11 de Dezembro, data da morte.

A autópsia, realizada a 12-XII-935 (Prof. OMODEI-ZORINI), mostra o pulmão esquerdo tenazmente aderente à parede; à direita, aderências parciais, que se destacam com facilidade. O primeiro, reduzido a pouco mais dum punho de adulto, está retraído em todos os sentidos, mas especialmente no



Fig. 4

Caso III. — Secção 2 cm. abaixo da bifurcação da traqueia

sentido vertical. À direita, o pulmão cobre com a sua margem anterior o mediastino, apresentando as suas margens arredondadas; a pleura é parcialmente espessada e aderente.

No vértice do pulmão esquerdo nota-se uma cavidade com o volume duma tangerina, que se rasga ao extrair o órgão; uma outra mais baixa e comunicante com a primeira interessa o terço médio do pulmão. Faz-se o primeiro corte na região apical e observa-se endurecimento fibro-caseoso do pulmão esquerdo, com resíduos cavitários, dois dos quais reduzidos a simples fissuras rodeadas de paredes de aspecto mixematoso; anteriormente persiste uma caverna comunicante com a apical, de paredes anfractuosas e de aspecto necrótico. Na zona mediastínica anterior, focos caseosos recentes. À direita,

disseminação de focos acino-caseosos. O terceiro corte, 2 cm. abaixo da bifurcação da traqueia (fig. 4), mostra o endurecimento do pulmão esquerdo, mas que contém focos caseosos recentes e uma caverna lateral. No quarto corte, ao nível da base, sensivelmente o mesmo aspecto.

Diagnóstico anatómico.— Fibrotorax cavitário esquerdo, com forte esclerose pulmonar do mesmo lado e disseminação nodular controlateral. Tuberculose ulcerosa do intestino; degenerescência gorda do fígado; degenerescência turvo-gorda dos rins e tumor agudo do baço.

O exame histológico do vértice esquerdo mostra o tecido conjuntivo

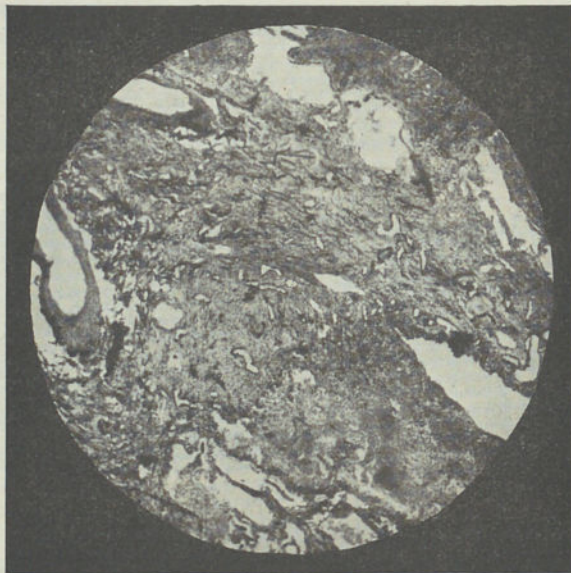


Fig. 5

CASO III.— Pulmão esquerdo, vértice. Endurecimento com hiperplasia do tecido elástico. À direita da figura, metade dum brônquio com lesões específicas de meso e peri-bronquite (coloração pelo WEIGERT)

intersticial notavelmente espessado, em forma de rêde de grandes malhas, contendo, na sua maioria, zonas de substância caseosa. É, além disso, visível a hiperplasia do tecido elástico. Parede da caverna delgada com um estrato caseoso pouco evidente. Escassez de vasos (fig. 5).

À medida que se desce, nota-se que o endurecimento cede progressivamente o pôsto a lesões de tipo exsudativo-caseoso de origem recente e na base as alterações atingem o máximo desenvolvimento, em grossos focos acino-nodosos, quasi sem reacção conectiva e com evidente amolecimento central; raríssimas formações giganto-celulares. O parênquima interposto aos focos em módica atelectasia. Ausência de estase sanguínea ou linfática.

Resumindo: pode dizer-se que à esquerda o processo apical é de natureza prevalentemente fibroso, enquanto na base é essencialmente exsudativo caseoso, com escassa atelectasia. No pulmão direito, disseminação micro-nodular recente.

Deve concluir-se que a toracoplastia coadjuvou na tendência cirrótica, que desde o início apresentava a lesão do vértice esquerdo. A-pesar porém da intervenção, verificou-se na base omlateral uma disseminação post hemoptóica.

CASO IV. — G. A., caixeiro viajante, de 42 anos de idade. Entra no Instituto a 24-I-935, com o diagnóstico clínico de lobite superior direita escavada. Na anamnese patológica, pneumonia complicada de pleurisia esquerda, em 1918, sintomatologia que se repetiu em 1919. Em 1920 novo surto por quarenta dias. Em 1923, em pleno bem-estar, um acesso de tosse, com expectoração estriada de sangue, que se repetiu por alguns dias. Em 1927, nova e abundante hemoptise. Reconhecido como portador de lesões específicas pulmonares, pneumotorax à direita, que continuou durante dois anos, depois do que, ainda que nitidamente melhorado, apareceram sinais de lesões contralaterais.

Então, pneumotorax também à esquerda, mantendo pneumotorax bilateral até 1931, época em que se verifica derrame pléural esquerdo, sucessivamente purulento e tratado com pneumotoracentese. Em 1932, módico derrame à direita, que se reabsorve com sínfise pleural consecutiva, em virtude do que é operado de frênico-exeresse dêsse lado. Discreto estado geral até fins de 1934. Em Dezembro dêsse ano, ataque gripal, que influe desfavoravelmente sobre o processo específico, de modo a tornar necessária a sua entrada no Instituto. Nessa data o exame clínico-radiológico mostra, à direita, a existência de um pio-pneumotorax que ocupa a margem esterna do pulmão, no seu tærço superior. Condições gerais mediócras, temperatura até 38,5, com expectoração positiva. A 8-IV-935, ressecção de um fragmento lateral da terceira costela direita, para drenagem da cavidade pleural. A 1-V-935, plumbagem extra-pléurica do mesmo lobo; a 13 do referido mês, nova intervenção, com extracção da plumbagem e ressecção dos segmentos posteriores da 2.ª, 3.ª e 4.ª costelas. Decurso post-operatório regular, mas, para obter uma completa elisão da cavidade empiemática, procede-se à ressecção dos segmentos anteriores das mesmas costelas, a 13-VII-935. No primeiro mês depois da última intervenção o estado geral do paciente mantém-se satisfatório, a-pesar do seu depauperamento. Em Outubro do mesmo ano, primeiros fervores na base esquerda, com temperatura de 39º, astenia acentuada e anorexia. Em Novembro, além desta sintomatologia, perturbações gastro-intestinais, com profusas sudações nocturnas. Em seguida, progressivo agravamento das condições gerais até à morte, em 8-II-936.

A autópsia, realizada a 9-II-936 (Prof. OMODEI-ZORINI) mostra os dois pulmões fortemente aderentes à parede e ao diafragma. Depois do descolamento da pleura parietal no campo operatório, cai-se numa saca empiemática,

que interessa a parte apical e anterior e em comunicação por um trajecto fistuloso com uma pequena cavidade do vértice; para a região posterior, encontra-se viva resistência pela presença de uma couraça plêurica, lenhosa, que interessa a zona para-vertebral, especialmente na metade inferior. À esquerda, resíduo laminar do antigo empiema meta-pneumotorácico, de aspecto caseoso.

Ao corte, parênquima pulmonar antracótico, atelectásico, mas livre de lesões tuberculosas recentes ou antigas. Brônquios ligeiramente dilatados e com pus. À esquerda, um processo de cavérnulas recentes no vértice dos lobos e, em via de formação, focos acinosos em tôda a porção pulmonar restante.

Diagnóstico anatómico. — Empiema crónico meta-pneumónico direito, tratado com toracoplastia parcial. Atelectasia e módica antracose do pulmão subjacente, sem lesões de tuberculose activa. Bronquite purulenta difusa com módica ectasia brônquica. Tuberculose recente, com incipiente bronco-pneumonia ulcerosa da região apical esquerda; disseminação de focos acinosos no resto do parênquima pulmonar. Restos de antigo empiema meta-pneumotorácico, à esquerda. Degenerescência amilóide difusa do fígado e do baço; nefrose bilateral; atrofia do miocárdio; marasmo.

Exame histológico. — À direita, pleura notavelmente espessada e em relação directa com a cavidade empiemática, formada por uma camada purulenta e outra subjacente, conectiva, da qual partem numerosas estrias, que invadem, em diversas direcções, o tecido pulmonar. Ausência de atelectasia. Do lado dos vasos, módico estado de endovascularite e ausência de estase sanguínea ou linfática. Bronquite purulenta com raros focos dispersos de bronco-pneumonia banal.

Na base, onde existe sínfise plêurica, o tecido pulmonar é, em grande parte, substituído por tecido de endurecimento muito rico em vasos, com módica estase e abundantes grupos de linfócitos.

À esquerda, focos acinosos e acino-nodosos caseosos recentes; bronquite catarral e, nalguns pontos, com incipiente caseose. Ligeiro espessamento das trabéculas interlobulares.

Resumo: pleurisia purulenta do têrço superior direito, com notável espessamento fibroso, que invade irregularmente as zonas mais vizinhas do parênquima pulmonar. Pleurisia adesiva hiperplástica da base, com endurecimento acentuado da porção pulmonar correspondente e módica estase linfática. À esquerda, lesões recentes de carácter exsudativo.

Pode concluir-se que, neste caso, as alterações anatómicas são devidas à acção prolongada do piopneumotorax, dado que a toracoplastia não conseguiu a elisão nem da cavidade empiemática, nem da caverna apical. A notar aqui que a fibrose do parênquima é de origem nitidamente pleurógena.

CASO V.—C. A., tecedeira, de 36 anos de idade. Entra no Instituto a 15-IV-935, com o diagnóstico clínico de bronco-pneumonia específica do lobo superior esquerdo.

Em 1917, num período de cêrca de vinte dias, febre elevada, com alguma

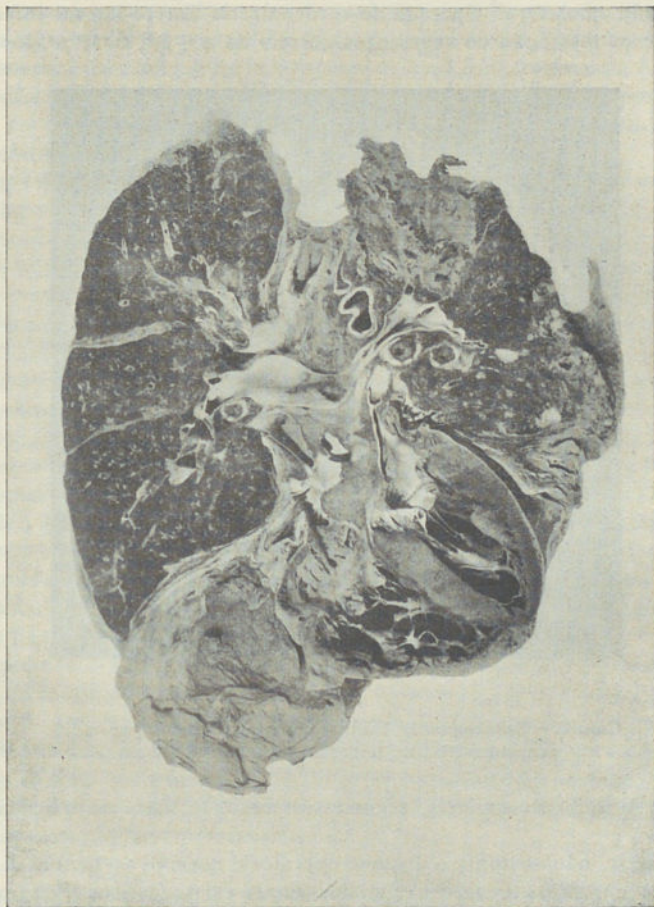


Fig. 6

CASO V.—Corte frontal ao longo da traqueia. Caverna do vértice pulmonar esquerdo e endurecimento na base do mesmo lado, por frênico-exerese. Disseminação miliar à direita

tosse e expectoração. Início clínico da doença actual em 1929, no decurso da segunda gravidez, por pleurisia líquida esquerda. Em Junho de 1930, sinais de derrame pleural à direita. Depois de um ano num sanatório, fica em discreto bem-estar até Agosto de 1934, quando teve as primeiras pequenas he-

moptises. Readmitida no sanatório, aí lhe fizeram várias tentativas infrutíferas de pneumotorax. Em Fevereiro de 1935, hemoptise muito abundante, com temperatura elevada, e em Abril é transferida para o Instituto, para submeter-se a intervenção cirúrgica. O exame clínico radiológico pôs em evidência os sinais de uma lesão úlcero-exsudativa do lobo superior esquerdo, com difusão omolateral. Operada de toracoplastia ântero-lateral inferior esquerda, com ressecção de segmentos costais da 4.ª, 5.ª, 6.ª e 7.ª costelas, a



Fig. 7

Caso V. — Base esquerda, Endurecimento acentuado por esclerose inter-lobular; lesões de peri-arterite fibrosa

10-V-935. A 20 do mesmo mês, segunda intervenção sôbre as três primeiras costelas.

A seguir, não obstante o decurso operatório normal, tosse com dispneia, alterações cardíacas e acentuação dos sinais estetacústicos. Pneumo-peritôneo, que atenua consideravelmente tôda a sintomatologia. Em Agôsto reaparece a tosse, com expectoração, e o exame radiológico põe em evidência a extensão do processo ulcerativo; em Setembro, a expectoração apresenta-se de novo estriada de sangue e, sucessivamente, agravam-se as condições gerais. Em Outubro, os primeiros sinais de uma disseminação controlateral basal à direita; em Dezembro, dispneia, cianose com sinais de insuficiência cárdio-circulatória, sintomatologia que progressivamente se agrava até que, a 20 de Dezembro, a doente morre.

