

Ano IV

N.º 10

Outubro de 1927



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

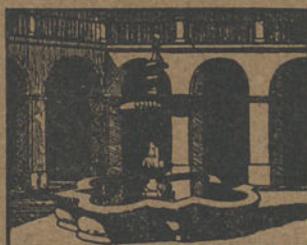
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Pulido Valente, Adelino Padesca, António Flores,
Henrique Parreira*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Morais David, Fernando Fonseca
António de Meneses e Eduardo Coelho*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUORIFORMIO

Em solução aquosa e saturada. Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE

Peça-se litteratura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.^a — R. Nova da Trindade, 9, 1.^o — 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 2 a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSYPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MITRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e dos VELHOS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infeis; 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.

CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdês Garcia de Montevideo —
TONICO RECONSTITUINTE DE
— GRANDE PODER NUTRITIVO

Contem mais de 19% de verdadeira peptona de carne.

— INDICAÇÕES: Anemia, Debilidade geral, Afecções nervosas, Tuberculoses e convalescencias —

Pedir amostras e litteratura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

GIMENEZ-SALINAS & C.^a

Rua Nova da Trindade, 9-1.^o — LISBOA

Sala B _____

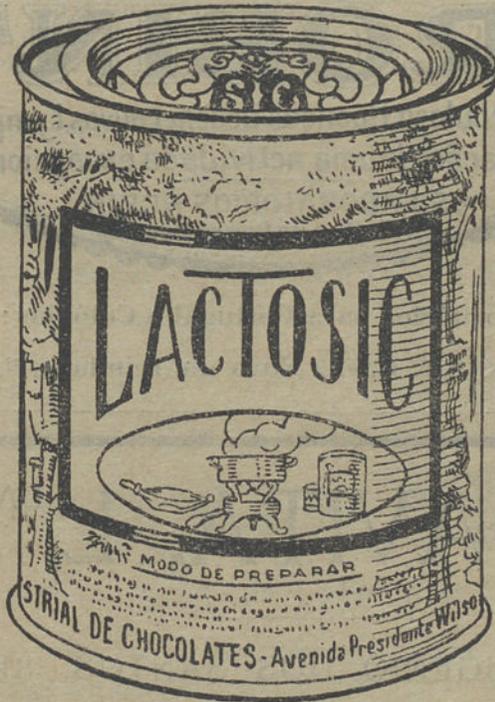
Est. 9 _____

Tab. 1 _____

N.^o 58 _____

LACTOSIC

O MELHOR ALIMENTO



PARA

CRIANÇAS, VELHOS
DOENTES

Sociedade Industrial de Chocolates SIC
Av. Presidente Wilson, 6 — LISBOA

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 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.^a-R. Nova da Trindade, 9, 1.^o-LISBOA

DAVITA, L.^{DA}

RUA EUGÉNIO DOS SANTOS, 81, 1.^o

Ampolas, Esterilizações

: : Análises clínicas : :

: : Produtos químicos : :

Alimentos ALLENBURY'S

para crianças e adultos

cientificamente adaptados a cada idade

N.º 1 — lácteo, para recém-nascidos.

N.º 2 — lácteo, dos 3 aos 6 meses.

N.º 3 — maltado, além dos 6 meses e adultos.

DIET — pepnotizado, para doentes dispépticos e velhos.

BISCOITOS — para o período do desmame e dentição.

BIBERON prático, lavável, melhor modelo (2 formatos).

Representante da casa Allen & Hanburys, Ltd.-Londres, COLL TAYLOR, LTD.
Rua dos Douradores, 29-1.º-LISBOA — Telef. C. 1386 — Teleg. DELTA

AGENTES NO PORTO, BRAGA, ETC.

Termómetros HICKS

GENUINOS-CLINICOS

Usados em todo o mundo

A' VENDA NAS FARMACIAS DO PAIZ

Agente geral: COLL TAYLOR L.^{da}-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

INSULINA 'A.B.'



Brand

A PRIMEIRA PREPARADA NA EUROPA

Vantagens da Insulina 'A B.,':

1. A sua acção certa e constante, que no caso de ser bem aplicada, evita a glicosúria e o excesso de açúcar no sangue.
2. A sua elevada pureza, que não permite reacção local, mesmo quando ministrada durante meses.
3. A sua inalterabilidade, pois é a única *Insulina* garantida, pelo menos, por um ano.

AMOSTRAS para EXPERIÊNCIAS aos senhores MÉDICOS e a HOSPITAIS

A' VENDA nas farmácias em frasquinhos de:

5 c. c. = 100 unidades (ou 10 doses)

25 c. c. = 500 » (» 50 »)

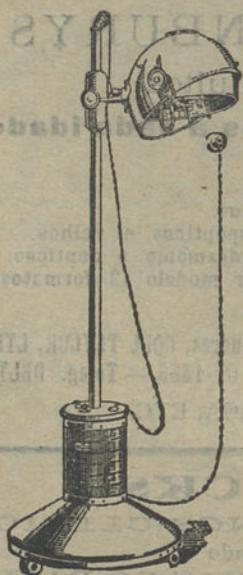
5 c. c. = 200 » (» 20 »)

Á VENDA NAS FARMÁCIAS — Folheto grátis sobre o tratamento da Diabétes pela INSULINA

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURY'S, Ltd.—LONDON

Representante em Portugal:

COLL TAYLOR, LDA. R. Douradores 29, 1.º-LISBOA—Telefone C. 1386



Lâmpada Bach

Os melhores aparelhos de

RAIOS X

E

Electromedicina

são os da

SIEMENS REINIGER VEIFA

O melhor instrumental CIRÚRGICO, de DESINFECÇÃO, HOSPITALAR, é o da
casa M. Schaerer S. A., de Berna

Material para

Raios ultravioletas

Sempre em Armazem

Lampadas de vapor de mercurio (Bach e Jesioneck)

Lampadas Sollux

Lampadas de arco

J. Roma, L.^{da}, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA



APARELHOS E INSTALAÇÕES COMPLETAS DE:
RAIOS X

DA CASA

KOCH & STERZEL A. G., de Dresden

Para diagnóstico e tratamentos

GRANDE VARIÉDADE DE MODELOS

MATERIAL DIVERSO de RAIOS X.

AMPOLAS para todos os fins.

PELICULAS «Maro» de dupla Emulsão.

EUBARYT para exames do Estômago, etc., etc.

SOCIEDADE COMERCIAL

MATOS TAVARES, LIMITADA

R. dos Fanqueiros, 218, 3.º — LISBOA

INSTITUTO PORTUGUÊS DO RÁDIO

DIRECTOR

DR. BÉNARD GUEDES

DIRECTOR DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL ESCOLAR

TRATAMENTO

DO

CANCRO E OUTROS TUMORES

PELO

RÁDIO

E PELOS

RAIOS X ULTRA-PENETRANTES

TODOS OS DIAS ÀS 4 HORAS DA TARDE

NA

CALÇADA DO SACRAMENTO, 10

(AO CHIADO)

TEL.: C. 1636

TRATAMENTOS GRATUITOS A CANCEROSOS
PROVADAMENTE POBRES



A luta contra

a Pneumonia

Por um lado o doente é obrigado a lutar contra os efeitos da pneumonia, por outro o médico é forçado a lutar para salvar o doente. Na pneumonia o ar respirado deve ser rico em oxigénio e comparativamente fresco; a superfície do corpo e sobretudo o tórax, pelo contrário, deve manter-se quente, porque um resfriamento poderia entravar os fagócitos na sua luta contra os pneumococos. O efeito do frio sobre o tórax faz dirigir o sangue da circulação superficial para o pulmão já congestionado e engorgitado.

Antiphlogistine
TRADE MARK

Constitui não só a melhor maneira de aplicar o calor húmido, uniforme e contínuo, sem contar as vantagens das suas propriedades físicas (higroscopia, endosmose e exosmose), mas, além disso, ela oferece ao pneumónico aquilo de que ele tem absoluta necessidade: O CONFORTO e o REPOUSO.

Enviam-se amostras e literatura grátis aos Ex.^{mos} Médicos

Sede principal: **The Denver Chemical MFG. CO.** — NEW YORK CITY, U. S. A.

LABORATORIOS: Londres, Paris, Berlim, Barcelona, Buenos-Aires, Sydney, México City, Montreal, Florença

Depositários em Portugal: **ROBISON, BARDSLEY & C.^a, L.^{da}**, Cais do Sodré, 8, 1.^o — LISBOA

Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

ARHÉOL $C^{15} H^{26} O$ 

Princípio activo da Essência de Sândalo
Blenorragia. Cistite. Piélfite. Pielonefrite.
Catarro vesical

KOLA ASTIER

GRANULADA

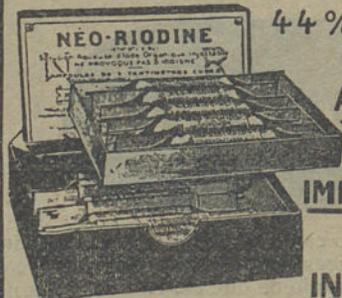


Antineurasténico. Regulador do coração
Gripe. Astenia. Surmenage.
Convalescença das doenças infecciosas

NÉO-RIODINE $C^3 H^6 O^4 I \text{ Na}$

Solução Aquosa de Iodo
Orgânico Injectavel

44 % de Iodo

ACÇÃOIMEDIATAINTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-venosas.
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm³, segundo os casos.

NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

Perturbações cardio-vasculares, Arterio-esclerose, Escleroses pulmonares, Affecções respiratorias chronicas, Rheumatismo, Lymphatismo, Escrofula, Tuberculose, Doenças especificas e em todos os casos em que a medicação iodada ou iodurada é indicada.

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.^a — Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA**RIODINE** $(C^{18} H^{33} O^3)^3 (IH)^2 C^3 H^5$

Derivado organico iodado
Ether glicericico
iodado do acido
ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

Composto definido e estavel
Dose media: De 2 a 6 perolas por dia
após as refeições.



SUMÁRIO

Artigos originais

<i>Um caso de síndrome pseudo-cavitária por desvio da traqueia</i> , por Lopo de Carvalho	pág. 411
<i>Abcessos pulmonares</i> , por Mário Moreira e Henrique J. Niny	» 417

Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	» 476
--	-------

UM CASO DE SINDROMA PSEUDO-CAVITÁRIO POR DESVIO DA TRAQUEIA

POR

LOPO DE CARVALHO

Uma caverna pulmonar acompanha-se, habitualmente, de uma série de sinais clínicos que nos permitem estabelecer com relativa facilidade um diagnóstico seguro. O sôpro, o som de «pot-fêlé», a pectoriloquia afônica, o refôrço da voz e da tosse, são elementos que, existindo reünidos, não deixam dúvidas ao nosso espírito sobre a existência de uma excavação pulmonar.

Certo é que de longa data se conhece o facto de alguns casos clínicos de dilatação brônquica, de esclerose do mediastino e de adenopatia hilar, serem susceptíveis de criar sinais pseudo-cavitários que podem conduzir a erros de interpretação. Desde que se proceda, porém, a um estudo detalhado e minucioso do doente, consegue-se, regra geral, excluir a hipótese duma ulceração com perda de parênquima respiratório e encontrar o verdadeiro motivo do sindroma cavitário. Uma causa existe, no entanto, em que se não tem insistido suficientemente e que, em matéria de sinais clínicos, é capaz de iludir um observador desprevenido. Queremos referir-nos a certos desvios traqueais que tantas vezes se constituem no decurso de uma tuberculose pleuro-pulmonar arrastada e de feição lentamente evolutiva.

Têm de há muito alguns fisiologistas chamado a atenção para certas deformações da traqueia, em casos de dextrocardia por



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

atracção (Gravier, etc.), e outros encontrado em casos de dextrocardia um sôpro cavitário no vértice direito (Galliard, Berthier), sem, no entanto, uns e outros relacionarem entre si estes dois elementos, atribuindo antes o síndrome pseudo-cavitário audível a uma possível dilatação brônquica, que a obscuridade completa do pulmão não permite distinguir e apreciar. Armand-Delille, Hillemand, Lestocquoy e Mallet foram os primeiros, supomos, que em 1921 atribuíram a desvios traqueais certos síndromas pseudo-cavitários revelados pelo exame clínico em doentes portadores de tuberculose pulmonar crónica e de afecções esclerosantes do mediastino. Tôdas as suas observações, acompanhadas de exames radiográficos completos, demonstrativos de ausência de cavidades e reveladores de desvios mais ou menos acentuados da traqueia, estabeleceram definitivamente a explicação de certas pseudo-escavações. O próprio exame necrópsico, praticado em um dos casos, confirmou por sua vez indestrutivelmente a veracidade da hipótese estabelecida. Ora, em nenhuma das observações que conhecemos se reúne um conjunto de sinais clínicos e radiográficos tão demonstrativos do síndrome pseudo-cavitário por desvio traqueal como no seguinte caso clínico, que vamos resumidamente descrever, e que tivemos ensejo de observar no verão passado:

F., do sexo masculino, de 15 anos de idade, natural do Cadaval, onde reside. Ausência de casos de tuberculose na família. Foi saudável até aos 6 anos. Nessa idade, teve uma pleurisia com derrame, à direita, de evolução arrastada e lenta. Uma radiografia, feita algum tempo depois, mostra uma diminuição de transparência em tôda a extensão do hemitórax direito, relacionada possivelmente com uma paquipleurite que a pleurisia deixara. Desde essa época, ficou sempre fraco e sujeito a constipações frequentes, passando longos períodos com tosse e expectoração, por vezes raiada de sangue.

ESTADO GERAL E LOCAL NA PRIMEIRA OBSERVAÇÃO. — Aspecto geral, fraco; alguma tosse e raríssima expectoração; dores torácicas fugazes; temperaturas normais; suores inconstantes; anorexia; emmagrecimento; fadiga ligeira; aptidão para o trabalho conservada. Estado de nutrição deficiente; conjuntivas descoradas; micro-adenites cervicais; retracção pronunciada do hemitórax direito, com intensa escoliose. Perímetro mamilar, 67 cm. (36 cm. à direita, 31 cm. à esquerda); amplitude torácica, 5 cm. (4 cm. à direita, 1 cm. à esquerda); altura torácica, 27 cm.; diâmetro axilar, 21 cm.; diâmetro supra-esternal, 15 cm. Expirometria, 1^l,300. Altura, 1^m,56. Pêso, 40 quilos.

I. M. = 7,4; I. R. = 49; I. O. = 0,7

CORAÇÃO.— 70 pulsações. Ponta batendo na base do apêndice xifóide; ausência da área de matidez cardíaca à esquerda; ausência de sopros. Páchon: 13 máx., 9 mín.

PULMÕES.— *Lado direito:* Submatidez em tôda a extensão do hemitórax e mais acentuada na base. Vibrações vocais aumentadas na metade superior. Diminuição do murmúrio vesicular em tôda a face anterior e metade pósteroinferior. Respiração francamente cavernosa, com ressonância da voz e pectoriloquia afónica na metade pósterosuperior, predominantemente no espaço inter-escapular e fossa sub-espinhosa à altura da 3.^a e 4.^a costelas. Respiração brônquica na fossa subclavicular. Ralas subcrepitanes grossas e confluentes, sobretudo após a tosse, em todo o lobo médio e inferior; ralas subcrepitanes médias, discretas, no lobo superior. *Lado esquerdo:* Respiração suplementar, sem ruídos adventícios.

Análise da expectoração: positiva em g21.

Em face destes sinais clínicos, lógico era estabelecer-se o diagnóstico de tuberculose pulmonar no período cavernoso. Efectivamente, a respiração soprada, a pectoriloquia afónica, as ralas confluentes de fusão, etc., eram de molde a permitir que tal juízo se fizesse.

Não havia, é certo, temperaturas superiores a 37°, como é próprio em tais casos. Esse facto, no entanto, poderia ter uma explicação satisfatória. Bastava recordar que no exame do doente se encontrara o desvio da ponta do coração para a base do apêndice xifóide e a ausência da matidez cardíaca à esquerda. Ora, não existindo uma transposição congénita da víscera, como uma radiografia feita em tempos demonstrava, a dextrocardia existente ter-se-ia estabelecido por uma retracção natural e espontânea do pulmão doente, em virtude de formações fibrosas intensas, como tantas vezes se observa na tuberculose infantil. Os focos activos foram assim perdendo, a pouco e pouco, a sua vitalidade e o organismo, por um processo de defesa natural, caminhou abertamente para uma franca evolução cicatricial do processo, com temperaturas absolutamente normais.

Mas, sendo assim, ¿ como explicar então que as cavidades dos lobos superior e médio se mantivessem ainda com uma tal intensidade e extensão só próprias de uma tuberculose evolutiva? Foi o que o exame radiográfico do doente veio esclarecer, mostrando a arquitectura anátomo-patológica do pulmão e desfazendo em absoluto os elementos aparentemente contraditórios que a observação clínica revelara.

Vejamos o relatório :

Obs. 5673 — Radiografia n.º 6993 (fig. n.º 1). Fez-se a radioscopia e tirou-se uma radiografia do tórax. Nota-se que há um fortíssimo escurecimento do hemitórax direito com repuxamento de todo o mediastino para êste lado, podendo ver-se muito particularmente bem o grande desvio da traqueia. Há estreitamento dos espaços intercostais e há escoliose muito pronunciada. O escurecimento do lado direito é produzido, em parte, pela existência de nódulos bacilares e sobretudo pela formação de tecido de cicatriz. Na base

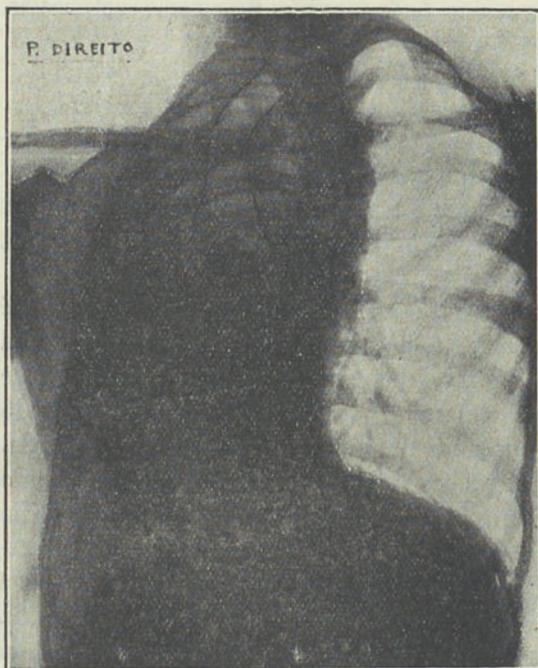


Fig. 1

direita e especialmente atrás ainda se vê algum parênquima arejado, esclarecendo levemente a respiração, encontrando-se aí, porém, muitos aspectos nodulares. Do lado esquerdo a transparência está mais acentuada do que o normal e o volume pulmonar é maior do que o normal em virtude da função vicariante dêste pulmão. Parece-nos, contudo, encontrar alguns nódulos suspeitos próximo da região hilar, especialmente na parte média e para a base. *a)* Carlos Santos, filho.

Os sinais cavernosos eram, pois, devidos a um

desvio acentuado da traqueia e brônquios, encontrando-se a maior intensidade do sôpro cavernoso justamente na zona torácica que mais proximidade mantinha com a bifurcação traqueal. Concebe-se, facilmente, que em presença de tais doentes e em face dum sôpro intenso, sobretudo expiratório, acompanhado de pectoriloquia afônica e de refôrço da voz, se afirme o diagnóstico de ulceração pulmonar. É que o êrro de diagnóstico é

quási inevitável sem os dados fornecidos pela radiologia, pois se é certo que a retracção do hemitórax, a escoliose acentuada, o deslocamento da ponta do coração e da matidez cardíaca nos poderiam muitas vezes orientar para o diagnóstico de um desvio traqueal sempre possível, o facto é que só o exame radioscópico do tórax é capaz de nos proporcionar um elemento de certeza, claro e indiscutível.

Há, contudo, um sinal que, a nosso ver, pode permitir, na grande maioria dos casos, estabelecer o diagnóstico diferencial entre uma excavação pulmonar e um desvio da traqueia: é a auscultação da tosse. O som dilacerante da tosse de um cavernoso, som incomodativo e desagradável para o ouvido que o ausculta através de um estetoscópio ou de um fonendoscópio, não se observa nos desvios da traqueia. Há, sem dúvida, um refôrço do som, mas um refôrço que

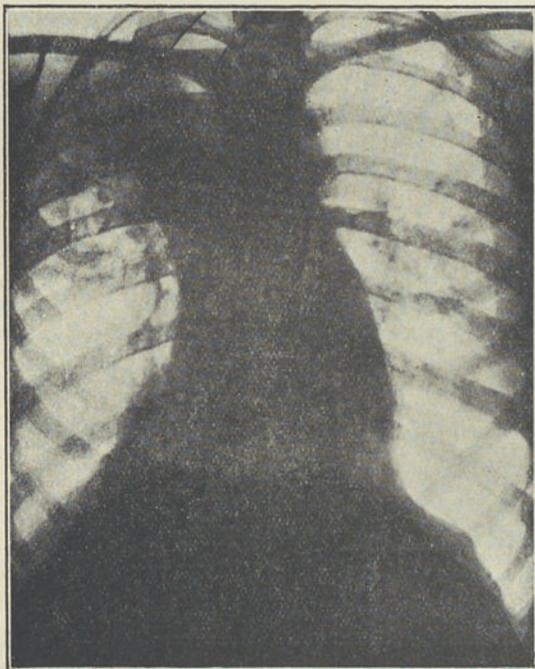
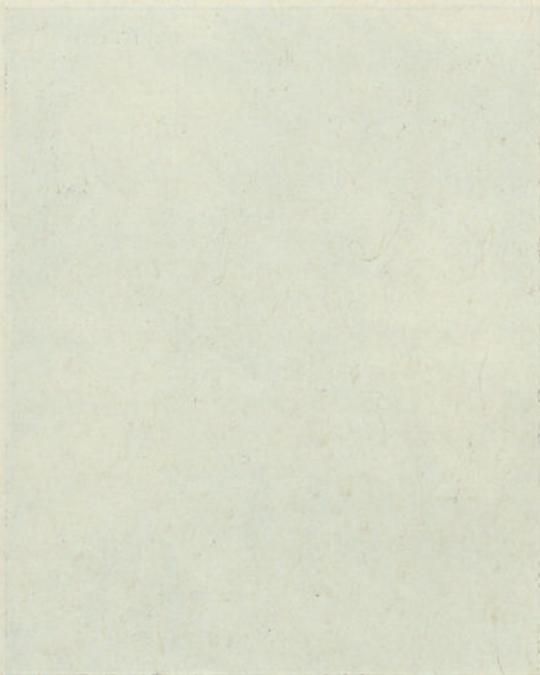


Fig. 2

não fere, que não incomoda. Foi pela ausência dèste sintoma que já mais de uma vez temos estabelecido o diagnóstico de desvio traqueal em doentes até então considerados como cavernosos. É o caso, por exemplo, da radiografia n.º 2, referente a uma antiga tuberculosa que supunha ter de há longos anos uma cavidade cicatrizada, que, na realidade, não existe.

Não é indiferente a precisão do diagnóstico em tais casos,

pois ninguém ignora que o prognóstico de uma caverna ou de um desvio traqueal é inteiramente diverso. Efectivamente, se a existência de uma excavação, muito embora de evolução arrasada, é sempre a manifestação de um processo ulceroso avançado, de curabilidade incerta, o desvio da traqueia é, pelo contrário, o testemunho de uma tuberculose de marcha lenta, de tendência nitidamente fibrosa, susceptível de cicatrização ou capaz de evolucionar para um estado de equilíbrio compensador, compatível com uma vida larga.



1.ª Clínica Médica
Serviço de Patologia Médica e Clínica Terapêutica
(Director: Prof. Adelino Padesca)

ABCESSOS PULMONARES

POR

MÁRIO MOREIRA
Assistente de Clínica Médica

e

HENRIQUE J. NINY
Interno dos Hospitais

DEFINIÇÃO

O abcesso pulmonar, como o seu nome indica, é uma colecção purulenta situada no parênquima pulmonar. Originado muitas vezes no pulmão, provém, todavia, em algumas delas, de elementos anatómicos vizinhos, mas estranhos: — intra-torácicos — pleura (principalmente na prega interlobar), gânglios, órgãos mediastínicos; ou extra-torácicos — abcessos infra-diafragmáticos fistulizados ao brônquio, hepáticos, etc.

Nesta última hipótese compreende-se que só numa fase ulterior de evolução, o abcesso é pulmonar, representando um tempo, digamos, da seqüência anátomo-patológica e clínica do processo. Nem por isso merece menos a designação de pulmonar que lhe concedemos, visto que, no momento da observação clínica, a sede anatómica do processo é aquela, apagada por vezes a origem, a ponto de se tornar impossível descortiná-la pelos meios clínicos, radiológicos e até cirúrgicos, de que dispomos.

Sob tão larga rubrica cabem, manifestamente, situações etiológicas e anátomo-patológicas muito variadas, requerendo mais pormenorizada sistematização que em ulteriores capítulos desenvolveremos.

A-pesar-de genérica, a nossa definição exclui aquelas possibilidades raras, ainda que reais, de um abscesso, originado e coletado em órgão vizinho, ocupar um espaço ordinariamente preenchido pelo parênquima pulmonar.

Lembramos, a título de exemplo, os abscessos mediastínicos (ganglionares, ósseos, pericárdicos, etc.), que, pelo crescente volume e progressivo desenvolvimento intra-torácico, tendem a ocupar, por empurramento e deslocação, espaços que são normalmente pertença do pulmão.

HISTÓRIA

Remontam a HIPOCRATES as primeiras referências a abscessos do pulmão, curados espontaneamente por abertura para o brônquio, ou operados após fistulização à pleura.

Depois do largo período de silêncio correspondente à Idade Média, só avultam as citações de WILLIS e PURMANN, em 1664 e 1692, respectivamente, aconselhando a incisão e drenagem cirúrgica destes abscessos, a de BAGLIVI, em 1696, que abre um, devido a uma estocada de sabre, e atingimos o século XVIII, em que se regista um real progresso no diagnóstico e tratamento deste mal.

Assim, DU BARRY (1725) relata três casos com duas curas e uma morte post-operatória; CAMPARDON (1759) uma cura após drenagem; SHARPE (1769) recomenda a punção intercostal precoce; POUTEAU e DAVID (1783) a exploração radical e abertura; o mesmo POUTEAU, em 1793, relata curas operatórias, enquanto GUMPRECHT faz um estudo exaustivo do assunto e FAYE, em 1797, publica uma cura post-operatória.

