

Ano IX

N.º 5

Maio 1932



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

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 — PHARMACIAS.

DOCTOR:

**NO/ CA/ O/ EM
QUE PRECISE TONI-
FICAR UM ORGA-
NISMO DEBILITADO
RECORDE O**



Phosphorrendal

ROBERT
NA/ SUA/ TRE/ FORMA:
**GRANULADO-ELIXIR
INJECTAVEL**
**LABORATORIO
ROBERT**

Sala B

Est. 9

Tab. 1

N.º 113

Deposítários para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a

240, Rua da Palma,

O Tratamento Intravenoso da Gonorrêa
Com Glucosa e

MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Redewill, Potter e Garrison, da Marinha dos Estados Unidos de América (Journal of Urology, Vol. XXII, No. 6, Dez. de 1929) demonstraram em 2053 casos que a glucosa com Mercurochromo, intravenosamente, em solução fresca, aumenta a propriedade bactericida do ultimo e reduz a sua anafilaxia duas terças partes, mantendo ao mesmo tempo uma bacteriostasis sanguinea muito eficaz contra toda a espécie de infecção génito-urinária, e estimula a formação dos anticorpos especificos. Estes resultados conduzem com as informações obtidas de uma infinidade de autoridades e investigadores da Europa e da América do Norte e do Sul.

DESCONFIE!

de todo o Mercurochromo
cuja embalagem não leve o
nosso nome na etiqueta, com
a designação de

"MERCUROCHROMO H. W. & D."
ou "MERCUROCHROMO-220
SOLUVEL H. W. & D."



Unicos Fabricantes
HYNSON, WESTCOTT & DUNNING
BALTIMORE, MD., E.U.A.

Representantes: ROBINSON, BARDSLEY & Cia., Lda., Lisboa

HYNSON, WESTCOTT & DUNNING, Dpto. B, Baltimore E. U. A.

Peço-lhes tenham a bondade de enviar-me amostras e litterature descriptiva do MERCUROCHROMO.

Doutor

Endereço Cidade

(Escrever em letra bem legivel.)

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN

13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo D. N. S. P.

N.º 825-827
26 Junho 1928

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

a dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

45, Rua Santa Justa, 2.º
LISBOA

Cloreto de Calcio Puro e Estabilisado

30 GOTAS = 1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

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

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

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito efficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão

e todas affecções espasmódicas
das vias respiratorias.

35 Anos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRE, BLOTTIERE & C^o

8, Rue Dombasle, 8

PARIS

E BOAS PHARMACIAS

Salvitae

Na sub-infecção intestinal

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

AMERICAN APOTHECARIES CO.,
New York, N. Y., U. S. A.

Agentes em Portugal:

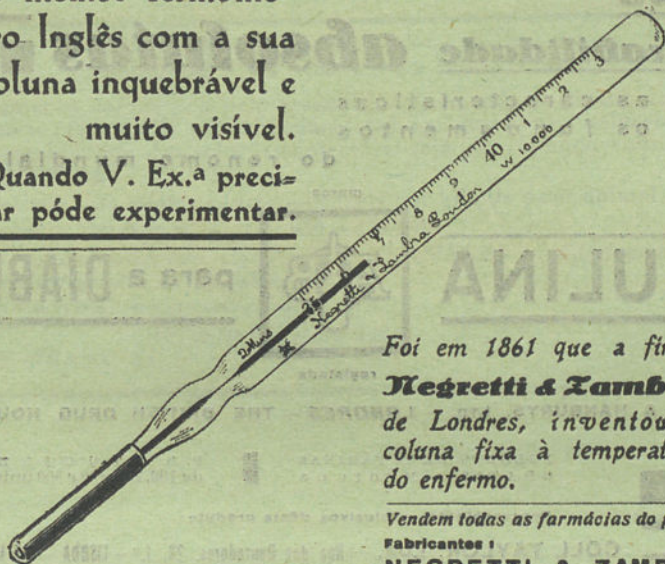
Simenex - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



O melhor Termómetro Inglês com a sua coluna inquebrável e muito visível.

Quando V. Ex.^a precisar póde experimentar.



Foi em 1861 que a firma **Negretti & Zambra** de Londres, inventou a coluna fixa à temperatura do enfermo.

Vendem todas as farmácias do país.

Fabricantes:

NEGRETTI & ZAMBRA

38, Holborn Viaduct Londres

O DE MAIOR INNOUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:
Bismogenol
Laboratorios
E. Tosse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

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

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

acção**pureza****inalterabilidade absolutas**e as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA

registada

para a DIABETES

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

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

Representantes exclusivos deste produto:

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

Agente no PORTO

M. PEREIRA DA SILVA, L. L0108, 36. Telefone 701

allenburysalimentos de confiança para o bebé tomar**e para o médico receitar****VITAMINADOS****AFAMADOS****SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS****GARANTIDOS**

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

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de ALLEN & HANBURYS, LTD. — LONDRES:

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

Tele F. 21476
G. DELTA

NEO I. C. I. - 930

Tratamento antisifilítico pelo arsenobenzol, em pó, purificado de cor amarelo canário (as. 19% aproximadamente) extremamente solúvel, atóxico, máxima estabilidade das soluções, injectável seja por via endovenosa, seja por via **intramuscular**.

Tolerância dos melhores arsenobenzois por kilo de peso animal: 0,225

Tolerância de Neo I. C. I. - 930 — : 0,450.

Pedir a comunicação do Prof. G. CASTELLI ao Congresso Internacional de Sifilografia, de Copenhague.

Deposítários exclusivos

Raul Vieira, L.^{da}

RUA DA PRATA, 51, 3º

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:

Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,000

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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

Existe apenas uma

Antiphlogistine

A introdução da *Antiphlogistine*, ha mais de 35 anos, foi o início de um movimento em therapeutica que tem crescido continuamente, tornando-se agora aceitado como um dos princípios estabelecidos da medicina científica para o alívio da Inflamação e Congestão.

Sobre as cataplasmas ordinárias ela tem o alto mérito da limpeza e asepsia. Ela é preferível ás fomentações porque basta applicá-la uma vez em cada doze horas.

Pela combinação científica dos seus ingredientes, ela exerce praticamente o fenómeno conhecido por "drenagem osmótica", o qual é uma lavagem das membranas mucosas, muito mais eficaz que as lavagens superficiais que nunca logram penetrar a mucosa e unicamente produz sua acção na superficie.

Sempre Imitada Nunca Igualada

Para amostras e literatura escreva á

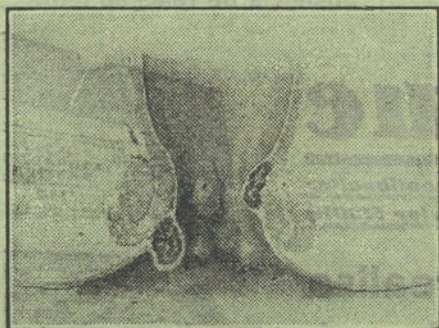
The Denver Chemical Mfg. Company,
183 Varick Street, New York, U. S. A.

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.

Caes do Sodré, 8, 1.º

LISBON

DEFECAÇÃO DOLOROSA ALIVIADA



QUANDO as fezes estão endurecidas por motivo de prisão de ventre, a sua expulsão é freqüentemente dolorosa, podendo resultar a escoriação da membrana mucosa do anus e finalmente fendas.

O 'Petrolagar', é um auxiliar racional do movimento normal do intestino, porque actua mecanicamente, produzindo umas fezes bem moldadas e de consistência normal, que evitam assim esforços inúteis.

O 'Petrolagar', é uma emulsão de 65 % de parafina medicinal pura e agar-agar, não contendo elementos irritantes. O intestino não se lhe acostuma.

'Petrolagar'

(Marca Registada)

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

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, R. DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

2 novidades em vacinoterapia

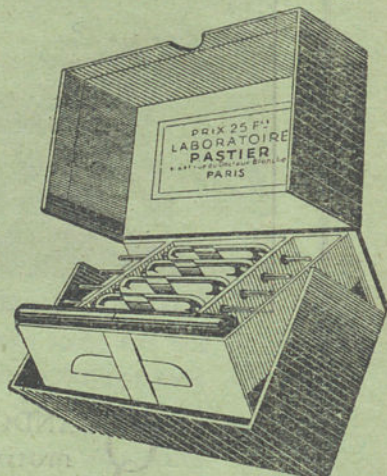
Dupla superioridade

Acção directa sobre o microbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

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

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



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

stalysine

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



A STALYSINE injectavel constitui a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS

ou nos representantes para Portugal e Colónias

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



SUMÁRIO

Artigos originais

<i>A visibilidade dos vasos pulmonares</i> , por Egas Moniz e Lopo de Carvalho	Pág.	431
<i>A reacção de Verne's pela resorcina nos tuberculosos pulmonares e em alguns casos de supuração não tuberculosa do pulmão</i> , por Vasco de Lacerda	»	461

Notas clínicas

<i>O tratamento conservador da espondilite tuberculosa (mal de Pott) infantil</i> , por António de Meneses	»	481
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	492
<i>Bibliografia</i>	»	515
<i>Notícias & Informações</i>	»	XLIII

A VISIBILIDADE DOS VASOS PULMONARES (ANGIOPNEUMOGRAFIA)

POR

EGAS MONIZ e LOPO DE CARVALHO
Professores da Faculdade de Medicina de Lisboa

com a colaboração de

ALMEIDA LIMA, ALEU SALDANHA, VASCO DE LAR CERDA,
ALBERTO DE CARVALHO, CARLOS VIDAL e JOSÉ ROCHETA

Conseguida a visibilidade das artérias cerebrais (Egas Moniz e Almeida Lima) e a dos grossos vasos do abdómen (Reinaldo dos Santos, Lamas e Caldas), faltava apenas obter a radiografia da rede arterial do pulmão para completar o exame radiológico da circulação total do organismo.

Podia supor-se de fácil resolução o problema da visibilidade pulmonar desde que os métodos de arteriografia cerebral e de aortografia abdominal se baseavam, afinal, na introdução de uma substância opaca na corrente sanguínea. Nem sempre, porém, o que a teoria prevê de fácil realização se pode executar sem embaraços de maior. Raro é, na verdade, o trabalho de investigação que, no decurso dos primeiros ensaios, não obriga a suspender temporariamente algumas experiências em curso, forçando a trilhar novos caminhos e a tomar orientações diferentes das inicialmente previstas.

Foi o que sucedeu com a angiopneumografia. É que, se a radiografia das artérias da grande circulação se tornava teórica-



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

mente simples pela injeccção de um soluto opaco aos raios X, quer em determinados ramos vasculares (cabeça e membros) quer directamente na aorta (abdómen e pelve), o mesmo não sucedia ao procurar encarar-se o problema da visibilidade da vascularização do pulmão. Efectivamente, a introdução na artéria pulmonar, por punção dêste vaso, da substância opaca aos raios X, não era tarefa de fácil execução. Por sua vez a injeccção do produto na rede venosa geral, dada a grande quantidade de sangue em movimento, deveria fazer baixar a sua concentração a uma percentagem tão diminuta que a tornaria certamente invisível. Por último, sendo o pulmão um órgão fortemente vascularizado, com uma extensa rede capilar, não seria para estranhar que qualquer líquido opaco, introduzido na pequena circulação, desse lugar, não a um conjunto de vasos arteriais visíveis, bem contrastados, mas a uma simples mancha, uniformemente difusa e sem pormenores.

Complexo se apresentava, pois, o problema. Antes de encarar a sua resolução por forma a não exigir qualquer intervenção operatória que o tornasse pouco prático e de difícil ou perigosa aplicação, impunha-se, portanto, como ensaio preliminar, verificar, se na verdade, a introdução de uma substância opaca no ventrículo direito e a sua consecutiva diluição na rede vascular do pulmão, permitiria a fácil diferenciação dos vasos sanguíneos.

As primeiras experiências realizadas em Outubro de 1930 consistiram, pois, em radiografar alguns animais de laboratório, o coelho sobretudo, no momento em que, através do *plastron* externo-costal, se injectavam no ventrículo direito alguns centímetros cúbicos de um soluto de iodeto de sódio a 40 0/0. Foram coroados de sucesso os resultados obtidos. A rede vascular do pulmão tornara-se visível, sobretudo nos vasos de maior calibre (estampa I—fig. A).

A possibilidade de se obter o desenho da árvore arterial ficava assim demonstrada experimentalmente. Justificavam-se, por consequência, quaisquer ensaios preliminares tendentes a conseguir a angiopneumografia no homem.

O problema apresentava-se, porém, cheio de dificuldades, não só pela escolha do líquido opaco aos raios X, que deveria ser inofensivo ao pulmão, como ainda pela grande quantidade de sangue existente na circulação venosa, que certamente reduziria a concentração da substância injectada a uma baixa percentagem.

Como líquido opaco escolhemos naturalmente o iodeto de sódio em solução, já estudado por dois de nós, sob o triplo ponto de vista da sua toxicidade, acção irritativa sobre os tecidos e opacidade aos raios X.

A diminuição rápida da concentração do produto julgámos que talvez fôsse possível atenuá-la, introduzindo com velocidade o soluto escolhido na mediana basilica, e diminuindo simultaneamente o afluxo de sangue venoso ao coração direito, quer pela aplicação de garrotes nos membros livres, quer pela pressão exercida sobre as jugulares internas, no pescoço, e sobre a cava inferior, através da parede do abdómen.

Realizámos a primeira tentativa nestas condições, tendo injectado 10 centímetros cúbicos de um soluto de iodeto de sódio a 25 % numa das veias do braço. Na radiografia obtida, o líquido opaco era visível até a veia subclávia, mas, chegado aí, a opacidade desaparecia por completo.

Em face do insucesso, repetimos a experiência, fazendo simultaneamente duas injectões nas medianas basilicas, direita e esquerda, com um soluto de iodeto de sódio a 30 %, limite máximo de concentração indolor para as veias do braço. A radiografia do tórax nada revelara ainda, a não ser a visibilidade do produto até as duas subclávias, onde cessara bruscamente.

O insucesso demonstrava evidentemente que, para conseguir a angiopneumografia, era necessário não só aumentar a concentração da substância opaca, como praticar a injectão o mais próximo possível da cava superior.

Surgia naturalmente a idea de utilizar para êsse fim a veia jugular externa. Era necessário, porém, antes de prosseguir nessa orientação, realizar novas experiências em animais de laboratório, por forma a evitar qualquer acidente desagradável que poderia surgir se, sem um estudo prévio, se utilizasse no homem essa nova via. Não sabíamos, com efeito, se a injectão endovenosa de iodeto de sódio na jugular externa seria bem tolerada e se o organismo humano suportaria na rede do pescoço solutos de concentração superior a 30 %.

Foi o coelho o animal utilizado para os novos ensaios experimentais. Posta a jugular a descoberto e injectando na sua luz solutos crescentes de iodeto de sódio, ao mesmo tempo que se radiografava o animal, conseguimos uma série de angiopneumo-

grafias tanto mais diferenciadas, quanto mais rapidamente era feita a injeção e maior a concentração do produto. A figura B da estampa I é disso a cabal demonstração. Verificámos simultaneamente que a acção do iodeto de sódio sobre o pulmão do coelho era bem suportada, mesmo em doses elevadas, pois chegámos a atingir concentrações de 100 0/0. Estas experiências não nos autorizavam, no entanto, a fazer no homem injeções com percentagens tão altas. Era de boa prática empregar doses prudentemente progressivas.

Marcada esta nova orientação, depois de alicerçada em numerosas experiências laboratoriais, fizemos os primeiros ensaios no organismo humano com solutos de iodeto de sódio a 35, 40, 45 e 50 0/0. Contra o que confiadamente esperávamos, os *filmes* obtidos nada revelaram: — a rede arterial do pulmão não se desenhava; apenas a jugular se tornava aparente.

Nalgumas das radiografias realizadas encontrámos, no entanto, um pormenor que não tinha fácil explicação em face dos resultados experimentais obtidos no coelho. Sempre que a injeção era feita com energia, o produto a injectar não caminhava apenas na direcção da corrente sanguínea; parte d'ele refluiu, como se o calibre do vaso não fôsse sufficiente para lhe dar passagem (fig. 1). Isto fez-nos despertar o desejo de realizar a injeção o mais próximo possível do tronco braquiocefálico. Feito o ensaio, reconhecemos, porém, que o líquido opaco mantinha a mesma relutância em tranpor o caminho que o devia levar à cava superior.

Foi então que pensámos em puncionar os grossos vasos do pescoço. Numerosas experiências foram realizadas no cadáver, tendo conseguido verificar que era fácil atingir não só o tronco braquiocefálico, como a própria veia cava superior. Introduzindo uma agulha entre as porções esternal e clavicular do esterno-cleido-mastoídeo direito, e dirigindo-a para a face posterior do esterno, a sua extremidade penetrava com segurança num daqueles vasos.

A facilidade desta punção no cadáver animou-nos a tentar no vivo a injeção no tronco braquiocefálico ou na própria cava superior. Fizemos várias tentativas. Numerosas vezes introduzimos a agulha, segundo a técnica estabelecida; só em raríssimos casos, porém, conseguimos aspirar algumas gotas de sangue,

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



Para o tratamento das
complicações da blenorragia

ARTHIGON

a melhor vacina gonococcica polivalente

★ *Alta especificidade:*
conservação intacta da estrutura
protoplasmatica dos gonococcus.

★ *Polivalencia:*
diversa procedencia dos germens
que a compõem.

★ *Efeito terapeutico constante:*
autolise dos gonococcus evitada pela
adição de Urotropina.

INDICAÇÕES:

Todas as complicações
gonococcicas dos anexos
femininos e masculinos,
uretrite gonococcica cronica,
artrite, etc.



EMBALAGENS ORIGINAIS: Caixas com 6 ampolas de 1cc.
„Arthigon”(simples): ^{Dosis} I a VI „Arthigon” extraforte: ^{Dosis} VII a XII

SCHERING-KAHLBAUM A.G. BERLIN

Os nossos concessionarios:

Schering Limitada, Rua Vitor Cordon 7, Lisboa



a-pesar-de empregarmos fortes aspirações, inclusivamente a obtida por aspirador eléctrico. Êste facto, cuja explicação não podíamos desvendar com segurança, porquanto no cadáver a punção feita com técnica análoga permitia a imediata colheita de sangue, tolhia-nos a vontade de introduzir a substância opaca nos vasos puncionados, pela circunstância, já averiguada em experiências preliminares, de que a injeccção feita fora de qualquer veia podia trazer graves conseqüências. Era, pois, indispensável, tratando-se sobretudo de troncos vasculares importantes, alojados em re-

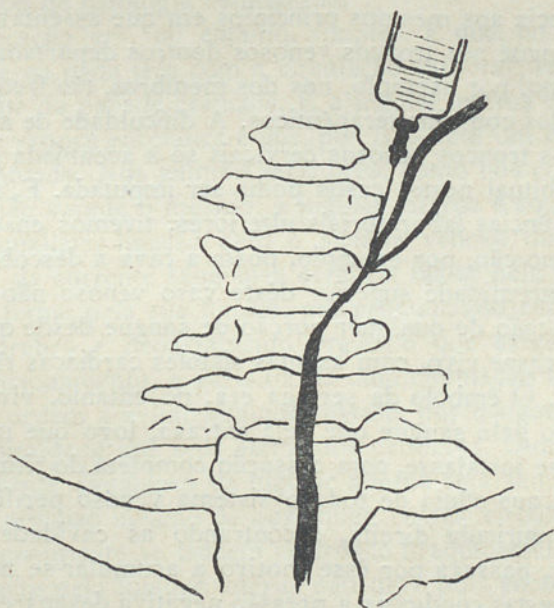


Fig. 1

giões delicadas, o certificado de que a ponta da agulha se encontrava na luz do vaso. Só a fácil colheita de algumas gotas de sangue, tal como sucede em qualquer correnteia punção venosa, nos garantia a sua situação, e a incerteza bastava para nos levar a desistir desta via.

A-pesar-disso, fizemos a tentativa uma vez, convencidos, em determinado doente, de que tínhamos atingido a subclávia. Injectámos com rapidez e energia aproximadamente 16 c. c. de um soluto de iodeto de sódio a 60 %. No decurso da injeccção, e no

momento em que ia ser feito o disparo da ampola, o doente acusou uma dor violenta. Suspendemos imediatamente a impulsão do êmbolo da seringa e fizemos simultaneamente a radiografia. Nesta evidenciava-se à primeira vista uma acentuada distensão do vaso com extravasão do líquido. Examinada com atenção, revelava ainda que o soluto opaco pouco caminhara no sentido da corrente em direcção à cava superior, antes refluíra em sentido oposto para a porção externa da subclávia.

A série de experiências até aqui realizadas era, pois, demonstrativa de que a corrente sanguínea nos vasos do pescoço não obedecia aos mesmos princípios em que assentava a circulação do sangue nos troncos venosos doutros departamentos orgânicos, como, por exemplo, nos dos membros, tão freqüentemente puncionados com fins terapêuticos. A dificuldade de aspiração do sangue nos troncos venosos cervicais só à acentuada pressão negativa habitual nestes casos podia ser imputada. E, na verdade, em experiências laboratoriais ulteriores, tivemos ensejo de verificar que no cão, por exemplo, posta a cava a descoberto, a punção da extremidade superior dèste vaso venoso não permitia a fácil extracção de qualquer porção de sangue desde que o animal se conservasse vivo, com as suas sístoles cardíacas rítmicamente marcadas. O êmbolo da seringa era, no entanto, vivamente impulsionado pelo sangue que nela entrava, logo que uma síncope cardíaca se instalasse, com cessação completa do ritmo. A massa sanguínea que afluía de todo o sistema venoso periférico em direcção à aurícula direita, encontrando as cavidades cardíacas inundadas, passava por êsse motivo a acumular-se nos próprios vasos, e nestas condições a pressão negativa desaparecia para dar lugar, pela acumulação de sangue, ao estabelecimento de uma tensão interna apreciável. Fácil é, para quem quiser, repetir esta simples experiência, que tão clara torna a interpretação dos factos acima apresentados.

Ficava, porém, por explicar a dificuldade com que deparava o soluto opaco em seguir o sentido da corrente sanguínea. ¿Seria porque a velocidade do sangue nestes vasos era de frouxa intensidade? Mas, sendo assim, ¿como interpretar os ensaios previamente realizados nos coelhos, em que a injecção praticada na jugular penetrava imediatamente na aurícula direita, desta no ventrículo e daqui na rêde vascular do pulmão, que tão intensamente

se desenhava? Porventura a circulação no coelho seria diferente da circulação no homem, adquirindo no primeiro uma maior velocidade do que no segundo, contrariamente ao que poderíamos esperar? Mais natural seria, com efeito, que a circulação tributária da extremidade cefálica no homem fôsse mais rápida e intensa do que no coelho. Parecia, porém, que tal se não dava.

Estas séries de conjecturas, derivadas de experiências em curso, constituíam, pois, novas incógnitas de cuja determinação dependia, sem dúvida, a continuação dos trabalhos encetados, independentemente do interesse que o assunto só por si pudesse ter no campo da fisiologia comparada.

A explicação era, no entanto, simples. É que, no homem, a jugular externa nada tem com a circulação cerebral; recolhe apenas o sangue da parede craniana. É a jugular interna que recolhe toda a rede venosa encefálica e que, por isso, tem um desenvolvimento acentuado. Nos animais inferiores, como nos coelhos, por exemplo, não sucede o mesmo: a jugular interna é aqui rudimentar e sem qualquer ligação com o sangue venoso do encéfalo; a descarga da corrente sanguínea cerebral faz-se pela jugular externa, que toma, pela sua função, um pronunciado calibre. Ora, como o cérebro é departamento orgânico que exige, para seu regular funcionamento, a garantia de uma circulação fácil de retorno, em ordem a evitar qualquer estase, por insignificante que seja, na intimidade dos seus elementos celulares, compreende-se que a corrente sanguínea da jugular interna seja sempre respeitada, com prejuízo mesmo de quaisquer outras circulações vizinhas que igualmente se lancem no tronco braquiocéfálico. O sangue que corre pela jugular interna não deve pois encontrar, sem grave transtorno das funções cerebrais, o menor obstáculo ao lançar-se na cava, contrariamente ao de todos os outros vasos aferentes deste canal venoso em que pode ser retardado ou retido, sem que surja prejuízo na actividade celular dos tecidos de onde provém.

A face vultuosa de um orador, com as jugulares externas túrgidas e salientes, tradutoras de ligeira estase na rede venosa superficial da cabeça, é testemunho frisante da exigência feita pelo cérebro, aqui em exagerada actividade, no fácil escoamento da massa sanguínea que o irriga. A circulação cerebral domina, em suma, todas as outras circulações vizinhas. A disposição ana-

tómica dos vasos do pescoço vem, de resto, favorecer o mecanismo da rápida depleção sanguínea do encéfalo. Não só a implantação das jugulares internas permite que a massa sanguínea se lance directamente na cava superior, como também a corrente das jugulares externas, pela sua especial inserção na subclávia, muitas vezes em ângulo obtuso, é susceptível de poder contrariar a circulação do sangue neste vaso, opondo-lhe uma certa resistência e impedindo, conseqüentemente, o seu avanço para o tronco bráquiocefálico e seguidamente para a cava.

Compreende-se, pois, pelo que acabamos de dizer que, ao pretendermos injectar o soluto iodado na jugular externa ou na subclávia, uma parte importante do líquido introduzido pela pressão refluisse no sentido oposto ao da corrente sanguínea. É possível ainda que, conjuntamente, qualquer perturbação se produza na hidráulica de todos estes colectores venosos do pescoço com a entrada na circulação de um líquido com uma densidade mais forte do que a do sangue, e que esse factor contribua, por seu turno, para que as injectões administradas por via subclávia não cheguem com a velocidade precisa à cavidade auricular.

Seja, porém, qual fôr a causa precisa do fenómeno, em parte já esclarecido pela anátomo-fisiologia dos vasos cervicais, o facto é que no homem não é possível conseguir a visibilidade dos vasos pulmonares, pela introdução do líquido opaco na rede venosa superficial do pescoço. E se, no coelho, no cão e em outros animais de laboratório, a angiopneumografia era facilmente obtida pela injectão do soluto de iodeto de sódio na jugular, isso resultava apenas de ser esta via a que mais directamente conduzia o sangue para o coração, visto corresponder à jugular interna do homem.

Para conseguir, no organismo humano, a visibilidade da circulação pulmonar era, pois, necessário introduzir neste vaso a substância opaca. Só intervindo cirurgicamente isso era viável e uma intervenção cirúrgica, não só se não justificava, como fazia perder todo o interesse clínico à prova angiopneumográfica.

Foi então que nos surgiu a idea da introdução de uma sonda pelas veias superficiais do pescoço (jugular anterior ou jugular externa) até a cava superior, através da qual se injectasse, em plena massa sanguínea, o soluto de iodeto de sódio nas proximidades da cavidade auricular direita. O problema da visibilidade dos vasos pulmonares teria talvez assim uma fácil solução.

Ignorávamos, porém, se não seria indiferente para o organismo humano a sondagem dos seus vasos venosos. Podiam surgir alterações do endotélio de conseqüências graves ou quaisquer fenómenos reflexos, tendo como ponto de partida a inervação sensitiva da endoveia. Necessário era, portanto, retomar mais uma vez as experiências em animais de laboratório.

Assim fizemos, utilizando sucessivamente, como material de ensaios, o coelho, o cão e, finalmente, o macaco. Posta a jugular a descoberto, introduzíamos a sonda através uma pequena boeteira feita na sua parede, ou ao longo da luz de um pequeno trocarte com que previamente punçionávamos o vaso, mantido túrgido por uma ligeira pressão exercida na extremidade inferior. Reconhecemos ser a sondagem bem suportada pelo animal. Nenhum reflexo se produzia e a sonda introduzia-se com enorme facilidade, sem dar lugar a qualquer espasmo. Chegava à aurícula rapidamente e ultrapassava mesmo esta, caminhando ao longo da cava inferior, sem que para isso fôsse necessário proceder a qualquer manobra.

A sondagem auricular, seguindo o trajecto da femural, da ilíaca e da própria cava inferior, era igualmente bem suportada, sem originar qualquer incidente. Algumas angiopneumografias feitas em animais, segundo esta técnica, vieram mostrar-nos a possibilidade de se poder obter uma maior riqueza de vasos, como poderá verificar-se pelo exame da figura C da estampa II.

A figura D da mesma estampa refere-se a um *filme* obtido com a injeccão intra-auricular através da sonda. A forte pressão exercida sobre o êmbolo da seringa fez com que o líquido ultrapassasse a cavidade e conseguisse vencer a corrente sanguínea, vinda de baixo, a ponto de tornar visível a rede venosa do fígado. Interessante é ainda a figura E da estampa III, em que a sonda, introduzida ao longo da cava inferior, através da aurícula, permitiu a visibilidade dos vasos hepáticos e esplênicos, muito embora com prejuízo da circulação pulmonar.

Êste caso deixou-nos prever a hipótese de ser realizável a angiografia venosa dalguns departamentos da cava inferior. Considerámos, no entanto, êsse novo campo de investigação bastante delicado e melindroso, porquanto todos os coelhos em que foi possível a visibilidade dêsses vasos, por injeccão violenta feita

em sentido oposto ao da corrente sanguínea, mostraram sofrimento imediato, seguido de morte dentro de alguns minutos.

As angiopneumografias do cão (figs. F e G—estampa IV) e do macaco (fig. H—estampa V), feitas por sondagem auricular, quer através das jugulares, quer através da cava inferior, testemunharam-nos, por último, ser a prova absolutamente inócua nos organismos que ocupam na escala zoológica uma situação mais elevada em relação ao coelho, animal de que habitualmente nos servimos.

O bom resultado obtido nesta série de ensaios experimentais encorajou-nos, por isso, a tentar no homem a sondagem das veias do pescoço, a fim de conseguirmos praticar a injeção de iodeto de sódio, ou dentro da própria aurícula, ou na cava superior, ou, pelo menos, num dos grossos vasos cervicais não sujeitos ao retardamento da corrente sanguínea para garantia da circulação cerebral (extremidade interna do tronco-cefálico, por exemplo). Foram feitas várias tentativas, tendo sido introduzida uma pequena sonda através de um trocarte delgado com que se punccionava ou a jugular externa ou a jugular anterior, consoante o volume apresentado. Ninguém ignora, com efeito, que os diâmetros destes dois vasos são inversamente proporcionais entre si, isto é, se num indivíduo as jugulares anteriores são grossas, as jugulares externas serão de menor calibre e *vice-versa*.

Uma nova dificuldade aparecia, no entanto, e esta agora impossível de remover: a sonda, que de começo progredia com facilidade, parava após um curto trajecto. Um obstáculo surgia impossível de vencer, pois se com uma ligeira pressão tentássemos forçar a sua entrada, acabava a sonda por se dobrar sobre si mesma, mas não progredia mais. Realizando nestas condições a injeção de iodeto de sódio e procedendo simultaneamente ao exame radiográfico do tórax, reconhecia-se que a sonda sustivera a sua marcha ao nível da clavícula e que o líquido opaco se estendera transversalmente para um e outro lado da sua extremidade, sem ter seguido a direcção da cava (fig. 2). É que a jugular externa, por onde a sonda fôra introduzida, implanta-se quasi sempre obliquamente, em ângulo agudo interno sobre o tronco braquiocefálico, antes da afluência da jugular interna. A sonda não podia, portanto, progredir, pois, em virtude da sua resistência, não consegue dobrar-se facilmente.

O acesso à cava era, portanto, impossível por esta via. Não admira também que o líquido opaco não seguisse no sentido desejado, porquanto a sua introdução pela sonda correspondia a uma injeção feita na parte externa do tronco braquiocefálico, que, como já atrás vimos, ocasionava sempre a refluxão ou detenção parcial do líquido, mercê da circulação encefálica sempre dominante.

O problema da visibilidade dos vasos pulmonares no homem continuava, por consequência, sem fácil solução.

Foi então que tivemos conhecimento de um trabalho de Forsmann, publicado na *Klinische Wochenschrift*, de 5 de Novembro de 1929, em que este autor diz ter introduzido, tanto em si próprio, como em alguns doentes, uma sonda opaca aos raios X,

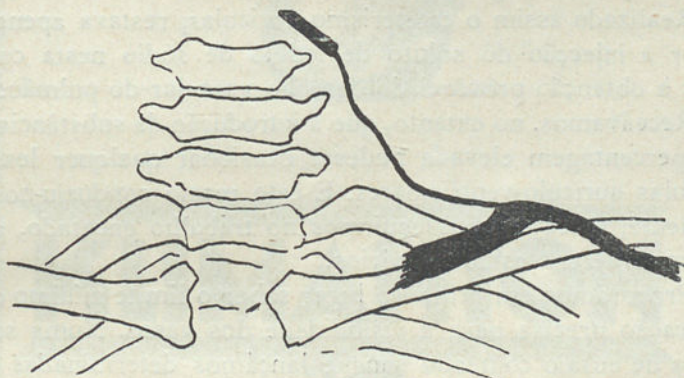


Fig. 2

pelas veias do braço, até a aurícula direita. Em face deste relato, e firmados já na inocuidade da sondagem das veias cervicais, por nós estabelecida, resolvemos tentar esta nova via.

Fizemos primeiro alguns ensaios de sondagem auricular. Introduzíamos a sonda pela mediana cefálica ou mediana basilica e injectávamos simultaneamente alguns centímetros de soro fisiológico em ordem a facilitar a sua progressão. Os doentes não sentiam o mais leve incômodo. Nalguns casos era fácil a realização da prova, mas noutros alguns embaraços surgiam, pois a sonda detinha-se, por vezes, no tronco braquiocefálico, junto da embocadura da jugular externa, seguindo, quando a forçávamos, a luz deste vaso, em direcção ascensional. Retirando-a ligeira-

mente e impulsionando-a de novo, ao mesmo tempo que a impeliámos na axila de encontro ao seu vértice, em ordem a dobrá-la em ângulo obtuso, conseguíamos, a maior parte das vezes, que ela tomasse o bom caminho no sentido da cava.

Vencido êsse obstáculo, o trajecto até a aurícula realizava-se sempre sem a menor dificuldade. Impelindo-a um pouco mais, ultrapassava mesmo esta cavidade, introduzindo-se na cava inferior e deixando de lado o ventrículo direito, contra o que seria para esperar. Êste facto, já notado por Forssmann, derivava por um lado do obstáculo que no vivo as válvulas aurículo-ventriculares naturalmente opõem à entrada da sonda e, por outro, à insuficiência da válvula de Eustáquio que permitia a sua fácil entrada na cava inferior, colocada, como se sabe, na direcção do trajecto por ela seguido.

Realizado assim o cateterismo auricular, restava apenas proceder à inecção do soluto de iodeto de sódio nesta cavidade para a obtenção provável do desenho vascular do pulmão.

Receávamos, no entanto, que a introdução da substância opaca em percentagem elevada pudesse ocasionar qualquer lesão das válvulas aurículo-ventriculares. E êste receio conduziu-nos naturalmente, antes de prosseguirmos no trabalho encetado, a realizar mais alguns estudos prévios.

Procurámos em primeiro lugar saber o limite mínimo da concentração precisa para a visibilidade dos vasos. Numa série de tubos de ensaio contendo sangue lançámos determinadas quantidades de soluto de iodeto de sódio, por forma a obtermos concentrações a 0,5, 1, 2, 3 e 4 gramas por cento. Radiografámos estes tubos, assim preparados, e verificámos que, a partir de 2 ‰, era já apreciável uma pequena opacidade aos raios X (fig. 3). Ora, como o ventrículo direito do homem adulto tem um capacidade de 170 c. c. e cada sístole, segundo os trabalhos de Henderson, Meakins, Davis, Dautrebande e outros, um débito de 100 c. c., era necessário que, em cada diástole ventricular, dessem entrada da cavidade 2 gramas pelo menos de iodeto de sódio para que a visibilidade se desse. Dependia, pois, do débito da sonda a concentração do líquido a injectar.

Nas nossas primeiras experiências servimo-nos de sondas uretrais opacas aos raios X, a que havíamos cortado as olivas terminais. Estas sondas debitavam, no máximo por segundo,

LISBOA MÉDICA



JUNO

KLIMAKTON



**contra os
distúrbios do climacterio**

COMPOSIÇÃO:

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

Tubos com 20 e frascos com 50 drageas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :

ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das

DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

SPASMOSÉDINE

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

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

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

2 c.c. de sôro fisiológico, mesmo quando era enèrgicamente impulsionado o êmbolo da seringa que se lhes adaptava, isto em virtude da enorme resistência que o líquido encontrava no seu longo percurso. Sendo assim, era pois necessário que o soluto de iodeto de sódio possuísse uma concentração pelo menos de 100 % para que se tornasse visível a rêde vascular do pulmão.

Nos cálculos feitos havia ainda a considerar que a viscosidade do soluto de iodeto de sódio era superior à do sôro fisiológico e, por conseqüência, o seu débito através da sonda seria manifestamente menor. Esta circunstância exigia, portanto, uma maior concentração do líquido opaco a introduzir no ventrículo,

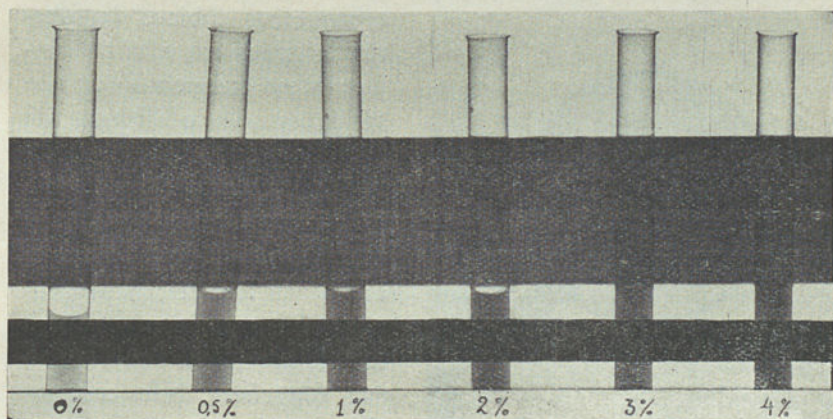


Fig. 3

pois só assim o sangue, ao atingir os vasos pulmonares, levava a percentagem necessária à sua visibilidade.