A autópsia, realizada a 21-XII-935 (Prof. OMODEI-ZORINI), mostra a pleura esquerda totalmente aderente, e, à direita, aderências escassas, que se

destacam facilmente. Pulmão direito aumentado de volume por enfisema, enquanto o esquerdo aparece retraído em todos os seus diâmetros, com elevação do hemi-diafragma correspondente por exereze do frênico.

No vértice do pulmão esquerdo uma cavidade do volume de uma tangerina, em grande parte aderente à parede, e internamente revestida por uma delgada camada caseosa. Um corte frontal ao longo da traqueia põe em evidência o seguinte: à esquerda, além da caverna já descrita, focos caseosos tipo acino-nodoso, com cavérnulas incipientes; na base, endurecimento. À direita, módica disseminação miliar nos lobos médio e superior, enquanto o lobo inferior apresenta um infarto hemorrágico em via de amolecimento. As glândulas linfáticas, indiferentes (fig. 6).

Diagnóstico anatómico. — Tuberculose cavitária do pulmão esquerdo, com volumosa caverna apical e focos acino-nodosos do lobo inferior; endurecimento parcial por frênico-exereze e toracoplastia ântero-lateral esquerda. Sinfise pleural bilateral. Módica disseminação miliar contro-lateral (lobos médio e superior), com incipiente gangrena do lobo inferior direito. Tuberculose ulcerativa do rim esquerdo, tumor agudo do baço, com ligeira esteatose do fígado.

Exame histológico. — Na zona apical a parede da caverna é constituída por uma fina camada caseosa, contornada por um evidentíssimo estrato angiomatoso, sem uma bem demonstrável cápsula fibrosa circundante. Ao lado de numerosos resíduos escleróticos de antigos focos miliares, um certo grau de enfisema e alguns raros focos fibro-caseosos recentes. Ao nível da região para-hilar, atelectasia do parênquima, com esclerose acentuada inter-lobular e presença de raros e grossos focos fibro-caseosos encapsulados. Os grossos vasos apresentam-se módicamente dilatados, e os médios com lesões de endo e perivascularite (fig. 7). Na base do mesmo lado as alterações não se diferenciam das já descritas.

No pulmão direito, todo o parênquima é atingido por um processo miliar crônico, fibro-epitelióide, com numerosas células gigantes e, especialmente, abundantes em tórno dos brônquios. Nalguns pontos, porém, os focos confluem, dando origem a focos maiores com típicas formações em cesto, dentro de cujas malhas é ainda visível algum resto de substância caseosa. Os brônquios, atingidos na sua maior parte por um processo de bronquite catarral, mais raramente de bronquite caseosa incipiente.

Resumindo: à esquerda, caverna recente do ápice, com enfisema pulmonar circunstante; atelectasia, com endurecimento da base e sinais discretos de disseminação recente; à direita, miliar crônica.

Conclue-se por uma insuficiente compressão da toracoplastia ao nível do lobo superior da esquerda, denunciada pelo ligeiro enfisema e pela existência da caverna; boa compressão sôbre as porções médias e basais, demonstrável pela atelectasia, com endurecimento aí existentes.

CASO VI. — C. E., doméstica, de 14 anos de idade. Entra no Instituto a 13-VI-935, com o diagnóstico clínico de tuberculose pulmonar cavitária da direita, e sínfise pleural do mesmo lado.

Em, 1928 pleurisia seca, à direita. A doença actual iniciou-se em Maio de 935, com febre, tosse, expectoração e emmagrecimento. Internada imediatamente num hospital, é transferida, um mês depois, para o Instituto. Ao exame clínico-radiológico, presença de lesões com tipo de lobite superior direita em via de amolecimento. À esquerda, nada de patológico; expectoração posi-

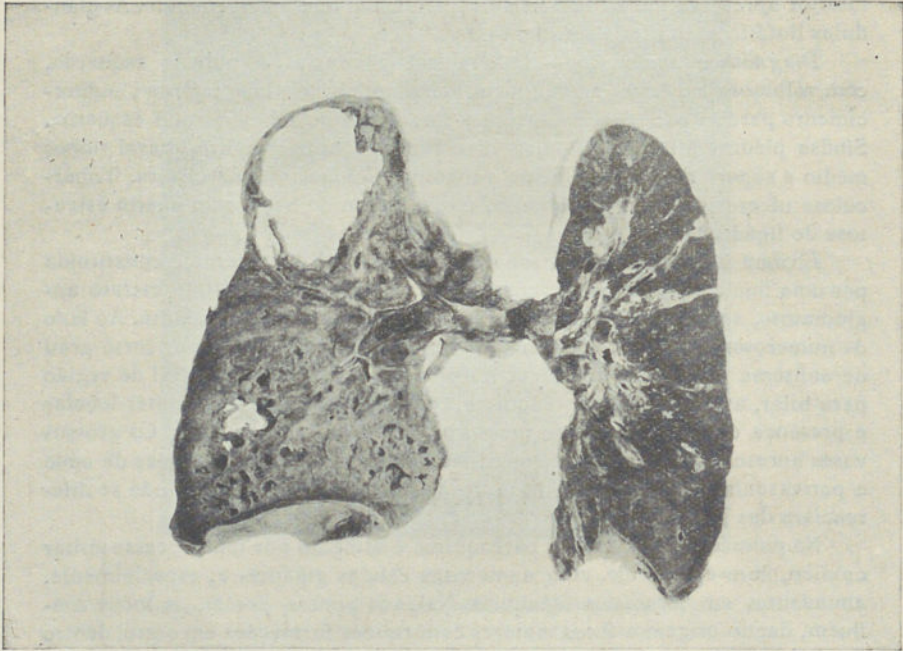


Fig. 8

CASO VI. — Corte frontal, num plano posterior à traqueia. Caverna gigante do vértice direito, com hepatização caseosa coliquativa do lobo inferior; gânglios hilares e traqueais caseificados

tiva. Depois de várias tentativas de pneumotorax à direita, frénico-exerese a 26-VI-935, como tempo preliminar de uma toracoplastia ântero-lateral inferior a 10-VII-935, com ressecção de segmentos ântero-laterais da 4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a costelas. Decurso post-operatório regular, mas as condições gerais da doente retardam o segundo tempo ao nível das primeiras costelas. Em Setembro, estado geral estacionário, mas o exame objectivo do tórax mostra aumento progressivo das lesões cavitárias e sua extensão aos lobos inferiores. Nos meses sucessivos, aumento do emmagrecimento e da astenia, e em Dezembro os primeiros sinais de uma difusão controlateral. Desde este período,



*"O valor
da auroterapia
depende
do preparado"*

Dr. Schröder-Schöenberg

O termo "auroterapia" é tão impreciso como o de "arsenoterapia". A acção terapêutica de ambos os metais depende da forma como estão quimicamente combinados. Assim como na sífilis se mostraram eficazes só muito determinadas combinações do arsenico, na tuberculose e no reumatismo articular crónico é evidente a acção terapêutica superior do

SOLGANAL-B oleoso
Máxima eficácia -
Mínima toxicidade

Frascos com 5 c. c. da suspensão oleosa a 2% e a 20%



Amostras e literatura à disposição dos Exmos. Snrs. Médicos.
SCHERING S. A. PORTUGUESA R. L.
Largo da Anunciada, 9-2º, Lisbôa.

LISBOA MÉDICA



GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUENTE
SUBSTITUTO DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU



LASA

PARA AS DOENÇAS DAS
VIAS RESPIRATORIAS



CLAVITAM

TONICO RICO EM VITAMINAS A'B'D'



LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

LISBOA

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

expectoração frequentemente estriada de sangue, agravando-se rapidamente as condições gerais até à morte, em 28-I-936.

A autópsia, realizada a 29-I-936 (Prof. OMODEI-ZORINI), mostra os dois pulmões aderentes à parede, especialmente à direita, no espaço compreendido entre a 4.^a e a 7.^a costelas, onde, na parede, se encontra uma cicatriz operatória.

Pulmão direito mais amplo nos seus três quartos superiores e de consistência esponjosa no vértice. Ao corte, ao longo da traqueia, observa-se uma grave tísica crónica do pulmão direito, com caverna lobar superior e uma hepatização coliquativa de todo o lobo inferior direito (fig. 8) Os gânglios hilares são pequenos e infiltrados, e os para-traqueais da direita, caseificados.

À esquerda, um grupo de focos acinosos e miliares situados na zona central em torno ao hilo. Os gânglios da esquerda contêm raros focos miliares. Na secção anterior, a respeito da procedente, constata-se a progressão da infecção tuberculosa sob a forma de focos acinosos confluentes que interessam a zona central.

Diagnóstico anatómico. — Tísica pneumónica total do pulmão direito. Tuberculose acinosa esquerda central, para-hilar, com linfo-adenite caseosa para-traqueal da direita. Nada de patológico a cargo das vísceras abdominais.

Exame histológico. — À direita, parede da caverna constituída por uma delgada zona interna puriforme, limitada pelo lado externo por um estrato de tecido conectivo pouco espesso, e a seguir, disposição tangencial dos alvéolos numa pequena extensão; nalguns pontos, alvéolos de aspecto adenomatoso.

Todo o lobo médio e inferior é atingido por um processo difuso de alveolite caseosa em via de amolecimento, com espessamento nítido das trabéculas interlobulares. Nada de notável a cargo dos brônquios e dos vasos.

Tôda a pleura do pulmão esquerdo, espessada e bem vascularizada, com numerosos focos miliares fibro-epitelióides e células gigantes. No vértice alguns focos fibro-caseosos antigos, encapsulados por tecido hialinizado e numerosos focos acinosos e acino-nodosos sem reacção conectiva, mais abundantes nas regiões médias do pulmão. Edema com exsudato de grandes células alveolares, e escassas estrias fibrosas antigas com alguns alvéolos em transformação adenomatosa. Sinais de bronquite catarral simples. Nada a cargo dos vasos.

Resumindo: à direita, caverna lobar superior com módica atelectasia e ligeiro grau de fibrose difusa. Pneumonia caseosa recente, em via de amolecimento do lobo médio e inferior com espessamento das trabéculas interlobulares. À esquerda, miliar crónica fibro-epitelióide da pleura; disseminação recente de focos acinosos e acino-nodosos da região para-hilar.

Conclue-se, pela módica atelectasia e escassa reacção produtiva em torno dos focos, da insuficiente eficácia das intervenções operatórias.

CASO VII. — A. B., doméstica, de 38 anos de idade. Entra no Instituto a 20-VI-935, com o diagnóstico clínico de tísica úlcero-fibrosa da metade superior do pulmão direito e sínfise pleural. Início clínico da doença em Janeiro de 1931, com febrícula vespertina, tosse sêca, astenia e anorexia.

Em Setembro do mesmo ano, o primeiro pneumotorax; em Novembro, derrame pleural, que se reabsorveu. Terminadas as insuflações em Junho de 1932, a paciente mantém-se em discretas condições por cêrca de dois anos. Em Outubro de 1934 reaparecem os sinais de uma agudização do processo.



Fig. 9

CASO VII. — Lobo inferior direito retraído por frênico-exerese com focos de bronco-pneumonia e duas cavernas respectivamente dos lobos superior e médio. À esquerda, caverna apical recente

Internada num hospital, fêz tratamento reconstituente e em Junho de 1935, transferida para o Instituto; expectoração positiva.

A 28-VI-935, frênico-exerese, com toracoplastia ântero-lateral inferior da direita (4.^a, 5.^a, 6.^a e 7.^a costelas); a 8-VIII-935, segunda intervenção (1.^a, 2.^a e 3.^a costelas). Depois, as condições gerais melhoraram sensivelmente e permanecem invariáveis até aos primeiros dias de Dezembro, quando, para obter um colapso maior das lesões cavitárias do vértice, se procede, a 6-XII-935, a uma toracoplastia posterior (tipo MAURER-PROUST) com ressecção dos segmentos posteriores da 2.^a, 3.^a, 4.^a e 5.^a costelas. Após esta, nítido efeito colapsante

sobre o diâmetro transversal da cavidade. As condições gerais e locais, porém, permanecem invariáveis até fins de Janeiro de 1936, quando se notam os primeiros sinais de uma difusão contra-lateral, no têrço médio do pulmão esquerdo. Em Fevereiro a tosse aumenta, suores nocturnos e insónia. Em Março as condições gerais pioram notavelmente e aparecem sintomas de insuficiência cárdio-circulatória. A doente morre, por agravamento progressivo de toda a sintomatologia, a 26-III-936.

A autópsia, realizada a 27-III-936 (Prof. OMODEI-ZORINI), mostra sínfise

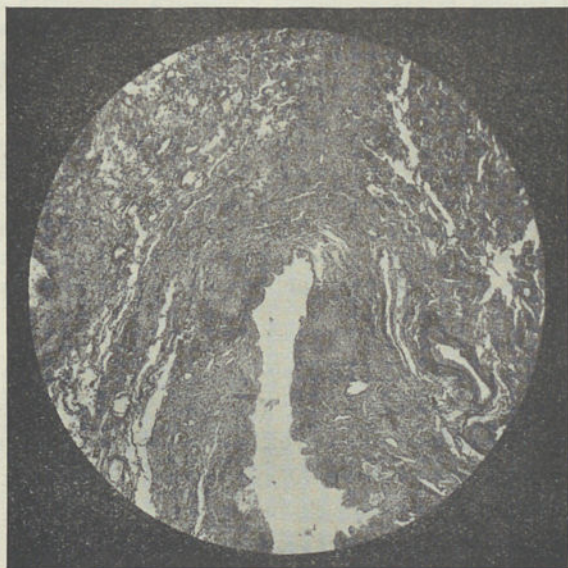


Fig. 10

Caso VII — Zona basal. Endurecimento, e bem visível, à luz dum brônquio, deformado, e de paredes infiltradas por lesões específicas (coloração pelo WEIGERT)

pleural esquerda recente e sínfise antiga à direita. Pulmão direito levemente retraído em todos os seus diâmetros, especialmente em correspondência da metade superior; o hemidiafragma direito aderente à base pulmonar, retraída por frénico-exereze. No médiastino posterior, alguns gânglios com incipiente transformação caseosa. Ao corte, à direita, grave processo destrutivo, com presença de duas cavernas volumosas de antiga data, uma das quais ocupa quase todo o lobo superior parcialmente retraído, a outra no lobo médio imediatamente abaixo da scissura, de forma grosseiramente triangular e um pouco achatada. Em todo o lobo inferior, bronco-pneumonia caseosa em coligação (fig. 9). Gânglios linfáticos do hilo em parcial degenerescência caseosa. Pulmão esquerdo invadido por um processo exsudativo recente bronco-pneumónico,

que interessa todo o lobo superior e parte do inferior. O vértice dêste pulmão está destruído por uma caverna com paredes caseosas de origem recente.

