

Ano V

N.º 7

Julho de 1928



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA.

## DIRECÇÃO

PROFESSORES

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

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*Eduardo Coelho*

REDACTORES

*Vasco Palmeirim, A. Almeida Dias, Moraes 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 dos agentes para Portugal e Colonias

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

## Granulos de Catillon a 0,0004 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

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

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

# CARNE LIQUIDA

— do Dr. Valdés 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 convalescências —

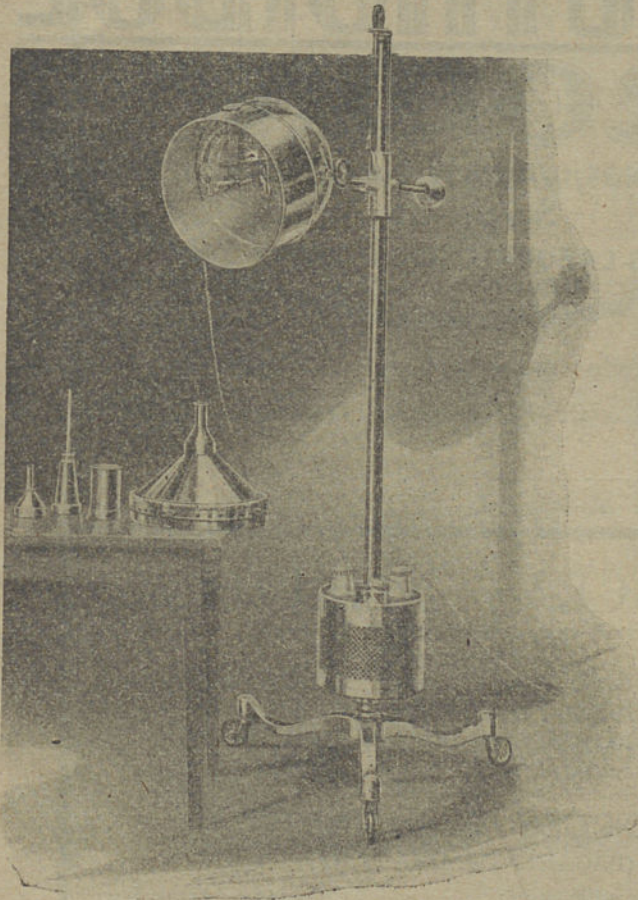
Pedir amostras e litteratura aos Depositarios para Portugal e Colonias:

**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**

Rua Nova da Trindade, 9-1.<sup>o</sup> — LISBOA

# GALLOIS & C.<sup>IE</sup>

LYON



CONSTRUCTORES  
de:

Aparelhos de

## Raios Ultra Violeta

a vapor de mercúrio  
de «alumage» auto-  
mática, e de arco  
polimetalico.

●  
Aparelhos de

## Raios Infra Vermelhos

●  
ELECTRODOS em  
quartzo para radiações  
ULTRA VIOLETA,  
com correntes de alta  
frequencia.

●  
Não deixe hoje mesmo  
de pedir esclarecimentos e a  
indicação dos possuidores de  
aparelhos «GALLOIS»,  
no paiz, aos

REPRESENTANTES

# DAVITA, L.<sup>DA</sup>

RUA EUGENIO DOS SANTOS, 81  
LISBOA

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

# BISMUTHOIDOL

## "ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios.  
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS.

App. pelo. D. N. S. P. N.º 1748  
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :  
GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>ª</sup>-R. Nova da Trindade, 9, 1.<sup>º</sup>-LISBOA

## LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

### CONDIÇÕES DE ASSINATURA

(PAGAMENTO ADIANTADO)

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,000

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,000

NÚMERO AVULSO: 8,000 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



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.<sup>da</sup>, Engenheiros, RUA DOS FANQUEIROS, 334-LISBOA

# Hämafopan

do Dr. A. WOLFF, BIELEFELD

*Depositários:*

**Henrique Linker, L.da** — LISBOA

Rua de D. Pedro V, 32-36

## HEMOGLOBINA - FERRO

Extracto de Malte

### RICO EM VITAMINAS

simples e composto com arsénio — brometo de cálcio — cálcio — ferro inorgânico — ferro e arsénio — gaiacol — iodo — silício — silício e cálcio — silício, cálcio e gaiacol.

**Resultados excelentes!**  
Sabor agradável

## 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<sup>e</sup>)**

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

**Teixeira Lopes & C.<sup>a</sup>, L. da**

45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA

# Alimentos ALLENBURYS

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.ºa-Rua Douradores, 29-1.º-Lisboa-Telef. C. 1386

# INSULINA 'A.B.'

MARCA DE  FÁBRICA

## Brand

**SOLUÇÃO ESTERIL PRONTA A INJECTAR**

**ESTA** 1 — Rapidez e exactidão na dóse.

**MARCA** 2 — Completa actividade e estabilidade.

**ASSEGURA:** 3 — Ausencia de reacção e dôr na injeccção.

20 unidades por c. c. em frasquinhos de:

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

**FORÇAS:** 25 c. c. = 500 » (» 50 » )

40 unidades por c. c. em frasquinhos de:

5 c. c. = 200 unidades (ou 20 doses)

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

THE BRITISH DRUG HOUSES, Ltd. e ALLEN & HANBURYS, Ltd.—LONDRES

Representante em Portugal:

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



## Este tratamento bem simples faz desaparecer a dor na Entero-colite

NA Entero-colite, quando exista dor e uma pronunciada rigidez muscular, deve-se fazer uma aplicação da Antiphlogistine a quente e uma espessa camada sobre toda a parede abdominal, o que não só atenua a dor como é também um valioso auxiliar na medicação interna.

O calor mantido pela Antiphlogistine produz uma dilatação nos vasos intestinais e peritoniais e estimula os plexos solar e hypogastrico.

Na Entero-colite ou em qualquer outra doença que envolva tecidos profundos a Antiphlogistine, pela sua propriedade exclusiva de manter durante mais de 24 horas um grau constante de calor, estimula os reflexos cutaneos provocando simultaneamente uma vasoconstricção profunda e uma vasodilatação superficial.

Mais de 100.000 medicos empregam a Antiphlogistine que é o preparado usado em todo o mundo.

The Denver Chemical Mfg. Company

New York, U. S. A.

Laboratorios: London, Sydney, Berlin, Paris,  
Buenos Aires, Barcelona, Montreal, Mexico City.



"Promotes Osmosis"



ROBINSON, BARDSLEY & C.<sup>1</sup> — Caes do Sodré, 8, 1.º — LISBOA





## NUTREINA

FARINHAS DE BANANA

EUNUTREINA

Farinha de banana

LAXO-NUTREINA

Farinha de banana e aveia

RIZO-NUTREINA

Farinha de banana e arroz

NUTREINA

Farinha de banana e milho

**Não contém cacau nem açúcar**

Alimento melhor e mais sã para crianças na primeira idade, convalescentes,  
e pessoas fracas.

Fabricadas pela **SOCIEDADE ESPANOLA DE NUTREINA**

*Pedir amostras ao concessionario para Portugal:*

**A. Serra, Rua Almeida e Sousa, 2—LISBOA**

**Usado pelos filhos dos medicos**

**NEO-LAXATIF CHAPOTOT**

SUCO DE LARANJA MANNITADO

INTEGRAMENTE VEGETAL

Isento de drasticos, de Phtaleina de Phenol, de Beladona

**INOFENSIVO — DELICIOSO**

Pedir amostras ao Concessionario para Portugal: A. Serra, R. Almeida e Sousa, 2, LISBOA

# Laboratórios P. ASTIER

41-47, rue du Docteur-Blanche

PARIS (França)

Registo comercial: Seine N.º 103 278

## ARHÉOL

C<sup>15</sup> H<sup>26</sup> O

Principio activo da Essência de Sândalo  
Blenorragia. Cistite. Piélite. Pielonefrite.  
Catarro vesical

## KOLA ASTIER

GRANULADA

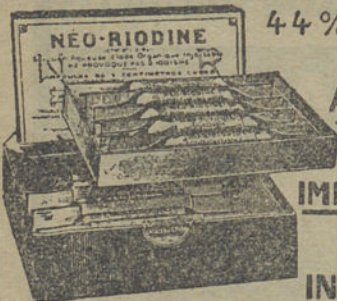


Antineurasténico. Regulador do coração  
Gripe. Astenia. Surmenage.  
Convalescença das doenças infecciosas;

## NÉO-RIODINE

C<sup>3</sup> H<sup>6</sup> O<sup>4</sup> I<sup>5</sup> Na

Solução Aquosa de Iodo  
Organico Injectavel



44% de Iodo

ACÇÃOIMMEDIATAINTENSA

Em injeccões intramusculares e intra-  
venosas.  
Dose: de 1, 2, 3 a 5 cm<sup>3</sup> segundo os casos.

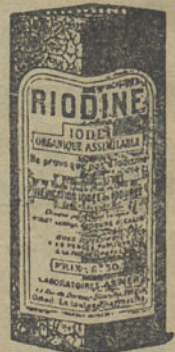
### NÃO PROVOCAM ACCIDENTES DE IODISMO

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.

## RIODINE

(C<sup>18</sup> H<sup>33</sup> O<sup>3</sup>)<sup>3</sup> (IH)<sup>2</sup> C<sup>3</sup> H<sup>5</sup>

Derivado organico iodado  
Ether glycerico  
iodado do acido  
ricinoleico.

ACÇÃOLENTAPROLONGADA

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

Depositários gerais para Portugal e Colónias:

GIMENEZ - SALINAS & C.<sup>a</sup> — Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> — LISBOA



## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>Trois cas de syndrome d'Adams-Stokes par lésion de l'artere nourricière du faisceau de His, par le professeur Vaquez</i> .....	pág.	435
<i>Calculose biliar, pelo Prof. Custódio Cabeça</i> .....	»	438
<i>Ictericias de retenção, por Mário Moreira</i> .....	»	503

### Notas clínicas

<i>A diatermia em ginecologia</i> .....	»	533
---	---	-----

### Bibliografia

<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	»	543
<i>Notícias &amp; Informações</i> .....	»	LXI

## TROIS CAS DE SYNDROME D'ADAMS-STOKES PAR LÉSION DE L'ARTERE NOURRICIÈRE DU FAISCEAU DE HIS (1)

PAR

LE PROFESSEUR VAQUEZ, DE PARIS

Messieurs,

Je désire vous remercier tout d'abord du grand honneur que vous m'avez fait en m'invitant à participer à votre Congrès.

Je vous remercie aussi du si cordial hommage que j'ai reçu de vous et que je dois, avant tout, à la sympathie qui a régné de tout temps entre les hommes de science de nos deux pays.

Je serai heureux et fier d'en faire part à la Faculté de Médecine de Paris et à l'Académie de Médecine, dont je suis ici le représentant.

Messieurs,

Je profite de ma présence parmi vous pour vous mettre au courant de quelques-uns des travaux qui ont été effectués ou qui sont en cours d'exécution dans mon service de la Clinique Thérapeutique de l'hôpital de la Pitié.

Le travail dont je désire vous parler aujourd'hui est dû à mon Chef de Laboratoire, le docteur GERAUDEL, dont les

(1) Conferência realizada no Congresso Nacional de Medicina, cujo resumo nós foi amavelmente enviado de Paris pelo Prof. Vaquez. (N. da R.)

études sur différents sujets cardiologiques ont attiré l'attention du Monde médical. Les résultats auxquels il est arrivé présentent, comme j'ai pu m'en assurer par moi-même, toutes les garanties possibles d'exactitude et doivent être désormais considérés comme définitivement acquis.

Le docteur GERAUDEL, chargé des travaux d'anatomo-pathologie et d'électrocardiographie de mon service, s'est appliqué à examiner un certain nombre de faits bien connus en clinique et réalisés ce que l'on appelle le syndrome d'Adams-Stokes. La pathogénie de ce syndrome est, malgré ce que l'on en pense, loin d'être complètement résolue. Depuis les découvertes des physiologistes et des anatomistes, on croyait qu'il ne pouvait être attribuable qu'à une lésion du faisceau de His; or il est des cas dans lesquels il n'a pas été possible de retrouver une lésion de ce faisceau, et c'est justement ces cas qui ont servi au docteur GERAUDEL pour édifier une conception nouvelle, basée sur des considérations physiologiques et anatomo-pathologiques.

Le docteur GERAUDEL a montré tout d'abord que l'activité de l'oreillette d'une part, celle du ventricule de l'autre, sont liées au bon fonctionnement de deux régions de tissu spécifique, le noeud de Keith et Flack, et le faisceau de His, qu'il interprète comme ayant une fonction analogue. Il a prouvé ensuite que la circulation artérielle de chacune de ces formations est assurée par une artère également spécifique, terminale, au sens physiologique sinon anatomique, artère qu'il a dénommée artère de l'atrio-necteur pour la formation habituellement désignée sous le nom de noeud sino-auriculaire de Keith et Flack, et artère du ventriculo-necteur pour celle appelée noeud de Tawara et pour le faisceau de His.

Partant de ces données il a été amené à supposer que certains cas de syndrome d'Adams-Stokes peuvent trouver leur explication dans une ischémie du faisceau de His par suite d'une diminution du calibre, permanente (par lésion), ou temporaire (par spasme de la myartère), de l'artère de ce faisceau.

Dans trois cas qu'il a étudiés cliniquement, électrocardiographiquement et anatomiquement, cette hypothèse s'est trouvée vérifiée; il n'y avait dans aucun d'eux interruption dans la continuité du faisceau de His. Par contre, et dans les trois, il existait une sténose presque complète de l'artère du ventriculo-nec-

# ATLAS ELEMENTAL DE ORGANOLOGÍA MICROSCÓPICA HUMANA

POR EL DR. LUIS G. GUILERA

LÁMINA VI

APARATO DIGESTIVO

EDITADO POR EL LABORATORIO BALDACCI

IODARSOLO

PRIMER PRODUCTO DE YODO Y ARSÉNICO

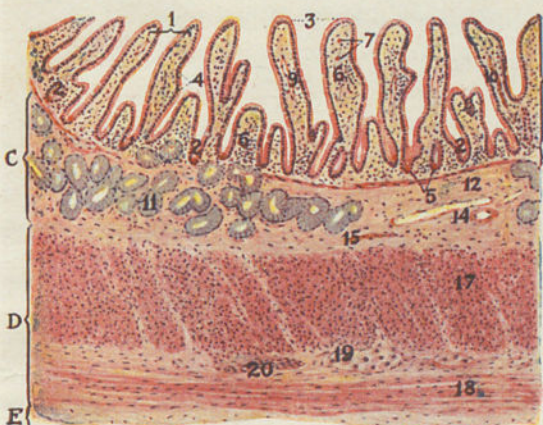


Fig. 1

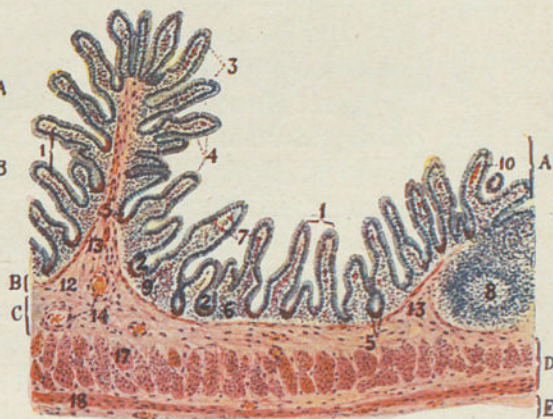


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Figs. 1. DUODENO, 2 YEYUNO, 3. COLON 4. RECTO. Hematoxilina-eosina. — A. MUCOSA: 1. Vellosidades. 2. Glándulas. 3. Cutícula superficial del epitelio de las vellosidades. 4. Células caliciformes. 5. Células de Paneth. 6. Células redondas pequeñas. 7. Células eosinófilas. 8. Folículo linfático. 9. Vasos quilíferos y linfáticos. 10. Vasosanguíneo. — B. MUSCULARIS MUCOSAE. — C. SUBMUCOSA: 11. Glándulas de Brunner, exclusivas del duodeno. 12. Tejido laxo de la submucosa. 13. Repliegues circulares. 14. Vasos sanguíneos. 15. Nervios. 16. Grasa. — D. MUSCULARIS: 17. Musculatura circular, cortada de través. 18. Musculatura longitudinal, 19. Ganglios simpáticos. 20. Nervios simpáticos de los espacios intermusculares. — E. Cubierta peritoneal.

O primeiro produto de iodo e arsenio

## IODARSOLO

O iodo em combinação tanico-proteica, intimamente ligado a molecula proteica em quantidade fixa e de absoluta estabilidade; o acido arsenioso sob forma organica.

SABOR EXCELENTE

Em elixir.

Em injectaveis de 1.º e 2.º grado.

SEM YODISMO - NÃO PRODUZ INTOLERANCIA  
ARSENICAL

## LEJOMALTO

Dextrina (70 %), Maltose (30 %), con Amylose inativa  
ASSUCAR ALIMENTICIO

Alimentação artificial, mixta - Desmamamento.  
perturbações gastro-intestinaes do lactante.

Não contem farinhas e portanto pode ser minis-  
trado desde o nascimento.