As soluções de iodeto de sódio eram, contudo, instáveis a partir de 120 %. Além desta concentração liberta-se o iodo, o que torna o soluto inaplicável, pelo perigo que pode acarretar a sua introdução nos vasos.

Só um recurso havia então: — aumentar o débito da sonda. Foi o que fizemos, encarregando a casa Gentile, de Paris, da fabricação de sondas especiais, segundo indicações por nós fornecidas. O diâmetro destas não podia, no entanto, ir além de um certo limite, o que nos forçava, para a obtenção de boas angio-pneumografias, a empregar solutos de iodeto de sódio a 120 %.

Havia, porém, o receio de que tais solutos tivessem acção irritante, não só nas paredes da aurícula, como também sobre as válvulas aurículo-ventriculares, a não ser que, lançados na corrente sanguínea, imediatamente se diluissem e a sua concentração baixasse com rapidez a 2 ou 3 ‰.

Uma nova experiência era, pois, necessário realizar, antes de prosseguir no trabalho encetado: procurar determinar a velocidade de diluição, no sangue, de solutos concentrados de iodeto de sódio. Para isso, em duas placas de Petri, colocadas lado a lado sobre um *filme* radiográfico, e contendo ambas uma certa



Fig. 4

porção de sangue, foram lançados sobre uma delas alguns centímetros cúbicos da substância opaca em alta concentração, no momento em que se provocava o disparo da ampola de raios X. O resultado foi animador, pois nenhum limite de opacidade se desenhava na placa em que a mistura fôra feita, apresentando-se mesmo com uma tonalidade igual em toda a sua superfície. Não convencidos ainda com este ensaio, radiografámos uma outra placa de Petri, contendo igualmente sangue, na ocasião precisa em que com

uma seringa injectávamos no próprio conteúdo certa quantidade de soluto de iodeto. A fig. 4 testemunha por forma clara que a diluição é, na verdade, imediata.

Em face do resultado destas experiências, dispuzemo-nos finalmente a realizar as primeiras injeções intra-auriculares de soluto de iodeto de sódio em concentração elevada, com o fim de obtermos a angiopneumografia no homem.

Prudentemente, as primeiras injeções foram feitas a 40 ‰, fiados em que, com esta percentagem, conseguiríamos já intensificar a visibilidade da rede vascular do pulmão. No cadáver,

como ninguém ignora, não existe o desenho pulmonar, habitualmente aparente na radiografia do vivo. É que não são os próprios vasos que determinam essa imagem, mas sim o sangue que esses vasos contêm na fracção de segundo que constitue o tempo de pose. Uma pequena quantidade de substância opaca poderia, pois, mesmo em diminuta percentagem, fazer realçar o desenho pulmonar, quando disseminada na rede arterial. Compreende-se, por isso, que, de início, as soluções a utilizar fôsem de menor concentração do que as previstas pelo simples raciocínio acima feito.

O resultado foi, porém, negativo, pois que só com excesso de boa vontade se poderia adivinhar um ligeiro refôrço dos vasos hílares.

Passámos então para concentrações de 60, 80, 100 e 120 0/0. Com 80 0/0 obtivemos, em princípios de Fevereiro de 1931, a primeira angiopneumografia! Após tantas dificuldades, que só uma inquebrantável persistência conseguiu vencer, atingíramos o fim desejado: o da visibilidade dos vasos pulmonares.

Dias depois repetimos o exame radiográfico no mesmo indivíduo com um soluto a 120 0/0. A riqueza de detalhes crescera com a concentração. E desde então para cá fixámo-nos nesta percentagem, em face da absoluta inocuidade da prova.

Feitas estas considerações de ordem geral, que constituem propriamente a história da angiopneumografia e cuja leitura julgamos proveitosa para todos os que desejem lançar-se no campo da investigação clínica, pelo critério que desde o início orientou o presente trabalho — o de fazer preceder qualquer experiência a realizar no organismo humano de um conjunto de ensaios laboratoriais que garantissem a sua inocuidade — feitas estas considerações, passemos agora a ocupar-nos da técnica actualmente seguida, das causas de insucesso, dos acidentes da prova e, finalmente, da interpretação de alguns *filmes* radiográficos.

TÉCNICA DA ANGIOPNEUMOGRAFIA

Neste capítulo referir-nos-emos não só ao acto operatório em si, já conhecido em parte pelas considerações feitas, como ainda ao material necessário à realização da prova.

Substância contraste. — Fixámo nos no soluto de iodeto de

sódio a 120 % depois de alguns ensaios feitos em animais com outras substâncias de elevado pêso atômico, entre as quais o iodeto de cálcio. O sal a empregar deve ser puro. As soluções feitas recentemente e devidamente esterilizadas.

Quando as empôlas em que o soluto foi conservado tenham amarelecido, ligeiramente que seja, deve o produto ser abandonado, por essa circunstância significar a existência de iodo livre, cuja administração não é inofensiva.

Sondas e trocartes. — As sondas fabricadas especialmente pela casa Gentile, por indicação nossa, são idênticas às sondas uretrais n.^{os} 12 e 14 opacas aos raios X, das quais diferem ape-

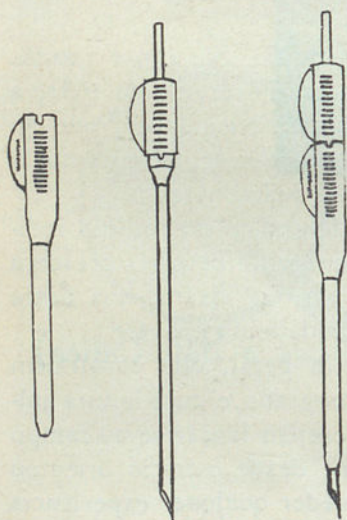


Fig. 5

nas por possuírem três orifícios na extremidade, um dos quais terminal e os outros dois laterais, na vizinhança do primeiro. Os trocartes foram igualmente fabricados segundo modelo especial, para serem destinados a punções venosas, nem sempre fáceis de realizar; impunha-se, na verdade, a necessidade de possuírem qualquer dispositivo capaz de permitir o imediato reconhecimento de que a sua extremidade se encontrava dentro da luz do vaso. Uma simples agulha, com diâmetro igual ao da sonda, adaptada a uma cânula resolvera o problema; a fig. 5 é elucidativa a este respeito.

Preparação do doente. — A prova deve ser feita em jejum, com o doente sentado. Colocado o braço horizontalmente e feita a desinfecção da pele com tintura de iodo, envolve-se o antebraço numa compressa esterilizada e aplica-se um garrote na parte média do braço, como se se desejasse realizar uma simples punção venosa. Anestesia-se localmente, com uma pequena quantidade de novocaína-adrenalina, a região da mediana basilíca, de maneira a evitar a mínima dor ao doente, sempre prejudicial para a boa marcha da prova, e que a introdução do trocarte, dada a sua relativa grossura, naturalmente provoca.



O HEMOSTÁTICO FISIOLÓGICO

Coaguleno «CIBA»



Caixas de 1 empôla
de 20 c. c.

Caixas de 5 empôlas
de 5 c. c.

Caixas de 5 empolas
de 1,5 c. c.

Tubos de 5 comprimidos
de 0,50 g. cada um

Permite dominar, aumentando o índice de coagulação da corrente sanguínea, tôdas as hemorragias, inclusivé as mais rebeldes e inacessíveis

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suíça)

VALE

PARA 1 CAIXA DE 5 EMPOLAS DE 5 C. C. DE

COAGULENO «CIBA»

Nome

Rua N.º

Cidade

É FAVOR ESCREVER LEGIVELMENTE

Coaguleno "CIBA,"

HEMOSTÁTICO FISIOLÓGICO

Descoberto pelo eminente cirurgião suíço, Prof. Teodoro Kocher de Berne. Tem por base as substâncias coagulantes do sangue animal e as dos órgãos hematopoiéticos. O Coaguleno não é um sôro, mas um fermento, isento de reacções de carácter sérico. É completamente inocuo e não dá origem a fenómenos irritativos de espécie alguma.

É esterilizável pela ebulição

INDICAÇÕES:

Hemorragias cirúrgicas, traumáticas e odontológicas. Hemorragias post partum e post abortum. Hemorragias gástricas, intestinais, renais. Hemoptises. Melena dos recém-nascidos. Doença de Verlhof.

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suíça)

REPRESENTANTE-DEPOSITARIO PARA PORTUGAL E COLÓNIAS
128, RUA DA MADALENA, 1.º CATULLO GADDA LISBOA

CORRESPONDÊNCIA

EX.^{MO} SR.

Catullo Gadda

Produtos «Ciba»

128, Rua da Madalena, 1.º

LISBOA

Introdução da sonda. — Pode ser feita a coberto, quando a grossura da veia permite a introdução do trocarte, ou através de uma pequena incisão (flebotomia) de facilíma e inócua realização, se o vaso é de diminuto calibre para poder ser puncionado. A sonda, previamente esterilizada e banhada numa solução estéril de citrato de sódio a 10%, é então introduzida lentamente, ao mesmo tempo que, por intermédio de uma seringa adaptada à outra extremidade, se injectam pequenas quantidades de sôro fisiológico, em ordem a facilitarem a sua progressão e a impedirem a formação de qualquer coágulo na sua luz. Pela radioscopia vai-se então seguindo no *écran* do aparelho a sua marcha progressiva.

Raras vezes atinge a cava superior sem que no seu trajecto tenha encontrado qualquer obstáculo que a procure deter. Regra geral, dá-se êsse acidente quando atinge a porção interna da clavícula. Aí, se não se insinuou primeiramente pela jugular externa em direcção ao crânio, pára. Retirando-a um pouco, levantando o braço, premindo-a exteriormente de encontro ao vértice da axila, impulsionando-a de novo, com facilidade segue então o trajecto desejado, até a extremidade inferior da cava ou até a própria cavidade auricular.

É mais fácil a sua introdução à esquerda do que à direita, em virtude da disposição anatómica dos vasos do pescoço, quer no que respeita à menor curvatura do tronco braquiocéfálico esquerdo, quer à disposição de certos ramos venosos, que à direita se implantam justamente no ponto em que a direcção da sonda tem de sofrer um desvio para seguir em direcção à cava.

Injecção. — Feita a introdução da sonda, prepara-se o aparelho de raios X para a execução da radiografia e coloca-se o *chassis* de encontro à face anterior do tórax do doente. Substitue-se a seringa que estava injectando o sôro fisiológico por outra seringa contendo o soluto de iodeto de sódio a 120%. Ordena-se ao doente que faça uma inspiração funda e que se conserve imóvel. Simultaneamente injecta-se com rapidez a solução opaca e faz-se o disparo da ampola no momento em que tenham sido introduzidos 6 a 8 c. c. Feita a radiografia, adapta-se de novo a seringa com sôro fisiológico à extremidade da sonda para expelir o resto do soluto iodado nela contido e retira-se em seguida com suavidade. Faz-se depois o penso, colocando na pele um pequeno *agrafe*, se a injecção foi feita a descoberto.

CAUSAS DE INSUCESSE

Nem sempre é possível realizar a angiopneumografia. Várias causas são susceptíveis de tornar a prova ou impraticável ou imperfeita. Entre as primeiras devem apontar-se os obstáculos que por vezes impedem a progressão da sonda. Caminhando esta com relativa facilidade até a extremidade interna da clavícula, chegada aí não progride mais. Com a manobra acima descrita consegue-se, regra geral, transpor a resistência encontrada.

Noutros casos, porém, não é possível fazê-lo. Em raros doentes reconhecemos mesmo que, ao retirar ligeiramente a sonda para seguidamente procurar de novo introduzi-la, o obstáculo impeditivo da sua marcha se deslocava simultaneamente, com a extremidade da referida sonda; o trajecto venoso abandonado não voltava a ser recuperado, como se um espasmo se tivesse constituído e se deslocasse progressivamente no sentido oposto ao da corrente sanguínea.

Muito embora excepcionalmente, tivemos ainda ensejo de comparar com certas anomalias das veias do braço que faziam seguir a sonda em sentido diferente, sem que fôsse possível obrigá-la a progredir, mesmo com o auxílio de pequeno esforço exercido de encontro ao obstáculo encontrado. Num dos casos tivemos a impressão de que a veia basilica perfurara a aponevrose para desaparecer possivelmente numa das veias humerais profundas, anomalia de resto conhecida. A sonda teria, portanto, que dobrar a sua extremidade ao atravessar a aponevrose para poder atingir a rede venosa profunda, o que, em virtude da sua consistência, não era de fácil realização.

A imperfeição das angiopneumografias é essencialmente filiada em três factores. O pequeno débito interauricular da substância opaca constitue, regra geral, a causa mais freqüentemente observada; a sua concentração pode, efectivamente, não conseguir atingir no sangue o limite inferior da visibilidade, que já vimos ser de 2 0/0.

Um longo espaço de tempo decorrido entre o início da injeção e o disparo da ampola pode constituir, por sua vez, outra causa de imperfeição, dando tempo a que o produto injectado invada a rede capilar e ingresse na circulação de retôrno. Nestas circunstâncias não é, pois, para estranhar que os *filmes* se apre-

sentem com pouco contraste, num tom cinzento, sem vigor, e as sombras vasculares mal limitadas, porque os seus contornos deixaram de ser constituídos unicamente pelas paredes dos vasos arteriais para corresponderem possivelmente à conjugação e sobreposição das artérias e das pequenas veias do pulmão.

O terceiro factor reside em não ser suficientemente potente o aparelho de raios X para reduzir o tempo de exposição a alguns centésimos (1) de segundo.

Não devemos, na verdade, esquecer que a rede arterial do pulmão não se mantém em imobilidade absoluta. Rodeada por um tecido mole, de pequena densidade — o parênquima pulmonar — a progressão do sangue nos seus numerosíssimos vasos ocasiona-lhe, a cada sístole, pequenos movimentos oscilatórios capazes de produzirem o *flou* no *filme* radiográfico.

Por sua vez o ritmo cardíaco, condicionando movimentos alternados de contracção e expansão do miocárdio, imprime aos tecidos circunvizinhos abalos cadenciados e repetidos, que prejudicam a nitidez do *filme*. É por isso que, quando o disparo da ampola cai em diástole, os bordos do coração e dos grossos vasos se apresentam bem delimitados, contrariamente ao que habitualmente se observa quando o exame radiográfico coincide com outros tempos de revolução cardíaca.

Ora, desde que os vasos se apresentem aparentes pela substância opaca nêles injectada, compreende-se que o grau da sua nitidez esteja na absoluta dependência da rapidez do tempo de exposição. Para a obtenção de boas angiopneumografias exige-se, por consequência, aparelhos de raios X capazes de executar radiografias torácicas em centésimos de segundo.

ACÇÃO DA PROVA ANGIOPNEUMOGRÁFICA SOBRE O ORGANISMO

Os indivíduos submetidos à prova angiopneumográfica nada sentem digno de registo. Acusam, quando muito, um fugaz acesso de tosse e, por vezes, ligeiras dores de cabeça, que rapidamente desaparecem.

Sinais de iodismo, que seriam para esperar, em face das do-

(1) As primeiras angiopneumografias foram obtidas com instantâneos de 1/20 de segundo.

ses empregadas, registámo-los apenas em 3% dos casos, limitando-se a lagrimejamento e coriza, duas a três horas após a prova, não indo a sua duração além de 24 horas.

A acção do iodeto, quando introduzido na cavidade auricular, sobre as lesões tuberculosas do pulmão pareceu-nos nula. Effectivamente, em 12 tuberculosos pulmonares submetidos à prova, não verificámos no decurso da evolução da doença quaisquer sinais de agravamento, tanto local, como geral. Deu-se até em todos êles um acréscimo no pêsso e no dia da prova, se a curva térmica sofreu, por vezes, um ligeiro abalo de 3 ou 4 décimos, retomou no dia imediato a primitiva situação. Em alguns doentes

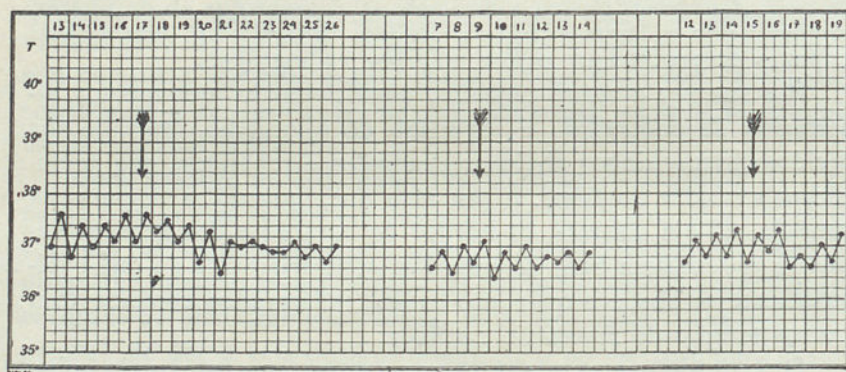


Fig. 6

que de há muito se conservavam subfebris, registou-se mesmo seguidamente a normalização da temperatura (fig. 6).

São, no entanto, prematuras quaisquer considerações que o exame dêstes casos nos permita poder fazer. A seu tempo nos ocuparemos do assunto, desejando de momento apenas frisar a inocuidade absoluta da prova, tanto em indivíduos normais como nos tuberculosos pulmonares.

INTERPRETAÇÃO DE «FILMES»

Não temos, por enquanto, a pretensão de apresentar um estudo completo sobre a interpretação das radiografias torácicas. Desejamos apenas, com a publicação de alguns *filmes* simples e das respectivas angiopneumografias, chamar a atenção para um novo processo de exploração do parênquima respiratório.

O facto de se poder conhecer, sem perigo algum para o doente, a situação dos vasos pulmonares, constituiria por si só um grande progresso na semiótica radiológica. O valor do método é, porém, maior. Efectivamente, são já dignas de registo as constatações colhidas no exame de alguns *filmes*, sobretudo no que respeita às imagens hílares, às lesões tuberculosas do pulmão e ao estado da circulação pulmonar nos doentes sujeitos ao tratamento pelo pneumotórax artificial.

Este método que está no seu início vai, sem dúvida, ainda resolver numerosos problemas da patologia circulatória, até hoje firmados apenas em simples concepções teóricas e em exames anatómicos.

A própria terapêutica das lesões pulmonares deve ser impulsionada pela nova via de administração medicamentosa, que os trabalhos de angiopneumografia lhe vieram abrir. Emfim, inútil será insistir sobre o interesse do novo método e sobre as previsões que trabalhos, em curso, permitem desde já esboçar.

O primeiro facto a registar do exame comparado das radiografias simples e das respectivas angiopneumografias é que, efectivamente, o desenho pulmonar normal é devido aos vasos e não aos brônquios, como se julgava no início dos primeiros exames radiográficos. É certo que, pelos trabalhos de Assmann Albers-Schoenberg e muitos outros, a teoria vascular tinha já criado fortes raízes. Todos os trabalhos, porém, em que esta teoria se fundamentava tinham por base estudos feitos no cadáver. A angiopneumografia no vivo, por nós realizada, vem, pois, estabelecer definitivamente a origem vascular do desenho radiológico do pulmão.

O hilo pulmonar, cuja interpretação radiográfica foi sempre embaraçosa, torna-se, pelo exame angiopneumográfico, de fácil compreensão. É certo que, entre as sombras juxtapostas que complicam a imagem hilar, algumas existem de fácil interpretação, pelo simples exame dos *filmes* vulgares; outras, porém, só a angiopneumografia é susceptível de as determinar. Por este processo podem-se, na verdade, fazer destacar das adenites e peria-denites (que produzem focos de sombras homogéneas perturbadoras das imagens hílares) os elementos vasculares que a elas se juxtapõem. São, além disso, muito variáveis os aspectos dos ramos da artéria pulmonar que constituem a sombra fundamental

do hilo. O exame das radiografias que publicamos são testemunho dessa variabilidade de desenho. Estamos-nos presentemente ocupando do estudo da sua sistematização; dêle daremos conta numa publicação próxima.

Certas sombras difusas e certos pontos de maior opacidade, que por vezes surgem na vizinhança da imagem cardíaca, ou mesmo em pontos afastados do hilo, e cuja interpretação podia dar lugar a dúvidas, têm ainda no exame angiopneumográfico a sua fácil explicação. Trata-se, regra geral, de sobreposição de imagens vasculares. Assim, por exemplo, na radiografia K — estampa VII a opacidade do espaço intervásculo-cardíaco, a cuja transparência alguns autores tanta importância ligam e que a radiografia simples nos não podia explicar, a angiopneumografia mostra ser devida à presença de múltiplas ramificações dirigidas em sentido interno. Por sua vez, a maior opacidade de pequenos pontos isolados no seio do parênquima, que poderiam atribuir-se a pequenos focos esclerosados, não são mais, regra geral, do que vasos vistos no sentido axial ou entrecruzados. A maior intensidade e nitidez com que se apresentam no exame angiopneumográfico permite, com efeito, estabelecer a origem vascular dessas sombras.

Finalmente, a prova angiopneumográfica vem ainda revelar-nos certo aspectos interessantes da circulação pulmonar. É o caso, por exemplo, da menor circulação do parênquima junto de lesões esclerosadas e da frouxidão da corrente sanguínea e menor repleção dos vasos num pulmão colapsado. A radiografia L da estampa VII, referente a uma doente que entrou no hospital com uma pleurisia sero-fibrinosa e que foi submetida a uma toracentese, seguida de insuflação de ar, é bem clara a tal respeito. Efectivamente, no exame angiopneumográfico desta doente, feito no momento em que o colapso era já insignificante, pois limitava-se a uma faixa de ar com 1 a 2 centímetros de espessura, acumulado sobretudo na parte superior do tórax, a circulação pulmonar é mais ténue do lado esquerdo, sede do pneumo, do que do lado direito, que por sua vez se apresenta riquíssimo, de sorte a permitir seguir a dicotomização vascular até as mais finas ramificações excêntricas.

OBSERVAÇÕES

CASO I. — *Radiografia simples* (estampa VI — fig. I). — Desenho das arborizações esbatendo-se gradualmente para a periferia. Na região infraclavicular direita três ou quatro pequenos nódulos, fortemente opacos e limitados, do tamanho da cabeça de alfinetes, deixando dúvidas sobre a sua origem vascular ou parenquimatosa. Parte interna da hemícupula diafragmática direita perdendo a nitidez em um segmento de cerca de 1 a 2 centímetros, sobre o qual se projecta uma sombra em cordão, irradiando do hilo, que se apresenta espessado e com perda acentuada de delineamento. Sobre a sombra da artéria pulmonar direita, junto da inserção dos ramos lobares superiores, desenha-se uma mancha redonda que, pelo seu aspecto, deve corresponder a um dos ramos visto no sentido axial; mais para dentro, sobre o contorno inferior do mesmo tronco arterial, desenharam-se duas pequenas manchas bastante opacas, de forma irregular e de contornos dentados. Ramificações médias e inferiores fortemente entrecruzadas por claridades brônquicas, com traços e nódulos de origem vascular. Apagamento, com turvação difusa, do espaço claro vâsculo-cardíaco.

Hilo esquerdo melhor delineado. Opacidade irregular da porção inicial dos ramos lobares superiores. Um pouco fora da parte média da imagem hilar, uma sombra isolada, de forma imprecisa, podendo corresponder a um elemento vascular destacado.

Angiopneumografia (estampa VI — fig. J). — Ramificações lobares superiores direitas bem delineadas. Os nódulos hilares determinados pelos vasos projectados em sentido axial apresentam-se fortemente opacificados e bem homogêneos. Espaço claro vâsculo-cardíaco bem marcado, projectando-se sobre ele algumas ramificações arteriais. Vascularização intensa da base com entrecruzamentos múltiplos dos ramos vasculares.

À esquerda, os vasos do hilo apresentam-se bem delimitados com marcação nítida dos seus contornos, em traços contínuos, cujas ramificações últimas se podem seguir até perto da periferia. Ramo lobar superior bastante volumoso. Um ramo partido da parte média do hilo bifurca-se a curta distância, seguindo um dos ramos uma direcção oblíqua, quasi axial, e formando o outro uma ansa cuja terminação se projecta sobre o hilo, dando uma imagem em anel de largo diâmetro.

Comparação das duas radiografias. — As granulações visíveis na região infraclavicular direita levemente suspeitas encontram-se no trajecto dos ramos vasculares, algumas vezes correspondendo a bifurcações. A sombra em cordão, que unia o hilo à parte interna da cúpula diafragmática, decompôs-se em duas sombras, uma nitidamente vascular, dicotomizada, que se continua para baixo do perfil diafragmático, outra irregular, pouco homogênea, de opacidade igual à que apresentava na radiografia simples, devendo corresponder a formações fibrosas, cuja retracção determi-

nou a irregularidade da cúpula diafragmática. Todos os nódulos das imagens hilaes foram reforçados, mostrando a sua origem vascular, inclusivamente a mancha que se apresentava com caracteres suspeitos de corresponder a um foco calcificado de adenite. O espaço claro vâsculo-cardíaco, agora bem permeável, mostra que a sua turvação difusa era apenas devida ao entrecruzamento de ramificações secundárias dos vasos.

À esquerda, a sombra de condensação situada um pouco fora do hilo mostra, pela angiopneumografia, ser de origem vascular. O ramo que nesta parte se inicia, e que forma uma ansa, explica-nos uma das origens das formações em anéis, algumas vezes de interpretação tão delicada.

Caso II. — *Radiografia simples* (estampa VII — fig. K). — Ligeiro deslocamento do pulmão esquerdo por pneumotórax, com pequeno colapso. Foco de sombra na base do mesmo lado, de opacidade intensa e homogênea, apagando o seio costo-diafragmático e terminando-se, ao nível do 6.º arco costal, anterior, por um limite difuso mas irregular e que deve corresponder a formações fibrosas de origem pleural, consecutivas à reabsorção parcial de um derrame da grande cavidade. Irregularidade do contorno cardíaco por aderências pleuro-pericárdicas. Na região infraclavicular, acima das arborizações superiores do hilo, desenha-se um foco de granulações pequenas, de densidade fraca, com limites mal definidos e de forma irregular, muito suspeitas de representarem condensações parenquimatosas. Hilo pouco marcado, em parte coberto pelo arco médio do perfil cardíaco. À direita, o desenho pulmonar esbate gradualmente do hilo para a periferia. A imagem hilare apresenta-se espessada, com nódulos múltiplos arredondados, uns acoplados com anéis brônquicos, outros isolados. Apagamento do espaço claro intervâsculo-cardíaco, na sua porção superior.

Angiopneumografia (estampa VII — fig. L). — Dos dois ramos de artéria pulmonar, o esquerdo apresenta-se mais fortemente injectado. Manifesta diferença de permeabilidade entre os dois campos por opacificação difusa à esquerda e menor actividade circulatória dêste lado. Arborizações da artéria pulmonar esquerda bem delineadas, não sendo visíveis na região infraclavicular outras sombras além dos ramos arteriais de continuidade bem marcada. Os ramos inferiores são sobretudo visíveis sobre a imagem cardíaca, não se desenhando através do foco de sombra que descrevemos na base pulmonar, no limite da qual parecem parar.

Árvore arterial à direita bem injectada, riquíssima em vasos cuja dicotomização se pode seguir até as mais finas arborizações desenhadas junto da periferia. Os nódulos que se projectam sobre a imagem hilar são agora em menor número, mas mais fortemente marcados. Espaço claro intervâsculo-cardíaco de opacidade diminuída na parte superior pelas ramificações secundárias dos ramos lobares inferiores.

Comparação das duas radiografias. — A angiopneumografia produziu uma opacidade maior à esquerda do que à direita, o que pode ser atribuído a uma circulação menor no pulmão, com difusão e paragem do produto nos capilares. A mesma causa explicaria a riqueza em imagens arteriais do campo direito em relação ao lado oposto. As granulações visíveis na região infraclavicular esquerda, que se apresentavam suspeitas, não parecendo, pela sua descontinuidade e espessamento, terem uma origem vascular, mostram-se na angiopneumografia de origem circulatória, pela continuidade dos ramos vasculares em que se integram. Na base, o diagnóstico diferencial entre uma paquipleurite e um derrame é feito pela angiopneumografia. A paragem das imagens vasculares, não explicável por um simples espessamento pleural, através do qual seriam visíveis como o são através do coração, pode encontrar a sua explicação em um estado de atelectasia do parênquima por derrame da pleura. A riqueza vascular do campo direito é por seu turno devida a um aumento de circulação vicariante pelo ligeiro colapso existente à esquerda.

Da comparação das imagens hilaes, podemos fixar que, se alguns nódulos vasculares se reforçam, correspondendo a vasos vistos em sentido axial, outros, cuja origem vascular não parece duvidosa, se apagam e transformam em imagens contínuas de vasos, cujo entrecruzamento os originaram. A opacificação do espaço intervásculo-cardíaco, patamar do pulmão, a cuja transparência alguns autores ligam bastante importância e que a radiografia simples nos não podia explicar, é devido — mostra-o a angiopneumografia — à presença de múltiplas ramificações dirigidas no sentido interno.

Caso III. — *Radiografia simples* (estampa VIII — fig. M). — Pequena assimetria torácica devida à retracção da metade superior do hemitórax direito, com estreitamento dos espaços intercostais. Repuxamento da sombra mediastinal e da imagem da traqueia. Opacificação homogênea do vértice. A meio da região infraclavicular é visível uma sombra, em faixa, de opacidade muito forte, tensa entre o hilo e a periferia, seguindo o trajecto do ramo superior da grande cisura. Abaixo e acima, desenham-se sombras em cordões sinuosos, confluentes, entrelaçados, correspondendo a lesões do parênquima de tipo fibroso. Sobre o 1.º arco costal e no 1.º espaço, duas zonas de hiperclaridade, circulares, traduzem a existência de duas pequenas cavidades. No limite inferior, o foco termina-se por algumas sombras, menos opacas, de forma irregular, que podem corresponder a lesões de uma *poussée* mais re-

cente, mas que podem ser atribuídas a origem vascular, correspondendo a vasos deformados, pela retracção das lesões do lobo superior. O hilo encontra-se, devido àquele repuxamento, em posição bastante alta. Os seus ramos inferiores são razoavelmente delineados, com conservação do espaço intervásculo-cardíaco.

À esquerda, refôrço hilar sem perda de delineamento. Não são visíveis sombras suspeitas do parênquima. Apenas, no entrecruzamento do 3.º arco costal anterior com o 6.º posterior, uma pequena sombra, que pode corresponder a um nódulo calcificado.

Angiopneumografia (estampa VIII — fig. N). — Vasos direitos menos injectados que os esquerdos. Na região infraclavicular, acima da sombra da esclerose cisural, o aspecto é sensivelmente idêntico ao da radiografia simples. Apenas um ou outro traço mais marcado faz prever a sua natureza vascular. Outro tanto não sucede na periferia do foco, acima da cisura e junto do hilo, onde a maior parte das sombras visíveis se mostram de limites mais marcados, em traços de maior continuidade, formando uma rede cuja identidade vascular é manifesta. Junto da parede externa essas imagens param, para dar lugar a imagens de condensação parenquimatosa. A base é bastante rica em imagens arteriais.

À esquerda segue-se, de uma maneira contínua, toda a árvore arterial desde o hilo até as mais fracas arborizações. Além destas sombras vasculares não há outras que alterem a permeabilidade do parênquima.

Comparação das duas radiografias. — A angiopneumografia mostra, como era de esperar, que a zona do parênquima esclerosado é pobre em vasos, mas que na sua periferia há uma rede vascular bastante rica, mais ou menos deformada pela retracção que acompanha aquelas lesões. Na radiografia simples estas imagens vasculares podem ser confundidas com zonas de invasão recente do processo, cuja existência tem um valor prognóstico sobrejamente conhecido.

O refôrço hilar esquerdo é devido a uma irrigação mais intensa daquele pulmão. O nódulo afastado do hilo não é parenquimatoso, mas apenas devido a um entrecruzamento vascular.

CASO IV. — *Radiografia simples* (estampa IX — fig. O). — Pneumotórax à direita, com colapso parcial da face anterior do pulmão, mantendo-se a face posterior aderente à parede torácica (exame radioscópico). Faixa clara ao longo da parte superior do mediastino e pequena zona, igualmente de grande transparência, junto à base. Diafragma direito muito irregular. Densificação do lobo superior com pequenas zonas de rarefacção do parênquima, modificados em parte pelo colapso.

À esquerda, região apical velada. Imagem em traços lineares, destacando-se do hilo em direcção à parte média do campo pulmonar. Sobre a extremi-

dade anterior da 6.^a costela, um nódulo muito opaco e bem delimitado, lembrando um acidente de primo-infecção. Imagem diafragmática mal delineada.

Angiopneumografia (estampa IX — fig. P). — Ausência total de ramificações vasculares no lobo superior direito. Hilo repuxado pela retracção dos tecidos e ocupando uma posição afastada do mediastino, neste caso muito deslocado para a esquerda pela acção do pneumotórax.

Ramo direito da artéria pulmonar muito distendido por idêntico motivo. Vascularização do lobo inferior pouco acentuada e de pequeno calibre. À esquerda crossa da pulmonar muito achatada. Irrigação quasi nula na metade superior do pulmão. Imagens vasculares numerosas e bem contrastadas na metade inferior.

Comparação das duas radiografias. — É manifesta a ausência de vascularização no lobo superior direito, não só devido à acção do pneumotórax, como também às lesões aí existentes. A falta de vasos na metade superior esquerda é radiologicamente suspeita, podendo no entanto atribuir-se esse facto à deformação do ramo arterial esquerdo, ocasionado pelo pneumotórax. A base esquerda — única zona sã da superfície pulmonar — apresenta, a-pesar-disso, uma vascularização muito intensa.

CASO V. — *Radiografia simples* (estampa X — fig. Q). — Colapso quasi total do pulmão direito, apenas com uma pequena zona de grande transparência ao longo da parte inferior do mediastino e na qual se observam alguns traços do desenho pulmonar. Ao nível do 6.^o arco costal anterior é visível o limite superior horizontal de uma sombra de opacidade intensa e homogênea que forma com o resto do campo pulmonar uma imagem hidro-aéfrica de piopneumotórax. A menor transparência paradoxal do campo privado do pulmão é explicável por uma paquipleurite determinada pelo derrame livre da grande cavidade pleural.

Aumento de volume da imagem hilar esquerda, que se apresenta espessada e com perda de delineamento. A opacificação é irregular e produzida por algumas sombras difusas bastante extensas e mal limitadas, com aspecto radiológico muito provável de hilo patológico. Imagem anular na sua parte média, que permite pôr em hipótese a existência de uma bronquiectasia. Desenho pulmonar regularmente marcado, sobretudo em cordões que irradiam do hilo para a região infraclavicular e para as bases.

Angiopneumografia (estampa X — fig. R). — À direita alguns vasos ténues desenhavam-se na parte do pulmão não colapsado. Riqueza vascular muito acentuada do pulmão esquerdo. O hilo bem injectado mostra-se completamente delineado, tendo desaparecido todas as sombras que pareciam sobrepor-se aos elementos vasculares. A impressão dada por esta imagem é a de um hilo nitidamente normal. Ramos pulmonares bem desenhados, podendo seguir-se nas suas mais finas ramificações até a periferia do órgão.

Comparação das duas radiografias. — O problema mais interessante que neste caso a angiopneumografia resolve é o estado do hilo oposto ao pulmão em colapso. O aspecto radiológico na radiografia simples era de molde a deixar dúvidas de interpretação. Um empastamento do hilo, com perda de delineamento por sombras, que poderiam ser lesões do parênquima projectadas sobre os elementos vasculares, poderia ter um real valor como elemento de prognóstico. A angiopneumografia mostra nitidamente que se trata de um hilo normal, apenas fortemente vascularizado.

O anel, que parecia de bronquiectasia, é apenas uma sobreposição caprichosa das imagens vasculares.

Caso VI. — *Radiografia simples* (estampa XI — fig. S). — Á esquerda imagem anular envolvida por um halo de forte condensação no entrecruzamento da 6.^a com a 8.^a costela. Mais para baixo granulações volumosas e confluentes, algumas já em via de escavação. Espessamento do hilo esquerdo, com sombras de opacidade acentuada e com algumas ramificações superiores de aspecto irregular.

Hilo direito mal delineado, com alguns nódulos de possível origem vascular e com uma sombra para-mediastinal densa e homogênea. Ramificações superiores e inferiores bem aparentes, mas irregulares, podendo corresponder a esclerose brônquica e peri-brônquica e a possíveis lesões de *tramite*.

Angiopneumografia (estampa XI — fig. T). — Hilo esquerdo constituído por sombras vasculares, com as ramificações superiores de contornos nítidos e paralelos, prolongando-se até a periferia. Arborizações inferiores menos numerosas e mais delgadas.

Hilo direito composto por duas espécies de elementos, uns nitidamente arteriais, outros, porém, formando um foco de sombra mais ou menos homogênea, ao longo do mediastino. Árvore arterial fortemente injectada, sobressaindo com nitidez em todo o campo pulmonar.

Comparação das duas radiografias. — É digna de registo a insignificante vascularização da base esquerda, sede das lesões. Nesta região não só diminue o número de arborizações arteriais, como o volume destas, em franca oposição com a vascularização intensa da base oposta. O vértice esquerdo, contra o costume, mostra por sua vez uma irrigação mais rica do que a base. A acentuação das ramificações bronco-vasculares direitas, que podia significar uma forma fibrosa do processo tuberculoso, é somente devida à situação vicariante do sistema arterial deste lado.

Caso VII. — *Radiografia simples* (estampa XII — fig. U). — Assimetria torácica devida à retracção da metade superior do hemitórax direito. Espaços intercostais retraídos com deslocamento da sombra mediastinal e da imagem da traqueia. Foco de opacidade intensa e homogênea, velando o vértice e a região subclavicular direita, limitado na sua parte inferior por elementos subnodulares mais ou menos confluentes. Na parte média do campo pulmonar pequenas manchas miliares numerosas e disseminadas. Imagem hilar pouco nítida, em virtude da sobreposição destas sombras de condensação parenquimatosa. Apenas são visíveis as ramificações inferiores com aspecto de cordões estreitos, sulcando a base.