Diagnóstico anatómico. — Tísica crónica multicavitária dos lobos superior e médio direitos. Broncopneumonia recente coliquativa do lobo inferior direito; paquipleurite adesiva total, do mesmo lado. Tísica bronco-pneumónica ulcerosa recente do lobo superior esquerdo. Pleurisia fibrinosa recente esquerda. Linfo-adenite caseosa incipiente hilo-mediastínica. Tuberculose ulcerosa do intestino.

Exame histológico. — No vértice direito, zonas de esclerose pleuro-pulmonar, com módica estase sanguínea e linfática subplêurica e numerosos focos fibro-caseosos encapsulados por tecido hialinizado; raríssimos focos caseosos recentes. Enfisema alveolar. Na região inferior continua o quadro de esclerose pleuro-pulmonar, aqui mais acentuado em tórno dos vasos, que se mantêm abertos e com módico grau de estase.

Na base, atelectasia pulmonar com focos caseosos recentes. Bronquite simples, em alguns pontos de natureza específica. Ligeira deformação da luz brônquica (fig. 10); módico grau de endovascularite produtiva.

Em todo o lobo superior do pulmão esquerdo, focos confluentes de bronco-pneumonia caseosa recente, sem reacção conectiva e com amolecimento incipiente. Largas zonas de edema pulmonar circunstante e raras figuras de endovascularite obliterante.

Resumo: no vértice da direita, esclerose pleuro-pulmonar acentuada, com módico grau de enfisema e leve estase sanguínea. Na base, esclerose mais acentuada, principalmente em tórno dos vasos; atelectasia evidente nas zonas mais baixas. Focos acinosos recentes, com sinais de bronquite específica. À esquerda, focos de bronco-pneumonia caseosa recente.

Conclue-se por um colapso insuficiente do têtço superior; pelo contrário, no lobo inferior, a acção compressiva é mais nítida e denunciada pela presença de uma atelectasia, ligada provàvelmente ao efeito combinado da toracoplastia com a frénico-exereze.

(*Continua no próximo número.*)

1.^a Clínica Cirúrgica
(Serviço do Prof. F. GENTIL)

UM CASO PORTUGUÊS DE DERMATITE LINEAR RASTEJANTE

POR

LUÍS SCHREYER BANDEIRA

A miase cutânea é uma afecção produzida principalmente pelas larvas de certos dípteros braquíceros, da família dos Oestrídeos e dos géneros *Gastrophilus* e *Hypoderma*, larvas de parasitismo obrigatório, ao contrário das que produzem a miase cavitária e a miase intestinal, que são de parasitismo facultativo. Porém, outros agentes podem causar a mesma doença. Assim, no Japão foram publicados três casos, em que o parasita, sempre diferente, pertencia à classe dos Nematelmintas (*Gnathostomum siamense*, *Gnathostomum hispidum* e *Echinorhynchus sphaerocephalus*).

A doença pode apresentar-se sob três formas clínicas diferentes:

a) *Miase rastejante cutânea de tumores ambulatórios ou de tumores periódicos de Hoegh*, em que a larva segue uma migração subcutânea que por vezes pode ser muito extensa, no decurso da qual se formam tumefacções inflamatórias de volume variável que, em geral, não supuram. A migração da larva é acompanhada, quasi sempre, de dores, por vezes violentas.

b) *Miase furunculosa*, forma esta em que a larva fica estacionária, produzindo a formação de um tumor inflamatório semelhante um furúnculo.

c) *Dermatite linear rastejante*, mais conhecida pela designação de «Creeping disease», dada pelo autor que primeiramente a descreveu em 1874, ROBERT LEE, donde o nome de doença de ROBERT LEE, por que também é conhecida esta afecção.

Qualquer das três formas sob que se pode apresentar a miase

cutânea, é relativamente rara. Mais freqüente na Europa central e oriental e na América do Norte, ela parece ser extremamente rara entre nós. Não conseguimos encontrar mais do que um caso português de miase rastejante cutânea, de tumores ambulatórios, publicado nas actas do II Congresso Nacional de Medicina, realizado no Pôrto em Junho de 1927. Constituiu o assunto de uma comunicação feita por ALBERTO DE AGUIAR. Nela, o autor refere a história de um doente, com 8 anos de idade, no qual a doença se iniciou por uma tumefacção na região lombar esquerda, que durou poucos dias. Desaparecido êsse tumor, notou a formação de um cordão subcutâneo, que se deslocava rapidamente, causando-lhe dores violentas, até parar e formar nova tumefacção, das dimensões de uma avelã. Estas migrações, que se faziam umas vezes, duas a três em cada dia, outras com intervalo de alguns dias, deram lugar à formação sucessiva de tumefacções, no dorso, no pescoço, no rebordo posterior do maxilar inferior direito e no coiro cabeludo, descendo depois para o nariz. Por fim apareceu na parte média da região frontal, onde originou uma sensação intensa de prurido, que levou o doente a coçar-se, o que produziu uma pequena escoriação, com um ponto branco no centro. Foi então que o pai do doente espremeu a zona tumefacta e viu sair por um pequeno orifício, como a cabeça de um alfinete, um pequeno «verme» branco, vivo, com movimentos activos, que foi enviado para análise.

Com esta expulsão, o doente ficou aparentemente curado, não apresentando então qualquer queixa. Mas, decorrido um mês e meio, apareceu nova tumefacção ao nível do umbigo, que desapareceu pouco tempo depois, para reaparecer sucessivamente no testículo, na anca e na região glútea direitas, mas desta vez sem sinais da sua migração subcutânea, talvez por ela se fazer mais profundamente. Esta segunda evolução era acompanhada de muito menos dores do que da primeira vez.

O exame do doente nada mais revelou de anormal, além de certa leucocitose (10.700 glóbulos brancos por milímetro cúbico) com acentuada eosinofilia (19,6%) na análise do sangue. O exame das fezes mostrou a existência de abundantes ovos de «ascaris».

Cêrca de um mês decorrido, apareceu nova tumefacção na região nadegueira, onde se formaram vários tumores, no período



Evipan-Sodico

Para a narcose curta ou inicial
por via intravenosa.

Para a pequena e grande cirurgia,
ginecologia, obstetricia, urologia,
oftalmologia, oto-rino-laringologia,
assim como para a psiquiatria.

Adormecimento rapido, sem
acidentes e sem choque psiquico.



Embalagens originais:
Caixas com 1 e 5 ampolas de 1 gr.
de Evipan-Sodico e 1 e 5 ampolas
de agua bidestilada.

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA.

**No adormecer dificultado
e no despertar precoce**



EVIPAN

(N-metilciclohexenilmetilmaloniluréia)

Sonifero tipico para conciliar e, no caso do despertar antecipado, reconciliar o sono.

Adormecer imediato, sono tranquilo e reparador, despertar, cheio de energias, á hora habitual.

A completa destruição do preparado no organismo garante a ausencia de efeitos secundarios ao dia seguinte, ainda mesmo que o Evipan tenha sido tomado durante a noite ou nas primeiras horas da manhã.

Embalagem original: Tubo de 10 comprimidos de 0 gr.25.



BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA.

de um mês aproximadamente. Um mês mais tarde, aparecimento de nova tumefacção na pálpebra superior direita, que cessou espontâneamente, passados três dias. De qualquer das vezes, não foi possível fazer a extracção do parasita.

Nova análise de sangue, feita então, revelou uma leucocitose de 7.200 glóbulos brancos por milímetro cúbico com 7,5 % de eosinófilos. O doente não voltou depois a aparecer na consulta nem se conseguiu ter mais notícias dêle.

O autor atribue a eosinofilia verificada no primeiro exame de sangue, não à helmintíase que o doente então apresentava, mas sim à miase de que estava atacado; explica a baixa do seu valor, revelada na segunda análise pela proximidade da terminação do período larvar parasitário, ao fim de nove meses de doença, estando a larva ou as larvas em caminho para a evolução ou transformação final.

Não conseguiu apurar a entrada da larva ou dos ovos pela pele, sendo de opinião que a infestação se deve ter feito por via digestiva.

O exame do parasita expulso revelou tratar-se duma larva de môsca, da família dos Oestrídeos, possivelmente a *Hypoderma Diana*, no segundo estado da sua evolução larvar, forçadamente parasitária.

É o primeiro, e até agora, segundo cremos, o único caso português de miase cutânea, da forma de tumores ambulatórios.

Tivemos ocasião de observar um outro caso de miase cutânea, êste da forma dermatite linear rastejante ou «Creeping disease», da qual não encontrámos nenhuma referência publicada no nosso país.

Trata-se dum doente que deu entrada no Serviço do Prof. F. GENTIL (1.^a Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar), com um extenso carcinoma ulcerado do dorso da mão esquerda e que apresentava na mão e antebraço dêsse mesmo lado esta estranha afecção. A sua história clínica, resumida é a seguinte :

OBSERVAÇÃO n.º 5.806-A. — Enfermaria C1 AB. Cama 5, F. M., sexo masculino, de 52 anos de idade, casado, trabalhador rural, natural e residente em Ferreira do Alentejo. Antecedentes familiares e colaterais sem interesse. Antecedentes pessoais: saudável; nega sífilis e todo o venéreo. Refere que, há cerca de oito anos, notou o aparecimento de uma pequena formação cutânea, dura, saliente, como um tremço, na face dorsal da mão esquerda, ao nível

do primeiro espaço inter-ósseo, que foi aumentando muito lentamente de dimensões, sem lhe causar dores ou qualquer outro incômodo. Há cerca de um ano, quando a lesão tinha atingido as dimensões de uma castanha, ulcerou, deixando sair um líquido seroso; desde então o crescimento da ulceração tornou-se mais rápido, sendo acompanhado de ligeiras picadas.

Há pouco mais de um mês, começou a notar edema da mão, e, como lhe dissessem que tinha um cancro, aplicou sobre a ulceração, por várias vezes, sapos abertos e espalmados, com o que, no dizer do doente, lhe abrandaram as dores. Porém, dois dias depois da última aplicação, começou a sentir um prurido intenso na pele em tôrno da lesão e notou então o aparecimento de delgados cordões vermelhos que da periferia da lesão se dirigiam para a palma da mão e para o punho. Êsses cordões, de trajecto irregular e contornado, rapidamente aumentaram de comprimento, estendendo-se ao longo do antebraço, e continuaram a causar a mesma sensação de prurido.

Consultou então um médico, que lhe prescreveu a aplicação de várias

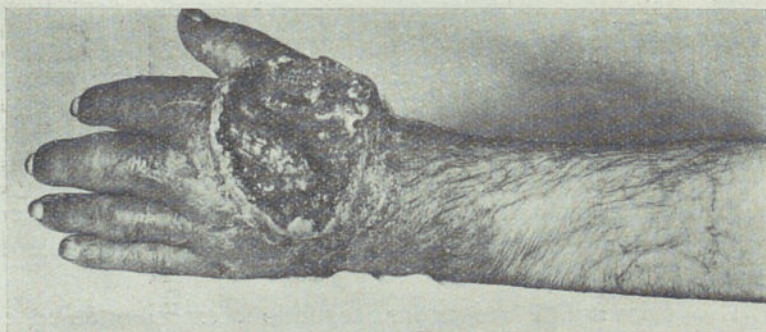


Fig. 1

pomadas, e, como não obtivesse resultado, tanto para a lesão da mão como para a do antebraço, que continuava a sua marcha trepadora, veio, a conselho dêsse médico, a Lisboa, à consulta do Instituto Português de Oncologia, donde foi enviado ao Serviço. Diz ter emmagrecido muito.

A observação, no momento da entrada, revela um indivíduo de bom estado geral, que apresenta a mão e o tærço inferior do antebraço esquerdo um pouco edemaciados. Na face dorsal da mão esquerda existe uma extensa ulceração irregular (fig. 1) que mede cerca de 10×8 cm. de diâmetros máximos, com os bordos salientes, endurecidos e o fundo vermelho-vivo, irregular, com o aspecto de tecido de granulação e onde se distinguem os tendões dos extensores dos dedos. Acha-se, em parte, coberto por um exsudado purulento. Da periferia desta ulceração partem numerosos cordões cutâneos, ligeiramente salientes, com 2 mm. de largura, aproximadamente, que se dirigem para o antebraço e para a palma da mão. Têm, na sua maioria, uma coloração vermelho-rosada e apresentam um trajecto irregular, serpiginoso, descrevendo curvas e formando, por vezes, arcos completos. Na face anterior do

antebraço, onde são mais abundantes (fig. 2), atingem o seu t ê rço m e dio; na face posterior apresentam o mesmo aspecto, mas s ã o em menor n u mero. Alguns d e stes cord o es apresentam-se ulcerados, deixando sair um l i quido seroso. Na palma da m ã o existem, igualmente, alguns cord o es semelhantes, mas

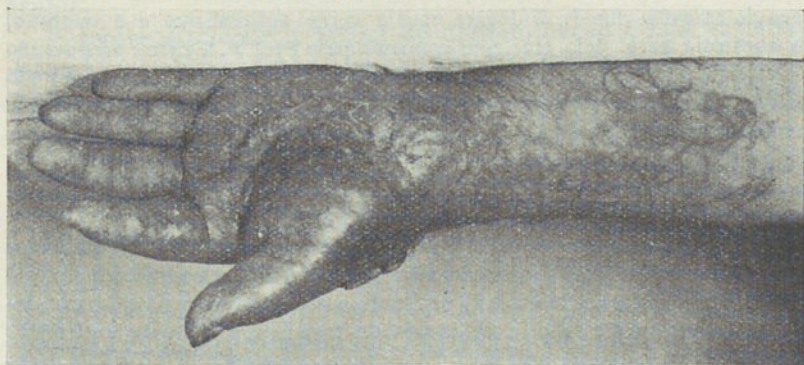


Fig 2

de c o r branca. Nada de importante revela no exame dos d i ferentes aparelhos e fun c o e s. N ã o se palpam g a nglios supra-epitrocleanos nem axilares.