Laboratorio Chimico Farmaceutico V. BALDACCI - Pisa

Agente para a Peninsula Iberica: M. VIALE - Provenza, 427 - Barcelona

Concesionario exclusivo para a venda em Portugal: Sociedade Industrial Farmaceutica

(Farmacias: Azevedo, Irmão & Veiga, Rua do Mundo, 24 - Azevedo Filhos, Praça D. Pedro IV) LISBOA

AMOSTRAS GRATUITAS AOS EXCMOS. SRES. MEDICOS

teur, comme vous pourrez vous en rendre compte en examinant les tableaux que je fais passer sous vos yeux et où ont été réunis les tracés et les micro-photographies de ces cas.

Le premier a trait à un malade chez qui le syndrome d'Adams-Stokes était paroxystique et qui succomba au cours d'un des paroxysmes: le ventricule se ralentissait jusqu'à ne battre que 18 fois par minute, tandis que l'oreillette continuait à battre aux environs de 80. La circulation artérielle du faisceau de His était assurée par une artère septale, postérieure, née de la coronaire gauche. Or cette artère, à sa naissance, était obstruée en partie par un bouchon d'endartérite. Le spasme de la myartère, de la coronaire gauche venait diminuer vraisemblablement de façon temporaire la lumière déjà rétrécie de son affluent. En revanche le faisceau de His, débité en coupes sériées, ne présentait aucune altération.

Le second cas est un cas de syndrome d'Adams-Stokes permanent. Les recherches anatomiques ont montré dans ce cas une sténose serrée de l'artère du ventriculo-necteur et, là encore, n'ont révélé aucune lésion du faisceau de His.

Le troisième cas, où le syndrome était aussi permanent, a montré une lésion sténosante de la coronaire gauche, la droite en l'espèce, et de l'artère du ventriculo-necteur. Là encore, les coupes sériées n'ont montré aucune altération du faisceau de His. Ces trois faits semblent donc prouver qu'il y a des syndromes d'Adams-Stokes, où la discordance entre la série des battements auriculaires et celle des battements ventriculaires ne relève pas d'une interruption des fibres du faisceau de His mais d'un trouble dans la fonction du faisceau, ce trouble étant lui-même commandé par un trouble de la circulation artérielle. Il s'agit, dans ces cas, d'une sorte de claudication intermittente du faisceau de His ou ventriculo-necteur.

## CALCULOSE BILIAR

PELO

PROF. CUSTÓDIO CABEÇA

Há mais de 30 anos que vinha fazendo o estudo clínico e patogénico da calculose biliar: quando mais tarde veio a radiologia prometer um elemento seguro de diagnóstico, foi com interesse que comecei a coligir também esses elementos. Todo este trabalho é feito sobre doentes operados e sobre os cálculos extraídos e analisados quimicamente, segundo o ensino médico moderno. Só lhe falta a fisiologia experimental e faltará por muito tempo, porque o nosso meio é pobre e não são certamente, apenas, algumas experiências que hão de permitir fixar a patogenia do cálculo biliar. Mas o que lhe falta em experiência basta-me em observação; é possível que eu não consiga convencer os que me lerem de que o cálculo é um producto directo da célula hepática ou da célula de Kupfer, que se forma, portanto, no início do canal biliar e que a vesícula hepática nada tem de particular para essa formação; o meu trabalho levou-me à conclusão enunciada.

Entre milhares de experiências, há dez ou vinte que dizem os cálculos só se formam na vesícula com estase e infecção. Pouco tempo passado virá um grupo igual em numero dizer exactamente o contrário. A controvérsia não é fictícia; vem em dois trabalhos recentes e, ainda num trabalho do ano passado, Sir Moynihan chega a esta conclusão: à medida que a cal se deposita sobre o cálculo, a mucosa vesicular modifica-se e sofre a transformação fibrosa, o que explica que no começo, quando a mucosa está ainda intacta, ha colestérnia, ao passo que mais tarde, quando a mucosa, tornada fibrosa, nada absorve, a colesterinemia desaparece.

Depois dos trabalhos sobre a colesterinemia tão bem conhe-



# DRYCO

## O Leite Ideal activado contra o raqui- tismo pelos raios Ultra-Violetas

AS CRIANÇAS TOMAM-O SEM  
DIFICULDADE ALGUMA DEVI-  
DO AO SEU MAGNIFICO SA-  
BOR. É ATE MAIS ACTIVO  
QUE O OLEO DE FIGADO DE  
BACALHAU E QUASI EQUIVA-  
LENTE Á IRRADIAÇÃO DA  
CRIANÇA.

ASSEGURA UMA MAGNIFICA  
DENTIÇÃO, OSSOS FORTES  
E UM DESENVOLVIMENTO  
VIGOROSO.

GIMENEZ - SALINAS & C.<sup>a</sup>

Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup>

LISBOA



TERAPEUTICA DA  
**SIFILIS**

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



**ACETYLARSAN**

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

cidos, a conclusão a que chega Sir Moynihan é realmente desanimadora, porque ela só serve para justificar a teoria da infecção na patogenia dos cálculos biliares. A vesícula o que faz é reter mais facilmente os pequenos cálculos que a célula hepática produziu e nestas condições é lógico concluir que a operação indicada é a colecistostomia e drenagem mais ou menos prolongada. As excepções a esta regra geral virão a seu tempo apontadas, constituindo uma pequena percentagem na estatística operatória. A asepsia da vesícula não é uma fantasia, é um facto real, muitas vezes observado nos meus operados que nunca mais sofreram: não há, portanto, o direito de tirar um órgão que tem funções fisiológicas importantes e bem definidas.

O estudo da composição química dos cálculos foi feito pelo Sr. Prof. Cardoso Pereira a quem devo os melhores agradecimentos.

A estatística operatória dos hospitais civis de Lisboa, que eu possuo detalhada e julgo completa, devo-a ao trabalho do meu colega e amigo Dr. Fragoso Tavares, o que muito lhe agradeço.

## ANATOMIA CIRÚRGICA

A vesícula biliar, que é um órgão ôco servindo de reservatório à bilis, está colocada no hipocôndrio direito e na face inferior do fígado, com o qual tem contacto íntimo, cavando-lhe mesmo uma depressão e ligando-se na sua camada fibrosa com a cápsula de Glisson. Tem a forma de uma pêra mais ou menos alongada, continuando-se com o colo e depois com o canal cístico, que entronca com o hepático, formando assim o colédoco ou ducto comum. As dimensões respectivas destes três elementos são 8 a 12 centímetros para a vesícula; 1,5 a 3 centímetros para o colo; 3 a 4 centímetros para o canal cístico, a que corresponde uma capacidade de 30 a 50 c. c.



Fig. 1

Se dissecássemos uma vesícula, distendida dava-nos a fig. 1 diminuindo quasi insensivelmente de volume desde o fundo até à terminação do cístico. Mas a sua verdadeira forma anatómica é

muito diferente: a direcção do corpo da vesícula é de baixo para cima, de fora para dentro e de diante para trás: o fundo corresponde à intersecção do bordo externo do recto direito abdominal e o rebordo costal (fig. 2). O corpo da vesícula termina por um ligeiro estrangulamento que marca o começo do colo, cuja forma é de um S. Na outra extremidade do S há um novo estrangulamento que marca o começo do canal cístico. Entre os dois estrangulamentos extremos há um mediano que corresponde a uma disposição interna a que já nos vamos referir.

O canal cístico tem a direcção de cima para baixo e de fora para dentro. São muito importantes as relações anatómicas do colo com o ângulo agudo formado pelas 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> porções do duodeno (genu superius) e as do bulbo duodenal com a face pósteroinferior do corpo da vesícula. A fig. 2 mostra-nos aproximadamente a forma e a disposição da vesícula, do colo e do canal cístico.

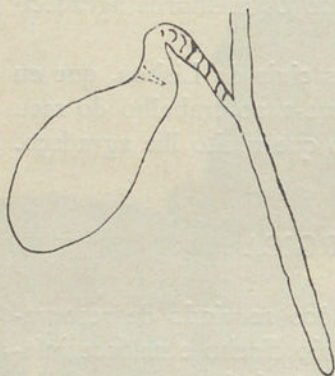


Fig. 2

Observando a superfície interna destes órgãos vemos que o corpo da vesícula é rugoso ou granuloso, formando-se pregas da mucosa, havendo uma que corresponde ao estrangulamento externo, que funciona de válvula terminal no começo do cístico, de forma semilunar.

O canal cístico, que à primeira vista parece liso e regular, é constituído também por uma série de bosseladuras e estrangulamentos em disposição espiralada: em cada um destes estrangulamentos há uma pequena válvula. As válvulas do cístico, do colo e, às vezes, mesmo as da própria vesícula, com a disposição já referida, são os restos da válvula espiral de Heister que existe no embrião. Veremos depois o papel fisiológico que lhes é atribuído, acentuando por agora a dificuldade que a sua presença deve acarretar ao cateterismo regular dessas cavidades.

Deste rápido esboço anatómico deveremos fixar estes pontos: o trajecto dentro da vesícula, colo e canal cístico é muito irregular e acidentado; se a existência e disposição das válvulas favo-

rece a marcha da bÍlis dentro dÉsses canais por mecanismo semelhante ao das vÁlvulas intravenosas deve igualmente contrariar, e impedir atÉ, a saÍda dos cÁlculos; o cateterismo feito durante o acto operatÓrio, mesmo com sonda elÁstica metÁlica, para mostrar a ausÉncia de cÁlculos no colo da vesÍcula ou no canal cÍstico, rarÍssimas vezes pode permitir conclusÓes razoavelmente seguras, porque a sonda encalha nas vÁlvulas e, forçada depois corre risco de provocar uma perfuração. ¿ Como explicar então a saÍda de cÁlculos com um diÁmetro muitas vezes superior ao do cÍstico, que nos são mostrados tantas vezes e tão envaidecidamente nas estações hidrológicas ?

### HISTOLOGIA

A parede da vesÍcula consta de 5 camadas, que são de dentro para fora :

- 1) a mucosa, constituÍda por um único estrato de epitÓlio cilÍndrico e cÉlulas caliciformes, raras e que se encontram principalmente no colo vesicular. Produzem mucina verdadeira, ao passo que as cÉlulas cilÍndricas segregam uma substância mucóide. Não há membrana basal; a camada epitelial assenta sôbre um córion, que pouco a pouco se converte na
- 2) túnica própria, rica em fibras elÁsticas e fibras musculares lisas, dispostas umas em forma circular ou transversal, outras longitudinais e outras ainda mais ou menos oblÍquas. Nesta camada realiza o epitÓlio da camada anterior prolongamentos em massa ou ramificados, com o aspecto de glândulas e onde são mais numerosas as cÉlulas mucÍparas. Para alguns autores estes prolongamentos epiteliais descritos, funcionam como verdadeiras glândulas e o seu conjunto É referido com a designação de canais de Luschka. A importância desta camada muscular É hoje capital para a interpretação dos movimentos da parede vesicular como veremos;
- 3) em terceira camada vem um estrato fibroso que insensivelmente se continua com as camadas 4) e 5);

- 4) sub-serosa, laxa, mais espessa que a anterior e que permite separá-la da última camada e
- 5) serosa peritoneal.

A estrutura do canal cístico é semelhante à da vesícula, mais pobre, todavia, em elementos epiteliaes e musculares e mais rica, porém, em fibras nervosas. O seu calibre oscila entre 2 milímetros próximo da origem e 5 milímetros ao ligar-se com o canal hepático.

O colédoco, cuja estrutura na metade superior é semelhante à descrita na vesícula e no cístico, tem na metade inferior alterações importantes; as fibras musculares lisas tornam-se cada vez mais numerosas, quer circulares, quer longitudinaes e acabam por misturar-se ou confundir-se com as fibras musculares lisas da parede duodenal atravessada obliquamente pela ampola de Vater, que é a terminação do canal colédoco. A túnica mucosa é cheia de pregas com numerosas glândulas ramificadas e possuindo um canal excretor. Os nervos pneumogástrico e simpático por intermédio do plexo celiaco são os agentes secretores, motores e inibitórios das vias biliares.

#### FISIOLOGIA

À vesícula biliar com a estrutura histológica que se acabou de marcar, dão os fisiologistas a função normal:

- a) de segregar muco;
- b) de reabsorver uma parte da água que entra na composição da bilis;
- c) de servir de reservatório à mesma entre as digestões, e
- d) de a lançar no duodeno.

A fisiologia ensina-nos que a secreção biliar é contínua, embora com períodos de maior ou menor actividade e que a sua excreção é periódica. Se nos lembramos que os anatómicos dão à vesícula normal a capacidade de 30 a 50 c. c. e que os fisiologistas avaliam a secreção da bilis em 800 a 1.200 c. c., mal se poderá compreender o papel de reservatório marcado à vesícula,

a não ser que a secreção se torne mínima ou quasi nula nos períodos entre as digestões. Mas parece não admitir dúvida que a vesícula se enche de bÍlis, que esta aí se desidrata e se intensifica em densidade e cÔr e que finalmente expelida vai entrar no duodeno. A bÍlis é mesmo nas condições normais uma mistura da secreção das células hepáticas e da mucosa das vias biliares. Qual é o mecanismo que faz lançar no duodeno a bÍlis acumulada na vesícula?

Pela sua estrutura fibro-muscular a vesícula distendida pela acumulação da bÍlis retrai-se e contrai-se. A contracção da vesícula é hoje um facto demonstrado e que não deixa dúvidas; os movimentos contracteis podem ser observados durante a laparotomia ou em plena visualização da vesícula pelo método de Graham (1). Ministrando ao indivíduo em experiência uma injeção de pituitrina ver-se há o volume da vesícula diminuir de mais de metade.

---

(1) Graham mostrou que a colecistografia é realmente o meio de estudar a actividade funcional da vesícula hepática, porque nos revela o poder que esta tem em concentrar a bÍlis aí armazenada, o que é evidenciado pelo aumento de densidade da sombra e a quantidade de bÍlis pelo volume da mesma sombra. Quer isto dizer que a colecistografia nos permite estudar as duas funções principais que a fisiologia lhe aponta: a mobilidade e a absorção.

Sabemos pelas experiências de Meltzer (com o sulfato de magnésio) e de Stepp (com a peptona sobre a mucosa do duodeno) que a bÍlis corre pela abertura do esfíncter de Oddi. Meltzer explicava isto pela innervação contrária, isto é, pelo relaxamento do esfíncter e pela contracção da vesícula.

A experiência é perfeitamente realizável com a colecistografia e se usarmos a gema do ovo ou as gorduras os efeitos revelam-se mais rápidos, esvasiando-se a vesícula em 2 a 4 horas. Mas ao passo que Bainbridge e Dale descrevem contracções rítmicas da vesícula, Graham julga-as ligadas e dependentes dos movimentos respiratórios, sobretudo na inspiração. Os verdadeiros agentes devem ser a elasticidade e, portanto, a retracção da parede vesicular juntamente com a contracção da sua camada muscular. Difícil é explicar qual o agente dessa contracção, porque nem mesmo as experiências de Copher, Kadama e Whitaker conseguiram provar que o estímulo proviesse dos vagos. Incizados estes nervos ainda a vesícula se esvasia da mesma forma e no tempo normal.

À contracção muscular, à retracção elástica da parede vesicular, devemos juntar também o efeito de entrada da bÍlis fresca na vesícula, distendendo-a e tornando mais fluida a bÍlis aí contida. Os movimentos respiratórios ajudam igualmente o esvasiamento do órgão.

A tubagem duodenal dá-nos uma prova definitiva da contracção vesicular; nas provas de Meltzer (em que se injecta um soluto de sulfato de magnésio) ou na de Stepp (em que se injecta a peptona) o efeito obtido sobre a mucosa duodenal é de natureza química e traduz-se por uma excitação dessa mucosa, que depois se transmite à vesícula fazendo-a contrair e esvasiar-se. A sonda, que tinha levado o excitante, recebe então a bÍlis que corre naturalmente ou aspira-a, tendo primeiro uma côr amarelo-claro pouco espessa, depois mais escura com mais pigmentos biliares e maior densidade para voltar mais tarde a obter-se bÍlis do primeiro tipo. (BÍlis A, B e C).

Whitaker e Feissly obteem um resultado idêntico dando a comer ao doente gema de ôvo, creme ou gorduras. A acção destes agentes exerce-se sobre a mucosa duodenal onde se abre o colédoco. As contracções vesiculares fazem-se sob a acção dos nervos vago e simpático, sem se poder ainda determinar exactamente o grau que toma cada um deles. Fisiologistas há que interpretam o efeito químico duma forma diferente, para uns seria não um excitante, mas sim um relaxador do esfíncter de Oddi. Aberto por êste facto o orifício, a bÍlis correria livremente. Outros alvitram que na mucosa do intestino se produz uma hormona que vai actuar sobre os nervos e provocar a contracção da vesícula. Seria o contacto dos alimentos com a parede duodenal que provocaria a formação dessa hormona? Outros factores se referem quer como auxiliares da contracção vesicular, quer até como únicos agentes capazes de provocar o seu esvasiamento: tais são os movimentos respiratórios, sobretudo na inspiração, as contracções da parede duodenal abrindo e fechando a abertura da ampola de Vater e o funcionamento do sifão, que é o colo da vesícula e o canal cístico.