Entretanto, os resultados incertos dos métodos cirúrgicos impressionaram os médicos do último século que, sob o impulso de TROUSSEAU, tendiam para processos menos radicais. É nesta ordem de ideas que, no princípio do século XIX, VON HERFF, KRIMER e STOKES usavam abrir os abscessos a trocarte. Em 1805, BELL refere uma cura e vários insucessos; RICHERAUD, em 1812,

e JAYMES, em 1813, descrevem curas. Em 1815, CALLISEN aconselha a exploração digital cuidadosa para obter o isolamento completo do abcesso e a drenagem franca. Seguem-se, relatando casos e operações, vários autores: ZANG (1818) que opera 8; BRESCHET (1831), MAC LEOD (1836), CLAESSENS (1857) e, em 1844, HASTINGS, HERFF e COLLINS.

Entre 1824 e 1844, NASSE aconselha o método cirúrgico e opera vários doentes com êxito. BORCHERT opina que não se deve tentar a operação, sem que preliminarmente a sede exacta e o limite da lesão sejam bem determinados, e se reconheça que nenhum outro foco existe no mesmo ou no outro pulmão.

Procurando, por outra via, a cura d'êste mal, GREEN, em 1860, tenta cateterizar o abcesso e pratica várias injeções intra-brônquicas directas, sem resultados satisfatórios, enquanto MARIGLIANO refere a cura de um abcesso, existindo há trinta anos, com injeções de nitrato de prata.

Em 1864, KOENIG escreve largamente sôbre o assunto e, pouco depois, JASZENKO faz algumas experiências interessantes em feridas penetrantes do tórax e pulmão. Em 1872, WARING CURRAN conta a cura espontânea de um abcesso que, depois de romper através do diafragma, segue o ligamento redondo e atravessa a pele no umbigo.

MOSLER e HUETER, em 1873, foram os primeiros que abriram propositadamente uma cavidade de bronquectásia no lobo superior direito.

Em 1885, TRUC escreve um tratado que ficou clássico, enquanto SCHMIDT e BLOCK se occupam do tratamento cirúrgico. Experimentando em animais, estes mesmos autores, GLUCK e BIONDI, demonstram, pela primeira vez, a possibilidade da reseccão parcial do pulmão. Seguem-se-lhe os trabalhos de FENGER, BULL, RÉCLUS, QUINCKE, TUFFIER, KAREWSKI e GARRÉ.

Os precários resultados operatórios ressaltam das estatísticas de FENGER (1881) — 6 casos, cinco mortes, RENEBERG (1887) — 11 casos, duas melhoras post-operatórias; as dificuldades diagnósticas, das estatísticas de MARTIUS (1891), que referem 22 casos em que o abcesso só foi achado na autópsia

TUFFIER quando, em 1897, publica o seu tratado de cirurgia torácica, refere 216 casos operados com sorte vária.

Em 1896, MURPHY, escrevendo sôbre o assunto, estabeleceu

opiniões que são ainda hoje aceites. «Estava adiantado vinte anos sôbre a sua época», diz LOCKWOOD.

Em 1901, EISENDRATH relata 25 abscessos post-pneumónicos.

Em 1902, Mc RAE revê tudo o que está escrito a êste respeito e reúne 75 casos de abscessos post-pneumónicos achados de autópsia.

Em 1903, GARRÉ colecciona 278 casos.

Nos últimos vinte anos, contam-se, entre outras, as importantes contribuições de: LENHARTZ, KOERTE, KUELBS, ANDREWS, LORD, MACKENZIE, SCUDDER, TEWKSBURY, PICOT, WHITTEMORE, PERTHES, ROBINSON, RICHARDSON, LLOYD, WESSLER, NORRIS e LANDIS, HEDBLUM, HARTWELL, LEMON, LYNNAH e de LOCKWOOD, de cujo trabalho tirámos fartos elementos para a elaboração dêste capítulo.

ETIOLOGIA

Tôdas as causas susceptíveis de deprimirem o organismo, diminuindo-lhe a capacidade de resistência, desempenham o papel de predisponentes, cuja importância varia muito conforme a natureza e a importância das determinantes directas.

Citam-se, em primeiro lugar, no nosso país, o alcoolismo, as fadigas, excessos e privações, e, depois, as doenças consumptivas e caquetisantes como a diabetes, as infecções prolongadas ou altamente virulentas (febre tifóide, variola, etc.).

Entre as causas directas podemos estabelecer talvez três grupos:

- I — Doenças brônco-pulmonares.
- II — Supurações ou infecções extra-pulmonares: da proximidade (propagação directa), ou a distância (embolia).
- III — Corpos estranhos, por inalação ou penetração directa transtorácica.

Entre as *primeiras*, citaremos: a pneumonia lobar, a brônco-pneumonia, a influenza, as bronquites, granulomas infecciosos (sífilis, tuberculose, actinomicoses), mormo, neoplasias, parasitas (quistos hidáticos, amibas, oídium, aspergillus, etc.)

Consistem as *segundas* na extensão e propagação directa de

supurações providas da vizinhança, como empiêmas, abcessos subfrênicos, hepáticos, apendiculares, mediastínicos, feridas penetrantes e traumatismos da parede torácica, necroses; ou em embolias pulmonares sépticas no decurso de séptico-pioémias, supurações ou de tromboses sépticas distantes. Estão apontadas como origem de acidentes desta ordem, além das septicémias, as infecções do ouvido médio, a infecção puerperal, a endocardite ulcerosa, as gangrenas, os abcessos distantes, as tromboses venosas.

Finalmente, o *terceiro grupo* pode ainda ser subdividido em dois sub-grupos, conforme os corpos estranhos seguem: *a*) a via respiratória descendente: inalação de fragmentos, pus e sangue nas operações da naso-faringe (amigdalectomias, entre outras), deglutição e inalação de ossos, moedas, botões, feijões, etc., produtos de vômitos, águas sujas (nos afogados), gases asfixiantes ou só irritantes; *b*) ou o corpo estranho penetra directamente no pulmão, através da parede torácica — feridas de guerra, traumatismo, etc.

O valor relativo destas causas foi sujeito a múltiplas discussões, conforme as épocas, os autores e; segundo nos parece, as condições de vida, civilização e a evolução dos casos sobre os quais se edificaram as estatísticas.

Na antiguidade parecem ter predominado os abcessos post-pneumónicos, como já acentuámos no resumo histórico, constituindo o maior material das estatísticas coevas. Hoje, êsses abcessos são, segundo o dizer dos autores contemporâneos e a nossa própria experiência, duma relativa raridade.

Maior percentagem fornecem para êsse fim as brônco-pneumonias. ? Ilacções? ?Progresso da hygiene, mais racional tratamento das pneumonias, ou mais apurados meios diagnósticos, permitindo atribuir à verdadeira causa, afecções antigamente com aquela doença confundidas? A brônco-pneumonia, revelando de per si só a menor resistência individual (velhos, crianças, infecções prolongadas ou anergizantes), deve, *à priori*, fornecer maior percentagem à transformação purulenta, e, de facto, assim se verifica.

A influenza, com graves determinações pulmonares, cai sensivelmente nas duas anteriores rubricas, de que ela muita vez se complica. Esperar-se-ia encontrar maior percentagem de abces-

tos pulmonares em doença tão rica de episódios supurativos e tão sujeita a exacerbações de exaltada virulência.

A última epidemia, em 1918, de localização tão predominantemente pulmonar, forneceu-nos a prova de que assim não é, tão raros foram os casos de abscessos pulmonares registados. Este facto pode parecer ainda mais singular, se nos lembrarmos da extraordinária frequência doutra complicação supurativa da vizi-nhança — referimo-nos aos empiemas meta-pneumónicos, que então choveram.

A maior estatística que vimos citada a tal respeito é a de HEDBLOM, só com três abscessos pulmonares em 100 casos de pneumonias gripais prolongadas, emquanto que a de LOCKWOOD atinge dez abscessos em 54 casos.

A bronquite crónica, que nos parece ser origem frequente de abscessos pulmonares, discretamente figura nas estatísticas compulsadas: KUELBS (1913) 10 casos; HARTWELL (1920) 3 casos.

O abscesso pulmonar consecutivo ao empiema, deve ser uma raridade (LOCKWOOD), parecendo antes que o caminho inverso será o mais seguido (3 casos, KUELBS, 1913; 3 casos, WESSLER, 1919; 2 casos, HEDBLOM, 1919).

Há, todavia, uma variedade de pleurisia, que julgamos capaz de originar mais facilmente aquela afecção, por condições que oportunamente explanaremos. Referimo-nos à pleurisia interlobar.

Uma espécie que consta da nossa pequena casuística, e que não vemos aparecer senão excepcionalmente (um caso em 54, LOCKWOOD) nas maiores estatísticas, é o abscesso por supuração de quisto hidático pulmonar. Não sendo de uma raridade extrema esta localização do equinococo, e sendo a purulência um tempo frequente da evolução do parasita no corpo humano, estranhámos não a vermos mais vezes citada, como possível origem de abscessos pulmonares.

Os abscessos sobrevivendo no decurso da tuberculose, da sífilis ou das micoses pulmonares, raramente são individualizados como tais, despersonalizados como são a favor do processo granulomatoso dominante. Um pouco menos se verificará esta omissão a propósito da actinomicose, pelo especial carácter supurativo que reveste e precocemente se patenteia em mais ou menos típicas fistulizações parietais: (1 caso, FENGER, 1881; 1 caso, SCUDDER, 1914; 2 casos, WHITTEMORE, 1921; 1 caso, LOCKWOOD, 1921).

Os corpos estranhos ocupam grande parte das causas dos abcessos pulmonares — para os autores americanos — principalmente a inalação post-operatória de produtos de amigdalectomia ou extracções dentárias. Não nos causa admiração, se nos lembrarmos das tendências cirúrgicas daquele povo, relativas a esta especialidade. O mesmo não diremos da freqüência extraordinária de amigdalectomias «sob anestesia geral», que lá se praticam, a ponto de LOCKWOOD as considerar como a principal causa de semelhante complicação. No nosso meio nunca vimos fazer amigdalectomias «sob anestesia geral» e julgamos poder afirmar que não se têm registado muitos casos de abcessos pulmonares após aquela operação.

Discute-se o mecanismo da produção: inalação directa do pus espremido da amígdala, de fragmentos da amígdala, ou embolias sépticas por reabsorção ao nível do plexo vascular da loca amigdaliana esvaziada?

A primeira hipótese aplicar-se-ia principalmente às tais operações com anestesia geral (ausência de reflexo faríngeo), sendo o segundo mecanismo possível numa amigdalectomia sem anestesia ou com anestesia local.

Deixando êste aspecto, que nos parece não ter no nosso meio grande amplitude, queremos referir-nos, para terminar com êste parágrafo, aos outros corpos estranhos penetrando acidentalmente nas vias respiratórias, quer por inadvertência (crianças, dementes), quer por traumatismo ou armas de fogo.

Sabemos com que facilidade as crianças deglutem pequenos objectos de uso caseiro (botões, etc.) e como facilmente êstes podem penetrar num brônquio, dando origem a abcessos. Também não insistiremos nas possibilidades dum estilhaço de grana-da (séptico) atingir o pulmão, produzindo uma supuração, enquanto um tiro de espingarda de guerra (praticamente aséptico), pode ser encapsulado e bem tolerado largo tempo ou definitivamente pelo pulmão.

Como para as outras entidades mórbidas, a idade não deixa de influenciar a etiologia e implicitamente as condições que desta derivam.

Na criança são sobretudo freqüentes os abcessos por penetração nas vias aéreas de corpos estranhos ingeridos.

Faz parte da nossa casuística um abcesso pulmonar da base

esquerda em criança de dois anos, consecutivo a penetração nos brônquios de feijões secos.

São ainda observados os consecutivos às bronco-pneumonias arrastadas próprias da infância (post-eruptivas, etc.) e aqueles que sucedem à fistulização brônquica dum abcesso mediastínico (adenopatia supurada, etc.).

Mas o abcesso pulmonar predomina na idade adulta, reparando entre si a etiologia parasitária, brônquica e algumas vezes pleural. É a pleurisia interlobar, como vimos, origem frequente de abscessos, por fistulização transpulmonar da colecção pleural.

Os velhos mostrarão mais vezes as supurações de lobos hepaticizados, que já não possuem meios de resolver.

Na grande generalidade dos casos, podemos afirmar que o abcesso pulmonar puro é doença da idade adulta e mais frequente nos homens.

ANATOMIA PATOLÓGICA E BACTERIOLOGIA

Em primeiro lugar, o abcesso pode ser simples ou múltiplo, isto é, pode haver uma ou mais colecções no pulmão. Vimos como a etiologia contribui para esta multiplicidade.

A sede também varia, não havendo parte do pulmão capaz de se considerar isenta. Não obstante, as condições etiológicas também influem na topografia das lesões, como *à priori* pode parecer e adiante desenvolveremos.

É difícil descrever a topografia dos abscessos sem antecipada referência à etiologia.

Conforme a origem, assim a sede e modalidade anátomo-patológica; e, para não cair em repetição, parece-nos útil enumerar desde já as possibilidades etiológicas, referindo a seguir os tipos a que mais frequentemente dão origem.

O abcesso clinicamente primitivo existe, se-bem-que mais raramente. Descreveremos adiante observações clínicas em que o facto se evidencia.

O estado mórbido preliminar da árvore brônquica, facilitando a efracção e contaminação pulmonar ulterior, e desempenhando por isso o papel de causa predisponente; não é suficientemente

significativo ou carregado para tirar o carácter clínico de primitividade com que a afecção se desenrola.

Nestas condições, a sede do abcesso é variável e, como era de prever, êste coexiste com formações patológicas broncogéneas — fibrose peribrônquica, etc. — que lhe imprimem uma feição de esclerose crónica, sôbre que adiante insistiremos.

Não assim já, noutra categoria de abcessos, também aparentemente primitivos — diremos mesmo de uma primitividade pura sintomaticamente —, em que a supuração de um quisto hidático pulmonar ignorado, cria um abcesso que deve à origem uma nitidez de contornos radiológicos só sobreponível à precisão do quadro clínico. Aqui, não só a imagem, mas a própria sede tem os caracteres que lhe imprimiu a origem.

O quisto hidático do pulmão é mais freqüente, diz-se, na base do pulmão direito, porque tem a origem no fígado, embora muita vez impossível de se evidenciar na clínica.

Sendo assim, podemos afirmar que nesta segunda categoria de abcessos pulmonares se verifica uma predilecção pela base direita, coexistindo com uma notável integridade do restante aparelho respiratório, isento de moléstia difusa anterior.

Podemos encarar uma terceira hipótese patogénica, talvez a mais freqüente segundo os livros, mas não pela nossa casuística.

Referimo-nos à supuração de um foco de hepatização pneumónica ou bronco-pneumónica.

As condições especiais que tornam possível semelhante evolução, aproximam-se das enumeradas a propósito da primeira categoria que descrevemos. As circunstâncias da menor defesa local (bronco-pulmonar) e geral (debilitação orgânica por infecções prolongadas anteriores, auto-intoxicação, etilismo, etc.), criam o campo fácil à eclosão do abcesso. Claro que aqui também não há topografia característica, sobrepondo-se às possibilidades regionais dos blocos hepatizados.

Podemos supor que o abcesso, geralmente único na pneumonia lobar, tem condições de multiplicidade na possível supuração dos vários focos a que pode dar origem a bronco-pneumonia.

Aceitando que é uma complicação possível dos pneumónicos debilitados e sabendo, por outro lado, qual a predilecção pelos vértices que a hepatização nêles revela, podemos supor que são os focos de pneumonia apical que mais vezes sofrem a transfor-

mação purulenta. Levanta-se nesta emergência o fantasma da tuberculose a reclamar para ela e a revestir da sua feição anátomo-patológico especial os focos de pneumonia de vértice. Não necessitamos acentuar, todavia, que esta regra tem muitas excepções e que, se as pneumonias dos ápices são muitas vezes índices de bacilização, não deixa por outro lado de haver pneumonias apiculares banais, capazes de darem lugar a supurações não específicas e até de resolverem benignamente como as das bases.

A maioria dos abscessos localiza-se na periferia do pulmão e com mais freqüência à direita (3 vezes para NORRIS e LANDIS) e também três vezes mais nos lobos superiores do que nos inferiores (LEMON). Os abscessos post-pneumónicos e consecutivos à influenza, estão de preferência na periferia e atingem a pleura visceral.

Os abscessos motivados pela aspiração de corpos estranhos parecem mais freqüentes à direita e lobo inferior, ao passo que os que sucedem às operações da naso-faringe preferem o lobo superior do mesmo lado.

Há abscessos de pequenas cavidades, isolados ou agrupados, subserosos ou contidos profundamente na espessura do parênquima. Há-os também volumosos, que podem criar dificuldades diagnósticas com os empiemas.

A gangrêna pode acompanhar a abcedação, nem sempre sendo fácil afirmar ou negar a presença dela. Dêste e doutros factores depende a evolução do abscesso, rápida nos casos agudos, tórpida ou arrastada nos crónicos (duração superior a dois meses). A causa e principalmente o estado do restante parênquima pulmonar, influem poderosamente nesta evolução. Com tendência espontânea para a resolução após vômica, nos casos agudos, isolados, de restante pulmão indemne; com propensão a eternizarem-se nas formas difusas, múltiplas, gangrenadas ou não, de parênquima lesado concomitantemente por bronquites fibrosas, purulentas, ou por esclerose, enfisema, etc.

As lesões pleurais, criando aderências e retracções, opõem-se poderosamente ao processo curativo, quer mantendo abertas cavidades que deviam cicatrizar, quer criando novas cavidades de bronquectásia pela extensão transparenquimatosa à árvore brônquica do processo esclerogéneo.

O terreno especial em que evoluciona o abcesso pulmonar impõe-lhe um carácter próprio, que o distingue das restantes supurações da economia. A arquitectura própria do pulmão, de cavidades areolares, de abundante vascularização fracamente defendida, de constante instabilidade mercê da função própria, criam condições de precária resolução, que dominam a patologia desta doença.

Os tempos fundamentais do processo mórbido, são em suma sobreponíveis aos de todos os abcessos, onde quer que se desenvolvam e podem resumir-se nestes quatro períodos:

- I — Hiperemia, localizada ou difusa duma porção pulmonar;
- II — Diminuição do débito circulatório;
- III — Invasão pelos agentes piogénicos;
- IV — Necrose celular com formação de pus.

Os caracteres próprios à localização que nos ocupa, derivam como variantes d'este esquema, influenciados pela origem e modo de infecção pulmonar e pela especial constituição do terreno a que acima aludimos.

Já em 1893, TRAUBE distinguia três modos diferentes de abcedação pulmonar, conforme ela provinha dos vasos (embolias e trombozes), da árvore brônquica (bronquites purulentas) ou do próprio parênquima (pneumonias, etc.).

Há uma categoria de abcessos pulmonares por propagação directa, cujo mecanismo nos parece merecer referência particular.

Aludimos às pleurisas interlobares, propagadas ao pulmão em tempos ulteriores de evolução para a fistulização brônquica.

Pela situação especial que ocupa entre o parênquima, o folheto pleural interlobar cria, ao distender-se por purulência, uma loca mergulhada em plena massa pulmonar. Difícil então de diagnosticar clinicamente (a despeito dos elementos que ulteriormente desenvolveremos), nem por isso a situação anátomo-patológica deixa de ser nitidamente caracterizada, marcada como fica a completa independência entre o pulmão e uma colecção inteiramente envolvida pela membrana pleural.

Acontece então que, dada a maior freqüência da origem pleural destas supurações, mais vezes diagnosticaremos como pleuri-

sias interlobares, abscessos pulmonares que àquela topografia scisural se sobreponham.

Originariamente assim, pode a ulterior evolução criar situações de menos nítida implantação.

O desenvolvimento de uma pleurisia interlobar pode fazer-se muitas vezes centrípeta, procurando o pus caminho mais fácil para o exterior pelo brônquio que o avizinha. O ténue obstáculo que lhe criam as partes moles interpostas (trabéculas pulmonares), é facilmente vencido e vemos freqüentemente a fistula pleuro-brônquica estabelecer-se através de um parênquima pulmonar dest'arte interessado na flogose.

A coleção purulenta é agora pleuro-pulmonar e, se a evolução se não faz para a cura, pela deficiente drenagem que a fistula lhe proporciona, vemos progredir em pleno pulmão um processo originariamente pleurogêneo.

É um tipo, talvez dos mais freqüentes, de abscesso pulmonar, que antecipadamente esboçamos, porque, embora bastardo, presta-se, pelas condições especiais de origem e desenvolvimento, a ilustrar a definição, que inicialmente estabelecemos, de abscesso pulmonar.

Da mesma forma compreendemos a fistulização secundária de abscessos de fígado, rim, baço, subfrénicos, etc., a criar abcedações pulmonares, pelo progresso ulterior em pleno parênquima.

Nestes abscessos pulmonares, provindos da perfuração do empiema ou do abscesso subfrénico, existe uma necrose na porção periférica, sem cavitação. Às vezes, acontece o abscesso estar bem encapsulado, sem ligação com o empiema. É provável que preliminarmente o abscesso subpleural tenha rompido para a cavidade pleural, causando o empiema, e então, curado na superfície visceral, progrida para a intimidade do pulmão onde se desenvolve o verdadeiro abscesso.

Os granulomas infecciosos criam difusamente ou localmente abcedações, que não merecem o nome de abscessos do pulmão, só porque coexistem com elementos de inflamação específica que lhes imprimem a fisionomia peculiar. Referimo-nos assim distantemente ao granuloma tuberculoso, micótico, sífilítico, etc.

A eliminação de porções de substância necrosada, pelos processos característicos de cada uma das citadas infecções, faz-se

por uma supuração que não difere muito da que é provocada por qualquer corpo estranho.

Assim, caímos insensivelmente na enunciação das possíveis supurações pulmonares pela presença de corpos estranhos, quer penetrados pelas vias aéreas superiores (crianças, dementes, paralíticos bulbares, etc.), quer atingindo directamente o pulmão através das paredes do tórax (traumatismo, ferida de guerra, etc.).

Também aqui não há predilecção topográfica possível, como podemos calcular, variável como é a via de acesso.

Nestes abcessos, há uma colecção em volta do corpo estranho, envolvida por um saco fibroso que completamente o separa do pulmão, poupado quanto ao resto.

As colecções provenientes dos corpos estranhos intra-brônquicos, são bem localizadas, mas extremamente fétidas, sugerindo a implantação de um processo gangrenoso secundário. Produz-se uma bronquectásia, que se estende ao longo das ramificações brônquicas vizinhas.

No decurso das septicémias, podem fazer-se embolias sépticas nos pulmões, únicas, ou talvez mais geralmente múltiplas, que realizam um mecanismo diferente de abcedação pulmonar, pela supuração ulterior dos enfartes produzidos.

Sem expressão clínica, pequenos e múltiplos nas séptico-pioémias, em que às vezes nem são suspeitados, podem evolucionar com patência das fases anátomo-patológicas, quando um enfarte, consecutivo a embolia séptica dum grosso vaso, supura, dando origem a um abcesso pulmonar demonstrável e único.

O abcesso pneumónico é uma reacção inflamatória das mais agudas. A purulência, marcada pela infiltração leucocitária local ou múltipla do tecido interalveolar, vai gradualmente à necrose, liquefacção e cavitação.

Dissemos atrás não ser muitas vezes fácil a distinção entre o abcesso e a gangrena, complicação possível da pneumonia. Estas dificuldades não poupam o próprio exame necrósico.

Macroscopicamente, o abcesso pulmonar é mais circunscrito, com zonas amarelo-acinzentadas, cinzento-esverdeadas ou castanho-avermelhadas, contendo pus, detritos caseosos e, muitas vezes, pequenas porções de tecido pulmonar, além de possíveis partículas calcáreas, conhecidas pela designação de «seqüestros pulmonares». O abcesso agudo simples, tem paredes necróticas

e, muitas vezes, não tem linha de demarcação com o tecido indemne. Esta área necrótica é circundada por uma densa zona de infiltração inflamatória e outra de tecido pulmonar edemaciado.

As cavidades de gangrena aguda são mais irregulares, com áreas necróticas vermelho-escuras ou castanho-esverdeadas, desenvolvendo um cheiro horrivelmente fétido, e tendem a infiltrar os tecidos circunvizinhos, mais firmes, como esplenizados, e muitas vezes semeados de pequenas cavidades de bronquectásia.

A cavidade abre geralmente para o brônquio ou para a pleura, havendo uma pequena percentagem que persiste encapsulada e sem abertura. São verosimilmente estas as que mais facilmente podem originar a séptico-pioémia, segundo Lockwood.

A pleura não fica indiferente ao processo infrajacente, e reacções sero-fibrinosas ou purulentas mascaram por vezes a lesão pulmonar. Ainda mais freqüentemente, as formações de paquipleurite envolvem a área pulmonar abcedada, influindo, como vimos atrás, na evolução e na semiologia respectivas. Os brônquios circunvizinhos, preliminarmente lesados ou interessados na reacção secundária, são a sede de um catarro que, da simples tumefacção, hiperémia e exsudação, pode ir e vai freqüentemente à fibrose e até à calcificação, esmaltada de dilatações saciformes ou ampulares, conhecidas por bronquectásias.

Idêntico processo pode atingir os vasos adjacentes. Os glânglios satélites tumefazem-se, podendo a adenite mediastínica tomar, pela sua amplitude, individualidade clínica.

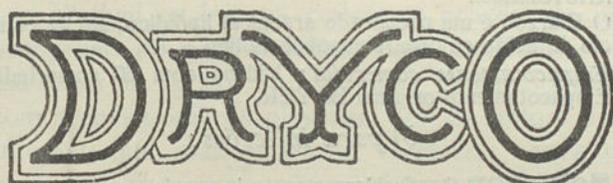
O conteúdo do abcesso pulmonar é variável com a causa e, assim, podemos encontrar pus, fragmentos isolados de tecido pulmonar, hemosiderina, celestorol, moedas, pedaços de osso, alimentos, grãos de trigo, hidátides, cabelos, depósitos calcáreos, etc.

Não vimos nos tratados, nem os nossos casos revelaram, verificações bacteriológicas nítidas ou sequer dignas de sobre elas largamente nos determos.

São sobretudo vulgares as bactérias piogéneas: — estafilococo áureo e alvo, estreptococo viridans e hemolítico, pneumococo; as saprófitas, algumas vezes, e, em pequena percentagem, as anaeróbias puras ou, quási sempre, associadas.