An a lise de sangue.— Hemoglobina, 95 %; gl o b u los rubros por mmc., 4.612.500; gl o b u los brancos por mmc., 10.800. F o rmla leucocit a ria: linfoc i -

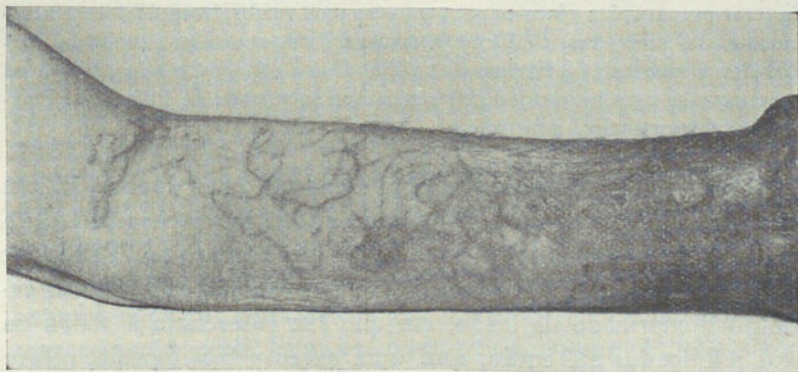


Fig. 3

tos, 14,5 %; monocitos, 3,0 %; neutr o filos, 77,5 %; eosin o filos, 4,5 %; Mastzellen, 0,5 %.

An a lise de urina.— Volume, 1.200 cc; c o r (VOGEL), 3; reac c o a o, a c i da; densidade, 1.040; cloretos, 10,10 grs.; ureia, 9,60 grs.; glucose, 21,10 grs.; albumina, n ã o tem; acetona, n ã o tem; pigmentos, normais; sedimento: poucas c e lulas epiteliais pavimentosas, poucos leucocitos e filamentos de muco.

Instituiu-se ao doente tratamento com pensos húmidos de rivanol e uma dieta pobre de hidratos de carbono, devido à glicosúria revelada pela análise de urina. Passados dois dias, a extremidade activa dos cordões existentes na face anterior do antebraço atingia já a prega do cotovêlo e continuava a aumentar cêrca de 2 cm. por dia, não tardando a ficar dois dedos acima da prega do cotovêlo (fig. 3). O doente estava então aglicosúrico e é operado, sob anestesia geral pelo éter com gomenol, pelo Prof. F. GENTIL: amputação na união do têrço médio com o têrço inferior do braço esquerdo, pelo método circular infundibuliforme. Como post-operatório, apenas há a citar uma leve acetonúria, que cedeu rapidamente a tratamento pela insulina e dieta. Cicatrização completa no fim de nove dias. Alta vinte dias após a operação, com um côto de bom aspecto; não se palpam gânglios hipertrofiados; no côto de amputação não há sinal da dermatite que existia no antebraço.

Na peça operatória fizemos a pesquisa do parasita nas extremidades activas dos cordões, mas não conseguimos encontrar qualquer larva ou parasita, tanto no exame directo à lupa e com o auxilio dum estilete, como depois pelo exame microscópico de cortes de fragmentos da pele extirpados naquelas zonas, a que se procedeu. Êste exame, praticado pelo Prof. H. PARRERA, nada de característico revelou quanto aos caracteres histológicos desta dermatite.

Vários cortes em série, feitos perpendicularmente à superficie da pele e em planos, quer longitudinais, quer transversais em relação ao eixo dos trajectos, mostram subjacente à epiderme, que se apresenta sem lesões dignas de menção, a existência de muitas glândulas sudoríparas e sebáceas. Na derme não se encontram parasitas nem galerias bem evidentes; contudo, nalgumas preparações vêem-se pequenos espaços vazios, irregularmente arredondados ou alongados, conforme a orientação dos cortes e que devem corresponder a pequenas galerias. Em volta dêstes espaços e difusamente na derme, nota-se uma infiltração mais ou menos acentuada de linfocitos, Plasmazellen e granulocitos neutrófilos.

Os diferentes autores que têm estudado esta doença só em cêrca de 20% dos casos conseguiram encontrar e caracterizar o seu agente e fazem notar a dificuldade que há para tal. THÉODORE PHOTINOS, que publicou em 1927 (1) uma monografia com o estudo pormenorizado da lesão, em que faz referência a todos os casos publicados até então, com uma extensa bibliografia, refere um caso por êle observado na Grécia e no qual não conseguiu isolar o agente, tanto no exame macroscópico como no estudo histológico que praticou em fragmentos de pele excisados, correspondentes às extremidades activas dos cordões.

(1) THÉODORE PHOTINOS. — «La dermatite linéaire rampante ou maladie de ROBERT LEE». Paris, 1927.

No caso que observámos, o aspecto da lesão e a sua marcha rastejante e progressiva conduziram ao diagnóstico, o qual devemos ao favor do Dr. ÁLVARO LAPA, que também muito nos auxiliou na orientação do nosso trabalho, pelo que lhe estamos muito gratos.

É muito discutida a forma de contaminação desta variedade de miase cutânea. Para alguns autores, a contaminação faz-se por via digestiva. As larvas, chegadas ao estômago ou ao intestino, por deglutição, daí se dirigem até a pele, onde provocam a dermatite. Porém, só as larvas de *Hypoderma* podem chegar à pele partidas do estômago e portanto só para os casos devidos a esta variedade é admissível este modo de contaminação.

Outra forma de infestação consiste na deposição, à superfície da pele ou de qualquer solução de continuidade desta, quer dos ovos, quer das próprias larvas, deposição que pode ser feita pelo próprio parasita na fase de postura ou então ser transportada até ao Homem por qualquer agente intermediário. À superfície da pele, a larva pode activamente penetrar na sua espessura, como o demonstrou BRAUER em si próprio, pois tendo colocado uma larva de «*Oestromyia*» na sua mão, a fim de a examinar, observou que ela rapidamente perfurava a pele e se introduzia na sua camada superficial.

No nosso caso, parece-nos mais natural que os ovos, ou mais provavelmente, as larvas fôsem levadas à superfície ulcerada da neoplasia da mão, pelos sapos que o doente aí colocou. Passados poucos dias dessa manobra, êle começou a sentir o prurido intenso e a notar o aparecimento das linhas vermelhas, múltiplas, que da periferia da lesão ulcerada se dirigiam em vários sentidos.

O período de incubação, que existe nesta como em qualquer outra doença parasitária, é muito variável. Como já dissemos, a contaminação pode fazer-se, quer pelos ovos, quer pelas larvas, e dêste facto depende muito a duração do período de incubação, muito maior para os primeiros (em que pode atingir seis a oito semanas), muito menor para as larvas, podendo mesmo, em raros casos, chegar a não existir. Muitas vezes, como aconteceu no nosso caso, o aparecimento da erupção é precedido duma sensação de prurido intenso, sintoma este que porém está longe de ser constante.

O comêço da doença pode marcar-se quer pelo aparecimento duma pequena mancha eritematosa, quer por uma pequena elevação papulosa referida pelos doentes, ou mais raramente observada pelo médico. Dêsse ponto, começa o parasita a sua migração, em geral na espessura da derme, provocando a formação de galerias, que se traduzem clinicamente pelo aparecimento de cordões ligeiramente salientes, de côr vermelho-rosada e de trajecto muito irregular, contornado, formando desenhos por vezes caprichosos, que constituem o principal sintoma da dermatite linear rastejante.

O parasita ocupa uma zona perto da extremidade activa da linha, um pouco além do seu limite visível, mas, como já dissemos, é muito difícil encontrá-lo. As extremidades activas por onde se faz a progressão da lesão reconhecem-se pela sua côr mais viva, devido a serem de formação mais recente do que a outra extremidade, inicial ou passiva. Aqui, os cordões tornam-se progressivamente mais pálidos e menos salientes, não tardando a formar-se pequenas escamas esbranquiçadas, que se destacam facilmente. Por vezes, e como aconteceu no caso que observámos, forma-se ao nível de alguns cordões um exsudado seroso, mais ou menos abundante, devido a reacção inflamatória mais intensa.

A progressão ou crescimento das linhas, sintoma capital da doença, devido à migração da larva do parasita, faz-se com uma rapidez muito variável. Observa-se por vezes um crescimento lento, 1 a 2 cm. em vinte e quatro horas, ao passo que outras vezes pode ver-se a extremidade activa deslocar-se 20 e mesmo 30 cm. no mesmo espaço de tempo. Além disto, êste crescimento não se faz duma maneira regular nem contínua, podendo haver períodos de paragem maiores ou menores.

A evolução da doença é muito incerta e pode variar de alguns dias a meses, terminando muitas vezes pela cura espontânea. Esta terminação seria devida a que a larva, chegando ao fim da sua fase parasitária e não tendo condições para efectuar a muda, morreria e seria, em seguida, enquistada, na espessura da pele. Outras vezes a larva é eliminada, quer espontâneamente (o que é raro), quer por extracção, e então a duração da doença acha-se encurtada, pois desde que o parasita desaparece a lesão desaparece também.

Nestogéno

LEITE EM PÓ NESTLÉ (NOVA FORMULA)

«Nestogéno» é o extracto do melhor leite português da riquíssima região de Avanca, meio-gordo, obtido pela dessecação imediata.

Hidratos de Carbone: «Nestogéno» contém quatro espécies diferentes de açúcar: a lactose do leite fresco original, a sacarose, a maltose e a dextrina.

Vitaminas: O processo de fabrico assegura, no «Nestogéno», a máxima persistência das propriedades bioquímicas do leite fresco.

ANALISE:

Gorduras	12,0 %
Proteínas.....	20,0 »
Lactose	30,0 »
Maltose-Dextrina.....	15,0 »
Sacarose	15,0 »
Cinzas	4,7 »
Agua	3,3 »
Calorias por 100 grs.	436

INDICAÇÕES:

O «Nestogéno» é um excelente alimento do lactante privado do seio materno. Tem também as suas indicações em todos os casos de hipotrofia, hipotrepisia e atrepisia, de debilidade congénita, de prematuração, nos períodos de readaptação alimentar, nas diferentes perturbações digestivas: vômitos, diarreia, dispepsias gastro-intestinais e nos casos de intolerância lactea.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa — “Emprego de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância. «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»”.

Medicina Contemporânea N.º 48, 27 de Novembro de 1932.
R. Gireaux: — Le lait sec en diététique infantile.

Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

Eledon

BABEURRE NESTLÉ

EM PÓ

ALIMENTO DIETÉTICO PARA CRIANÇAS, INDICADO NAS
PERTURBAÇÕES DA NUTRIÇÃO COM DIARREIA, FORMAS
DISPÉPTICAS DAS DISTROFIAS E NAS DISPEPSIAS AGUDAS

ANÁLISE:

Gorduras	8 °/o
Proteínas	20 °/o
Hidratos de carbone solúveis:	
Lactose	24 °/o
Maltose-Dextrina	25 °/o
Acido láctico	4 °/o
Amido	12 °/o
Cinzas	4 °/o
Água	3 °/o
100 grs. de Babeurre Eledon fornecem 398 calorias	

O Babeurre Eledon é obtido a partir do leite fresco, parcialmente desnatado, acidificado por fermentação láctica, e ao qual foram adicionados hidratos de carbone.

LITERATURA:

Leite Lage, Cordeiro Ferreira e Teixeira Botelho (Serviço de Pediatria Médica do Hospital D. Estefânia-Lisboa): — “Emprego de alguns produtos industriais em dietética da primeira infância: «Nestogéno», «Leite condensado», «Eledon»”.

Langstein: — «Les dystrophies et les affections diarrhéiques chez le nourrisson.»

Putzig: — «De l'utilisation du babeurre en poudre «Eledon» en pratique particulière.»

Bauer & Schein: — «Le babeurre en poudre “Eledon”». Medicina Contemporânea, N.º 48, 27 de Novembro 1932:



Amostras à disposição de V. Ex.ª

SOCIEDADE DE PRODUTOS LÁCTEOS

Rua Ivens, 11 - LISBOA

A cura faz-se pela descamação da pele ao nível dos cordões característicos da «Creeping disease», que vão progressivamente empalidecendo e que terminam por não deixar qualquer cicatriz, a não ser nos raros casos em que uma supuração, mais ou menos intensa, vem complicar e alterar o quadro típico desta enfermidade.

No nosso caso não pudemos verificar a marcha da doença, a não ser a sua fase de progressão característica. A intervenção, que teve de se praticar em virtude da lesão que trouxe o doente ao Serviço — a neoplasia ulcerada da mão — não permitiu que pudessemos observar a evolução da miase. Não existia ainda, no momento da operação, uma diminuição de intensidade da coloração dos cordões do antebraço, nem a descamação que se lhe costuma seguir.

A amputação praticada na união do tærço médio com o tærço inferior do braço, cærca de 5 cm. acima da extremidade activa da linha de progressão parasitária, evitou também que a miase continuasse a sua marcha progressiva e ascendente.

Embora não conseguíssemos encontrar o parasita, parece-nos não poder haver dúvidas de que se tratava, na presente observação, dum caso de dermatite linear rastejante.

Quanto ao agente produtor da doença, é possível que, como no caso referido por TH. PHOTINOS, se trate de uma larva do género *Gastrophilus*, pois que estas fazem a sua migração superficialmente, na pele, ao passo que as do género *Hypoderma* caminham em geral mais profundamente, na espessura do tecido celular, como no caso observado entre nós por ALBERTO DE AGUIAR.