Antes de ir mais longe, vejamos a estrutura da abertura duodenal da ampola de Vater e que deve ter uma acção tão importante na excreção da bÍlis para o duodeno.

Há dois trabalhos que é preciso conhecer: o de Oddi, em 1887, e o de Bruno, em 1889. Oddi fez a colecistectomia total em alguns cães e viu que eles se curavam da operação e viviam bem, mas, quando passados três meses os sacrificou, verificou então que os canais cístico, hepático e colédoco estavam dilatados, atingindo, por vezes, o triplo do seu volume normal; o canal cístico,



por exemplo, parecia mesmo uma pequena vesícula. Então pensou que um poderoso obstáculo se opunha ao corrimento continuo da biliar, produzindo-se a dilatação dos grandes canais apontados. Foi d'êste modo levado à descoberta do esfíncter que tem o seu nome e está colocado na extremidade duodenal do colédoco, independente da túnica muscular do intestino (figs. 3 e 4). Há animais onde o esfíncter é bem aparente (ovelha, boi, cão e

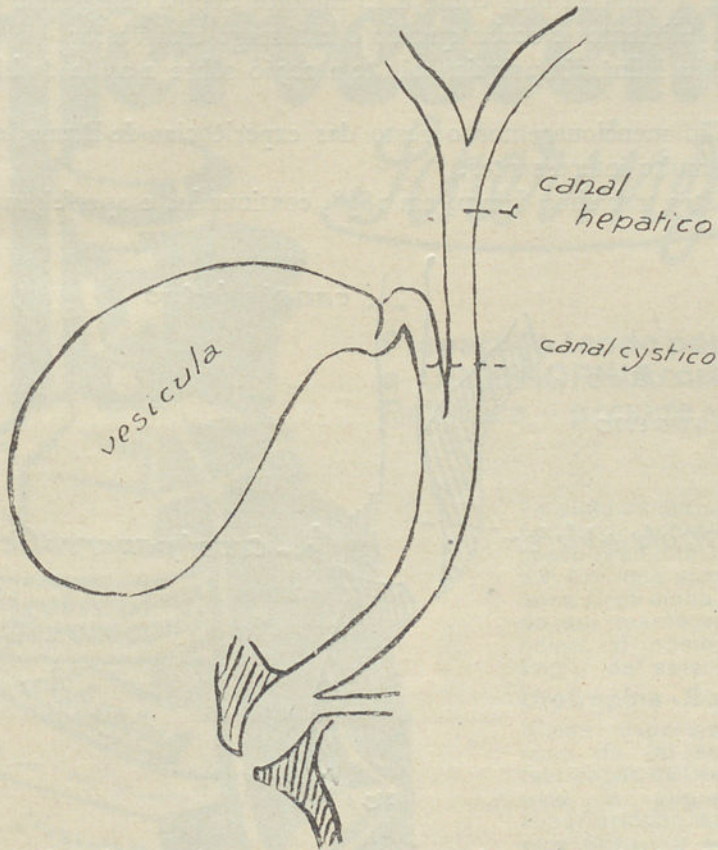


Fig. 3

porco). O esfíncter pode resistir à pressão da biliar, quando a vesícula está cheia e distendida; tem a sua innervação especial a um centro medular. Fazendo uma injeção de pilocarpina o esfíncter sofre uma contração espasmódica e por muito tempo impede a saída da biliar para o duodeno,

Bruno, depois, em 1889, provocou uma fístula biliar, trazendo para a pele um bocado da parede duodenal, onde está a ampola de Vater e fixando-a aí. Pelas suas experiências chegou às seguintes conclusões:

- 1) não há saída de bilis senão quando o estômago tem alimentos;
- 2) a saída da bilis começa 15 minutos depois da ingestão dos alimentos e acaba quando o estômago está vazio;
- 3) a influência psíquica não tem acção sobre a saída da bilis.

Não mencionaremos o resto das experiências de Bruno, embora muito interessantes.

Estes trabalhos foram, em 1898, continuados e aperfeiçoados

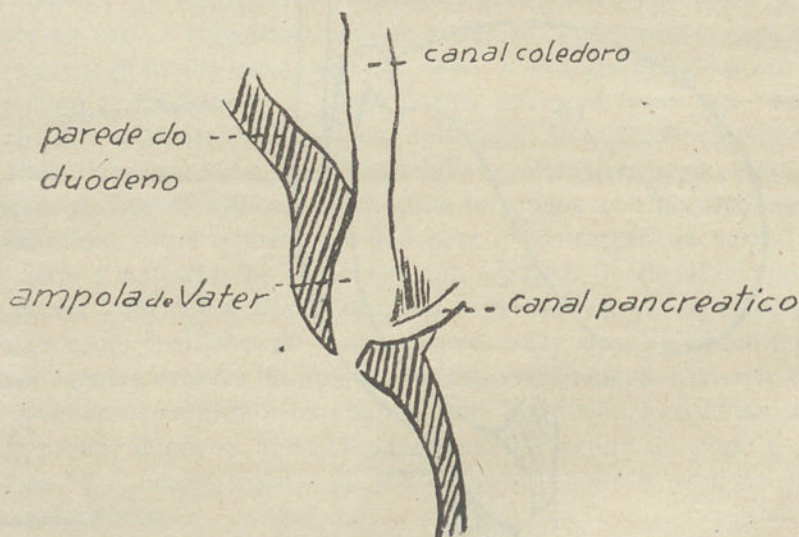


Fig. 4

por Hendrickson, que chegou às mesmas conclusões da existência e estrutura do esfíncter no homem, nos cães, e nos coelhos, embora essa estrutura varie de indivíduo para indivíduo. É digno de nota que a existência do esfíncter sob o ponto de vista funcional, já tinha sido indicado por Glisson em 1681, faltando-lhe só a demonstração anatómica.

Mais recentemente, em Abril de 1917, o cirurgião americano

# Urotropina effervescente

*Schering*



Preparado tendo por base  
a UROTROPINA original.  
Refresca — previne — cura

Em vista da grande quantidade de substitutos do nosso producto, rogamos a V. Ex<sup>ta</sup>, que ajunte á palavra Urotropina, apesar de ser marca registada nossa, o nome „Schering“, ou seja receitar

### Urotropina - Schering.

N'uma experiencia de mais de 30 annos de fabricação da Urotropina, está o segredo da superioridade da Urotropina Schering sobre os similares e imitações.

**SCHERING-KAHLBAUM — BERLIN**

Pedir AMOSTRAS e LITERATURA ao representante:

**SCHERING, LIMITADA — Rua Victor Cordon, 7, LISBOA**

# I M P R E N S A LIBANIO DA SILVA

Sucessor. JÚLIO DE SOUZA

TRABALHOS TIPOGRÁFICOS  
EM TODOS OS GÊNEROS

ESPECIALIDADE EM TRABA-  
LHOS DE GRANDE LUXO

T. Fala-Só, 24 - LISBOA - Tel. 3110 N.

# MAGNESIA S. PELLEGRINO

Purga. Refresca. Desinfecta.

Colocamos á disposição do Corpo Medico as amostras  
que necessitar para os seus ensaios

LABORATORIO CHIMICO FARMACÉUTICO MODERNO  
- TORINO -

Representantes e depositarios para Portugal e Colonias:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua Nova da Trindade, 9, 1.<sup>o</sup> - LISBOA



Starr Judd publicou, no *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, o resultado das suas experiências em cães e gatos, cujo resumo é o seguinte:

- 1) depois da colecistectomia todos os canais extra-hepáticos se dilatam, indo por vezes ao dôbro e ao triplo do volume;
- 2) a maior dilatação nota-se na junção dos canais hepáticos vindos dos lóbulos superiores do fígado;
- 3) o canal cístico dilata-se algumas vezes e é quando fica mais comprido;
- 4) a causa mais provável da dilatação dos canais é uma obstrução produzida pelo esfíncter de Oddi.

Judd cita ainda os trabalhos de Archibald, que aponta, além das dilatações dos canais biliares extra-hepáticos, a do canal pancreático e podendo dar origem a pancreatites. Eisendrath e Dunlavy em 1918 publicam um trabalho em que chegam a estas conclusões: o canal cístico depois da colecistectomia dilatou-se e constituiu uma nova vesícula onde até se formaram cálculos em dois dos doentes operados. As experiências em cães mostraram os mesmos resultados nas autópsias feitas, meses depois das operações. Estes trabalhos são acompanhados de magníficas fotografias dos grandes canais e da nova vesícula injectados *post-mortem* para mostrar o grau de dilatação que tinham atingido.

F. Rost, tendo colecistectomizado vários cães, dividiu-os em dois grupos pelas seqüências operatórias:

- 1) neste grupo o corrimento da bÍlis pela papila de Vater era contÍnuo mas melhorava e chegava a desaparecer nalguns casos.
- 2) neste grupo o corrimento era contÍnuo e nunca se modificava.

Feitas as autópsias destes cães, meses depois das operações verificou-se que no grupo 1) havia uma dilatação dos canais hepático, colédoco e cístico onde se encontrava uma pequena vesícula que podia paralisar o músculo de Oddi; no grupo 2) não havia dilatação nos canais e o músculo de Oddi era muito fraco.

Pretende-se ver no homem colecistectomizado sintomas, que

devem traduzir aquele mesmo estado; as dores mais ou menos intensas, intermitentes, que sobrevêm logo nos primeiros dias após a operação, devem estar ligadas à dilatação que os canais estão sofrendo pela falta da vesícula.

Em resumo: as experiências de Oddi, Nasse, Clairmont e Haberer sobre os animais e as de Riedel, Florcken, Rost, Wessel e Specht no homem, mostram que depois duma colecistectomia em que ficou um coto do canal cístico forma-se neste uma nova vesícula biliar. Esta, todavia, não representa mais do que uma dilatação do canal com a mesma estrutura, muito rara no homem e raras vezes também exigindo nova operação por muito pouco freqüente a formação dos cálculos aí.

¿ Como admitir a dilatação dos canais senão pela pressão dentro deles? É neste sentido que Luziani supõe a vesícula um regulador dessa pressão; Murphy considera-a um regulador entre os grandes troncos biliares e os troncos radiculares e Jepson julga-a um auxiliar da impulsão da bÍlis para o intestino. Segundo Jepson a *vis-a-tergo* da corrente biliar dentro dos respectivos canais é mínima e a fôrça principal vem do diafragma e dos músculos abdominais. É fácil ver em qualquer operado com o tubo de drenagem, mandando-o respirar fundo, a bÍlis sair pelo tubo, isto é, a cada inspiração o aumento da pressão intra-abdominal faz-se sentir sobre a vesícula, comprimindo-a e fazendo lançar o seu conteúdo no canal colédoco, onde, forçando o músculo de Oddi, acaba por entrar no duodeno. Na expiração a pressão baixa, a vesícula dilata-se, aspira a bÍlis e enche-se novamente.

A vesícula tem, portanto, uma função mais importante do que a de simples reservatório, será a de um verdadeiro êmbolo. ¿ Perdido êste êmbolo com a operação, quais serão as conseqüências? Antes de responder directamente vamos ver que há condições patológicas que levam a uma situação semelhante; essas condições são realizadas quando as pequenas vesículas estão aplicadas sobre cálculos, encastoando-os, com o canal cístico obliterado e freqüentemente acompanhadas de icterícia.

Nestes doentes, quando laparotomizados, encontramos o fígado mais ou menos aumentado de volume, duro, de bordos espessos, côr escura verde garrafa, a cápsula de Glisson espessada, sinais evidentes de cirrose mais ou menos avançada e cuja explicação deve ser esta: a estase biliar nos canaliculos irrita as células he-

páticas e produz a hiperémia dos capilares sangüíneos, estes por sua vez, dificultando a circulação, prejudicam o funcionamento da célula hepática trazendo a sua atrofia e, portanto, a cirrose. (Vidé n.<sup>os</sup> 3402, 3628).

Parece-me poder tirar estas conclusões dos trabalhos apontados: a secreção biliar é contínua, embora com altas e baixas, mas, em virtude do esfíncter de Oddi, a bilis não passa tôda ao duodeno, uma parte vai acumular-se na vesícula. Depois da colecistectomia o esfíncter tenta manter o equilíbrio entre a bilis segregada e a que se lança no intestino fazendo-a acumular-se nos canais, que para êsse fim se dilatam. A dilatação só pára quando os canais não podem dilatar-se mais ou quando o esfíncter perde a sua tonicidade.

Outra função da vesícula biliar é a de concentrar e tornar mais densa a bilis aí reunida, absorvendo grande parte da água: essa concentração pode ir até 90 vezes a da bilis hepática. Os líquidos, e em especial a água, são absorvidos pelos vasos linfáticos e sangüíneos, os sólidos pela mucosa vesicular. A colesterrina e os pigmentos biliares parece hoje demonstrado que a mucosa não os pode absorver.

Resta-nos considerar o poder secretor da vesícula que se limita a produzir muco.

Em resumo: a vesícula é um órgão com funções próprias, acumula a bilis, concentra-a e no momento preciso lança-a no duodeno, combinando a sua acção com a do esfíncter de Oddi; se a vesícula não existe, a natureza faz a sua substituição dilatando os canais excretores da bilis.

Há autores que dizem: a vesícula é um órgão rudimentar, acessório, inútil, porque se pode viver bem sem êle. Há animais, como o cavalo, o veado, o rinoceronte, a ratazana, que não tem vesícula, mas nestes animais o volume dos canais extra-hepáticos é muito maior do que nos que tem vesícula. No homem a sua ausência congénita e mesmo as pequenas vesículas são um facto raríssimo e se muitos operados passam largos anos sem sentirem a falta da vesícula, isto não significa porém que seja um órgão inútil. Diz Aschoff que também o homem vive sem o baço, um rim, uma perna, o cólon e digo eu que a mulher vive sem o útero e os ovários e creio que ninguém suspeitará que sejam órgãos inúteis.

## PATOLOGIA E PATOGENIA DOS CÁLCULOS BILIARES

O número dos cálculos operados por mim e pelos meus assistentes é de 2860 e muito maior seria se separássemos os que estão aglomerados ou conglomerados. Basta notar que o tubo n.º 16 figura com 3 cálculos conglomerados, um dos quais já se desagregou; se os contássemos todos, depois de destacados excederiam 400. O número mais elevado de que tenho notícia é de 30.000 numa doente.

Dêsses cálculos 3 eram do canal colédoco (tubos 1 e 2), sendo os dois do tubo 1 facetados e de pigmento cálcico, encontrados numa doente com vesícula atrófica congénita de volume inferior ao de um dedo mínimo e dura como um cordão. O cálculo do tubo 2 é de colessterina quási pura e muriforme. Nesta doente também a vesícula era muito pequena e continha um cálculo semelhante ao do colédoco, mas mais pequeno. Os outros cálculos do colédoco, que estão na colecção, não me foi possível identificá-los.

Para o estudo dos cálculos da vesícula biliar adoptaremos a classificação de Aschoff e Bacmeister, que os considera como:

- 1) «não inflamatórios» ou «metabólicos» e
- 2) «inflamatórios».

Começaremos pelos cálculos não inflamatórios ou metabólicos constituídos por colessterina pura e algum pigmento cálcico com os seguintes caracteres:

- a) são únicos e solitários;
- b) são constituídos por colessterina pura ou quási pura com leves vestígios de proteína e cálcio;
- c) teem uma grosseira cristalização;
- d) as vesículas, que os conteem, não apresentam traços de inflamação;
- e) passam desapercibidos durante muitos anos;
- f) encontram-se em tôdas as idades desde a criança ao velho.

Apreciando agora o volume dos cálculos, diremos que êste



podendo ser inferior ao de uma cabeça de alfinete alcança por vezes o de um ovo; sendo também no grupo dos cálculos solitários, que se encontram os maiores. O pêso do maior, um cálculo mixto de colessterina e pigmento cálcico, foi de 17,420 grs. A sua forma é a redonda mais ou menos perfeita e a ovalar. Alguns cálculos solitários reproduzem a forma do colo da vesícula em S, com os dois estrangulamentos terminais. O cálculo n.º 3 é um bom exemplar. A superfície é, às vezes, quási lisa, outras irregular, lembrando em alguns casos a framboeza ou a amora (tubos 4 e 5).

Tratemos agora dos cálculos inflamatórios, que são os verdadeiros cálculos infecciosos independentes do metabolismo. Compreendem duas variedades, multifacetados, e cilindro-facetados, com as seguintes características:

- a) os cálculos multifacetados são tanto mais numerosos quanto mais pequenos;
- b) teem formas geométricas: tetraedros, pirâmides, etc.;
- c) estão sempre banhados em líquido, que a maior parte das vezes é bÍlis infectada;
- d) cortados mostram camadas várias sobrepostas em tórno dum núcleo central; umas vezes êsse núcleo é branco, de colessterina, outras vezes é negro, de pigmento; o núcleo tem uma fenda estrelada cujos prolongamentos se continuam até às últimas camadas externas. Além dos tipos descritos há núcleos de coloração amarelada, esverdeada ou acastanhada (tubos 6, 7 e 8).
- e) as camadas centrais são mais moles e as externas mais duras.