Hilo esquerdo reforçado e mal delineado. Vértice velado por pleuresia apical. No 3.º, 4.º e 5.º espaços intercostais anteriores numerosas pequenas sombras em estrias, entrecruzando-se em rêde fina. Permeabilidade normal da base.

Angiopneumografia (estampa XII — fig. V). — Imagem hilar direita nitidamente desenhada. A retracção das lesões de esclerose do lobo superior direito repuxam o hilo para fora e um pouco para cima, destacando-o completamente da sombra do mediastino. Ausência quasi completa de imagens vasculares no lobo superior direito. Menos injectadas que à esquerda, as ramificações inferiores apresentam-se no, entanto, desenhadas.

À esquerda, a imagem hilar mantém-se na situação normal apesar do acentuado deslocamento da sombra cardíaca. As ramificações vasculares do lobo superior são pouco numerosas, pouco aparentes e muito delgadas. Inferiormente apresentam-se bem visualizados os ramos arteriais.

Comparação das duas radiografias. — Grande desenvolvimento das arborizações vasculares somente na parte sã do parênquima respiratório da base esquerda. Ausência de imagens arteriais no lobo superior direito, sede de um denso processo de esclerose. Diminuição acentuada dos vasos pulmonares na parte média do pulmão direito e na região subclavicular esquerda, zonas em que uma *poussée* recente de granulações disseminou a infecção. Deslocamento do hilo direito, com os limites bem delineados. Aspecto normal do hilo esquerdo, mostrando apenas um desenvolvimento acentuado dos seus elementos vasculares.

*

*

*

Os casos que acabamos de relatar justificam, em parte, as perspectivas diagnósticas que previmos ao iniciar os trabalhos que nos levaram a obter a angiopneumografia. Estamos ainda na

fase inicial da aplicação de um novo processo de investigação semiótica das doenças pulmonares. Não se podem, por isso, fazer conjecturas, sempre falíveis em matéria clínica. Temos de apoiar as conclusões numa larga experiência e num aturado trabalho. Os resultados colhidos servem apenas de incentivo a prosseguirmos. Guia-nos a confiança que eles nos inspiram e, particularmente, a inocuidade do método, sem o que se não justificaria a insistência na sua aplicação.

ESTAMPA I

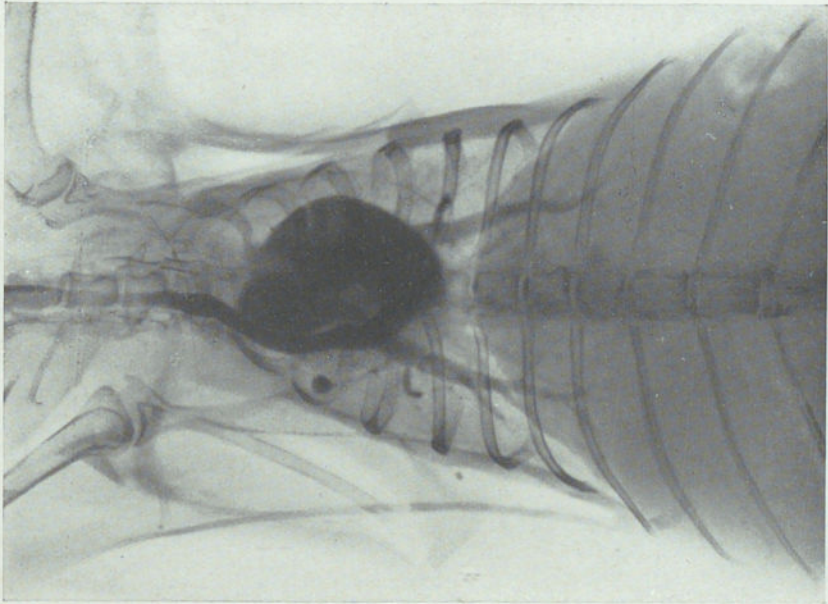


Fig. B

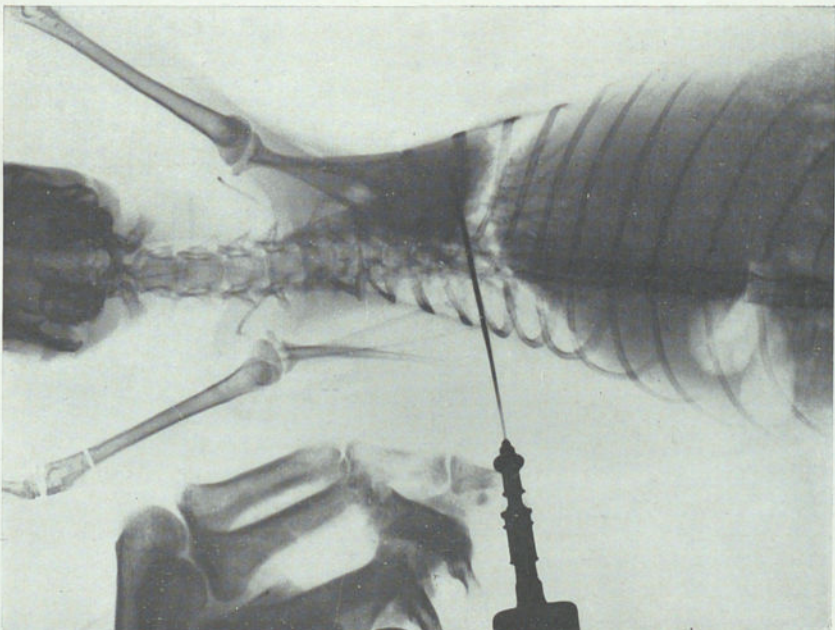


Fig. A

ESTAMPA II

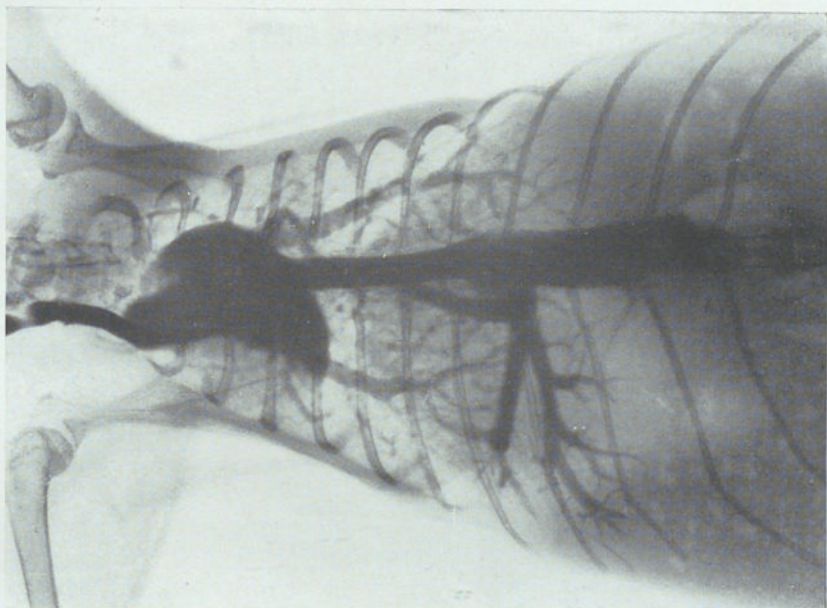


Fig. D

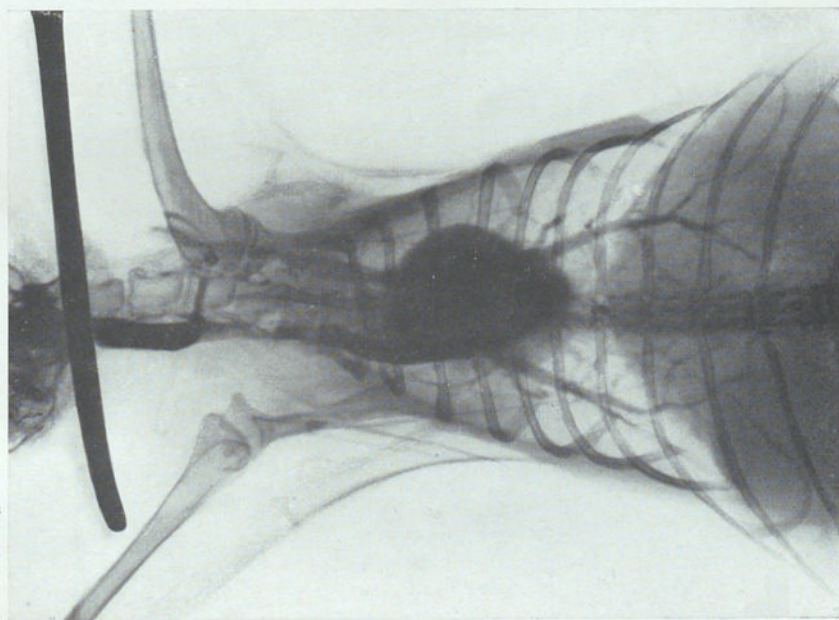


Fig. C

ESTAMPA III



Fig. E

ESTAMPA IV

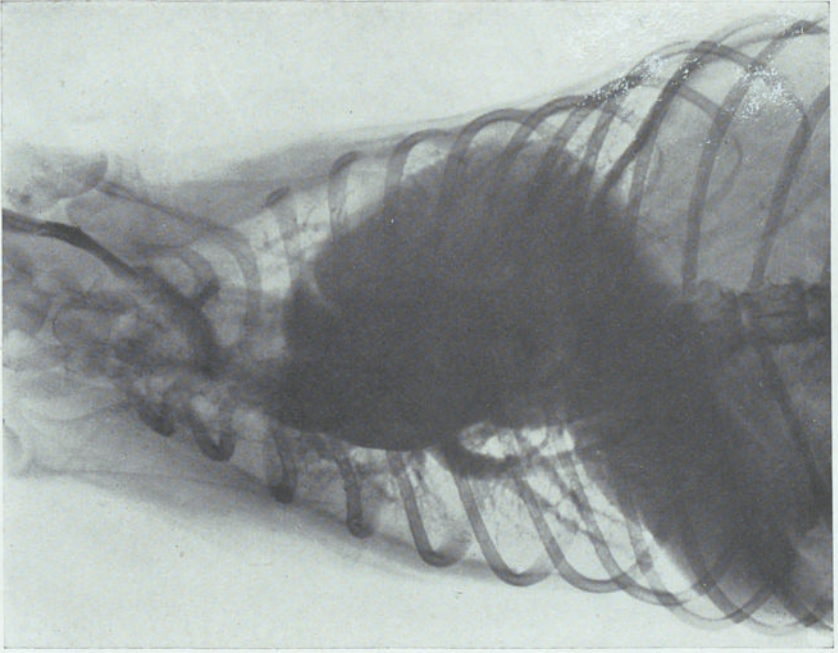


Fig. G

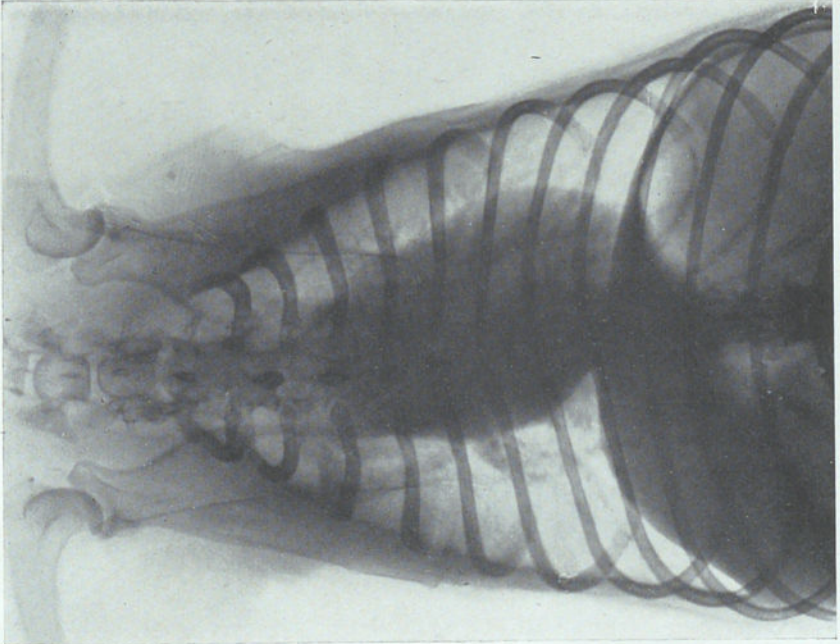


Fig. F

ESTAMPA V

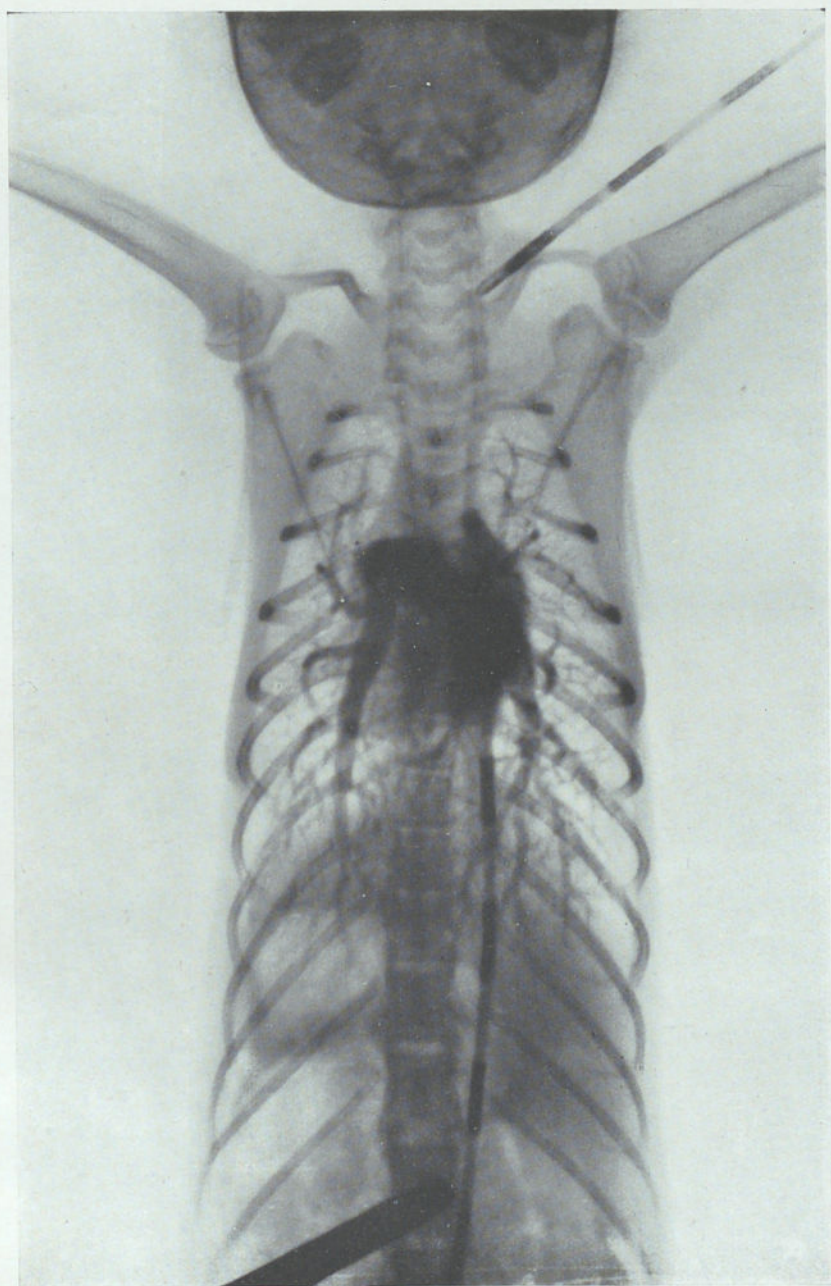


Fig. H

ESTAMPA VI

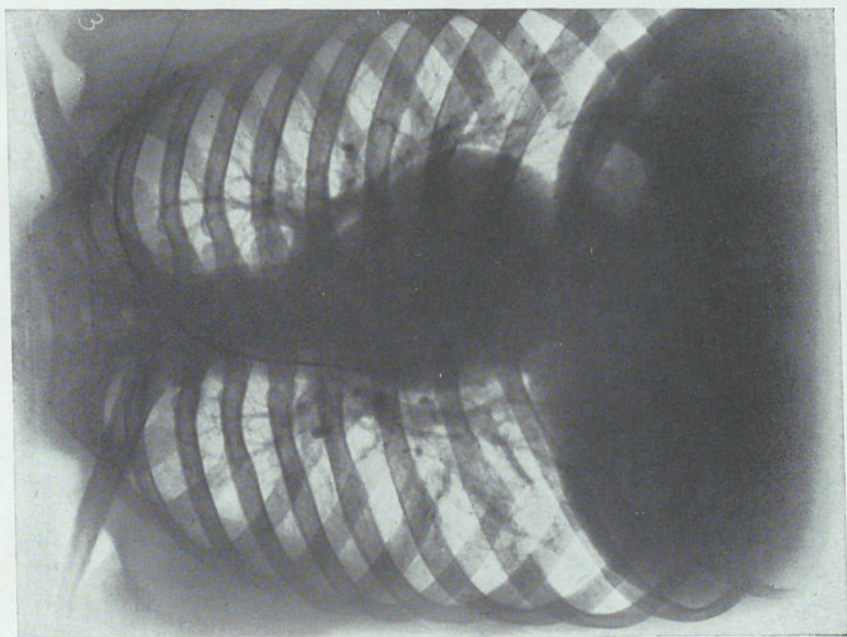


Fig. J

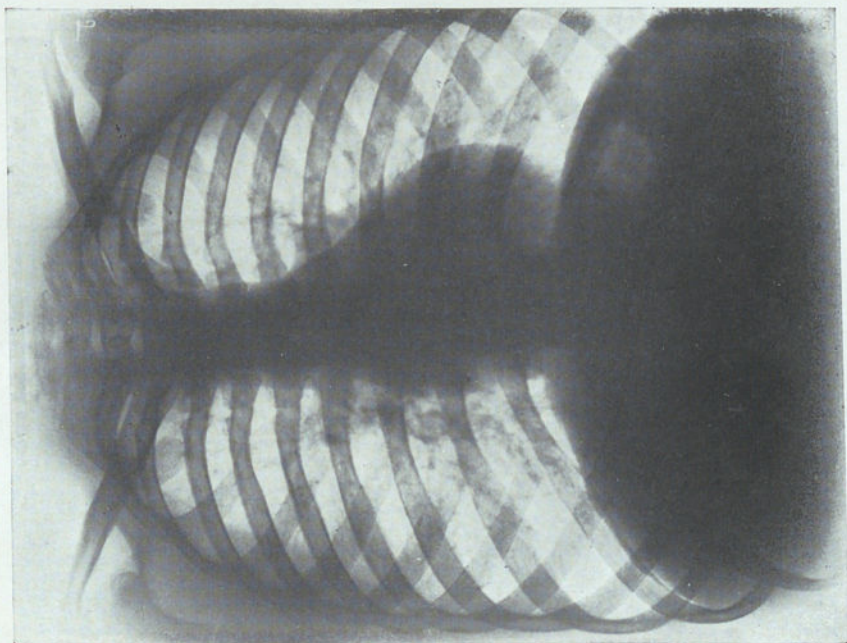
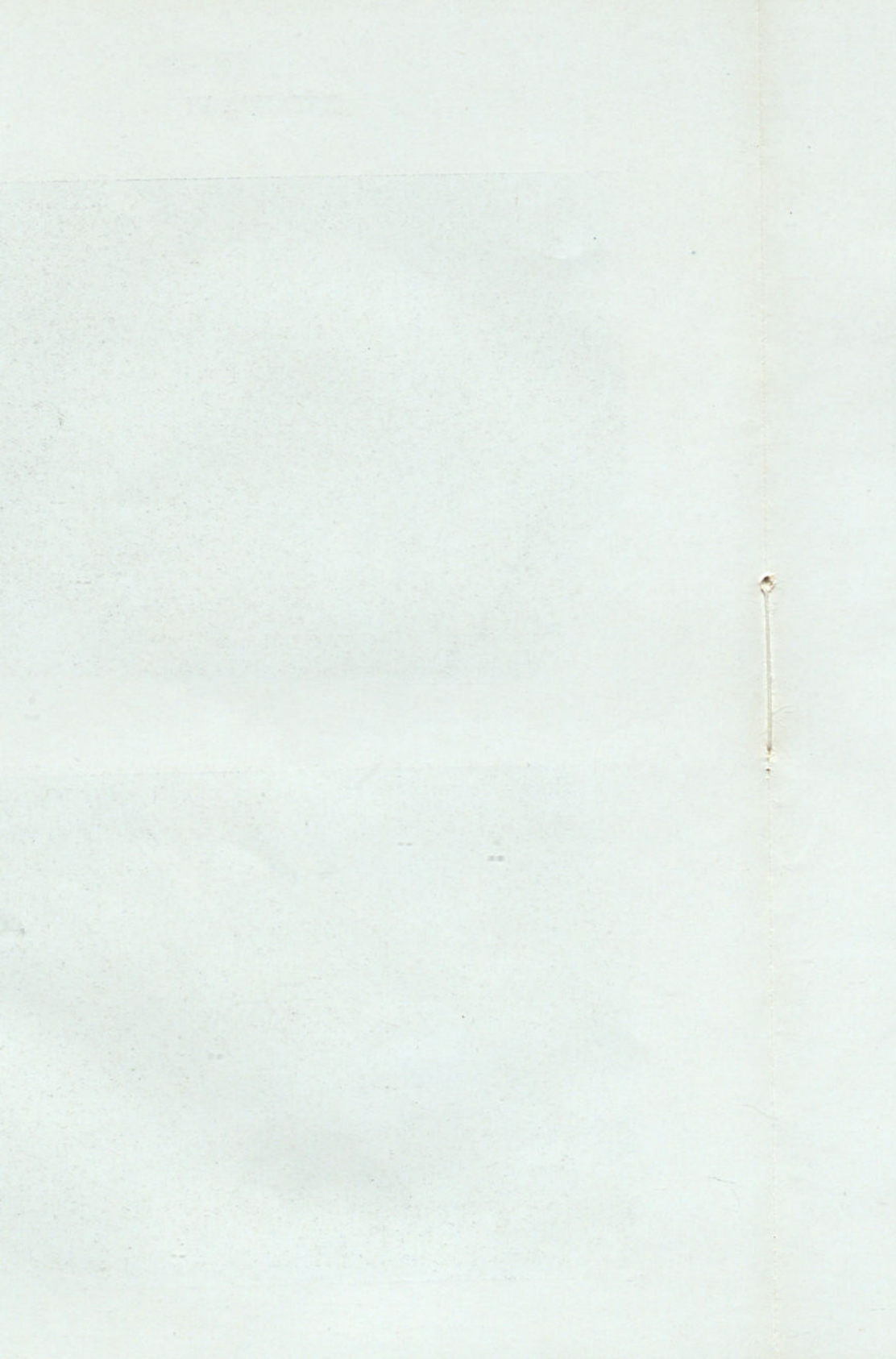