Como já vimos, porém, outros parasitas foram encontrados como causadores desta afecção; e nada mais do que a diferente modalidade do «habitat» das duas variedades de larvas mais frequentemente encontradas, nos permite fazer supor que duma larva de *Gastrophilus* se tratava, no caso que tivemos ensejo de observar.

Revista dos Jornais de Medicina

Angiografia cerebral. (*Angiografia cerebrale*), por G. SAI. — *Riv. Oto-Neuro-Oftalmológica*. Vol. XIII. Fasc. 1, 2 e 3. Junho de 1936.

O A., director do Hospital Psiquiátrico e do Sanatório Neurológico de Trieste, publica um extenso artigo sobre a angiografia cerebral, que, apresentado em separata, forma uma pequena, mas muito completa monografia, com cento e vinte e oito páginas e setenta e duas gravuras.

O trabalho inicia-se por um resumo histórico das investigações do Prof. Egas Moniz, desde a introdução da arteriografia cerebral, em 1927, e indica os sucessivos aperfeiçoamentos que têm sido introduzidos, dos quais o principal é a substituição do iodeto de sódio pelo torotraste como substância de contraste, proposta em Novembro de 1931 pelo Prof. Egas Moniz. O A. acentua que a angiografia cerebral é não só um método de diagnóstico imprescindível em muitos casos de tumores e outras afecções intracranianas, mas também são valiosíssimas as contribuições que trouxe à fisionomia e à anatomia da circulação cerebral, «contrapondo à anatomia descritiva estática da sala de autópsia a anatomia dinâmica no vivo».

Segue-se um minucioso artigo de técnica, onde indica o método actualmente seguido no serviço do Prof. Egas Moniz, de injeção livre na carótida primitiva. Discute demoradamente as vantagens respectivas da injeção na carótida interna e na primitiva, parecendo preferir a injeção na carótida interna (método ainda seguido por alguns autores alemães, como Jacobi e Lühr, mas que, a não ser em casos muito particulares, o Prof. Egas Moniz já não emprega). O A. obtem ultimamente a flebografia cerebral usando um *chassis* escamoteador, que permite tirar três radiografias rapidamente sucessivas.

Ocupa-se, em seguida, dos perigos e contra-indicações do método, chegando a conclusões análogas às do Prof. Egas Moniz, de que apenas a arteriosclerose cerebral muito grave pode constituir uma contra-indicação para o uso da arteriografia cerebral com o torotraste. Quanto aos inconvenientes do torotraste, o A. diz que, quando injectado correctamente na artéria, a substância opaca deposita-se no sistema retículo-endotelial, principalmente do fígado e baço, mas que a quantidade empregada é tão pequena que nenhum perigo de bloqueio pode existir. Quando, por defeito técnico, o líquido se extravasa para os tecidos periarteriais, o A. nunca notou nenhum dano local imputável ao torotraste. Quanto à possibilidade de efeitos tardios resultantes da radioactividade do sal de tório retido no organismo, não se pode o A. pronunciar, visto ainda não ter decorrido o tempo suficiente para a sua

apreciação; faz, contudo, notar que, segundo o relatório de Benassi ao Congresso da Sociedade Italiana de Radiologia, em 1934, a radioactividade do torotraste é muito pequena.

No capítulo seguinte do seu trabalho ocupa-se o A. da neurografia e liquidografia. A liquidografia, isto é, a opacificação radiográfica do líquido céfalo-raquidiano pela introdução do torotraste por punção lombar ou suboccipital, chegou ao conhecimento do A. pela primeira publicação sobre o assunto feita por Radovici e Meller.

O torotraste provoca a floculação do *liquor* e uma acção inflamatória das meninges. O A., receando estas complicações, nunca applicou o método (1).

Segue-se um capítulo sobre os aspectos normais da arteriografia e flebografia cerebrais, estudo fundamental para a interpretação das imagens patológicas. O A. chama a atenção para a indicação do Prof. Egas Moniz, de que apesar da notável constância das imagens angiográficas normais, não se devem tirar conclusões da comparação de angiografias patológicas com angiografias normais, mas sim entre as imagens obtidas no mesmo doente, do lado sã com o patológico.

Compara, em seguida, o valor da ventriculografia e da angiografia, não havendo, segundo o A., razões gerais para preferir sistematicamente um ou outro método.

A angiografia deve, porém, ser preferida em todos os casos de tumores ou abscessos cerebrais com acentuada hipertensão intracraniana e em todos os casos em que se deseje pôr em evidência alterações vasculares ou avaliar a velocidade de circulação no cérebro (aneurismas, angiomas, arteriosclerose, etc.).

Depois destas considerações gerais, o A. apresenta a sua casuística, que compreende vinte e nove casos, sendo quinze de tumores intracranianos e os restantes de condições patológicas diversas (epilepsia, arteriosclerose, cisternose, hidrocefalia, paralisia geral, oligofrenia, etc.), em que executou a angiografia.

Em quasi todos a arteriografia cerebral foi realizada de ambos os lados, tendo nos últimos casos obtido também boas imagens flebográficas.

Nalguns casos foi executada também a ventriculografia, sendo frequentemente a imagem arteriográfica de muito maior valor diagnóstico do que a ventriculografia. («L'immagine arteriografica è di gran lunga superiore al quadro sbiadito fornitoci dalla ventriculografia»).

Em casos onde houve confirmação necròpsica as minúcias diagnósticas fornecidas pela arteriografia foram plenamente confirmadas.

Em casos de tumores muito vascularizados as indicações da angiografia têm uma grande vantagem sobre as da ventriculografia, pois permitem, além da localização, precisar o volume e a qualidade da vascularização da neo-

(1) A liquidografia foi experimentada no serviço do Prof. Egas Moniz, muito antes da publicação de Radovici e Meller, mas os efeitos secundários provocados pela introdução no *liquor* do torotraste foram de molde a considerar-se o método sem valor prático, não se tendo publicado a respectiva observação.

plasia, da qual em muitos casos se pode deduzir a sua natureza anátomo-patológica. Num caso de angioma do hemisfério cerebral esquerdo o A. comenta com estas palavras os resultados obtidos com a angiografia cerebral: «Neste caso, em que a ventriculografia indicava apenas a presença de um tumor do hemisfério esquerdo, a arteriografia deu-nos uma resposta magnífica, precisando a natureza, a sede e a extensão do tumor».

ALMEIDA LIMA.

Alterações dos vasos cerebrais demonstradas pela arteriografia. (*Erkankungen der Hirngefäße in arteriographischer Darstellung*), por W. LÜHR. — *Archiv für Klinische Chirurg.* N.º 186. Pág. 298. 1936.

Neste trabalho, apresentado ao Congresso dos cirurgiões alemães em Maio de 1936, o A. reproduz vinte arteriografias cerebrais tanto laterais como ântero-posteriores, onde se demonstram perfeitamente várias alterações da vascularização cerebral.

São extremamente elucidativas as arteriografias referentes a casos de embolia de vasos cerebrais, nos quais se determina com exactidão a altura da obstrução vascular.

Apresenta também casos interessantes de lesões arterioscleróticas e de aneurismas, assim como alguns casos de traumatismos cranianos em que foram executadas arteriografias.

ALMEIDA LIMA.

Visualização dos vasos cerebrais por injeção directa de bióxido de tório na carótida. (*Visualisation of the Cerebral Vessels by Direct Intracarotid Injection of Thorium Di-Oxide*), por JULIUS LOMAN e ABRAHAM MYERSON. — *Archives of Neurology and Psychiatry.* Vol. XXXVI. N.º 4. Outubro de 1936.

Os AA. iniciam uma comunicação à Academia de Medicina de New York por estas palavras:

«A técnica radiográfica que tem por fim visualizar os vasos cerebrais por meio de substâncias rádio-opacas na carótida, tem sido adoptada desde a sua introdução por Egas Moniz, Pinto e Almeida Lima em 1931 (1). Sendo necessária para a sua execução uma intervenção cirúrgica, muitos têm hesitado na sua aplicação». Com o fim de tornar a prova mais acessível, propõem os AA. a seguinte técnica, de injeção directa da carótida primitiva:

Colocado o doente em decúbito dorsal e anestesiada com procaina a região a injectar, introduz-se, através da pele, na carótida primitiva, à altura da cartilagem cricoideia, uma agulha ligada a uma seringa. Para haver a certeza de ter introduzido correctamente a agulha, esta tem ligada ao canhão uma pequena torneira, que, aberta, a coloca em comunicação com um manó-

(1) Os AA. referem-se à primeira publicação numa revista americana.

metro aneróide. Se a punção arterial foi bem sucedida, o ponteiro do manómetro mostra extensas oscilações, e a compressão da carótida abaixo do nível da punção provoca uma rápida queda da pressão, seguida de um também rápido restabelecimento da pressão inicial, voltando o ponteiro a oscilar livremente logo que se alivia a compressão.

Quando as observações manométricas apresentam as características apontadas, procede-se, na execução da técnica, do modo seguinte :

Um assistente ralenta o caudal sanguíneo arterial do cérebro, comprimindo a carótida abaixo do ponto de inserção da agulha, ou melhor ainda demorando a circulação cerebral por estase venosa obtida por compressão das jugulares (1). Continuando a compressão, injectam-se o mais rapidamente possível 10 cc. de bióxido de tório coloidal. São obtidas radiografias laterais com a exposição de meio segundo. A arteriografia é feita quando a injeção está quasi terminada, impressionam-se ainda mais um segundo e um terceiro filmes, com três segundos de intervalo do primeiro e entre si, onde se desenhem as sombras das veias cerebrais e seios da dura-máter.

Os AA. terminam a sua comunicação com as seguintes afirmações :

«Em trinta injeções executadas por nós não se observaram quaisquer inconvenientes, quer imediatos, quer tardios. Não só os aneurismas da carótida interna e dos seus ramos podem ser directamente visualizados por êste método, mas também muitos casos de neoplasmas intracranianos podem ser localizados por alterações ou deslocações da rede vascular cerebral. É provável que também outras anomalias cerebrais possam ser determinadas pela angiografia cerebral.»

ALMEIDA LIMA.

Laqueação da carótida primitiva. Quadro clinico e estudo encefalográfico de um caso oito anos após a laqueação. (*Ligation of the Common Carotid Artery. Clinical Picture and Encephalographic Study in a Case Eight Years Later*), por HERMAN WORTIS. — *Archives of Neurology and Psychiatry*. Vol. XXXVI. N.º 4. Outubro de 1936.

Esta comunicação refere-se a uma doente em que, para tratamento de um exoftalmo pulsátil (aneurisma traumático da carótida e seio cavernoso), tinha sido executada há oito anos a laqueação da carótida primitiva esquerda. Imediatamente após a laqueação a doente ficou hemiplégica, à direita, e afásica. Estes sintomas atenuaram-se bastante, mas a doente ficou com uma hemiparesia definitiva muito acentuada, com perturbações gnósicas e afásicas intensas. Também apresenta actualmente perturbações psíquicas importantes, infantilidade, irritabilidade e, por vezes, crises de amnésia total.

(1) Os AA. têm a impressão de que é necessário ralentar a circulação cerebral para se obterem boas angiografias. Que isso não é exacto provam-no as inúmeras angiografias cerebrais executadas não só no serviço do Prof. Egas Moniz, em Lisboa, como em diversas clinicas europeias, com a circulação carotidiana livre. O ralentamento da circulação cerebral por estase venosa (compressão das jugulares), não só é inútil, como se nos afigura perigoso em todos os casos de hipertensão intracraniana ou de lesão das artérias cerebrais.

O estudo encefalográfico demonstrou a existência de uma extensa degenerescência e atrofia do hemisfério cerebral esquerdo.

O A. faz notar os perigos da laqueação da carótida primitiva em certos casos, aconselhando, nos casos onde seja indispensável executá-la, tentar primeiro, por prolongada compressão digital, favorecer o estabelecimento da circulação colateral.

ALMEIDA LIMA.

Sobre um caso de colite crónica ulcerosa com trombopenia. (*Ueber ein Fall von chronischer ulzeröser Colitis bei Thrombopenie*), por ANDREÁS CZABAFY. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 44. 30 de Outubro de 1936.

O A. descreve um caso de trombopenia de duração de quarenta anos num homem de 60 anos de idade, no qual a rectoscopia mostrou a existência de uma úlcera superficial da mucosa, sem sinais inflamatórios.

Como a terapêutica pelas vitaminas e coagulantes habituais não deu resultado, fêz, durante quatro meses, vinte injecções de uma autovacina, com enterococo e coli. As primeiras injecções foram seguidas de reacção geral (calafrio e febre) e local (grandes hemorragias nasais, bucais e intestinais). No fim dêste tratamento tinham melhorado todos os sintomas, excepto a colite, que se mantinha.

O A. interpreta estes factos à luz da teoria da origem enterógena da doença de Werlhof: o coli e o enterococo ou os produtos do seu metabolismo poderiam ter produzido graves lesões do sistema hematopoiético, muito antes de haver colite ulcerosa, pela sua passagem através da mucosa intacta, mas de permeabilidade diminuída por factores constitucionais. O efeito favorável da terapêutica em todos os sintomas é explicado pela sua acção imunobiológica.

Ao A. parece isto mais lógico do que considerar a colite ulcerosa como uma doença associada ou complicação da principal e determinante das graves hemorragias intestinais.

OLIVEIRA MACHADO.

O electrocardiograma da digitalis; principios da interpretação do electrocardiograma humano. (*Das Digitaliselektrokardiogramm; Grundsätzliche über die Deutung des menschlichen Elektrokardiogramms*), por F. SCHELLONG e A. STETZER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 45. 6 de Novembro de 1936.