NAS INFECÇÕES AGUDAS

Quando o vômito é um factor ou quando uma quantidade excessiva de líquido sobrecarrega a capacidade da criança, como na coqueluche e na pneumonia, e sempre que se deseje reduzir a ingestão de líquido, como no eczema, etc., o uso quotidiano do leite sêco



(O LEITE DE CONFIANÇA)

PRESTA INCALCULAVEIS SERVIÇOS

O leite em pó DRYCO ocupa pouco volume porque lhe foi extraída tôda a água por meio de uma rápida evaporação e a sua digestibilidade está aumentada graças ao processo de secagem. A maior digestibilidade é consequência da transformação coloidal da proteína (caseína) do leite, que impossibilita a formação de volumosos e compactos coágulos durante a digestão gástrica.

The Dry Milk Company-15, Park Row-New York

(Instituição Internacional para o Estudo e Produção de Produtos de Leite Puro)

Para amostras e literatura dirigir-se aos representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

Rua Nova da Trindade, 9, 1.º — LISBOA

Preparados arsenicais "BAYER,,

a) para uso interno :

1. **Elarson** (1 comprimido contém $\frac{1}{2}$ mgr. As.)
2. **Ferro-Elarson** (1 comprimido contém $\frac{1}{2}$ mgr. As e 3 ctgr. ferro reduzido).

O Elarson é um preparado arsenical lipóidico, sal de estrôncio do ácido chloroarsinosobehenólico.

Empacotamento comercial: Vidros com 60 comprimidos. Empacotamento original BAYER.

b) para injeções :

1. **Solarson** (heptinchloroarsonato de amonio).
Vantagens: Aproveitamento completo da acção arsenical. Optima tolerância. Injecção indolor. Não produz mau hálito.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. Empacotamento original BAYER.
2. **Optarson** (Combinação de Solarson estriçnina).
Tónico dos nervos e vasos.
O Optarson possui o mesmo efeito arsenical do Solarson, mais a acção rápida e estimulante da estriçnina.
Empacotamento comercial: Caixas com 12 ampolas de 1,2 c. c. Empacotamento original BAYER.

JUVENINA

(Combinação de methylarsonato de yohimbina com methylarsonato de estriçnina.)

**Poderoso tónico nas depressões físicas e psíquicas,
e especialmente nas da esfera sexual.**

Prescreva-se:

Drageas de 0,1 gr. L
Ampolas de 1,2 c. c. X

Empacotamento original "BAYER"

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft
Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius"

Representante - depositário : **AUGUSTO S. NATIVIDADE**
Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



Nos abcessos post-pneumónicos, encontra-se o pneumococo, ou o pneumo-bacilo de Friedlaender, muitas vezes associados com os piogéneos, o de Pfeiffer e o coli.

SINTOMATOLOGIA

A sintomatologia do abcesso pulmonar é muito variada, possuindo aliás sintomas característicos, se-bem que inconstantes.

De início gradual ou brusco, consoante provém de um processo broncogéneo ou pneumogéneo, pode confundir-se no primeiro caso com o agravar progressivo duma bronquite, no segundo com a pneumonia ou pleurisia, que de facto o originam.

Os sintomas que mais vezes se verificam, são a pontada torácica, a tosse com expectoração quási sempre fétida, e — sinal capital — a vómica.

Estes sinais, quási constantemente presentes, não se mostram sempre pela mesma ordem nem com a mesma intensidade.

Quando o início é brusco, é a pontada torácica que geralmente abre a scena, difficil ou impossivel de distinguir da vulgar pontada da pneumonia ou pleurisia, tanto mais que, como vimos, quási sempre um destes processos marca a primeira fase da doença.

A pontada segue-se a tosse com expectoração que, nos casos mais arrastados, já pode preexistir, mas que agora atinge uma intensidade inaudita. A tosse é forte, sonora, expulsiva, às vezes com um carácter transitòriamente espasmódico e muito penosa pela exacerbação da dor que provoca. A expectoração mucopurulenta de entrada (se não hemática, indicando a hepatização possível), torna-se rapidamente purulenta, amarelo-esverdeada, grossa, às vezes laivada de sangue, e intensamente fétida. É nesta altura que, num acesso de tosse, se dá geralmente a vómica, expulsão brusca por vômito do conteúdo do abcesso, que se esvazia para o brônquio. Algumas vezes a vómica é mais precoce, e casos há em que é ela que abre a scena, suprendendo o doente num estado bronco-pulmonar incaracterístico, a que só ela vem dar nitidez.

Pode dizer-se que a vómica, sem ser constante (o abcesso pode não estar fistulizado ou, mais freqüentemente, esvaziar-se

fragmentariamente em minúsculas vómicas expulsas seriadamente com os acessos de tosse emetisante), é o sinal característico fundamental do abcesso. Feita ela, o diagnóstico impõe-se e os outros sinais não fazem senão completá-lo.

O estado geral é, como não pode deixar de ser, mau, o doente mostra-se infectado, febril, suando copiosamente, anorético e preso de penosos ataques de tosse, em que faz a expulsão do pus fétido, sanguinolento ou não, que fica a eliminar após a vómica. Esta, que, já vimos, pode ser fragmentada em pequenas porções, pode repertir-se em abundância, se, após a primeira saída, a fistula drena insuficientemente, permitindo acumulação de pus que só o excesso de tensão virá a expulsar como inicialmente.

A pontada atenua-se sem desaparecer, o doente toma o aspecto do pulmonar crónico e caminha para a caquexia com ou sem amiloidose, se a cura se não dá, terapêutica ou espontânea.

¿E os sinais objectivos? Deliberadamente os deixámos para o fim, tão eleatória é a semiologia do tórax nesta enfermidade. É certo que esta expressão não se pode tomar como geralmente verificada e casos há em que o exame do tórax é particularmente elucidativo. Mas estes ficam em minoria, se os compararmos com aqueles em que a simples descrição da vómica, espontaneamente feita pelo doente, associada aos antecedentes (se os tem) e ao estado actual, nos sugere um diagnóstico que os sinais estetacústicos estão longe de evidenciar.

É óbvio que também a semiologia se revela fortemente influenciada pela etiologia do abcesso, variáveis como são os quadros iniciais que lhe dão origem.

De antemão se compreende que um abcesso consecutivo à supuração de um quisto hidático do pulmão não dá o mesmo esquema semiológico que o produzido pela fistulização brônquica dum pleurisia interlobar ou a abcedação dum bloco pneumónico.

Segundo a nossa experiência, julgamos poder dividir, para fins semiológicos, os abcessos pulmonares em duas categorias especiais, conforme sucedem a uma infecção brônquica antiga, ou provêm de um empiema ou da supuração dum quisto hidático.

Os da primeira categoria são ricos em sinais estetacústicos acessórios e por vezes capitais. Os da segunda são às vezes dum silêncio desesperador.

A observação torácica de uma bronquite crónica, que secundariamente abcedou, mostra regularmente os sinais habituais da bronquite, quasi sempre associados aos da fibrose e enfisema em maior ou menor grau, que raramente deixam de acompanhar nesta fase.

Feito o abcesso, este pode patentear-se semiològicamente, ou só atraiçoar a sua existência pela vòmica total ou fragmentária. No primeiro caso, desenha-se geralmente no lado lesado um quadro de *déficit* que não escapa a um exame cuidadoso.

A hipomobilidade respiratória é um sinal que, sem pretensões a patognomónico, tão variadas causas o provocam, nos parece valioso pela precocidade, persistência e, em alguns casos, exclusividade, permitindo localizar uma colecção desprovida doutros sintomas.

Com ela pode-se associar a hipoelasticidade, já sinal de menor valia, tão alterada por variados factores, em que conta o próprio critério de apreciação do observador.

A vibratilidade torácica raramente está aumentada (caso de condensação reacional do parênquima), mas encontra-se geralmente diminuída, quer pela fibrose pleuro-pulmonar que cerca o abcesso, quer pela própria colecção líquida nêle contida.

À auscultação podemos encontrar sinais de *déficit* respiratório — o mais freqüente — ou sinais de cavitação, o que sucede menos vezes. Entre os primeiros, notamos a abolição ou diminuição do murmúrio vesicular, que raramente deixa de existir. Este sinal, que adquire um forte significado, se, reconhecida a existência do abcesso, a integridade do aparelho respiratório restante o faz claramente ressaltar, perde muito em nitidez, se a esclerose difusa pleuro-pulmonar coexistente semeia o campo pulmonar de lacunas respiratórias, que com a primeira se possam confundir.

Este silêncio respiratório, esmaltado de discretos atritos pleurais sobrejacentes, é, na maioria dos casos, tudo o que se pode referir. Muito é, se a compressão exercida pelo pus colectado, ou a mais nítida transmissão, por intermédio dêle, da respiração brônquica, lhe ajunta um inconstante sôpro.

De ordem bem diferente são os sinais cavitários, estes já patognomónicos da abcedação aberta. Feito o caminho para o brônquio, a cavidade do abcesso, meio esvaziado, cria as condições óptimas da semiótica cavitária. O sôpro cavernoso e os fer-

vores gorgolejantes dão-nos então a noção da excavação pulmonar, que os restantes sinais subjectivos e objectivos ajudam a identificar.

Raramente a anfractuosidade das paredes permite neste caso falar de metalismo. Os sinais vocais sobrepõem-se paralelamente aos anteriores, consoante as possibilidades referidas.

Esta enumeração é feita pelo máximo, sendo possível e até mais freqüente a presença duma parte dêles, conforme dissemos. Também a sua nitidez diagnóstica se não impõe incontroversa, bastando lembrar como a possível existência da bronquectásia nos antigos catarros, e até nos recentes, pode criar quadros pseudo-cavitários, susceptíveis de nos induzirem em êrro.

Cabe aqui agora a descrição dos caracteres da expectoração, a que já fizemos rápida referência. Para não cairmos em repetições, fá-lo hemos agora em conjunto.

A expectoração constitui nesta doença um dos sinais mais valiosos, quando típica — e isso sucede na maior parte das vezes — permitindo só por si fazer o diagnóstico e, até pela simples descrição, suspeitá-lo.

Constituída pelo próprio pus do abcesso, eliminado pela fístula brônquica, a que se juntam os produtos da secreção dos brônquios irritados por aquele, costuma ser abundante, mucopurulenta, fétida e, às vezes, sanguinolenta. De sabor enjoativo, provoca às vezes aos doentes náuseas, contribuindo para carregar a tendência emetisante que a tosse revela.

O volume varia com a fase da doença, o facto de ter havido ou não vómica anteriormente, a sede e a largura da abertura brônquica estabelecida. Tem geralmente oscilações, coexistindo as maiores eliminações com as fases do agravamento e extensão do mal, a diminuição do volume com o estacionamento dêste.

Conforme os casos, contámos débitos diários desde 50 c. c. a mais de 500 c. c. (caso VII) sem consistirem em verdadeira vómica. Esta, quando típica, pode atingir volume muito superior: 1 litro e mais. Não é já uma expectoração, mas um vómito de pus, depois ou não de um ataque de tosse. Após ela, a expectoração diminui uns dias (abcesso esvaziado), aumentando em seguida gradualmente, com maior ou menor amplitude, consoante o grau de extensão da lesão.

A vómica pode ser simples ou repetida a maior ou menor

distância se, após a primeira, a drenagem insuficiente permite nova acumulação de pus.

Outras vezes a vômica não atinge a amplitude que acabamos de referir. Divide-se em pequenas vômicas, repetidas a curtos espaços, constituídas por golfadas de pus, que os fortes ataques de tosse arrancam ao doente, a quem impedem, pela frequência, o sono.

A fetidez é a regra. Sôbre a qualidade desta, costumam os livros insistir, fazendo uma distinção entre o carácter enjoativo do cheiro da expectoração do abcesso e o cheiro horrivelmente repugnante da gangrêna pulmonar.

Segundo a nossa experiência, o cheiro da expectoração dos abcessos merece adjectivo mais significativo do que o simples «enjoativo». É realmente uma «pitada» de respeito, difficilima de suportar, comunicando-se ao hálito e à expectoração, e de que o próprio doente se queixa constantemente. O que é fora de dúvida é que abaixo da fetidez da gangrêna, é o abcesso que preenche mais intensamente êsse requisito, sendo para nós muitas vezes o guia para o estabelecimento do diagnóstico.

Escusado será acentuar que, segundo o agente da supuração (estreptococo, coli, anaeróbios), assim variará o cheiro, e que, no mesmo doente, se sucedem fases de intensa fetidez a fases de acalmia, em que aquela é nula. É um dos elementos em que uma terapêutica bem orientada mostrará mais decidida acção.

O hábito de guardar estas abundantes expectorações em copos de vidro graduados para apreciar o seu volume e constituição, permite-nos verificar que elas se costumam sedimentar em três camadas, reveladoras da desigual densidade dos seus elementos. A de cima, espumosa, aprisiona alguns grumos de pus que sobrenadam. A do meio, serosa, quasi transparente, esbranquiçada, é geralmente a mais abundante. No fundo fica depositado o pus espesso, geralmente mal ligado.

É esta a clássica expectoração em três camadas, característica da cavitação pulmonar — e não só do abcesso — podendo por isso encontrar-se nos tuberculosos ulcerosos, na gangrêna, até na bronquectásia.

Não nos parece que os aspectos da expectoração variem sufficientemente nos vários tipos de abcessos que descrevemos, a ponto de justificarem referência separada. Por isso as guardámos

para apreciação em conjunto. É claro que, no caso de quisto hidático supurado, pode acontecer, como no nosso caso IV, que o doente elimine elementos característicos do parasita (membranas, colchetes, etc.), que imponham o diagnóstico. Também nos referiremos à significação especial que reveste a expulsão de um líquido amarelo transparente, ou opaco e torrado, para o diagnóstico da hidátide pulmonar.

A mistura de sangue, ou expectoração de sangue puro, corresponde a circunstâncias fortuitas, de pouco interesse diagnóstico. O progresso do abcesso pode romper um vaso, como a congestão inflamatória periférica pode ocasionar a expectoração hemoptóica. A saída de pus sanguinolento, obedece às mesmas regras que as de qualquer outro abcesso, tanto mais fáceis de compreender quanto é certo ser o pulmão riquíssimo em vasos de fraca protecção.

Sabemos como o quisto hidático produz expectoração sanguinolenta e mesmo verdadeiras hemoptises. A congestão periquística que descrevemos, faz-se geralmente com expectoração hemoptóica. Também se compreende que o abcesso que sucede à supuração de um foco pneumónico seja precedido de expectoração hemática.

Acabados de enunciar, com a descrição da expectoração, os caracteres gerais do abcesso pulmonar, faremos por destacar os diferentes tipos que às várias etiologias correspondem.

Em resumo, podemos esquematizar assim o quadro de um abcesso pulmonar bronquítico: num fundo de catarro brônquico arrastado, desenham-se gradualmente os sinais do abcesso, entre os quais avultam a fetidez e a vômitica; o exame do tórax mostra, sobre os sinais banais da bronquite fibrosa, um foco de *déficit* respiratório ou de nítida cavitação.

É geralmente outro o quadro do abcesso consecutivo ao empiema, influenciado pela localização dêste. Falemos do interlobar, o mais freqüente, segundo temos visto.

De início, e correspondente ao quadro fluxionário geral que referimos, nada se pode individualizar que represente uma localização focal.

Aparecida a pontada, servirá esta já de índice topográfico, mas terá a significação limitada pelas irradiações habituais, que

lhe desfalcarão a nitidez. Ao segundo ou terceiro dia, já não custará marcar, num segmento sobreponível à projecção torácica da scisura respectiva, uma zona de hiposonoridade, que a auscultação mostrará corresponder a um foco de hiporespiração com alguns atritos pleurais de mistura.

A evolução marcará a persistência ou variabilidade dêstes sinais. Num dos nossos casos, êles mantiveram-se durante tôda a observação clínica. Noutros exemplos, em que a excavação pulmonar se acentua, podem sinais cavitários sucederem gradualmente aos anteriores. É raro que a pleura parietal deixe de reagir à lesão do segmento interlobar, contribuindo para o quadro com sinais (atritos) da inflamação periférica.

Se a drenagem brônquica é insuficiente ou se, por outra razão, a colecção purulenta se torna volumosa, a projecção parietal alarga-se, evidentemente, além da linha scisural e, influenciada pela gravidade, tenderá a alastrar para baixo. Teremos assim uma zona de macicez suspensa (entre duas faixas timpânicas de pulmão indemne), que devemos procurar em tôda a projecção da scisura, vulgar como é a supuração fazer-se no trajecto dorsal, axilar, ou juxta-mamilar.

Nunca nos parece demais insistir na necessidade de uma cuidadosa investigação da região axilar, muitas vezes desprezada nas observações sumárias, tão vulgarmente ela se mostra positiva num exame torácico negativo quanto ao resto.

Algumas vezes verificamos pela auscultação da região axilar a existência de um sôpro brônquico, até de ressonância anfórica, em observações torácicas no demais silenciosas.

Estas constatações, incapazes só por si de imporem um diagnóstico, são de grande socorro pela associação com outros indícios, em doença de esquema semiológico freqüentemente tão reduzido.

O resto da área auscultatória está geralmente isento de sinais, contrariamente ao tipo anteriormente descrito, e podemos construir, como fizemos para êste, o seguinte resumo: doença recente, iniciada por pontada, de natureza revelada pela vômica, mostrando ao exame discretos sinais deficitários ou de colecção sobrepostos ao trajecto de uma scisura interlobar e coexistindo com integridade da restante área pulmonar.

Vamos agora falar de outro tipo de abcessos, consecutivos

à supuração de quistos hidáticos patentes ou occultos. Descrevemos adiante duas histórias clínicas tão elucidativas, que vivamente recomendamos a sua leitura, capaz de dar noções mais reais do que qualquer descrição de conjunto.

As vezes o quisto já foi diagnosticado, e a doença, iniciada e estudada em fase em que não existe abcesso, não caberá bem num estudo de abcessos pulmonares. Referir-nos hemos de preferência àqueles casos, em que o início clínico da enfermidade é marcado pela supuração de um quisto latente do pulmão.

Já dissemos que o comêço é geralmente brusco e se, como muitas vezes succede, um foco pneumónico periquístico é a causa da morte dêste, nada haverá que nesta altura permita um diagnóstico diferente do da pneumonia, occulta como está a existência do parasita.

A pontada com febre e escarros hemáticos, corresponde portanto aos sinais banais de pneumonia mais ou menos típica, ou a um silêncio torácico enigmático, se o quisto, profundamente situado no pulmão, é revestido por uma porção de parênquima indemne, que o mascara.

Estamos no caso das pneumonias centrais, tantas vezes diagnosticadas pelos sinais subjectivos ou acessórios, e até indagnosticadas.

De uma maneira ou de outra, a resolução desta pneumonia periquística faz-se mais ou menos completamente, mas o enfêrmo não experimenta, após ela, aquele período de euforia e bem-estar que é habitual nas pneumonias banais.

Ficou tossicoso, dorido, fraco e expectorando. Um dia, vem a vômica, a situação esclarece-se e saem pedaços das características membranas hidáticas. Mas já muito antes o diagnóstico se tornou possível, se o enfêrmo soube contar e o médico perguntar um carácter da expectoração, que a nossa observação não evidencia. Com a tosse vem às vezes uma aguadilha amarelo-escuro, límpida como urina, dizia-nos o referido doente — ocre, dizem os livros — que, se-bem-que rara, é, quando constatada, sinal patognomónico de quisto hidático morto.

Nem sempre esta pneumonia é o início clínico forçado do mal, e o quisto, morto e infectado, revela a existência pela vômica que surpreende o doente em plena saúde aparente (caso VI).

Para sermos completos, devemos falar agora das abcedações

GIRALDOSE

Com base de PYOLISAN associado com
o ácido THYMICO-TRYOXYMETHYLENO
Bi-SULFATO DE ALUMÍNIO E DE POTÁSSIO

Poderoso antiséptico geral — Higiene íntima

GIRALDOSE em pó
» » comprimidos
» » óvulos
» » sabão

Para a antisepsia geral e gynecológica

AMOSTRAS GRATUITAS Á DISPOSIÇÃO DOS EX.^{MOS} MÉDICOS

LES ETABLISSEMENTS CHATELAIN — PARIS
A. VINCENT, L.^{DA}, Representantes para Portugal e Colónias
Rua Ivens, 56 — LISBOA

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior
à dos 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



Opotherapiea Hematica Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS
do Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mineraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS

Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas

DESCHIENS, D^r em P^{la}, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8^e)

Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, Lisboa

**CIGARROS
DE ABYSSINIA**

EXIBARD

Sem Opio nem Morphina.

Muito efficazes contra a

ASTHMA

Catarrho — Oppressão
e todas affecções espasmodicas
das vias respiratorias.

35 Annos de Bom Exito. Medalhas Ouro e Prata.

H. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^o
6, Rue Dombasle, 6
PARIS

E BOAS PHARMACIAS

post-pneumônicas ou bronco-pneumônicas. Seremos breves, fazendo somente notar que, em vez da resolução focal aguardada, começam a aparecer gradualmente fervores mais grossos e húmidos, o sôpro de tubário a tornar-se tubanfórico ou francamente cavernoso, o estado geral a revelar os sinais da grave infecção prolongada.

As temperaturas oscilantes, os suores profusos, a caquexia sublinhada pela degenerescência amilóide das vísceras abdominais, impõem-nos o diagnóstico, que uma vômica pode decidir, sendo, não obstante, mais freqüente nestes casos, o esvaziamento fragmentado da loca, com ataques de tosse muitas vezes emetizante.

A auscultação revela ao nível da antiga sede da hepatização os sinais cavitários clássicos, que se podem multiplicar, se um processo bronco-pneumônico evolucionar para a supuração.

No caso de abcesso por corpo estranho, que referiremos adiante (caso V) e a que já aludimos, havia, além dos sinais gerais de infecção grave, com início de caquexia, uma fetidez intensa do hálito e, ao nível do lobo inferior esquerdo, os sinais de cavitação com sôpro e gorgolejo. Um observador desprevenido poderia diagnosticar tuberculose cavitária da base esquerda, se uma tosse violenta não arrancasse de tempos a tempos, conjuntamente com a expectoração purulenta, esverdeada e fétida, pedaços dos feijões secos ingeridos, causadores de todo o mal.

No resto da árvore respiratória havia bilateralmente sinais dispersos de bronquite, com aquela feição especial das crianças a reagir difusamente a uma causa de irritação brônquica.

Vemos, pois, que, da análise dos nossos casos, ressaltam dois tipos clínicos de abcedação pulmonar. Um com tendência ao início brusco (pontada ou vômica), localização limitada do foco (muita vez latente) e integridade da restante área respiratória: é o abcesso por supuração do quisto hidático ou por pleurisia interlobar. O segundo tipo é realizado pela aparição secundária de uma abcedação, após bronquite, pneumonia, etc. Aqui, o início é gradual, os sinais clínicos de foco estabelecem-se progressivamente (quando patentes) e o resto do aparelho respiratório revela a lesão coexistente.

O abcesso por corpo estranho, que lógicamente parece dever-se integrar no primeiro grupo, cai semiològicamente no segundo,

no caso por nós referido, muito possivelmente por se tratar de uma criança observada pela primeira vez em fase adiantada da evolução.

O estudo radiológico da doença deve ser feito pelo método radioscópico, radiográfico e, quando possível, estereoscópico.

Pela radioscopia verifica-se a possível presença de um derrame pleural livre ou septado, podendo simular ou esconder o processo pulmonar, estudam-se a posição e as excursões diafragmáticas, os deslocamentos do mediastino.

A radiografia dá-nos as imagens com os aspectos característicos, que são a base do diagnóstico e que a seguir explanaremos. O problema da localização encontra às vezes solução nas radiografias perpendiculares entre si, permitindo localizar, pelo encontro dos dois planos, a distância da parede e profundidade a que se encontra a coleção purulenta.

Mas foi o método estereoscópico, só muito recentemente introduzido entre nós, que nos deu as mais claras noções diagnósticas e topográficas.

Nêle aparecem, com inegalável nitidez, a posição, dimensões, grau de cavitação e de esclerose ou calcificação periférica do abcesso, assim como as lesões pulmonares concomitantes.

As cavitações esvaziadas mostram-se como uma mancha clara, envolvida por outra mais densa, correspondente à reacção inflamatória, fibrosa ou calcárea que as cerca.

Deve-se acentuar que a sombra é sempre maior do que a área real da necrose, aumentada como está pela inflamação periférica.

O líquido livre, dentro da loca, aparece-nos como uma sombra espessa, de limite superior horizontal, variável com as posições do doente, e às vezes coroada por uma câmara gasosa.

As imagens do abcesso pulmonar não são sempre iguais entre si e, quando as observamos em conjunto, verificamos que sem demasiado esforço as podemos reduzir a dois tipos, de alguma forma correspondentes aos que em anteriores capítulos esboçamos.

Os abscessos primitivos, os meta-pneumónicos, os consecutivos a quistos hidáticos ou a pleurisas interlobares fistulizadas aos brônquios, aqueles, em suma, que consistem numa loca supura-

tiva única, com integridade do resto do pulmão, dão uma imagem nítida, isolada e única, variável nos pormenores conforme a proveniência, mas conservando sempre aquelas características que lhes servem de fisionomia comum.

São, pelo contrário, muito diferentes as imagens dos abcessos post-bronquíticos ou bronco-pneumônicos, muitas vezes múltiplos, coexistindo com outras lesões da árvore respiratória — bronquite crónica, esclerose pulmonar, enfisema, bronquectásia, paquipleurite, etc. — e mostrando por isso um conjunto de alterações, provenientes de cada um ou de vários destes processos, em que os abcessos, muitas vezes submersos, difficilmente se destacam.

Assim, vemos, por exemplo, chapas de esclerose pulmonar, de extensas arborizações e retracções mediastínicas, associadas a característicos repuxamentos diafragmáticos e costais de paquipleurites, em que, como perdidos no meio das manchas que enxameiam o campo pulmonar, pequenas linhas líquidas horizontais revelam a presença de cavidades supurativas. E ainda aqui a hesitação da bronquectásia é legítima e nem sempre excluída pelo típico quadro clínico e sintomático.

A associação da esclerose e abcedação, quasi sempre presente em ultteriores fases evolutivas, mais avulta as difficuldades, principalmente quando uma boa drenagem pela fístula brônquica rouba às cavidades os caracteres peculiares.

Se o abcesso tende para a cura e a esclerose cicatricial invade consequentemente os campos anteriormente cavitados, quasi sempre o radiologista nos falará de esclerose, infiltração e retracção, quando os caracteres clínicos ainda permitem falar seguramente em supuração. Daremos deste tipo um exemplo nítido nos relatórios e chapas do nosso caso II.