Fig. I



ESTAMPA VII

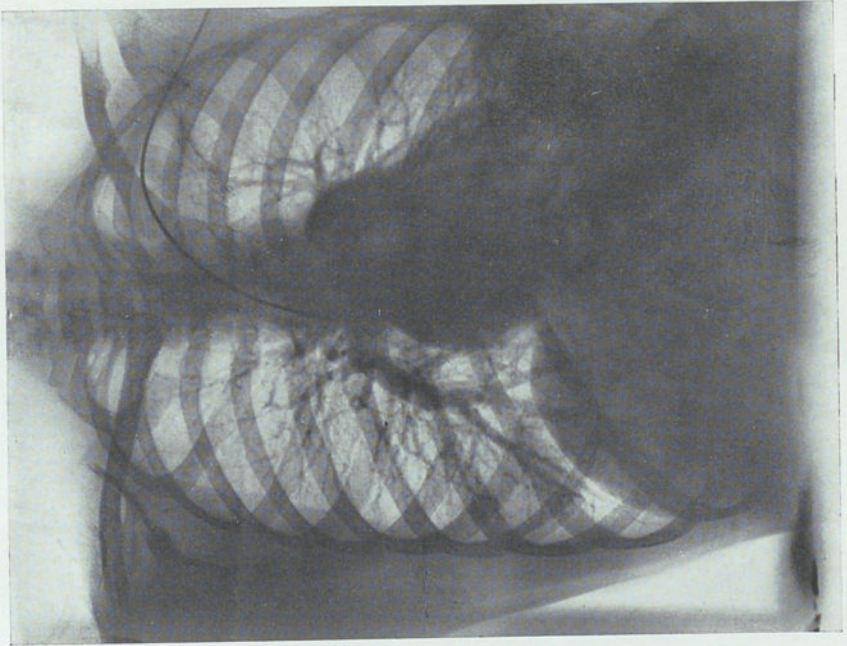


Fig. L

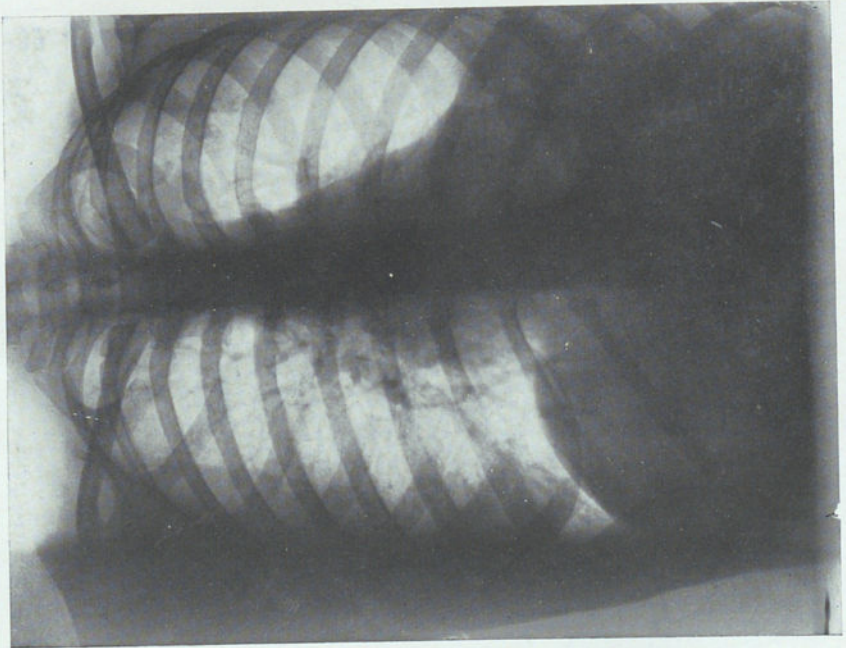


Fig. K

ESTAMPA VIII

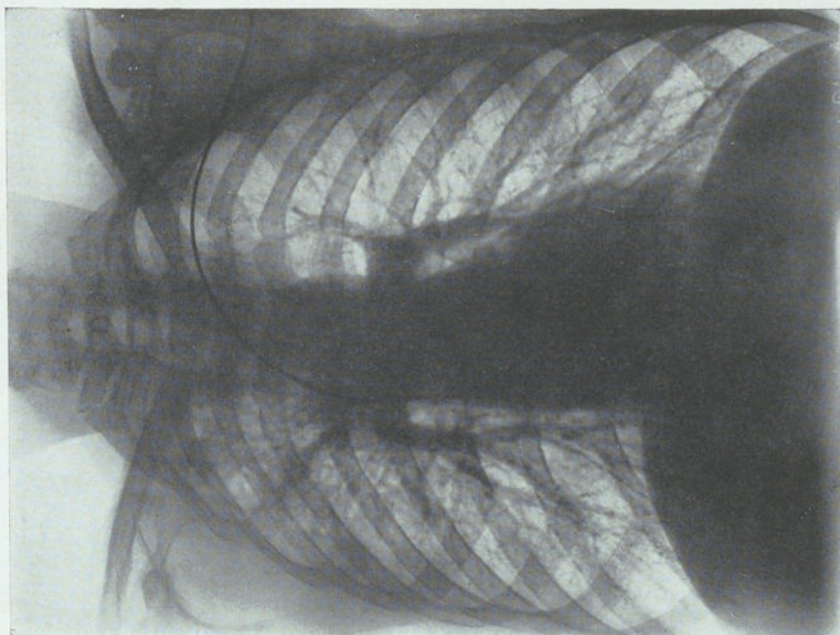


Fig. N

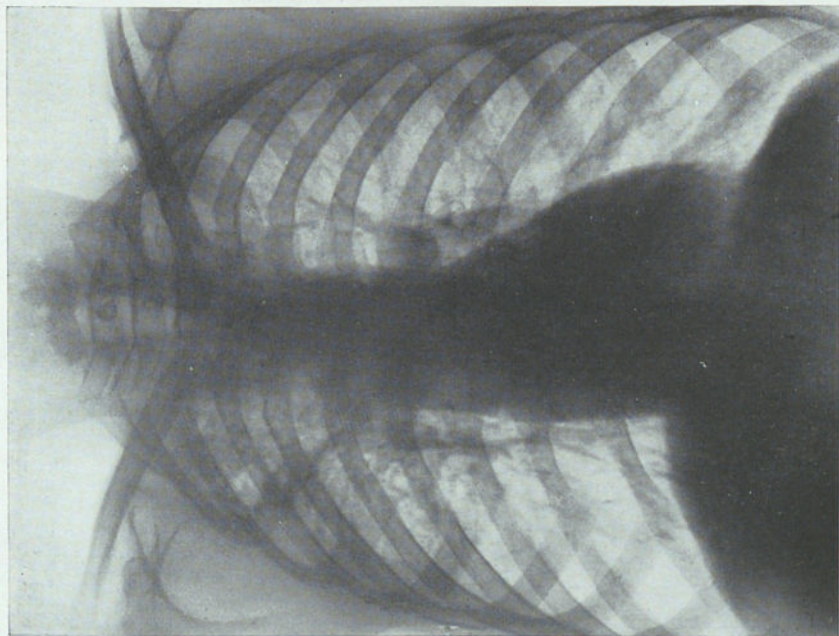


Fig. M

ESTAMPA IX

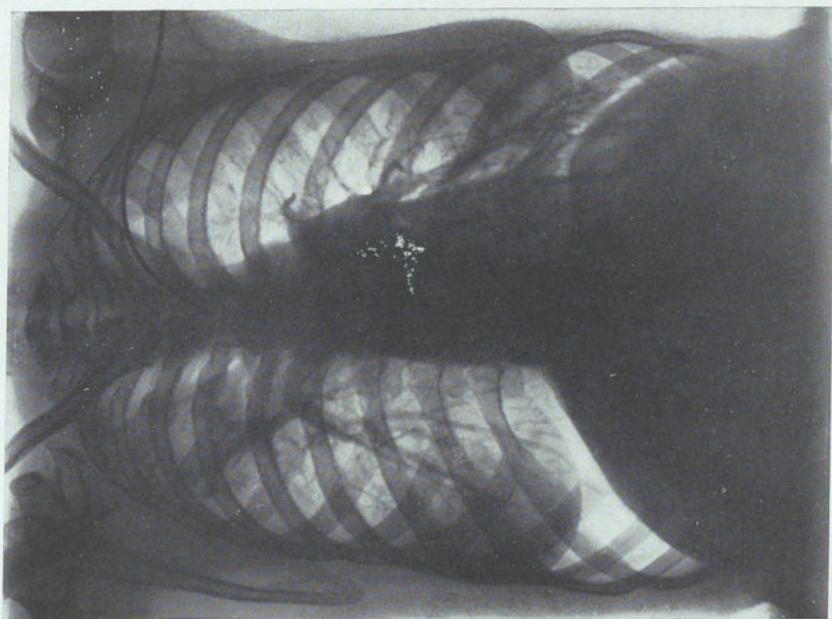


Fig. P

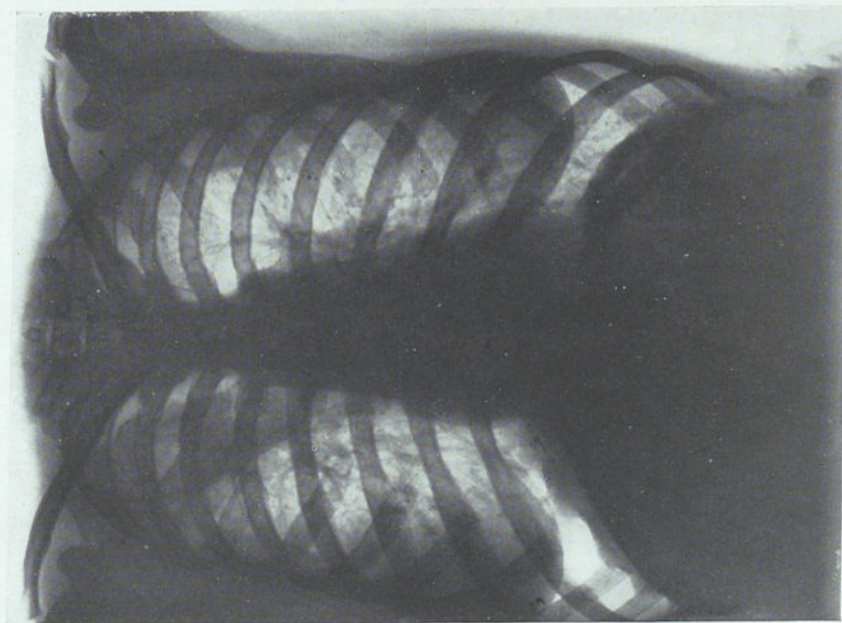


Fig. O

ESTAMPA X

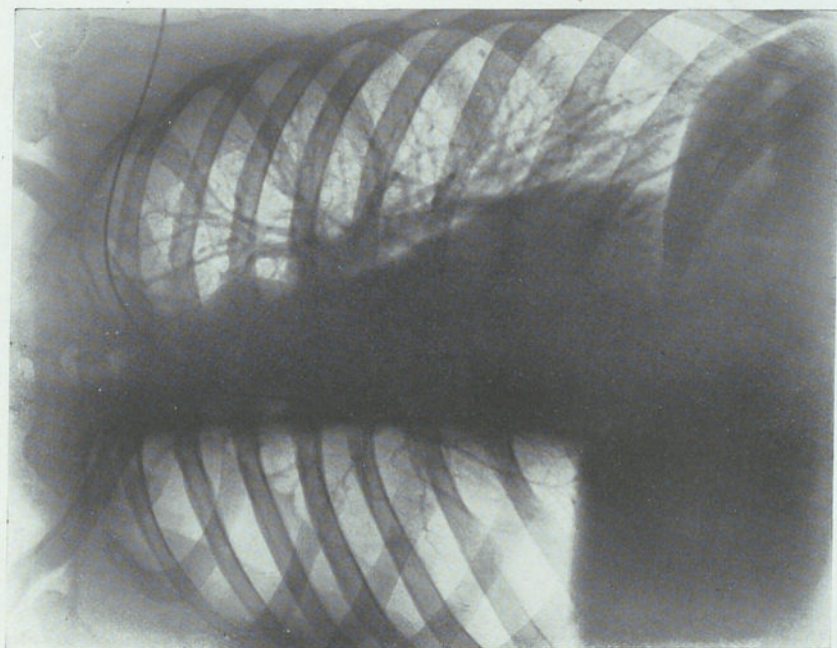


Fig. R

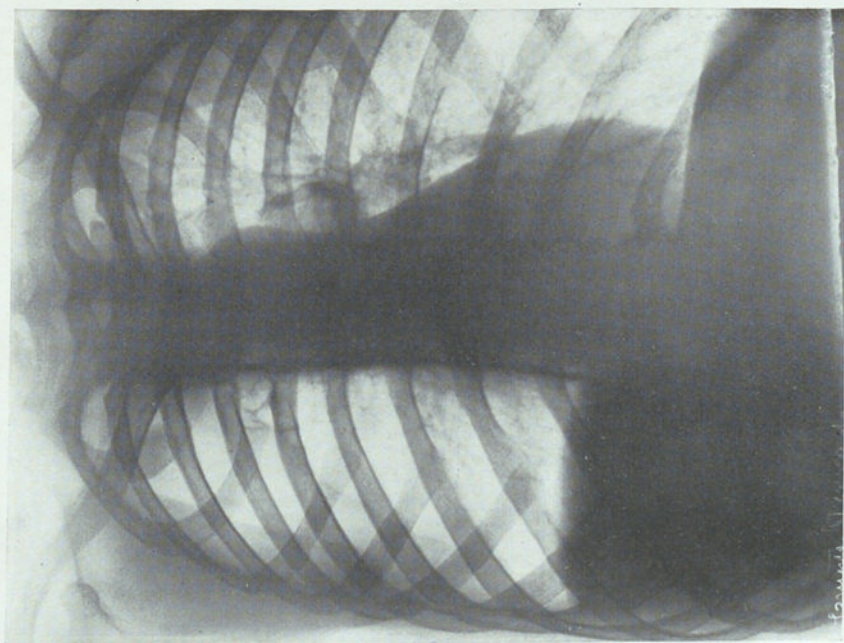


Fig. Q

ESTAMPA XI

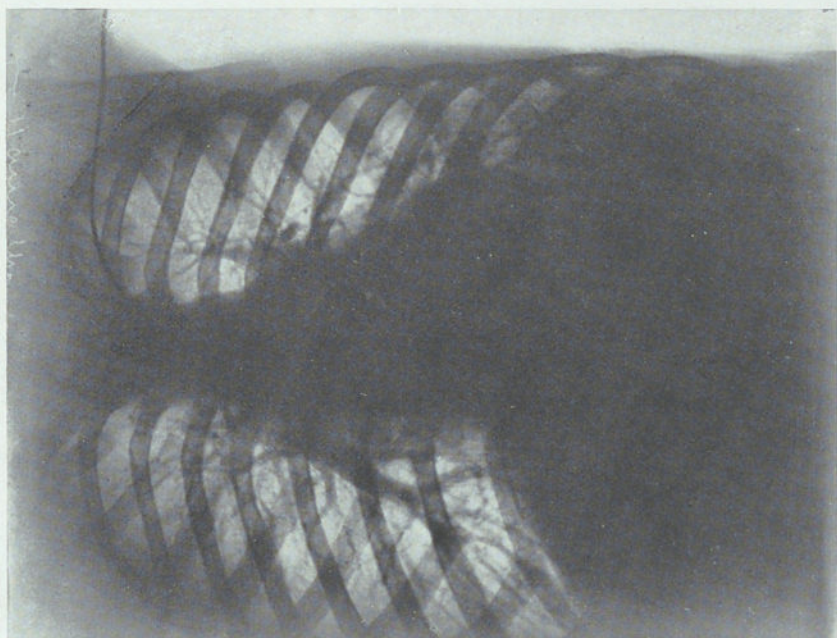


Fig. T

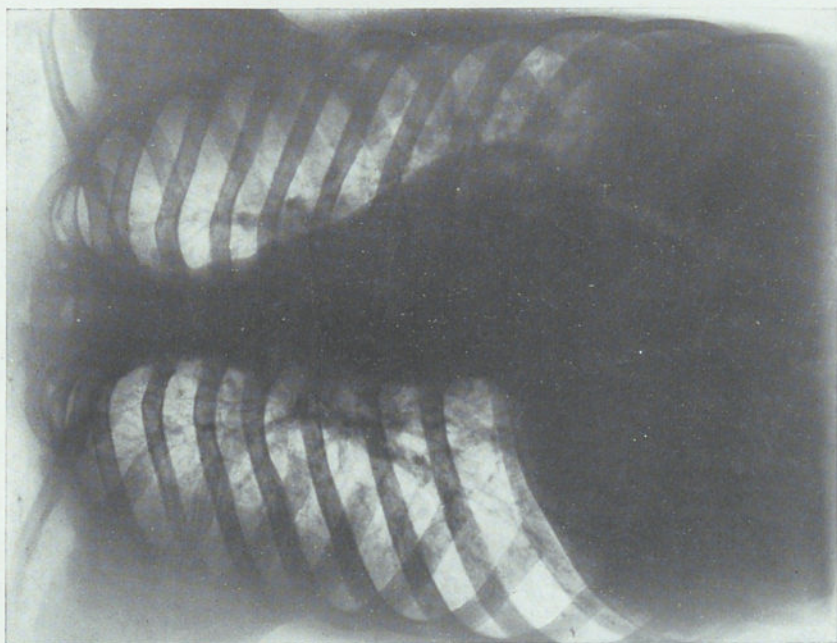


Fig. S

ESTAMPA XII

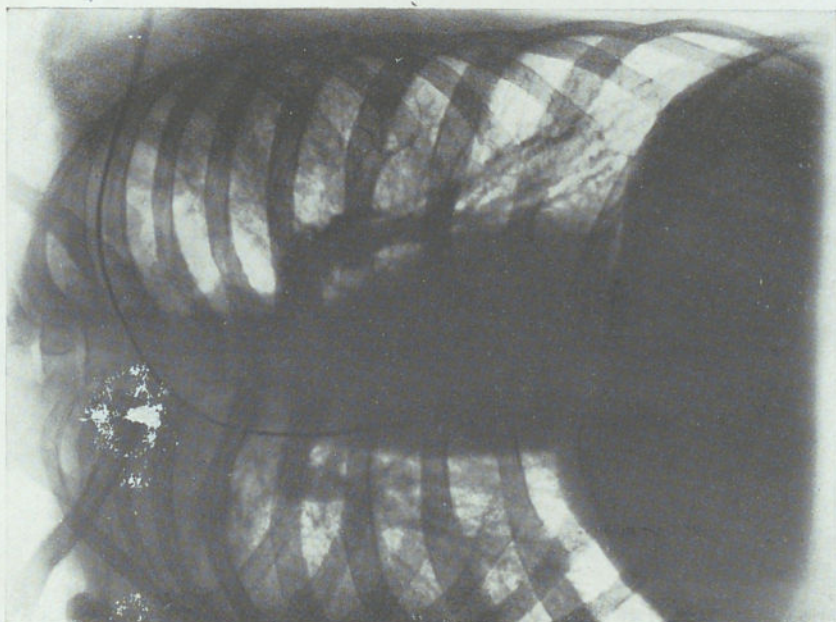


Fig. V

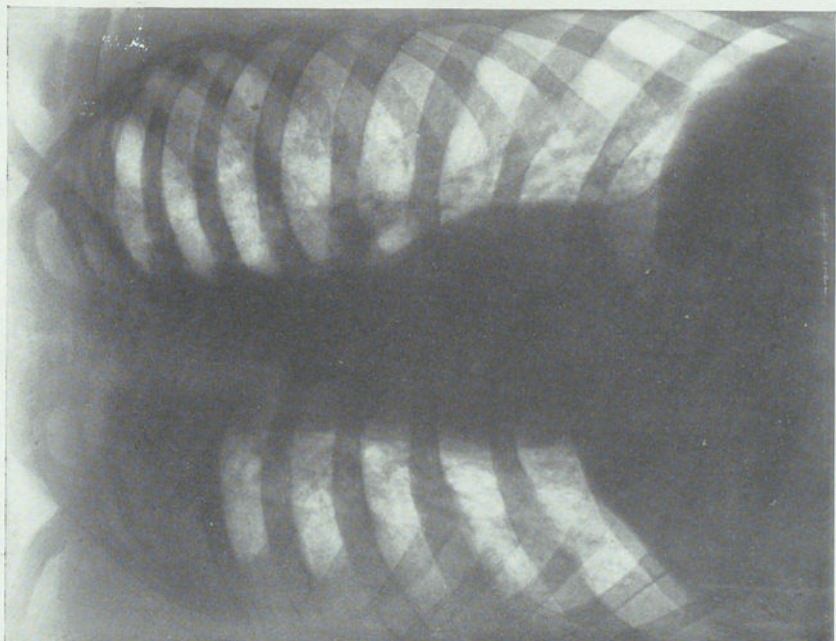
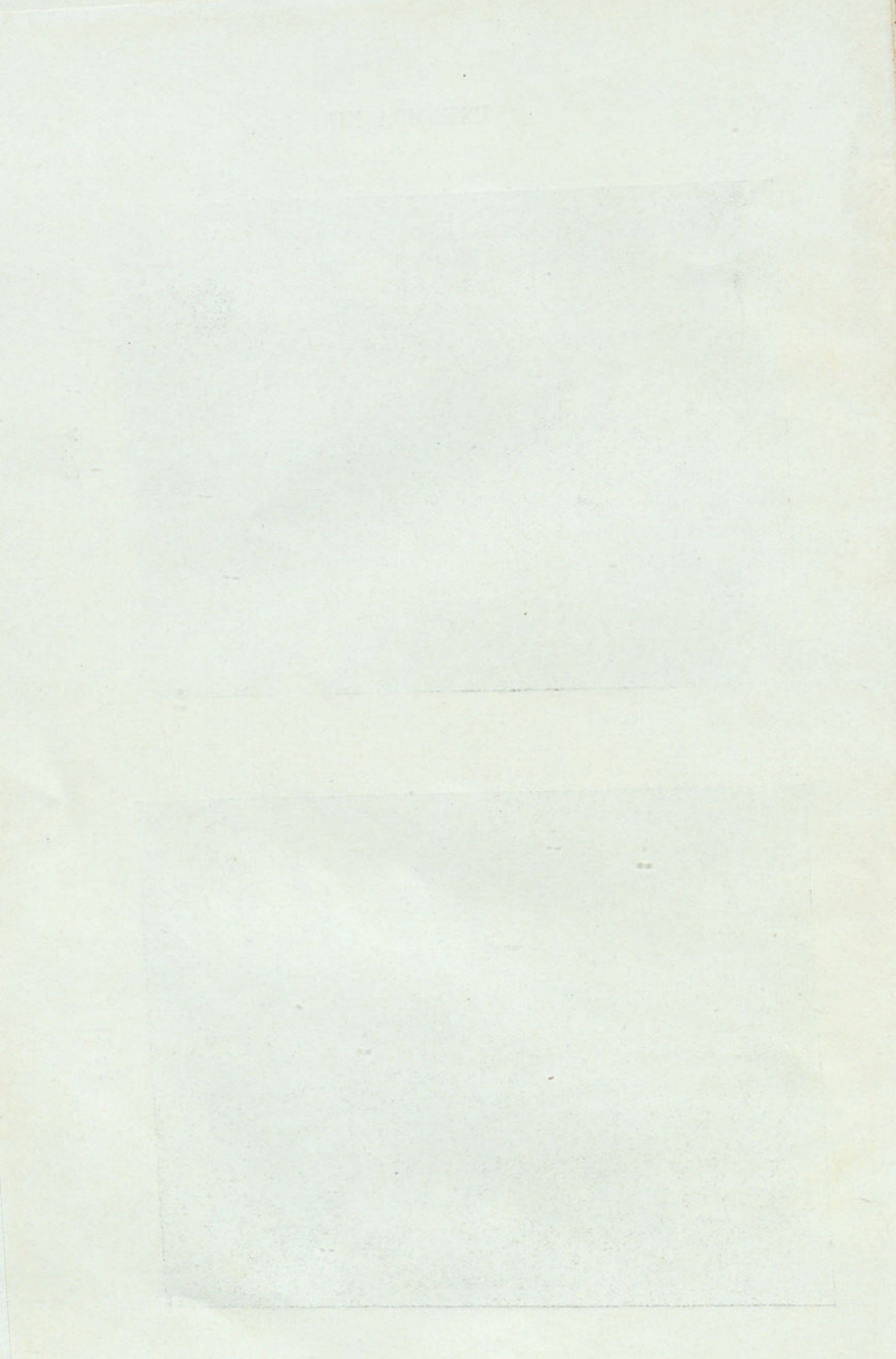


Fig. U



Serviço de Clínica Propedêutica
(Prof. Lopo de Carvalho)
Laboratório de Química-Física (1)

**A REACÇÃO DE VERNES PELA RESORCINA
NOS TUBERCULOSOS PULMONARES
E EM ALGUNS CASOS DE SUPURAÇÃO NÃO TUBER-
CULOSA DO PULMÃO**

POR

VASCO DE LACERDA
Assistente

Ainda no momento actual o diagnóstico clínico da tuberculose pulmonar, em determinados casos, continua sendo da mais alta dificuldade. Efectivamente escreve Sergent: «Não há decisão mais difícil de tomar que aquela de dizer se uma determinada lesão pulmonar, num indivíduo que não elimina bacilos, é ou não tuberculosa, e particularmente se é evolutiva ou cicatricial».

Só a constatação do bacilo de Koch constitue, pois, um sinal de certeza da lesão tuberculosa. Ora, ninguém ignora que muitas vezes o bacilo, a-pesar-dos mais rigorosos exames e por melhor executados que eles sejam, não consegue evidenciar-se. Há mesmo certas formas de tuberculose pulmonar, como as córtico-pleurites, certos estados de granulia, as localizações ganglionares, etc., que não eliminam bacilos. E sendo assim, natural é que outros meios se tenham procurado descobrir com o fim de poder chegar-se a um diagnóstico etiológico preciso, mesmo quando a presença do bacilo não seja verificada. Assim, desde a reacção à tuberculina de resultados pouco seguros, pelo menos no adulto, até a reacção de fixação, e à prova de sedimentação globular de

(1) Laboratório subsidiado pela Junta de Educação Nacional.

Fahraens e Wintergreen, de indicações mais valiosas, e mais recentemente às modificações físico-químicas do sôro sanguíneo dos doentes tuberculosos, uma enorme série de ensaios e determinações laboratoriais têm sido levadas a efeito com o fim de assegurar a natureza bacilar da lesão suspeita.

Artur Vernes com a sua sôro-reacção pela resorcina, e fundando-se nos princípios que primeiramente empregou para o diagnóstico da infecção sífilítica, utilizando como reagente uma suspensão de perethinol (1), pretendeu igualmente estabelecer para a tuberculose uma reacção laboratorial que conduzisse com precisão ao seu diagnóstico e prognóstico e averiguasse do estado de actividade das lesões.

Como os trabalhos sôbre o assunto não são unânimemente concordes quanto ao resultado, e como entré nós esta reacção não está, segundo julgamos, suficientemente estudada, iniciámos o seu estudo nos doentes internados na Clínica Propedêutica.

A reacção baseia-se num fenómeno físico: a *floculação*. Quando em proporções convenientes se mistura sôro sanguíneo com determinados líquidos contendo uma suspensão coloidal, dá-se num dado momento uma turvação particular dessa mistura, isto é, produz-se uma *floculação*. A medição das pequenas variações da turvação capazes de se produzirem pode então ser facilmente avaliada por um aparelho especial — o fotómetro, sendo o de Vernes, Bricq e Yvon aquele que usámos, por ser o mais adequado a êste género de trabalhos.

Depois de múltiplas experiências para determinar quais as substâncias que melhor *floculação* dariam com o sôro tuberculoso em comparação com o sôro normal, concluiu Vernes pertencerem essas substâncias ao grupo dos fenóis, sendo um difenol — a resorcina — aquele com que se obtinham resultados mais nítidos e precisos.

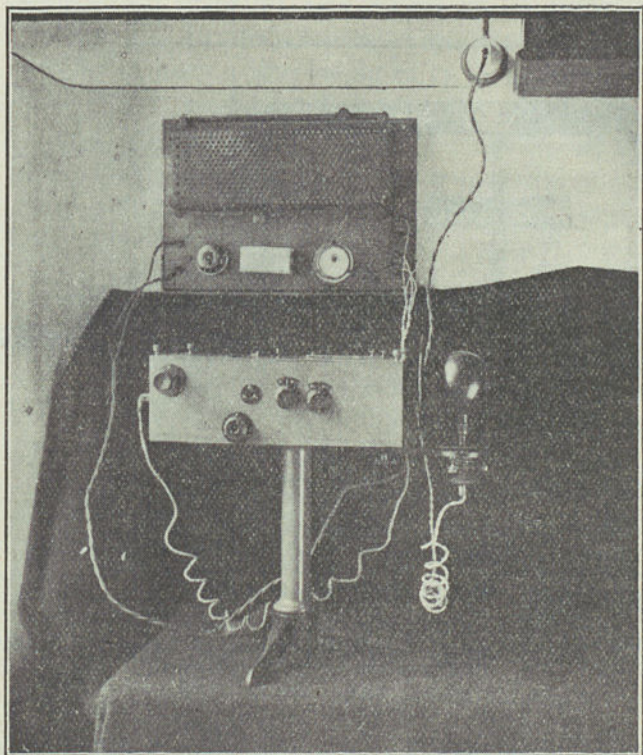
Técnica da reacção (2).—Com uma seringa bem sêca extraem-se ao doente, em jejum (pelo menos de 15 horas), 5 c. c. de sangue. O sôro resultante ou se aproveita no dia da extracção, ou se conserva sôbre o coágulo se o exame é feito no dia ime-

(1) Solutio alcoólica dum extracto sêco do coração de cavallo a 15 0/00.

(2) Ao sr. Prof. Herculano de Carvalho, chefe do Laboratório de Químico-Física, agradecemos a sua valiosa cooperação na execução dêste trabalho.

diato (nunca ultrapassar 24 horas). O doente deve estar há já alguns dias fora da acção de qualquer medicamento.

Num pequeno tubo de vidro de 13×60 milímetros introduzem-se 0,6 c. c. de sôro, não aquecido, bem claro, e depois de centrifugado para o separar das hematias que possa ainda conter. Junta-se-lhe 0,6 c. c. de um soluto recentemente preparado (4-5

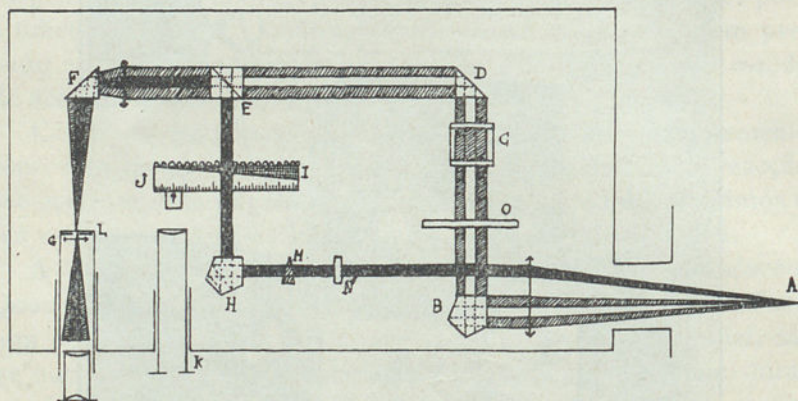


Fotómetro de Vernes, Bricq e Yvon

dias o máximo) de resorcina pura, em água bi-destilada, a 1,25 gr. ‰ . Agita-se então um pouco o tubo, evitando a formação de bôlhas, para auxiliar a mistura, e deita-se imediatamente na cova do fotómetro, fazendo a primeira leitura, isto é, determinando a sua densidade óptica o mais rapidamente possível para evitar

que a floculação se acentue, visto certos soros iniciarem este fenómeno muito rapidamente.

A mistura sôro-resorcina é então vasada novamente no tubo primitivo, que é rolhado com rôlha de cauchu, conservando-se durante 4 horas a uma temperatura de 18 a 20 graus, isto é, à temperatura habitual dos laboratórios. Ao fim d'êste tempo agita-se ligeiramente a mistura invertendo por três vezes o tubo que



- | | |
|---|---|
| A - foco luminoso | H - 2º prisma pentagonal |
| B - 1º prisma pentagonal | I - 1ª cunha móvel |
| C - cuva de vidro com a mistura a examinar | J - escala graduada em unidades e dezenas |
| D - 1º prisma triangular | K - lupa para ler os resultados |
| E - cuva constituída por dois prismas triangulares, e com um espelho interposto entre as suas faces diagonais | L - diafragma vermelho |
| F - 2º prisma triangular | M - 2ª cunha móvel de ângulo igual à 1ª mas disposta em sentido contrario |
| G - luneta de observação | NO. sobre cargas |

Esquema reproduzido do trabalho de Marcel Legen et Gustave Martin: *Methode syphilimetrique Vernes et photometrie.*

a contém, e volta para a cuva do fotómetro para se fazer a segunda leitura.

A diferença dos resultados das duas leituras dá-nos o índice ou grau fotométrico da floculação, que pode ir de 0 a 200.

As cuvas do fotómetro devem ser imediatamente limpas após a sua utilização passando-as por água corrente, depois por água destilada e finalmente secas em papel de filtro.

Os soros sanguíneos que não sejam suficientemente claros não devem ser aproveitados.

É de boa prática para cada doente fazer os ensaios sempre

com duas amostras de sôro, não devendo ser tomadas em conta as determinações cujos resultados difiram mais de 3 centésimos.

Um sôro é considerado como normal quando o índice fotométrico é de 15 ou inferior a este número, e como tuberculoso quando é de 30 ou superior. Entre 15 e 30 há no entanto soros de indivíduos sãos que floculam e soros de alguns tuberculosos pouco hiperfloculantes. Praticamente pode dizer-se que de 25 a 30 os soros são suspeitos e os exames devem repetir-se a-miúdo.

Fotómetro. — Um foco luminoso (uma lâmpada de 8 volts e 25 velas) projecta para o interior da caixa do aparelho um feixe de raios luminosos paralelos. Metade dêste feixe encontra no seu trajecto um prisma pentagonal e é reflectido em ângulo recto, indo ao encontro da cuva em vidro do aparelho onde está a mistura de sôro sanguíneo resorcina, atravessando-a e continuando o seu caminho até de novo chegar a outro prisma triangular que o torna a reflectir em ângulo recto.

Segue então em direcção a um cubo constituído por dois prismas triangulares aplicados um ao outro pela sua face diagonal, existindo entre elles e a meio destas faces um pequeno espelho cuja parte reflectora não está voltada para este lado, de tal modo que aquele feixe ficará, a partir dêsse ponto, reduzido a dois pequenos feixes luminosos laterais, que enquadram uma parte central opaca correspondente à porção do feixe primitivo que findou ao encontro daquela face não reflectora do referido espelho. Continuando o seu trajecto, estes dois feixes paralelos encontram outro prisma triangular, onde são ainda reflectidos, para finalmente chegarem a uma luneta de observação. São aqui recolhidos sob o aspecto de duas bandas semicirculares, separadas por uma placa rectangular obscura.

A restante porção do feixe principal que emana do foco luminoso primitivo, e que ao penetrar no aparelho não encontra o primeiro prisma pentagonal, segue o seu trajecto rectilíneo até chegar a um outro prisma também pentagonal que está colocado em direcção da parte reflectora daquele espelho atrás descrito. Sofre então a reflexão e dirige-se em ângulo recto ao encontro do espelho, sendo por este de novo reflectido para a parte que ficou opaca entre os dois pequenos feixes paralelos em que o primeiro feixe principal se tinha subdividido. Encaminha-se com estes até à luneta de observação.

Entre este último prisma pentagonal e os prismas onde está o espelho, existe uma cunha móvel em vidro fumado, cuja espessura aumenta da esquerda para a direita e que este segundo feixe principal atravessa no seu caminho. A diferente densidade óptica desta cunha conhece-se em toda a sua extensão, graças a uma pequena escala graduada em unidades e dezenas que se desloca paralelamente com ela, sendo com facilidade visível por meio de uma lupa que o aparelho possui.

A observação faz-se com a luneta acima referida, luneta que tem na sua extremidade um diafragma vermelho disposto de tal maneira que o campo luminoso se apresenta sob o aspecto de um disco vermelho arredondado, tendo a meio uma zona rectangular correspondente ao feixe que atravessa a cunha de vidro fumado, e lateralmente duas calotes semicirculares correspondentes aos dois feixes que passaram pela mistura sôro-resorcina.

Para uma determinada mistura, a cunha é deslocada para um ou outro lado, variando a sua espessura de modo que a intensidade do feixe luminoso que a atravessa se vá igualar à quantidade de luz que passa no feixe luminoso que atravessa a mistura de sôro-resorcina a examinar. Assim se conseguem igualar as duas colorações vermelhas. Feito isso, lê-se na escala o algarismo respectivo que nos indica a densidade óptica procurada.

No trajecto dos raios luminosos existem ainda mais três elementos a considerar: uma cunha em vidro fumado de ângulo igual à primeira referida, mas disposta em sentido contrário, para que o conjunto das duas forme uma placa paralela destinada a evitar o desvio dos raios luminosos; os outros dois elementos são constituídos por dois *écrans* de vidro fumado, chamados *sobrecargas*, ligados a dois parafusos manejáveis exteriormente, dispostos de tal maneira que, consoante a sua situação, possam deixar passar a luz, impedi-la na totalidade, ou interceptá-la com cargas de opacidade diferente. Para isso estão gravados nos parafusos móveis, respectivamente, os sinais $O \infty A B$. O valor das sobrecargas opacas A e B variam para cada fotómetro, e no aparelho com que trabalhamos — de Vernes, Bricq e Yvon — correspondem:

A.....	a esq.	148	à dir.	154
B.....	a esq.	244	à dir.	253

**“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

Metodo cytophytatico do Professor Pierre Delbet

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

DELBIASE

estimulante biologico geral

■ por hypermineralisação magnesia do organismo ■

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet

Principais indicações :

Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares

Perturbações neuro-musculares - Asthénia nervosa

Perturbações cardiacas por Hypervagotonia

Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precanceroso

Perturbações urinarias de origem prostatica

— Prophylaxio do Cancer —

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

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

Para os
estados de
insuficiência
ovariana

UNDEN

(HORMOVAR DO PROFESSOR BIEDL)

Hormona ovariana
exactamente graduada



Indicado como medicamento de substituição nas insuficiências funcionais do ovário, nos incômodos consecutivos à menopausa ou às afecções ginecológicas, nas amenorréas que se seguem aos partos e na oligomenorréia. Igualmente indicado nos estados de deficiência grave e depois da extirpação dos ovários.

Para a realização dum tratamento cíclico, recomenda-se o uso do Unden e do Prolan alternadamente e em conformidade com as variações das hormonas no sangue (Prolan na primeira metade do intermenstruo e Unden na outra metade).

Embalagem original: 15 drageas com 100 unidades.

«Bayer-Meister Lucius»



LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

Habitualmente, a leitura do sôro é dada com o O à esquerda e o A à direita, mas quando a floclação fôr muito acentuada colocam-se os dois parafusos em O, suprimindo a sobrecarga A.

A leitura é feita através da lupa que está colocada adiante da escala graduada onde estão inscritos algarismos de 1 a 32 décimas, e por baixo outras pequenas divisões correspondentes a centésimas. Quando a leitura se faz com o O à direita e o A à esquerda o número obtido é o aproveitável, quando se colocam os dois zeros, ao número registado adiciona-se o valor da carga A.

A sôro-floclação para o diagnóstico da tuberculose pulmonar que Vernes e os seus colaboradores iniciaram em 1922, no Instituto Profilático em Paris, foi demoradamente estudada, sendo os primeiros trabalhos com os resultados das pesquisas feitas publicados em Maio de 1926. Em seguida, para a sua confirmação apareceram numerosos investigadores que, tomando a técnica descrita pelo autor, nem sempre chegaram, porém, a conclusões iguais, havendo pois uma discordância entre os resultados obtidos, o que não era de prever em face da rigidez de princípios propostos pelos seus iniciadores.

No âmbito restrito em que ensaiámos essa técnica, isto é, em tuberculosos pulmonares nas suas diferentes formas, em indivíduos considerados sãos, e em outros estados de supuração pulmonar que acidentalmente passaram pela Clínica Propedêutica, as conclusões a que chegamos parecem-nos estar em harmonia com a grande maioria dos trabalhos já publicados.

Alguns dêstes que compulsámos, e cujos resultados se afastam daqueles a que chegámos, nem sempre podem servir para elucidação, visto o diagnóstico da doença não ser seguramente confirmado, e até alguns casos clínicos serem considerados como duvidosos pelos próprios autores. Nos nossos doentes em que procurámos a reacção, o diagnóstico de tuberculose pulmonar era absolutamente firmado pelo exame clínico e pela existência de bacilos de Koch.

Seguindo outra directriz, que começámos tomando e que constituirá um futuro trabalho, reconhecemos desde já que a reacção pela resorcina, em soros de indivíduos com outras doenças estranhas à tuberculose, vem confundir um pouco o fim para que ela foi primitivamente realizada. É o caso, por exemplo, do can-

cro sífilítico logo no seu início, que pode dar lugar a uma reacção positiva, facto de resto já confirmado pelo próprio Vernes.

Igualmente o índice de floculação pode aparecer elevado na grande maioria das infecções agudas, como a febre tifóide, difteria, escarlatina, reumatismo articular agudo, etc., nas neoplasias malignas, na asma, em certas doenças pulmonares como a gangrena, a sífilis, bronquiectasia, o enfisema, algumas portanto cujo diagnóstico diferencial com a tuberculose pulmonar se torna por vezes muito difícil.

Perante estas indicações e as conclusões a que chegámos, parece-nos que a reacção pela resorcina não tem bem o valor que seria para desejar, quanto ao diagnóstico da tuberculose.

É certo que a reacção é habitualmente positiva nos tuberculosos em franca evolução, em actividade, e que encontrámos sempre negativa em indivíduos considerados sãos. Mas praticamente que interesse poderá resultar de tal afirmação?

Tanto mais que é exactamente nas formas de tuberculose tórpidas, fibrosas, apiréticas, silenciosas, sem bacilos, de diagnóstico inseguro, em que precisamente o valor da reacção seria do mais alto significado, que vamos encontrar uma percentagem de reacções positivas relativamente diminuta.

No que se refere ao prognóstico da lesão tuberculosa, como adiante apontamos, pelo contrário já alguma utilidade poderá resultar da sua determinação, pois verificámos que o agravamento da infecção tuberculosa, ou a sua melhora, caminham a par e par com o aumento ou diminuição da intensidade da floculação; quer dizer, o índice óptico está geralmente em relação com a gravidade da doença em determinado momento, o que levou Tilman a afirmar: «A sêro-floculação é o verdadeiro termómetro da infecção tuberculosa».

DETERMINAÇÕES

I — Em indivíduos considerados sãos.....	25 reacções	
II — Em doentes tuberculosos :		
a) Com uma determinação.....	38	»
b) Com mais determinações—13 casos..	31	»
III — Em doentes com supurações pulmonares não tuberculosas.....	6	»
	<u>100</u>	»

RESULTADOS OBTIDOS — OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

I — Indivíduos considerados sãos :

Valores conseguidos : 6, 8, 9, 11, 11, 12, 13, 14, 16, 16, 17, 17, 18
18, 18, 18, 19, 19, 20, 21, 21, 21, 21, 22, 22.

II — Doentes tuberculosos :

a) Com uma determinação :

Observação I. — Maria R., 40 anos, cama 14.

Doente há 3 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, limitada. Lesões no lobo superior do pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva, escala Gaffky VII. Tratamento : pneumotórax.

Reacção de Vernes (28 de Janeiro de 1931) : 12.

Observação II. — Boaventura M., 27 anos, cama 7.

Doente há 3 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, limitada. Lesões pulmonares na região inter-cleido-esternal direita. Baciloscopia negativa. Tratamento : pneumotórax.

Reacção de Vernes (13 de Fevereiro de 1931) : 15.

Observação III. — Eugénia C., 18 anos, cama 8.

Doente há 4 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, extensa. Lesões em todo o pulmão direito. Baciloscopia positiva, escala Gaffky I e nalguns exames negativa. Tratamento : pneumotórax.

Reacção de Vernes (18 de Janeiro de 1931) : 16.

Observação IV. — Angelina F., 27 anos, cama 17.

Doente desde Março de 1931. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, limitada. Lesões na região juxta-hilare direita. Baciloscopia negativa. (já teve anteriormente bacilos de Koch na expectoração).

Tratamento : higieno-dietético.

Reacção de Vernes (5 de Junho de 1931) : 20.

Observação V. — Faustino R., 21 anos, cama 8.

Doente desde Janeiro de 1931. Tuberculose de forma abortiva de Bard. Lesões na 1/2 interna do lobo superior direito. Baciloscopia de início positiva, em seguida negativa. Tratamento : higieno-dietético.

Reacção de Vernes (8 de Maio de 1931) : 20.

Nesta data as lesões estavam clinicamente cicatrizadas, e não havia bacilos de Koch na expectoração.

Observação VI. — Aníbal P., 22 anos, cama 8.

Doente há 3 1/2 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, limitada. Lesões invadindo os 2/3 superiores do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.ºs I, II da escala Gaffky. Tratamento : sanocrisina (pneumotórax irrealizável).

Reacção de Vernes (4 de Abril de 1931) : 21.

Observação VII. — Mariana R., 26 anos, cama 6.

Doente há alguns anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo os 2/3 superiores do pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º II da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax, operação de Jacobaeus (corte de aderências pleurais).

Reacção de Vernes (4 de Fevereiro de 1931): **23**.

Quando foi feita esta determinação, a doente que seguia o tratamento pelo pneumotórax, tendo já realizadas 28 insuflações, e tendo sido sujeita à operação de Jacobaeus, encontrava-se em estado de cura clínica, com lesões aparentemente cicatrizadas, sem bacilos na expectoração e quasi apirética.

Observação VIII. — Manuel A., 27 anos, cama 12.

Doente há 3 1/2 anos. Tuberculose de forma *tórpida*, úlcero-fibrosa crónica. Lesões extensas nos 2/3 superiores de ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.º II da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina.

Reacção de Vernes (10 de Abril de 1931): **26**.

Observação IX. — Irene B., 19 anos, cama 15.

Doente há 3 anos. Tuberculose de forma *tórpida*, úlcero-fibrosa, crónica. Lesões invadindo todo o pulmão direito e 1/3 médio à esquerda. Baciloscopia positiva, n.ºs V, VI da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax, alocrisina.

Reacção de Vernes (30 de Junho de 1931): **30**.

Observação X. — Alfredo G., 36 anos, cama 4.

Doente há 9 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, limitada. Lesões invadindo a 1/2 superior do pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º IV da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax, sanocrisina.

Reacção de Vernes (4 de Abril de 1931): **37**.

No momento desta determinação, a análise da expectoração, mesmo com homogenização, não acusava bacilos de Koch.

Observação XI. — Francisco A., 17 anos, cama 1.

Doente há 1 1/2 ano. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões pulmonares estendendo-se a todo o campo à esquerda. Baciloscopia positiva, n.ºs II, III da escala Gaffky. Tratamento pneumotórax.

Reacção de Vernes (12 de Junho de 1931): **42**.

Observação XII. — Júlia J., 23 anos, cama 3.

Doente há 9 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões estendendo-se a todo o pulmão esquerdo e 2/3 superiores do direito. Baciloscopia positiva, n.º VII da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina.

Reacção de Vernes (11 de Março de 1931): **43**.

Observação XIII. — Ana R., 29 anos, cama 3.

Doente há 9 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril,

cavitária. Lesões em todo o pulmão esquerdo e 2/3 superiores direitos. Baciloscopia positiva, n.º VII da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina.

Reacção de Vernes (11 de Março de 1931): 43.

Observação XIV. — Julieta F., 23 anos, cama 12.

Doente há 1 1/2 ano. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo os 2/3 superiores do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.º II, III da escala Gaffky. Tratamento: frenicectomia (pneumotórax irrealizável por aderências), sanocrisina.

Reacção de Vernes (15 de Janeiro de 1931): 45.

Observação XV. — José F., 23 anos, cama 10.

Doente desde Novembro de 1928. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões limitando-se ao lobo superior do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.º IV da escala Gaffky. Tratamento: frenicectomia.

Reacção de Vernes (8 de Abril de 1931): 47.

Observação XVI. — Fernanda S., 27 anos, cama 4.

Doente há 1 ano. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em todo o pulmão esquerdo e 1/3 médio direito. Baciloscopia positiva, n.º II da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax, sanocrisina.

Reacção de Vernes (8 de Fevereiro de 1931): 55.

Observação XVII. — Ester G., 34 anos, cama 3.

Doente há 1 ano. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.º III, IV da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina.

Reacção de Vernes (20 de Maio de 1931): 55.

Observação XVIII. — Rosa M., 19 anos, cama 5.

Doente há 5 anos. Tuberculose de forma úlcero-fibrosa, crónica, *tórpida*. Lesões nos 2/3 superiores do pulmão esquerdo e região juxta-hilare direita. Baciloscopia positiva, n.º I da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (21 de Janeiro de 1931): 57.

Em 11 de Janeiro de 1931, quando o estado da doente tinha melhorado, o pulmão estava em bom colapso, a temperatura não passava de 37º,3, os bacilos tinham desaparecido dos escarros, fez um derrame pleural complicando o pneumotórax, que se mantinha em grande actividade com temperaturas a 39º,8 quando se determinou esta reacção.

Observação XIX. — Natália S., 10 anos, cama 2.

Doente há alguns meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em todo o pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º V da escala Gaffky. Tratamento: frenicectomia.

Reacção de Vernes (12 de Abril de 1931): 60.

Observação XX. — Raúl F., 28 anos, cama 10.

Doente há 8 $\frac{1}{2}$ anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões pulmonares em todo o pulmão direito e $\frac{1}{2}$ superior do esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º VII da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina, alocrisina.

Reacção de Vernes (15 de Março de 1931): **62.**

Observação XXI. — Álvaro L., 20 anos, cama 13.

Doente há 2 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, extensa. Lesões pulmonares estendendo-se aos $\frac{2}{3}$ superiores à direita e região hílare à esquerda. Baciloscopia positiva, n.º II da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (11 de Fevereiro de 1931): **63.**

Observação XXII. — Maria P., 33 anos, cama 11.

Doente desde Janeiro de 1929. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões em todo o pulmão esquerdo e região hílare direita. Baciloscopia positiva, n.º VII da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax à esquerda.

Reacção de Vernes (25 de Janeiro de 1931): **66.**

Observação XXIII. — Irene A., 22 anos, cama 10.

Doente há 10 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões estendendo-se a ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.º V, VI da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina, insulina, injeções de baço de porco.

Reacção de Vernes (4 de Fevereiro de 1931): **67.**

Observação XXIV. — Fátima C., 13 anos, cama 4.

Doente há 4 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em todo o pulmão direito e $\frac{1}{2}$ superior do esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º VII da escala Gaffky. Tratamento: alocrisina.

Reacção de Vernes (10 de Janeiro de 1931): **70.**

Observação XXV. — José B., 29 anos, cama 2.

Doente desde Outubro de 1927. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões estendendo-se a ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.º V da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina.

Reacção de Vernes (25 de Março de 1931): **70.**

Observação XXVI. — José A., 32 anos, cama 5.

Doente há 7 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões ocupando os $\frac{2}{3}$ superiores do campo pulmonar direito. Baciloscopia positiva, n.º VI da escala de Gaffky. Tratamento: frenicectomia.

Reacção de Vernes (15 de Março de 1931): **70.**

Observação XXVII. — Vítor M., 23 anos, cama 7.

Doente desde Dezembro de 1927. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões nos 2/3 superiores do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.º III, IV da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax, sanocrisina, operação de Jacobaeus (corte de aderências pleurais).

Reacção de Vernes (6 de Fevereiro de 1931): 70.

Observação XXVIII. — José T., 17 anos, cama 3.

Doente há 5 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões em toda a extensão do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.º I da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax, frenicectomia.

Reacção de Vernes (23 de Março de 1931): 80.

Observação XXIX. — Irene P., 28 anos, cama 7.

Doente há 1 ano. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões no lobo superior do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.º III, IV da escala Gaffky. Tratamento: frenicectomia, sanocrisina.

Reacção de Vernes (18 de Janeiro de 1931): 84.

Observação XXX. — Manuel M., 39 anos, cama 19.

Doente há 2 1/2 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em todo o pulmão direito e vértice pulmonar esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º IV da escala de Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (2 de Abril de 1931): 90.

Observação XXXI. — Albérico D., 27 anos, cama 1.

Doente há 5 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, extensa. Lesões que invadem todo o campo pulmonar esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º III, IV da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (23 de Março de 1931): 94.

No momento desta determinação, o pneumotórax tinha-se complicado dum derrame pleural que ainda estava em grande actividade.

Observação XXXII. — António B., 26 anos, cama 11.

Doente há 5 1/2 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões pulmonares invadindo todo o campo esquerdo e 1/2 superior do direito. Baciloscopia positiva, n.º V, VI da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina, alocrisina.

Reacção de Vernes (10 de Abril de 1931): 98.

Observação XXXIII. — José P., 19 anos, cama 13.