Áparte o volume deve notar-se a semelhança que todos os cálculos apresentam na disposição e coloração das suas camadas e núcleos. Às vezes succede haver grupos de estrutura semelhante nos elementos que os constituem, mas diferentes no volume entre si, o que permite aceitar que cada grupo foi formado em diferente época (tubo 15).

Os cálculos cilindro-facetados teem o seu melhor *simile* num barril com dois fundos planos um dos quais pelo menos em faceta pulida e que está em contacto com outro cálculo, constituindo

uma verdadeira articulação móvel. A face curva finamente nodular encosta-se à membrana mucosa vesicular e é fixa (tubo g).

Se fizermos um corte no sentido do eixo do cilindro veremos dois núcleos de cristalização, um em cada extremo e próximo da faceta articular; a disposição em lâminas ou camadas só se encontra naqueles pontos e não existe na face nodular. O crescimento destes cálculos, que se faz à custa da membrana mucosa inflamada e quasi sempre ulcerada é, pode dizer-se, ilimitado porque nunca lhe faltam os elementos necessários, que a parede da vesícula permanentemente fornece. Os cálculos do tubo n.º 9 são deste grupo. Neles se veem como no n.º 9' bocados de membrana calcificada e aderente à superfície nodular.

Veremos no decurso deste estudo variedades de cálculos, que não estão compreendidas nas já descritas.

A composição química e estrutura dos cálculos foi estudada pelo Sr. Professor Cardoso Pereira e a sua conclusão é a seguinte:

#### ANÁLISE QUÍMICA DE CÁLCULOS EXTRAÍDOS DA VESÍCULA BILIAR

##### I

TUBO 10—Tamanho duma amora pequena, cor acastanhada escura, mole, tornando-se dura com o tempo e diminuindo de volume.

Uma pequena porção desagregada em água revela ao exame microscópico a presença de pequenos cristais, incolores, alguns com a forma que muitas vezes apresenta a colessterina (rombos, com cantos quebrados). O ácido sulfúrico conc. produz efervescência da massa (tanto quanto se pode dizer por uma simples análise qualitativa esta efervescência não está em relação com a grande quantidade de cálcio encontrado) e faz desaparecer por completo os cristais; formam-se esferas, de tamanho variável, granulosas, cor acastanhada clara.

O ácido sulfúrico, um pouco diluído, com prévia adição duma gota de lugol, fraco, cora aqueles cristais de azul ou azul esverdeado. São insolúveis em soda cáustica.

Pela calcinação observa-se muito ligeira inflamabilidade da massa e obtem-se abundante residuo. Com a adição de ácido clorídrico produz-se efervescência e a dissolução das cinzas por completo. Evaporada a solução à secura e adicionada água ao residuo, obtem-se também perfeita dissolução deste. Nesta solução aquosa dá o oxalato de amónio precipitado abundante,

branco; o precipitado é insolúvel no ácido acético e solúvel no ácido clorídrico. O ácido acético cristalizado cora-se acentuadamente de verde azeitona, quando fervido com a massa enviada (mesmo a frio se obtem já esta coloração; acentua-se a quente). Com uma gôta de água oxigenada (peridol dil. a 10 %) o líquido fica verde esmeralda, persistentemente, intenso.

*Conclusão.*—Pela análise que acaba de ser relatada conclue-se:

- 1) A massa enviada contém pigmentos biliares em abundância (possivelmente bilirubinato de cálcio), carbonato de cálcio e colessterina (em pequena quantidade).
- 2) Esta composição química corresponde à dos chamados cálculos pigmentares.

Lisboa, Agosto 12, 27.

## II

- 1) As amostras 1 a 4 fundem, ardem com a chama iluminante e deixam insignificantíssimo resíduo pela calcinação. A do n.º 5 não funde, não arde com chama iluminante e deixa resíduo bastante abundante pela calcinação.
- 2) Fervidas com ácido acético cristalizável, as amostras 1, 3 e 4 dão um líquido de côr verde, mais ou menos amarelada; a do n.º 2 dá apenas uma ligeiríssima coloração azul; a do n.º 5, uma coloração verde garrafa, muito intensa.
- 3) A quente, os líquidos acéticos para as amostras 1 a 4 são límpidos (ou quási); pelo arrefecimento ficam turvos, tornando-se em massa cristalizada; para as amostras 1, 2 e 3, os cristais também se encontram nas paredes dos tubos. Examinada ao microscópio esta massa cristalina verifica-se que é constituída por cristais em forma de agulhas muito finas, dispostas em forma de leque, assemelhando-se algum tanto (à excepção da côr, porque são incolores) aos cristais de picrato de cocaína.—Os líquidos ficam de novo límpidos pelo aquecimento.
- 4) Evaporaram-se algumas gotas dos líquidos ainda quentes (o exame microscópico do resíduo deixa ver as agulhas, a que se acaba de fazer referência) adicionou-se álcool: evaporou-se de novo; adicionou-se água e sujeitaram-se as preparações ao exame microscópico; os cristais em forma de agulha desapareceram por completo; abundância de lâminas romboidais com os cantos quebrados.
- 5) A outra porção do líquido acético quente adicionou-se uma gota de água oxigenada a 10 % (preparada com peridrol): côr verde muito pálida e precipitado branco, para a amostra n.º 1; o líquido não muda de côr, precipitado branco, para a amostra n.º 2; côr verde mais acentuada que para a do n.º 1, na amostra n.º 3; para a amostra n.º 4, côr verde mais intensa, precipitado branco. As colora-

ções indicadas são as que se verificaram no dia seguinte ao que se fez o ensaio.

Na amostra n.º 5 não se obtiveram cristais de coleslerina (anidra ou hidratada), como se acaba de ver que se obtiveram em tôdas as outras 4 amostras. O residuo da evaporação do liquido acético para esta amostra n.º 5 é castanho por transparência e verde por reflexão. Com a água oxigenada, nas mesmas condições acima indicadas, côr verde garrafa, persistente até ao dia seguinte.

- 6) A reacção de Pettenkoffer (ácidos biliares) aplicada à amostra n.º 5 (3 gotas de soluto acético + uma gôta de soluto de sacarosa a 1 % + 1 c. c. de álcool + 1 c. c. de  $H^2SO^4$ ) deu resultado positivo e concludente (nas outras, a reacção era positiva, mas, dada a presença de coleslerina, não era concludente).
- 7) Nenhuma das 4 primeiras amostras dá efervescência pelo  $HNO^3$  (1 + 1) diluído. A do n.º 5 faz efervescência, bastante viva; o mesmo resultado se obtem, operando sôbre as cinzas.
- 8) Em tôdas as 5 amostras fez-se ferver o líquido azótico, adicionando água, filtrou-se e nos filtrados procurou-se o ácido fosfórico, a cal e a magnésia. Apenas na amostra 5 se conseguiu (pelo reagente molidico) obter um ligeiríssimo precipitado amarelo, em todo o caso apreciável (fosfatos), numa parte do filtrado. O resto dêste filtrado foi adicionado de acetato de sódio a 25 %, ferveu-se e adicionou-se oxalato de amónio (pesquisa de cal). Na amostra 5, precipitado muito abundante; nas 1 e 2, ligeiríssimo precipitado (no 1, um pouco mais abundante); nos n.ºs 3 e 4, sensivelmente a mesma coisa para as duas (um pouco mais acentuado para os n.ºs 1 e 2).

Filtraram-se os líquidos precipitados pelo oxalato\* (depois de se ter verificado que já não precipitavam mais pelo oxalato), adicionando amónia até reacção francamente alcalina e depois fosfatos de sódio. Em nenhuma das 5 amostras se obtem precipitado apreciável (ausência de magnésia).

Pela análise que acaba de ser relatada vê-se que na amostra 5 há abundância de pigmentos de cal, bastantes carbonatos e ausência de coleslerina; também há ácidos biliares.— As amostras 1, 3 e 4 apresentam sensivelmente a mesma composição (coleslerina e pigmentos); as duas últimas aproximam-se, porém mais entre si; a do n.º 1 tem menos pigmentos que as outras duas (a 3 e 4); a amostra 2 quási que não contém pigmentos.

Permito-me concluir que:

As 4 primeiras amostras (especialmente 1, 3 a 4) apresentam sensivelmente a mesma composição, correspondente à de coelitos mixtos;

a amostra 5, completamente distinta das outras, tem uma composição química correspondente à dos colelitos pigmentares hemolíticos (Minkowski-Chauffard) ou de pigmento negro (Rovsing).

Lisboa, 8 de Janeiro de 1928.

a) CARDOSO PEREIRA.

## ORIGEM DOS CÁLCULOS BILIARES

Os antigos patologistas ligavam a formação dos cálculos à diatese e Trousseau nas suas lições de clínica diz-nos: «as causas reais da doença escapam-nos, mas é incontestável que estas causas, sejam quais forem, obedecem a uma predisposição particular do indivíduo, a um estado diatésico, como o reumatismo, a gota, a litíase urinária, etc.».

Dieulafoy também afirma que: «o estado diatésico domina a patogenia da litíase biliar».

Strumpell vai mais longe atribuindo à estase biliar um papel importante. Diz que neste caso se espessa a bilis e se lhe aumenta o grau de concentração; mas não julga esta causa como única, pelo contrário, o exame químico dos cálculos biliares demonstra à evidência que a litíase deve ser precedida de certos processos anormais de decomposição e transformação química, que se operam na bilis. E quanto à sede de formação não tem dúvida dizendo: «os cálculos biliares abandonam às vezes o seu lugar de formação; os que se formaram no fígado são empurrados pela bilis que continua a segregar-se, percorrem o canal hepático, o colédoco e lançam-se por fim no intestino; os que são mais frequentes, os da vesícula biliar, deixam por vezes esse lugar em virtude duma força expulsiva, que não está bem determinada».

Devemos notar que estes e outros autores não consideravam a vesícula como o lugar único onde se formavam os cálculos; admitiam que estes se podiam originar em qualquer ponto dos canais biliares intra e extra-hepáticos, mas o que não explicavam era o modo dessa origem.

Foi Meckel von Hemsbach em 1856 que formulou a primeira teoria sobre a origem dos cálculos biliares e que ficou conhecida pelo nome de «catarro litogéneo». Antes da formação do cál-

culo dava-se uma inflamação do epitélio que reveste os canais biliares.

¿ Qual etiologia do catarro litogéneo? A infecção, assim o disse Galippe em 1886 e assim o afirmou Naunyn em 1892, fundando a teoria que tem o seu nome e que ainda hoje é defendida por muitos.

A teoria de Naunyn, também chamada teoria da estase e infecção, pode enunciar-se assim: os cálculos biliares só se formam na vesícula biliar e quando aí houver estase e infecção; a causa primacial é a estase biliar na vesícula o que constitui por assim dizer, uma predisposição; a causa adjuvante, e esta de acção transitória, é a infecção ascendente das vias biliares especialmente da vesícula sob a acção do *B. coli communis*. A infecção realiza-se na mucosa produzindo o catarro litogéneo que provoca uma abundante produção de colessterina.

Para Naunyn também o cálcio é considerado um produto de secreção da mucosa inflamada da vesícula. Quando vem a infecção as células da mucosa desagregadas reünem-se e formam massas em tórno das quais se deposita a colessterina e sais de cálcio e assim se constitui o núcleo central, crescendo depois os cálculos pela deposição de camadas sôbre camadas. Alguns sofrem o que se chama a colessterinização, isto é, a transformação gradual de tóda a pedra, inclusivé o núcleo que é também substituído por colessterina pura ou quási pura. Não há diatese nem dieta alimentar que possa influir na formação ou na natureza destes cálculos. Naunyn dizia: «a infecção existiu sempre, mas pode desaparecer sem deixar vestígios nem mesmo histológicos».

Sem quebrar a base da sua teoria (a estase e infecção) Naunyn mais recentemente (1921) admitiu que a colessterina podia estar dissolvida na bÍlis e ser por fim precipitada. Pelas conclusões do seu último trabalho (e com as mesmas estão de acôrdo as do anátomo-patologista Boysen) vê-se que estes autores admitem que os cálculos de pigmento puro negros, se desenvolvem no figado e são depois arrastados pela bÍlis até à vesícula, onde não poderiam formar-se nem crescer, porque aí a bÍlis não contém biliumina cálcica e se algumas vezes crescem é pela junção de colessterina, de bilirubinato ou biliverdinato de cálcio.

A colessterina, depositando-se sôbre o pigmento negro, não

procura só envolvê-lo, penetra-o, abrindo fendas por onde se introduz, dando o aspecto duma estratificação radiada, em que o centro deixa de ser preto e acaba por ser branco. Numa fase mais adiantada pode in mesmo suceder que todo o pigmento chegue a desaparecer e o cálculo fica constituído só por colessterina. É pois a colessterinização que Naunyn já admitia nos trabalhos anteriores.

A forma irregular dos cálculos de pigmento negro com a superfície cravejada de pontas ou agulhas é a causa da sua fixação na vesícula e da irritação que provoca sôbre a mucosa, dando o catarro litogéneo. É preciso notar que estes cálculos negros (tubo 10) nada teem com os pequeninos cálculos chamados *areia vesicular* que ou representam pequeninos cálculos com um centro negro e envólucro colessterínico ou calcáreo (tubo 11) ou representam a desagregação de grandes cálculos, como sucede com o granito.

A teoria de Naunyn conquistou por muito tempo a aprovação geral de médicos e cirurgiões, nada conseguindo abalar-lhe os créditos, muito embora Chauffard demonstrasse química e bacteriológicamente que na febre tifóide e na icterícia catarral, acompanhadas de cálculos da vesícula, estes nunca apresentavam micróbios.

Em 1909, Aschoff e Bacmeister vieram combater a teoria de Naunyn, asseverando que não era precisa a infecção, suficiente a estase da vesícula, mesmo aséptica para a génese dos cálculos.

A teoria de Aschoff pode assim compreender-se: estase aséptica da vesícula — formação de um cálculo redondo ou ovóide de colessterina que acaba por se fixar no colo da vesícula, produzindo obstrucção e facilitando a infecção microbiana que leva à coleciste e à formação de cálculos múltiplos.

Como se vê, na teoria de Naunyn há só um modo de formação dos cálculos, que é a estase biliar e infecção consecutiva; na teoria de Aschoff há dois modos, começando ambos pela estase, que, quando se conserva aséptica, permite o cálculo solitário de colessterina e, se se torna séptica, os cálculos multiplos e com composição química mixta.

Para Aschoff, porém, a colessterina provém da célula hepática que a excreta, tirando-a do sangue sem lhe alterar a composição química. Mais tarde, experiências sôbre a colessterinémia vieram

corroborar esta afirmação, chegando-se a este resultado: se há colessterinização e o metabolismo se perturba pode vir e vem quasi sempre a formação de cálculos solitários. É o que succede na gravidez e é o que succede num grupo de doentes que, estranhos entre si, estão no fundo ligados por aquelas duas causas. É sabido que os insuficientes de testículos e ovários, as mulheres depois da menopausa e em especial as que engordam; os individuos do tipo hiperesténico, são mais predispostos à formação dos cálculos. Mais difficil de explicar é a acção do espartilho e dos cintos e seria agora ocasião azada de verificar se por este mecanismo os cálculos continuam a formar-se em larga escala ou tendem a acabar porque a moda lhes entrava a pretendida génese.

Para Aschoff o núcleo acastanhado, que se vê no centro dos cálculos de colessterina, é uma mistura de pigmentos biliares e não uma concreção; ficam colocados superficialmente sobre a colessterina, o que é muito diferente do que vemos nos cálculos mixtos de colessterina e pigmentos cálcicos. No cálculo puro não há núcleo e quando há diferença de coloração é a colessterina manchada pelos pigmentos biliares. Por esta forma, julga Aschoff combater a teoria de Naunyn, em que o cálculo solitário tem por centro um núcleo ou concreção proveniente das células descamadas do epitélio vesicular ou dos canais biliares e a teoria de Rovsing em que o núcleo é um cristal do pigmento vindo das células hepáticas. E então pergunta: ¿porque razão é que havendo tantas células destacadas dos epitélios e tantos cristais de pigmento cálcico só um vem a ser aproveitado para a formação dos cálculos únicos, cujo número ainda representa 1/3 de todos os cálculos? ¿E como é que vindo estes pigmentos dos canais biliares superiores, não se encontram aí os cálculos? Não, o cálculo de colessterina é um produto do metabolismo colessterínico perturbador.

Veremos mais tarde como se pode responder a esta argumentação e por agora vamos estudar os cálculos mixtos a que Aschoff chama os verdadeiros cálculos.

Aschoff descreve deste modo a sua formação: «o cálculo de colessterina pura, encravado longo tempo no colo da vesícula, acaba por produzir ou facilitar a sua infecção e do seu conteúdo; então é deslocado para dentro do corpo da vesícula, onde, sob a



influência do exsudado inflamatório da membrana mucosa, que é rica em cálcio, e da decomposição infectada da bilis, se formam massas de pigmento cálcico e de colessterina que se depositam em camadas sôbre o cálculo primitivo.

Não é fácil compreender como se vai chegar assim aos cálculos múltiplos; os cálculos que eu julgava compreendidos nesta descrição estão nos tubos 12 e 13.