Estas imagens são, como se está a notar, comuns aos outros processos infiltrativos cavitários do pulmão e não permitem muitas vezes, senão ajudados pelo exame clínico, laboratorial e anamnésico do doente, fazer a distincção das cavernas tuberculosas, das locas bronquectásicas e até de focos de bronco-pneumonia.

Na tuberculose, há geralmente o predomínio das características sombras dos ápices, que os abcessos tendem a poupar, localizados como costumam ser nas bases ou lobo médio. As imagens das bronco-pneumonias são mais densas, uniformes e sem cavit-

ção. As da bronquectásia, difusas, com densas imagens brônquicas irradiando do hilo, são sobretudo nítidas (imagens em anel) se vazias no momento do exame, nomeadamente nos tipos cilíndricos ou saculares (Moore).

A gangrena dá imagens opacas, extensas, com áreas de densidades diferentes, produzindo um aspecto de grosseiras nodulações.

A neoplasia mostra aspectos muito diferentes, conforme é primária lobar ou miliar, ou metastática nodular.

De imagens tão típicas, que às vezes permitem por si só o diagnóstico (Carman), requerem na maioria delas a cuidadosa apreciação da anamnese e exame clínico conjugados.

Nos cancros primários do pulmão, a imagem costuma ser de opacidade uniforme e de limites mais nítidos e regulares. Em volta pode haver uma zona obscura, correspondente à infiltração, diferente, todavia, da produzida pelas reacções inflamatórias. Ordinariamente, notam-se pequenas sombras de metástases locais.

As imagens de nódulos metastáticos pulmonares podem prestar-se à confusão com as supurações múltiplas. Mas as sombras são mais opacas, mais dispersas à periferia, interessando ordinariamente ambos os pulmões, cujos ápices poupam.

A imagem do sarcoma é usualmente uma sombra de opacidade uniforme, mais regular e bem limitada do que a do abcesso.

O quisto hidático tem aspectos, que, quando típicos, são de grande nitidez, mas que, às vezes, como no nosso caso, se prestam a enganar. São imagens redondas, regulares e limitadas como nenhuma outra doença pulmonar as dá, de crescente opacidade para o centro, e muitas vezes situadas no lobo inferior direito.

As pneumoconioses dão imagens que se não devem confundir. Pequenas granulações, simètricamente distribuídas em ambos os pulmões, que poderiam fazer lembrar a tuberculose miliar, se a história clínica a não afastasse.

Predominam sobretudo nos lobos superiores, poupando todavia os ápices. A maior dificuldade, neste caso, será o diagnóstico da tuberculose fibrosa, mais ajustável ao quadro clínico e radiológico dêste mal.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Depois do que dito fica, é óbvio que o diagnóstico ressaltará da associação de uma cuidadosa anamnese, com o exame clínico e radiológico. À parte casos raros, com estes três elementos e às vezes com dois ou um só d'êles, é possível afirmar ou, pelo menos, presumir fortemente a existência d'êste mal.

O valor relativo de cada um d'êles e as doenças com que pode haver confusão, tudo foi miudamente pormenorizado anteriormente, para que se torne útil recordá-los ainda uma vez.

Queremos somente citar dois métodos de diagnóstico, alternadamente aconselhados e combatidos, para estabelecermos a nossa posição perante êles. Referimo-nos à punção pulmonar e à broncoscopia.

Nunca praticámos a punção pulmonar como meio diagnóstico, mas alguma vez a fizemos, a requerimento do cirurgião, para determinar a via de acesso. Não a usamos como meio diagnóstico, porque nos habituámos a vê-la branca em casos nítidos e praticadas com tôdas as condições de êxito. Com a situação da loca marcada até sob o alvo radioscópico, com agulhas grossas e compridas, profundamente introduzidas na loca, como o nosso caso VIII o demonstra, tivemos punções negativas que em nada abalaram o nosso diagnóstico. Achemo-lo portanto meio infiel de diagnóstico, perfeitamente possível sem êle. Acrescem os riscos que todos os autores são concordes em lhe apontar. Síncope por picada da pleura, rasgão de vasos pulmonares e conseqüentes hemorragias e, principalmente, inoculação possível de todos os planos, até então indemnes, desde a parede torácica ao pulmão, não esquecendo as embolias sépticas pela travessia de vasos, tudo tem sido assacado contra a punção do abcesso como meio de diagnóstico. Um exemplo nítido das possibilidades de inoculação séptica, tivemos nós na punção do nosso doente atrás citado (caso VIII), em que, a despeito da punção ser branca, um abcesso com todos os caracteres organolépticos do pus expectorado, se desenvolveu sob o orifício cutâneo da picada da agulha. Êste exemplo, mostrando que, a despeito da punção negativa, a agulha esteve de facto no abcesso, donde trouxe material séptico que semeou, põe mais uma vez em evidência a infidelidade do método como elemento diagnóstico.

Usada para determinar a via de acesso cirúrgico, pode ser considerada como o primeiro tempo da intervenção e defensável quando esta está indicada. Como adiante resumidamente enunciaremos, por não ser assunto da nossa competência, só lucram decididamente com a intervenção os abscessos periféricos, colocados junto à parede, e por isso, de fácil drenagem operatória. Compreende-se que desta maneira a punção, não necessitando de penetrar profundamente para atingir o abscesso, e atravessando uma zona que seguidamente vai ser largamente incizada para a drenagem da loca, dificilmente pode ser acusada de malefícios reais. O processo da punção torácica do abscesso pulmonar está portanto feito: como método diagnóstico, não; como pesquisa de via de acesso para abscessos abordáveis cirurgicamente e feita imediatamente antes da intervenção, é útil e praticamente destituída de perigos.

A broncoscopia, como meio diagnóstico, tem indicações restritas, mas reais. A máxima, é a de abscessos por corpos estranhos retidos nos brônquios. Aqui pode ser, como se compreende, decisiva como diagnóstico e até como terapêutica.

Um abscesso central, aberto para o brônquio, ainda pode tirar vantagem da broncoscopia, que possivelmente abordará esse brônquio, o alargará, drenará e até desinfectará.

Mas compreendemos sem esforço que isto são situações excepcionais e que a maior parte dos abscessos periféricos, encapsulados, fechados ou de drenagem brônquica irregular ou oculta, nada lucrarão com a introdução de um broncoscópio nos principais ramos da árvore brônquica, sem que o foco seja atingido.

Acresce que esta manobra também não parece ser isenta de perigos, pelas inoculações possíveis, motivadas pela dilatação forçada e laceração de brônquios inflamados e supurantes.

Como para a punção resumiremos: método de eleição para abscessos consecutivos a corpos estranhos, útil ainda como diagnóstico e terapêutica para abscessos centrais, largamente abertos para o brônquio; ineficaz e perigoso para todos os restantes.

COMPLICAÇÕES

Variáveis consoante a etiologia e a situação do abcesso, as complicações são muitas vezes mais graves do que a própria enfermidade original.

Os abcessos da periferia dão regularmente uma paquipleurite, que não pode, em rigor, tomar-se como uma complicação. Mas se a reacção pleural vai mais longe, e um derrame seroso, sero-fibrinoso, hemorrágico ou purulento se desenvolve, teremos de encarar o novo problema patológico dest'arte proposto.

Falámos já da coexistência de lesões pulmonares e brônquicas (fibroses, bronquectásias, etc.), que umas vezes precedem, outras se desenvolvem concomitantemente com o abcesso, e até após a resolução d'ele.

Outras complicações, por propagação directa ou metastática (embolias), são possíveis, e mais não faremos senão enunciá-las: mediastinites, abcessos subfrénicos, peri e endocardites, artrites, abcessos cerebrais, septicémias, etc.

A diarreia é uma complicação tão freqüente que pode ser considerada antes como um dos possíveis sintomas do mal, e impõe uma enérgica terapêutica, pois que não raramente é ela que leva o doente, por emaciação e depauperamento progressivo. A rectoscopia pode ser nestes casos útil, revelando a causa (ulcerações, etc.).

Como tôdas as supurações prolongadas, o abcesso pulmonar é às vezes acompanhado, nas fases avançadas da evolução, pela degenerescência gorda ou amilóide das vísceras.

Ligadas à evolução do próprio foco supurativo, várias complicações locais se podem dar, sôbre que não insistiremos por desnecessário (gangrêna secundária, hemorragias, etc.).

A ósteo-artropatia pnêmica, muitas vezes presente como em tôdas as doenças crônicas que reduzem a hematose, ocupa um lugar intermédio entre as complicações e a sintomatologia própria do mal.

PROGNÓSTICO

O prognóstico varia conforme a causa do abcesso, o tipo anátomo-patológico, o estado do restante parênquima pulmonar e o grau de resistência do doente.

Parecem de melhor prognóstico os abscessos consecutivos a pneumonias e traumatismos torácicos, assim como os post-operatórios (estatísticas americanas). Os originados por corpos estranhos são graves, se aqueles não podem ser extraídos. Os corpos metálicos parecem ter tendência a produzir gangrena.

Os motivados por lesões pulmonares de tendência à cronicidade, dependem em grande parte do grau dessas lesões. Os dequistos hidáticos são graves, pela possibilidade de generalização do parasita a outras vísceras.

Os abscessos secundários, por propagação de coleções hepáticas ou subfrénicas, mostram-se geralmente mais benignos do que os de origem mediastínica ou distante (metástases).

Claro que os abscessos de evolução aguda são de melhor prognóstico do que os crônicos (emaciação, complicações), assim como os simples, em comparação com os de locas múltiplas.

A localização no lobo superior também parece mais favorável do que nos lobos inferiores, por melhores condições de drenagem brônquica. As formas hemorrágicas, mesmo discretas, impõem reservas prognósticas.

Os pequenos abscessos, encapsulados e sem drenagem brônquica, são perigosos pelas condições ótimas de reabsorção séptica que criam.

CASOS CLÍNICOS

CASO I

Obs. n.º 304. — Enf. M 1 A. Cama n.º 4.

J. M. M., casado, bombeiro municipal, 60 anos.

Entrada: 13 de Junho de 1926. — Saída: 23 de Julho de 1926.

Sintomas que determinaram o internamento. — Pontadas no hemitorax esquerdo, falta de ar e febre.

ANAMNESE

Doença actual. — Há 4 meses, pontada torácica mal localizada, com tosse e expectoração. O estado geral foi caindo, com cefaleias, dispneia, anorexia e emmagrecimento. Ha quinze dias, agravamento nítido dos anteriores sintomas, acentuando-se a astenia, com febre, e aparecendo fetidez de expectoração. Algumas vezes esta é hemoptóica, o que já há 8 para 10 anos lhe aconteceu.



Cxs. de 6 amp. de 5 cc.

» » 10 » » 1 1/2

Inventor o Prof. Serono, que foi o primeiro a introduzi-la na terapeutica, antes de 1897.

Efeitos rapidissimos.

Em todas as idades

**: NENHUMA :
INTOLERANCIA**

Aplicadas tambem duas ampou-
las duma vez em injeções dia-
rias de 10 cc.

**Não dá dor
nem reacção**

Muito empregadas as inje-
ções grandes mesmo nas Senho-
ras e até nas crianças.

PODE-SE APLICAR EM
GRANDES QUANTIDADES
E NOS BRAÇOS.

**Sempre falsificada,
nunca imitada.**

METRANODINA SERONO — *Hidrastis canadensis, viburnum prunifolium, ergotina dialisada, can-
nabis indica.*

IPOTENINA SERONO — A base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

CARDIOLO SERONO — Extrato fluido bem titulado de estrofantos, noz vomica, cebola albarã e lobe-
lia. E' um preparado de titulo constante.

VIOSAN SERONO — Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina (via bucal).

UROLITINA ERGON — ALUMNOSE ERGON.

OPOTERAPICOS SERONO

EXTRATOS GLICERICOS TOTAIS preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados.

1 cc corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodermica
são levados a dose conveniente diluindo-os, de preferencia á glicerina, com soro fisiologico
para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCRE — OVAR — ORCHIT — SURREN — TIROID —

REN — IPOFIS — LIEN — EPAT — MAST — BILE —

(pituitaria)

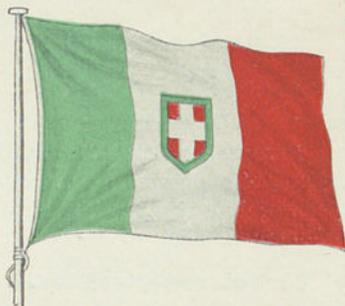
(baço)

(mamaria)

ASI SERONO

EUGOZIMASE FEMININA SERONO — Frascos Ovarasi, Surrenasi e Tiroidasi.

EUGOZIMASE MASCULINA SERONO — Frascos Orchitasi, Surrenasi e Tiroidasi.



Arseniato de Ferro Solúvel Zambelletti

COMPOSTO ORGANO-COLOIDE

O único preparado sintético que contém Ferro no estado eletro-negativo e apresenta os CARACTERES — O COMPORTAMENTO — A TOLERANCIA — A ASSIMILAÇÃO — A EFICACIA do

Ferro Fisiológico Alimentar

Gotas — Injeções de 3 graus

COM OU SEM ESTRICNINA

RECONSTITUINTE TONICO DEPURATIVO

Iodarsoné Zambelletti

Peptona arseno-iodada com glicero-fosfatos de calcio e de magnésio e princípios vegetais tonico-eupepticos. (Noz vomica, quina, condurango, kola).

Dotado de acção displastica, trofica-mineralisante e eupeptica.

A mais agradável e tolerável preparação iodo-fosfo-arseniaca.

INDICAÇÕES — Linfatismo — Escrofulose — Raquitismo — Adenopatia — Convalescença de doenças infecciosas — Tratamento depurativo nas afecções do metabolismo — Tratamento complementar da infecção luetica etc.

O preparado que, tendo a suficiente dosagem de arsenio metalico (mgrs. 0,75 por colher, equivalente a mgr. 1 de acido arsenioso), tem entre os seus similares a mais alta de iodo metalico (cgrs. 5)—sem iodismo—mais fosforo metalico e gr. 1 de extratos tonicos.

Otimo sabor, sem vinho e admiravel para crianças.

AMOSTRAS:

ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214

LISBOA

Arseno= Bromo= Tonicas Zambelletti

(INJEÇÕES)

FOSFOL--ARSENIATO DE FERRO BROMO --VALERIANICO

Associação da acção sedativa á reconstituente para o tratamento do HISTERISMO, da NEURASTENIA, de todas as NEUROPATIAS essenciaes com alteração da crase sanguinea. (Oligoemia, clorose, dismenorrea, anemia).

Iodosan Zambelletti

(IODO SOLUVEL — ATÓMICO NASCENTE)

Solução a 7 o/o de iodo metaloídico coloide, separável, por diluição com agua comum ou por contacto com secreções organicas, em iodo biatómico (violeta) nascente.

O IODOSAN, diluído em agua comum constitui o mais ATIVO, o mais PRATICO, o mais AGRADAVEL antiséptico e profilático.

PARA

Gargarejos: — Na ANGINA, na TONSILITE, na HIGIENE QUOTIDIANA da GARGANTA.

Colutorios: — Na ESTOMATITE, na CARIE dentaria, na PIORREA ALVEOLAR, na HIGIENE QUOTIDIANA DA BOCA.

Lavagens dos ouvidos e do nariz.

Irrigações: — Nas afecções VAGINAIS e UTERINAS. — Para a HIGIENE INTIMA quotidiana das Senhoras.

PURO substitui vantajosamente a Tintura de Iodo em todas as suas applicações.

FRASCOS CONTA-GOTAS

BISMARSOL ZAMBELETTI — SORO-IODADO ZAMBELETTI COM GAIACOL
TEOBROMINA COMPOSTA ZAMBELETTI — INJEÇÃO ANTIASMATICA ZAMBELETTI

História progressa.— Sarampo, sezões e blenorragia. Diz ter tido várias pneumonias e ultimamente uma pleurisia.

Hábitos.— Resfriamentos devidos à profissão. Abuso do álcool até há 10 anos. Excessos tabágicos.

Exame objectivo.— Constituição regular. Decúbito lateral esquerdo, cianose. Aspeto geral do doente mau, febril, pulso filiforme, hálito fétido.

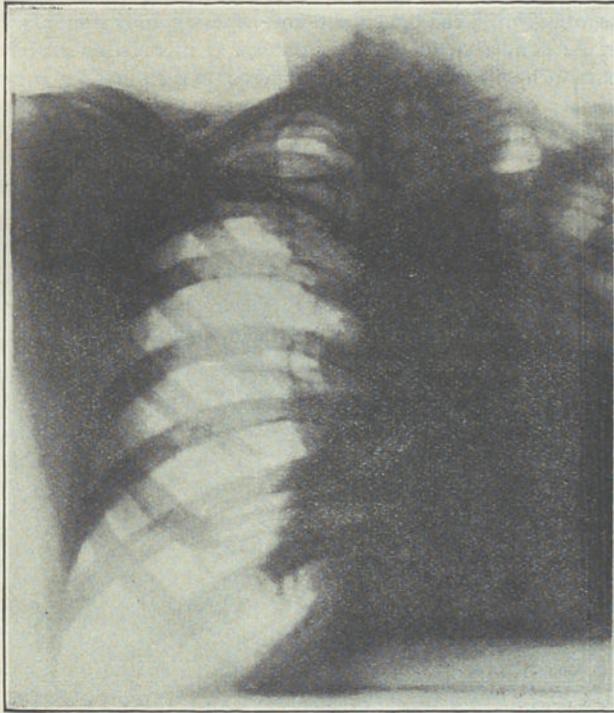


Fig. 1

Aparelho respiratório.— Dispneia. 37 movimentos respiratórios por minuto. Submacicez na base esquerda. Sopro anfórico no ângulo inferior da omoplata, com ferveores subcrepitanes dispersos no mesmo lado. À direita respiração rude.

Coração e vasos.— Tons cardíacos apagados.

Diagnóstico.— Abcesso pulmonar esquerdo, fistulizado ao brônquio.

ANÁLISES

Urina.— Vestígios nítidos de albumina, pigmentos biliares e cromogénio. Raros cilindros hialinos e alguns glóbulos de pus.

Expectoração. — Bacilos de Koch, negativa.

Sangue. — Hemog. 50 %; g. r. 3.650.000; g. b. 20.500; v. g. 0,68; Linf. 14,8; Mon. 2,4; Neut. 81,8; Eos. 1.

RELATÓRIOS DAS RADIOGRAFIAS

A metade inferior do campo pulmonar esquerdo tem a permeabilidade completamente abolida. A região infraclavicular, um pouco mais transparente, apresenta sobre a sua opacidade uniforme algumas sombras de contornos difusos, de condensação parenquimatosa. O mediastino está fortemente desviado para o hemitorax esquerdo. O processo que invadiu o pulmão esquerdo deve ser um processo extenso, de forte condensação pulmonar, que determinou uma retracção acentuada.

17/7/926.

a) Aleu Saldanha

Terapêutica. — Poção de hiposulfito. Óleo canforado — 10 c. c.. Oxigénio-EVOLUÇÃO. — Estado geral muito grave, piorando progressivamente. Temperaturas fortemente oscilantes entre 37° e 39°.

Em 21, hemoptises abundantes. *Terapêutica habitual*: — poção de cloreto de cálcio, morfina com óleo canforado, cloridrato de emetina, gêlo no hemitorax esquerdo, sôro glicosado — 200 cc.

Em 22, parou a hemoptise.

Em 23, alta, a pedido da família.

CASO II

Obs. n.º 290. — Enf. M. 1 A. Cama n.º 29.

M. S., casado, trabalhador, 46 anos.

Entrada: 30 de Junho de 1926. — Saída: 3 de Setembro de 1926.

Sintomas que determinaram o internamento — Dores no hemitorax esquerdo.

ANAMNESE

Doença actual. — Há 3 meses, dores no hemitorax direito, as quais, depois de três semanas, passaram para o esquerdo, Sobreveio-lhe tosse, suores nocturnos, expectoração muito abundante e fétida, anorexia e enfraquecimento.

História progressa. — Sarampo e bexigas.

Hábitos. — Etilismo crónico. Fumador moderado.

Antecedentes hereditários. — Nada elucidativo.

Exame objectivo. — Estado de nutrição, regular. Decúbito indiferente. Facies pálido. Apirético. Lúcido. Hálito fétido.

Aparelho respiratório. — Hipomobilidade, hipofonese, hipovibratilidade à esquerda, principalmente no tórço superior. Atritos de pleura no vértice do

mesmo lado. Na fossa infraclavicular direita nota-se um sôpro brônquico expiratório.

Diagnóstico.—Abcesso pulmonar esquerdo.

ANALISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa.

Fibras elásticas: 1.^a pesquisa, negativa. 2.^a pesquisa, positiva.

RELATÓRIOS DAS RADIOGRAFIAS

Radiografia do tórax.—Permeabilidade do vértice e região infraclavicular esquerda alterada por um foco de sombra de condensação, de opacidade

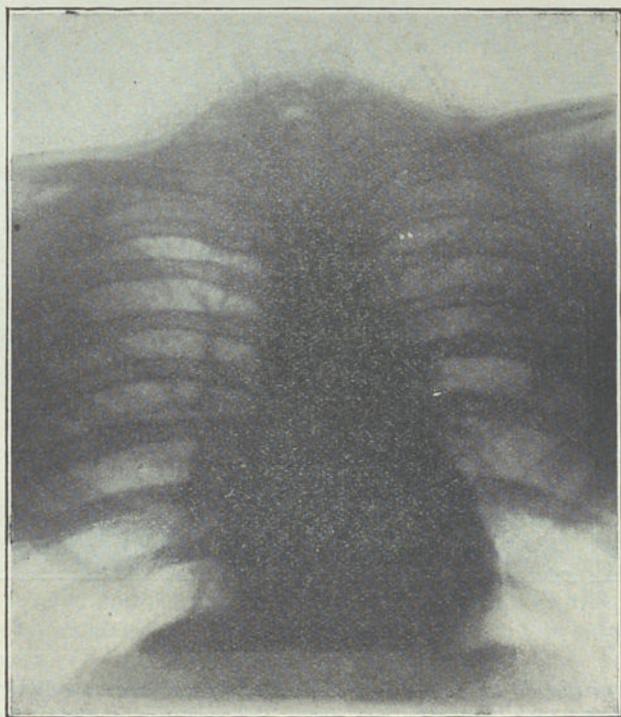


Fig. 2

intensa cuja uniformidade é apenas alterada por duas pequenas sombras transparentes, que devem corresponder a pequenas cavidades. Transparência traqueal ligeiramente incurvada para a esquerda. Deve tratar-se duma indu-

ração do vértice esquerdo, com duas cavitações e sem zona de invasão. Permeabilidade normal do campo direito.

a) Aleu Saldanha.

Radiografia do tórax.—Diminuição uniforme de permeabilidade do vértice esquerdo. Sombras em cordões, dirigindo-se do hilo para a periferia. Estas lesões podem ser um «reliquat» de um abcesso pulmonar.

17-7-926.

a) Aleu Saldanha.

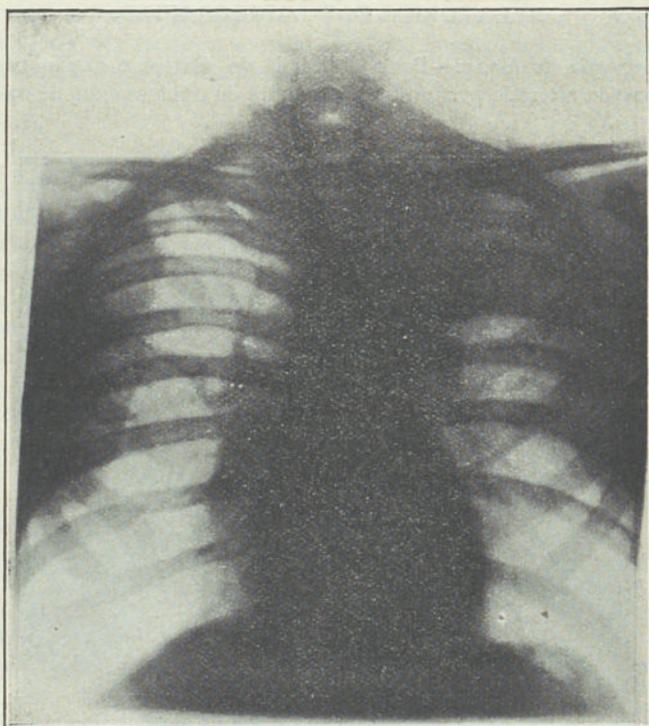


Fig. 3

Radiografia do tórax.—Não notamos qualquer alteração de permeabilidade do hemitorax esquerdo que possa corresponder a alterações pleuropulmonares resultantes da existência de um abcesso.

12-10-926.

a) Aleu Saldanha.

Terapêutica.—Poção de hipossulfito.
Óleo gomenolado.

Inalações de benjoim e eucaliptol.

Evolução.—De subfebril, torna-se rapidamente apirético. O estado geral melhora, desaparecendo a fetidez. Aumento notável de peso:—de 56 quilogramas em 20 de Julho, passa a 64,500, em 30 de Agosto.

Alta em 20 de Setembro, muito melhorado.

CASO III

Obs. n.º 272.—Enf. M 1 A. Cama n.º 20.

J. M. R., solteiro, serralheiro, 48 anos.

Entrada: 14 de Agosto de 1926.—Saída: 16 de Outubro de 1926.

Sintomas que determinaram o internamento.—Muita tosse com expectoração abundante e fétida.

ANAMNESE

Doença actual.—Há mês e meio, forte pontada juxta-mamilar direita, bem localizada, que o reteve quatro dias na cama, com febre e suores. Concomitantemente, appareceu-lhe uma tosse intensíssima, acompanhada, desde o início, por expectoração, que gradualmente se avolumou, de cor amarelo-esverdeada e extraordinariamente fétida. Duas semanas depois, escarros hemoptóicos, que retomaram o primitivo aspecto no fim de três dias e últimamente atingiram o seu máximo em quantidade e fetidez. Anorexia e astenia progressiva.

História pregressa.—Etilismo. Constipações frequentes.

Antecedentes familiares.—Nada a registar.

Exame objectivo.—Constituição robusta, mas emmagrecido. Decúbito esquerdo forçado. Febril e lúcido. Pulso rítmico, amplo e frequente.

Aparelho respiratório.—Tórax bem constituido e bem forrado, simétrico e equimóvel. Respiração costo-abdominal. Moderada dispneia. Equiresistência, vibratilidade e sonoridade. Atritos de pleura na face posterior do hemitorax direito, junto do ângulo inferior da omoplata, estendendo-se para a região axilar. Repiração soprante ao mesmo nível e especialmente no vértice. Pulmão esquerdo normal. Expectoração muito purulenta em três camadas.