Doente desde Outubro de 1930. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo ambos os campos pulmonares, particularmente o lobo inferior direito. Baciloscopia positiva, n.º III, IV da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (8 de Abril de 1931): 103.

Observação XXXIV. — Helena R., 16 anos, cama 12.

Doente desde Janeiro de 1930. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões pulmonares bilaterais mais extensas à direita. Baciloscopia positiva, n.º III da escala Gaffky. Tratamento: higieno-dietético e extracto de baço de porco.

Reacção de Vernes (23 de Abril de 1931): **105.**

Observação XXXV. — José E., 13 anos, cama 14.

Doente desde Agosto de 1930. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.º V da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (18 de Fevereiro de 1931): **105.**

Observação XXXVI. — Maria S., 21 anos, cama 2.

Doente desde Outubro de 1928. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo ambos os campos pulmonares em toda a sua extensão. Baciloscopia positiva, n.º IV, V da escala Gaffky. Tratamento: higieno-dietético.

Reacção de Vernes (15 de Janeiro de 1931): **107.**

Observação XXXVII. — José F., 22 anos, cama 15.

Doente há 6 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em todo o campo pulmonar direito. Baciloscopia positiva, n.º IV da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (21 de Março de 1931): **116.**

Observação XXXVIII. — Júlio M., 18 anos, cama 16.

Doente há bastantes meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões pulmonares bilaterais mais acentuadamente à esquerda. Baciloscopia positiva, n.º VI da escala Gaffky. Tratamento: higieno-dietético.

Reacção de Vernes (14 de Junho de 1931): **125.**

b) Com mais determinações:

Observação XXXIX. — Maria D., 23 anos, cama 1.

Doente há 13 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, extensa. Lesões invadindo todo o pulmão direito. Baciloscopia negativa (só raramente positiva, n.º I da escala Gaffky). Tratamento: pneumotórax, sanocrisina, antígeno.

1.^a *reacção de Vernes* (10 de Janeiro de 1931): **10.**

2.^a » » » (22 de Junho de 1931): **16.**

O estado da doente manteve-se igual, o pulmão sempre em bom colapso.

Observação XL. — Adelino G., 29 anos, cama 18.

Doente há 6 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *tórpida*, limi-

LISBOA MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

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

Tratamento especifico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

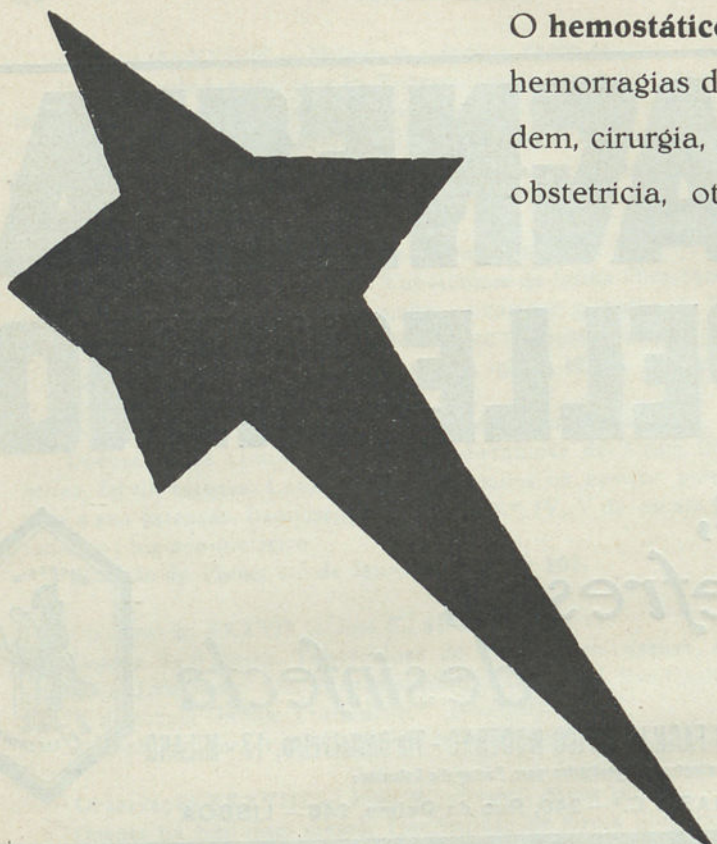
Drageas com base de *Hypophyse* e de *Thyroide* em proporções judiciosas,
de *Hamamelis*, de *Castanha da India* et de *Citrato de Soda*.

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

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

LISBOA MÉDICA

O hemostático ideal para
hemorragias de tôda a or-
dem, cirurgia, ginecologia,
obstetricia, otologia, etc.



STYPTICINA (Cloridrato de cotarnina) MERCK

Principalmente as hemorragias uterinas são sustadas pela

STYPTICINA
com extrema rapidez.

Embalagens: Stypticina em grageias de 0,05 gr. Tubos de 20 grageias.
Stypticina em ampôlas de 1 c.c. : 10%. Caixas com 5 ampôlas.
Stypticina em substância para receitas.

Peçam amostras e literatura a:

E. Merck-Darmstadt
Secção Scientifica Lisboa
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

Representantes:
Estabelecimentos Herold Lda.,
Rua dos Douradores, 7
LISBOA

tada. Lesões pulmonares no lobo superior direito. Baciloscopia positiva, n.º II da escala Gaffky. Tratamento: frenicectomia.

1.^a reacção de Vernes (28 de Março de 1931): 22.

2.^a " " " (1 de Abril de 1931): 20.

A segunda determinação 4 dias depois confirmou a exactidão da primeira.

Observação XLI. — Mário S., 24 anos, cama 17.

Doente há 14 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, limitada. Lesões no lobo superior do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.ºs III, IV da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

1.^a reacção de Vernes (28 de Março de 1931): 24.

2.^a " " " (3 de Maio de 1931): 152.

3.^a " " " (21 de Junho de 1931): 101.

Quando da primeira determinação (24), o doente tinha o pulmão lesado em colapso total, temperatura máx. 37º,1, os bacilos de Koch em breve desapareceram da expectoração, por consequência lesões não em actividade e bom estado geral; já tinha 16 insuflações.

Na segunda determinação (152) o pneumotórax complicara-se dum derrame pleural, que era quasi total e que estava em grande actividade. Estado geral tinha piorado; temperatura oscilava entre 37º,3 e 38º,7; pulso a 146; sem apetite; e com emagrecimento. Continuava sem bacilos de Koch na expectoração.

Na terceira determinação (101), o doente tinha melhorado sensivelmente. A temperatura não ia além de 37º,6, o pulso descera a 114, o apetite tinha melhorado, o pêsso mantinha-se. A expectoração continuava sem bacilos.

Observação XLII. — Maria S., 38 anos, cama 16.

Doente há 8 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões invadindo os 2/3 superiores de ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.ºs II, III da escala Gaffky. Tratamento: sanocrisina.

1.^a reacção de Vernes (30 de Janeiro de 1931): 49.

2.^a " " " (22 de Julho de 1931): 24.

Da primeira para a segunda determinação o estado da doente tem-se mantido com alternativas, de quando em quando surgindo uma *poussée*. No momento em que foi feita a segunda reacção as lesões estavam num período de grande acalmia: temperatura abaixo de 37º, sem expectoração, aumento de pêsso, pulso a 80, apetite, e ralas muito menos numerosas.

Observação XLIII. — Maria C., 37 anos, cama 9.

Doente há 28 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões em todo o campo pulmonar esquerdo. Baciloscopia positiva, n.ºs VI, VII da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

1.^a reacção de Vernes (23 de Janeiro de 1931): 57.

2.^a " " " (7 de Julho de 1931): 96.

Da primeira para a segunda determinação a doente tinha piorado bastante, bilateralizando as lesões.

Observação XLIV. — Rosa J., 21 anos, cama 14.

Doente desde Dezembro de 1930. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões em todo o pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º II da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

1.^a reacção de Vernes (5 de Junho de 1931): 70.

2.^a » » » (22 de Julho de 1931): 110.

Quando da primeira determinação (70) o colapso ainda era insuficiente, as lesões mantinham-se em actividade. O pneumotórax complicou-se depois dum derrame pleural (110), o estado da doente agravou-se bastante, a temperatura que oscilava entre 37º e 37º,6 atingia então 38º e 39º.

Observação XLV. — Ernesto A., 22 anos, cama 2.

Doente há 56 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões invadindo os 2/3 superiores do campo pulmonar direito. Baciloscopia positiva, n.º III da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

1.^a reacção de Vernes (31 de Março de 1931): 89.

2.^a » » » (8 de Maio de 1931): 76.

3.^a » » » (28 de Junho de 1931): 78.

A primeira determinação (89) foi feita antes de iniciar qualquer tratamento. Quando da segunda determinação (76) já tinha cinco insuflações, realizando-se um colapso apreciável, tendo o doente sensivelmente melhorado: as temperaturas decaíram de 38º a 37º,4 (máxima), o peso aumentou 3 quilos, o pulmão estava abafado, com ralas muito menos numerosas. Da segunda para a terceira determinação (78) o estado do doente mantinha-se sem grande alteração, conservando-se a compressão pulmonar sem que existissem ade-
rências.

Observação XLVI. — Luís V., 26 anos, cama 12.

Doente há 4 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em toda a extensão de ambos os campos pulmonares. Baciloscopia positiva, n.º V, VI da escala Gaffky. Tratamento: alocrisina

1.^a reacção de Vernes (27 de Maio de 1931): 91.

2.^a » » » (1 de Julho de 1931): 78.

Entre estas duas determinações o estado do doente não sofreu alteração sensível.

Observação XLVII. — Guiomar S., 33 anos, cama 8.

Doente há alguns meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, extensa. Lesões em todo o pulmão esquerdo (quando da hospitalização), que se estenderam depois ao outro pulmão. Baciloscopia positiva, n.º IV da escala Gaffky.

1.^a reacção de Vernes (13 de Fevereiro de 1931): 111.

2.^a » » » (11 de Março de 1931): 126.

3.^a » » » (15 de Abril de 1931): 119.

Da primeira para a segunda determinação, o estado da doente piorou, as lesões pulmonares, que já existiam à esquerda, invadiram também o campo

pulmonar direito. Quando fizemos a terceira determinação não havia aparentemente modificação apreciável.

Observação XLVIII. — Júlio E., 19 anos, cama 15.

Doente desde Setembro de 1930. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões invadindo os 2/3 superiores do campo pulmonar direito e lobo superior esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º V, VI da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax à direita.

1.ª reacção de Vernes (25 de Abril de 1931): 115.

2.ª " " " (27 de Maio de 1931): 120.

A-pesar-do tratamento pelo pneumotórax não havia alteração sensível no estado do doente.

Observação XLIX. — Maria S., 23 anos, cama 5.

Doente há 2 1/2 anos. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões em todo o campo pulmonar esquerdo e 1/3 médio direito. Baciloscopia positiva, n.º IV, V da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax à esquerda.

1.ª reacção de Vernes (18 de Fevereiro de 1931): 125.

2.ª " " " (12 de Março de 1931): 140.

3.ª " " " (15 de Abril de 1931): 122.

Quando da segunda determinação houve uma *poussée* tuberculosa, agravando o estado da doente: o pêso do corpo diminuiu, a temperatura elevou-se, os bacilos apareceram em maior quantidade na expectoração e as ralas tornaram-se muito mais numerosas, em maior extensão, e mais húmidas.

Em Abril a doente tinha melhorado, mas passado um mês veio a falecer com hemoptises.

Observação L. — Mariana L., 35 anos, cama 13.

Doente desde Abril de 1930. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões estendendo-se a todo o pulmão esquerdo. Baciloscopia positiva, n.º IV, V da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

1.ª reacção de Vernes (17 de Março de 1931): 144.

2.ª " " " (1 de Julho de 1931): 126.

Na segunda determinação não há melhoras a registar no estado da doente.

Observação LI. — António S., 31 anos, cama 9.

Doente há 5 meses. Tuberculose de forma fibro-caseosa, *activa*, febril, cavitária. Lesões no lobo superior do pulmão direito. Baciloscopia positiva, n.º VII da escala Gaffky. Tratamento: pneumotórax.

1.ª reacção de Vernes (11 de Fevereiro de 1931): 162.

2.ª " " " (15 de Março de 1931): 138.

3.ª " " " (1 de Julho de 1931): 131.

Quando da primeira determinação (162) o tratamento pelo pneumotórax reduzia-se ainda a duas insuflações, a compressão era mínima. Na segunda determinação (138) o colapso pulmonar era já bastante acentuado (seis in-

suflações) e o estado do doente tinha por êsse facto melhorado, as temperaturas, que iam de 37° a 38°, passaram a oscilar entre 36°,5 e 37°,5, o doente engordou, os bacilos que se encontravam em escala VII passaram a escala III, e pelo exame físico as lesões tornaram-se menos aparentes. Da segunda para a terceira determinação (131) o doente mantém-se regularmente, mas o colapso não é suficiente, a cavidade pulmonar mantém-se aberta, continua a expectoração bacilífera, a temperatura tornou a elevar-se um pouco e apareceram algumas ralas no vértice do pulmão comprimido.

III — Doentes com supurações pulmonares não tuberculosas. — Abscessos e quistos hidáticos supurados:

Observação LII. — António I, 36 anos, cama 4.

Diagnóstico: abscesso pulmonar do lobo direito, aberto por vômica para um brônquio. Tratamento: pneumotórax.

Reacção de Vernes (7 de Junho de 1931): 48.

Observação LIII. — Beatriz S., 40 anos, cama 5.

Diagnóstico: quisto hidático supurado do lobo inferior direito, aberto para um brônquio com vômica da membrana hidática. Curada espontaneamente.

Reacção de Vernes (22 de Maio de 1931): 56.

Observação LIV. — Ilda M., 22 anos, consulta externa.

Diagnóstico: abscesso pulmonar do lobo médio direito, aberto para um brônquio. Tratado pelo pneumotórax.

Reacção de Vernes (24 de Maio de 1931): 66.

Observação LV. — António P., 55 anos, consulta externa.

Diagnóstico: abscesso pulmonar do lobo superior esquerdo, aberto para um brônquio. Tratado pelo pneumotórax.

Reacção de Vernes (22 de Abril de 1931): 90.

Observação LVI. — Júlia R., 27 anos, consulta externa.

Diagnóstico: abscesso pulmonar do lobo inferior do pulmão direito.

Reacção de Vernes (22 de Julho de 1931): 101.

Observação LVII. — Maurício F., 24 anos, cama 16.

Diagnóstico: quisto hidático supurado do lobo inferior do pulmão esquerdo aberto para um brônquio. Tratado pelo pneumotórax.

Reacção de Vernes (31 de Março de 1931): 103.

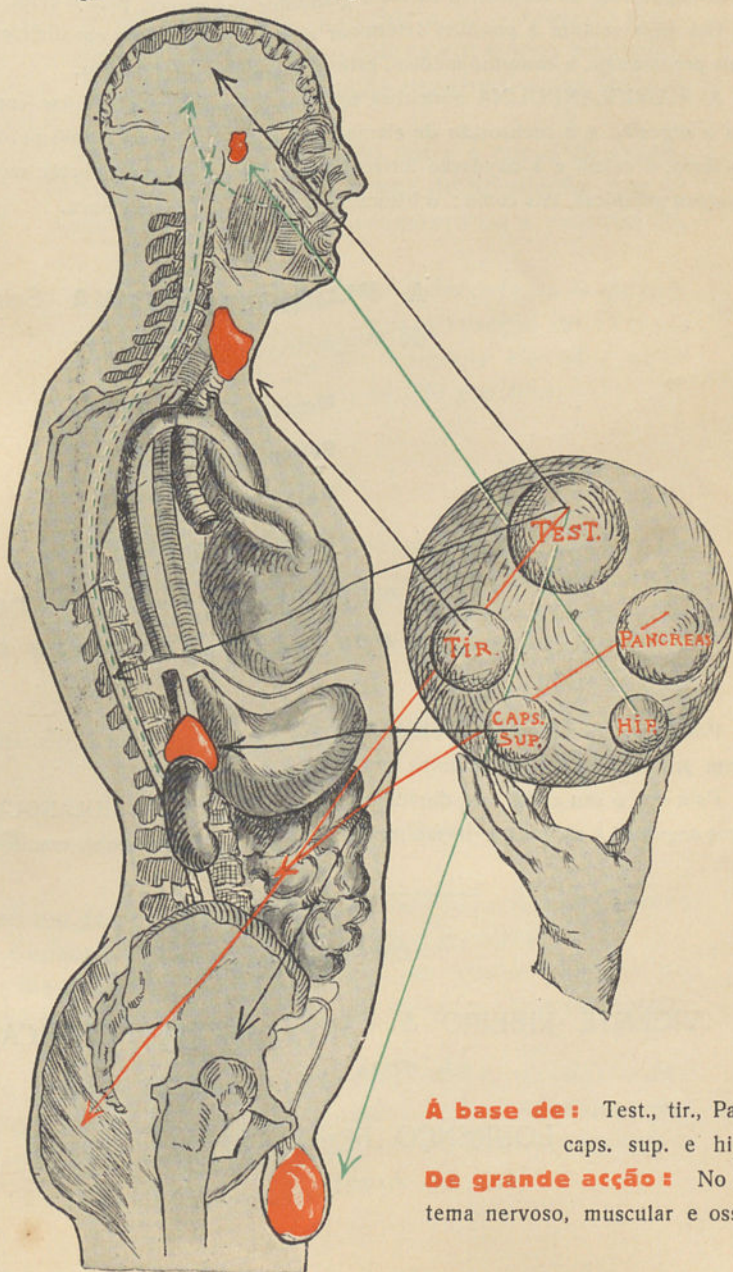
CONCLUSÕES

1.^a — A soro-floculação pela resorcina (reacção de Vernes aplicada à infecção tuberculosa) não é específica.

PLURIGLANDULÍNA

SEIXAS-PALMA

Para ambos os sexos
em todas as idades



À base de: Test., tir., Panc.,
caps. sup. e hipof.

De grande acção: No sis-
tema nervoso, muscular e osseo.

Tónico baseado no princi-

pio da vida de relação entre as glandulas. Do desequilíbrio funcional destas, é conduzido o organismo a um mal estar geral que se manifesta psiquica e fisiologicamente, causando neurastenia, cansaço, transtornos digestivos e auto-intoxicações.

Muitas vezes a simples deficiência duma só glandula de secreção interna, traz alterações tão fundas na vida de correlação entre as demais e resultando d'ahi transtornos tão complexos que o doente chega á persuasão de estar afectado de varios males, quando afinal basta a introdução no organismo do respectivo extracto glandular que carece, para o curar.

Ora nem sempre é possível deterninar qual seja a glandula em deficiência e é por isso que nós preparamos, a conselho médico, este preparado pluriglandular.

A PLURIGLANDULINA normalisa o funcionamento das glandulas em geral e por isso facilita a digestão e a reabsorção de elementos necessarios ao metabolismo, tais como o arsenio, o ferro, o calcio e a oxydção intracelular, alem de reforçar a acção medicamentosa das preparações galenicis, tais como : o bismutho, o mercurio e o salvarsan.

A **PLURIGLANDULINA** Seixas-Palma é
de magnificos resultados na :

Neurastenia geral

Fraqueza geral

Falta de appetite

Prisão de ventre

*e muito recomendada para o **crescimento**
e **desenvolvimento das creanças.***

Posologia : 3 comprimidos antes de cada uma das duas principais refeições, engolidos com um pouco de agua, 10 minutos antes das mesmas.

Para que o seu efeito seja duradouro, convem tomar a PLURIGLANDULINA durante 3 a 4 mezes seguidos e recommear o tratamento logo que novo ameaço se manifeste.

DEPOSITOS :

VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.^{DA}

RUA PRATA, 237 1.^o — LISBOA

LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.^{DA}

RUA DAS FLORES, 153 — PORTO

2.^a — *Nos indivíduos considerados sãos* encontrámos sempre o índice fotométrico inferior a 30 (25 ensaios) — *reacção negativa*.

3.^a — *Nos indivíduos com tuberculose pulmonar averiguada*, o índice fotométrico foi, em regra, superior a 30 — *reacção positiva* — quando o processo tuberculoso estava em franca evolução, em actividade; e inferior a 30 — *reacção negativa* — nas formas tórpidas, latentes, pouco evolutivas.

4.^a — Parece haver uma certa relação entre a curva de evolução da lesão tuberculosa e o grau do índice de floculação, que se eleva ou que diminue consoante o agravamento ou a redução da actividade do processo.

5.^a — *Nas supurações pulmonares não tuberculosas* — quistos hidáticos e abscessos — em que procurámos a reacção de Vernes, esta traduziu-se sempre por um número bastante elevado, superior a 30 (48, 56, 66, 90, 101, 103) — *reacção positiva*.

DEDUÇÕES

A reacção de Vernes isoladamente não serve para afirmar ou infirmar um *diagnóstico* de tuberculose pulmonar; pode constituir um elemento a juntar, mas em regra já quando os sinais clínicos, bacteriológicos ou radiológicos, asseguram esse diagnóstico.

Parece nos, no entanto, ser de algum valor na determinação do *prognóstico*, visto haver um certo paralelismo entre o grau da reacção e a curva da actividade lesional.

CONCLUSIONS ET DEDUCTIONS

1) *La sérum floculation par la résorcine* (réaction de Vernes appliquée à l'infection tuberculeuse) *n'est pas spécifique*.

2) *Chez les individus présumés sains* on trouve toujours un index photométrique inférieur à 30 (25 essais) — *réaction négative*.

3) Dans les cas de tuberculose pulmonaire avérée l'index photométrique a été, en général, supérieur à 30 — *réaction positive*. Il s'agit alors d'une tuberculose active. Dans les formes à évolution lente la réaction est négative.

4) Quelques essais font croire à l'existence d'une relation entre l'évolution de la lésion tuberculeuse et l'index de floculation.

Celui-ci semble augmenter ou diminuer suivant l'activité du processus pathologique devient plus intense ou plus faible.

5) *Dans les supurations pulmonaires non tuberculeuses* (kystes hydatiques, abcès), la réaction de Vernes s'est traduite dans tous les essais par un index fort élevé, supérieur à 30 (48, 56, 66, 90, 101, 103) — *réaction positive*.

La réaction de Vernes considérée isolément ne suffit pas à l'établissement ou à la négation d'un *diagnostic* de tuberculose pulmonaire. Elle ne représente qu'un élément pour ce diagnostic. Il faut encore remarquer que cet élément ne se présente généralement qu'après des signes cliniques, bactériologiques ou radiologiques, suffisants pour déceler la maladie.

Cependant nous croyons qu'on doit reconnaître une certaine valeur à la réaction de Vernes pour l'établissement du *prognostic*, puis qu'on trouve un parallélisme, jusqu'à un certain degré, entre l'intensité de la réaction et l'état d'activité des lésions.

NOTAS CLÍNICAS

O TRATAMENTO CONSERVADOR DA ESPONDILITE TUBERCULOSA (MAL DE POTT) INFANTIL

POR

ANTÓNIO DE MENESES

Interno dos Hospitais Cíveis, voluntário no serviço n.º 3
(S. Francisco) do Hospital de S. José

Decorridos cinco anos sobre o início do tratamento duma série de casos de espondilite pótica, à luz dos métodos modernos, é chegado o tempo de publicarmos as nossas impressões sobre êsses mesmos métodos, tanto mais que se nos afigura serem êles, no seu todo, ou em grande parte, mal conhecidos ou imperfeitamente praticados.

Como a sua simplicidade é evidente e como foram excelentes as provas que êles nos deram, é útil tornar tão extensiva e tão prática esta exposição que permita difundir ideias que se nos mostram hoje capitais no tratamento da tuberculose ósseo-articular em geral e da espondilite em particular.

Entre estes princípios gerais, a que no decorrer de outros trabalhos publicados e em muitas referências da *Lisboa Médica* temos por várias vezes dado especial realce, e para os quais temos chamado a atenção, dois devemos já enunciar: o primeiro é o de que toda a lesão tuberculosa óssea ou articular, por mais localizado que seja o seu aspecto, é sempre manifestação duma infecção geral do organismo, e tão tuberculoso é um pótico como um doente de tuberculose pulmonar. É preciso, por isso, considerar sempre *não apenas a lesão tuberculosa, mas o individuo tuberculoso*.

O segundo princípio geral tem em vista não admitir, em matéria de terapêutica da tuberculose ósseo-articular, o chamado *tratamento ambulatório*. Não é só na tuberculose vertebral, mas na de todas as articulações, que é vantajosíssima a imobilização, não apenas da parte atingida, mas de todo o corpo, pelo espaço de um ano ou mais. Têmo-la sempre imposto em todos os planos de tratamento dos casos que temos sido chamados a tratar de há cinco anos para cá.

Da admissão do primeiro dêstes princípios conclue-se que o *tratamento geral* das tuberculosas ósseo-articulares, e portanto do mal de Pott, ocupa um lugar de primeira linha, e que só depois dêle correctamente instituído se deve pensar no *tratamento cirúrgico ortopédico*.

Devemos declarar desde já que não temos experiência que permita tirar conclusões da longa lista de tratamentos aparecidos nos últimos tempos e que abrangem toda uma escala de métodos bacterioterápicos, toxioterápicos, opoterápicos e quimioterápicos que Aimes reuniu, documentou e criticou num livro aparecido há dois anos, os quais nada de concreto e de definitivo, infelizmente, puderam trazer (1).

Mantemo-nos fiéis à velha tradição do óleo de fígado de bacalhau — no qual, hoje, alguns autores querem ver uma acção tóxica e descalcificante (2) — e do xarope iodotânico, tendo abandonado o iodeto de potássio aliado à hiperemia passiva, prescrito na técnica de Bier (3). Os fosfatos e os sais de cálcio nunca entraram na nossa terapêutica da tuberculose cirúrgica por razões que temos exposto (4), e no mal de Pott especialmente pela frequência de perturbações renais que êles provocam em indivíduos por longo espaço de tempo deitados e quasi completamente imobilizados (5). Desde que nós posamos pôr o doente em boas condições higiénicas, de ar livre e de sol, entendemos poder suprimir quasi em absoluto todos os medicamentos.

Ao falarmos agora dêsses dois restantes meios — os mais importantes — que nos restam para tratar o estado geral dos tuberculosos ósseo-articulares, o ar e o sol, necessitamos de nos deter, para formularmos alguns considerandos sobre velhos preconceitos e sobre certas pechas que não fazem senão criar dificuldades aos que têm de procurar o ar e o sol «apropriados» à cura das suas lesões ou das de parentes a seu cargo.

A escola francesa, com raras excepções, insiste em afirmar a superioridade da cura heliomarítima sobre todas as outras curas helioclimáticas, e tem a tendência talvez um tanto bizarra de querer transformar o problema do tratamento das tuberculoses ósseo-articulares num problema de clima. O que torna eficazes os raios solares, diz-se, o que dá valor à helioterapia é a pureza do ar, porque as poeiras formam *écran* e impedem que os raios solares cheguem até nós. Como é bem evidente — continua a dizer-se — que em parte alguma o ar pode ser mais puro e menos carregado de poeiras do que na beira-mar, onde o vento que sopra do largo acaba de atravessar tão vastos espaços deshabitados, conclue-se que a helioterapia será feita ali nas melhores condições possíveis e o clima marítimo, combinado com o sol, o tratamento de eleição das tuberculoses ósseo-articulares (6).

Já aqui, a tradução à letra destas ideias não faria sentido em Portugal,

(1) Aimes (Dr. A.) — Les nouveaux traitements des tuberculoses chirurgicales. Maloine, édit. Paris, 1929.

(2) Agduhr (Erik) — Monatschrift f. Kinderheilkunde. Bd. XLVII. H. 2/3. Junho de 1930.

(3) Meneses (António de) — O método conservador puro no tratamento das tuberculoses cirúrgicas (O hospital de crianças em Buch e o sanatório de Hohenlychen). *A Medicina Contemporânea*, 31 de Maio de 1924.

(4) Meneses (António de) — A reabertura do Sanatório Dr. José de Almeida (em Carcavelos). *Boletim da Assistência Nacional aos Tuberculosos*, 7.º ano (3.ª série), N.º 1. Lisboa, 1926.

(5) Tschudnowsky (R.) (Buck) — Des accidents et complications rénales chez les tuberculeux osseux allongés. *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil Moteur*, T. XVIII, N.º 3. Maio de 1927. Págs. 254-260.

(6) Sorrel. — Traitement des tuberculoses chirurgicales à la mer. *Journal Médical Français*, N.º 3, Mars 1927.

NOVO PREPARADO DE TIROIDE ELITYRAN

**mesma actividade que a
glândula total.**

Medicamento isento de efeitos secundários
e bem tolerado, mesmo em altas doses,
aumenta em muito o metabolismo de base,
determina efeitos rápidos; indicado nas
deficiências da tiróide e na obesidade,
bem como nas úlceras trópicas (mixoedema
local) e na profilaxia das trombozes



EMBALAGEM ORIGINAL:
Tubo de 30 comprimidos de 25 mg

«Bayer-Meister Lucius»



M. R. LEVERKUSEN (Alemanha)

Representante:

«LUSOPHARMA»

Augusto S. Natividade

Rua dos Douradores, 150. 3.º LISBOA

AUROTERAPIA DA TUBERCULOSE

CRISALBINE

EM INJEÇÕES INTRA-VENOSAS

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO
AMPOLAS DOSEADAS A 0,05, 0,10, 0,15 0,20
0,25, 0,50 DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

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

SANÉDRINE

Efedrina Lévogira

**ACTUA POR VIA
BUCAL**

**EFEITOS
PERSISTENTES**

**TODAS AS INDICAÇÕES
DA
ADRENALINA**

**TUBOS DE 20
COMPRIMIDOS**
0,025

**ADULTOS
2 a 6
COMPRIMIDOS
POR DIA**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— Specia —

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

BRÉVILÉ

em cujas praias os ventos dominantes são quasi sempre de terra (7) e onde, portanto, o ar da beira-mar está impregnado das poeiras e das impurezas das estradas, dos campos e das localidades vizinhas. Quasi todas as praias da nossa linha de Cascais, algumas delas tão louvadas pela rotina como de excellência para os doentes de que tratamos, são varridas durante metade do ano, pelo menos, por fortes nortadas que arrastam nuvens de poeira. Se a questão está unicamente na pureza do ar, devemos combater este dogma que nos leva aos extremos de transformar um sol que é benéfico em toda a parte, e que nasceu para todos, num «medicamento de ricos» (8).

Assim como todos os dias surgem na literatura médica estatísticas riquíssimas de sanatórios marítimos, também autoridades comprovadas desde os tempos do grande mestre lionês PONCET combatem vivamente esse preconceito da especificidade do clima da beira-mar. DUGUET e CLAVELIN (9) fundamentaram e estabeleceram as bases do tratamento climático das tuberculosas cirúrgicas, longe do mar e da montanha, em particular na planície e nos arrabaldes das grandes cidades, o que facilita singularmente o combate daquelas formas mórbidas, permitindo a adaptação *ad hoc*, mediante ligeiras transformações, de edifícios vários, apresentando, pois, a triplíce vantagem técnica, pecuniária e social.

O serviço de KISCH, em Hohenlychen, na fronteira do Mecklemburgo, onde seguimos umas dezenas de casos (10), transpira, num tratado que anda nas mãos de todos os especialistas da língua germânica, resultados excellentes, perfeitamente equivalentes aos obtidos na beira-mar, e todavia está incorporado num hospital de planície.

Nos doentes que seguimos durante dois anos no Oscar-Helene-Heim, em Berlim-Dahlem — planície, em pleno Grönwald — a pigmentação, que tão importante papel desempenha na helioterapia, quiçá no prognóstico da tuberculose ósseo-articular, fazia-se no mesmo tempo, na mesma intensidade e com as mesmas variações que nos doentes que temos seguido na beira-mar.

Para MATTI, de Berne (11), mais do que num ou noutro dos climas, está o segredo dos bons efeitos na «mudança de clima» a que sujeitamos o doente. Há até quem tenha observado que crianças sofrendo de tuberculosas ósseo-articulares, expostas apenas ao ar, têm a mesma evolução clínica do que aquelas que estão ao sol, o que parece mostrar ser a exposição ao ar, e não a helioterapia, a responsável por essa evolução (12).

Há, todavia, casos em que a permanência na beira-mar está especial-

(7) A região onde estão construídos os magníficos sanatórios de Francelos (Valadares), dirigidos pelo nosso colega Ferreira Alves, é, sob esse ponto de vista, uma excepção, e goza de magníficas condições.

(8) Dufestel, citado por Duguet et Clavelin. — Comment organiser le traitement hospitalier des tuberculoses chirurgicales de l'adulte, *Presse Médicale*, N.º 32. 1926.

(9) Loc. cit. em (8).

(10) Loc. cit. em (3).

(11) Matti (Prof. Hermann) — Die Behandlung der «chirurgischen» Tuberkulose, *Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift*, 1929, Nr. 8. (Separata).

(12) Perkins (George) — The diagnosis, treatment and end results of tuberculous disease of the hip joint, Edinburgh, 1926 (Oxford University Press).

tro esquema, porventura mais simples, mas que não é o que tenho usado, e que talvez facilite mais do que este a compreensão da técnica da helioterapia (15).

Prescritos longe das refeições, o importante é que os banhos de sol sejam feitos progressivamente, e atendendo sempre aos elementos de observação e de contraste (*contrôle*) notados no gráfico da fig. 1, aumentando ou diminuindo as doses conforme as suas variáveis condições (16), e mesmo, o que é freqüente, as do estado geral, apetite, emagrecimento, etc., do doente.

A questão dos raios ultravioletas merece algumas palavras. Apoiados em factos referidos pelo patriarca da terapêutica ultravioleta, SAIDMANN, os já citados DUGUET e CLAVELIN, do Val-de-Grâce, propõem que em vez de se esperar as fugitivas aparições dum sol de inverno mais ou menos hipotético, se interrompa cerce a helio-

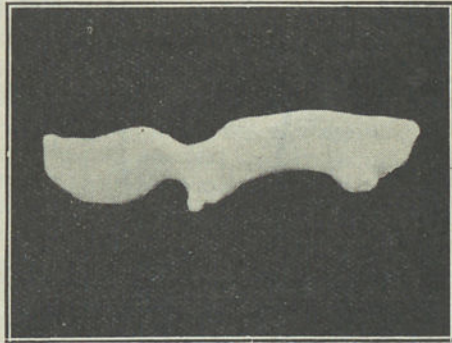


Fig. 2

O leito gessado de Lorenz

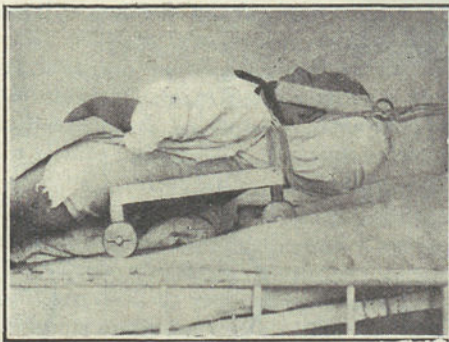


Fig. 3

Dispositivo para a espondilite cervical
(Rollgipsbett)

terapia natural e se faça conjuntamente, nessa estação ingrata, a cura de ar livre, janelas abertas, a par da exposição aos raios ultravioletas artificiais, preferíveis aos pálidos e frios raios solares de inverno.

Esta proposição, razoável para a latitude parisiense, sofre evidentemente um desconto ao adaptarmos-la às nossas paragens, de invernos bastante ricos em dias de sol puro. Não nos foi dado poder ensaiar durante a nossa direcção sanatorial a utilidade dos raios ultravioletas nos doentes que

estamos estudando, nem pudemos instalar a lâmpada própria no quarto dos

(15) E. Sorrel et M^{me} Sorrel-Dejerine — Traitement du mal de Pott, Bucarest, 1928. Págs. 10-11.

(16) Últimamente prefere-se não regular a helioterapia por horas e minutos, mas por um sistema de dosagem muito mais racional, baseado na intensidade luminosa, H. I. Grasso. — The treatment of Tuberculosis by Heliotherapy. *Radiology*. xi, 217, Sept.º 1928, Cit. em *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Janeiro de 1929. Pág. 221.

doentes da clínica particular. Nada de pessoal podemos, pois, formular, a não ser a nossa reprovação pelo método que temos visto empregar, de fazer aplicações de raios ultravioletas localmente, em lesões tuberculosas ósseo-articulares, na crença estranha de que elas possam modificar benêficamente a evolução de focos tão profundos...

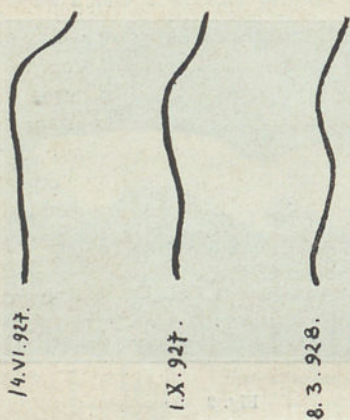


Fig. 4

J. F. S. — Consulta externa do S. de Carcavelos. Espondilite VI D e VII D.

Uma vez feitas estas considerações, devemos pôr de sobreaviso aqueles a quem suceda iludirem-se sobre a intervenção d'êste tratamento geral no tempo de decurso da doença. As lesões do mal de Pott evoluem muito lentamente, o foco vertebral percorre um determinado ciclo evolutivo, *inevorrável* (SORREL), de lesões anatómicas hoje muito bem definidas; não se deve, pois, crer que êsse tratamento por si só, ou junto a outro, possa abreviar êsse ciclo e trazer mais depressa a cura. Uma espondilite, cuja evolução se faça normalmente, precisa dum mínimo de três anos após o início da lesão. Ora, êste passa muitas vezes despercebido, servindo-nos então de referência a aparição duma fistula ou dum abcesso, mesmo duma gibosidade, o que faz contar já com um ano de doença, pelo menos. O conhecimento d'êste ciclo evolutivo da espondilite é importante para que se evite o levantar demasiado precoce dos doentes, e a consecutiva recaída, que estamos observando todos os dias.