Neste artigo, continuação do anterior, os AA. ocupam-se das modificações que a digitalis produz no electrocardiograma de corações doentes. Algumas vezes, observam os AA., apenas as alterações já descritas para a acção da digitalis no coração normal: diminuição do espaço QT, depressão do ST e achatamento do T, cujo sentido também nestes casos não é modificado. Para os AA. isto mostra que a digitalis actuou com igual intensidade na «forma de excitação» de tôdas as partes do miocárdio. Noutros casos, além destas

modificações, há mudança de sentido do T, o que, para os AA., é dependente de uma acção mais intensa da digitalis sobre a «forma de excitação» de determinadas partes do coração, as quais nem sempre correspondem aos territórios do miocárdio mais lesados pela cardiopatia. Assim, num coração de hipertónico cuja insuficiência começou pelo ventrículo esquerdo, a acção da digitalis incidiu principalmente sobre a «forma de excitação» do ventrículo direito.

Analisa depois os AA. o problema da relação entre os sinais electrocardiográficos obtidos depois de um tratamento digitálico e as melhorias clínicas por êle produzidas. Os AA. confirmam, neste ponto, as opiniões de Scherf e Aschenbrenner: não há qualquer relação entre o electrocardiograma obtido depois da digitalis e os efeitos clínicos observados. A êste respeito os AA. acentuam que nos seus traçados não há qualquer sinal de insuficiência coronária, ao contrário das afirmações de Weber.

Os AA. não podem, contudo, pôr de lado a possível intervenção, nas alterações do electrocardiograma depois da digitalis, da melhoria da actividade cardíaca e da diminuição de volume do coração, que se observam em quasi todos os casos depois da tonificação. Desconhece-se ainda hoje a influência que êsses dois factores exercem sobre o electrocardiograma, sendo de crer que ela se manifeste na «forma de excitação» por alterações diferentes do encurtamento do ST e achatamento do T, característicos da simples acção digitálica.

OLIVEIRA MACHADO.

A acção diurética da vitamina C na cirrose hepática. (*Diuretische Wirkung des Vitamin C bei Leberzirrhose*), por GERHARD HENKEL. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 48. 27 de Novembro de 1936.

O A. apresenta um caso de cirrose hepática hipertrófica (Hanot) que, a certa altura da sua evolução, se associou a sintomas típicos de escorbuto. O doente era, além disso, portador de uma diabetes leve.

A aparição dos sintomas de escorbuto levou o A. a administrar ao doente a vitamina C por via intravenosa (Cantan). Verificou-se não só uma acção muito rápida na avitaminose, mas também uma influência favorável sobre a cirrose hepática. Esta última acção fez-se sentir principalmente na diurese, que atingiu valores idênticos aos obtidos anteriormente com o Salyrgan. O fígado diminuiu de volume, assim como a ascite, a icterícia desapareceu e os sinais urinários melhoraram. O A. não procura explicar a acção diurética da vitamina C, pela primeira vez descrita neste caso.

O A. interpreta a associação de cirrose e escorbuto não como uma carencia de vitamina C por pobreza alimentar, mas como uma alteração da reabsorção intestinal, como Stepp e a sua escola demonstraram para os casos de escorbuto que aparecem no decurso das enterites e como Wendt mostrou para a avitaminose A na cirrose hepática.

A diabetes do doente não era de molde a atribuir a avitaminose às alterações do metabolismo da vitamina C, que Schroeder mostrou existirem na

diabetes mellitus. Parece também pouco importante o papel do fígado como armazenador de vitamina C.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a acção coagulante da histidina. (*Ueber die Gerinnungsfördernde Wirkung des Histidins*), por HANS KOHL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 50. 12 de Dezembro de 1936.

Já em Dezembro de 1935 o A. demonstrou que a inecção de 5 cc. de Larostidín (monocloridrato de histidina) baixava de 50% o tempo de coagulação. Ulteriores experiências com o emprêgo da Larostin *per os* em jejum mostraram o mesmo efeito, que se mantém durante oito a dez horas. A histidina pura *per os* mostrou, em homens e animais, um efeito mais intenso e mais duradouro: dezasseis a dezóito horas.

A mistura de Larostin e vitamina C (Redoxon) é pouco activa, mas, adicionando cálcio, obtem-se um efeito extremamente intenso: diminuição do tempo de coagulação, que atinge 70% e se mantém por vinte e seis a trinta horas.

Como a histidina é inofensiva, pode prolongar-se bastante, sem inconveniente, a terapêutica *per os*.

OLIVEIRA MACHADO.

Os fenóis sanguíneos nas afecções renais. (*Los fenoles sanguíneos en las afecciones renales*), por M. CASTEX e A. ARNAUDO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXIII. N.º 47. 1936.

Os AA., num trabalho anterior, a que já nos referimos, fizeram o estudo dos fenóis sanguíneos nos estados de hipertonia maligna, estudando a relação existente entre a taxa dos corpos aromáticos no sangue e os estados urémicos.

Prosseguindo nas suas investigações, estudaram cuidadosamente a fenolemia nos doentes portadores de doenças renais mais ou menos graves e com vários graus de insuficiência funcional do rim.

Englobaram neste trabalho uma série de casos com insuficiência cardíaca direita, completando as suas investigações com a determinação simultânea da taxa de fenóis na urina, líquido céfalo-raquidiano e inclusivamente no líquido ascítico.

Os AA., antes de exporem os resultados da sua casuística, fazem uma resenha das opiniões dos vários investigadores que se têm dedicado ao assunto, sobretudo aos da escola de Becher, insistindo no facto dos valores que obtiveram não poderem ser objecto de comparação com os de Becher, visto que êste último considera exclusivamente os fenóis voláteis (cresol e paracresol), ao passo que os AA., ao determinarem a fenolemia, englobam tóda a substância que reage com a paranitroanilina, e, por consequência, ficam compreendidos o fenol próprio dito, o paracresol, oxiácidos aminados, indol e seus derivados, etc.

Analizando cuidadosamente o abundante material que os AA. apresentaram, verifica-se que nas afecções renais o nível de retenção dos fenóis san-

“ **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
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C.^a
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÈDINE

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

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

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

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 numero 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.

guíneos está condicionado ao grau de insuficiência renal, havendo elevada fenolemia nas graves insuficiências renais, verificando-se nitidamente nas observações em que foi possível repetir as determinações durante um período mais ou menos longo, o paralelismo existente entre a intensidade da fenolemia e o grau de agressão ao parênquima renal.

Verifica-se também que as retenções acentuadas foram na maioria das vezes acompanhadas de manifestações urémicas, ainda que não tenha havido uma absoluta e firme relação entre os dois fenómenos, encontrando-se alguns casos de intensa hiperfenolemia sem a mais leve sintomatologia urémica.

É digno de registo o facto de haver um ligeiro aumento da taxa dos fenóis no sangue, nos casos de insuficiência cardíaca, sobretudo nas fases de anúria ou de intensa oligúria.

No que respeita à relação observada entre o valor dos fenóis sanguíneos e a taxa de ureia no sangue, pode dizer-se que tóda a hiperfenolemia de moderado grau ou de notável intensidade é acompanhada de hiperazotemia mais ou menos considerável.

Em compensação os AA. observaram casos em que havia fenolemia normal com notável aumento da taxa da ureia, sendo a retenção desta última substância em muito maior proporção, observando isto sobretudo nas glomeronefrites agudas, nos estados de insuficiência cardíaca e em menor escala nas glomeronefrites crónicas.

O estudo detalhado das várias observações mostra-nos que a retenção de fenóis no sangue está relacionada com a insuficiência renal, sendo as suas modificações paralelas às oscilações da intensidade da referida insuficiência, sendo êsse índice menos falso que o da taxa de ureia, visto que no valor desta última podem intervir factores extra-renais. É preciso, contudo, notar que alguns casos com sérias lesões renais não mostram repercussão na fenolemia, o que em grande parte deve estar relacionado com a dieta vegetariana, que diminue a produção de fenóis.

Podemos resumir nas considerações seguintes as conclusões a que se chega após a cuidadosa leitura dêste trabalho:

- 1) Na glomeronefrite aguda e crónica a taxa dos fenóis sanguíneos pode estar moderadamente elevada ou mesmo dentro dos limites normais.
- 2) Na insuficiência cardíaca direita pode haver um leve aumento dos fenóis no sangue, nas fases críticas de desfalecimento.
- 3) Nos hipertensos, em que a função renal não esteja profundamente comprometida, pode a taxa de fenóis manter-se normal.
- 4) Nas afecções renais de variada índole, como rim poliquístico, litíase, tuberculose renal, etc., pode a taxa de fenol ser normal desde que a capacidade funcional do rim não tenha sido comprometida.

BARREIROS SANTOS.

A decapsulação renal nas nefrites. (*La decapsulazione renale nelle nefrite*), por F. GALLIZIA. — *Minerva Médica*. Ano XXVII. Vol. II. N.º 46. 1936

Foi dum êrro de diagnose de Dentu que nasceu a indicação dêste método cirúrgico como tratamento das nefrites, pois tendo operado um doente com o

diagnóstico de calculose renal, verificou que se tratava duma nefrite hemorrágica de forma dolorosa, que melhorou consideravelmente com a intervenção.

Ainda que sejam muito discordantes as opiniões dos vários autores no que respeita ao mecanismo da acção da descapsulação renal no tratamento das nefrites, são inegáveis os benefícios obtidos não só na experimentação animal, mas também pelos resultados da clínica, sobretudo nos casos em que a terapêutica médica se revelou impotente para solucionar a situação.

O A., antes de apresentar a sua estatística, passa em revista a literatura sôbre o assunto, verificando que são muito numerosos os casos bem sucedidos, sobretudo nas formas dolorosas da nefrite hematórica, recordando os casos de Nicholich, com a mais alta percentagem de êxito.

Na nefrite crónica, recorda a opinião de Eppinger ao afirmar que a descapsulação renal está indicada quando aumenta progressivamente a oligúria, acompanhada de dor e hematória, chegando Vohlard a impor a intervenção ao terceiro dia de anúria.

O A. apresenta uma série relativamente curta de casos, mas bastante elucidativa e bem documentada, que vem defender a descapsulação renal no tratamento das nefrites, indicada nas formas em que a terapêutica médica não consegue resolver o caso, afirmando o A. que esta solução não deve ser considerada *ultima ratio*, como muitos a admitem, beneficiando os doentes extraordinariamente sobretudo no que respeita à dor e hematória, com simultânea melhoria das funções renais.

BARREIROS SANTCS.

¿Existe uma nefrite funcional post-operatória? (*La néphrite fonctionnelle post-operaatoire, existe-t-elle?*), por P. DECKER. — *Revue Médicale de Suisse Romande*. N.º 14. Dezembro de 1936.

O síndrome ou doença post-operatória surge após a intervenção cirúrgica, independentemente de quaisquer outras complicações que se possam dar ao nível do foco operatório ou a distância (pneumonia, infecções urinárias, etc.). Êste síndrome é duma intensidade muito variável, podendo levar à morte sem haver lesão anatómica que o explique, sendo constituído por uma série de sintomas gerais (estado de fadiga e abatimento) aos quais se associam sinais de perturbação funcional do sistema cardio-vascular (taquicardia e hipotensão arterial) e do aparelho digestivo (estado de náusea, vômitos e paresia intestinal).

Todos os tipos de operação são capazes de provocar estes acidentes, ainda que surjam com maior freqüência nas intervenções da cavidade abdominal ou do aparelho urinário.

Numerosas explicações têm sido dadas para justificar o fenómeno, mas nenhuma delas se pode considerar satisfatória.

As várias hipóteses apontadas têm girado em tórno de duas concepções: a existência duma hiperazotemia resultante da libertação de substâncias albuminóides ao nível da ferida operatória ou uma profunda alteração do metabolismo do cloro, com abaixamento da sua taxa nos humores, com au-

mento secundário da taxa de compostos azotados. Esta última noção é a que corresponde à idea que criticou as hiperazotemias por *deficit* salino.

É um facto que em muitas situações mórbidas o desperdício de cloretos, por meio de vômitos e diarreias abundantes, dá origem a um estado de hiperazotemia que é eficazmente combatido pela medicação salina intensiva, verificando-se a desapareição dos sinais clínicos de intoxicação, mas o síndrome post-operatório pode instalar-se sem que haja uma excessiva eliminação de cloretos, verificando-se muitas vezes que, pelo contrário, há uma acentuada diminuição do «excreta salino» através do sistema renal, o que leva o A. a considerar que a baixa da taxa de cloretos do sangue na «doença post-operatória» deve ter uma génese diferente da que origina as situações de cloropenia descritas anteriormente.

O A. mostra-se abertamente defensor da doutrina que admite a perturbação salina como secundária à alteração azotada, explicando o síndrome post-operatório como ligado à destruição de tecidos ao nível da ferida operatória, com imediata desintegração de proteínas, que seriam lançadas na corrente sanguínea, aumentando consecutivamente a taxa de compostos azotados, havendo em seguida um desvio de cloretos dos humores para êsses tecidos traumatizados, com o fim de neutralizarem a acção tóxica das referidas substâncias azotadas.

Ainda que o A. mostre simpatia por êste conceito, pergunta em determinado momento da sua curiosa monografia porque razão não se dá uma maior eliminação de substâncias azotadas através do rim, uma vez que êsses compostos albuminóides são lançados em excesso na circulação. Se tal fenómeno não se opera, é possível que seja um facto «a nefrite funcional do recém-operado», com bloqueio funcional no que respeita à secreção de substâncias azotadas, e então já a desintegração proteica ao nível da ferida operatória poderia explicar a imagem sanguínea que se observa. Esta perturbação renal, se é verdadeira, limita-se ao campo funcional, visto que o cuidadoso estudo anátomo-patológico não revela a mais leve agressão histológica.

Se admitirmos a existência da nefrite funcional, bastará uma pequena desintegração proteica para provocar o síndrome post-operatório, e uma terapêutica salina pouco intensa poderá resolver rapidamente o caso, ao contrário do que teremos de executar se a função renal se mantiver intacta, e então a hiperazotemia resultará duma alteração proteica mais violenta, não só ao nível da ferida, mas também em todo o organismo, possivelmente sob o efeito do choque da intervenção, e então só com a administração abundante de cloretos poderemos resolver a situação.

O A., indeciso com a solução do problema, teve o cuidado de estudar a função renal de doentes operados, chegando às seguintes conclusões:

1.^a — Não é verdadeira a noção que admite a existência da nefrite funcional post-operatória.