Aparelho circulatório.—Tons cardíacos atenuados no foco aórtico.

Abdómen.—Nada a mencionar.

Diagnóstico.—Abscesso pulmonar direito.

ANÁLISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa.

Sangue.—Reacção de Wassermann, negativa.

RELATÓRIO DAS RADIOGRAFIAS

Foco de sombra a meio do campo pulmonar direito, de limites difusos, opacidade não uniforme, parecendo envolver uma cavidade irregular. Este aspecto radiológico pode corresponder a um abcesso do pulmão.

15-7-926.

a) Aleu Saldanha

A meio do hemitorax, vemos desenhar-se uma sombra para-costal, de contornos e opacidade muito irregulares, que pode corresponder à imagem

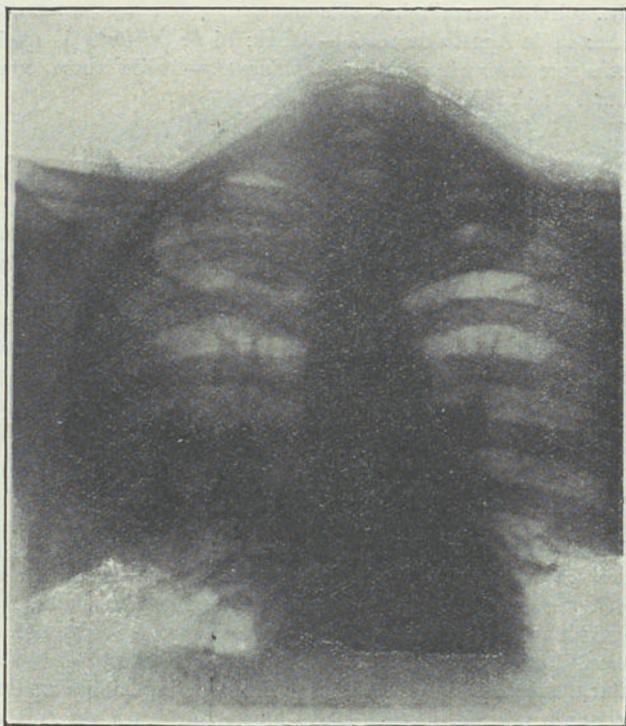


Fig. 4

radiológica de um abcesso pulmonar. Forte aderência pleural à cúpula diafragmática direita.

14-10-926.

a) Aleu Saldanha

Terapêutica.—Poção de hiposulfito. Injecção diária de óleo gomenolado — 10 cc.

Evolução.—Melhora rápida e progressiva. Queda das temperaturas em doze dias ao normal, diminuição de volume da expectoração de 250 para

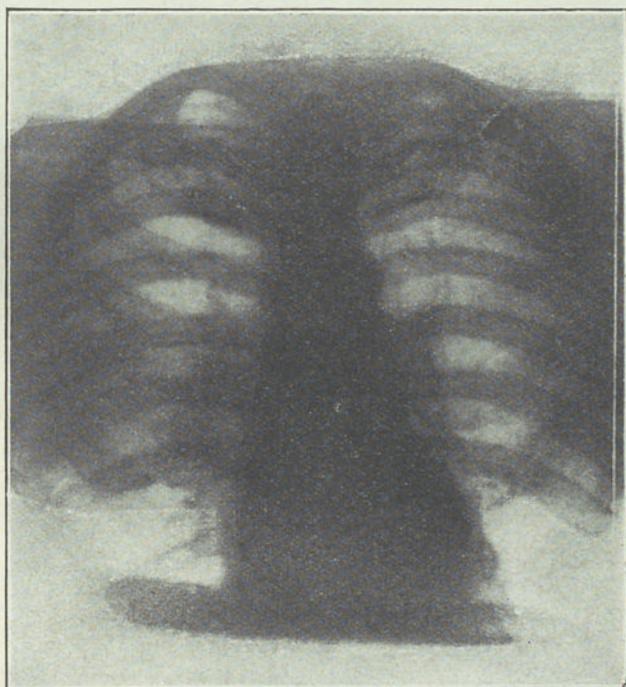


Fig. 5

70 cc. e desapareção da fetidez. Aumento de pêsco com melhora nítida do estado geral. Alta, muito melhorado.

Reentra em 22 de Janeiro de 1927, por exacerbação da dor e aumento de expectoração. Bom estado geral, apirético.

ANÁLISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa.

RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA

A meio do campo freno-clavicular direito, notámos um conjunto de sombras de condensação, de forma e opacidade irregulares, e de limites pouco nítidos, que pode corresponder a uma supuração pulmonar. Cúpula diafragmática direita irregular por aderências pleuro-diafragmáticas.

28-1-927.

a) Aleu Saldanha

Terapêutica idêntica. Melhoria rápida. Alta em 29 de Março de 1927.
Reentra a 21 de Maio de 1927, com a mesma sintomatologia. Subfebril e dispneico.

ANÁLISES

Urina. — Sem interêsse.

Expectoração. — Bacilo de Koch, negativa.

RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA

A meio do campo direito, é visível um foco de sombra de opacidade pouco uniforme, mal limitado, parecendo sôbre êle desenhar-se uma cavidade

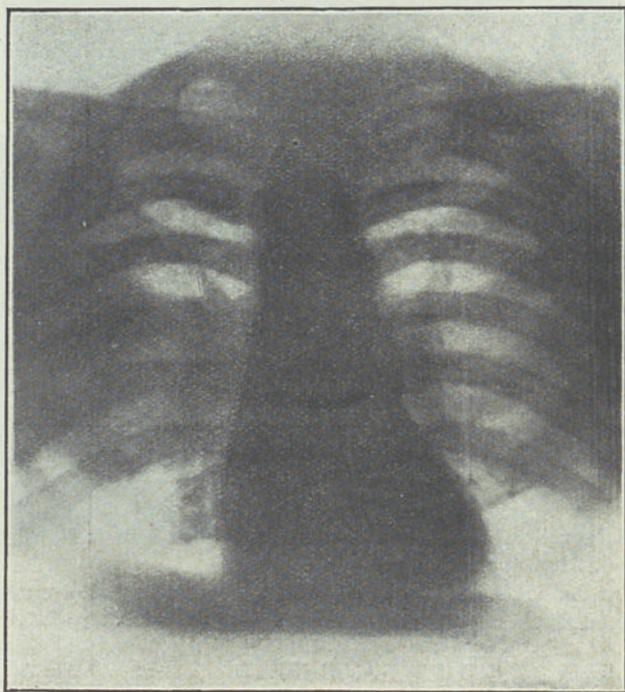


Fig. 6

e com um aspecto radiológico que pode corresponder a uma supuração pulmonar. Diafragma deformado por aderências pleuro-diafragmáticas.

27-5-927.

a) Aleu Saldanha

Terapêutica idêntica.

Evolução. — Punção torácica em 31 de Maio e no VII espaço inter-costal,

Vacina antipioigenica polivalente Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **«Antipio»**

FORMULA — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacillus perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas Método Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz em toda a especie de infecções determinadas por piogénios comuns ou por associações microbianas e tambem nos abscessos, angina de Ludwig, artrite aguda, reumatismo agudo, endocardite estreptocócica, infecção puerperal, escarlatina, nas supurações das ulceras e feridas, nas erisipelas, nas gangrenas gasosas, nas septicémias, etc., *com acção tambem preventiva.*

A sua acção tem-se mostrado importantissima nas formas de influenza, tanto simples como complicadas (pneumococos, estreptococos) e tambem nas pneumonias fibrinosas.

USO — Uma injeção de 2, de 5 ou de 10 cc. cada um ou dois dias. Nos casos graves ou rebeldes, injeções diarias tanto de 2 como de 5 ou de 10 cc. intramusculares ou endovenosas, segundo a rapidez da acção que se necessita. Tem tambem applicação directa nas formas abertas, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mez depois do seu vencimento (2 annos).

É garantida a sua innocuidade.

Nos casos gravissimos o Medico deverá recorrer a altas doses. Prova-se a tolerancia do doente com 4 ou 6 cc e então injecta-se durante o dia a dose máxima, conforme o critério do Médico.

Polivacina antipioigenica Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Em todas as formas de tuberculose em que se constate a presença de associações microbianas, alterando com a VACINA CURATIVA.

Sôro-vacina Bruschetti

(Caixas de 10 ampólas de 1 cc.)

Estados iniciais da tuberculose e formas osseas da mesma, só ou associada com a VACINA CURATIVA.

Vacina curativa Bruschetti

(Caixas de 3 ampólas de 1 cc.)

Em todas as formas e estados da tuberculose. Nas formas com associações microbianas unido á Polivacina Antipiogénia (para as formas bacilosas).

VC-AC, Vacina curativa 2.º grau Bruschetti

(Caixas de 5 ampólas de 1 cc.)

Para se usar em todas as formas graves com temperaturas elevadas e manifestações de toxemia (enfraquecimento rápido, suores noturnos, etc.). Pode ser alternada com a SORO-VACINA ou com a VACINA CURATIVA na proporção de dois destes para um VC-AC.

Vacina antigonococica Bruschetti (Polivalente)

(Caixas de 5 ampólas de 2 cc.)

Nome deste produto para pedidos telegraficos: **«Antigono»**

FORMULA — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de górmens (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. Método Prof. Bruschetti.

INDICAÇÕES — É eficaz tanto nas formas agudas (uretrite), como nas secundarias (prostatite, orquite, epididimite, artrite hienorrágica, afeções gonocócicas do útero e anexos etc.).

USO — Uma injeção cada 2 ou 3 dias. Nas formas agudas, injeções diarias ou dia sim outro não (é preferivel injectar o conteúdo de 2 ampólas), alternadas em alguns casos com Instilações uretrais de vacina (1 ampóla diluida em 8 cc. de sôro fisiológico) e applicação local na mulher, segundo instruções.

Esta vacina troca-se até um mes depois do seu vencimento (2 annos)

Absolutamente inofensiva.

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA

APARTADO 214-LISBOA

PRODUTOS "I. B. Y. S."



Adrenoserum "Ibys"

FORMULA — Associação de sôro normal de cavalo e adrenalina (Sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Como tónico nas astenias e estados infecciosos. Como hemostático nas hemorragias pela sua acção constritora (hemorragias traumáticas, hemofílias etc.).

USO — Administre-se por via digestiva nos convalescentes e por via subcutânea nos estados infecciosos (gripe, febres tifoide e paratifoide), hemofilia e hemorragias.

O **Adrenoserum** vai acompanhado por uma ampôla de 2 cc. de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

Tambem temos

Soro normal equino "Ibys"

Bronconeumoserum "Ibys"

FORMULA — Sôro pneumo-diftérico optoquinado. Ampôlas de 10 cc.

INDICAÇÕES — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonias de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

USO — De duas a quatro ampôlas no primeiro dia em injeção subcutânea, e duas ampôlas nos dias seguintes.

Em caso de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa, utilizando uma veia de flexão do cotovelo.

O **Bronconeumoserum** vai acompanhado de uma ampôla de 2 cc de **ANTI-NAFILAXINA** para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

INSTITUTO DE BIOLOGIA Y SUEROTERAPIA — MADRID
DIRECTOR EXMO. SR. DR. J. DURÁN DE COTTE

Vacina contra a tosse convulsa "Ibys"

FORMULA — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados na tosse convulsa. Contêm 250 milhões de germens por centimetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc.

INDICAÇÕES — Como curativa e preventiva da tosse convulsa.

USO — **Como curativa:** uma injeção subcutânea de dois em dois dias, começando por 1/2 cc. na primeira, 1 cc. na segunda, 1,5 na terceira, e 2 cc. nas seguintes.

Como preventiva: bastarão tres injeções de 1 cc. da primeira vez, 1,5 cc. da segunda e 2 cc. da terceira, separadas dum intervalo de quatro dias.

Atosferin "Ibys"

FORMULA — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

Caixas de 5 ampôlas de 5 cc.

Ha tambem a segunda serie.

INDICAÇÕES — Tratamento da tosse convulsa.

USO — Injeção intramuscular na região glútea do conteúdo de cada ampôla pela ordem da numeração que teem, 1, 2, 3, 4 e 5, com dois ou tres dias de intervalo as tres primeiras, e de quatro entre as restantes da **caixa n.º 1 e da n.º 2.**

OBSERVAÇÕES — O **Atosferin** foi preparado pela primeira vez pelo Instituto **IBYS.**

IMPORTANTE — *Superioridade curativa sobre a Vacina contra a tosse convulsa.*

Soro Antitetanico "Ibys" — Soro Antidiftérico "Ibys"

AMOSTRAS: ITALPORTUGUEZA — APARTADO 214 — LISBOA

linha axilar posterior, 7 cm. de profundidade. Líquido sero-fibrinoso abundante, corado uniformemente de sangue acastanhado. Melhora, menor expectoração. Alta em 22 de Junho de 1927.

CASO IV

Obs. n.º 334.—Enf. M 1 A. Cama n.º 17.

P. E. C., casado, trabalhador rural, 42 anos.

Entrada: 1 de Novembro de 1926.—Saída: 1 de Março de 1927.

Sintomas que determinaram o internamento.—Dores no hemitorax direito, com abundante expectoração.

ANAMNESE

Doença actual.—No dia 12 de Março de 1926, é surpreendido em plena saúde, por pontada súbita no hemitorax direito, com tosse e febre alta (40°), que durou um mês. Passado êste, apareceu-lhe expectoração verde, sem cheiro e com mau sabor, enquanto melhorava da febre. A cor da expectoração passou depois para amarelo gema de ovo, sendo mais abundante quando despertava e por vezes acompanhada de expulsão de peles brancas. Emmagraceu.

História pregressa.—Doença pulmonar direita aos seis anos, com pontada durante seis meses, de que ficou tosse até à doença actual.

Antecedentes hereditários.—Sem interêsse.

Exame objectivo.—Boa constituição e regular nutrição. Apirético, lúcido, eupneico, 100 pulsações por minuto.

Aparelho respiratório.—Tórax bem constituido e revestido. Simétrico e hipomóvel à direita. Sub-macicez na região axilar do mesmo lado, sobrepondo-se sensivelmente ao trajecto da scissura interlobar, com diminuição das vibrações, do murmúrio vesicular e alguns atritos de pleura.

Aparelho circulatório.—Nada a registar, à parte leve esclerose arterial.

Abdómem.—Nada de anormal.

Diagnóstico.—Quisto hidático do pulmão direito, supurado e fistulizado ao brônquio.

ANÁLISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa.

Fibras elásticas, não se encontraram.

Scolex ou colchetes, idem.

Sangue.—Reacção de Wassermann, negativa.

Exame hematológico habitual.—H-55 %; g. r. 6.050.000; g. b. 10.900. v. g. -0,45; Linf. 2,6; Mon. 1,8; Neut. 70,2; Eos. 1,2; Bas. 0,2.

RELATÓRIOS DAS RADIOGRAFIAS

Uma radiografia do tórax, feita com incidência de trás para diante, mostra que ao nível da parte inferior da fenda interlobar direita, se desenha

uma sombra clara, arredondada, de contornos mais ou menos nítidos, que deve corresponder a uma colecção líquida, septada, da fenda interlobar.

6-11-926.

a) Gentil Branco.

Uma radiografia do tórax, feita com incidência da esquerda para a direita, mostra que a sombra a que nos referimos nos relatórios 18334 e 93/A,

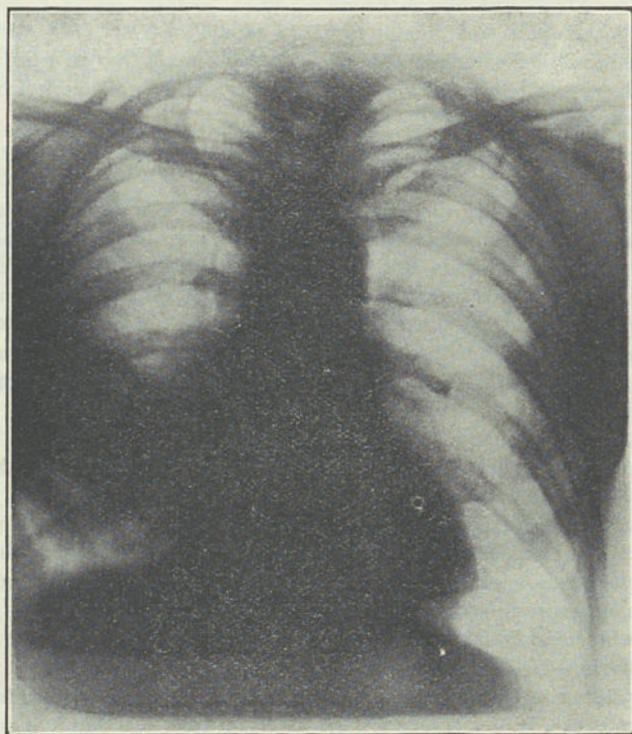


Fig. 7

está logo por diante da sombra da coluna, isto é, pouco mais ou menos a igual distância da parede anterior e da posterior.

13-11-926.

a) Gentil Branco.

Uma radiografia da região hepática, feita com incidência de trás para diante, mostra-nos as cartilagens costais calcificadas, nada se vendo de anormal na sombra do fígado.

11-2-927.

a) Gentil Branco.

Uma radiografia do tórax, onde se nota que ainda é visível, sobre a base direita, uma sombra arredondada, de limites nítidos, que deve corresponder a um quisto hidático pulmonar.

14-2-927.

a) Aleu Saldanha.

Terapêutica.—Xarope de codeína e benzoato de sódio.

Poção de hipossulfito.

Óleo canforado.

Evolução — Sempre apirético, melhora gradualmente, diminui-lhe a expectoração, mas queixa-se de uma dor no hipocôndrio esquerdo, pela qual faz radiografia do fígado, que é negativa.

Em Dezembro, a expectoração diminui a ponto de se não medir. Come bem. O estado geral melhora.

Em 23 de Dezembro refere ter tido uns escarros de sangue limpo e outros purulentos de cor amarela gema de ovo.

Em 2 de Janeiro, expulsa em vômita, membranas brancas que verificamos serem membranas de quisto hidático. Segue-se a expulsão quasi diária de fragmentos idênticos, alternados com expectoração hemoptóica.

Em 10 de Janeiro, cessa a expectoração hemoptóica e sente-se bem, à parte perturbações de tipo dispéptico, que nem um exame clínico nem radiológico identificam.

Em 15 de Fevereiro, novos escarros hemoptóicos com expulsão de membranas hidáticas, após o que a expectoração fica muito reduzida, mas purulenta e com pouca tosse. Uma radiografia do tórax mostra ainda a imagem do quisto hidático pulmonar.

Em 28 teve alta, muito melhorado e com ótimo estado geral.

CASO V

• Consulta externa.

M. N., 2 anos.

Entrada: 2 de Janeiro de 1927.

ANAMNESE

Doença actual.—Há um mês enguliu uns feijões secos, teve um ataque de tosse seguido de sufocação e expeliu alguns. Pareceu ficar bem, mas, nos dias imediatos, a tosse apoucentou-a de novo e, em acessos mais fortes, expulsou ainda fragmentos de feijão. Nunca mais deixou de tossir, perdeu o apetite, emmagreceu, acendeu-se a febre e o hálito adquiriu um cheiro repugnante. De tempos a tempos ainda, com os acessos de tosse, expelle pedaços de feijões extremamente fétidos, sendo os últimos, que a mãe nos mostrou, na véspera da observação actual.

Antecedentes pessoais.—Foi sempre robusta e saudável.

Antecedentes familiares.—Nada a registar.

Exame objectivo.—Criança do sexo feminino, de dois anos, bem desenvolvida, sem estigmas, mas em acentuado estado de magreza e depauperamento. Ar infectado, febril, taquipneia, hálito muito fétido, língua saburrosa. Hipomobilidade do hemitorax esquerdo, com sub-macidez na base do mesmo lado. A auscultação dessa zona dá o síndrome cavitário: sôpro cavernoso com gorgolejo. Na periferia e espalhados pela restante área pulmonar bi-lateral, fervores subcrepitantes de pequenas e médias bolhas, que, nalgumas partes, convergem em pequenos focos, onde a respiração se mostra exclusivamente brônquica. Tons cardíacos muito fracos, pulso débil e muito frequente.

Abdómen.—Emmagrecido.

Diagnóstico.—Abscesso pulmonar da base esquerda por corpo estranho intra-brônquico. Bronquite purulenta difusa, com focos de supuração disseminados.

ANÁLISES

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa.

RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA

Uma radiografia do tórax feita com incidência de trás para diante, mostra no lobo pulmonar inferior esquerdo, uma sombra de forte opacidade, de contornos irregulares e limite superior horizontal infra-jacente a uma zona mais clara, de fraca opacidade, que parece corresponder a uma câmara gasosa. Pelo restante campo pulmonar, há pequenas sombras de desigual opacidade, irregularmente disseminadas e sobrepostas à imagem brônquica, que parece mais acentuada. Deve tratar-se dum processo difuso de bronco-pneumonia, com foco de condensação e cavitação no lobo inferior esquerdo.

Evolução.—Aconselhada a operação, como recurso desesperado em face do estado da doente, a família hesita três dias, no fim dos quais a criança morre.

Por ser doente de consulta externa, não foi feita a autópsia.

CASO VI

Obs. n.º 382.—Enf. M 1 A. Cama n.º 22.

J. P. R., casado, rural, 58 anos.

Entrada: 15 de Março de 1927.—Saída: 11 de Abril de 1927.

Sintomas que determinaram o internamento.—Tosse com abundante expectoração.

ANAMNESE

Doença actual.—Refere, há dois para três anos, dores na região mamilar esquerda, que atribui a traumatismos. Há um ano, durante a noite, acordou

com dor e ansiedade, parecendo-lhe que no lado esquerdo do peito qualquer coisa lhe estoirava. Seguiu-se muita tosse e um vômito de água amarela transparente com espumaceira branca. Sempre tossindo, fica de cama, dorido e inchado na metade inferior do corpo, até que dias depois nova e mais violenta crise de opressão nocturna dá lugar à saída de golfadas de matéria amarelo-esbranquiçada, um pouco sanguinolenta e muito fétida. Ficou quatro meses de cama, com tosse e expectoração amarelo-ensanguentada, tendo des-

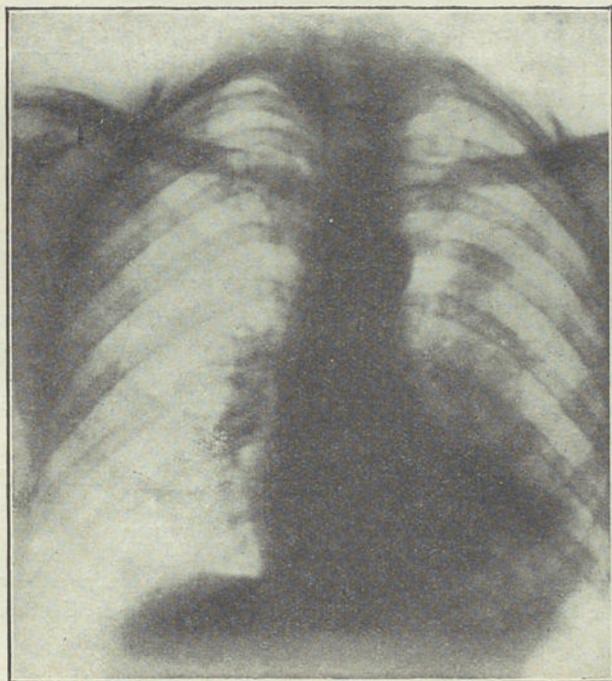


Fig. 8

inchado, perdendo o apetite e emmagrecendo. Há quatro a cinco meses vem melhorando do estado geral, restando a tosse e a expectoração, que já não é fétida.

História progressa.—Nada a registrar, à parte a existência de um prurido nas pernas. Tem cães em casa.

Hábitos.—Sem interêsse.

Antecedentes familiares.—Mãe morta com quistos na barriga, que fistulizaram para a parede, deitando peles e pequenas bolas transparentes, que também vomitava. Irmão com queixas inteiramente idênticas às dêste doente, curando espontâneamente após vomitar peles.

Exame objectivo.—Alta estatura, boa constituição e nutrição, apirético,

lúcido e eupneico. Decúbito indiferente. Pulso radial rígido, amplo, rítmico e não freqüente. Reptações arteriais.

Aparelho respiratório.—Tórax bem constituído e revestido, simétrico e hipomóvel à esquerda, com duvidosa hiposonoridade e vibratilidade no mesmo lado. Murmúrio vesicular geralmente deficiente, com sinais de bronquite disseminados em ambos os pulmões. Não há, em qualquer parte do campo pulmonar, incluindo as axilas, sinais de foco.

Aparelho circulatório.—Área de maciez cardíaca verticalmente alongada. Choque amplo e bem limitado. Tons mitraes enérgicos. Apagamento do primeiro aórtico com refôrço do segundo.

Diagnóstico.—Quisto hidático pulmonar esquerdo (?) supurado e fistulizado ao brônquio. Arteriosclerose.

ANÁLISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa.

RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA

Aumento global da área cardíaca com predominância da hipertrofia ventricular esquerda. Sombra hilar direita muito espessada e de forte opacidade, o que todavia pode ser determinado por estase da pequena circulação. Não notamos qualquer sombra que possa corresponder a um foco de supuração pulmonar.

22-3-927.

a) Aleu Saldanha

RELATÓRIO DA RADIOSCOPIA

Um exame radiocópico, em posições oblíquas, para investigar da possível existência de imagem focal encoberta pela sombra mediastínica, foi negativa.

21-3-927.

a) Aleu Saldanha

Terapêutica.—Poção de hiposulfito. Transpulmina.

Evolução.—Sempre apirético. A expectoração cai, em 17 dias, de 150 cc. a 30 c. c., com desaparição da fetidez. Em 11 de Abril de 1927, alta, curado da sintomatologia apresentada.

CASO VII

Enf. M 1 A. Cama n.º 25.

A. R. F., casado, alfaite, 44 anos.

Entrada: 17 de Abril de 1927.

Sintomas que determinaram o internamento.—Tosse, expectoração mal cheirosa e dores no ventre.