Na formação dos cálculos facetados considera êle três períodos:

- 1) o da formação das rosetas;
- 2) o da sua aglutinação formando núcleo;
- 3) o da formação do córtex.

É precisamente o primeiro período que Aschoff diz não ter sido observado nem mesmo saber explicá-lo. O período da aglutinação depende do estado coloidal do conteúdo da vesícula, nessa fase inflamatória, muito abundante em proteína e pigmento cálcico e com a bilis muito concentrada. Mais tarde, o conteúdo vesicular vai mudando, a bilis perde a sua concentração e tende enfim para o estado normal. Nestas condições, a deposição das camadas faz-se mais lentamente, há tempo para os líquidos serem expulsos, donde resulta que as camadas de pigmento cálcico e colessterina vão sendo cada vez mais duras, sem que isso signifique que contém mais cal do que as da parte central.

As fendas centrais dos cálculos compára-as Aschoff às fendas das velhas árvores e que se formam pelo mesmo processo; porque as camadas externas são mais duras não podem ir ao encontro das centrais, ficam imóveis; e, como as do centro não podem vir em massa ao encontro das externas, fendem-se e acumulam aí o líquido contendo em solução colessterina e outras substâncias, que, por vezes, coagulam sob a forma de agulhas finas. Aschoff termina o seu trabalho dizendo: «não há uma causa única na formação dos cálculos biliares, há pelo menos três processos que são: perturbações metabólicas, infecção e estase biliar. Dêstes três elementos e do seu inter-predomínio derivam as variedades que podem observar-se..

Estas são as duas principais teorias que pretendem explicar a origem e a formação dos cálculos biliares e são também as mais

bem documentadas. Outras há, porém, e vamos ver se algumas delas nos podem explicar as deficiências que já lhes teem sido apontadas.

Aufrecht em 1919, num trabalho de clínica médica, «A origem dos cálculos biliares» diz-nos: «os cálculos podem aparecer nas próprias células hepáticas por concreção do pigmento biliar. É sabido que existem nas células hepáticas concreções de pigmentos biliares formadas de bilirubina, biliverdina e uma pequena parte de cálcio de côr preta e volume duma cabeça de alfinete ou mais pequenas; estas concreções quando saiem das células são lançadas nos canais biliares e arrastadas pela bilis. Se se fixam nos pequenos canais dão lugar aos cálculos intra hepáticos; se vão mais longe podem realisá-los nos canais extra-hepáticos, na vesícula e muitos são lançados no duodeno».

Judd e Burden citam um caso em que foram encontrados cálculos intra-hepáticos 11 anos depois duma colecistectomia, tendo evoluído clinicamente sem sintomas.

Naunyn, Boyzen, já tinham dito que os cálculos de pigmento negro se encontram pela ordem de frequência na vesícula, canal hepático e canais biliares; teem as formas duma amora, ovalares ou facetados e raras vezes redondos; são dum volume dum grão de arroz ou duma ervilha, duros e quebradiços; desagregados dão uma areia negra. Êstes autores e Rovsing entendem que os cálculos de pigmento negro puro se formam nos mais finos canais biliares.

Demonstrado como ficou pelas experiências de Minkowski e Naunyn e pelas conclusões clínicas dos cirurgiões Kraus, Bergmann que o pigmento biliar só se forma no figado e que a célula hepática e a célula de Kupffer são os seus agentes, melhor se podem compreender as idéas de Aufrecht e a teoria de Rovsing que vou expôr.

A pequenina massa de pigmento negro sai da célula hepática e passa aos capilares biliares, formando aí pequenas concreções irregulares, ponteagudas, ramificadas. Em virtude da sua forma aglomeram-se e fixam-se em qualquer ponto dos canais biliares e na vesícula; aí continuam a aumentar pela deposição em camadas dos elementos normais da bilis, colessterina, bilirubina e biliverdina cálcicas, cimentadas por uma substância orgânica formada nas células epiteliaes de fibrina e de sangue provenientes

da irritação e dos pequenos traumatismos repetidos que os cálculos provocam na mucosa. Na vesícula o seu crescimento será auxiliado pela concentração que a bilis aí sofre.

Até este momento não há infecção nem estase e o doente pode até ignorar que sofre de cálculos biliares. A doença da litíase biliar, as dores, a febre, a icterícia e as perturbações disépticas só começam no momento em que os cálculos emigram, sendo a infecção subsequente.

Eu julgo que devemos ficar com a noção de que os cálculos podem formar-se em qualquer ponto do fígado, que a vesícula os recebe e conserva, podendo também dar origem a cálculos. A infecção é desnecessária e a pitoresca frase de Moynihan «cada cálculo é uma pedra sepulcral levantada à triste recordação dos micróbios que jazem no seu interior», isto porque a colessterina retida na vesícula se deposita sobre os micro-organismos que os sepulta, é apenas uma manifestação literária do seu brilhante espírito.

Muitos doentes ignoram que são portadores de cálculos. A doente do n.º 868, com 50 e tal anos de idade, tinha entrado na enfermaria para ser operada de varizes e foi aí que teve a primeira crise, sendo operada e extraído-se-lhe 202 cálculos de colessterina (tubo 14).

As autópsias mostram com freqüência cálculos que em vida nunca molestaram os seus portadores e isto só pode dar-se em vesículas asépticas. Depois veem as observações directas no acto operatório; Rovsing, colhendo asépticamente a bilis contida na vesícula, fazia com a mesma culturas e inoculações; resecava bocados das paredes das vesículas para exame histológico; os cálculos secos e esmagados eram introduzidos assim em vários meios de cultura. Vejamos os resultados obtidos: em 59,3% o conteúdo das vesículas era estéril e os cálculos nelas contidos eram também estéreis, o que nos permite afirmar que, na maioria dos casos, a infecção não existindo é *ipso-facto* desnecessária.

Por outro lado, observa-se que existem cálculos solitários de colessterina e cálculos mixtos em vesículas infectadas, o que nos deve permitir a conclusão de que a infecção é de facto uma complicação da calculose biliar.

M. Carty e Jackson, da Clínica Mayo, dizem que a infecção dos canais biliares é descendente e começa no fígado.

São dignos de nota os exemplares da nossa colecção pela sua extrema raridade rotulados com os números:

17 — Cálculos de côr amarela, multifacetados, superficies arredondadas onde são raros os ângulos, muito pulidos e brilhantes. Entre êles há dois que devem corresponder à forma descrita por Rovsing com o nome de cálculos tikal, por semelhança à moeda de prata do Sião. Clinicamente são constituídas por colessterina e pigmentos com um núcleo central muito escuro: o mais claro de todos é multifacetado — poliédrico.

Rovsing, na descrição que faz do cálculo tikal, diz: «coloquei-os entre os cálculos de facetas porque se podem muito bem considerar as faces interna e externa como facetas». No meu caso eles estavam misturados com cálculos facetados.

18 — Constituído por carbonato de cálcio quási puro e que Rosenbloom considera como muito raros.

19 — Cálculos com facetas de forma cúbica, de côr branco-neve e semelhando bem pérolas.

15 — Cálculos de colessterina e pigmentos em número de 31, sendo 1 com o volume duma noz pequena, ovalar e 30 de forma mais ou menos arredondada, pequenos, não atingindo o maior dêles o volume de  $3 \times 3$  milímetros.

20 — Cálculo único, solitário, de superficie irregular, forma oval achatada, muito duro, côr avermelhada e que deve conter um sal de ferro.

Resta falar da estase vesicular que Aschoff e Naunyn consideram indispensável para a formação dos cálculos. Diremos já que, nos doentes com estenose ou compressão extrínseca do colédoco que leva à icterícia profunda e demorada, é raro encontrar cálculos na vesícula.

Há duas formas de estase, conforme a natureza do líquido acumulado: a muco-estase e a cole-estase. Á primeira chamou Aschoff mucocelo vesicular, hidro-colecistite, hidropisia vesicular, sendo o líquido claro, aquoso ou mucoso e que se acumula por a vesícula não poder esvasiar-se ao mesmo tempo que a bÍlis não pode entrar na vesícula cheia.

As causas desta dificuldade são os cálculos, a estenose do colo da vesícula ou do canal cístico e anomalias de posição desses órgãos. Mas, além da obstrução tem de haver outro factor que derivará ou do muco que as glândulas segregam ou das perturbações circulatórias sangüíneas e linfáticas. A vesícula hidrópica não depende da infecção, depende da estase e se forma cálculos são duma só espécie (de colessterina) e de aspecto típico cristalino e radiado. Aschoff termina o seu trabalho sobre o mucocelo dizendo: «pode haver hidropisia sem inflamação enquanto não houver cálculo e esta é a evolução mais freqüente, logo porém que o cálculo se forma a infecção é certa. O Prof. John Berg, no seu trabalho de 1922 e agora muito citado, distingue também as duas estases: a muco-estase ligada à disfunção congénita, especialmente do colo da vesícula, sem infecção; quando o muco é produzido em grande abundância vai até à hidropisia da vesícula.

Estão de acôrdo os dois autores em não ser precisa a infecção para haver muco-estase e ainda na etiologia, atribuindo-a a causas que se não contradizem, a anomalia anatómica e funcional da vesícula talvez congénita, a perturbações funcionais do colo e do canal cístico e à compressão que aderências possam exercer sobre estes órgãos.

Quanto às aderências, Aschoff diz que as autópsias não as confirmaram, porque há lesões graves que produziram aderências e também algumas anomalias congénitas, que não tinham produzido estase e que por outro lado houve estases, que não foram acompanhadas por nenhuma daquelas lesões. A causa externa é que o Prof. Berg não admite; o espatilho, o cinto, o levantamento do fígado pelo útero grávido, os hábitos sedentários, terão quanto muito um efeito auxiliar, mas não nos podem revelar o íntimo da questão. Outros autores, porém, julgam demonstrado que a hidropisia é sempre de natureza infecciosa e precedida dum empiema. A verdade é que as grandes vesículas hidrópicas de paredes muito adelgaçadas, com a mucosa quasi desaparecida, atrofiada, são perfeitamente asépticas, quer na espessura das suas paredes quer no conteúdo da sua cavidade.

A cole-estase é compreendida por Aschoff da seguinte forma: «a fisiologia experimental, e sobretudo a química biológica, mostram cada vez mais as influências que veem do sangue, do sistema nervoso, das glândulas endocrínicas e do intestino, actuando por

via reflexa sobre o esfíncter de Oddi. O Prof. Berg supõe que a cole-estase é acompanhada dum esfíncter de Oddi muito fraco e paredes moles dos grandes canais biliares, onde a reabsorpção predomina. O que estes autores não admitem é a simples compressão, porque as suas conseqüências seriam a dilatação dos canais só a montante; aquella acção reflexa sobre o esfíncter faz-se logo sentir sobre o poder de reabsorpção das mucosas e a diminuição da secreção da bÍlis e aumento de secreção de muco.

## CIRURGIA DOS CÁLCULOS

¿ Que vantagens terá para o clínico o estudo da patologia da calculose biliar? O máximo interêsse, porque lhe indica a melhor forma de tratar o seu doente. Encararemos em primeiro lugar o que diz respeito ao cirurgião e depois nos referiremos ao que ao médico convém conhecer.

Pode dizer-se que a cirurgia da vesícula biliar começou com a colecistectomia, tendo sido o cirurgião alemão Langenbuch em 1882 quem primeiro a praticou e recomendou porque a vesícula era nesse tempo considerada como um órgão inútil.

A teoria de Naunyn é de 1892, só publicando Langenbuch em 1897 o seu livro sobre a cirurgia do fígado e das vias biliares. Nessa obra impunha a colecistectomia por duplo motivo: a inutilidade da vesícula e ser esta o único ponto das vias biliares onde se formavam cálculos. Antes de 1882 extraíram-se cálculos incizando abcessos da vesícula aderentes à parede abdominal e o cirurgião americano Bobbs fêz em 1867 a primeira colecistostomia. Mas êste exemplo não logrou adeptos, vindo a colecistectomia a prevalecer apoiada em três princípios:

- 1) a vesícula é o sítio onde se formam os cálculos biliares e portanto só extirpando-a se poderá dar a cura definitiva ao doente;
- 2) a infecção é uma causa determinante da formação dos cálculos, a colecistostomia não pode nunca aseptizar a vesícula.

- 3) a vesícula é um órgão inútil e a prova está em que muitos operados vivem bem sem ela.

Para discutir o primeiro princípio eu pergunto se ficou ou não aceite que os cálculos biliares são formados em qualquer ponto do fígado e se a vesícula também os pode originar? Eu aceito a origem dos cálculos biliares no fígado como ficou dito na etiologia e patogenia dos mesmos.

¿ Mas depois das colecistectomias não há recidivas? ¿ E, se as há, são menos numerosas do que nas colecistostomias? É de facto assente que há recidivas, verdadeiras e falsas: recidivas falsas são aquelas em que o cirurgião deixou ficar no cístico, no colédoco ou no hepático um ou mais cálculos. Aderências e endurecimentos dos tecidos próximos tornam por vezes difícil e até mesmo impossível palpar o colédoco e discriminar os cálculos aí contidos. Recidivas verdadeiras pelo contrário serão aquelas em que houve a formação de novos cálculos. Ninguém pode negar a existência destas recidivas, que, verdadeiras ou falsas, não revelam as vantagens da cistectomia em as evitar. Rovsing diz que é certo o cavalo não ter vesícula, mas não é menos verdade também poder formar cálculos biliares.

O segundo principio (o da infecção) parece-me também ter ficado demonstrado que ela não é necessária na génese da calculose representando quando muito uma complicação. É preciso distinguir aqui também as falsas e as verdadeiras recidivas; embora a vesícula seja mais fácil de palpar e de explorar, não o é tanto o cístico que poderá escapar à nossa observação, mesmo até com a sondagem que é, de resto, um processo falso e perigoso. A sonda contorna os cálculos sem os revelar ou perfura a parede do cístico, o que não é menos grave para o doente.

¿ Não mostram as estatísticas que as recidivas depois das colecistostomias sejam mais frequentes do que depois das colecistectomias e portanto para que tirar uma vesícula, fazendo uma operação mais difícil e mais grave? Se há que abrir o colédoco, isso torna-se mais difícil depois da extirpação da vesícula; o colédoco não pode ser saturado e há-de ficar drenado.

Quando concorrentemente com a colecistite calculosa há a pancreatite crónica, endurecimento da cabeça do pâncreas ou

qualquer outro processo estenosando a parte terminal do canal colédoco, a vesícula conservada é o único recurso para resolver o problema permitindo a colecisto-gastro enterostomia, que liberta o doente da fistula biliar permanente e tão desagradável.

O terceiro princípio é igualmente falso; já atrás foi dito ter a vesícula funções próprias: acumula a bÍlis, concentra-a e, no momento preciso da digestão, lança-a no duodeno por acção própria. São os colecistectomizados que nos veem mostrar que a natureza se encarrega de substituir a vesícula reseca, dilatando os canais extra-hepáticos e em especial o colédoco; e se da vesícula uma parte ficou (do cístico ou do colo), esta restaura-a dilatando-se. Esta é a forma, digamos mecânica, de resolver o problema; mas o aspecto da disfunção química também se revela. Sabe-se hoje que os dispépticos aquílicos são muitas vezes calculosos, com obliteração do cístico em que o canal cístico está obliterado, como igualmente o poderão ser os colecistectomizados (75 %). Há, todavia, 25 % que o não são, e os trabalhos de Franz Rost «Importância funcional da vesícula biliar», dão-nos a explicação. Já atrás foi dito que Rost dividiu a número de cães colecistectomizados em dois grupos. No primeiro o corrimento da bÍlis pela papila de Vater era inicialmente contínuo, melhorava de futuro, chegando até a desaparecer nalguns casos. No segundo grupo o corrimento era contínuo e nunca se modificava. Pois as autópsias demonstraram que no primeiro grupo havia a dilatação dos canais colédoco, hepático e cístico, onde se encontrou como que uma pequena vesícula; no segundo grupo não havia dilatação dos canais. Evidentemente os 25 % devem estar compreendidos no primeiro grupo.

Dos trabalhos de Rost conclui-se que não só a secreção biliar se altera nos colecistectomizados mas que também a secreção pancreática pode ser reduzida a 1/3.

Rovsing atribui à aquília a predisposição para se infectar a vesícula na colecistite calculosa com obliteração do cístico, dizendo que a falta do H CL, que é o mais poderoso antiséptico gástrico, deixa passar ao duodeno os produtos da digestão ainda sépticos; o esfíncter de Oddi está relaxado e os micróbios sobem e infectam as vias biliares.

Entre as minhas peças patológicas figuram 7 vesículas e muitas mais poderiam figurar se não se tivessem perdido, no que



demonstro a opinião de julgar a colecistectomia uma operação a considerar. ? Quando a reputo indicada? Quando há:

- 1) neoplasia;
- 2) inflamação gangrenosa;
- 3) inflamação que leva à grande hipertrofia da vesícula — como se vê nas peças n.<sup>os</sup> 1 e 2 (figs. 5 e 6).

Fora destes casos prefiro sempre a colecistostomia, porque a vesícula volta em geral à normalidade. Aschoff em investigações profundas sob o ponto de vista anátomo-patológico e com a sua autoridade mundial mostrou que a *restitutio ad integrum* é completa mesmo até nas colecistites flegmonosas e ulcerosas.