Para o mal de Pott, como para todas as outras localizações tuberculosas ósseo-articulares, o princípio geral do tratamento cirúrgico ortopédico é o de suprimir o pêso do corpo, a carga, sobre a articulação doente (*Entlastung*, dos alemães) e a imobilização, mais importante ainda aquela do que esta. As melhores condições para tal obter não são as duma extensão, como os antigos coletes gessados faziam (ou se cuidava que faziam!), que apenas podiam afastar umas das outras as superfícies articulares, mas as duma correcção (*redressement*, *redression*), que executa, em sentido inverso, o mecanismo da aparição da gibosidade (OEHLCKER).

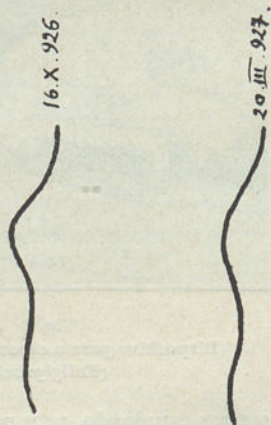


Fig. 5

J. C. — N.º 26 do S. Carcavelos. Espondilite VII D e VIII D

Para conseguir êste fim, vários aparelhos têm sido apresentados, tanto na Alemanha e Áustria como na Suíça, França e Inglaterra. Temos apenas experiência das almofadas de palhiço de centeio, e colete de lona, usados por ROLLIER e KISCH, e do leito de gesso de LORENZ. Praticámos na Alemanha o método de Rollier-Kisch, e tivemos ocasião de em Portugal o ver aplicado com a maior correcção no Sanatório de Valadares, e de o aplicar, com material amavelmente cedido de ambas essas proveniências, em doentes do Sanatório de Carcavelos. Confessamos que a turbulência das nossas crianças, sob a vigilância dum pessoal de enfermagem insuficiente e impaciente, não nos deu coragem para insistirmos no método, que tem de ser rigoroso, para ser eficaz, e reservamo-lo para os casos de lesões muito em comêço, sem gibosidade, é claro, e quando possa haver uma vigilância cuidadosa, uma das melhores garantias de êxito de toda a terapêutica ortopédica.

O colete de lona, que conseguimos levar a fabricar numa grande fábrica do género, em Lisboa, na perfeição dos que trouxemos para amostra, é-nos sempre útil durante a convalescença de todos os casos.

A grande maioria dos doentes que nos chegam às mãos, ou para internamento em Sanatório (na consulta da Assistência Nacional aos Tuberculosos), ou nos Hospitais Cíveis ou na clinica particular, têm já a gibosidade formada e, nesse caso, o leito de gesso é infinitamente superior, a nosso ver, ao dispositivo Rollier-Kisch. Tanto da sua preparação como da sua aplicação conseguimos até hoje uma razoável prática. A criança está imobilizada, numa posição de correcção, é possível o tratamento especial correctivo da gibosidade, a defecação pode fazer-se numa arrastadeira em forma de cunha, sem alteração da posição do doente, e basta ver a mudança de disposição e a melhoria súbita do seu estado geral, logo nos primeiros dias de repouso no leito de gesso, para se poder avaliar o beneficio que êle pode trazer.

Não nos detemos aqui sôbre a maneira de fazer o leito de gesso, que se encontra em todos os livros de técnica dos aparelhos gessados (fig. 2). Apenas um detalhe: na espondilite das últimas dorsais e da região lombar, prolongamos o leito de gesso até a prega popliteia, para obtermos uma melhor imobilização, fixando depois, por meio de ligaduras, as coxas do doente ao aparelho.

Nas espondilites cervicais, o leito de gesso repousa num pequeno carrinho de madeira que desliza sôbre uma tábua assente na cama, cujo colchão inclinamos (ou a cama toda). A cabeça está em contra-extensão por meio

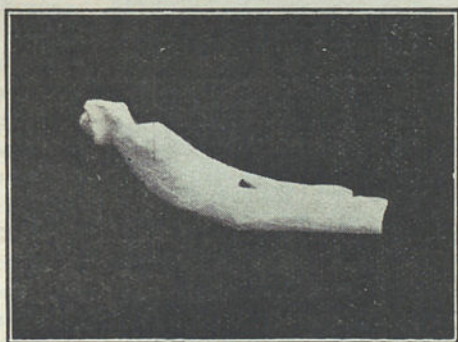


Fig. 6
Leito de gesso ventral

dum cabresto (*Glissonscher Schlinge*) fixado à cabeceira da cama. Esta combinação, que nos tem dado muito bons resultados, tem entre os alemães o nome de *Rollgipsbett* (fig. 3).

Para obtermos a correcção da gibosidade, usamos o método da cruz de algodão (*Wattekreuz*) de FINCK, e podemos dê-lo referir os mais lisonjeiros sucessos. Já publicámos algures os tópicos dêsse método (17), que todos os livros alemães descrevem. De três em três meses, ou desde que a cruz de algodão atinge a espessura de 5 centímetros, fazemos novo leito de gesso. De 6 em 6 meses radiografamos o doente e verificamos os progressos para a cura. Diariamente (duas vezes ao dia, no primeiro mês) mandamos fazer o arranjo e a limpeza do doente, tirando-o, mediante uma manobra certa que nada pre-

judica, do leito de gesso e lavando-lhe a pele do dorso com água e sabão, seguindo-se uma passagem com uma mistura de benzina iodo-parafinada. Conseguimos assim, no Sanatório de Carcavelos, sob condições higiénicas que a falta de recursos e de pessoal não permitia serem as melhores, ver apenas raras vezes as escaras de decúbito frequentes e sempre desagradáveis, mais ainda ao nível da gibosidade.

A formação dum abcesso não deve, segundo ROLLIER, ser considerada como uma complicação, mas sim um estágio normal—mas não constante!—do ciclo evolutivo da espondilite tuberculosa. É também interessante lembrar aqui que o facto de se manter na radiografia a presença dum saco de abcesso não implica o considerar-se o doente ainda em evolução da doença. Muitas vezes continua a mostrar-se na radiografia, quando o

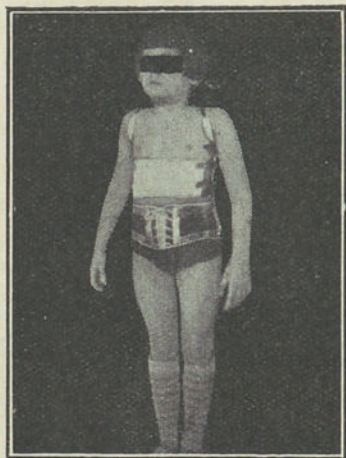


Fig. 7

M. L. — Espondilite lombar

processo ósseo já está plenamente curado. É uma lembrança sobretudo dedicada aos roentgenologistas.

Muito recomendável, para ajuizar facilmente da redução progressiva da gibosidade, é o método que usamos, servindo-nos duma tira de chumbo, muito maleável, e que moldamos sobre a crista das apófises espinhosas do doente, contornando depois no respectivo boletim clínico, com um lápis, o seu traçado de perfil. Obtivemos assim provas evidentíssimas da eficácia rápida do método de correcção da gibosidade (cruz de algodão), e damos as reproduções de duas delas, registadas pela nossa chefe de enfermeiras do Sanatório de Carcavelos, a Schwester Johanna Stimming (fig. 4 e 5).

(17) Meneses (António de) — La corrección de la gibosidad del mal de Pott por el método de Finck. Sesiones clínicas del Hospital del Niño Jesús, 14 de Abril de 1929. *La Pediatría Española*, Año XVIII, Madrid, Abril de 1929. N.º 199. Págs. 109-114.

Quando no exame radiográfico começamos a notar maior nitidez nos contornos ósseos, um comêço, mesmo, de soldagem entre as partes ósseas sãs entradas em contacto, permitimos ao doente que tome por algumas horas do dia (gradualmente) o decúbito ventral, para o que fazemos um leito de gesso de posição ventral (fig. 6), que também é o que usamos desde o princípio da doença nos casos em que a espondilite está fistulizada para o dorso ou em que há largas escaras dessa região.

O doente recebe a novidade com muita satisfação, pois nessa nova posição pode seguir as outras crianças com a vista, tomar maior ou menor parte nas suas brincadeiras, ler, jogar, etc.

Uma vez que pelo exame clínico e pela radiografia podemos afirmar que o foco está curado, o doente entra no período ambulatorio que se pode chamar a convalescença, usando então um colete.

O doente começa a andar, o que se tem de fazer *progressivamente*. A importância dessa progressão é capital, e nós vemos freqüentemente que esse cuidado não é atendido. No primeiro dia anda um minuto apenas, e vai aumentando esse tempo de um minuto por dia, o que dá três horas ao fim de seis meses. Fora desse tempo de exercício diário, o doente continua deitado no leito de gesso, ou fixo à cama com o colete de lona, permitindo-lhe ainda duas horas diárias, à vontade, deitado de bruços e apoiado com os cotovelos e antebraços sobre uma almofada dura, posição essa que fortalece os músculos dorsais, favorecendo melhor apoio futuro da coluna. Não consentimos que se sente, fora do tempo concedido para andar.

Desde o primeiro minuto em que o doente se levanta, usa, como já dissemos, um colete ortopédico. Não nos podemos conformar com o colete de gesso usado na convalescença por alguns doentes de *SORREL* (de Berck), por isso não o recomendamos. Ou o fazemos em celulóide, ou o mandamos fazer em duralumínio e couro, como mostram as figs. 7 e 8.

É um cinto moldado sobre o positivo

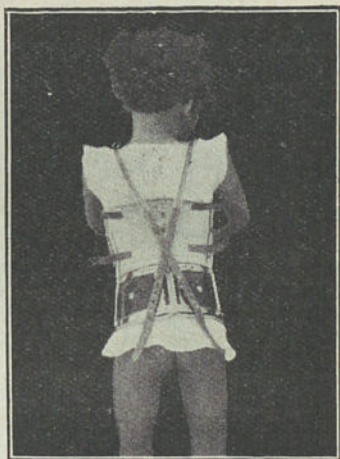


Fig. 8

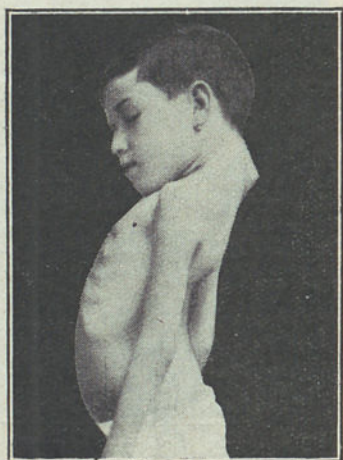
M. R. — Espondilite lombar.



Fig. 9

Colete de convalescença para a espondilite cervical e dorsal superior.

de gesso, com apoio nas cristas ilíacas e grandes trocânteres, dois tutores laterais (muletas) e uma tira de elástico que provoca a lordose (preferível à pelota), bem como um suspensório cruzado que acentua a correcção lordótica (18).



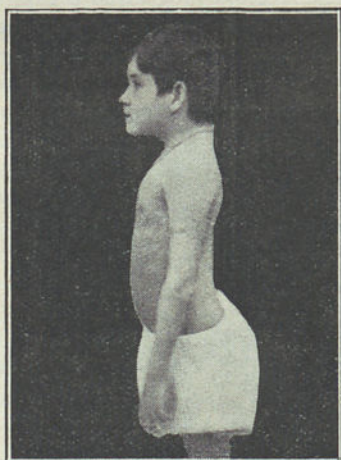
Junho de 1929



Outubro de 1929



Julho de 1931



Agosto de 1931

Figs. 10 a 13

J. S. C. — 7 anos, Espondilite 7 C e 1 D., fistulizada. Cura em leito de gesso com cruz de algodão (v. Finck) em 2 anos.

(18) Os coletes dos nossos doentes têm sido feitos na Oficina Ortopédica do Sr. M. Martins — Lisboa.

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL LAFAY

Huile iodée à 40%.

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

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

22, Rue du Landy
S'-Ouen près Paris

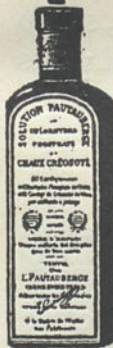
HÉMET - JEP - CARRE

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

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico

Eupeptico e Reconstituente.

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

GRIPPE

PARIS (8°)

RACHITISMO

PILULAS

OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoidarios.

COMPOSIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do fígado
e dos intestinos

MODO DE EMPREGO

Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

Amostras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:

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

E' preciso realmente dar provas duma audácia assombrosa muito superior á que foi manifestada em Aljubarrota!

E supor que os portugueses estão completamente falhos de sensibilidade e de conhecimentos técnicos, para tentar impôr um produto succedâneo do óleo de fígado de bacalhau, num país que apresenta a todo o mundo científico a admirável

Lipobiase

o extrato vitaminado do óleo de fígado de bacalhau em compota de banana, rico em hipofosfitos. Apresentamos hoje a reprodução da fotografia dum rapaz que teve o aumento de peso de 20 quilos com o uso da *Lipobiase*, sendo este efeito testemunhado pelo capitão médico sr. dr. Luases dos Santos, em serviço da Guarda Fiscal. A *Lipobiase*, tem continuado a ter o mesmo consumo na época da estação calmosa que tinha no inverno.

EXPERIMENTEM O

Cerimalte

o extracto de cereais maltosado, bem como a

Lactobilina

os dois productos que o Laboratório Farmacológico de J. J. Fernandes, Limitada, Rua Alves Correia, 187 apresenta também para suplantare os seus congéneres estrangeiros, sob todos os pontos de vista.



Aumento de 20 quilos com o uso da
LIPÓBIASE

Tal e qual como se passa quando está em repouso no leito de gesso, a carga sôbre os corpos vertebraes não pode ser aliviada pela extensão, tendo de o ser por correcção (*redressement, redression*). É o que se obtém com os suspensórios, que fazem como que uma pressão sôbre as fossas infraclaviculares, e com a tira de elástico que comprime largamente a região da cifose.

Na espondilite cervical usamos simplesmente o colar de SCHANZ. Na das primeiras dorsais combinamos êste com o colete da espondilite inferior, como se vê na fig. 9.

É nossa idea conservar os nossos doentes com êste colete durante cinco anos, e substituí-lo então, no caso em que nada de anormal se passe, por um outro em lona, com barbas de baleia ou reforços de aço.

Todos os ancs, como os outros tuberculosos dos ossos e articulações, fazem a sua cura de sol e clima, sendo possível, e poupando-se aos grandes exercícios, à prolongada posição de pé e longas caminhadas, e sobretudo à gymnástica, como temos visto praticar e cujas conseqüências temos sido chamados a tratar. O espondilítico deve lembrar-se toda a sua vida de que a sua cura, que parece definitiva, pode, às vezes após muitos anos, mostrar que o não é.

Janeiro de 1932.

Revista dos Jornais de Medicina

A técnica da classificação dos grupos sanguíneos e transfusão. (*The technic of blood grouping and transfusion*), por W. M. FIORI. — *Int. Surg. Digest*. Março de 1932.

A primeira parte do artigo versa a história médica do assunto e seguidamente trata da classificação e identificação dos grupos sanguíneos e da técnica da transfusão.

Desde 1910 que se difundiu o conhecimento da existência de quatro grupos sanguíneos diferentes na espécie humana. A teoria corrente para explicar as características destes grupos supõe que no soro humano podem aparecer duas substâncias definidas capazes de aglutinar os glóbulos rubros de outros membros da mesma espécie e que se denominam iso-aglutininas *alfa* e *beta*. Nos glóbulos rubros humanos podem aparecer, por outro lado, substâncias complementares chamadas receptor *A* e receptor *B*.

Para que a aglutinação se produza é indispensável que uma aglutinina específica seja posta em presença do seu receptor específico.

Os soros humanos podem conter uma das iso-aglutininas ou ambas simultaneamente e podem ainda, em uma outra variedade, não possuir nem uma nem outra, e semelhantemente os glóbulos rubros podem conter um ou outro receptor, ambos ou não conter nenhum deles.

É impossível encontrar no mesmo indivíduo uma aglutinina específica e o seu receptor complementar; como se compreende, em tais condições produzir-se-ia a aglutinação, incompatível com a vida.

Actualmente as combinações que se supõe existirem e determinam a classificação dos quatro grupos são:

Combinação 1. — Receptores *A* e *B* sem aglutininas.

Combinação 2. — Receptor *A* e aglutinina β .

Combinação 3. — Receptor *B* e aglutinina α .

Combinação 4. — Sem receptores e com aglutininas α e β .

O soro de um indivíduo é capaz de perder ou alterar as suas iso-aglutininas específicas mas os receptores dos glóbulos rubros, pelo contrário, são fixos e imutáveis. Daqui se conclue que as características de um determinado sangue dependem do tipo das suas células. Estas características aparecem entre o 3.º e 12.º mês de vida.

O grupo sanguíneo duma pessoa é um factor hereditário que se transmite como uma característica mendeliana dominante que nem a doença nem o tempo conseguem alterar.

Os grupos designam-se das seguintes maneiras:

Grupo *AB* — 1 (Moss) — 4 (Jansky).

Grupo $A\beta$ — 2 (Moss) — 2 (Jansky).

Grupo $B\alpha$ — 3 (Moss) — 3 (Jansky).

Grupo $\alpha\beta$ — 4 (Moss) — 1 (Jansky).

Os indivíduos do grupo $\alpha\beta$ (Moss 4) não possuem receptores A ou B e consequentemente os seus glóbulos rubros não são aglutinados por qualquer tipo de sêro humano. Pelo contrário as pessoas pertencentes ao grupo AB (Moss 1) têm células aglutináveis por qualquer dos soros dos grupos sanguíneos restantes.

Os primeiros são chamados doadores universais, os segundos receptores universais. Como é óbvio, as células de qualquer grupo particular não são aglutinadas pelo sêro de uma outra pessoa do mesmo grupo. Os membros pertencentes ao grupo 4 têm um sêro que aglutina as células de todos os três outros grupos, ao passo que no grupo 1 o sêro é desprovido de iso-aglutininas. Os grupos intermediários A e B têm inter-relações reciprocas, isto é, o sêro de cada um dêles aglutina os glóbulos rubros do outro.

Nas transfusões a quantidade de sêro introduzida no receptor é de tal maneira diluída pela massa total de sangue existente no seu organismo, que os efeitos que sobre êle exerce o sêro do doador são praticamente sem importância.

Quando se pretende seleccionar um doador deve pois escolher-se um indivíduo do grupo 4 ou um do próprio grupo do indivíduo a quem se faz a transfusão.

Entre as incompatibilidades possíveis com os diversos sangues merece uma menção particular a hemólise. De uma gravidade tal que leva por vezes à morte, a hemólise aparece indispensavelmente associada à aglutinação. Se, *in vitro*, não existe aglutinação implicitamente não existe hemólise.

O método rápido para verificar a mútua compatibilidade dos sangues de duas pessoas deriva da observação do efeito do sêro de cada uma delas sobre os glóbulos da outra. Se não se observam sinais de hemólise ou aglutinação, conclue-se que os sangues pertencem ao mesmo grupo e que a transfusão é praticável.

Um tal processo não esclarece, porém, o grupo determinado a que pertencem os sangues. É mais prático identificar o grupo do receptor e depois os grupos de doadores prováveis para de entre estes escolher então os que definitivamente devem aproveitar-se.

Da determinação dos grupos do receptor e dos doadores é simples concluir a impossibilidade ou possibilidade de fazer a transfusão: basta recordar o esquema já referido.

O reconhecimento dos grupos faz-se por meio das reacções obtidas na suspensão de glóbulos dos doadores com os *stocks*-soros, ou sejam soros de sangues já identificados.

As suspensões de glóbulos são feitas pela junção de 2 pequenas gotas de sangue a 5 c. c. de um soluto de citrato de sódio a 1% em sêro fisiológico.

Uma dose insignificante desta suspensão mistura-se em lamelas separadas com uma quantidade aproximadamente igual de cada um dos *stocks*-soros A e B (grupos 2 e 3 de moss) e monta-se a preparação em gota pendente. As duas preparações consistem:

Glóbulos a identificar + sôro do grupo A (2)

Glóbulos a identificar + sôro do grupo B (3)

Uma vez feitas as preparações, colocam-se numa estufa a 37° durante uma hora ou agitam-se durante cinco minutos à temperatura ambiente e examinam-se depois ao microscópio.

Se a aglutinação aparece em ambas as preparações o sangue a estudar pertence ao grupo A B (grupo 1); se não existe aglutinação, quer numa quer noutra gota, o sangue pertence ao grupo 4 (grupo $\alpha \beta$). Se a aglutinação se dá apenas em uma das gotas, por exemplo a gota do sôro do grupo 2, conclui-se que o sangue pertence ao grupo 3 e *vice-versa*.

Quando se faz a leitura das preparações de gota pendente para a reacção de aglutinação é preciso não confundir as verdadeiras aglutinações ou agrupamento de coalhos celulares mais ou menos irregulares, que aparecem ao cabo de poucos minutos da mistura do sôro e dos glóbulos incompatíveis, com a simples sedimentação dos glóbulos em que êstes se encontram repartidos em camadas e encostados uns aos outros. A agitação da gota desfaz o sedimento e acentua a aglutinação.

Um êrro infinitamente mais sério resulta da falta de reconhecimento da aglutinação nos casos em que a hemólise activa destrói um grande número de glóbulos rubros.

Uma baixa grande dos glóbulos em cada campo microscópico e uma ligeira coloração do sôro são indícios da reacção hemolítica. Em casos de dúvida pode-se inactivar o complemento hemolítico pelo aquecimento do sôro a 60° durante 20 minutos. O ponto a fixar é que a hemólise não se manifesta sem a aglutinação, mas se tanto a hemólise como a aglutinação aparecem, a primeira pode destruir uma quantidade tal de eritrócitos que a aglutinação se torne difícil de interpretar.

Depois de se determinar o grupo sanguíneo do doente, selecciona-se um doador do mesmo tipo ou, se isto é impossível, um doador do grupo 4. Poderemos em seguida proceder às contraprovas cruzadas da reacção do sôro do doador com os glóbulos do doente e dos glóbulos do doador com o sôro do receptor. Conforme a técnica que ficou descrita, se as contraprovas não revelam reacção aglutinante em qualquer das preparações, concluímos seguramente que os sangues são compatíveis.

As contraprovas tornam-se necessárias pelo facto de aparecerem ocasionalmente pessoas que parece não pertencerem a qualquer dos quatro grupos conhecidos.

Os doadores devem ser recrutados entre os indivíduos de sangue compatível com o do doente, livres de qualquer doença infecciosa, particularmente de malária e sífilis.

Em todos os hospitais modernos se tem julgado indispensável a existência de um grupo de pessoas aptas a ceder o seu sangue, competentemente estudado sob o ponto de vista hematológico e prontas a intervir nos casos urgentes. São dois os métodos de transfusão corrente: um, o método directo, em que o sangue passa sem qualquer alteração do doador para o doente, outro, o método indirecto, em que o sangue se mistura com um anticoagulante antes de ser injectado. A principal vantagem do método directo está em que

a transfusão se faz mais depressa. O benefício da transfusão directa não é tão importante como à primeira vista se poderia supor. A experiência tem mostrado que não derivam efeitos funestos da injeção intravenosa de pequenas doses de citrato de sódio. Nas transfusões habituais de 500 c. c. a dose de citrato orça por cerca de 1,25 gr., um quarto da dose máxima terapêutica.

A maior objecção ao método directo é a possibilidade de formação de coágulos que obrigam a interromper a operação. Para evitar este contratempo é forçoso proceder a manobras rápidas e precisas desde que se comece a transfusão. Por outro lado, a simplicidade do método indirecto, a oportunidade de poder usar de uma técnica menos pressurosa, e por meio dela proceder à injeção lenta do sangue e evitar as reacções graves, tornam estes método mais favorável. É certo que as reacções febris são mais frequentes depois das transfusões de sangue citratado, mas estas reacções são pouco graves e não há doenças em que o uso do sangue citratado esteja contra-indicado.

O método de sangue citratado é o de escolha para o prático que só por excepção é chamado a intervir com este processo de tratamento.

O método directo é o método de escolha dos meios convenientemente apetrechados e dos técnicos especializados.

De todas as reacções a mais frequente é a elevação da temperatura. Com menos frequência, em cerca de 10% dos casos, a transfusão é seguida, dentro das primeiras 24 horas, de um forte calafrio com febre subsequente entre 38,5 e 40,5.

Este tipo de reacção é acompanhado de cefaleias, lassidão e algumas vezes de náusea e vômito. A febre passageira dura apenas algumas horas. Não se conhece a causa determinante destes sintomas reaccionais.

As reacções graves e por vezes fatais sucedem-se à administração de sangues incompatíveis. Estas reacções principiam dentro de poucos minutos depois da injeção de alguns centímetros cúbicos de sangue. Entre os fenómenos tóxicos figuram a ansiedade com excitação motora, opressão precordial, ténido dos ouvidos, dores esparsas por todo o corpo, particularmente na região lombar, polipneia. Dêstes sintomas passa-se rapidamente a um quadro que simula o *shock* com pulso rápido e depressível, hipotensão e friidez das extremidades. O doente morre por vezes nesta condição. Em outros casos a esta fase de reacção sucede um período de hiperpirexia, precedida de calafrio. A urina expelida após a aparição deste quadro sintomático contém alguns casos hemoglobina. Decorridas 24 a 48 horas o doente torna-se ictérico. O *rash* urticário pode ou não aparecer. Vencida a fase de colapso o doente, por via de regra, compõe-se e o prognóstico desta complicação é bom. Logo que aparecem os primeiros sinais aludidos impõe-se a suspensão da transfusão. Como tratamento estão indicadas as injeções repetidas de adrenalina.

As transfusões repetidas com o mesmo doador são algumas vezes acompanhadas de manifestações secundárias desagradáveis, mais ou menos graves. É por isso conveniente repetir as contraprovas cruzadas nos casos em que haja de repetir-se a transfusão de um sangue que o doente já recebeu. Em alguns doentes, em particular os que sofrem de doenças dos órgãos he-

matopoiéticos, as transfusões seguidas, com sangues diferentes e provenientes de vários doadores, são seguidas de reacções de intensidade crescente. A causa dêste fenómeno é por enquanto desconhecida.

As transfusões médias são habitualmente computadas em cerca de 500 c. c.

Em 1914 Thier sugeriu a possibilidade da auto-transfusão nas hemorragias em uma cavidade serosa e mostrou que o sangue dentro do peritónio, em casos de ruptura de gravidez ectópica era estéril, que se mantinha incoagulado e que os glóbulos rubros permaneciam morfológicamente normais. Alguns casos de hemorragia interna têm sido tratados com sucesso pela auto-transfusão.

MORAIS DAVID.

Bromo no sangue na loucura maniaco-depressiva. (*Brom im Blute bei manisch-depressivem Irresein*), por H. ZONDEK e A. BIER. — *Klin. Woch.* N.º 15. 1932.

As glândulas de secreção interna exercem uma grande influência sobre a vida psíquica. A irritabilidade aumentada, a sensibilidade particular da mulher nos períodos menstruais, menopausa e gravidez são conhecidas.

Em numerosas obesidades hipotísárias os estados de melancolia são muito frequentes. A apatia dos mixedematosos opõe-se a labilidade psíquica dos basedowianos que, por vezes, apresentam verdadeira excitação maniaca.

As opostas características psíquicas dos doentes de Basedow e mixedema e a influência patogénica do iodo naqueles quadros, levou os AA. a estudar as relações do halogéneo mais próximo do iodo — o bromo — com a loucura maniaco-depressiva.

Em 35 dos 40 doentes estudados a quantidade de Bromo no sangue estava diminuída em 40 a 60 %. Ao contrário do que se poderia prever, tal diminuição encontra-se tanto na fase maniaca como na depressiva.

Nos 6 doentes em que dosearam o bromo no líquido céfalo-raquidiano encontraram valores sempre inferiores aos normais, e num dos doentes — um dos cinco em que não havia diminuição do bromo no sangue — ausência completa do bromo no líquido céfalo-raquidiano.

Noutras psicoses os AA. encontraram sempre valores de bromo no sangue, normais, excepção feita de 5 casos de 16 estudados de esquizofrenia. Aqueles cinco doentes tinham sintomas depressivos mais ou menos acentuados.

A diminuição do bromo refere-se em cerca de 30 % ao bromo ionizado e 70 % ao orgânico.

Zondek e Bier não se propõem por ora explicar porque é que a mesma diminuição de bromo no sangue conduz a sintomas antagónicos consoante os doentes e fase da doença.

Os primeiros ensaios terapêuticos, de que os AA. ainda não tiraram conclusões, foram feitos com pequenas quantidades — 3 a 4 mgrs. por dia — de bromo molecular — não ionizado — constatando a terminação de fases depressivas em 2 a 4 semanas. É evidente a impossibilidade de afirmar se não terminariam sem a medicação.

Os AA. tendo constatado a riqueza da hipófise em bromo (11 comunica-

ção), procuraram e conseguiram isolar daquela um composto desalbuminado, rico em bromo, solúvel na água, que se distingue de todas as hormonas até agora isoladas da hipófise pelo seu conteúdo em bromo (as outras hormonas não o contêm) e por não ter nenhuma das acções daquelas — não actua sobre a maturação dos folículos, e luteinização do ovário. Esperam que os resultados terapêuticos com esta nova hormona hipofisária sejam mais elucidativos que com os preparados de bromo até agora ensaiados.

OLIVEIRA MACHADO.

O conteúdo em bromo da hipófise e suas relações com a idade (II comunicação). (*Der Bromgehalt der Hypophyse und seine Beziehungen zum Lebensalter*), por H. ZONDEK e A. BIER. — *Klin. Woch.* N.º 18. 1932.

A observação freqüente de estados melancólicos em obesidades e magrezas hipofisárias, e o facto de a hipófise ser de todas as glândulas de secreção interna a mais rica em bromo, conduziu os AA. a estudar pormenorizadamente as variações do conteúdo em bromo da hipófise.

Constataram, com efeito, que, ao passo que os outros órgãos contêm apenas uma percentagem de 1 a 2 mgrs. $\%$, na hipófise há 15 a 30 mgrs. $\%$. O lóbulo anterior é o mais rico naquele elemento, seguindo-se o lóbulo médio. O posterior tem pequena quantidade.

No homem entre os 45 e 60 anos o conteúdo em bromo da hipófise anda à roda de 15 mgrs. $\%$, limite inferior dos valores normais, enquanto que na mulher da mesma idade apenas se encontra um terço daquele valor — 5 mgrs. $\%$.

Observações futuras dirão se aquela diminuição do bromo da hipófise na menopausa se relaciona com as alterações psíquicas tão freqüentes naquela idade.

Nos velhos não há diferenças dos valores do bromo na hipófise em relação com o sexo. Tanto no homem como na mulher velhos se encontram valores baixos, e a partir dos 75 anos só se encontram vestígios.

OLIVEIRA MACHADO.

Hipófise e sono (III comunicação). (*Hypophyse und Schlaf*), por H. ZONDEK e A. BIER. — *Klin Woch.* N.º 18. 1932.

Os AA., em face da pobreza em bromo do sangue e líquido céfalo-raquidiano nos doentes de loucura maníaco-depressiva, e, atendendo a que a insónia é dos sintomas essenciais naquela psicose, resolveram estudar as modificações do bromo no cérebro de cães adormecidos pelo *somnifene*, e mortos, por sangria, em pleno sono.

Doseando aquele elemento em várias partes do cérebro, constataram constantemente que o bulbo continha maiores quantidades de bromo — 0,61 a 0,64 mgrs. $\%$ — nos animais mortos quando dormiam do que quando mortos, também por sangria, quando acordados — 0,38 a 0,41 mgrs.

Durante o sono artificial nota-se, paralelamente ao enriquecimento em

bromo do bulbo, um empobrecimento da hipófise, naquele metalóide. Emquanto que a hipófise dos animais mortos por sangria, quando acordados, contém 15 a 30 $\text{ings. } \frac{0}{0}$, o seu conteúdo em bromo não vai além de 5 a 7 mgrs. $\frac{0}{0}$, quando adormecidos.

O doseamento, no bulbo e na hipófise, feito 3 a 4 horas depois dos animais despertarem dá os valores normais do cão acordado.

Perante tais achados Zondek e Bier pensam que na hipófise se forma um composto orgânico de bromo, de acção específica, que ao adormecer seria excretado e acumulado no bulbo, para novamente se acumular na hipófise com o começo do despertar.

Tendo suposto que a hipófise talvez tivesse sobre o metabolismo do bromo uma acção semelhante à tiroideia sobre o do iodo, os AA., prepararam um composto análogo à tiroxina e em cuja composição, e no lugar do iodo, entra o bromo. Injectando em si próprios, por via intravenosa, 1 mgr. d'êste preparado os AA. sentiram grande cansa e sono.

No cão são necessários doses maiores para se conseguir efeito por via intravenosa, mas, por injeccção cisternal, por punção suboccipital já se obtêm resultados nítidos com 3 a 5 mgrs. Meia hora depois da injeccção os animais mostram-se apáticos, cansados e sem vontade de comer, estado que se prolonga durante 10 horas.

A injeccção de 20 mgrs. de Na bromo ou de tiroxina é completamente ineficaz.

Resultados análogos, mas mais duradouros — 24 a 36 horas — foram conseguidos com injeccção cisternal de 4 c. c. de extracto hipofisário, desalbuminado, rico em bromo (I comunicação).

A injeccção de outras hormonas não teve o menor efeito.

OLIVEIRA MACHADO.

Diagnóstico precoce da cirrose hepática. (*Frühdiagnose der Lebercirrhose*), por P. MORAWITZ e R. MANCKE. — *Klin. Woch.* N.º 15. 1932.

O quadro clínico completo da cirrose hepática em período avançado oferece pouca dificuldade diagnóstica. Corresponde-lhe também prognóstico reservado. O contrário acontece, tanto pelo que diz respeito ao diagnóstico como ao prognóstico, nas fases iniciais daquela doença. Atesta a dificuldade do diagnóstico precoce a relativa frequência com que os anatómo-patologistas encontram cirroses hepáticas na autópsia de indivíduos em que a clínica não supunha. As vantagens do diagnóstico em período inicial da doença, permitindo terapêutica adequada e útil e abrindo consideravelmente o prognóstico, são afirmadas pelos AA., que referem 3 casos diagnosticados já há anos com capacidade de trabalho normal.

As queixas imprecisas do doente e aos resultados pouco elucidativos dos exames objectivo e laboratorial se deve a dificuldade do diagnóstico. Os AA. aconselham que, em face de doentes com queixas abdominais vagas — perturbações dispépticas pouco claras, anorexia, irregularidade nas dejeções e,

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electargol (prata) - Electrauról (ouro) - Electr-Hg (mercúrio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodol (rhódio) - Electroscelenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

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

SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

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

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

NEO-TREPARSEANAN

Syphillis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasis.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

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

Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empôlas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta

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

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthesicas.

Tubos esterilizados para todas as anesthesias.

Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmodico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

3 vezes por dia.

INJECCÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empôlas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

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

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

Tubos esterilizados de 5 cgr. por c. c.

VINHO E XAROPE NOURRY

5 cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das desopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. - 1631

S I R A N

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6 %), xarope de hortelã pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

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

TEMMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

BROSEDAN

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

INDICAÇÕES:

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

TEMMLER — WERKE
BERLIN — Johannisthal

Hãmafopan

feito de

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

Dr. August Wolff, Bielefeld

A terapeutica das enfermidades reumáticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

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

Chem. Fabrik Milkai, Altona-Hamburg

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

SPETON

Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal



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



sobretudo, meteorismo — o médico deve pensar, entre outras, na possibilidade duma cirrose hepática e investigar particularmente sobre os hábitos alcoólicos, saturnismo e lues, e existência de «icterícias catarrais» no passado.

A constatação de um fígado duro e de superfície irregular e de uma esplenomegalia são sinais preciosos, mas muito pouco freqüentes nas fases iniciais. A demonstração de urobilina e urobilinogénio na urina é também de valor, mas inconstante, bem como o aumento da bilirrubinémia. Para fins clínicos os AA. acham útil e preferível, pela sua simplicidade ao doseamento da bilirrubina no sangue, a prova de Klein, que consiste na formação de uma coloração amarela nitida na pápula de injeção intradérmica de 1/4 c. c. de histamina que se observa 20 minutos depois da injeção, e que é positiva quando há ligeiro aumento de bilirrubinémia e a clínica ainda não a diagnostica.

Maior importância no diagnóstico da cirrose hepática têm as hematemese iniciais, correspondentes à rutura de varizes esofágicas e a demonstração destas pelo exame radiográfico ou esofagoscopia.

Das diferentes provas de estudo da capacidade funcional do fígado, os AA. ensaiaram as de Althausen e colaboradores e a prova da gelatina, concluindo que tais exames são auxiliares valiosos no diagnóstico da cirrose hepática incipiente.

A primeira daquelas provas executa-se do seguinte modo:

Ao doente em jejum injectam-se 20 U. de insulina, e passados 20 minutos dá-se-lhe meio litro de um soluto aquoso de glicose a 10%, seguido de um litro de água. Determina-se a glicemia 1/2, 1, 2 e 3 horas depois da ingestão do açúcar. Normalmente, a glicemia sobe meia hora depois da administração da glicose a 1,40 grs. % para depois descer, atingindo o valor mais baixo — à volta de 0,80 % — no fim de 3 horas.

A diferença entre os valores da glicemia, em jejum, e o mais baixo depois da prova é normalmente de 0,20. Nos 11 doentes com cirrose hepática incipiente estudados aquela diferença era muito maior, sendo exactamente a grande diferença daqueles valores sintomática das afecções hepáticas. Por vezes, apresentam-se no decorrer da prova sintomas de hipoglicemia que é necessário combater.

A explicação do mecanismo da prova não é possível por ora. Os AA. limitam-se a afirmar a sua importância no diagnóstico precoce das afecções hepáticas, particularmente da cirrose, e a sua superioridade sobre outras normas de estudo funcional. Nos 11 doentes estudados com prova ins-gli-água positiva só num a prova da galactose foi positiva.

Para a execução da prova da gelatina o doente é posto três dias antes e durante o do exame funcional a uma dieta pobre em albuminóides. Na véspera, à noite, toma 1 litro de água e na manhã da prova bebe o soluto de gelatina (50 gr. de gelatina em meio litro de água) seguido de mais meio litro de água. Determina-se a aminoacidúria no volume total de urina da véspera, e a das diferentes porções de urina colhidas com intervalos de 4 horas, no dia do estudo.