2.^a — A retenção dos compostos azotados, que muitas vezes se observa no post-operatório, deve resultar da oligúria, que com tanta frequência existe neste período.

3.^a — Há uma perfeita dissociação entre a eliminação da ureia e dos elementos pelo rim. A baixa concentração dos cloretos, que poderia ser um

argumento a favor do bloqueio renal, depende de fenômenos independentes do rim.

BARREIROS SANTOS.

Contribuição para o tratamento das fracturas de costelas pela alcoolização dos nervos intercostais. (*Contributo alla cura delle fracture delle costole con l'alcoolizzazione dei nervi intercostali*), por F. RABBONI (Palermo). — *La Chirurgia degli Organi di movimento*. Vol. XXII. Fasc. 3. Pág. 263-272. Agosto de 1936.

Concluindo o estudo dos seus dez casos, o A. é levado a confirmar em absoluto os resultados obtidos em primeiro lugar por Latteri, utilizando a alcoolização dos nervos intercostais no tratamento das fracturas de costelas.

Esta técnica de Latteri foi também usada por alguns outros autores, com resultados tão felizes que se pode considerar o tratamento de escolha nas fracturas das costelas.

MENESES.

A «malácia de Preiser» do escafoide cárpico ou escafoide «pommelé» de Mouchet. (*La «malacie de Preiser» du scaphoïde carpien ou scaphoïde «pommelé» de Mouchet*), por WILLY SMETS (Bruxelas). — *Bulletin de la Société Belge d'Orthopédie*. Tôm. VIII. N.º 7. Págs. 242-256. Setembro-Outubro de 1936.

A aparição de manchas claras redondas no meio do escafoide cárpico, com ou sem formação duma fenda transversal no osso visto na radiografia, e duma opacidade homogênea ou «pommelée» do fragmento proximal ou distal, foi descrita por Preiser e interpretada como uma perturbação nutritiva por arrancamento dos ligamentos porta-vasos, com fractura secundária.

Chamada malácia de Preiser ou escafoide «pommelé» de Mouchet, esta alteração é consequência da formação duma fenda intra-articular do escafoide, que passou despercebida ou desconhecida, em consequência duma má interpretação dum *cliché* radiográfico ou duma técnica radiográfica defeituosa.

É indispensável radiografar os dois punhos, de face, o punho fechado, e de perfil, em semi-pronação de 45º (Schneck).

Esta técnica permite ver a menor fenda que, se fôr tratada correctamente, consolidará perfeitamente. Pelo contrário, se não fôr correctamente imobilizada, produzir-se-á: 1) uma reabsorção quística ao nível da fenda; 2) uma hipercalcificação homogênea, ou em placas, do fragmento ósseo, cujos vasos nutritivos foram seccionados.

A localização desta opacidade depende da situação do traço de fractura em relação com a artéria principal do escafoide. Esta imagem patológica desaparece pela imobilização, graças à reabilitação do fragmento separado das suas conexões vasculares. Estas etapas sucessivas encontram-se na observação apresentada pelo A., que respeita a um estudante de 14 anos de idade.

Esta idade juvenil explica, sem dúvida, a cura rápida obtida por um mês de imobilização.

Esta alteração, que é uma doença post-traumática do adulto, deve ser aproximada da malácia de Kummel-Verneuil, resultando igualmente duma fractura desconhecida e não tratada.

Não parece aparentar-se com a malácia de Kienböck do semi-lunar e difere totalmente da malácia de Köhler do escafóide társico e de tôdas as doenças que entram no grupo da osteogênese para-normal.

MENESES.

Joelho recurvado anquilótico consecutivo a artrite piogénica post-traumática. (*Ginocchio recurvato anchilotico consecutivo ad atrite piogena post-traumatica*), pelo Prof. POLI ANTÓNIO (Milão). — *Archivio di Ortopedia*. Vol. LII. Fasc. I. Págs. 167-183.

O A. descreve um caso raro de joelho recurvado adquirido, conseqüente a uma osteoartrite purulenta post-traumática (terminada em anquilose óssea fémuro-tibial em extensão), sobrevindo num pequeno de 6 anos de idade e operado, aos 17, duma ressecção cuneiforme do bloco anquilótico, com perfeito resultado correctivo da deformidade. Estuda a patogénese e conclue que dos vários factores determinantes da deformidade devem ser tomados em consideração, num primeiro tempo, os que estão a cargo do quadricípite e, secundariamente, os da desigual actividade osteoformadora das cartilagens de conjugação do joelho, assimetricamente lesadas pela osteoartrite piogénica progressiva.

MENESES.

Operações de Beck e de Jaboulay-Leriche, applicadas aos casos de lenta consolidação e de pseudo-artroses. (*Opérations de Beck et de Jaboulay-Leriche, appliquées aux cas de consolidation lente et de pseudo-artrose*), por G. J. ERSTEIN. — *Revue de Chirurgie*. Vol. 48. N.º 1. Julho de 1936. (Separata).

O A. descreve, em primeiro lugar, a técnica da operação de Beck. Executou a dezasseis vezes em catorze doentes; os resultados foram bons em nove casos, dos quais seis eram atrasos de consolidação.

Em quatro casos associou, simultaneamente, ambas as intervenções. Fêz dez symparectomias, com seis resultados bons. Considera indicada a operação de Beck nos casos de atraso de consolidação e de pseudo-artrose, quando a posição dos fragmentos é boa. A de Leriche só está indicada, segundo o A., nos atrasos de consolidação, sempre que a radiografia não mostre o preenchimento da cavidade medular. Considera-as intervenções complementares uma da outra, susceptíveis de encurtar o periodo de consolidação, mas que não devem fazer esquecer as causas das pseudo-artroses.

MENESES.

Contribuição para o estudo da diabetes infantil. (*Contribución al estudio de la diabetes infantil*), por GUILLERMO GARCIA LÓPEZ (Havana). — *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría*. Tômô VIII. N.º 10. Págs. 619-686. Outubro de 1936.

Extenso e interessante trabalho apoiado no estudo de vinte e oito casos de diabetes infantil e na revisão da literatura sôbre o assunto.

Múltiplas contribuições insistem nas vantagens dos regimes elevados em açúcar e limitados em gorduras. A escola de Joslin adoptou uma posição intermédia e a de Escudero continua defendendo regimes limitados em hidratos de carbono.

A elevada libertação de açúcar da dieta levou ao extremo de Stolte descrever a sua «dieta livre», Bessau a «dieta normal» e Ercklentz a expor o seu regime «condicionalmente livre».

A série de casos do A., a aparição da diabetes em catorze casos abaixo dos 4 anos, mostra uma maior proporção em relação às estatísticas estrangeiras. O factor hereditário aparece em 50% dos doentes do A., coincidindo com as estatísticas de Collens e Grazel. Os factores endócrinos e as causas extrínsecas actuam como factores complementares. O A., a cada história clínica, juntava sempre um estudo sôbre a predisposição para a acidose de cada criança e salientou a importância da possibilidade do cômã diabético sem corpos cetónicos na urina e sem hálito acetonémico, apresentando uma observação clínica.

As suas observações coincidem, em relação ao tamanho do corpo da criança diabética, com as afirmações de White, Joslin e Puchuler. O excesso de altura precede a doença e esta produz, posteriormente, o atraso no crescimento.

A hepatomegalia é excepcional, bem como a esplenomegalia. A arteriosclerose infantil é uma alteração degenerativa relativamente freqüente como complicação da diabetes infantil. Nos casos estudados pelo A. não se observou esclerose retiniana nem calcificações das artérias periféricas, elementos principais de diagnóstico. Nem clinicamente, nem radiologicamente viu formas activas da tuberculose pulmonar ou ganglionar.

A diabetes, segundo o A., influe no desenvolvimento puberal, debilitando-o e atrasando-o. O desenvolvimento psíquico é precoce. O estudo sistemático da retina e do cristalino de cada doente é indispensável.

Em nenhuma das observações citadas representou a sífilis um papel importante, havendo, todavia, antecedentes específicos em dois casos.

As principais características da hiperglicemia na diabetes infantil são a sua grande labilidade, a fácil normalização nos começos da doença e que desaparece posteriormente, a tendência a elevar-se nas horas da noite, espontaneamente, sem ingestão de alimento (hiperglicemia nocturna) e a possibilidade de melhorar espontaneamente a partir dos 11 anos.

No tratamento da hiperglicemia nocturna insistiu o A. sôbre a necessidade de procurar a hora útil da injeção de insulina; suspeita da hiperglicemia nocturna em tôdas as crianças com acentuadas hiperglicemias matinais, a-pesar do tratamento e especialmente quando aglucosúricos durante o dia,

mais ainda três horas depois da refeição, se mostram glucosúricos intensos de madrugada ou na manhã seguinte. O diagnóstico de certeza estabelece-se com o horário de glicemias.

Só em 10% dos casos se mostrou uma hipercolesterolemia, sem complicações degenerativas e sem que sobre ela se possa estabelecer um valor prognóstico.

O A. recomenda aplicar à criança diabética a sua técnica «Descompensação do diabetes», em face de síndromas de insuficiência renal, oligúria e em todos os casos em que a necessidade de desidratação do doente seja urgente e inadiável. Na presença de diabetes associadas com a retenção de ureia, ou de ureia e creatinina, o A. recomenda o estudo da «Tolerância Proteínica» que propôs. A intenção da descompensação diabética, utilizando elevadas quantidades de glucose, é seguida muitas vezes da nova compensação espontânea do doente, porém com benefícios para o seu estado geral; pensa que a melhoria da tolerância foi beneficiada pelo melhor estado da complicação.

Não se deve concluir pelo diagnóstico de diabetes pela verificação de substâncias reductoras na urina: é indispensável o diagnóstico diferencial de açúcares e outros corpos e pensar também na possibilidade, quando se trata de glucose, de diabetes renal. A diabetes hiperglicémica pura foi observada uma vez, correspondendo a 190 mgrs. de glicemia.

O diagnóstico da diabetes sacarina com hiperglicemia e glicosúria é simples; o diagnóstico das formas limitantes requiere muitas vezes o recurso do tempo.

O A. estabelece o seu regime de ensaio, que é precisamente o regime definitivo dos outros autores. A partir do dito regime, procura conhecer o modo de reagir de cada caso à elevação do açúcar e limitação da gordura. Chamou a êste processo «Técnica do deslocamento das porções da dieta».

Das observações resumidas neste trabalho deduz-se que muitos casos melhoram com a elevação dos hidratos de carbono, mas que noutros o benefício é problemático. O *Insulato de Protamina*, se as experiências continuarem a ser favoráveis, representará uma aquisição utilíssima no tratamento da diabetes e em particular nas formas graves de diabetes infantil. Um dos êxitos prováveis resultará da verificação da hiperglicemia nocturna e da possibilidade de diminuir o número de vezes que é preciso injectar a insulina.

A vitamina B¹, cristalizada, parece ter acção sobre o metabolismo hidrocarbonado, mas a sua escassa actividade e o seu preço não permitem que a consideremos mais do que como uma medida complementar útil, mas nem sempre imprescindível e incapaz de substituir a insulina. O A. recomenda, no tratamento da acidose e cõma diabéticos, o início com doses moderadas de insulina e o seu aumento progressivo, apenas guiados pela evolução clínico-química do indivíduo.

Sustenta a necessidade de fazer desaparecer esta complicação no mais curto número de horas. A administração de grandes quantidades de líquidos, a glucose complementar e a tonificação circulatória são medidas acessórias. Estas complicações agravam evidentemente o prognóstico.

A acção da dedaleira. (*Zur Frage der Digitaliswirkung*), por S. LAUTER e FR. SCHMITZ. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 42. 1936.

Depois duma recompilação detalhada da acção da dedaleira no sistema cardio-circulatório, apresentam os AA. o problema por resolver: se aquele fármaco, independentemente da sua influência sobre a pressão e o volume cardíacos, não poderia também exercer um especial efeito sobre a sinérgica das fibras musculares do coração. Para esclarecimento da questão serviram-se os AA. da radioquimografia, que permite com melhores detalhes a análise dos bordos cardíacos durante a sístole e a diástole. Para isso comparam radiografias antes e depois da administração da dedaleira, mas rodeando-se de tôdas as cautelas para evitar que a análise a fazer-se não pecasse por errônea, sabido como uma alteração do volume sistólico, que aquela substância pudesse provocar, lhe poderia alterar os efeitos. Dos resultados obtidos concluem que, de facto, a dedaleira provoca uma modificação no tipo do movimento cardíaco, caracterizada especialmente por uma aumentada acção das fibras musculares da ponta, que quer dizer: a dedaleira pode modificar a sinérgica das fibras musculares cardíacas.

J. ROCHETA.

A influência da dieta cárnea e de hidratos de carbono e gorduras sobre a inflamação. (*Ueber den Einfluss von eiveiss und Kohlehydratfettkost auf die Entzündung*), por F. KAUFFMANN e L. SCHOMACH. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 45. 1936.

Procuraram os AA. averiguar até que ponto pode a qualidade dos alimentos influenciar a composição químico-celular duma zona de inflamação provocada, no caso presente o exsudado da vesícula irritativa produzida pela cantárida, especialmente no que se refere à glicose e ao número dos elementos da série branca e respectiva percentagem. Verificaram que cinco dias duma dieta rica em albumina é o suficiente para modificar duma maneira sensível as condições da inflamação no organismo humano (na pele). E, assim, nota-se uma aumentada capacidade inflamatória, caracterizada por um maior aparecimento de elementos celulares com diminuição da glicose do líquido a êsse nível. Pelo contrário, e com a mesma velocidade, uma dieta rica em hidratos de carbono e gordura provoca um fenómeno inverso. Além da sua intensidade, há também que considerar o carácter da inflamação no que respeita à percentagem dos diversos tipos de glóbulos brancos que fazem aparição na zona irritada; no primeiro caso, predominam os eosinófilos, mas especialmente as células linfo-histiocitárias, contrariamente ao que se verifica com a alimentação com predominância de hidratos de carbono. Resta saber se tais fenómenos são característicos da pele, sabido como êste órgão desempenha um papel especial no organismo, como o mais importante depósito mineral do individuo, ou se se podem verificar também nos outros órgãos.