W. Mayo, que primeiro colecistostomizou, foi levado pelas idéas de Kehr para a coléctectomia, mas num dos seus últimos trabalhos indica a colecistostomia :



Fig. 5. — Peça n.º 1.

- 1) nos obesos ou nos portadores de doenças graves constitucionais, pela facilidade e rapidez de execução ;
- 2) quando o processo infeccioso passou além da vesícula, invadiu o canal colédoco, o hepático e os ductos pancreáticos ;

- 3) quando fôr necessário fazer uma operação secundária no colédoco, a qual nos colecistectomizados não só é mais difícil como bastante perigosa ;
- 4) na obstrução dos canais biliares, na pancreatite crónica, a única operação que permite a cura perfeita do doente é a colécosto-

-gastrostomia ou a colécosto-duodenostomia e evidentemente tal operação não se pode fazer depois da colecistectomia ;

- 5) nos casos de cirrose biliar com obstrução (tipo Adami), causada pela infecção que se estende da vesícula aos canais biliares, a drenagem permanente e demorada da bÍlis por meio da colecistostomia, se não cura, alivia muito o doente e permite-lhe trabalhar du-

raute anos em condições razoáveis de saúde nos termos de « não curado mas pouco doente ».

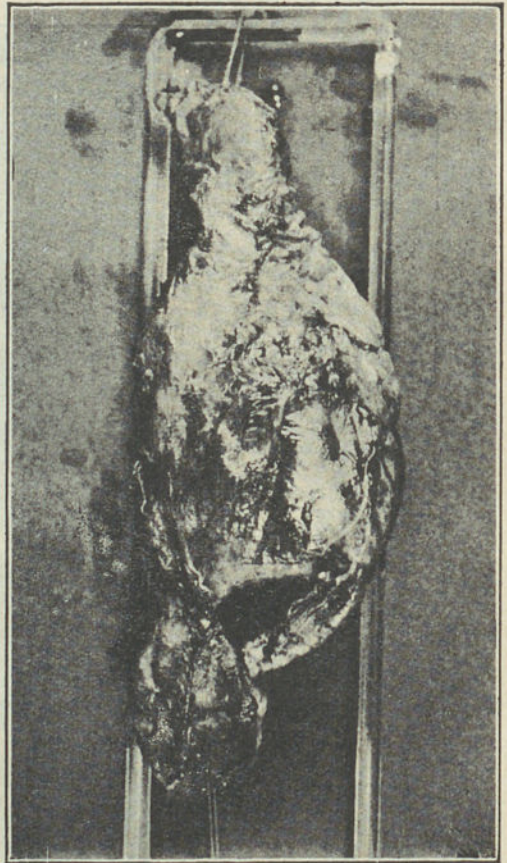


Fig. 6. — Peça n.º 2.

Poderíamos juntar ainda estas indicações :

- 6) nas colecistites não calculosas em que a dor é o único sintoma a levar falsamente à operação;
- 7) na hidropisia da vesícula se a colecistectomia não cura tira a possibilidade de fazer mais tarde, se fôr necessária, uma anastomose gástrica ou duodenal.

Kelly diz também: «em caso algum faço a colecistectomia numa vesícula aparentemente sã ou moderadamente sã; e quando há suspeita de perturbações dos canais comuns ou do pâncreas, só extirpo vesículas gangrenadas ou suspeitas de malignidade».

Citarei o resumo de trabalhos publicados desde 1908, defendendo uns a cistostomia, outros a cistectomia.

Kocher, no seu trabalho publicado em 1908, diz, a propósito das recidivas, quais as que teve nas suas operações:

- 3 em 31 colecistostomias ideais;
- 1 em 19 colecistostomias e drenagem;
- 1 em 30 colecistectomias.

1911: Long, Cullen, Kelly, Sherrill, preferem a colecistostomia e drenagem.

1913: Murphy, nas suas famosas *Surgical Clinics*, diz: «lembrem-se que todos os cálculos biliares são a consequência duma infecção; a infecção é mais freqüente na vesícula; a maioria dos cálculos forma-se na vesícula e 98% são de coles-terina».

Os cálculos biliares diferem dos renais e vesicais em que resultam da formação de coles-terina e da degenerescência das células epiteliais que forram a vesícula, ao passo que os cálculos urinários são quasi todos o resultado da precipitação de sais dissolvidos na urina.

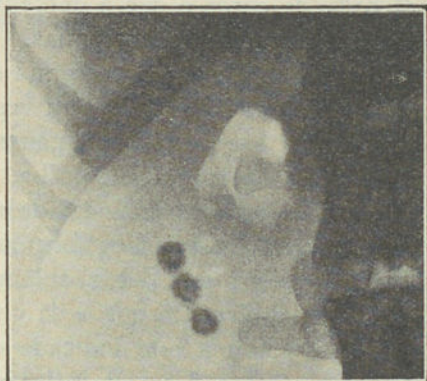


Fig. 7.

1914: Crile prefere a cistectomia por a julgar menos mortífera e porque não podem recidivar os cálculos, mas quando há infecção aguda prefere a cistostomia, e se a vesícula e os canais estão normais é ainda a cistostomia que êle prefere.

A êste artigo respondeu W. Mayo, dizendo que a cistostomia dá 95% de curas e que a percentagem dos mortos com a cistectomia é dupla das cistostomias.

1917: C. Mayo: cistostomia está indicada quando há cálculos com sintomas ligeiros e sem repercussão gástrica; na gravidez, nas idades avançadas, nas pancreatites, a cistostomia com drenagem é a operação de escolha.

A cistectomia está indicada nas vesículas muito infectadas e nas grandes perturbações funcionais gástricas.

J. Deaver: não há problema de cirurgia abdominal mais difficil de resolver do que o da cistostomia ou da cistectomia.

A cistectomia está indicada quando a vesícula está evidentemente doente e é a sede primária e residual da infecção biliar; mas quando essa infecção atinge os canais biliares intra-hepáticos, ou quando há lesões do colédoco ou do pâncreas, deve preferir-se a cistostomia.

A cistectomia está contra-indicada quando há icterícia com ausência de lesões macroscópicas acentuadas da vesícula. A icterícia nestes casos e naqueles em que não há inflamação e obstrução do colédoco é, muito provavelmente, devida à colangite e esta só pode curar-se com a drenagem. A drenagem pela vesícula é muito mais fácil do que pelo colédoco.

A cistectomia é ligeiramente mais mortífera do que a cistostomia.

1918: Bevan: nas infecções agudas, nos empiemas da vesícula sem cálculos, deve fazer-se a cistostomia e drenagem, sobretudo quando as condições locais e gerais são graves; mais tarde, se fôr preciso, farei a cistectomia.

Não devem ser operadas as infecções crônicas e sub-agudas onde não há alterações das paredes da vesícula, e se não houver obstrução do cístico as drenagens não dão resultado e as cistectomias são desnecessárias, até mesmo nas vesículas *fraises*. Tais casos curam-se medicamente.

1919: *Surgery*, editada por Keen: a cistostomia é a melhor operação a executar, especialmente se há icterícia ou lesão do

# HEXETONA

(Metilisopropilciclohexenon em solução de salicilato de sodio)

## Preparado de cânfora solúvel na agua

Medicamento indispensável como auxiliar  
primordial em tôdas as moléstias infecciosas,  
envenenamentos, accidentes, etc.

### Forma comercial

Ampola *escura* (2,2 c. c.) para injeção intra-muscular.  
Ampola *azul* (1,2 c. c.) para emprêgo endovenoso.  
Pérolas de Hexetona para a administração pela via oral.

*Empacotamento original «Bayer».*

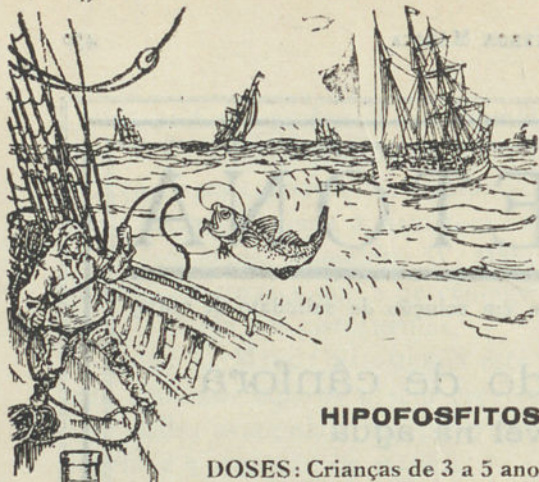


I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Pharmazeutische Abteilung "Bayer-Meister Lucius"

Representante-depositário: **AUGUSTO S. NATIVIDADE**

Rua dos Douradores, 150, 3.º — LISBOA



# GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A.

Pl. Central de Tibidabo, 3

BARCELONA

Preparada com :

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

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

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

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

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

## “**eregumil**” **Fernández**

**Alimento vegetariano completo em base de cereais e leguminosas**

Contem no estado coloidal:

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

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

Sabor agradável, fácil e rápida assimilação, grande poder nutritivo

**FERNANDEZ & CANIVELL Y C.ª — MÁLAGA**

Deposítários: **GIMNEZ SALINAS & C.ª**

Rua Nova da Trindade, 9-1.º  
LISBOA

colédoco ou pâncreas; permite ela conservar aquele valioso órgão para a sua futura função.

As mais desagradáveis seqüências da cistectomia consistem nas alterações fibrosas dos ductos biliares e do pâncreas, das quais resulta a icterícia crônica permanente. A cistectomia tem uma mortalidade um pouco mais elevada e não depende de causas que possam ser eliminadas; elas estão intimamente ligadas ou inerentes à própria operação.

A cistectomia parcial é bastante útil porque, em regra, é o fundo da vesícula a região mais atacada; quando é tirada fica ainda a metade inferior que permite a drenagem e mais tarde uma anastomose, se fôr necessária.

1922: M. Willis: a cistostomia ideal, sem drenagem, é a operação preferida, depois a cistostomia com drenagem e só depois a cistectomia.

Parham: só devemos mutilar quando não fôr possível restaurar a função do órgão.

Mayo-Robson: a cistostomia é a operação preferida para o maior numero dos casos de colelitíase.

1923: Darner e Cullen: cistostomia ou cistectomia é uma questão ainda para resolver; depois de cuidada análise dos casos operados por Cullen, podemos concluir: a cistostomia é o processo mais fácil e mais seguro com uma boa técnica. Não se podem estabelecer regras absolutas, antes cada caso deve ser regulado individualmente.

Porter: os cálculos biliares e a infecção freqüentemente, senão sempre, começam no fígado e, portanto, a cistectomia falha nos resultados e extrai vesículas que podem estar sãs.

1924: W. Mayo: a função da vesícula biliar não é provavelmente muito importante e assim a cistostomia não é conservadora, porque isto quer dizer, manter a função, mas a verdade é que há indicações ocasionais que a impõe: os obesos e as doenças constitucionais graves.

Se o processo infeccioso passou além da vesícula, invadiu o colédoco, o hepático, o pâncreas, é ainda a cistostomia o procedimento lógico. Se fôr necessária uma operação secundária, na ausência da vesícula, ela seria perigosa e difícil; na pancreatite crônica constitue o único recurso para a cisto-enterostomia.

Na cirrose biliar consecutiva à infecção partida da vesícula,

é ainda a cistostomia e drenagem o único meio de aliviar os doentes permitindo-lhes viver.

Referindo-se aos trabalhos de Walters diz: «os ictéricos operados de cistectomia e drenagem do codédoco, morrem com o derrame hemático no peritónio, em maior número do que os operados de cistostomia e drenagem.

O Snr. Prof. Álvaro de Matos no seu trabalho *Litíase Biliar*, 1910, vol. II, diz-nos o que era então a escola de Kehr e dêle destaca só esta pequena parte:

- 1) — Os resultados remotos de intervenções vesiculares mostram que raras vezes se torna necessária uma operação secundária depois duma colecistectomia, ao passo que as colecistostomias são freqüentemente seguidas doutras perturbações (recidivas, pseudo-recidivas, fistulas, hérnias) que muitas vezes exigem uma nova intervenção.
- 2) — No tratamento cirúrgico das colecisto-pacreatites crónicas, é, de facto, a colecistectomia com drenagem do hepático a operação de escolha.

A resposta a estas conclusões foi dada por W. Mayo e ficou já atrás apontada.

Vejamos agora o interêsse que o estudo da patogenia dos cálculos biliares tem para o médico. Julgo que com o tratamento médico se podem obter dois resultados:

- 1) — Estimular o funcionamento da célula hepática, tornando-o mais intenso e mais perfeito;
- 2) — lavar os canais biliares e a vesícula, expulsando uma bilis espessa aí acumulada por intermédio da bilis produzida em maior quantidade e de menor densidade.

Esta é a escola de Vichy, que nos diz: a água não pode expulsar os cálculos formados, por serem muitos ou por terem grande volume, o que ela faz é estimular a função da célula hepática e tornar a vesícula tolerante com hóspedes indesejáveis.

A estes dois poderá ainda juntar-se um terceiro resultado. O Snr. Prof. Morais Sarmiento, director clínico do estabelecimento de Vidago, quiz ter a bondade de me indicar o trata-



mento dos doentes naquela estância hidro-termal: água da fonte Vidago *per os* a 40º aproximadamente, na dose diária de 120 a 700 cc. Faz o doseamento da colessterina no sôro sangüíneo e o exame macroscópico, citológico e químico da bilis obtida por intermédio da sonda de Einhorn e sulfato de magnésia em solução. Algumas vezes vai mesmo até introduzir directamente a água de Vidago no duodeno.

Não diz S. Ex.<sup>a</sup> como explica a acção da água de Vidago sôbre a célula hepática, mas quanto à manobra da sonda de Einhorn, sabemos já que serve para esvasiar a vesícula pelo contacto do sulfato de magnésia com a mucosa duodenal, chamando aí bilis fresca, mais fluída e não infectada que irá diluir a bilis ali condensada, facilitando-lhe a saída e beneficiando a parede da vesícula, chegando mesmo a aseptisá-la, principalmente quando não houver cálculos.

O efeito das águas de Vidago, e até mesmo de algumas de composição química mais elementar, sôbre a mucosa duodenal, em jejum, é incontestável e creio que explica muito bem certas epidemias diarreicas, que alguns pretendem atribuir ao B. Coli de inquinação; a bilis lançada no intestino tem efeito laxativo, e se vai em grande quantidade o efeito será diarreico. Não é raro encontrar doentes com a opinião de que 120 c. c. é bom e 500 c. c. será melhor, sem se lembrarem que ultrapassam a tolerância.

Parece-me lícito perguntar: se é na célula hepática que começa a formar-se o cálculo biliar e pelo seu mau funcionamento, estimulando e aperfeiçoando a função dessa célula, nós vamos atacar o mal no seu início e temos a melhor probabilidade de êxito.

O Dr. Armando Narciso nas suas — lições de terapêutica termal — e a propósito da água do Gerez diz: não actuam, portanto, estas águas fluídificando a bilis e desagregando cálculos, estimulam e tonificam a célula hepática e porisso a sua acção é múltipla, porque ela se exerce sôbre tôdas as funções desta célula. ¿ Será a acção tónica destas águas sôbre a célula hepática, devida ao fluor de que elas são tão ricas?

Seja o fluor, seja a complexidade da sua composição química, a verdade é que tem uma acção enérgica sôbre a célula hepática e se ela ultrapassa a resistência fisiológica da célula os efeitos são nocivos e podem ser mortais. É possível que as águas do

Gerez tenham efeito benéfico nas cirroses, mas seria necessário determinar primeiro qual o grau da lesão e o que pode dar a célula hepática, sob pena de vermos o resto da função perder-se e a célula hepática não trabalhar então nada.

O tratamento da calculose hepática não pode ser só médico nem só cirúrgico, tem de participar dos dois: é médico enquanto o cálculo está silencioso; não há cólicas, nem icterícia, nem febre, e as perturbações do aparelho digestivo são os únicos sintomas apresentados pelo doente que pode tratar-se com vantagem pela dieta, pelos agentes medicamentosos e pelas águas minerais: mas quando aparece a icterícia, a febre, ou com mais razão a icterícia febril, o tratamento cirúrgico é o único recurso e a extração dos cálculos impõe-se. Obtida a cura operatória ainda o doente não está completamente curado, raras vezes êle poderá deixar de recorrer ao médico e à cura hidro-termal que tem então a sua melhor indicação. O tratamento cirúrgico só resolveu a situação presente, foi incompleto, falta-lhe normalizar a função da célula hepática, o que só a cura termal lhe pode fazer.

## RADIOLOGIA

O interêsse e a importância que a radiografia tem tomado no diagnóstico das lesões de patologia médica ou cirúrgica é tão grande que mal pode conceber-se hoje o exame dum doente sem recorrer aos raios X. Há lesões que se podem diagnosticar só pela simples leitura duma chapa radiográfica, sem mais interrogatório: a sífilis óssea, um carcinoma vegetante do estômago, estão neste caso. Na sífilis óssea a conclusão vai ainda mais longe, porque permite afirmar se a lesão é congénita ou adquirida.