ANAMNESE

Doença actual.— Há cinco meses, apareceu-lhe tosse, febre e expectoração purulenta, que, passado um mês, se tornou fétida e abundantíssima, chegando a atingir um litro em 24 horas. Esta sintomatologia tem-se agravado

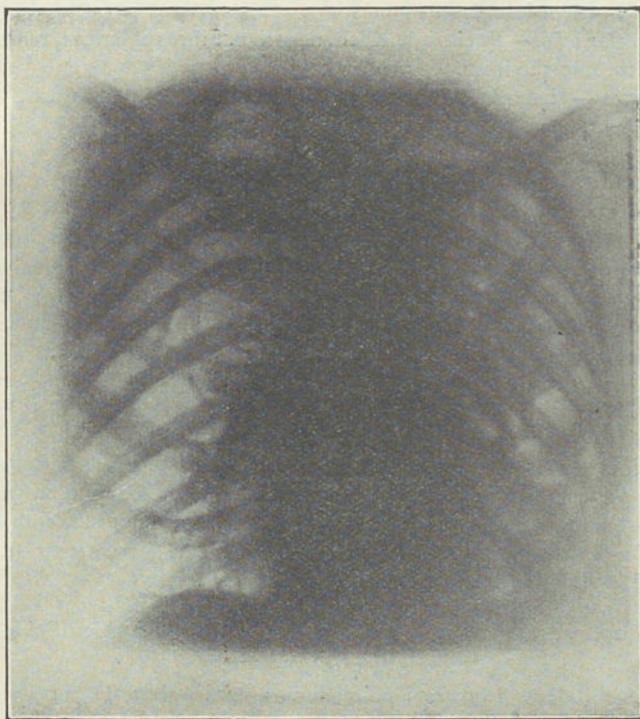


Fig. 9

até à data, ajuntando-se-lhe, há dois meses, dores nos quadrantes superiores do abdómen e diarreia intermitente, por vezes sanguinolenta. Tem emmagrecido muito.

História progressa.— Bexigas, reumatismo, blenorragia e bronquite.

Hábitos.— Alcoolismo moderado. Não fuma.

Antecedentes familiares.— Sem interêsse.

Exame objectivo.— Doente muito emmagrecido, constituição regular, febril, dispneia e com mau hálito. Prefere o decúbito lateral direito. Aspecto geral do doente, mau. Pulso a 112.

Aparelho respiratório.— Hipomobilidade torácica à esquerda. Diminuição do murmúrio vesicular, com discretas crepitações atrás, no vértice do mesmo lado. Pulmão direito íntegro.

Abdómen.—Ventre doloroso à palpação superficial e profunda, principalmente no trajecto dos colons.

Diagnóstico.—Abscesso pulmonar esquerdo.

ANÁLISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa. Fibras elásticas, tem. Rolhões de Dietrich, não se viram.

Sangue.—Hemog. 80 0/0; v. g. 0,9; g. r. 4.120.000; g. b. 12.800; Linf. 35; Mon. 4; Neut. 60; Eos. 1.

RELATÓRIOS DAS RADIOGRAFIAS

Uma radiografia do tórax, feita com incidência de trás para diante, mostra que a permeabilidade de todo o campo pulmonar esquerdo está diminuída, à custa da presença de várias locas de abscesso pulmonar, uma maior ao nível dos dois primeiros espaços intercostais, outra mais a baixo, devendo haver aderências que elevam a cúpula diafragmática dêste lado.

21/4/927.

a) Gentil Branco.

Os dois terços inferiores do campo esquerdo têm a sua permeabilidade alterada por sombras numerosas de opacidade não uniforme e bastante irregulares. A sombra mediastinal está repuxada para a esquerda, com elevação da cúpula diafragmática, cujo contórno é irregular. Deve tratar-se de uma supuração pulmonar com esclerose pleuro-pulmonar.

17/5/927.

a) Aleu Saldanha.

Permeabilidade do campo pulmonar esquerdo alterada por sombras difusas mal limitadas, de fraca opacidade, sôbre as quais parecem desenhar-se pequenas cavidades. A opacidade é mais acentuada e os limites mais nítidos na base, onde o foco de sombra parece unido intimamente ao diafragma. Deve tratar-se de lesões de supuração pulmonar, com esclerose residual pleuro-pulmonar em alguns pontos do processo.

2/8/927.

a) Aleu Saldanha.

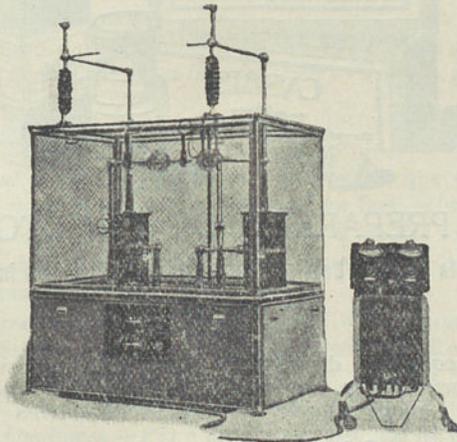
Terapêutica.—Poção de hiposulfito. Transpulmina e óleo gomenolado. Óleo canforado. Para as perturbações intestinais, tanigénio e limonada láctica.

Evolução.—O péssimo estado de entrada, sublinhado por temperaturas de 38° a 39° e expectoração em volta de 300 gramas, entra em franca remissão dias depois. Queda das temperaturas, desapareção da fetidez, com diminuição do volume da expectoração (200 c. c.), levantamento nítido do estado geral. As queixas disenteriformes atenuam-se, após várias exacerbações.

Em 24 de Maio, *pneumotorax* preparatório de oxigénio. Punção na linha

APARELHOS PARA ELECTROMEDICINA
DA CASA
GAIFFE - GALLOT & PILON
PARIS

INSTALAÇÕES DE RAIOS X
«TUBOS COOLIDGE»
ACESSORIOS



GERADOR ESTÁTICO PARA RADIODIAGNÓSTICO
E RAD'OTERAPIA PROFUNDA

FORNECIMENTOS DE RADIO DA CASA
RADIUM BELGE — BRUXELAS

CONCESSIONARIOS EXCLUSIVOS

S. I. C. E.

SOCIEDADE IBÉRICA DE CONSTRUÇÕES ELÉTRICAS, LDA

PRAÇA DOS RESTAURADORES, 78, 1.º — LISBOA

TELEFONE: NORTE 3849

CASBIS

(HIDRATO DE BISMUTO ACTIVADO)



PREPARADO DE BISMUTO

não irritante e muito bem suportável para o tratamento intraglutear da

LUES

Em consequência da emulsão finamente dispersa e condições favoráveis de absorção, nenhuma dor depois das injeções nem fenómenos secundários

No COMÉRCIO: Caixas com 10 ampolas de 2 c. c., e frascos com 15 c. c.

Embalagem original «Cassella».

....

J. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius,,"

....

Representante-depositário: AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



axilar posterior, após tentativa infrutífera na anterior. Houve embolia gasosa, com sensação vertiginosa, suores e hemiplegia direita, que desapareceu em menos duma hora.

Em 3 de Junho, *pneumotorax* de oxigénio, 300 c. c., pressão final: 2.

Em 30 de Junho, *pneumotorax* de um litro de oxigénio, pressão final: 0.

Em 7 de Julho, *pneumotorax* de meio litro de azote, pressão final: 4.

Em 25 de Julho, 400 c. c. de azote.

Em 15 de Agosto, 700 c. c. de azote, pressão final: 4.

O doente tem melhorado, conserva-se epirético, a expectoração é menor e inodora, o pêso tem aumentado em média um quilo por semana, a partir do último mês.

CASO VIII

Enf. M 1 A. Cama n.º 26.

A. P., solteiro, pintor, 39 anos. Entrada: 1 de Junho de 1927.

Sintomas que determinaram o internamento.— Tosse e dor no hemitorax direito.

ANAMNESE

Doença actual.—No decurso duma constipação que durava há vinte dias, é surpreendido durante a noite por uma dor fina, acima do mamilo direito, que em breve aumentava de intensidade e invadia todo o hemitorax; appareceu-lhe mau hálito e a expectoração tornou-se purulenta. Não refere vômica e tem emmagrecido.

História progressa.—Em 1906 uma doença com pontada no hemitorax direito, que o obrigou a acamar, curada em doze dias. Reumatismo agudo durante oito dias. Blenorragia.

Hábitos.—Alcoolismo inveterado. Fumador de tabaco forte.

Antecedentes familiares.—Pai e um irmão falecidos de tuberculose.

Exame objectivo.—Pequena estatura, regular nutrição, febril, lúcido; mau hálito, preferindo o decúbito lateral esquerdo.

Aparelho respiratório.—Tórax simétrico, hipomobilidade direita. Zona de maciez suspensa que se projecta atrás no trajecto da scissura interlobar superior direita, na região axilar sôbre a VI e VII costelas e à frente no IV V espaços, sendo aqui, todavia, a maciez menos franca. A auscultação em toda a zona de maciez, revela ausência de murmúrio vesicular com atritos de pleura, havendo, inconstantemente, na região axilar, uma ténue sôpro brônquico expiratório. Não há ruídos adventícios húmidos. Pulmão esquerdo íntegro.

Aparelho circulatório.—Nada a registar.

Diagnóstico.—Pleurisia purulenta interlobar direita, fistulizada ao brônquio.

ANÁLISES

Urina.—Sem interêsse.

Expectoração.—Bacilos de Koch, negativa. Encontram-se fibras elásti-

cas. Em segunda análise de expectoração, feita após dois meses, já não se encontraram fibras elásticas.

Sangue.—Hemog. 60 %; v. g. 0,9; g. r. 3.240.000; g. b. 14.600; Linf. 16,4; Mon. 3,6; Neut. 72; Eos 2; Bas. 0,4; Celulas de Turk 0,4.

RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA

Uma radiografia do tórax, feita com incidência de trás para diante, mostra-nos a presença de uma acentuada diminuição de permeabilidade da me-

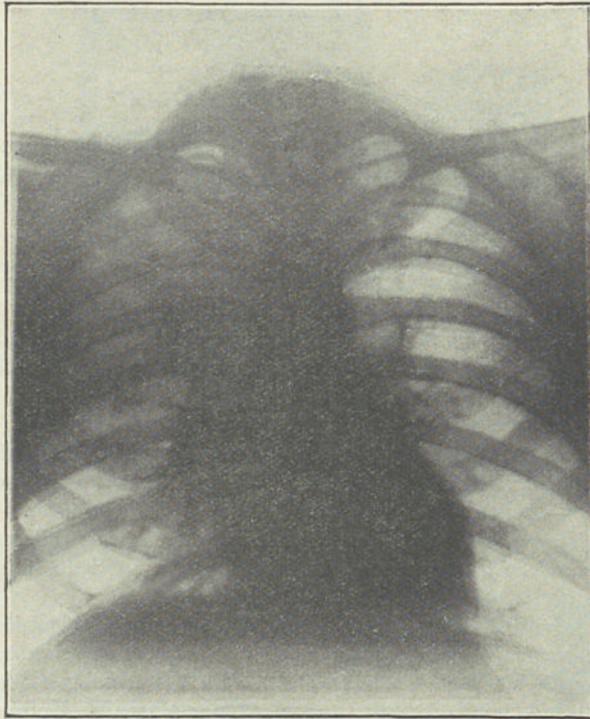


Fig. 10

tade superior do campo pulmonar direito, desenhando-se a meio uma sombra escura arredondada, que pode corresponder à presença de um abcesso pulmonar.

8-6-927.

a) Gentil Branco

Terapêutica.—Poção de hiposulfito e óleo gomenolado.

Evolução.—Temperatura sempre em volta de 38°, com freqüentes perío-

dos de exacerbação a 39°. Expectoração oscilante entre 500 c. c. e 300 c. c. Desaparição da fetidez dias depois da entrada. Estado infeccioso intenso. Pêso à entrada, 53 quilogramas, e em 10 de Julho, 48,800. Punção torácica em 9 de Junho, no dorso, sôbre a projecção da macicez, foi branca até 8 cm. de profundidade.

Em 10, tumefacção inflamatória com dor ao nível da punção.

Em 12, maior tumefacção, fortes dores e febre a 39°.

Em 13, flutuação nítida em área superior à palma da mão.

Em 14, incisão, dando saída a pus amarelo-esverdeado, ensanguentado, muito fétido, de aspecto e cheiro absolutamente idênticos ao da expectoração do doente Lavagens com Dakin. Drenagem.

Em 15, queda da temperatura. Melhora o estado geral.

Em 20, cura do abcesso subcutâneo. Estacionamento durante todo o mês de Julho.

2 de Agosto, *pneumotorax* preparatório de oxigénio — 1^l,100. Pressão final: 4. Punção na linha axilar posterior direita. Acalmia dos sintomas, diminuição, após aumento transitório, da expectoração.

Em 5 de Agosto, *pneumotorax* de azote — 700 c. c. Pressão final: 2. Punção na mesma sede. Persiste a melhora.

Continua hospitalizado.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO MÉDICO

Para a maioria dos autores, o abcesso pulmonar não tem tratamento médico. Assim falam MIX, GOLDBERG e BIESENTHAL, etc. ROBINSON e LOCKWOOD não se afastam muito d'êste negativismo, concedendo-lhe uma feição «espectante», isto é, inactiva.

Dois cirurgiões de renome, TUFFIER e MURPHY, já admitem que o tratamento médico é eficaz se o abcesso drena espontaneamente pelo brônquio aferente. Finalmente, todos parecem de acôrdo em afirmar a necessidade de uma preparação médica do doente, antes da intervenção cirúrgica.

Ter-se há sobretudo em vista a melhora das condições gerais e locais do doente, de forma a proporcionar o maior número de probabilidades de êxito à operação que vai seguir-se. O levantamento das fôrças pelo repouso ao ar livre, a racional alimentação, o combate da acidose pelo bicarbonato de sódio e do enfraquecimento da função glicogénica pela ingestão de água glicozada a 5 0/0 de duas em duas horas, constituirão a base do tratamento geral. A situação local será quanto possível melhorada pela adopção repetida da melhor attitude em que a drenagem do abcesso

pelo brônquio se realiza (ao acordar, ao deitar, ao tossir, etc.), pelo uso persistente de expectorantes e pelas inalações balsâmicas, estas com o fim principal de desodorizar. Havendo hemorragias far-se há o tratamento clássico das hemoptises (cloreto de cálcio intra-venoso, etc.).

Na nossa prática, adoptámos um tratamento médico padrão, que instituímos a estes doentes desde a entrada e que, sendo sempre útil, algumas vezes se mostra suficiente para jugular tôda a evolução do processo.

Principiamos por dar aos doentes uma poção de hiposulfito de sódio com xaropes balsâmicos, benzoato de sódio, etc., enquanto lhe estabelecemos diariamente uma injeção de 10 c. c. de óleo gomenolado a 10 %.

Esta é a base da terapêutica, a qual é alterada ou acrescentada consoante as indicações de cada hora. O tratamento prolonga-se largo tempo sem que nunca tenhamos visto o menor sinal de intolerância, e mostra a sua eficácia desde logo, na desapareção da fetidez da expectoração, que adquire um forte cheiro balsâmico, assim como o próprio hálito do doente. Se sobrevém expectoração hemoptóica (muito rara), suspendemos temporariamente o hiposulfito, que substituímos pelo cloreto de cálcio também em poção (ou injeção intra-venosa, se a importância do acidente a impõe), prontos a voltar à primitiva terapêutica logo que as circunstâncias o permitam.

Em alguns doentes portadores de corações já tocados pelo arrastado processo, achámos útil, de entrada, propinar o óleo canforado, que depois associamos ou substituímos pelo gomenolado.

Com esta terapêutica, nunca tivemos necessidade de recorrer às inalações para suprimir a fetidez da expectoração, pois que foi este sempre o primeiro sintoma a ceder nos nossos doentes assim tratados.

A pesquisa da posição óptima da drenagem brônquica do abcesso, é feita espontaneamente pelos doentes, que por instinto procuraram a atitude em que a tosse, expulsando mais facilmente a abundante expectoração, se torna menos penosa e mais curta, restituindo-lhes pronto alívio.

Quando com estes meios os doentes não melhoraram nitidamente ao fim de um mês, tentamos o pneumotorax.

Vimos na literatura fortes restrições ao uso dêste processo.

Reservando-o para os casos óptimos de abcessos bem localizados, sem aderências, nem largas fistulas brônquicas, LOCKWOOD conta ter tirado dêle poucas vantagens, enquanto outros autores parecem mais optimistas: TEWKSBURY, GOLDBERG, BIESENTHAL.

As contra-indicações estabelecidas são múltiplas. Abcessos muito volumosos ou de múltiplas locas, com abundante expectoração de pus e largas aderências pleurais não melhoram com o método. Nas necroses extensas do pulmão, com múltiplas aderências, a rutura destas pode dar lugar à invasão, pelo pus, da cavidade pleural e conseqüentemente ao empiema.

Também o estado geral muito precário intimida os operadores, pelo perigo da síncope pleural, do empurramento do mediastino e do esgotamento pela tosse exaustiva que dizem seguir às vezes o pneumotorax, etc.

Há uma indicação que todos parecem concordes em aceitar: é a utilidade da colapsoterápia nas formas hemorrágicas.

Na nossa limitada prática não tivemos tão bons casos para assim operar como o óptimo indicado por LOCKWOOD, a que acima nos referimos. Tivemos mesmo um (caso VII), que reunia a maioria das contra-indicações que acabamos de referir: locas múltiplas, abundante expectoração, inúmeras aderências pleurais, estado geral precário, e em que, à falta de melhor, usámos o método. O estado do doente, que até aí não fazia o menor progresso, estacionado após a melhoria de entrada correspondente à instituição da terapêutica balsâmica, começou a melhorar a olhos vistos, bastando acentuar que, com a desapareição da febre, se iniciou um ganho de pêso de 1 quilograma em média por semana.

Devemos dizer que duas punções nos caíram em plenas aderências pleuro-pulmonares, outras em pequenas locas em que a pressão se tornava positiva logo após a injeção dos primeiros centímetros cúbicos de gás, e que mesmo as maiores cavidades pleurais encontradas, nunca comportaram largas cubagens como as que obtemos em pleuras livres. Injectando muito lentamente, com pressões finais fracamente positivas (+ 4 o máximo), sem nunca termos tido a pretensão de obter um colapso total, que de antemão sabíamos impossível, ou mesmo de desfazer as aderên-

cias pleurais que resistiam além da pressão citada, obtivemos, por sucessivas operações freqüentemente repetidas em vários pontos do tórax, resultados que nos parecem animadores.

Não julgamos portanto justo estabelecer contra-indicações formais ao pneumotorax. O critério clínico aqui, como em tudo, tem de sobrelevar as regras fixas, e o exemplo citado fica a mostrar-nos que, ainda em casos aparentemente desfavoráveis, devemos fazer uma tentativa, prontos a abandoná-la, se desde logo se mostrar ineficaz ou prejudicial. ¿ Esta não é destituída de perigos ? ¿ E os outros métodos de tratamento, principalmente o cirúrgico, são-no ?

Só nos parece lícito estabelecer uma contra-indicação formal : o estado de esgotamento do doente mostrar-se incompatível com a colapsoterápia.

Também a abcedação bilateral restringirá quasi proibitivamente a aplicação do método, se-bem-que, em casos muito particulares, seja possível encarar-se a hipótese de um pneumotorax bilateral.

Um processo de tratamento, que gozou a sua aura, foi a broncoscopia. Ainda hoje ela tem uma indicação soberana : os abcessos por corpos estranhos intra-brônquicos. Como método diagnóstico e sobretudo de terapêutica, permitindo a extracção por via tráqueo-brônquica do objecto originador do mal, não tem seguramente rival nem sequer substituto. Mas pretendeu-se ir mais longe. A broncoscopia procurava o brônquio aferente do abcesso e dilatando-o, aspirava-lhe o pus e irrigava-o ou instilava-o. Não precisamos insistir na dificuldade extrema desta operação, nem nas restritas condições em que ela seria possível (abcessos centrais, de larga abertura brônquica, etc.).

Acresce que nem mesmo inocente ela se mostrou, pois que lhe vimos apontadas as possibilidades de provocar uma generalização do processo.

Fiquemos portanto com a indicação do abcesso por corpo estranho intra-brônquico, que só por si é suficiente para legitimar e até fazer estimar o processo em causa.

Não fecharemos êste capítulo sem aludir a um método de tratamento que ultimamente vimos preconizado, mas de que não temos experiência. É a cura da sêde. Segundo os defensores dêle, a restrição, levada a extremos inverosímeis (¿ suportáveis ?), dos

líquidos, faria baixar gradualmente a expectoração até à desapareção prática. Aqui fica a referência para quem tiver a coragem de a impor.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O aspecto médico sob que encarámos o assunto que vimos tratando e a nossa falta de competência cirúrgica, levam-nos a indicar somente as condições em que devemos recorrer ao cirurgião, no tratamento dos abcessos pulmonares.

Transcrevemos de Lockwood, cirurgião da Mayo Clinic, as seguintes indicações:

- I — Opera-se o doente que após o tratamento médico, adequado e prolongado, não melhora ;
- II — A operação precoce está indicada nos casos de cavidades volumosas evidentes, envolvidas por espessas paredes fibrosas ou calcáreas ;
- III — Pode usar-se o pneumotorax nas pequenas cavidades inteiramente encapsuladas e não abertas para o brônquio. Se não há melhoras, tentar a operação sem demora ;
- IV — Nos abcessos motivados por corpos estranhos introduzidos na espessura do pulmão ou no brônquio, e que não possam ser removidos por broncoscopia, a operação deve tentar-se após uma cuidadosa preparação médica, para colocar o doente nas condições óptimas de resistência ;
- V — Nos grandes abcessos, mesmo com conservação do estado geral, deve proceder-se à operação precoce, para que o doente não corra o risco de se sufocar pela expectoração ;
- VI — Nos grandes abcessos, com mau estado geral, ainda a operação é defensável, se-bem-que arriscada, visto que a grande quantidade de pus produzido, constitui um risco de sufocação.

Em resumo, diremos nós : tratamento cirúrgico se não melhorar pelo médico.

¿ Mas que lucram os doentes com êle ?

É ainda a estatística de LOCKWOOD que no-lo demonstra. Compreende ela 27 doentes tratados medicamente e 27 operados.

Entre os primeiros morreram três, tiveram fracas melhoras cinco, melhoraram rapidamente três e curaram-se praticamente dezasseis.

Dos operados morreram onze (oito dos quais dentro dos dois dias após a intervenção), melhoraram bastante treze e completamente três.

A situação da cirurgia é portanto lastimosa e só a pode melhorar a reflexão de que só são geralmente enviados ao cirurgião os maus casos que com a medicina nada lucraram. Tomando isto ao pé da letra, diremos que a operação salvou três e melhorou treze que doutra maneira piorariam sem remissão, o que a torna mais digna da nossa simpatia.

Sabemos que as coisas nem sempre são assim e que de múltiplos factores depende a remessa do doente ao cirurgião: tendência do doente e do clínico que primeiro o observa, técnica adoptada no serviço em que ingressou, etc.

De toda a maneira faremos lembrar que os nossos oito casos tiveram solução médica em sete deles e só um, observado pela primeira vez *in extremis*, requeria intervenção cirúrgica, que não teve tempo de sofrer.

CONCLUSÕES

I — Dentro da relativa freqüência do abcesso pulmonar, é hoje rara a etiologia pneumónica e vulgar a primitividade clínica.

II — As lesões crónicas do aparelho pleuro-pulmonar avultam entre as causas predisponentes locais do abcesso pulmonar, emquanto que o alcoolismo realiza a mais importante dentre as gerais.

III — O quisto hidático do pulmão é algumas vezes a origem do abcesso pulmonar.

IV — A comparticipação pleural é de regra no abcesso pulmonar, revestindo geralmente o tipo produtivo escleroso, mas podendo ir à exsudação e até à purulência.

V — O diagnóstico do abcesso pulmonar faz-se principalmente pela anamnese e radiografia e secundariamente pela semio-



CYLOTROPINA

INJECTAVEL

Combinação de Urotropina salicilada e cafeína. Poderoso desinfectante das vias urinárias, de maior eficácia ainda nos casos mais rebeldes.

INDICAÇÕES:

Cistites, pielites, prostatites, etc.

OUTRAS INDICAÇÕES:

Profilático eficaz contra a cistite depois das prostatectomias, durante o embaraço e o parto, assim como em casos de doenças da medula espinal. Remédio quasi infalível contra a anúria post-operatória. Valioso auxiliar no tratamento da uretrite gonorréica posterior e poderoso desinfectante das vias biliares.

EMBALAGENS ORIGINAIS:

Caixas com 5 ampolas de 5 c. c. para injeções **intravenosas**.
Caixas com 5 ampolas de 5 c. c. para injeções **intramusculares**.

Para se precaver contra as imitações de inferior qualidade exigir sempre os preparados com a embalagem original SCHERING.

Chemische Fabrik auf Actien
(VORM. E. SCHERING.)

BERLIM

Pedir AMOSTRAS E LITERATURA ao representante:

SCHERING, Limitada, LISBOA, Rua Victor Gordon, 7

Ex.^{mo} Sr.

Queira remeter-me amostras e literatura da

CYLOTROPINA-SCHERING

Nome:

Enderêço:

PILULAS **OPOBYL** PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

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

Prisões de ventre chronicas, Estados hemorrhoideos.

COMPOZIÇÃO

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

**INSUFFICIENCIAS
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA
*Cholagogo, Reeducador das
funções entero-hepaticas,
Descongestivo do figado
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)

” **eregumil** ”
Fernández

Alimento vegetariano completo em base
de cereais e leguminosas

Contem no estado coloidal:
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerales (fosfatos naturais)*

Insostituivel como alimento, nos casos de intolerân-
cias gástricas e afeções intestinaes. — Especial para
crianças, velhos, convalescentes e doentes
do estomago

Sabor agradável, fácil e rápido assimilação, grande poder nutritivo

FERNANDEZ & CANIVELL Y C.^{as} — MÁLAGA
Deposítarios: GIMENEZ SALINAS & C.^{as}
Rua Nova da Trindade, 9-1.^o
LISBOA

Ex.^{mo} Sr.

C. A. Glade

Rua Victor Gordon, 7

Lisboa

logia, sendo a vômitica e a fetidez elementos primordiais e os dados de laboratório de restrita utilidade.

VI — A semiologia torácica objectiva do abcesso pulmonar é muitas vezes negativa, predominando, em caso contrário, os sinais de *déficit* respiratório sôbre os de cavidade.

VII — Não há uma terapêutica unívoca dos abcessos pulmonares: geralmente médica, é forçadamente cirúrgica nos motivados por corpos estranhos.

VIII — A terapêutica médica do abcesso pulmonar é fundamentalmente balsâmica, antiséptica e reconstituente, tendo a sua mais poderosa expressão na colapsoterápia.

IX — As contra-indicações clássicas da colapsoterápia não são absolutas.

X — O recurso à terapêutica cirúrgica é permitido nos casos de insucesso do tratamento médico, mas conta uma percentagem de curas inferior à dèste último.