J. ROCHETA.

Experiências com dietas ricas em hidratos de carbono na diabetes infantil. (*Ueber Erfahrungen mit kohlenhydratreichen Kostformen beim Kindlichen Diabetes*), por E. MULLER. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 37. 1936.

A-pesar da bem conhecida acção da insulina no tratamento da diabetes, entende o A. que o seu emprêgo por si só não resolve o problema daquela doença; há que contar também com a alimentação e instituir uma dieta que sempre deve adaptar-se a cada caso. Últimamente nota-se uma certa tendência para aumentar a quantidade dos hidratos de carbono nos diabéticos; para uns o excesso da glicosúria deve combater-se com a hormona pancreática; para outros, baseando-se na lei da acção das massas, a hiperglicemia representa uma defesa do organismo para um melhor aproveitamento da glicose, e, dêste modo, não deve combater-se, dentro de certos limites.

O A., em seu entender, julga que nem uma nem outra fórmula é exacta, e apresenta exemplos que provam como um excesso de hidratos de carbono, àqueles que excedem a margem máxima de tolerância, arrasta consigo um pioramento no metabolismo dos hidrocarbonatos. Entende, por isso, que se devem adaptar estes a cada caso, conforme as necessidades, e adaptar também o mais rigorosamente possível a quantidade justa de insulina; como regra, nunca o A. viu uma melhoria de tolerância sem diminuição dos hidratos de carbono. Praticamente, a questão deve sempre ser encarada de modo que nas crianças se evite a acetenúria, mas que não se exceda os hidratos de carbono para além daqueles necessários ao seu desenvolvimento.

J. ROCHETA.

Reumatismo e alergia. (*Rheumatismus und Allergie*), por A. GERONNE. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 43. 1936.

Depois de numerosos trabalhos experimentais, que procuram provar a natureza alérgica do reumatismo e da gota, apresenta o A. o seu ponto de vista, que pretende apenas encarar sob o aspecto clínico, afirmando que considera o reumatismo específico como uma doença infecciosa dum agente ainda desconhecido. Esta opinião é especialmente apoiada pela anatomia patológica, que mostra lesões específicas — os nódulos de Archoff, que não têm sido possível reproduzir em qualquer dos trabalhos experimentais que mencionámos acima. Por isso, e para não se negar em absoluto a influência que possa exercer, sob alguns aspectos, a constituição individual, não se deve chamar ao reumatismo uma doença alérgica, mas, quando muito, uma doença alergizante. Do mesmo modo a gota. Nestas condições é de boa prática clínica, sempre que nos encontremos diante de qualquer destas doenças, pesquisar em todos os sentidos e o melhor possível todos os elementos etiológicos, o que é de capital importância para a terapêutica. Pelo que respeita ao tratamento, deve abandonar-se todo aquele que possa excitar o organismo (estímulo-terapia, proteino-terapia), e, pelo contrário, procurar des-sensibilizar os doentes com terapêutica física ou balneoterápica.

J. ROCHETA.

O edema inflamatório do rim. (*Ueber das entzündliche ödem der Niere*), por TH. FAHR. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 39. 1936.

Entende o A. dar categoria nosográfica a um estado inflamatório renal, anátomo-patologicamente caracterizado por uma exsudação serosa intersticial e de algumas células que se infiltram duma maneira difusa por entre os canalículos, mas de tal intensidade que, por vezes, provoca no órgão um forte aumento de volume. Para o clínico é de importância o conhecimento de tal processo, pois êle, eventualmente, pode levar até à anúria completa e consequente uremia e hipertensão arterial que, em geral, não atingem valores muito altos.

Expõe o A. quatro histórias clínicas, com os respectivos resultados histológicos, os quais apresenta em apoio da sua tese; a origem pode ser hematógena ou ascendente, pelos linfáticos, e partir duma pielonefrite. E é esta a principal diferença em relação à nefrite intersticial em focos, com a qual se pode considerar parecida.

J. ROCHETA.

A influência da Katalysin no metabolismo interno. (*Ueber die Beimflusung des inneren Gaswechsels durch Katalysin*), por O. KLEIN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 40. 1936.

A Katalysin contém uma substância semelhante ao azul de metilena, mas difere desta principalmente pelo seu alto poder de redução e pela pequena toxicidade. A sua acção fármaco-dinâmica caracteriza-se pela influência que exerce na fase aeróbia da respiração celular, no sentido dum catalizador; o seu efeito torna-se especialmente evidente se a respiração interna, por qualquer motivo, se encontra mais ou menos paralisada. Daqui nascem, naturalmente, as suas indicações terapêuticas, por exemplo, na intoxicação pelo óxido de carbono, na narcose, no *deficit* de oxigénio por insuficiência crónica cardio-circulatória, no enfisema pulmonar, etc.

O A., nas experiências a que procedeu por meio da injeccção intracirculatória dêste fármaco (injecção intra arterial), e estudando os gases do sangue, especialmente o oxigénio, verificou que quando a injeccção se faz em fraca concentração se encontra no sangue venoso um aumento do *deficit* de oxigénio, com diminuição da sua percentagem de saturação, o que prova uma maior quantidade de oxigénio libertada ao nível dos capilares. A Katalysin provoca, portanto, um aumento da utilização do oxigénio. Numa segunda série de experiências, com o emprêgo desta substância numa percentagem mais forte, verifica-se um resultado contrário, o que, no parecer do A., se deve atribuir ao maior ou menor bloqueio à passagem do oxigénio ao nível dos tecidos, por dano dos capilares, fenómeno que sempre se observa quando se empregam outras substâncias com altas concentrações.

J. ROCHETA.

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Hospitais

Escolar

Na 2.^a Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar de Santa Marta, o Prof. Friedrich Wohlwill, prosector de Anatomia Patológica, realizou, no dia 16 de Janeiro, uma demonstração das peças de autópsia colhidas nas últimas semanas. Assistiram quasi todos os clínicos do Hospital. O assistente de cada um dos casos demonstrados leu a respectiva história clínica e mostrou radiografias e análises, o que deu ensejo a serem cotejados e discutidos os dados semióticos e anátomo-patológicos.

Apresentaram-se as seguintes peças: *a*) traqueia e pulmões dum caso de gripe; *b*) fígado, baço, esôfago e estômago dum caso de cirrose hepática morto por ruptura de varizes esofágicas; *c*) pulmões dum caso de tuberculose pulmonar; *d*) rins dum caso de esclerose renal; *e*) coração e baço dum caso de apêrto aórtico de origem endocárdica.

Civis de Lisboa

Para o cargo de internos do internato complementar dos Hospitais Civis de Lisboa, nomearam-se os seguintes médicos: Drs. Rui Hasse Ferreira, José Jacinto Cutileiro, Clarimundo Guedes Emilio, João Flores Baptista, José Damião França Félix, José Maria Marques de Almeida e Francisco de Sales de Barros e Vascelos Esteves (do serviço geral de clínica médica); Kírio Vigeant Gomes da Silva, João Afonso Cid dos Santos, Armando Ferreira, António Arnaldo de Carvalho Sampaio, João de Sousa Teles Amaro, Feliciano Tomé Dias Newton, Joaquim Constâncio Francisco Pinto, Rui Sena Pereira de Lacerda e Júlio Jorge Gouveia (do serviço geral de clínica cirúrgica); Fernando Afonso Marques e Lourenço Alves Dias Pacheco (do serviço clínico de urologia); Francisco da Silva Alves (de oto-rino-laringologia); Manuel Augusto Simões Carrelo (de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas);

D. Rosinda dos Santos Lisboa (de pediatria médica); Mário Jerónimo Gaetano Quintiliano Cordeiro (de pediatria cirúrgica); D. Cesina Borges Adães Bermudes (de obstetria).

Sanatório da Ajuda

Realizou-se, no Hospital-Sanatório da Ajuda, uma sessão solene para inauguração de alguns melhoramentos. Simultaneamente homenageou-se o médico daquela instituição, Dr. Luiz António Xavier Júnior.

Academia das Ciências

Na sessão da classe de Ciências da Academia, o Prof. Egas Moniz fez uma comunicação intitulada «Cirurgia das psicoses. Novos resultados terapêuticos».

Sobre esta comunicação falaram os Profs. Silva Carvalho, Henrique de Vilhena e Moreira Júnior.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 15 de Dezembro, da Sociedade das Ciências Médicas, presidida pelo Prof. Francisco Gentil, o Dr. Barahona Fernandes apresentou a seguinte comunicação: «Psicopatologia e patologia cerebral».

Discutiram este trabalho os Profs. Sobral Cid e Egas Moniz e os Drs. Diogo Furtado e Almeida Lima.

— No dia 29 realizou-se, na mesma Sociedade, uma sessão para comemorar o centenário da fundação das Escolas Médico-Cirúrgicas.

O Prof. Francisco Gentil, presidente daquela agremiação, apresentou um estudo sobre Hospitais-Faculdades.

À sessão assistiram: o Ministro das Obras Públicas, o reitor da Universidade, muitos professores das diferentes Universidades e bastantes médicos.

O conferente descreveu todo o trabalho desenvolvido pela Comissão Técnica e apresentou as plantas dos novos Hospitais-Faculdades.

Instituto de Medicina Tropical

O Dr. António Damas Mora, director do Instituto de Medicina Tropical, foi nomeado para, em comissão urgente de serviço público, ir a Londres colhêr elementos de estudo em The School of Tropical Medicine and Higiene.

— O Dr. José António de Magalhães, capitão de mar e guerra, médico e professor do Instituto de Medicina Tropical, foi exonerado dêste cargo por haver atingido o limite de idade. Ao mesmo tempo recebeu um louvor pelos serviços prestados, em cêrca de doze anos, na criação e desenvolvimento dos Serviços de Educação Física.

Instituto Português de Oncologia

Por motivo da passagem do nono aniversário do Instituto Português de Oncologia, acorreram àquele estabelecimento bastantes médicos, que assistiram à inauguração duma sala de operações, no Pavilhão do Rádio. A nova sala de operações é provida da mais moderna aparelhagem.

Conferências

O Prof. Francisco Gentil realizou uma conferência na cidade do Pôrto, acêrca do problema dos Hospitais-Faculdades.

Por êste motivo, o Prof. Almeida Garrett, director da Faculdade de Medicina do Pôrto, enviou ao Presidente do Conselho um telegrama de saudação.

— No Hospital Militar Principal, o Dr. Correia dos Santos realizou a segunda conferência clínica da série promovida pelos médicos da guarnição de Lisboa.

— O Dr. Alberto David, médico militar, pronunciou no Pôrto uma conferência sôbre «Aviação sanitária».

Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge

Fechou, no dia 31 de Dezembro findo, o prazo para entrega de requerimentos para matrícula no Curso de Medicina Sanitária. As aulas iniciaram-se em Janeiro, no Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

Prof. Henrique de Vilhena

Por ocasião das bodas de prata do magistério do Prof. Henrique de Vilhena os antigos alunos dêste professor descerraram uma lápide comemorativa, no anfiteatro de Anatomia da Faculdade de Medicina.

Medicina militar

As juntas de inspecção de recrutamento de marinheiros reuniram-se no quartel do Alfeite e eram constituídas do seguinte modo: 1.ª junta, Drs. Moraes Sarmiento e Francisco Simão; 2.ª junta, Drs. Francisco da Fonseca e Viriato Gouveia Santos; e 3.ª junta, Drs. João Nunes da Costa e Rui Terenas Latino.

Medicina colonial

O Dr. Brito Chaves, novo chefe dos Serviços de Saúde de Macau, partiu para aquela colônia.

— O antigo chefe dos Serviços de Saúde de Macau, tenente-coronel médico Dr. Peregrino da Costa, foi julgado incapaz para o serviço pela Junta de Saúde.

— Ocupou o cargo de chefe dos serviços de radiologia da colônia de Cabo Verde o Dr. António de Miranda.

Saúde Pública

Na Graça inaugurou-se um posto médico, cuja assistência ficará a cargo do Dr. Pereira da Silva.

— A Direcção Geral de Saúde publicou alguns preceitos de higiene das populações. É às Juntas de Higiene, nos concelhos, que compete promover a

aprovação duma postura tendente a reprimir, por meio de pequenas multas, o hábito pernicioso de cuspir nas ruas, nos estabelecimentos oficiais e particulares e nos carros para transporte público.

Necrologia

Faleceram: em Santo Amaro de Oeiras, o Dr. Francisco Ferreira dos Santos, coronel médico; em Lisboa, o Dr. Manuel Vitorino de Bettencourt, que foi guarda-mor de Saúde de Angra do Heroísmo; e, em Provesende, o Dr. Augusto Dias Barros, médico municipal.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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

A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA

SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL

FORÇA,

DÁ

SAUDE

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

RUA DA PALMA, 240-246 — LISBOA



Nutromalt

Assucar nutritivo para creanças de mama, preparado segundo Soxhlet.

Cura as perturbações digestivas sem submeter as creanças a uma dieta debilitante.

INDICAÇÕES: Para creanças com saúde em vez de assucar de leite ou de cana, assegura uma digestão facil, sem perturbações gastricas ou intestinaes. Em todos os casos de desarranjos das funções digestivas do bebé acompanhadas de fezes ácidas e diarreicas, isto é, na maior parte dos casos de dispepsia aguda ou crónica, perturbações do leite, d'atrofia ou diarreia estival.

DOSE: A maior parte das vezes basta substituir o assucar natural pelo NUTROMALT. Segundo os casos deve prescrever-se 2 a 8% de NUTROMALT por biberon. V. literatura.

O NUTROMALT contém as vitaminas de crescimento (factor b) indispensaveis ao desenvolvimento normal do organismo infantil.

DR. A. WANDER S. A. BERNE

Unicos concessionarios para Portugal

ALVES & C.^a (Irmãos)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o - LISBOA

Amostras e literatura gratis



Assucar nutritivo para creanças
de mama

Sala
Est.
Tab.
N.º