Nas cirroses incipientes os valores da aminoacidúria espontânea são já ligeiramente superiores aos normais, mas enquanto nestes, pela prova da

gelatina, se provoca uma pequena subida da concentração de azoto-aminado, nas cirroses hepáticas observam-se subidas até de 100 % na urina das primeiras 8-12 horas.

Dos 10 doentes com cirrose hepática incipiente sujeitos a este estudo a prova foi positiva em 7.

OLIVEIRA MACHADO.

A azotemia no tétano. (*L'azotémie dans le tétanos*), por R. F. VACCAREZZA, J. PERONCINI e A. J. VACCAREZZA. — *Révue Sud-Am. de Méd. et de Ch.* N.º 3. 1932.

Conclusões do artigo:

1) Nos tetânicos observa-se frequentemente um aumento da ureia do sangue (20 vezes em 24 observações). Nalguns casos, a hiperazotemia atinge números elevados e acompanha-se de manifestações urémicas mortais.

2) O doseamento da ureia do sangue tem um significado prognóstico considerável no tétano. Não se deve falar de cura dum doente sem se servir deste elemento de apreciação.

3) No tratamento do tétano deve levar-se sempre em linha de conta o perigo de uremia, para o prevenir e combater na medida do possível.

4) A patogenia da uremia tetânica é complexa. Existe uma retenção funcional ou anatómica e, sobretudo, uma produção azotada excessiva (proteólise tissular exagerada).

5) O tétano é perigoso simultaneamente pelos seus paroxismos e contracaturas, porque expõe o doente a complicações bronco-pulmonares, e pelas perturbações que ocasiona no equilíbrio azotémico e glico-regulador. A sua acção tóxica não se limita aos centros nervosos, estende-se dum modo directo ou indirecto a outros sistemas e órgãos da economia.

OLIVEIRA MACHADO.

As lesões malignas em pessoas radioactivas. (*The occurrence of malignancy in radioactive persons*), por H. MARTLAND. — *The Am. Journal of Cancer*. N.º 4. 1931.

A leitura dum resumo deste trabalho publicado no *Boletim de la Liga contra el cancer*, de Habana, induziu-nos ao conhecimento do trabalho original, e, por nos parecer muito curioso, à publicação, ainda que atrasada, duma referência a êle.

O A. relata as observações de intoxicação profissional pelo rádio verificadas numa fábrica de pintura de relógios luminosos.

Na composição da substância empregada na pintura entram pequenas quantidades de rádio, mesotório e radiotório, sob a forma de sulfatos insolúveis.

O envenenamento faz-se por ingestão devido ao hábito que têm as empregadas de molhar nos lábios os pincéis de pintura. A absorção pela pele e por inalação é considerada sem importância.

Todos os casos citados se referem a empregadas com mais de um ano de serviço.

Da droga ingerida uma parte é eliminada rapidamente por via digestiva, mas uma parcela é absorvida — não se sabe bem como — e acumulada no sistema reticulo-endotelial, particularmente nos ossos.

Como os doentes vivem frequentemente 3 a 8 anos e mais depois de abandonar a fábrica, as substâncias radioactivas, quando os doentes morrem, estão exclusivamente depositadas nos ossos, pois já foram eliminadas dos outros órgãos.

As autópsias mostraram que a quantidade de substância radioactiva — avaliada em radio-elemento — distribuída por todo o esqueleto, era de 10 a 180 microgramas.

Das doentes seguidas pelo A. até a data da publicação do trabalho contam-se 18 casos mortais — 8 com autópsia — e há talvez 30 empregadas, ainda vivas, que apresentam sintomas típicos de envenenamento.

O A. faz a distinção entre os quadros clínicos das doentes falecidas entre 1922 e 1928 e as falecidas depois dessa data. Nas primeiras, o quadro clínico era caracterizado por necroses do maxilar e anemia de tipo regenerativo, renitente a todas as terapêuticas. Esta anemia regenerativa, hiperplástica, distingue-se, no dizer de M., das de tipo aplástico provocadas por irradiação exterior.

Nos casos mais modernos as doentes abandonaram a fábrica há mais tempo, escaparam às necroses do maxilar e às anemias fatais, mas apresentavam lesões de osteíte provocadas pela radiação.

A diferença de sintomatologia atribue-o o A. ao facto de nos primeiros envenenamentos predominar o mesotórrio, fisiologicamente mais activo que o rádio, enquanto que nos últimos só se encontra rádio.

No 1.º grupo, até 1928, a morte foi causada por sarcoma dos ossos em 2 casos. Desde 1928 já morreram mais 3 doentes com sarcomas dos ossos.

O A. relata as histórias, exames radiográficos, observações, autópsias e exames histológicos destes 5 casos de sarcoma, de mais 3 observações destes tumores em empregadas daquela fábrica ainda vivas, e a observação de um outro sarcoma da 9.ª costela direita numa empregada doutra fábrica de pintura de relógios luminosos em que se empregava a mesma tinta. Nesta doente, já falecida, não foi feita a autópsia.

M., baseando-se em estatísticas, atribue ao envenenamento crónico pelo rádio um papel definitivo na etiologia dos sarcomas. Com efeito, uma percentagem de 5 sarcomas dos ossos em 18 falecimentos de intoxicação profissional por substâncias radioactivas e a existência, entre as 30 intoxicadas ainda vivas, de 3 daqueles tumores, é bastante elucidativa para se tomar como mera coincidência.

Pelo contrário, o papel do trauma é referido apenas em duas das doentes e negado pelo A. como importante na etiologia daqueles tumores dos ossos.

M., tendo provas radiográficas de que os sarcomas se iniciaram em focos de osteíte por radiação, defende com entusiasmo a teoria da irritação crónica. Refere o que se passa na osteíte de Paget e ocasionalmente na doença

de Recklinghausen, na primeira das quais se observa o sarcoma numa percentagem de aproximadamente 2 0/0, o que não pode ser considerado como acaso.

A conhecida frequência do cancro do pulmão nos trabalhadores das minas de cobalto de Schneeberg e nas de blenda de Joachimsthal é encarada pelo A. como possivelmente devida à acção de substâncias radioactivas.

No final do seu trabalho, M. chama a atenção para o cuidado com que se deve usar o rádio e raios X com fins terapêuticos — dadas as doses insignificantes em que provoca lesões mortais — e a necessidade de *contrôle* oficial nas indústrias em que os empregados estão expostos à acção de substâncias radioactivas.

OLIVEIRA MACHADO.

Ruptura muscular subcutânea do músculo bicipete braquial. (*Ruptura muscular subcutánea del musculo biceps braquial*), por ERNESTO MALBEC.— *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires*. T. XVI. N.º 1. 20 de Abril de 1932. Págs. 16-32.

A propósito de um caso de ruptura muscular do bicipete, que apresenta, com excelentes fotografias, o A. faz considerações de ordem histórica, que nos interessam muito relativamente, e de ordem semiológica e terapêutica que merecem referência.

O diagnóstico é fácil tendo em conta todos os sintomas descritos nos livros, e apenas surgem dificuldades no diagnóstico diferencial com a hérnia muscular, com a qual muitas vezes é confundida e, segundo Farabeuf, as antigas hérnias musculares descritas não eram mais do que rupturas musculares.

O antecedente do esforço pode existir em ambos os casos, sendo constante na ruptura muscular, enquanto pode faltar nas hérnias. A dor é muito intensa, como a duma chicotada, na ruptura muscular. Nas hérnias não existe, ou pode ser tão leve e atenuada que pode passar despercebida.

O tumor, na ruptura, aparece imediatamente a seguir ao esforço e à dor, enquanto que na hérnia aparece muito depois ou espontaneamente sem aquela ter existido. Solução de continuidade na ruptura, que não existe na hérnia muscular.

O tumor na ruptura é móvel lateralmente devido ao seu pedículo; na hérnia, a mobilidade é menor, mas faz-se igualmente em todos os sentidos.

Estando o músculo em repouso, na ruptura o tumor é pouco aparente, enquanto que na hérnia muscular é saliente e bem manifesto. Estando o músculo em distensão passiva, na ruptura o tumor modifica-se pouco, enquanto que na hérnia desaparece quasi por completo. Durante a contracção, na ruptura o tumor endurece, aumenta de tamanho e aproxima-se do seu ponto de inserção ou de origem, enquanto que na hérnia diminue de tamanho e permanece no mesmo sitio.

Durante os movimentos activos dificultados, na ruptura aumenta o tumor de tamanho e consistência, enquanto que na hérnia muscular desaparece.

Na hérnia muscular palpa-se um rebordo fibroso que rodeia o tumor e que é o anel através do qual o músculo saiu.

A equimose é de regra na hérnia muscular sendo excepcional na ruptura, a não ser que nesta, como em alguns casos sucede, seja acompanhada também por lesão da aponevrose.

Porém, a-pesar-de todos estes elementos diagnósticos, muitas vezes um grande hematoma pode ofuscar o quadro, como diz Keen, no seu tratado de cirurgia, sobretudo quando o hematoma aparece imediatamente após o esforço. Na generalidade dos casos o hematoma é tardio.

Quanto ao tratamento, entende o A. que as rupturas musculares incompletas são curadas pelo repouso em três semanas. O exercício activo prematuro fá-las reaparecer, a-pesar-de que Wharton Hood, segundo Keen, diz que com o exercício viu-as curarem-se imediatamente, pois crê que «se se obriga o doente a manter o repouso durante todo o tempo que dura a cura, dá-se uma contracção das fibras lesadas que podem ser rompidas ou distendidas ao voltarem ao exercício activo».

Hood coloca umas tiras de adesivo e faz desde o primeiro momento o doente caminhar. Keen também diz que as rupturas musculares incompletas se curam mais rapidamente obrigando a fazer movimentos activos e passivos, sendo neste caso a cura mais perfeita.

Nas rupturas musculares completas ou graves, o tratamento ambulatorio é ineficaz e só se pode intentar o tratamento não operatório com o repouso absoluto, no maior relaxamento muscular possível e com as tiras de adesivo. O resultado muitas vezes não é satisfatório. Nestes casos o tratamento deve ser sempre operatório, a miorrafia.

Quando a ruptura é recente, descobre-se a parte do músculo lesada, eliminam-se os detritos e partes rasgadas cuja vitalidade está comprometida e, colocando o músculo na posição de maior relaxamento possível, cose-se com pontos em U, de *cat-gut*, a certa distância da superfície seccionada, para evitar o rasgamento, sendo conveniente também, como no caso que o A. apresenta, pôr a distância pontos em U para tornar mais seguro o relaxamento muscular.

Terminada a intervenção, é muito importante imobilizar o músculo durante duas ou três semanas antes de começar com os exercícios passivos para passar em seguida aos activos.

Nos casos de rupturas musculares antigas, quando começou o processo degenerativo e se formou tecido cicatricial, é necessário extirpar o mesmo para efectuar depois a miorrafia segundo a técnica descrita. Os resultados nestes casos são muito satisfatórios.

MENESES.

Fracturas do esterno. (*Le fratture dello sterno*), por FRANCESCO BARETTONI (Padova). — *Ortopedia e traumatologia dell'apparato motore*, Vol. IV. Fasc. 1. Fevereiro de 1932. Págs. 3-78.

O A. apresenta-nos dez casos de fracturas do esterno, fazendo uma rápida resenha de quanto está escrito sobre o assunto; as fracturas do esterno,

não sendo excepcionais, como outrora se julgou, devem todavia considerar-se como das mais raras fracturas do esqueleto. Isto poderá parecer em antítese com a estrutura e a situação do esterno, mas de facto não o está, quando se considere que os traumatismos da região anterior do tórax compreendem em geral toda a caixa torácica e as suas conseqüências transmitem-se de preferência sobre a menor resistência das costelas.

O sexo masculino é de regra o mais comumente atingido, na idade média em relação com os trabalhos pesados e perigosos, e é quasi sempre em conseqüência de um traumatismo directo que a fractura se dá.

Entre as causas indirectas, está em primeiro lugar a flexão exagerada do tronco; quando se deve admitir como causal apenas a acção muscular, deve admitir-se também uma diminuta resistência do osso.

A fractura é quasi sempre única, transversa, completa, com o fragmento inferior deslocado para a frente e para cima em relação ao superior. A sede preferida é a união entre o manúbrio e o corpo, ou a parte alta dêste. Normalmente, está associada a fractura das costelas, se o traumatismo foi directo, e a fractura das vértebras se é indirecto.

O diagnóstico, de ordinário, não oterece grande dificuldade; a triadé sintomatológica, posição rígida da cabeça em flexão e da parte superior do tronco, localização da dor e deformidade da região, traz imediatamente à idea a possibilidade duma lesão do esterno que, porém, é oportuno que seja sempre confirmada pelo exame radiográfico.

As complicações podem ser bastante graves para os órgãos que por acaso sejam atingidos, e o prognóstico está com elas intimamente ligado; a fractura do esterno é, por si só, de bom prognóstico, e as conseqüências perfeitamente desprezíveis.

O tratamento não operatório deve ser de regra, mesmo que não se obtenha a redução completa; a intervenção operatória é justificável por perturbações circulatórias, respiratórias ou por processos infecciosos.

MENESES.

O antagonismo entre neoplasias malignas e tuberculose. (*L'antagonismo tra neoplasie maligne e tubercolosi*), por VITTORIO PETTINARI (Milano). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. xi. Fasc. 2. Págs. 140-187.

Do que o A. leu na literatura do assunto, e do que concluiu das suas observações pessoais, pôde tirar certas conclusões que resumimos.

Cancro e tuberculose são duas doenças de morbilidade diferente, que atacam de hábito em idades diferentes, e têm sedes predilectas e tipos constitucionais diversos. Análoga diferença existe entre o cancro e várias infecções e segundo alguns autores diversas doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e emunctório. A-pesar-desta diferença, cancro e tuberculose podem coexistir, não só no mesmo organismo, mas, com excessiva raridade, até no mesmo órgão.

Em alguns casos especiais a lesão tuberculosa pode actuar, análoga-

mente a outros estímulos crônicos, como causa directamente favorável à transformação neoplásica.

Nos casos de associação, de ordinário a tuberculose precedeu o cancro. Este, seja de natureza epitelial ou conjuntiva, não parece sofrer alguma inibição, alguma limitação de crescimento, alguma diminuição de virulência pela coexistência do processo tuberculoso.

Um processo e outro podem desenvolver-se independentemente um do outro. Só quando atingem contacto directo, o neoplasma maligno pode invadir o processo tuberculoso e substituí-lo, de modo perfeitamente análogo ao que normalmente se dá com o tecido normal. Assim, freqüentes vezes, o processo neoplásico parece actuar como estimulante sobre velhas lesões tuberculosas, e são numerosos os casos nos quais a difusão metastática do neoplasma é acompanhada por uma difusão miliariforme da tuberculose.

A tuberculose não parece sofrer alguma atenuação de virulência pela presença do tumor. Isto tem a sua confirmação experimental na possibilidade de fazer viver bacilos de Koch em pleno tecido neoplásico com inalterada capacidade de reproduzir a lesão específica em sucessivas inoculações em outros indivíduos.

Não existe, pois, antagonismo algum local ou geral entre cancro e tuberculose, mas apenas uma diferente disposição individual, de espécie, de tecido e de órgão para serem tocados por uma ou pela outra forma.

MENESES.

Alguns casos de sympatectomia periarterial aplicada à traumatologia.
(*Quelques cas de sympathectomie periarterielle appliquée à la Traumatologie*), por L. DEJARDIN. — *Révue de Pathologie et de Physiologie du Travail*. Ano 8.º N.º 7. Abril de 1932. Págs. 187-198.

Fiel aos ensinamentos do seu mestre Leriche, durante quatro anos o A. experimentou a sympatectomia arterial num certo número de casos de seqüelas traumáticas de natureza vária, mas nas quais todos estão de acôrdo em reconhecer uma mesma origem que deve ser procurada numa das várias perturbações da vasomotricidade consecutiva ao traumatismo.

Artrite traumática. — Um traumatismo, mesmo muito leve, pode trazer conseqüências relativamente graves ao nível das articulações interfalângicas dos dedos das mãos e dos pés. O sinistrado que deu uma pancada ao nível de uma destas pequenas trocleartroses sente durante alguns minutos, ou mesmo algumas horas, uma dor passageira e queixa-se de inchaço e de limitação transitória dos movimentos. A incapacidade é de um ou dois dias, e beneficia de banhos frios.

Mas às vezes, certos dêstes sinistrados, depois dum intervalo maior ou menor, queixam-se de dores, de impotência funcional acentuadas. Ao nível da articulação interfalângica atingida podem ver-se os sinais evidentes de perturbações vasomotoras: vermelhidão, aumento ou diminuição da temperatura local, dor, rigidez, limitação dos movimentos. A duração por vezes

considerável destes fenómenos, que nenhum tratamento fisioterápico consegue melhorar, dá que pensar na causa dessas perturbações. Quasi sempre a radiografia é negativa (nem fractura, nem luxação). Quando muito, o exame comparativo dos dois dedos simétricos pode mostrar às vezes um ligeiro grau de descalcificação.

Estas lesões devem, segundo a opinião do A., ser etiquetadas como «artrites traumáticas». Cabem na definição de Leriche, nas impotências dolorosas e prolongadas, após traumatismos articulares, sem *subtractum* anatómico a não ser, nos casos graves, uma ligeira osteoporose tardia das extremidades articulares.

O A. fez treze intervenções neste género de seqüela post-traumática: onze por lesões dos dedos das mãos, duas dos dedos dos pés. O caso mais antigo data de há quatro anos, o mais recente data de há quinze dias.

Tendo podido seguir onze dos seus operados, o A. obteve dez curas e um insucesso após melhora de cinco meses. O A. apresenta algumas histórias clínicas dos operados, e não de todos porque, diz, o cirurgião propõe... e o doente dispõe.

No entanto, conclue que a simpatectomia é benéfica na artrite traumática dos dedos das mãos e dos pés.

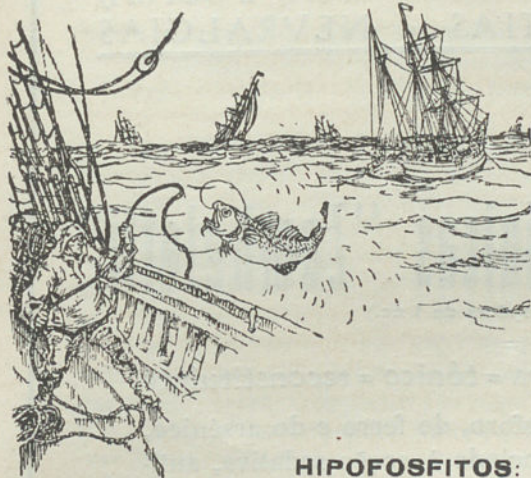
Em artigos recentes, Leriche preconiza, no começo destas doenças, a injeção anestésica periarticular que tem sobre a simpatectomia a vantagem enorme de estar ao alcance de todo o prático.

O A. experimentou-a em dois casos, tendo um tido sucesso e outro não, devendo, porém, dizer-se que neste segundo o traumatismo datava de mais de seis meses.

Edema post-traumático.—O A. apresenta o caso de um indivíduo que contundiu a face dorsal duma das mãos, com ferida contusa, tendo-se, passados dias, instalado um edema nessa região. Cinco meses após esse acidente, a face dorsal da mão está cianosada, com um edema duro, indo até a face dorsal dos dedos, que estão rígidos. Mão fria, redução sensível no oscilómetro. Simpatectomia da humeral. Na tarde do dia da operação, a mão está completamente desinchada, os movimentos completos e sem dor. Esta cura mantém-se há um ano.

Osteoporose traumática.—Um caso do A. como muitos que encontramos diariamente, de fractura justa-articular mobilizada precocemente, e que dois meses depois apresenta uma descalcificação óssea intensa, com limitação de movimentos e dor ao andar. Simpatectomia, e no dia seguinte a mobilização faz-se sem dor e o doente caminha sem dor. Este caso mostra ainda que a imobilização duma articulação não pode ser a única responsável pela osteoporose. Este doente foi mobilizado imediatamente. Com Leriche, pensa o A. que a causa está ainda na hiperemia activa post-traumática.

Quanto às dúvidas deste paradoxo de querer curar uma consequência da vasodilatação com uma intervenção que provoca outra vasodilatação, o A. responde com a frase de Leriche: «Tudo está por estudar, factos são factos, e isto dá, para o bem dos nossos doentes»...



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Casa Central Barcelona - Espanha
Via Layetana, 28

Sucursal em Lisboa
Rua Arco do Cego, 90

Preparada com:

**EXTRACTO DE OLEO DE
FÍGADO DE BACALHAU.
EXTRACTO DE MALTE.**

HIPOFOSFITOS: De manganésio, de cálcio, de potássio,
de ferro, de quinina e de estricnina.

D O S E S :

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Depositários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.da**
Rua dos Sapateiros, 39, 1.º — LISBOA



IODALOSE GALBRUN

IO DO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

**Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas aplicações
sem Iodismo.**

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

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo **Peptoniodo.**
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musée, PARIS

HISTERISMO, NEURASTENIA, INSONIA,
NEUROPATIAS e NEURALGIAS



INJEÇÕES

Arseno-Bromo-Tónicas "Zambeletti"

(Em ampólas de 1 cc.)

Preparação sedativa = tónico = reconstituente
na qual a acção do fósforo, do ferro e do arsénico,
combinados, está associada à acção sedativa, anti-
espasmódica e analgésica do Bromo e da Valeriana
fresca.

Tratamento calmante e reconstituente

SENHOR DOUTOR:



Nos casos em que falharem os iódicos
comuns, mesmo quando minis-
trados em doses altas,

EXPERIMENTE O

Iodazone "Zambeletti"

Em injeções e comprimidos

Iodo orgânico sintético de composição química constante, es-
sencialmente ideado para a terapia iódica activa e intensiva.

No tratamento das artrites, pleurisias, poliserosite das glân-
dulas, adenites, linfatismo grave, sífilis (em tratamento
combinado com os remédios específicos), bronquites, asma
bronquial, auto-intoxicações, etc., etc.

Cada comprimido ou cc. contem 2,54 de iodo activo

Amostras à disposição dos srs. Médicos

L. Lepori — Apartado 214 — Rua Vitor Cordon, 1-E — **Lisboa**

Sobre a técnica da cesariana de Portes, por L. KRAUL. — *Zentralblatt f. Gynecolog.* — N.º 32. 1931. Ref. in *Revista Esp. de Obstetricia e Ginecologia*. Ano XVII. N.º 185. Pág. 137. Março de 1932.

São hoje muitos os sucessos publicados sobre a operação de Portes. Nas clínicas alemãs, pensa o A. que o processo não fez ainda a carreira que merece, talvez pelos inconvenientes que tem: em primeiro lugar, o feto pode morrer durante o tempo que se gasta em exteriorizar o útero e suturá-lo à ferida abdominal, por acotovelamento dos vasos uterinos; em segundo lugar, a «reintegração» aos 20-30 dias, de um útero puerperal coberto de granulações que exsudam, na cavidade abdominal, é um perigo, não desprezível, de peritonite. E por fim, a mira especial da operação que é a conservação da fertilidade, é muito aleatória dadas as perturbações tubárias que logicamente devem acompanhar tão longa exteriorização. Tudo isto explica que a maioria dos cirurgiões alemães prefiram a histerectomia subtotal em caso de indicação da cesariana com infecção do óvo.

O A. procedeu da seguinte maneira, no caso a que se refere o seu artigo: anestesia com éter. Laparotomia mediana desde o apêndice xifoideo até uma mão travessa abaixo do umbigo. Exteriorização do útero, a qual, pela anteflexão forçada que implica, produz uma estase sanguínea muito acentuada e perceptível, sobretudo em forma de cordões venosos, grossos como o dedo, das veias laterais. Encerramento da ferida até o útero e sutura do útero à fenda laparotômica, tendo o cuidado de que os anexos fiquem intraperitoneais, para o que foi necessário levantar os bordos laparotômicos e saturá-los ao nível das inserções do ligamento redondo e trompa, cousa que foi fácil. Incisão anterior do útero e extracção do feto de 4.400 gramas que chora vigorosamente depois da respiração artificial. Saem águas escassas, coradas e fétidas. Os bordos da incisão do útero são suturados com alguns pontos de sêda e cobre-se com uma gaze húmida. A evolução foi absolutamente favorável. A puérpera dá de mamar. Aparece uma tromboflebite da perna esquerda, de evolução muito tórpidas, que se complica de dermatose e que, junto com a mastite que é necessário abrir, demoram a reintegração do útero.

Na sexta semana o útero retraiu-se a tal ponto que já não forma relêvo no abdômen, mas se apresenta como um círculo do tamanho dum relógio de algibeira, está indolor e com o aspecto de queratinizado. Prescinde-se da laparotomia para a reintegração, e é isto o que traz a originalidade do método. Posteriormente fez-se uma útero-salpingografia que mostrou que a trompa direita estava permeável.

MENESES.

Contribuição clinico-operatória para a ressecção do chamado nervo pressagrado. (*Contributo clinico-operativo alla resezione del cosiddetto nervo presacrale*), por G. CANAVERO. — *Archivi Italiani di Chirurgia*. N.º 4. 1931. Ref. Grieco.

Depois de vasta introdução histórica e anatômica, o A. refere os seus trabalhos sobre o tratamento cirúrgico das dores pélvicas.

Existem quatro formas anatómicas de plexo hipogástrico superior: um grande cordão único, ou duas fitas paralelas anastomosadas, ou uma única, ou um plexo formado por elementos muito finos.

Sob o ponto de vista cirúrgico, é preciso saber que o plexo segue na camada célula-adiposa retroperitoneal que se encontra à altura da V.^a lombar.

Sob raquianestesia, o A. faz uma incisão mediana supra e subumbilical, afasta o intestino delgado para cima, a ansa sigmoidea para a esquerda e procura o promontório, sobre o qual incisa o peritoneu parietal posterior. Por debaixo deste, não se limita a sectionar os filetes nervosos visíveis, resseca em cerca de 3 centímetros a camada célula-adiposa situada na parte anterior do corpo da V.^a lombar.

Nas indicações operatórias de tal intervenção estão compreendidas as nevralgias pélvicas devidas ou não a ovarites escleroquísticas ou a perimetrites, o vaginismo, as dismenorreias rebeldes, as hipoplasias uterinas, as metrorragias e as leucorreias de origem ovárica nas raparigas, as crises clitorideas.

Para o A., todavia, as indicações mais oportunas seriam fornecidas pelos tumores malignos inoperáveis dolorosos, pelas cistalgias crónicas, pelas nevralgias pélvicas por inflamações crónicas útero-anexiais, por carcinomas inoperáveis dolorosos do recto, da próstata, da bexiga.

Não parece indicada, porém, a intervenção nas formas de dismenorrea simples não mantida por manifestações salpingo-ováricas, pois nestes casos a intervenção parece desproporcionada com a importância das manifestações a tratar.

O A. refere casos clínicos, nos quais se obtiveram também insucessos, e que poderiam ter sido devidos a operações incompletas (quando, seguindo as indicações de Cotte, que descreve o plexo como um cordão único, se deixam íntegras numerosas vias de conexão não incluídas nesse cordão) ou à regeneração do plexo (que podendo explicar qualquer insucesso, é difícil de dar-se, sendo de 3 centímetros a distância entre os topos dos filetes ressecados e privados de meio condutor) ou a nevrites extensas além da zona controlada do plexo hipogástrico, ou a outras vias nervosas que se tornam capazes de transmitir sensações dolorosas, ou enfim à presença de vias sensitivas independentes do plexo hipogástrico.

MENESES.

Resultados experimentais obtidos com a administração de foliculina por via oral e paraenteral, por J. TORRE BLANCO, J. GARCIA ORCOYEN e M. VEGA BENEDICTO. — *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*. N.º 196. Pág. 158. Abril de 1932.

Neste trabalho os AA. chegaram às seguintes conclusões:

1.º — A administração de foliculinas por via oral é perfeitamente activa no terreno experimental utilizando a rata branca castrada, e embora os processos digestivos sejam muitos diferentes, segundo se trata de um herbívoro ou da espécie humana, os resultados clínicos obtidos parecem demonstrar

que também na mulher se pode utilizar a via oral na administração das foliculinas.

2.º — A administração por via paraentérica provoca reacções muito intensas, mas transitórias.

3.º — A administração de Progynon antigo (foliculina sem substâncias lipóides) por via oral é menos activa do que por via paraentérica.

4.º — O Progynon moderno (foliculina em maior grau de pureza associada a determinadas substâncias lipóides) administrado por via oral provoca reacções que podem ser tão intensas como se fôsse utilizada a via paraentérica.

5.º — Podemos supor, em virtude destes resultados, que quando na clínica pretendamos a elevação rápida do tono hormonal de foliculina, devemos preferir a administração por injecções subcutâneas. No caso contrário de se tratar de doentes que estejam necessitadas de um tono hormonal constante em determinado grau, será preferível a administração por via oral.

A. RÓDO.

Corionepitelioma do útero (caso de cura numa mulher jóven apresentando metástases extensas), por J. SACKNER e M. L. LOEWENTHAL. — *The Journal of the American Medical Association*. N.º 14. Abril de 1932.

Os AA. apresentam um caso de cura observado após histerectomia e roentgenterapia, dizendo que a combinação destes dois processos dá os melhores resultados no tratamento do corionepitelioma maligno. O exame microscópico do corionepitelioma nem sempre revela o verdadeiro prognóstico da doença.

A. RÓDO.

Distócia uterina por dissociação da sinergia funcional, por ALBERTO RAMOS. — *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*. N.º 196. Pág. 163. Abril de 1932.

Trabalho apresentado ao Congresso Argentino de Obstetricia e Ginecologia que originou numerosas discussões e em que o A. pretende demonstrar as bases fisiopatológicas de certas anomalias da contracção uterina no trabalho de parto. Termina com as seguintes conclusões:

1.º — A perturbação do mecanismo nervoso que coordena o equilíbrio da função excitomotriz do útero pode dissociar a sinergia da função de contractilidade na sua dupla propriedade de tonicidade e contractilidade própria dita.

2.º — O transtorno de coordenação excitomotriz pode dissociar também a correlação funcional entre as distintas regiões do útero de modo que uma delas acuse sinais de actividade e mesmo superactividade, enquanto outras permanecem flácidas e inactivas.

3.º — A dissociação pode ir até à inversão do trabalho das forças de modo que uma iniba ou domine a função fisiológica da outra.

4.º — A escola de Estrasburgo caracterizou com precisão clínica, em numerosas observações, a dissociação da sinergia funcional entre o corpo e o colo do útero e os resultados estão em concordância com os conhecimentos actuais de anatomia, enervação, fisiologia, fisiopatologia e efeitos da raqui-anestesia durante o trabalho do parto.

5.º — A experiência com a terapêutica dos calmantes e anti espasmódicos tende a dar fundamento à fisiopatogenia destas anomalias de dissociação funcional explicando-a pelos transtornos de enervação do simpático e do parasimpático.

A. RÓDO.

Anemia grave após a gastrectomia total. (*Schwere Anämien nach totalen Magenresektionen*), por K. GUTZEIT. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 9. 1932.

É conhecido o facto do aparecimento da anemia em seguida a afecções, as mais variadas, do tubo digestivo: gastro-enterites crónicas, ressecções e apertos do intestino delgado, gastro-enterostomias e especialmente gastrectomias; neste último caso as anemias agástricas, como lhe chamou Morawitz.

O A. praticou em 7 cães a gastrectomia total e pôde seguir nos animais operados, durante períodos de 3 a 7 meses, a evolução da fórmula sanguínea. Logo a seguir à operação, e depois dum aumento passageiro do valor da hemoglobina, dos glóbulos rubros e dos leucócitos, instalou-se uma anemia progressiva, que mais ou menos rapidamente, algumas vezes depois de muitos meses, atingiu um grau elevado. A espécie da anemia foi sempre a mesma: hipocrômica e aplástica. Eritrócitos nucleados, megalócitos ou reticulócitos nunca se encontraram.

A análise clínica do intestino mostrou sinais de dispepsia de fermentação; no sangue não se encontrou aumentada a bilirubina.

J. ROCHETA.

A importância prática da atonia arterial no desenvolvimento da arteriosclerose. (*Die praktische Bedeutung der Arterioatonie für die Entwicklung der Arteriosklerose*), por J. PLESCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 9. 1932.

O A. defende a tese que considera a arteriosclerose como um fenómeno parcial duma doença constitucional, sistemática, que ataca especialmente a musculatura lisa. As modificações locais — ateromatose, aterosclerose, calcificação — servem apenas para reforçar as paredes dilatadas, nas regiões que exigem uma circulação o mais perfeita possível. A arteriosclerose é uma doença que aparece em todas as idades, pode estacionar, é curável no seu início e mesmo facilmente influenciável em estados tardios; não é uma doença da velhice nem inexoravelmente progressiva e incurável.

A causa primária da arteriosclerose reside na insuficiência dos elementos musculares e elásticos da parede arterial, que se dilata nos pontos mais

expostos à pressão sanguínea; é secundariamente que êsses pontos se espessam e endurecem, como medida de defesa. Por isso a calcificação deve considerar-se como um processo curativo.

Como etiologia podem encarar-se todos os factores que, enfraquecendo o organismo, conduzam a uma atonia geral e portanto à arterioatonia.

J. ROCHETA.

Injecção do Impletol no reumatismo muscular. (*Impletolinjektionen bei Muskelrheumatismus*), por SCHLEGALMILCH. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1932.

O A. recomenda nos casos de reumatismo muscular o uso do Impletol, um composto de novocaína-cafeína. Costuma nos casos recentes injectar o conteúdo duma empôla na massa muscular afectada, e quasi sempre o bom resultado é immediato: a dor desaparece rápida e totalmente. Se fôr necessário, repete-se a operação nos dias immediatos, ou no mesmo dia nalguns casos mais rebeldes. Não deve esquecer-se como adjuvante do tratamento o emprego das applicações locais quentes e mesmo o uso interno do salicilato nos casos renitentes.

J. ROCHETA.

O tratamento pelos raios X em medicina. (*Ueber Röntgenbehandlung innerer krankheiten*), por F. SALZMANN. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 10. 1932.

São as seguintes as doenças que lucram com a roentgenterapia:

1) Leucemia linfóide crônica: a applicação dos raios X deve fazer-se sobre os gânglios linfáticos hipertrofiados e no baço. A dose a empregar varia de doente para doente e depende do grau da linfocitose e do estado geral. Nunca pode obter-se uma cura duradoura, mas consegue-se por vezes melhorias que duram anos.

2) Leucemia mielóide crônica: a applicação deve fazer-se sobre o baço e os ossos longos. 90 % dos casos obtêm melhoras, mas ainda não foi possível conseguir-se curas. As leucemias agudas não devem irradiar-se.

3) Policitemia: devem fazer-se applicações sobre a medula de todos os ossos; irradiações secundárias, se o número dos glóbulos vermelhos tornar a aumentar, o mais cedo, depois de três meses. Em certos casos é vantajosa a administração de baço cru ou em pó. Sangrias abundantes aliviam por algum tempo os incômodos criados pela tensão. Em 80 % obtêm-se melhoras com a radioterapia.

4) Linfogranuloma (Hodgkin): com a roentgenterapia obtém-se um notável prolongamento na duração da vida dos doentes, que nos casos não tratados oscila de alguns meses a 2-3 anos. Há casos com 13 anos de existência, a-pesar-do linfogranuloma se tornar com o tempo refractário aos raios X.

5) Linfossarcoma: casos há que desaparecem totalmente com a roentgenterapia, mas as recidivas são em regra menos radio-sensíveis. Depois das

primeiras irradiações aparecem na zona irradiada tumefacções irritativas que, além de desagradáveis, podem provocar, quando a região atingida é o mediastino, sintomas graves por deslocação rápida do coração e grossos vasos.

6) Linfoma tuberculoso, por vezes difícil de distinguir do linfogranuloma. As irradiações actuam em geral eficaz e rapidamente se a caseificação não é muito extensa.

7) Doença de Basedow e tireotoxicose: aos doentes com indicação para os raios X deve principiar-se sempre com doses pequenas e por séries de três a seis irradiações. É de recomendar a determinação do metabolismo basal antes e depois de cada série. Não tem fundamento o receio, muitas vezes expressado, de que assim se origine aderências que mais tarde dificultem uma operação necessária.

8) Hipertrofia da próstata: as mais facilmente influenciáveis são as hipertrofias moles. as doses para serem eficazes devem ser relativamente fortes, e exigem uma segunda série dois a três meses depois.

Nas afecções seguintes o tratamento pelos raios X deve considerar-se apenas como um complemento ou último recurso, depois de terem falhado os métodos usuais.

9) Actinomicose: nas fistulas arrastadas que ficam após o esvaziamento dos abscessos, especialmente da face e do pescoço, e ainda na actinomicose pulmonar, podem as irradiações conseguir não só melhorias notáveis como até curas.

10) Asma brônquica: por vezes, os resultados são brilhantes. A técnica ainda não está claramente regulada, e é possível que junto à acção espasmolítica dos raios X se associe uma influência psíquica. Devem aplicar-se doses pequenas na região hílare e maiores sobre o baço.

11) Tuberculose pulmonar, tráqueo-brônquica e testicular: têm sido apontados resultados satisfatórios por alguns autores (Bacmeister). Estes casos, porém, exigem uma técnica muito delicada.

12) Acromegalia: é do domínio fisioterápico, quando a operação é negada ou não é possível, e assim têm-se registado melhoras satisfatórias com as irradiações.

13) Uremia: há quem aconselhe doses fracas sobre as regiões renais.

14) Hemofilia: pode obter-se melhoras com irradiações sobre o baço e o fígado ou pelo menos aumentar a coagulabilidade de modo a diminuir os perigos duma hemorragia quando o doente necessita duma intervenção cirúrgica.

J. ROCHETA.

O problema da sede de formação do pigmento biliar. (*Das problem der Bildungsstätten des Gallenfarbstoffes*), por F. ROSENTHAL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 11. 1932.