RESUMÉ

Les A. A. font, à propos de huit cas d'abcès du poumon, récemment passés dans la 1^{re} Clinique Médicale, une étude des conditions étiologiques, anatomo-pathologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

La rareté des abcès post-pneumoniques et post-opératoires est soulignée, contrastant avec les statistiques nort-américaines, où la grande majorité des abcès du poumon compte parmi les complications post-opératoires, notamment en oto-rhino-laryngologie.

Le rôle étiologique des maladies chroniques de l'appareil respiratoire est développé, ainsi que l'alcoolisme, parmi les causes générales.

Les huit cas rapportés dans cette étude se rapartissent comme suit: 4 par bronchite chronique, 2 par kyste hidatique, 1 par empyème interlobaire et 1 par corps étrange des voies aériennes.

Les A. A. font ressortir l'importance de l'anamnèse, en face du tableau, souvent éfacé de la séméiologie du thorax, ainsi que les donnés radiologiques, qui font l'objet d'une étude approfondie.

La thérapeutique médicale, la seule adoptée dans les cas ra-

portés, est minutieusement décrite, tout en faisant ressortir l'importance des résultats obtenus, vis-à-vis des méthodes opératoires.

Le pneumothorax artificiel, dont les indications sont établies, s'est montré quelques fois efficace dans des conditions généralement regardées comme impéditives, permettant aux A. A. d'élargir le champ d'application cette méthode.

Finalment, les résumés des histoires cliniques sont rapportés, aidant, par leur diversité, à se faire une idée de l'ensemble des variétés étiologiques et semiologiques de cette maladie.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREWS, E. W.—A future for pulmonic surgery.—*J. Am. M. Ass.*, 1885, V, 261-264.
- Pneumotomy for abscess of right lung and removal of large calcareous deposit through the chest wall.—*Chicago Med. Rec.*, 1892, III, 537-543.
- AUFRECHT, E.—Inflammations of the lungs.—*Nothnagel's Encyclopedia of Practical Medicine*, IV, 381-791. Philadelphia: Saunders, 1902.
- BULL, E.—Bidrag til sporgsmalet om operative indgreb ved lungesygdomme. C: r. Matériaux pour servir à l'étude de la question de l'intervention opératoire dans les affections pulmonaires.—*Nord. Med. Ark.*, XIII, 1-27; 1882, XIV, 1-22; 1883, XV, 1-18.
- CAMPARDON—Sur un abcès considérable dans le lobe droit du poumon, guéri par une opération de chirurgie.—*J. de Méd. de Chir. et de Pharm.*, 1759, X, 337-349.
- EISENDRATH, D. M.—The surgery of pulmonary abscess, gangrene, and bronchiectasis following pneumonia.—*Philadelphia M. J.*, 1901, VIII, 786-791.
- FENGER, C. H.—On surgical treatment of gangrene of the lung.—*J. Am. M. Ass.*, 1884, III, 62-68.
- FENGER, C. AND HOLLISTER, J. H.—Opening and drainage of cavities in the lungs.—*Am. J. M. Sc.*, 1881, LXXXII, 1313-1317.
- GARRÉ—Die chirurgische Behandlung der Lungenkrankheiten.—*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1902, IX, 322-337.
- GARRÉ, C. AND QUINCKE, H.—Grundriss der Lungenchirurgie.—*Jena. Fisher*, 1903, 124 pp.
- GLUCK, T.—Die Entwicklung der Lungenchirurgie.—*Arch. f. klin. Chir.*, 1907, LXXXIII, 581-601.
- GOLDBERG, B., AND BIESENTHAL, M.—The treatment of acute lung abscess by artificial pneumothorax.—*Am. Rev. Tuberc.*, 1919-1920, III, 169-174.
- GREEN, H.—On the difficulties and advantages of catheterism of the air-passages in diseases of the chest—*Am. Med. Monthly*, 1860, XIII, 81-97.
- GREEN, N. W.—Lung abscess—*Ann. Surg.*, 1919, LXX, 539-544.

- GUMPRECHT, J. J. — De pulmonum abscessu ope chirurgica aperiendo, Goettingae, 1793.
- HARTWELL, J. A. — Abscess of the lung. — *Ann. Surg.*, 1920, LXXI, 333-344.
- HEDBLOM, C. A. — Abscess of the lung with special reference to treatment — *Minnesota Med.*, 1919, II, 337-344.
- Pulmonary abscess — *Med. Rec.*, 1919, XCVI, 441-453.
- KAREWSKY — Die chirurgisch Behandlung der Lungenabszesse, insbesondere deren Dauerresultate — *Muenchen. med. Wchnschr.*, 1903, I, 16. 4-1677, 1735-1738.
- KOCH, W. — Ueber die Veraenderungen, welche gewisse mechanische und chemische Reize im Lungenparenchym hervorbringen — *Arch. f. klin. Chir.*, 1873, XV, 194-196.
- Historische ueber die chirurgische Behandlung der Lungencavernen — *Berl. klin. Wchnschr.*, 1874, XI, 194-196.
- KOERTE, W. — Erfahrungen ueber Operationen wegen Lungen-Eiterung und Gangraen — *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, LXXXV, 1-62.
- KRAUS, H. — Ueber den Lungenabscess — *Berl. klin. Wchnschr.*, 1913, I, 509.
- KUELBS — Ueber Lungenabscess und Bronchiektasien. — *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1913, XXV, 549-567.
- LAENNEC, R. T. H. — Traité de l'auscultation médiante et des maladies des poumons et du cœur, 2^e ed., Paris, Chaudé, 1826.
- LEMON, W. S. — Abscess of the lung — *Canad. M. Ass. J.*, 1920, X, 1079-1090.
- LENHARTZ, H. — Zur operativen Behandlung des Lungenbrandes — *Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1902, IX, 338-360.
- LILIENTHAL, H. — Abscess of the lung; incision and drainage; thoracotomy — *Ann. Surg.*, 1914, LIX, 309-311.
- Pulmonary abscess and bronchiectasis; a clinical report — *Ann. Surg.*, 1914, LIX, 855-883.
- Pulmonary abscess and bronchiectasis — *Tr. Am. Surg. Ass.*, 1914, XXXII, 491-529.
- LOCKWOOD, A. L. — Developments and possibilities of thoracic surgery — *Surg. Clin. N. Am.*, 1921, I, 1425-1450.
- LOCKWOOD, A. L. AND NIXON, J. A. — War surgery of the chest — *Brit. M. J.*, 1918, I, 105-109, 145-149.
- LORD, F. T. — Abscess and gangrene of the lungs — *Boston M. & S. J.*, 1909, CLX, 544-545.
- Diseases of the bronchi, lungs, and pleura — Philadelphia, Lea and Febriger, 1915, 605 pp.
- LYNAH, H. L. — Bronchoscopic treatment of bronchiectasis and pulmonary abscess — *Med. Rec.*, 1920, XCVII, 215-218, 251-253.
- LYNAH, H. L. AND STEWART, W. H. — Roentgenographic studies of bronchiectasis and lung abscess after direct injection of bismuth through the bronchoscope — *Am. J. Roentgenol.*, 1921, VIII, 49-61.
- McKECHNIE, W. E. — Abscess of the lung and liver; simple cure of a chronic case by the upside-down position. — *Lancet*, 1912, I, 865-866.
- MAC KENZIE, R. — Pulmonary abscess and gangrene. — *Montreal M. J.*, 1906, XXXV, 441-449.

- MC RAE, F. W.—Abscess of the lung following acute lobar pneumonia.—*J. Am. M. Ass.*, 1902, XXXIX, 739-747.
- MARTIN, C. F. AND CALDWELL, D. M.—Pulmonary abscess following extraction of the teeth; cure par artificial pneumothorax.—*Canad. M. Ass. J.*, 1920, X, 451-452.
- MARTIUS, F. N. A.—Beitraege zur Lehe vom Hirnabszess.—*Deutsch. milit. aerztl. Ztschr.*, 1891, XX, 1-90.
- MAYER, E.—The endobronchial treatment of bronchiectasis and bronchial abscess.—*New York M. J.*, 1918, CVII, 666-667.
- MIX, C. L.—Lung abscess with the picture of tuberculosis.—*Med. Clin. Chicago*, 1915-1916, I, 1-22.
- MOSLER—Vortrag ueber Lungenchirurgie.—*Berl. Klin. Wehnschr.*, 1883, XX, 289.
- MURPHY, J. B.—Surgery of the lung.—*J. Am. M. Ass.*, 1898, XXXI, 208-210; 281-297; 341-356.
- NORRIS, G. W. AND LANDIS, H. R. M.—The diagnosis of pulmonary abscess.—*Tr. Ass. Am. Phys.*, 1913, XXVIII, 302-308.
—Diseases of the chest. 2 ed. Philadelphia: Saunders, 1920, 844 pp.
- OSLER, W. AND McCRAE, T.—The principles and practice of Medicine. 9 ed. New York: Appleton, 1920, 1168 pp.
- PERTHES—Zur operativen Behandlung des chronischen Lungenabscesses.—*Arch. f. klin. Chir.*, 1908, LXXXVI, 1054-1070.
- PICOT, G.—Le traitement chirurgical de la gangrène pulmonaire aigue. Paris: Steinheil, 1910, 170 pp.
- QUINCKE, H.—Ueber Pneumotomie.—*Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1896, I, 1-70.
- RICHARDSON, C. W.—Complications of the operation for removal of tonsils.—*Laryngoscope*, 1913, XXIII, 667-678.
- ROBINSON, S.—Bronchiectasis and abscess of the lung.—*Boston M. & S. J.*, 1911, CLXV, 398-400.
- RUNEBERG, J. W.—Ueber die operative Behandlung von Lungenkrankheiten.—*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1887, XLI, 91-128.
- SCUDDER, C. L.—A report of the cases of lung abscess at the Massachusetts General Hospital Clinic.—*Boston M. & S. J.*, 1914, CLXXII, 523-524; also: *Tr. Am. S. Ass.*, 1914, XXXII, 532-546.
- STOKES, W.—Extensive pulmonary abscess, with slight constitutional distress; cure by cicatrization; after a year, death from acute pleuro-pneumonia; isolation of a portion of the lung from the inflammatory action by the cicatrix. Dublin.—*J. M. & Chem. Sc.*, 1832-1833; II, 51-71.
- TEWKSBURY, W. D.—Acute pulmonary abscess treated with artificial pneumothorax.—*J. Am. M. Ass.*, 1917, LXVIII, 770.
—Treatment of non-tuberculous lung abscess with pneumothorax.—*J. Am. M. Ass.*, 1918, LXX, 293-295.
- TUFFIER, T.—Chirurgie du poumon, en particulier dans les cavernes tuberculeuses, et la gangrène pulmonaire. Paris: Masson, 1897. 174 pp.
—Thoracotomie pour accès gangreneaux chronique du poumon.—*Bull. et mém. Soc. de chir. de Par.*, 1906, XXXII, 356-357.

- État actuel de la chirurgie intrathoracique. Paris: Masson, 1914, 184 pp.
- WARING-CURRAN, J. — Abscess of the right lung bursting through the right diaphragm and umbilicus. — *Lancet*, 1872, II, 669-670.
- WESSLER, H. — Supuration and gangrene of the lung; a study of one hundred cases. — *J. Am. M. Ass.*, 1919, LXXIII, 1918-1921.
- WESSLER, H. AND SCHWARZ, H. — Abscess of the lungs in infants and children. *Am. J. Dis. Child.*, 1920, XIX, 137-140.
- WHITTEMORE, W. — Lung abscess and bronchiectasis from a surgical point of view. — *Boston M. & S. J.*, 1915, CLXXIII, 811-818.
- Lung abscess. — *Surg. Clin., North America*, 1921, I, 765-784.

Revista dos Jornais de Medicina

Dos reflexos abdominais e do seu valor diagnóstico nas afecções agudas do abdômen. (*Des reflexes abdominaux et de leur valeur dans les affections aiguës de l'abdomen*), por H. OLIVECRONA. — *Act. Chir. Scand.*, fasc. III-IV-927.

Diz, em resumo:

Encontram-se modificações dos reflexos abdominais em cêrca de $\frac{1}{5}$ dos casos de peritonite aguda ou de reacção peritoneal, sob a forma de abolição total ou parcial.

Estas modificações constituem um sinal objectivo de valor em face da ausência de defesa muscular.

A extensão da abolição de reflexos não tem relação constante nem com a intensidade nem com a extensão do processo patológico; duma maneira geral, as perturbações dos reflexos são de maior intensidade nas peritonites que interessam a totalidade ou a maior parte da cavidade peritoneal do que nas peritonites circunscritas.

Da mesma forma que a defeza muscular, as perturbações dos reflexos podem observar-se na evolução de processos extra-peritoneais e explicam-se também por uma irritação do segmento vizinho da excitação produzida pelo processo mórbido.

Os reflexos abdominais podem igualmente ter um valor prognóstico no sentido de que nas peritonites de decurso favorável os reflexos reaparecem como noma no espaço de 24 a 48 horas, enquanto que nos casos de complicações intercorrentes, de íleos, ou de peritonites progressivas, etc., os reflexos desaparecem de novo.

A causa desta alteração é desconhecida. Provavelmente produz-se uma inibição do reflexo devido à reacção peritoneal.

MORAIS DAVID.

Tratamento das varizes por meio de injeções e suas «sequelae» em face de 500 casos tratados. (*Injection treatment of varicose veins and their sequelae on basis of 500 treated cases*), por V. MEISEN. — *Ach. Chir. Scand.* 28-VII-927.

Em conclusão, segundo as impressões do autor, o método das injeções esclerogêneas no tratamento das varizes dá o melhor resultado. Os 500 casos tratados receberam um total de 2224 injeções ou seja uma média de 4 a 5 injeções por cada individuo. Entre os 500 casos figuram 16 que haviam sido anteriormente operados, seja pelo método de Tradelenburg exclusivo, seja pela escisão, os quais na sua maioria recidivaram.

Em 40 casos havia eczema crónico de 1 a 10 anos de duração; em 135 casos havia úlceras com duração entre $\frac{1}{2}$ ano a 40 anos.

A grande parte dos casos refere-se a indivíduos entre os 30 e 50 anos, na proporção de 1 homem para 3 mulheres. A obliteração das varizes nos casos com eczema ou úlcera foi um tempo essencial para o tratamento destas complicações.

As causas predisponentes para as varizes são várias, sendo as mais importantes as flebites, as gravidezes, a hereditariedade e o modo de vida; com particular frequência são afectadas as pessoas que pela sua profissão permanecem largo tempo em posição erecta. A topografia das úlceras varicosas foi a seguinte:

Na face interna da perna, 43 casos.

Sobre o maléolo interno, 77 casos.

Sobre o maléolo externo, 13 casos.

Abaixo do joelho, na face interna da perna, no bordo do pé e na face posterior da perna, 1 caso de cada.

A sede de preferência é no segmento distal do membro no território da safena *magna* e logo a seguir o segmento terminal da safena *parva*.

A demonstração das varizes, por vezes dissimuladas como estão nos calos cicatriciais dos tecidos, no edema dos tegumentos, no tecido celular, em zonas eczematosas, é de grande dificuldade. Esta dificuldade vence-se desde que se saiba observar o doente; o doente deve colocar-se em posição erecta, com o péso do corpo sobre o membro afectado. O péso da corrente sanguínea, distende o vaso, tornando-o visível, mesmo quando a sua demonstração se tornava menos fácil devido às alterações dos tecidos que o recobrem.

A dor é o sintoma que com mais frequência impõe o tratamento; é por vezes de uma intensidade formidável e torna os padecentes vítimas de um sofrimento enorme.

As complicações do tratamento são raras e só em 1,6% dos casos foi necessário o repouso no leito. Entre estas conta-se a necrose dos tegumentos, a flebite química e a trombose venosa, estas duas as mais frequentes e provocando temperatura e dor ao longo da veia ectasiada, sinais no entanto de pouca intensidade e de pouca duração.

4 casos foram seguidos de enfarte, 2 dêles possivelmente por excesso na dose do medicamento injectado.

A injeção intravenosa de 10 c. c. de um soluto aquoso com 18% de salicilato de sódio e 25% de cloreto de sódio, faz-se lentamente na posição deitada, depois de previamente escolhida a veia que deve servir para a picada.

Esta escolha torna-se fácil colocando o doente de pé, apoiado sobre o membro do lado afectado, conforme já foi dito.

O tratamento habitual comporta uma injeção diária, salvo contra-indicação especial por irritação local ou qualquer outra consequência do tratamento, em que se farão intervalos convenientes.

Os solutos de salicilato de concentração maior, a 20 e 25%, só devem usar-se quando os solutos mais fracos não produzem os efeitos suficientes.

O iodo como terapêutica auxiliar da cirurgia no hipertiroidismo primário. (*Iodin as a therapeutic aid to surgery in primary hyperthyroidism*), por M. CLUTE e L. MASON — *Bost. Med. Surg. Jour.* 18 de Agosto de 1927.

Seguindo as indicações de certos autores que haviam demonstrado uma particular avidez das glândulas tiroideias normais e patológicas para o iodo sob a forma de soluto iodo-ácido iodídrico, o A. estuda comparativamente o efeito do iodo no tratamento pre e post-operatório do hipertiroidismo, administrando-o sob a forma de soluto de lugol ou de soluto iodo-ácido iodídrico e conclue pela equivalência perfeita das duas medicações.

Sob a influência do iodo o tecido tiroideo hiperplásico transforma-se num tecido de actividade normal, mas escapa ainda, a-pesar-de múltiplas hipóteses, o fundamento real do fenómeno que rege a transformação operada no parênquima tiroideo e que se traduz clinicamente pelo abaixamento do metabolismo basal e pelo apaziguamento dos sintomas da doença; paralelamente a esta mudança de sintomatologia clinica a glândula torna-se friável, pálida, granulosa como a dos adenomas colóides, os ácidos são constituídos por um epitélio cúbico achatado contendo substância colóide em excesso. O conteúdo da glândula em iodo aumenta na medida de involução do parênquima.

Estas alterações histo-patológicas são comuns tanto ao tratamento pelo soluto de lugol como pelo soluto iodo-ácido-iodídrico.

As dosagens que se demonstram praticamente mais activas ficam um pouco acima das que teóricamente se poderiam calcular; XXX gotas diárias de soluto de lugol a 5 % ou LX gotas de soluto iodo-ácido iodídrico a 10,2 % saturado a 24.º com cristais de iodo sublimado, são as doses que clinicamente provam melhor.

No bócio exoftálmico a medicação iódica tem as seguintes indicações:

- 1.º A título preparatório para o acto cirúrgico;
- 2.º Como meio de combater as crises de hipertiroidismo pre e post-operatórias;
- 3.º Após a intervenção cirúrgica, como profilactica da hiperplasia recidivante;
- 4.º Como tratamento paliativo importante em certos casos de hipertiroidismo post-operatório recidivante ou persistente.

Passados 4 dias do início da medicação iódica, principiam a fazer-se sentir os efeitos frenadores sobre a sintomatologia clinica, no abaixamento do metabolismo basal, na própria alteração de consistência e volume da glândula tiroidea.

Do 8.º ao 12.º dia corre o período óptimo, para a intervenção cirúrgica; 24 horas antes da operação e 48 horas depois devem duplicar-se as doses de iodo habituais.

A preparação pre-operatória não é garantia da ausência de fenómenos reaccionais na seqüência do acto cirúrgico.

Quando a operação tenha de efectuar-se em tempos sucessivos, deve manter-se nos intervalos a dose corrente aconselhada de I. Finda a intervenção, os doentes devem continuar com 10 gotas semanais de lugol, por um largo

espaço de tempo, muito variável de caso para caso, mas que pode chegar a 3 meses ou mais e consoante os valores do metabolismo basal assim se suspende ou prossegue o tratamento iódico.

Se como regra se pode dizer que o iodo subjuga os sintomas do bócio em parte, tornando-os menos acentuados e facilita o tempo operatório, convém contar com a existência de formas resistentes ao tratamento médico preparatório. A maioria dos casos de hipertiroidismo recidivante post-operatório deriva de uma extirpação glandular insuficiente.

MORAIS DAVID.

Retinites e outras manifestações oculares dos diabéticos. (*Retinitis and other changes in the eyes of diabetics*), por F. SPALDING e S. CURTIS. — *Bost. Med. Surg. Jour.*, 4 de Agosto de 1927.

A denominada retinite diabética não parece que seja a resultante exclusiva da diabetes, mas sim de manifestações associadas a esta doença; por um lado há a considerar a hipertensão vascular, a arteriosclerose e a nefrite concomitante e por outro a hiperglicemia.

Em sumário e como conclusões diz o artigo:

De 307 diabéticos, entre os 11 e os 73 anos, 207 não tinham manifestações da retina, 46 mostravam sinais de arteriosclerose da retina, 16 retinite e arteriosclerose e 32 cataratas.

Dêstes 32 casos com cataratas, 11 tinham simultâneamente esclerose dos vasos retinianos e 15 não puderam ser observados capazmente. Em 22 doentes havia vícios de refração visual, caracterizados clinicamente por turvação da vista e por perda temporária da visão.

Sómente 2 casos exibiram a forma de *retinitis punctata* e em ambos coincidia êste tipo de alteração da retina com acentuada hipertensão e insuficiência renal.

É freqüente a associação de retinite, de hipertensão e arteriosclerose retiniana.

Há uma certa relação entre a esclerose vascular periférica e a esclerose dos vasos da retina, entre a esclerose periférica e a hipertensão.

A retinite que se encontra no diabético é do tipo da retinite cárdio-renal.

A demonstração de que a diabetes tem um mínimo valor na explicação das afecções da retina está feita na constatação de que em 207 dos diabéticos estudados as retinas eram normais, como normais eram as pressões sanguíneas em 91 % dos casos e as funções renais em 98 %. Estes diabéticos eram doentes mais antigos e com formas não menos graves do que as formas de diabetes acompanhadas de manifestações retinianas.

Nos casos de catarata em que se pôde efectuar o exame do fundo do olho, a uma retina normal correspondia uma pressão sanguínea normal e em 16 casos com retinite 75 % tinham perturbações do funcionamento renal e hipertensão.

Em uma série de 607 diabéticos só 4 apresentaram sinais de *retinitis centralis punctata* diabética.

MORAIS DAVID.

Exames ulteriores de cento e noventa e seis casos de litíase biliar operada. (*Examens ultérieurs de cent quatre-vingt-seize cas de lithiase biliaire opérée*), por E. D. IVERSEN. — *Act. Chir. Scand.*, fasc. III, IV-927.

Diz o autor, em sumário:

As experiências feitas na literatura a respeito da colecistostomia e da colecistectomia por calcos da vesícula, não justificam a preferência da colecistectomia à colecistostomia.

O exame repetido de 196 casos de doentes, com calculose da vesícula, tanto depois da colecistectomia como depois da colecistostomia, mostra a mesma freqüência de recaídas, tomando a palavra no seu mais amplo sentido, isto é, recaídas verdadeiras e falsas, estas compreendendo calcos indiadgnosticados, as colangites, as dores de aderências.

Após as duas variedades de operação, as recaídas, tomadas no sentido acima apontado, apareceram em 19 0/0 dos casos.

A colecistectomia não aumenta os riscos da infecção ascendente das vias biliares.

A observação assídua de doentes tratados pela colecistectomia e colecistostomia decidirá qual dos métodos deverá ser elevado à categoria de método de escolha.

MORAIS DAVID.

Reunião clinica do «staff» do hospital da cidade de Boston. Côma diabético iminente simulando uma apendicite aguda. (*Boston City Hospital staff clinical meeting. Impending diabetic coma simulating acute appendicitis*), por W. R. OHLER. — *Bost. Med. Surg. Jour.* 4 de Agosto de 1927.

Trata-se de uma doente de 35 anos, sofrendo de uma diabetes grave, mantida com 80 unidades diárias de insulina.

Foi admitida já por várias vezes no hospital; no dia 22 de Março de 1925 dá entrada na secção cirúrgica, queixando-se de uma dor abdominal aguda e de vômitos que datam da véspera da admissão.

À observação a doente apresenta uma certa distensão abdominal com defesa generalizada da parede mais pronunciada sôbre o quadrante inferior direito; todo o abdômen é doloroso à palpação, mas a dor é também mais viva no quadrante inferior direito. Temperatura 37,5. Leucocitose 15.000. A primeira observação foi de um cirurgião que diagnosticou uma afecção cirúrgica do ventre, mas, em face de uma forte glicosúria com eliminação de

bastante ácido diacético e acetona, foi a operação adiada para a manhã seguinte.

A doente fica em posição de Fowler elevada, com injeções de soro submamárias, clister de soro glicosado e 150 unidades de insulina durante a noite.

À entrada no hospital a glicemia era de 5 gr. e na manhã seguinte desce a 1,5 gr., ao mesmo tempo que desaparecem todos os sintomas abdominais.

Como é de supor, a doente não foi operada.

O conteúdo desta história recorda-nos um caso recente da clínica privada de um colega, a que tivemos ensejo de prestar também assistência. Tratava-se de uma doente sob o regime insulínico e que por qualquer circunstância deixou de fazer a dose necessária e caiu em coma.

Os primeiros sintomas foram dor da região vesicular em cólica e vômitos. Um médico da área, chamado de urgência, prescreveu uma poção de morfina e a doente melhorou das dores porque caiu em coma.

Foi submetida a uma alta dose de insulina e, dissipado rapidamente o coma, desapareceram todos os sintomas abdominais.

MORAIS DAVID.

Da cura azotada e tiroideia no tratamento do síndrome edematoso com albuminúria chamado nefrite epitelial ou ainda nefrite clorurêmica. Seu interesse prático e doutrinário. (*De la cure azotée et thyroïdienne dans le traitement du syndrome œdémateux avec albuminurie appelé néphrite épithéliale ou encore néphrite chlorurémique. Son intérêt pratique et doctrinal*), por CHABANIER, LEBERT, LUMIÈRE, LOBO ONELL. — *Bul. Acad. Med.*, n.º 30, 1927.

No artigo figuram cinco casos de nefrite hidropigenea com constantes tireo-secretórias normais ou próximamente normais, acentuada albuminúria e edemas. Pelo tratamento de Epstein — regime azotado com medicação tiroideia — os cinco casos melhoraram a ponto de desaparecerem a albuminúria e os edemas.

A-par desta melhoria, houve um aumento da quantidade das albuminas e da tensão das proteínas do plasma.

O regime é construído na base de 2 a 4 gr. de proteínas por kgr. de peso com 150 gr. de hidratos de carbone e 40 gr. de gorduras. As proteínas da dieta baixam a 1 gr. por kgr. de peso nos casos que se apresentam com uma má constante úreo-secretória.

É notável a tolerância destes doentes pelas altas doses de opoterápia tiroideia que se prolongam por largos períodos (até 1 ano).