Os livros mais completos de patologia cirúrgica fazem acompanhar o texto do exame radiográfico; por exemplo, os do Prof. Herbert Assmann, de Leipzig, e o do Dr. Hermann Meyer, de Göttingen: nestes livros os seus autores explicam e discutem as chapas radiográficas, o que julgo da máxima importância.

Eu entendo que o radiologista deve ser clínico ou associar-se a um clínico para bem poder ler as chapas que faz. É certo que há chapas que, por si só, tudo dizem e neste caso o clínico é dispensável para as interpretar, mas fica ainda a indicação terapêu-

tica. Onde a ligação tem de ser mais íntima é no estudo das cavidades, porque aí são maiores as dificuldades. Basta citar o que se passou com a radiografia do estômago; como se poderia conceber o nicho de Haudek, a biloculação gástrica, a imagem do carcinoma difuso, sem que o cirurgião trouxesse ao radiologista a explicação das suas chapas. É curioso que a imagem do estômago normal viesse depois da imagem patológica e tão dife-

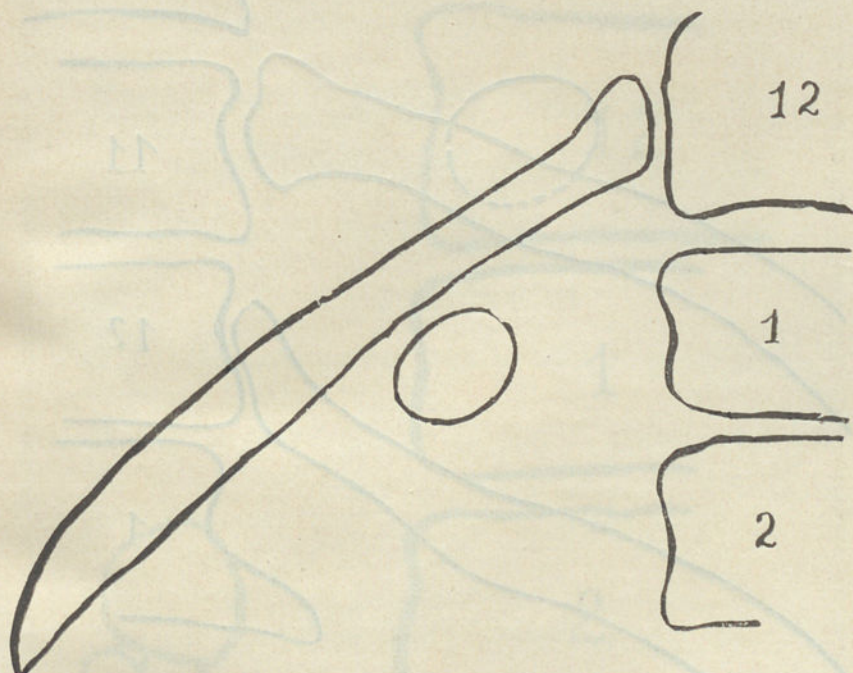


Fig. 8.

rente da descrição anatômica que possuíamos, que só com dificuldade a aceitámos por boa.

Um capítulo difícil da radiologia é o dos cálculos hepáticos, e os radiologistas recusam-se por vezes a tentar essa prova, sendo quási certa a inutilidade. Eu julgo que a prova é muitas vezes negativa, entre nós, porque se lançam nessa pesquisa doentes que nada temem que ver com o diagnóstico de calculose hepática.

Pode haver um atlas consultivo de lesões ósseas, de lesões das vísceras ôcas que se enchem com qualquer pasta opaca, mas não pode haver atlas para a colecistite ou outras lesões da vesí-

cula. Basta ver nas nossas chapas os resultados diferentes obtidos com o doente observado por diante ou por detrás: a mesma doente, na mesma ocasião, observada em decúbito dorsal não tem cálculos e em decúbito ventral tem-nos.

Além da dificuldade de obter boas chapas, há outra tão grande ou maior, é saber interpretá-las, para o que se exige conheci-

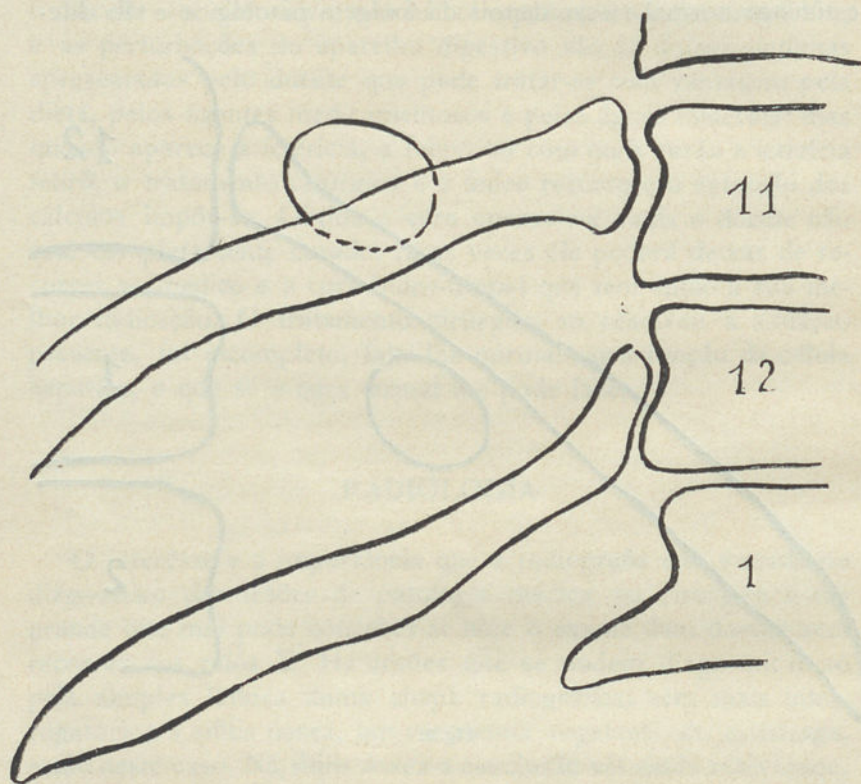


Fig. 9.

mentos, crítica e um temperamento especial. Em nenhum ramo do diagnóstico roentegenológico a equação pessoal do observador é mais importante e o erro de interpretação duma chapa consiste tanto em ver o que lá não está como em não ver o que lá existe.

Tranqüilidade no médico e confiança no doente são condições necessárias para um bom resultado.

Foi Carl Beck, de New-York, que em 1899 mostrou pela pri-

meira vez com os raios X a presença de cálculos biliares e, facto digno de nota, os cálculos existiam na vesícula e nos canais cístico e hepático. Ainda hoje, com todos os aperfeiçoamentos modernos, é muito raro fazer-se essa demonstração.

A radiologia dos cálculos biliares arrastou-se porém durante largos anos sem resultados satisfatórios. Robert Knox, em 1919, dizia: é um assunto que abordamos cheios de septicismo e talvez

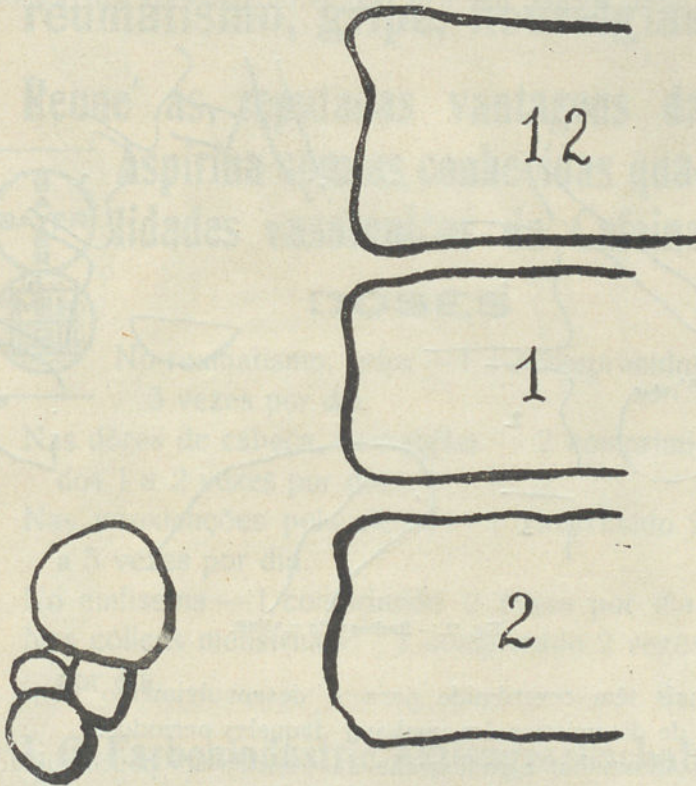


Fig. 10.

mesmo descrentes. O Prof. Hönisch, de Hamburg, publicava em 1924 uma monografia onde dizia: o assunto é digno de estudo. Ele próprio tinha apresentado o seu primeiro trabalho em 1910.

Parece-me que se pode dividir a radiografia da vesícula biliar, ou melhor diremos da calculose biliar em 4 períodos, compreendendo:

- 1) a demonstraco directa dos cculos;
- 2) a demonstraco indirecta por meio das lesões de órgãos vizinhos: estômago, duodeno, cólon, etc.;
- 3) a visualisaco da vesícula;
- 4) a colecistografia.

Não vou seguir passo a passo estes periodos nem a sua evoluo; direi, apenas, que têm sido os radiologistas americanos os

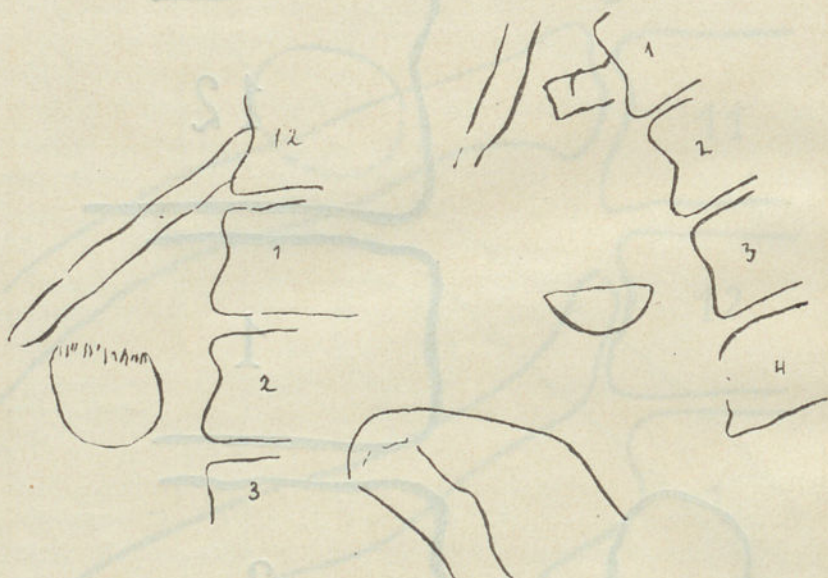


Fig. 11. — Radiografia n.º 3400.

que mais têm contribuído para o desenvolvimento dêste elemento de diagnóstico em qualquer daqueles periodos.

Na Alemanha, a radiografia da vesícula era pouco cuidada e são em 1924 aparece a monografia de Hnisch; os radiologistas alemães fram para um campo especial, o do pneumo-peritneo, que eu já tinha visto empregar na Argentina; os contornos do fígado vêm-se bem e a saliência da vesícula no bordo anterior fazia por vezes bom contraste.

O primeiro período, o da visualisaco directa dos cculos, atinge o seu auge aí por 1913, com George e Leonard, que dizem ter obtido uma percentagem elevada de visão directa dos cculos na vesícula.

# CAFIASPIRINA

**Combate eficazmente  
reumatismo, gripe, nevralgias**

**Reune as reputadas vantagens da  
Aspirina com as conhecidas qua-  
lidades vasotónicas da Cafeina**



## DOSES

No reumatismo, gripe — 1 a 2 comprimidos  
3 vezes por dia.

Nas dôres de cabeça, nevralgias — 2 comprimi-  
dos 1 a 2 vezes por dia.

Nas intoxicações pelo alcool — 1 comprimido 2  
a 3 vezes por dia.

No emfisema — 1 comprimido 2 vezes por dia.

Nas cólicas menstruais — 1 comprimido 2 vezes  
por dia.

## I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft

Departamento farmacêutico «Bayer-Meister Lucius»

Representante-Depositário

## AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradores, 150, 3.º

LISBOA

**VIGANTOL**

**Vitamina-D**

Ergosterina sujeita ás radiações ultravioletas, muito activa e de dosagem exacta, foi lançada no mercado!

*Algumas das principaes indicações:*

Rachitismo, osteomalacia, carie dos dentes, estados espasmodicos (espasmo-philia, tetano), diatese exudativa, anemias.

Prophylactico na gravidez e no periodo da lactação, nos partos prematuros, na constituição rachitica.

Formas Comerciaes: Frascos de 10 e 50 c. c. dum soluto oleoso a 1 %; frascos de 50 pastilhas a 2 mgr. do Vigantol cada uma; caixas em folha de 25 drageas cobertas de chocolate, a 4 mgr.

I. G. Farbenindustrie  
Aktiengesellschaft

Secção Farmaceutica  
"BAYER-MEISTER LUCIUS"  
LEVERKUSEN (Alemanha)

DEPOSITARIOS:

Augusto S. Natividade  
Rua dos Douradores, 150-3.º—LISBOA

Sociedade de Anilinas, L.<sup>da</sup>  
Rua José Falcão, 199—PORTO

E. Merck

FABRICA DE PRODUTOS CHIMICOS  
DARMSTADT

DEPOSITARIOS:

J. Wimmer & Co.

Rua 24 de Julho, 54  
LISBOA

Rua Trindade Coelho, 1-C,  
PORTO



Mas logo poucos anos passados, em 1917, estes mesmos radiologistas, seguindo as indicações de Cole, procuravam a visua-

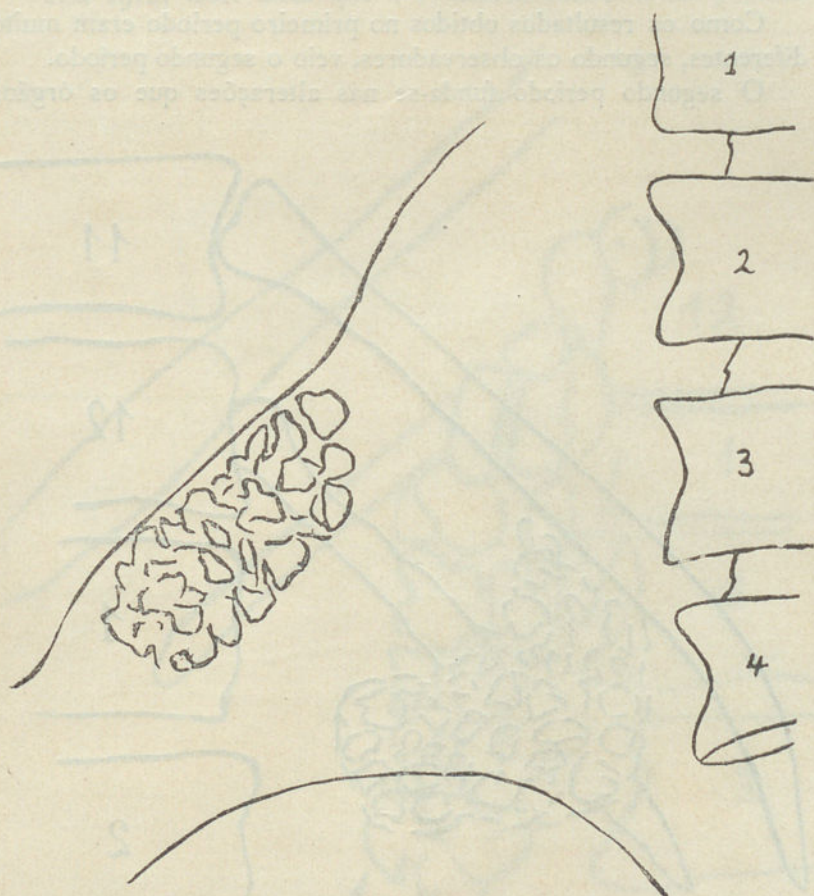


Fig. 12. — Radiografia n.º 3949.

lização directa da vesícula, dizendo e afirmando: vesícula que se vê radiològicamente é uma vesícula doente.

Os cálculos dão três aspectos:

- 1) sombra perfeita, reproduzindo o tamanho e feitio do cálculo; 6% de resultados; contém muito cálcio;
- 2) sombra fraca, muitas vezes em anel; 24%; contém coles-terina, pigmentos biliares e cálcio;

- 3) nenhuma sombra, 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; contém colessterina e pigmentos biliares.

Como os resultados obtidos no primeiro período eram muito diferentes, segundo os observadores, veio o segundo período.