O A. de colaboração com Zinner realizou uma série de experiências no intuito de verificar o fundamento da tese de Aschoff, que admite como principal, senão único o papel do sistema retículo-endotelial na formação da bilirubina. Para isso provocou icterícia em ratos por intermédio do ikeroger,

que reproduz sob o ponto de vista clínico os sintomas próprios das formas hepatotóxicas, chegando aos seguintes resultados:

1) Consegue-se, por intermédio do ikerogen, provocar no rato, num período de 14 horas, uma icterícia de aproximadamente 6 unidades de bilirubina, no sangue.

2) Esta icterícia apresenta-se ligeiramente diminuída, se previamente se pratica a esplenectomia.

3) A evolução e a intensidade da icterícia não apresentam alteração sensível, se antecipadamente, por injeção intravenosa de cobre coloidal, provocarmos uma intoxicação intensa do sistema retículo-endotelial.

4) O mesmo se verifica nos ratos submetidos às injeções de cobre e aos quais se extirpou o baço.

Por isto se verifica que a formação da bilirubina necessária para icterícia provocada pelo ikerogen se realizou, embora o aparelho celular do sistema retículo-endotelial se encontre morfológica e funcionalmente lesado e mesmo reduzido pela extirpação do baço.

Aos que defendiam este sistema como principal laboratório formador da bilirubina, apoiando a sua afirmação no não aparecimento da icterícia nos animais hepatectomizados, deve contrapor-se a idea de que com a extirpação do fígado se extrai a célula hepática.

J. ROCHETA.

A nova terapêutica do reumatismo: terapêutica combinada de enxôfre e iodo. (*Zur neuen Rheumatherapie: Kombinationstherapie von Schwefel und Iod*), por A. BURKARDT. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 11. 1932.

Numa série de 200 doentes com reumatismo crónico aplicou o A. a combinação enxôfre-iodo com resultados nitidamente superiores aos verificados até hoje com os outros processos terapêuticos. No caso de ciática, lumbago ou em doentes com artrites reumáticas crónicas que pelo estado geral ou insuficiência cardíaca e renal não permitia o uso de injeções aplicou o josukutan em fricções. Quando se pretende uma acção mais intensa emprega a Detoxin em injeções intramusculares combinados com My-Iod 2 vezes por semana. Como adjuvantes aconselha a balneoterapia enxôfre-iodo com o Thiasol ou sob a forma de banho de iodo Silvam assim como uma prescrição dietética apropriada.

J. ROCHETA.

O tratamento da tosse convulsa com a vacina da I. G. Farben. (*Die Behandlung des Keuchhustens mit Impfstoff der I. G. Farben*), por WEISS. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 11. 1932.

Com a aplicação da vacina da I. G. Farben refere o A. numa série de 12 casos uma percentagem de 100% de curas num período muito mais rápido que usualmente (3 a 4 semanas o máximo). O protocolo do tratamento con-

siste em 3 injeções intramusculares de 1 c. c., dadas de 2 em 2 dias. Os acessos desaparecem muitas vezes logo depois da 1.^a injeção.

J. ROCHETA.

Uma forma de endocardite causada por um estreptococo anaeróbio.
(*Über eine durch anaërobe Streptokokken verursachte Endokarditisform*),
por K. BINGOLD. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 12. 1932.

O A. descreve quatro casos de endocardite maligna, demonstrativos da necessidade que há da hemocultura em todas as doenças infecciosas sem uma sintomatologia nítida, não se devendo esquecer nunca a pesquisa de agentes anaeróbios. As características dos casos mencionados podem resumir-se como segue:

- 1) A doença foi fatal em todos êles.
- 2) Em contradição com êste resultado, revelaram-se as modificações patológicas insignificantes das válvulas cardíacas, sobretudo com ausência de lesões ulcerosas.
- 3) O decurso é em geral agudo, ou subagudo.
- 4) Contrariamente às endocardites dos agentes aeróbios, nos quais se observa predominantemente uma febre contínua, estes casos caracterizaram-se por arrepios frequentes.
- 5) Raramente metástases e quasi sempre só pulmonares.
- 6) A porta de entrada dos agentes é principalmente os órgãos genitais femininos, as amígdalas, o ouvido médio e o *tractus* intestinal.
- 7) O aparecimento na hemocultura de estreptococos anaeróbios em abundância, independentemente dos arrepios, permite — na opinião do autor — *in vivo* o diagnóstico de endocardite por anaeróbios, embora na auscultação do coração se não ouçam ruídos adventícios.

A terapêutica empregada foi a habitual das outras endocardites sépticas, mas, como se disse de início, sem resultado.

J. ROCHETA.

Bibliografia

Les troubles du sommeil. Insomnies, hypersomnies, parasomnies, pelo Dr. HENRI ROGER — Professor de Clinica de Doenças Nervosas da Faculdade de Medicina de Marselha. — Masson & C^{ie} éditeurs, Paris. Preço, 20 frs.

O Prof. Roger, de Marselha, acaba de publicar um interessante volume sobre o sono normal e patológico. No seu trabalho deixa de parte as considerações fisiológicas e filosóficas mais discutidas e a que outros autores, Hess, Salmon e Lhermitte, entre outros, têm dedicado importantes estudos. O Prof. Roger encara o problema sob o aspecto clínico, dando ao seu livro uma orientação essencialmente prática.

No primeiro capítulo, que dedica ao sono normal, estuda o seu mecanismo e discute a sua localização cerebral fazendo referência às investigações anátomo-patológicas, experimentais e fármaco-dinâmicas que com êle se relacionam, apresentando num conjunto de rápida leitura o que de mais interessante há sobre o assunto.

Às insônias e hipossônias dedica o autor uma parte importante do volume. Estuda as suas variações sintomáticas, as suas conseqüências, as insônias experimentais. Procura estabelecer tipos etiológicos: vegetativos cérebro-espinhais e psíquicos. Refere-se largamente ao seu tratamento higiênico, psíquico e medicamentoso.

As hipersônias são tratadas, em seguida, pelo Prof. Roger com proficiência. Passa em revista a encefalite epidêmica, as intoxicações e auto-intoxicações, as doenças endócrinas, as lesões encefálicas, as neuroses e psicoses que determinam tantas vezes esta perturbação.

As crises narcolépticas, bem como as parassônias (sonhos, terrores nocturnos, abalos prossónicos, etc.) mereceram também ao autor algumas páginas de interessante observação.

A linguagem é clara e acessível; por isso o volume do professor marselhês vai ser bem acolhido por todos aqueles que desejem rapidamente pôr-se ao corrente dos problemas clínicos que mais de perto se relacionam com o sono normal e patológico.

EGAS MONIZ.

Die spezielle chirurgie der Gehirnkrankheiten. — Die epileptischen, FEDOR KRAUSE und HEINRICH SCHUMM. — Erkrankungen 2 vol. 1932. Ferdinand Enke, Stuttgart.

A Fedor Krause deve a cirurgia cerebral os mais altos serviços. Muito antes de a escola norte-americana alcançar, com Cushing e Dandy, os assinalados triunfos dos últimos tempos, o Prof. F. Krause conseguira resultados notáveis na cirurgia cerebral. Trabalhou durante muitos anos em colabora-

ção com Oppenheim, cuja precisão de diagnóstico na localização dos tumores cerebrais pôs em evidência as suas altas qualidades clínicas, numa época em que os meios radiológicos de contraste ainda não tinham trazido os importantes subsídios de que hoje se socorrem os neurologistas e neuro-cirurgiões. F. Krausse conseguiu assim reünir um avultado número de casos clínicos de que nos deu conta no seu livro sobre a *Cirurgia do cérebro e da medula*. Traduzido em francês em 1912 por Bourguet e Jeannel, alcançou larga divulgação e ainda hoje é um precioso tratado de que não podem dispensar-se os que se ocupam deste complexo assunto. F. Krause na Alemanha, Duret em França e Horsley em Inglaterra, foram os grandes impulsionadores da cirurgia dos tumores cerebrais que teve períodos de entusiasmo e de desalento antes de atingir a perfeição da hora presente. Sem podermos assinalar primazias, justo é confessar que a obra inicial de Fedor Krause, pela brilhante documentação gráfica e pelas minuciosas descrições operatórias, conseguiu levar muitas clínicas neurológicas a preconizar intervenções nos casos de tumores intracranianos.

Nessa época o professor berlinês contava já com um número avantajado de sucessos com extirpação total de tumores.

Recordamos esse passado do Mestre para mostrar a sua grande autoridade na direcção de *Die spezielle chirurgie der Gehirnkrankheiten*. O primeiro volume do tratado contém artigos dos professores Guleke sobre as inflamações das meninges, Boshamer a propósito da encefalomalacia, Willich sobre abcessos cerebrais, Brühl sobre as complicações otogénicas e rinogénicas do cérebro, Hanns sobre as trombozes dos seios em que essas complicações não foram encontradas e Hans Smidt que dedicou um extenso capítulo ao estudo das hemorragias, paquimeningites e aneurismas das artérias cerebrais. A terapêutica cirúrgica ocupa em todos esses artigos um lugar de relêvo.

A segunda parte desse trabalho acaba de ser publicada, em dois volumes, pelo Prof. Fedor Krause e Heinrich Schumm. É uma extensa e vasta exposição em que o problema da epilepsia, e em especial o seu tratamento cirúrgico, são largamente apreciados e discutidos.

Para darmos conta do valor da obra, faremos uma resumida enumeração das matérias nela contidas.

A introdução histórica é completa e vai até as rebuscas nos achados pre-históricos. Os AA. investigam a frequência e a importância da epilepsia e estados afins nas tribus de baixa civilização; na Grécia e em Roma; na medicina dos árabes. Apreciam, em seguida, o desenvolvimento do mal comicial na Europa da idade média e dos tempos modernos, com referência especial à escola italiana. Merece-lhes especial atenção a época das ciências naturais, terminando pelo estudo da epilepsia no século XIX.

Tratam da epilepsia nos animais. Procuram averiguar o valor patogénico que sobre a sua frequência podem ter as diversas raças. Apreciam, nas estatísticas da Alemanha, a importância da idade na eclosão da doença; as influências climatéricas e meteorológicas, das estações, das horas do dia e da guerra.

À epilepsia por lesões orgánicas dedicam os AA. uma parte importante

da obra. Processos de hipertensão, epilepsia traumática, relações entre as crises jacksónicas e as generalizadas, etc., são assuntos passados em revista.

A sintomatologia ocupa mais de cem páginas do volume. A crise epiléptica típica; as crises convulsivas parciais; os acessos rudimentares; os equivalentes; os estados vizinhos da epilepsia: mioclonos, narcolepsia, picnolepsia e a enxaqueca; as perturbações psíquicas transitórias; as auras; as manobras frenadoras e provocadoras dos acessos, são assuntos trabalhados sob vários aspectos.

Um outro capítulo é dedicado à marcha da doença, alternância e mudança das crises; fenómenos observados nos intervalos livres (urinas, líquido céfalo-raquídio, etc.); degenerescência psíquica.

A prognose da epilepsia é apreciada desde a cura espontânea à morte por ataques isolados ou subintrantes.

A etiologia, por vezes tão obscura da epilepsia, constitue um dos capítulos mais interessantes da obra. A disposição, a tendência nacional epiléptica, as alterações cerebrais, as determinantes dos acessos epilépticos, os factores convulsivos permanentes e acidentais, são ali desenvolvidos. Igualmente o são as intoxicações crónicas (alcool, sífilis, etc.), a arteriosclerose, as taras hereditárias, os traumatismos, os tumores cerebrais, a hidrocefalia, os parasitas, as encefalites e as paralisias infantis cerebrais.

Ao lado das averiguações patogénicas, alargam-se os AA. no estudo da anatomia patológica do crânio, das meninges e do cérebro com considerações sobre a citoarquitettura. A fisiologia e fisiopatologia também lhes merecem largas e interessantes considerações em que avulta a parte experimental no animal e no homem que tão interessantes elementos veio trazer à localização das zonas motoras sensitivas e epileptogénicas e à forma como se desenvolvem as crises. Neste capítulo merece ainda particular menção o que se refere às perturbações de ordem vascular e à propagação das excitações.

Termina assim a primeira parte deste valioso tratado sobre a epilepsia, volume de 516 páginas, ilustrado com 112 gravuras, que, sob múltiplos aspectos, interessa à fisiologia e à patologia.

O segundo volume da obra é essencialmente clínico. Os AA., apoiando-se na sua larga prática, puderam levar a cabo tão pesada empreza. O diagnóstico da epilepsia é ali largamente discutido. Limitado o assunto pela apreciação dos variados sintomas que separam a epilepsia das outras enfermidades, ocupam-se Krause e Schumm do diagnóstico de foco e do diagnóstico etiológico. Tratam, em primeiro lugar, da sintomatologia neurológica e, em seguida, dos meios auxiliares mecânicos de diagnóstico, entre os quais agrupam as radiografias simples; as encefalografias e ventriculografias do método de Dandy; a maneira como se conduzem as substâncias corantes no líquido ventricular; a encefalografia arterial, que exemplificam com dois bem escolhidos filmes de entre os que nós publicámos; a punção lombar; a punção cerebral.

A segunda parte deste volume é dedicada ao tratamento da epilepsia, em particular ao seu tratamento cirúrgico. Alongar-nos-íamos excessivamente se fizéssemos uma enumeração minuciosa de todos os assuntos que

nela são abordados. Diremos, por isso, sumariamente que os AA. tratam, em primeiro lugar, das operações de carácter geral, entre as quais incluem a encefalografia gasosa e a punção do corpo caloso.

Antes de entrarem na descrição das intervenções para a extirpação do centro convulsivo primário, e que nem sempre são seguidas de sucessos satisfatórios, ocupam-se das operações chamadas indirectas, ou, pelo menos, aparentemente indirectas e que, por vezes, têm dado resultados eficazes. E assim recordam as intervenções sobre a cadeia do simpático cervical, as ressecções do simpático periarterial, a laqueação das carótidas, a extirpação das cápsulas supra-renais, a transplantação de glândulas endócrinas, etc.

A técnica operatória é descrita por mão de mestre. Fedor Krause, na vasta obra publicada, fez sempre realçar as suas brilhantes qualidades de didacta.

O tratamento médico também merece aos AA. largas referências.

O volume termina por considerações sobre os aspectos sociais da epilepsia. O mal comicial é apreciado, sob várias facetas, na marcha evolutiva das civilizações. Bom seria que a organização de institutos especiais para epiléticos, a que os AA. se referem, se divulgasse no nosso país, tão falho em matéria de assistência social.

O segundo volume a que nos vimos referindo iguala próximamente o primeiro em número de páginas e de gravuras, algumas delas coloridas.

Uma das características mais apreciáveis da obra é a sua vastíssima bibliografia. A propósito de cada assunto especial vem junta a lista das publicações que lhe dizem respeito. É uma extensa enumeração de memórias que muito interessa aos que pretendam aprofundar um determinado assunto.

Tratado completo e de vasta erudição, com muitos resultados de investigação individual e as mais modernas aquisições de ordem especulativa, nem por isso deixa de ter uma acentuada orientação prática e terapêutica que muito o valoriza.

EGAS MONIZ.

Tratado de patologia cirurgica general, por MANUEL BASTOS ANSART. — Editorial Labor, S. A. Madrid Barcelona-Buenos Aires, 1932.

O tratado do professor Bastos Ansart é um grosso volume de 853 páginas, ilustrado com 473 gravuras, em primorosa edição, com características didácticas que o impõem aos estudiosos por ser de fácil consulta e claríssima exposição. A sua primeira parte, dedicada aos traumatismos, está trabalhada sob orientação moderna, não lhe faltando as noções essenciais de patologia geral, tão precisas àqueles que iniciam a sua aprendizagem cirúrgica. A enumeração de alguns dos seus capítulos a propósito de *Feridas* mostra bem quanto cuidado merece ao autor a divulgação das questões fundamentais que lhe dizem respeito. Transcrevemos alguns títulos: *Biología das feridas. Fundamentos do processo de reparação. Fases do processo: dissimilativa, assimilativa, tecido de granulação, enchimento da perda de substância. Reparação e inflamação. Variedades clinicas do processo de cicatrização por segunda intenção.*

Basta esta enumeração para patentear a maneira como o professor

Ansart encarou o problema cirúrgico das feridas, antes de abordar a sua *Clinica*, como êle denomina a segunda parte dêste capítulo, em que trata largamente da sua sintomatologia e do seu tratamento.

Não pretendemos, nem isso seria possível numa simples nota bibliográfica, fazer um resumo, mesmo pelo índice, da obra vasta que o autor levou a bom termo. Diremos apenas que a primeira parte da obra condensa o que pode dizer-se sobre os diversos traumatismos, não esquecendo as lesões causadas pelos gases de guerra, pela electricidade e pelos raios X, enriquecendo a sua exposição com noções novas e da maior actualidade.

A segunda parte do volume é dedicada às infecções de ordem cirúrgica, em que, ao lado dos assuntos mais correntes, traz capítulos dedicados às espiroquetoses cirúrgicas, leishmanioses, actinomicoses, esporotricoses, blastomicoses, doença de Hodgkin, etc.

As distrofias cirúrgicas, com um interessante estudo sobre a hereditariedade em cirurgia, constitue a terceira parte do tratado onde, entre outras afecções, aborda as neuralgias e neurites, as distrofias do sistema ósseo com referência especial ao raquitismo, à osteomalacia, à osteodistrofia fibrosa, etc.

A última parte do livro é dedicada aos tumores em que a sua patogenia e histologia são apresentadas como base do estudo clínico e respectivo tratamento cirúrgico.

A obra do Prof. Bastos Ansart, que ainda há pouco nos deu a honra da sua visita, tendo deixado no meio médico da capital uma excelente impressão pelo seu saber e notável brilho de exposição, vai, por certo, alcançar a divulgação e a expansão a que tem jus.

EGAS MONIZ.

Enfermedades del metabolismo, por ERICH LESCHKE, con un prologo del Dr. Gregorio Marañon. — Editorial España. Madrid. 1932.

Como diz o Prof. Marañon no interessante prólogo desta obra, «estudar hoje a patologia da nutrição equivale a tocar em todos os capítulos da Patologia humana e a apoiar-se em todos os novos conhecimentos da Biologia». É o que sucede com êste volume do Prof. Leschke, de Berlim, que, não tendo pretensões a exceder os justos limites de um manual para alunos, nem por isso deixa de condensar as noções mais importantes, biológicas, patogénicas e patológicas que de perto jogam com o metabolismo.

O primeiro capítulo é destinado, pelo autor, à fisiologia geral do metabolismo, assunto primordial e basilar que se completa, a seguir, com o estudo do sistema neurovegetativo e das glândulas endócrinas.

O estudo da disposição constitucional para as enfermidades da nutrição e artrismo serve de introdução ao da série de perturbações que em seguida aprecia, algumas delas com particular cuidado. Entre estas, merecem especial menção a obesidade e a diabetes.

Livro de divulgação, põe facilmente ao corrente dêstes assuntos os que não têm acompanhado os progressos constantes que a medicina tem realizado no vasto capítulo da endocrinologia.

EGAS MONIZ.

L'ultravirus tuberculeux, por A. FONTES, professor do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro. — 1 vol. de 108 págs. Masson. Paris. 1932.

Fontes reúne nesta obra os resultados das suas investigações sobre o bacilo de Koch, iniciadas há 26 anos.

Quando em 1906 começou, sob a inspiração de Oswaldo Cruz, os trabalhos sobre a tuberculose, o seu primeiro fim fôra estudar a natureza química e a estrutura do bacilo de Koch.

O estudo da estrutura do bacilo e as experiências fundamentais da filtrabilidade do *virus* tuberculoso permitiram-lhe demonstrar a função regeneradora e infectante das granulações bacilares.

Experiências sucessivas levaram-no a considerar cada uma das granulações como um elemento vivo independente, que correspondia à unidade organizadora, reprodutora e inficiosa do *virus*.

A doutrina dos núcleos polienergéticos, proposta para os protozoários, recebia dessa sorte a primeira verificação experimental para as bactérias. As investigações mais recentes de Fontes sobre as diferentes bactérias (*cocci piogenes*, colibacilo, bacilo disentérico, bacilo diftérico) vieram confirmar esta concepção e permitir a verificação duma lacuna no ciclo vital das bactérias, a qual, segundo Fontes, deve corresponder a uma fase ultramicroscópica, provavelmente filtrável.

Foi a esta fase do *virus* que Calmette denominou o *ultravirus*. Da verificação da filtrabilidade do *virus* tuberculoso advieram novas noções de patogenia.

«A presença de bacilos ácido-resistentes na intimidade dos tecidos vivos, que aí se encontravam até 6 meses após a infecção pelo *virus* tuberculoso, sem que tivesse determinado lesão anatômica apreciável, demonstrou — relata Fontes — que o material infectante se atenuava pela passagem através do filtro, só produzindo uma infecção ganglionar atípica. Este resultado serviria para explicar não só os casos crónicos de tuberculose latente, mas deixaria presumir a possibilidade da hereditariedade tuberculosa, apoiada em bases experimentais, pela passagem transplacentária de formas granulares infectantes do organismo materno ao feto».

Como consequência lógica da concepção a que o conduziam estes factos, Fontes propôs substituir a noção patogénica de *terreno tuberculizável* pela de *terreno com tuberculose em potencial*.

Fontes divide a sua obra em seis capítulos. No primeiro estuda a fase ultramicroscópica das bactérias, e especialmente do bacilo de Koch; a filtrabilidade do *virus* tuberculoso e a doença tuberculosa atípica; o heredo-contágio e a heredo-infecção; hereditariedade mórbida.

No segundo capítulo dá-nos os resultados da acção patogénica dos elementos filtráveis do *virus* tuberculoso, e descreve as lesões observadas.

No terceiro capítulo descreve a infecção tuberculosa atípica experimental e as doenças susceptíveis de conservar uma relação etiológica com a infecção pelo *ultravirus* tuberculoso.

A heredo-infecção tuberculosa e constituição mórbida, a predisposição e imunidade, a hereditariedade do terreno, provas experimentais da heredo-in-

fecção, e responsabilidade do *ultravirus* na hereditariedade tuberculosa são descritas no quarto capítulo.

No quinto capítulo estuda a lise microbiana, os fenómenos de polimorfismo das bactérias, e o saprofitismo parasitário.

Finalmente, o último capítulo é dedicado à descrição da forma granular das bactérias, que representa uma fase do ciclo da vida dos micróbios, à descrição da possibilidade de diagnóstico das doenças inficiosas no período de incubação e à noção do patenergogénio, isto é, a capacidade morbigena, imanente à matéria heteróloga e que se traduz pela energia que dela emana, no seu esforço de integração ou de adaptação ao novo meio. Termina o volume uma bibliografia completa do *ultravirus* tuberculoso.

Com a obra de Fontes dera-se o mesmo que com a vacina antituberculosa de Calmette; foi negada pelos alemães. O B. C. G. está já consagrado em todo o mundo científico. E houve a necessidade da tragédia — do crime! — de Lübecke para que alguns bacteriologistas alemães se convencessem.

A descoberta de Fontes começa a dar idêntico roteiro. Ela terá a mesma consagração.

A obra que Fontes acaba de publicar é das que honram a mentalidade brasileira e das que marcam uma época nos estudos da tuberculologia.

A Academia de Medicina do Rio de Janeiro propôs o nome de Fontes para o prêmio Nobel de medicina. É uma proposta que os médicos portugueses não deixarão de aplaudir e que as academias ibero-americanas deveriam patrocinar.

E. COELHO.

Problèmes actuels de pathologie médicale, por A. CLERC. — (2.^a série) 1 vol. de 340 págs. Masson. Paris. 1932.

A publicação do 2.^o volume dos *Problèmes actuels de pathologie médicale* é a demonstração do que vale o ensino do nosso querido amigo, o Prof. Clerc, na Faculdade de Medicina de Paris.

Além das lições magistrais que o professor de patologia médica de Paris realiza no anfiteatro da Faculdade sobre patologia do aparelho circulatório, no semestre de inverno e no semestre de verão, os professores agregados fazem as lições das outras comarcas da patologia, de sorte que toda a patologia médica é ensinada por pessoas especializadas. No seu Serviço do Hospital de Lariboisière faz, ainda, o Prof. Clerc lições clínicas, diárias, sobre os casos que lhe aparecem quando passa visita às enfermarias ou durante a sua consulta de cardiologia. Estas lições são de manhã, as da Faculdade à tarde. Mas o ensino da cadeira de patologia médica é ainda acrescentado com um curso complementar feito pelo Prof. Clerc e pelos seus colaboradores, agregados em exercício.

As doze lições retinidas neste volume compreendem o *curso complementar* realizado no mês de Junho de 1931, e representam o estado actual de alguns problemas de patologia médica.

Esta breve resenha, que aqui damos, mostra bem o que tem de exaustivo o ensino da patologia médica naquela Faculdade, o interesse e a dedicação

com que ao ensino se entrega o Prof. Clerc, e que ainda lhe deixam tempo livre para os trabalhos de investigação científica.

Foi uma ideia feliz a da organização de um curso complementar de patologia, com a publicação das lições em volume. Volumes sucessivos dar-nos-ão, cada ano, o estado actual dos mais importantes capítulos da patologia médica.

No primeiro volume, que reúne as lições do curso complementar de 1930, destacam-se as que versaram sobre o *Rôle de l'obstruction coronarienne en pathologie cardiaque* (A. Clerc), *L'agranulocitose* (Ch. Aubertin) e *L'infarctus du myocarde* (Ed. Donzelot).

Larga contribuição pessoal, experimental e clínica, nos dá Clerc sobre a patologia das coronárias; o trabalho que publica no primeiro volume constitui um estudo completo da matéria, indo até à apreciação dos trabalhos portugueses sobre este importante capítulo da cardiologia.

No volume que temos presente (2.º volume), e que corresponde ao curso de 1931, a lição de Clerc é sobre *Cardiopathie e gravidez*; a de Aubertin, *O sangue dos radiologistas*; a de H. Bénard, *A nefrose lipóide*; a de Brulé, *A amilose renal*; a de Cathala, *A diarreia coleriforme e o Síndroma tóxico na primeira infância*; a de Chabrol, *A exploração da função biliar do fígado*; a de P. Chevalier, *O idiofagedenismo*; a de Donzelot, *As hipertensões arteriais paroxísticas*; a de Guy Laroche, *As hipoglicemias*; a de Lian, *O edema pulmonar agudo*; a de Moreau, *O reumatismo tuberculoso*; e a de Vallery-Radot sobre a *Concepção actual das nefrites*.

Clerc discute com um senso clínico admirável o importante problema das relações das cardiopatias com a gravidez. Tem-se abusado, na prática corrente, dos três aforismos de Peter. Como diz Clerc, «les dits aphorismes semblent avoir été plutôt des boutades orales que des lois formelles».

O critério a seguir não pode estar reduzido a fórmulas: «la conduite à tenir devant une femme cardiaque enceinte ne peut, finalement, être dictée que par les conditions individuelles qui ne sauraient être strictement standardisées».

É forçoso concluir que o problema da influência recíproca exercida pelas cardiopatias e pela gravidez «ne reflète plus des recherches accumulées, le pessimisme, quasi intégral qui, anciennement, avait failli l'emporter; et, comme nous le disions au début, il ne paraît pas trop présomptueux d'admettre que, grâce aux méthodes d'investigation plus approfondies; grâce à la mise en évidence, plus précoce, des lésions et des troubles consécutifs; grâce à la surveillance plus systématique; aux interventions, plus judicieuses ou plus radicalement conduites, la mortalité globale s'est réellement amoindrie. Ceci prouve — conclue Clerc — combien indispensable s'est affirmée la collaboration de l'accoucheur et du cardiologue, et, avec quelle raison, les centres obstétricaux réclament la présence de celui-ci».

São as conclusões a que chega a grande experiência clínica de Clerc, figura notável da medicina francesa, hoje, por certo, o primeiro cardiologista que a França possui.

E. COELHO

NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

O Conselho Escolar da Faculdade resolveu, na sua última sessão: agradecer à família do falecido Dr. Júlio Franchini a oferta de livros e instrumental aos serviços de clínica médica, biblioteca e museu de história da medicina; tomar conhecimento de um officio da fundação Rockefeller que concede a um número limitado de médicos, excepcionalmente dotados e que façam parte do corpo docente da Faculdade, bôlsas de estudo, a fim de prosseguirem no estrangeiro investigações nos domínios das ciências médicas; propor os Profs. Ernani Monteiro e José Maria de Oliveira para fazerem parte dos júris de concurso para professores auxiliares de Anatomia e Farmacologia, a realizar na Faculdade de Medicina de Lisboa; agradecer à Faculdade de Medicina de Lisboa a cooperação dos Profs. Adelino Padesca e Henrique Parreira nos concursos realizados para professores de Patologia médica e Anatomia patológica da Faculdade de Medicina do Pôrto; agradecer ao Presidente do Ministério e Ministro do Comércio a verba de 900 contos para a conclusão das obras do edificio da Faculdade; e solicitar a atenção do Governo para a necessidade de construção de um hospital para ensino clínico e assistência ao norte do país.

— Na Faculdade têm continuado as aulas do curso de Semiótica Laboratorial efectuado pelos professores e assistentes.

— O Prof. Morais Frias pronunciou uma conferência sobre «A arte em cirurgia».

— No Anfiteatro de Anatomia realizou-se uma série de conferências sobre «A teoria iônica da excitação», promovida pelo Instituto de Histologia e Embriologia e efectuada pelo estudante de medicina José de Lemos Salta.

De Coimbra

A Junta de Educação Nacional concedeu uma bôlsa de estudo para o estrangeiro, durante 3 meses, ao assistente de clínica médica da Faculdade Dr. Guilherme Gonçalves de Oliveira.



De Lisboa

O Prof. José Gentil pediu a demissão da regência da cadeira de Ginecologia. Foi substituído pelo Prof. Augusto Monjardino.

Hospitais

Civis de Lisboa

O Dr. Manuel de Vasconcelos, cirurgião dos hospitais, ocupa o lugar de director interino do Banco do Hospital de S. José.

— Segundo o parecer do Conselho Técnico, a admissão de doentes nos Hospitais Civis deverá ser feita por uma junta composta de dois médicos e um cirurgião.

— Os Drs. Manuel Caeiro Carrasco e João Leite Duarte foram nomeados assistentes da especialidade de dermatologia, sifilografia e doenças venéreas, e os Drs. João de Sousa Bastos e José Pinto Monteiro assistentes da especialidade de urologia dos Hospitais Civis de Lisboa.

Da Marinha

Nomeou-se uma comissão para tratar do problema de alargamento do edificio do Hospital da Marinha ou da adaptação do antigo quartel de Alcântara aos serviços hospitalares da armada.

Academia das Ciências

O Prof. Sabino Coelho fez uma comunicação, na Academia das Ciências, que intitolou «A propósito do cinquentenário da descoberta da tuberculose».

— O Prof. Silva Carvalho, na sessão de 5 de Maio da mesma Academia, falou sobre a «Lepra».

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão de 16 de Abril da Sociedade das Ciências Médicas, o Prof. Salazar de Sousa apresentou uma comunicação sobre «Raquianestesia nas crianças».

Os Drs. Fortunato Levy e Augusto Lamas apresentaram um estudo sôbre «Pielografia comparadora».

Em 1 de maio, o Prof. Reinaldo dos Santos mostrou uma nova arteriografia da aorta abdominal, num caso de sarcoma do baço.

O Dr. Almeida Dias apresentou 4 casos de esclerose tuberosa.

O Dr. Carlos Salazar de Sousa referiu-se às recaídas e recidivas do sarampo.

Associação Portuguesa de Urologia

A Associação Portuguesa de Urologia, na sua última sessão, tratou da representação ao Congresso Hispano-Português de Urologia, que deve realizar-se em Julho, na cidade de Coimbra.

Apresentaram, em seguida, comunicações os Drs. Augusto Lamas e Fortunato Levy sôbre «Pielografia intravenosa e retrógrada» e o Dr. João Bastos sôbre «Um caso de ureterectomia secundária».

Tomaram parte na discussão os Drs. Henrique Bastos, Artur Ravara, Alberto Gomes, Reinaldo dos Santos, Natal Garcia e Machado Macedo.

Instituto de Investigação Científica de Neurologia

É criado, na Faculdade de Medicina de Lisboa, o Instituto de Investigação Científica de Neurologia que será dirigido pelo Prof. Egas Moniz.

Instituto Rocha Cabral

O Instituto Rocha Cabral tem realizado regularmente a série de conferências cujo títulos já publicámos.

Medicina Tropical

A missão da Escola de Medicina Tropical dirigida pelo Dr. Fontoura de Sequeira iniciou, na Guiné, os seus trabalhos sôbre tripanosomíases.

Saúde Pública

Vão ocupar os lugares de delegados de saúde de Porto de Mós e de Extremoz, respectivamente, os Drs. Francisco Matias Roque e José Afonso de Matos.

— Os Drs. Heitor da Fonseca, Henrique Niny, Carlos Gomes de Oliveira e Fernando Belo Pereira foram nomeados delegados substitutos do quadro técnico da Inspeção de Saúde de Lisboa.

Conferências

O Prof. Celestino da Costa pronunciou, na Associação dos Estudantes de Medicina, uma conferência sobre «Goethe, homem de ciência».

— O Dr. João Xavier Morato realizou, na Universidade Popular Portuguesa, uma série de conferências sobre «A morte».

Em Coimbra, por iniciativa do Grupo de Estudos Democráticos, realizar-se-ão as seguintes conferências: «Protecção à infância», pelo Dr. Manuel Leite da Silva; «Medicina social», pelo Dr. Guilherme de Oliveira; e «Tuberculose», pelo Dr. Armando Gonçalves.

— O Dr. José Carlos Belo de Moraes falou no Instituto Clínico da Junta Geral do Distrito sobre «A habitação e a oficina na saúde do operário».

No mesmo Instituto, o Dr. Rodrigues dos Santos fez uma exposição acerca do «Paludismo».

— Na Faculdade de Medicina, e sob a presidência do Prof. Francisco Gentil, o quintanista Rui de Lacerda fez uma conferência sobre «Profilaxia do cancro».

Partidos médicos

Pelo falecimento do Dr. António de Pina Cabral, médico municipal de Benavente, abriu-se concurso para aquela vaga.

— O Dr. José António de Oliveira Amorim assumiu o cargo de médico do partido de Cadima e Tocha, de Cantanhede.

— Foi exonerado, a seu pedido, do cargo de Médico Municipal de Arronches, o Dr. Luiz Alves dos Santos.

— O Dr. Manuel Dias da Costa Cabral substitue o Dr. Proença Abranches no cargo de médico municipal de Aguiar da Beira.

— Foi nomeado médico do partido da Cova da Piedade o Dr. Augusto Edmundo de Carvalho.

— O Dr. Amélio Mendes Guimarães assumiu o cargo de delegado de saúde do concelho de Mação.

Missão de estudo

Foi encarregado o Dr. Carlos Silva de, em comissão gratuita de serviço público, assistir à Conferência Internacional de Defesa contra a Sífilis e às solenidades do centenário de Alfred Fournier, que se realizarão em Paris.

Combate ao sesonismo

No edificio da junta da freguesia de Santos Estêvão de Benavente inaugurou-se um pôsto experimental de combate ao sesonismo.

Homenagens

Em Bragança realizou-se uma festa de homenagem ao Dr. Adérito Madeira.

— A população de Lagoa promoveu uma manifestação de aprêço ao Dr. Trindade Pinto.

Prof. Aníbal Bettencourt

Na Misericórdia de Benavente inaugurou-se solenemente o retrato do Prof. Anibal Bettencourt. Assistiram ao acto os Drs. Fausto Landeiro, Correia Mendes, António Ventura e Álvaro de Almeida.

— O Dr. Manoel Dias da Costa, * * * de Aguiar da Beira.
 — Foi nomeado médico do partido da Cova da Piedade o Dr. Augusto
 Edmundo de Carvalho.
 — O Dr. Amâncio Mendes, * * * de Aguiar da Beira, em cargo de delegado de

Lepra na Índia

Será dentro de curto prazo inaugurada, em Goa, a Leprozaria Central da Índia, que comportará 75 doentes. Como o número de leprosos ascende naquela colónia a algumas centenas, o Dr. Froilano de Melo, director de saúde e higiene da Índia, dirigiu um apêlo aos habitantes para de algum modo contribuírem para a conclusão dessa obra de assistência.

Foi entretanto o Dr. Carlos Silva, * * * de Aguiar da Beira, em comissão prático de serviço público, assistir a Conferência Internacional de Doenças contra a Saúde e as

Necrologia

Faleceram, em Lisboa, os Drs. José Jorge Pereira, capitão de mar e guerra médico, antigo presidente da Junta de Saúde Naval, antigo director do Hospital da Marinha, inspector de saúde naval e antigo Ministro das Colónias, e o Dr. Augusto Ardisson Ferreira; em Beja, o Dr. Angelo Ançã; e, na Guarda, o Dr. António Augusto Proença.

Em Beja, o Dr. Angelo Ançã, * * * de Aguiar da Beira, em cargo de delegado de

Em Beja, o Dr. Angelo Ançã, * * * de Aguiar da Beira, em cargo de delegado de



CENTRO CIÊNCIA VIVA
 UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,
doenças dos países quentes,
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



Opoterapias hepática e biliar
associadas aos colagogos

2 a 12 pílulas por dia
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.
de água fervida
quente.
Crianças : $\frac{1}{2}$ dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATÓRIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

OPOTERAPIA VEGETAL **As Energétènes BYLA**

TODO O SUCO INALTERAVEL DA PLANTA FRESCA E VIVA

Valériane Byla

Digitale Byla

Colchique, Aubépine, Genêt, Gui, Muguet, Sauge, Cassis, Marrons d'Inde

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

*¿Acidez de estomago?
¿Acido gastrico?
¿Dores de estomago?*

ALUCOL

O Alucol adsorve o excedente do acido gástrico e acalma desta maneira o effeito irritante do mesmo e consequentes dôres de estomago. O organismo não se acostuma a este remedio, o que quer dizer que não perde o seu effeito com o uso habitual, nem tão pouco afecta a digestão.

Em pó



Em comprimidos



Vende-se em todas as farmacias e boas drogarias

**Dr. A. WANDER
S. A. BERNE**

Unicos concessionarios para Portugal:

ALVES & C.^a (Irmãos)
Rua dos Correeiros, 41, 2.^o
LISBOA