Certos autores supõem que o síndrome da denominada nefrite epitelial assenta numa alteração primordial da quantidade e da qualidade das proteínas do plasma e de facto em todos os casos incluídos no artigo se verifica essa alteração.

Tanto o regime alimentar hiperazotado como a medicação tiroideia concorreram justamente para a elevação na percentagem e na tensão osmótica das proteínas do plasma.

MORAIS DAVID.

Detalhes de técnica da simpatectomia femural, por MARCEL ARNAUD e LOUIS ARTAUD. — Soc. Chir. Marseille, 21 Juin 1926. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, n.º 8, 1926, pág. 740-742.

Os maus sucessos da simpatectomia, ensina-nos Leriche, vêm, exceptuando os casos em que a indicação operatória é duvidosa, ou dum vaso ateromatoso ou dum êrro de técnica. «Fazer demasiado ou fazer de menos» são os escolhos clássicos em que esbarra o cirurgião.

A técnica primitiva de Leriche sofreu, de 1917 para cá, numerosas modificações. As mais felizes são as referidas por Hertz, na *Presse Médicale* de 1 de Março de 1924.

Recordaremos que êste cirurgião preconiza a excisão da túnica do vaso com o bisturi, descortica a artéria, como quem tira a casca a uma árvore, e em dois tempos distintos: face anterior e depois face posterior do vaso. Êste segundo tempo é capital, diz o autor, e os AA. são também dessa opinião, para evitar resultados imperfeitos.

Respeitando os princípios de Hertz, os AA. trouxeram, contudo, à sua técnica algumas modificações do detalhe, que apresentam. Pareceram-lhes simplificar e abreviarem a operação.

1.º tempo: O vaso pôsto a nu na extensão de 10 a 12 cms. e saído da sua bainha, realizamos uma hemostase temporária. Para isto, limitamos com leveza o vaso em cada extremidade da sua porção desnudada por meio duma ansa de cauchu (dreno de Carrel) mantida por uma pinça.

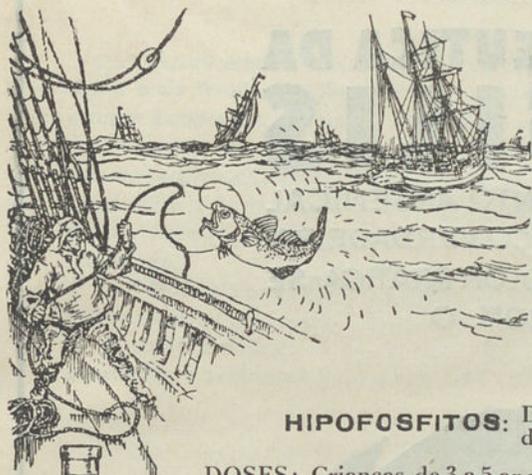
2.º tempo: Propositadamente, seccionamos tôdas as colaterais a 1 cm. da sua origem. *Apenas* as extremidades periféricas são laqueadas. Pode passar-se uma compressa por debaixo da artéria, mostrando assim um campo limpo e exangue.

3.º tempo: Descorticação do vaso, face anterior e face posterior, segundo os conselhos de Hertz. Os retalhos da adventícia são arrancados com a pinça da artéria e dos côtos colaterais, como quem descalça a mão duma luva de cauchu.

4.º tempo: Laqueação dos côtos colaterais, verificação da eficácia terapêutica depois da ablação da hemostase provisória, reposição dos planos suprajacentes.

Os AA. foram levados a estudar estes detalhes de técnica para obviar aos seguintes incidentes operatórios:

1.º Intervenção incompleta, porisso ineficaz: as colaterais, impedindo muitas vezes a descorticação, são sacrificadas somente quando o estôrvo é evidente. Demasiado tarde! O retalho da adventícia fica rasgado na sua altura e é difficil retomá-lo e prosseguir a operação. A secção propositada das arteriolas colaterais desde o principio da operação evita êste incidente.



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tíbidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTA.

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

DOSES: Crianças de 3 a 5 anos, duas a três colheres das de caté 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**

Outras especialidades: **TÓNICO SALVE:** Reconstituente do sistema nervoso.
GOTAS F. V. A. T.: Potente antiescrofuloso.

Depositários gerais para Portugal: **COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE L.^{DA}**
Rua Primeiro de Dezembro — LISBOA

AGE-VACCIGON

PRATA COLOIDAL COM VACCIGON (Vacina antigonococica)

Recente descoberta científica que permitiu reunir num só específico a *prata coloidal* e a *vacina antigonococica*, na sua nova preparação evitando qualquer ataque violento sobre a albumina bacterial. O melhor e mais enérgico específico para tratamento das *prostatites blenorragicas, cistites, epidemites, doenças uterinas e das articulações e blenorragia uretral.*

Preparação do **INSTITUTO SEROTHERAPICO DE DRESDE**

Depositários gerais: **CORREIA & VICENTE, L.^{DA}**
LISBOA — PORTO

TERAPEUTICA DA
SIFILIS

O TRATAMENTO ARSENICAL
HYPODERMICO VERDADEIRA-
MENTE INDOLOR PRATICA-SE
COM O



DE COMPOSIÇÃO ACTIVA E SEGURA

AMOSTRAS E LITERATURA

LABORATOIRE DES PRODUITS
"USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN-GOUJON.PARIS

E.SCHWEICKARDT
AGENTE GERAL PARA PORTUGAL
133, RUA DA PRATA. LISBOA

2.º Arrancamento das colaterais rentes ao grande vaso: é talvez o incidente mais freqüente. Obriga a fazer laqueações laterais, por vezes difíceis e sempre demoradas, ou mesmo uma sutura vascular, se a brecha é importante.

A secção das colaterais evita êste precalço. Só as colaterais muito finas, mesmo seccionadas previamente, podem ser arrancadas. A hemostase temporária evita a hemorragia e, uma vez acabada a operação, a contracção da artéria oblitera espontaneamente o pequeno orifício, tornando inútil tôda a laqueação.

3.º Muitas vezes, emfim, quando se teve o cuidado de seccionar previamente tôdas as colaterais e de as laquear em seguida, arrancamos a laqueação ao efectuar a descorticação do vaso. Evitam os AA. esta perda de tempo, guardando a hemostase para o fim, uma vez terminada a descorticação.

MENESES.

A propósito da colecistografia. Resultados obtidos pela prova de Graham, com a ajuda de brometos alcalinos e de tetraiodo, por J. GARCIN. — Soc. Chir. Marseille, 14 de Junho de 1926. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. N.º 8, 1926.

A colecistografia com a prova de Graham tende actualmente a entrar na prática corrente. Os AA. comunicam os resultados que ela lhes deu. A sua experiência foi de 10 casos.

Nos quatro primeiros applicaram o processo italiano, método de Saleatini e Milani: administração *per os* de brometos alcalinos.

Seguindo escrupulosamente as indicações dadas por estes autores, faz o A. absorver aos seus doentes uma dose de 15 a 20 grs. de brometo de sódio e de estrôncio.

Nos quatro casos a prova foi negativa: nem traço de vesícula nem de cálculo nos clichés obtidos. Reconhe o A. todavia que o método italiano lhe pareceu absolutamente inofensivo. Nenhum mal-estar.

Nos seis casos seguintes applicou o método de Graham, tal como foi definido pelas comunicações de Gosset e Loewy. Utilizou a via bucal: absorção de 10 pílulas de tetraiodo (fenol-tetra-iodophtaleína).

Dêstes seis casos, três vezes obteve uma bela imagem da vesícula e em dois dêles, levando mais longe a investigação, reconheceram uma lesão apendicular, confirmada pela operação.

Nos três outros casos a vesícula ficou invisível, mas a prova radiográfica mostrou duas vezes a presença de imagens calculosas, com os caracteres clássicos dos cálculos biliares.

Quanto à sede dêstes cálculos, uns estavam livres numa cavidade que não podia ser senão a vesícula, pela sua posição. Os que estavam fixos, a sua situação exacta era mais difícil de precisar mesmo utilizando radiografias de perfil. ¿Bacinete, cístico, hepático ou coledoco?

A sua relação com a coluna não indicava certeza, tão variadas são as

relações anatómicas das vias biliares. A intervenção mostrou sempre ser a localização outra que a suposta.

O resultado negativo da prova de Graham comporta uma indicação interessante: a da impermeabilidade da via cística; um caso em que a vesícula não se notava na chapa era o de uma colecistite.

A utilização do tetraiodo é mais útil, pois, que a dos brometos alcalinos.

MENESES.

A nefrite hipertensiva na infância, por E. A. BERETERVIDE e F. Pozzo —
La Prensa Medica Argentina. 20 de Out. de 1926.

Os AA. fazem um breve bosquejo acêrca das teorias emitidas para explicar a etiologia e patogenia da hipertensão arterial, deduzindo que nenhuma delas satisfaz o espírito do investigador.

Nas crianças a hipertensão é bastante rara. Todavia, as observações publicadas na imprensa profissional, posto-que escassas, demonstram que o síndrome cardio-vascular existe na infância. De passagem, afirmam que o facto de ouvir no foco aórtico um 2.º tom nitidamente clangoroso, que é considerado como excepcional, não o é tanto como isso, pois que se observa mesmo em crianças sem hipertensão e é muito mais freqüente do que se suspeita. O foco de auscultação dêste tom seria o 3.º espaço intercostal esquerdo por fora do esterno ou sôbre o seu bordo esquerdo, a essa altura.

Em seguida referem, larga e detalhadamente, dois casos de síndrome de hipertensão em duas crianças, que juntos aos já publicados perfazem um total de 27 casos, que se resumem no seguinte:

No primeiro trata-se de uma rapariga de 13 anos, que sofre com freqüência de dores de garganta e anginas, e que vem à consulta por inchação das pálpebras e freqüentes e intensas cefalalgias.

A observação faz ressaltar a intensidade particular do 2.º tom aórtico à esquerda da linha médio-esternal e a tensão arterial elevada. A criança está bem desenvolvida e na urina há uma pequena quantidade de albumina e um ou outro elemento figurado.

Submetem-na, ao princípio, à redução dos líquidos, desaparecendo os edemas e a seguir ao tratamento anti-sifilítico, com o qual conseguem fazer passar as cefaleias, e tem alta, com bom estado geral.

Volta, pouco tempo depois, com cefaleias, mal-estar geral, albumina na urina e aumento de tensão, Mx. 20 e Mn. 15,5 (Vaquez). Segue-se uma série alternada de melhoras e pioras, elevando-se a tensão, aumentando os vômitos e cefaleias, morrendo ao fim de 3 meses por edema pulmonar.

Como tratamento anti-luético empregou-se o sulfarsenol e o iodeto de potássio, e o intrato de Guy. O regime alimentar foi o hipocloretado, quasi exclusivamente o lacto vegetariano.

No 2.º caso trata-se de um pequeno de 13 anos, sem antecedente algum digno de nota; vem à consulta por causa das cefaleias intensas e persistentes.

Na observação nota-se aumento da macicez cardíaca, confirmada pela radiografia, e um 2.º tom aórtico desdobrado e francamente reforçado. Tensão arterial Mx. 19 e Mn. 12. Wassermann negativo e na urina albumina e um ou outro cilindro. Submetem-no a um tratamento anti-sifilítico intenso, conseguindo fazer desaparecer as cefaleias, que não voltou a ter.

Examinado da última vez, encontram-se tensões de Mx. 17 e Mn. 10, com excelente estado geral e melhor quadro da urina; apenas continua a hipertensão que, posto-que atenuada, evidentemente persiste.

MENESES.

Tumor abdominal: aneurisma da aorta, por MM. LEGRAND et MOREAU.— Société Belge de Chirurgie, 29-1-927.— *Journal de Chirurgie et Annales de la Soc. Belge de Chir.* N.º 1, Janv. 1927, p. 12-15.

A doente, de 70 anos, tinha um tumor abdominal bastante raro, com aneurisma da aorta descendente.

O diagnóstico foi difícil, por causa de antecedentes gástricos, que orientavam para o cancro do estômago.

A doença tinha começado em 1916. Bruscamente um vômito de sangue que não se repetiu. Sintomas de dispepsia: pêso no estômago, pirosis, regurgitações ácidas.

Mais tarde, anorexia absoluta, sêde, dores no epigastro irradiando por todo o abdômen e espádua: dores terebrantes, muito vivas, acalmadas pelo decúbito dorsal e lateral esquerdo; decúbito lateral direito impossível. Ingestão de alimentos exagerando as dores. Pirosis, eructações gasosas, regurgitações ácidas. Digestões lentas, difíceis, acompanhadas de pêso e caimbras. Vômitos raros, aquosos, biliares. Prisão de ventre. Emmagrecimento. Êste passado gástrico orientava nitidamente para uma lesão gástrica.

À observação, abaülamento à esquerda da linha média, supra-umbilical, transmitindo as pulsações epigástricas. Percussão: tumor do volume duma laranja, regularmente arredondado, agarrado aos planos profundos. Hiperclorídria e presença de sangue no suco gástrico. Laparotomia exploradora. Estômago íntegro. Brecha através do epíploon gástro-cólico. Descobriu-se então o aneurisma. Sutura da brecha epiploica, costura dos planos seguintes, etc.

O êrro de diagnóstico sugere algumas considerações:

Os antecedentes gástricos, sobretudo a hematemese, orientavam para o neoplasma, o que, na verdade, a hiperclorídria contradizia. A ausência de vômitos não seria de estranhar num cancro situado longe do piloro, a sede suposta sendo a grande curvatura. Casos citados por Bledsoe e Giordano mostram que a confusão é fácil.

Um último comentário, e interessante, relativo ao tratamento a aplicar eventualmente aos aneurismas da aorta.

Duma revisão de 20 casos publicados mais recentemente vê-se que foram tratados pelo velho método consistindo em provocar a obturação do saco por

trombose ao contacto de fios metálicos introduzidos na bolsa do aneurisma.

De ordinário é um molho composto por uma dúzia de molas de aço, finas (molas de relógio), soldadas conjuntamente numa extremidade, apertadas umas contra as outras na outra extremidade, e que são introduzidas no tubo do trocarte que punciona o aneurisma; leva-se o molho ao interior do sacco, onde os fios se afastam, divergindo em tôdas as direcções, ao sair do trocarte, em consequência da sua elasticidade natural. Estes corpos estranhos provocam a formação dum trombo, que se organiza em seguida e traz a obturação mais ou menos completa do sacco. Pode-se ver uma bela radiografia do molho de molas de aço no seu lugar do aneurisma no trabalho de Colt (*British Journal of Surgery*, July 1925). Giordano, apanhado de imprevisto, introduziu um fio metálico ordinário. Esta operação, realizada umas 20 vezes, deu resultados animadores. Nunca se viram mencionadas hemorragias ou acidentes embólicos. Muitas vezes a cura desejada foi obtida, e foi duradoira. O doente de Wheeler, 14 anos mais tarde, trabalhava ainda. O de Lawson vivia 10 anos e meio depois da operação.

A obturação do sacco foi constatada muitas vezes no momento da autópsia, muitos anos mais tarde. Êste modo de cura não é, pois, illusório.

MENESES.

Considerações sôbre a evolução e tratamento da meningite cérebro-espinal, por M. ACUÑA y M. T. VALLINO. — *La Semana Médica* (Buenos-Aires), 23 de Set. de 1926.

Os AA. dizem que a análise das suas observações confirma as conclusões que sustentaram num outro trabalho, respeitante às normas do tratamento da meningite cérebro-espinal.

Essas conclusões resumem-se no seguinte:

1.^a Na primeira infância, o sôro deve ser aplicado de preferênciã por via ventricular, em combinação com a raquidiana. Desde o incício da doença, o sôro deve ser levado aos focos mais infectados, e êsses são as cavidades ventriculares.

2.^a Na segunda infância, a via intraraquidiana deve combinar-se com a endovenosa. A trepanopunção deve ser tentada nos casos em que se suspeite a formação alta de septos. Os AA., que o praticaram, dão a êste método uma grande importância.

3.^a As vias subcutânea e intramuscular são desdenháveis como valor terapêutico.

4.^a Durante os primeiros dias (3 a 5) fazem injeccões cotidianas de quantidades de sôro (calculadas segundo a idade, gravidade, etc.). O quadro clínico, assim como as modificações do liquido céfalo-raquidiano, guiam a conduta ulterior no que respeita a quantidades a injectar e intervalos.

5.^a Continuam injectando sôro enquanto o líquido céfalo-raquidiano revele a presença de meningococos, ou enquanto a polinucleose continue indicando actividade do processo.

6.^a Consideram o aparecimento da predominância linfocitária como indicação, não de suspender, mas de espaçar a introdução do sôro.

7.^a A diminuição da linfocitose, coincidindo com a melhora do quadro clínico, indica o térmo favorável do processo: é o momento de parar com as injecções, que, assim, pela sua continuidade, põem ao abrigo de recaídas tão frequentes nesta doença.

8.^a O receio da anafilaxia não deve paralisar a nossa acção terapêutica; deve, sim, obrigar-nos a seguir com prudência.

Em seguida, expõem as histórias clínicas de 12 observações.

MENESES.

O tratamento da septicémia puerperal na prática. (*Die Behandlung der Puerperalsepsis in der Allgemeinpraxis*), por O. HERSCHAN — *Die Ther. d. Gegendwart*. Julho de 1927.

A mortalidade da febre puerperal e da sepsis post-abordum é ainda hoje muito elevada. O A., antes de falar na terapêutica, trata das formas clínicas da febre puerperal:

1) Febre puerperal por estase de loquias. É a forma de prognóstico mais favorável. Raras vezes conduz a infecção geral e bacteriemia, apesar da presença de estafilo e estreptococo na secreção.

2) Febre puerperal por infecção localizada. Apesar da presença de agentes patogênicos no útero, raras vezes conduz a infecção geral.

3) Febre puerperal com sintomas de bacteriemia causada mecânicamente — agentes introduzidos na corrente sangüínea, as mais das vezes por intervenção intra-uterina. Traduz-se clinicamente por um calafrio, podendo, nesta altura, isolar-se o agente do sangue. Esta forma, muito frequente, de febre puerperal, cura a maioria das vezes espontaneamente e não se deve confundir com a:

4) Septicémia e pioémia como verdadeira febre puerperal. Nesta forma são os casos de verdadeira septicémia, os que mais facilmente são dominados pela terapêutica. Raríssimas vezes se conseguem curar casos de piémia e séptico-pioémia.

A terapêutica usada nesta afecção visa dois fins: o primeiro consiste no emprêgo de fármacos que levantem as forças de resistência do organismo e o segundo na instituição de uma terapêutica sintomática.

A terapêutica local da febre puerperal desempenha hoje um papel muito reduzido. O melhor para o prático é abandonar as lavagens uterinas. As infecções limitadas ao útero curam em 90 % dos casos espontaneamente e nas infecções estreptocócicas de natureza virulenta a mortalidade cresce espantosamente com qualquer terapêutica local.

O tratamento da estase loquial consiste na aplicação duma bexiga de gêlo e na administração de medicamentos que estimulem as contracções uterinas. Assim, podemos receitar: Pó de secal. cornut. 0,5 — três vezes ao dia; Secacornin, três vezes ao dia 20 a 25 gotas; Gynergen, duas vezes ao dia 1 c. c. intramuscular; Pituglandol, duas vezes ao dia 1 c. c. intramuscular; Pitruitina, duas vezes ao dia uma ampola. A única indicação para terapêutica local pode ser dada por retenção de restos placentários. A indicação será dada pela gravidade da hemorragia e nunca pela elevação da temperatura. Nunca empregar a raspagem uterina.

Nos casos de exsudados periuterinos capsulados (Piosalpinge profundo, parametrite supurada, abscesso do fundo de saco de Douglas), abrir a colecção supurada pela vagina. Um bom instrumento para o prático é o trocarte de Fraenkel e a drenagem com tubos delgados e fenestrados de borracha endurecida. A úlcera puerperal da vulva será tratada cuidadosamente com água oxigenada diluída. Acêrca de terapêutica geral, o A. diz nunca ter obtido resultado com o emprêgo do sôro anti-estreptocócico. Dos preparados de vacina são a Omnadin e a vacina de Much os que parecem ter algum valor.

Também não obteve resultados favoráveis com a urotropina, os preparados de quinino (Uacin, Eucupin, Optochin), os de iodo (Jatren, Septjod, Mirion), o tratamento com terebentina, as injeções de leite, Aolan e Caseosan.

Grandes benefícios foram observados pelo A. com o uso da mistura de metais coloidais como o Cuprocollorgol, administrado em injeção intravenosa, lenta, de 5-10 c. c., ou, segundo o A., em clister de 200 c. c. de água com 10 c. c. de Cuprocollorgol. Ainda em certos casos aconselha a balneoterapia, os enfaixamentos frios e os antipiréticos.

F. FONSECA.

Indicações e contra-indicações do sol das alturas (artificial). (*Indikationen und Kontraindikationen der Künstlichen Höhensonne*), por A. LAQUEUR — *Ther. der Gegenwart*. Junho e Julho de 1927.

O A. chega às seguintes conclusões:

Este tratamento dá bom resultado numa série de doenças da infância, principalmente no raquitismo, perturbações gerais da nutrição, atraso no desenvolvimento, diáteses exsudativas, escrofulose e tuberculose cirúrgica. Nos adultos é aconselhável o seu emprêgo em convalescentes, anemias secundárias, tuberculose cirúrgica, formas produtivas de tuberculose pulmonar e numa série de doenças da pele, especialmente piodermatosas, certos eczemas, alopecias e feridas ou fístulas com pouca tendência à cura.

Com menos certeza de obter a cura podemos ainda usá-lo na hipertensão sangüínea, em certas doenças reumáticas e nevralgias, na tosse convulsa e na asma brônquica (principalmente nas crianças).

As contra-indicações são reduzidas. Dizem respeito à tuberculose pulmonar, de forma progressiva e exsudativa, à excitabilidade nervosa, à tendência, à urticária, bem como eczemas agudos, húmidos.

F. FONSECA.

Sóbre o tratamento insulínico das toxicoses gravidicas. (*Über die Insulinbehandlung der Schwangerschaftstoxikosen*), por E. VOGT — *Klin. Woch.*, n.º 28. 1927.

O A. limita-se a tratar da terapêutica insulínica da hiperemesis e eclampsia, chegando às seguintes conclusões:

1) A terapêutica insulínica pura tem apenas um valor sintomático. A administração simultânea de insulina e glicose constitui, pelo contrário, uma terapêutica etiológica.

2) Nos casos leves de heperemesis é permitida a terapêutica insulínica pura. Em todos os casos graves devemos administrar simultâneamente insulina e glicose, esta última de preferência por via intravenosa.

3) Na eclampsia o tratamento com insulina e glicose constitui uma terapêutica etiológica que deve ser ensaiada nos casos ligeiros ou de média gravidade.

F. FONSECA.

Sóbre o mecanismo da acção da proteínoterapia. (*Über den Wirkungsmechanismus der Proteintherapie*), por S. RUSZNYÁK e A. KORÁNYI — *Klin. Woch.*, n.º 28. 1927.

As injeccões de heteroproteínas em doses apropriadas provocam uma dessensibilização do organismo com conseqüente desapareição das manifestações mórbidas que têm por base um estado alérgico.

F. FONSECA.

Sóbre a punção cisternal na idade infantil. (*Über Zisternenpunktion im Kindesalter*), por J. BAKUEZ — *Klin. Woch.*, n.º 29. 1927.

A punção cisternal pode fazer-se sem perigo, depois de suficiente exercício, nos lactantes. Nas paralisias agudas do centro respiratório a lobelina

em injeccção cisternal tem efeito indubitável. A-pesar-de na infância a punção cisternal não ter indicações tão largas como no adulto, há entretanto casos em que o seu emprêgo é vantajoso.

F. FONSECA.

A reacção do mastique de Emanuel para o liquido cefalo-raquidiano na sua nova forma. (*Die Emmanuelsche Mastixreaktion der Rückenmarksflüssigkeit in neuer Form*), por E. EMANUEL E H. ROSENFELD — *Klin. Woch.*, n.º 29. 1927.

Os AA. apresentam uma nova modificação da reacção do mastique, designada por E. R. M. R. (Emanuel-Rosenfeldsche Mastixreaktion). A técnica simples com solutos já preparados (Mastix-Spinotest à venda no Laboratório Dr. Emanuel, Berliner Strasse 17 — Berlim — Charlottenburg) torna o seu emprêgo fácil.

F. FONSECA.

LACTOLAXINA FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXATIVOS
a base de Fermentos Lacticos seleccionados, Saes biliars, Agar-agar e Naphtol phtaleina.

Tratamento Biologico
da **PRISÃO DE VENTRE - ENTERITE**
AFFECÇÕES DO FIGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

DOSE: 1 a 3 Comprimidos á noute ao deitar.

AMOSTRAS: Laboratorios Biologicos **ANDRÉ PÂRIS**
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (France).

ADRENALINA BYLA

Solução a 1/1.000

NATURAL

QUIMICAMENTE PURA

DOENÇA D'ADDISON - SI^{CO}PEES CARDIACAS - HEMOPTISES, ETC.

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

Rua Nova da Trindade, 9 — LISBOA

*Tratamento completo das doenças do figado
e dos sindromas 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 scientificos

Lavagem
de Extracto de Bilis
glicerinado
e de **Panbiline**



1 a 3 colheres em 160 gr
de água fervida
quente.

Crianças: 1/2 dose

Depósito Geral, Amostras e Literatura: LABORATORIO da PANBILINE, Annonay. (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua Nova da Trindade, 9-1.º — LISBOA



EXPOSIÇÃO MEDICO-
CIRURGICA PROMOVIDA
PELA LISBOA MEDICA
POR OCASIÃO DO CENTENÁRIO DA
RÉGIA ESCOLA DE CIRURGIA DE
LISBOA.

EM REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE
OURO AO EXPOSITOR *Alves & C.^{ia}*
(Irmãos) pelos productos "Wander".

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

Alves Berne

A. Almeida

Pro memoria:

OVOMALTINE, fortificante;
JEMALT, óleo de fígado de
bacalhau isento do seu
gosto desagradável.

ALUCOL, contra a hiperaci-
dez e suas consequências;
CRISTOLAX, laxante tónico
e digestivo;

FORMITROL, contra as
doenças infecciosas da boca
e da garganta.

MALTOSAN, sopa de malte
Keller;

NUTROMALT, açúcar nu-
tritivo para crianças de
mama.

Dr. A. WANDER, S. A. BERNE

Únicos concessionários para Portugal:

ALVES & C.^{ia} (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41, 2.^o — LISBOA

Sala
Est.
Tab
N.º