O segundo período funda-se nas alterações que os órgãos

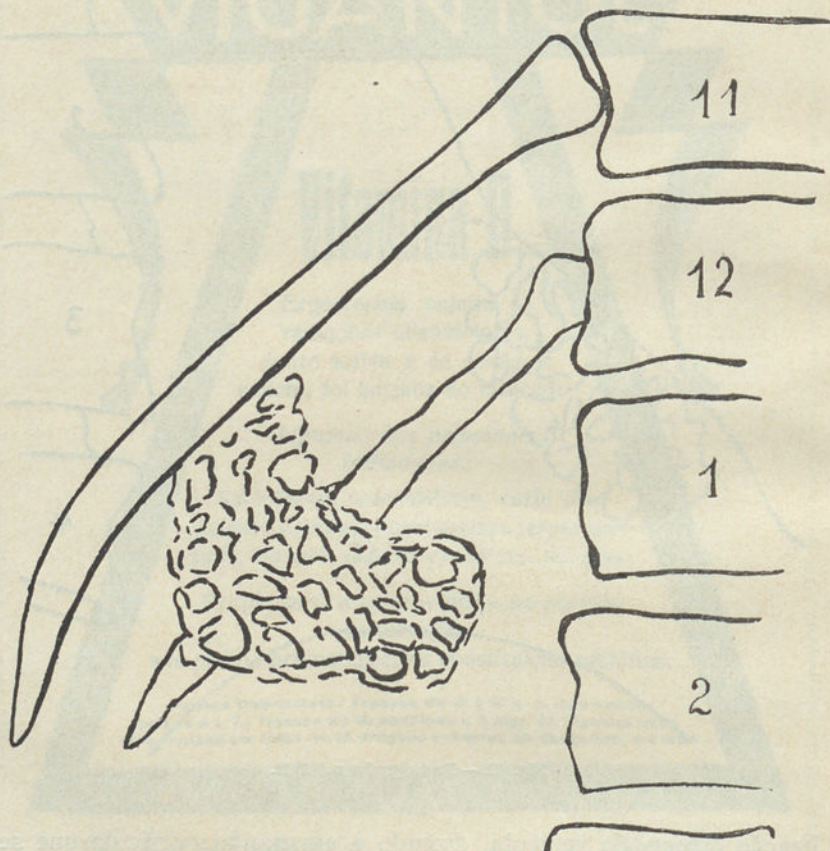


Fig. 13. — Radiografia n.º 3949.

próximos da vesícula sofrem na sua forma e posição; é a alteração da cápsula diafragmática direita, o desvio do piloro ou do bulbo duodenal, as alterações dos seus contornos; o hipertonus e a hiperperistalse gástricas; o desvio do cólon transverso; a retenção gástrica e muitas outras lesões que podem estar liga-

das à lesão vesicular mas que são também na maior frequência lesões só das próprias vísceras.

Em 1914, Cole dizia que a evidência indirecta da pericole-

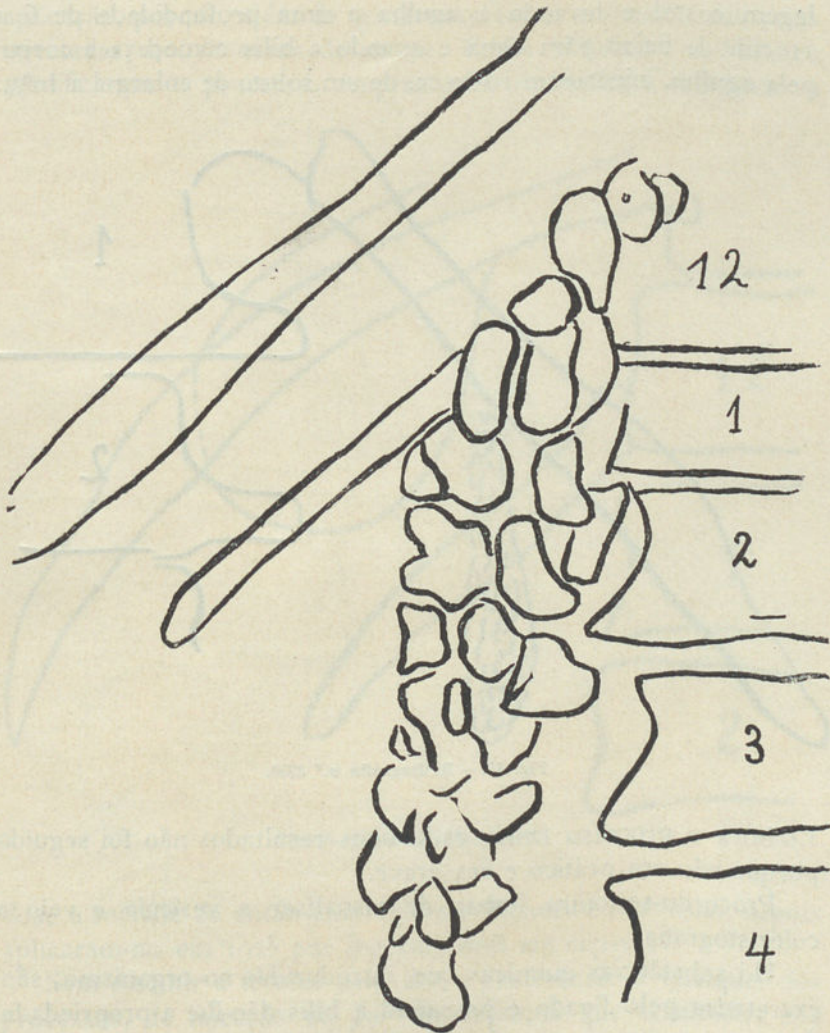


Fig. 14. — Radiografia n.º 3949.

cistite é mais importante do que a visualização dos cálculos porque impõe um tratamento cirúrgico.

Então pensou-se no 3.º período: visualizar a vesícula. Em

1920, Groedel serviu-se dum processo indirecto, distendendo o cólon com o ar, e vendo a sombra do fundo da vesícula. Mas, pelo mesmo tempo, Burkhardt e Muller injectaram a própria vesícula, atravessando a parede abdominal na ponta da 9.<sup>a</sup> cartilagem costal e levando a agulha a uma profundidade de 6 a 11 cm. de baixo para cima e quando a bÍlis começava a correr pela agulha, injectavam 10-20 cc. de um soluto de colargol a 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

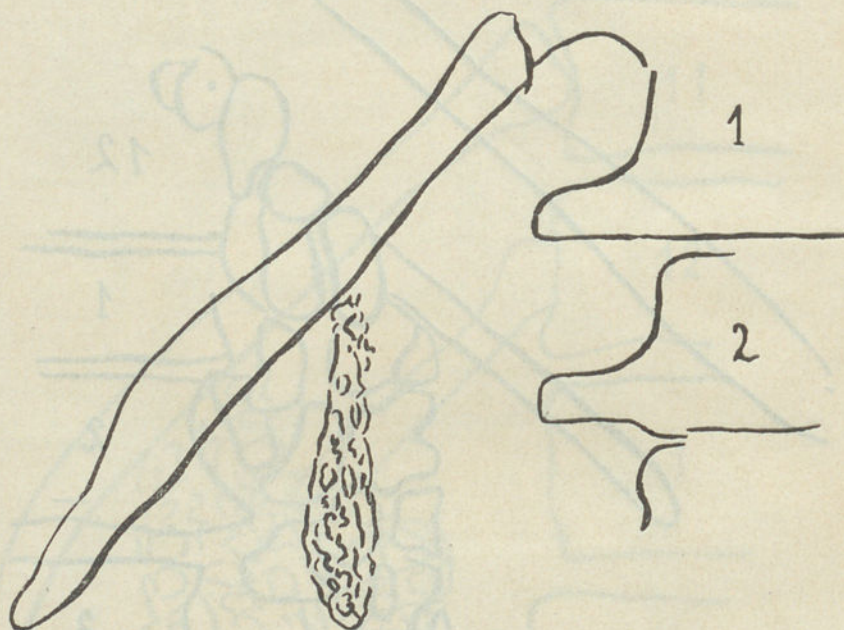


Fig. 15. — Radiografia n.º 3950.

Embora o processo tenha dado bons resultados não foi seguido porque não era prático e era grave.

Procurou-se outra forma de visualizar a vesícula e veio a colecistografia.

Há substâncias químicas que, introduzidas no organismo, são excretadas pelo fígado e passando à bÍlis dão-lhe a propriedade de se tornar opaca ao raios X. A primeira experiência foi feita em 1909 por Geraghty e Rowntree com fenoltetracloroftaleína injectado numa veia, mas não foi aproveitada. Mais tarde, em 1924, Graham e Cole publicam o seu primeiro trabalho, empregando o tetrabromofenoltaleína também injectado numa veia, e

mais tarde empregaram o tetraiodofenoltaleína por ser menos tóxico do que qualquer dos outros.

Embora a toxicidade viesse diminuindo com os diferentes produtos empregados, a verdade é que o processo era grave na sua aplicação, porque, além de gangrenas locais e flebites das veias injectadas, houve casos de morte. Então Whitaker e Milliken modificaram o processo, empregando o tetraiodo, reduzindo a

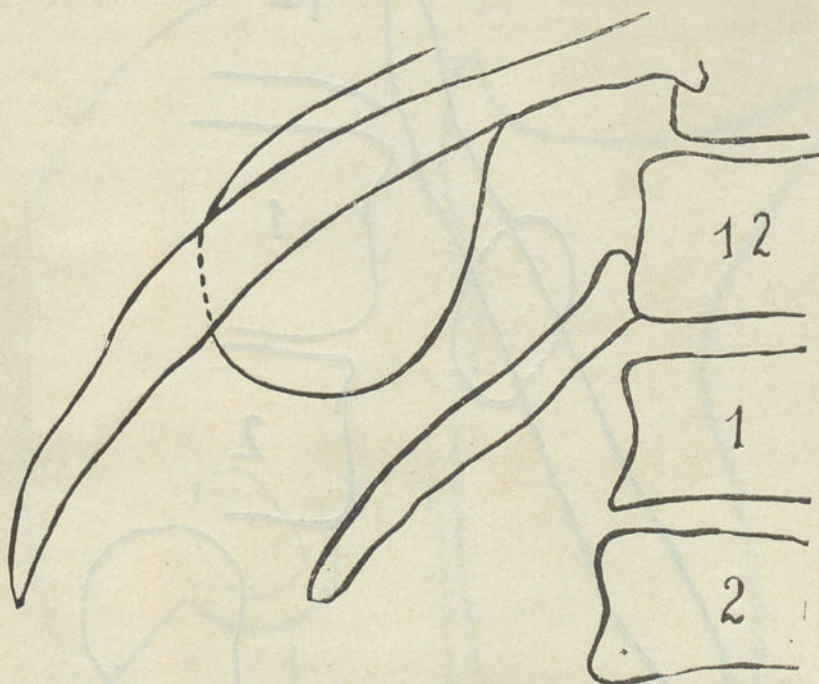


Fig. 16. — Radiografia n.º 3406.

dose a metade da então empregada e Menees e Robinson, depois aplicaram-no em 1925 por ingestão oral em cápsulas.

Sem discutir a técnica nem dar a preferência a qualquer dos processos, de injeção ou *per os*, vejamos que resultados nos são fornecidos para o diagnóstico da calculose biliar.

Começarei por lembrar que no 2.º período (o anterior) quando se tinha a imagem da vesícula, esta era patológica, porque a vesícula sã não era visível.

Agora, na colecistografia, sucede exactamente o contrário, a

vesícula sã é que é visível em sombra piriforme, homogénea, de bordos regulares, com as suas maiores dimensões às 4 e às 12 horas respectivamente depois da injeccção intravenosa ou da ingestão; depois até às 8 ou às 16 diminui o volume mas torna-se mais

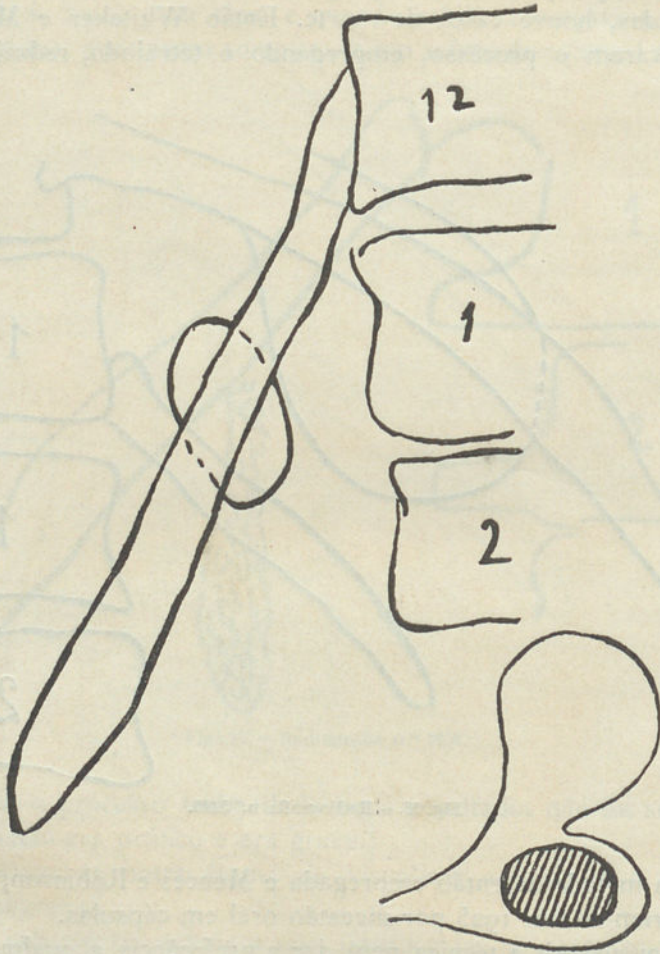


Fig. 17. — Radiografia n.º 2896.

carregada em côr, para ir desaparecendo gradualmente deixando de se ver às 16 ou às 32 horas.

Vimos já no estudo da fisiologia que Graham, o inventor da colecistografia, a considera mais uma experiência, mas entende

também que ela nos pode dar indícios do estado patológico da mesma vesícula.

Sem ir aos exageros que êle censura, como por exemplo o de

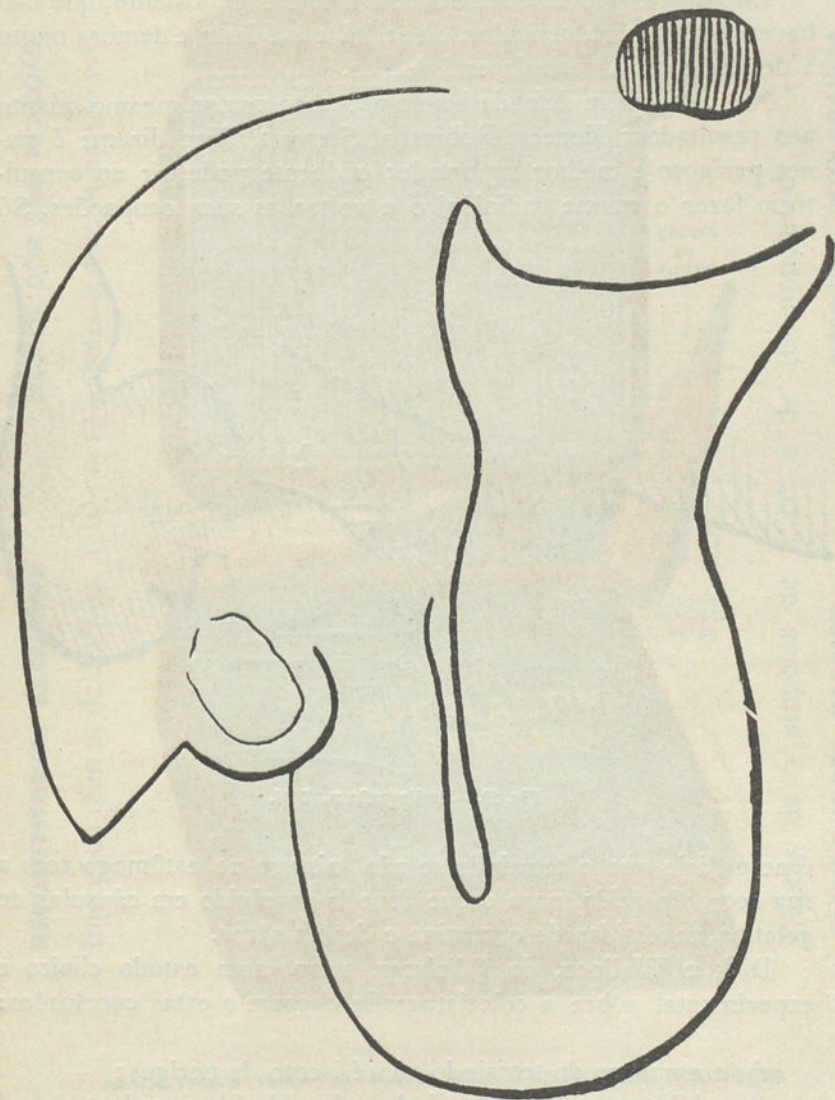


Fig. 18. — Radiografia n.º 2755.

espasmo do canal cístico impedindo que a vesícula se encha de bilis (ninguém viu êste espasmo, o que há é obstrução intrínseca

ou extrínseca) éle entende que a colecistografia nos pode dar indicações sôbre o grau de colecistite, de pericolecistite com aderência, e ainda da existência de alguns cálculos.

Éle julga o processo intravenoso infalível e, portanto, que não havendo a sombra vesicular, ou se há, ela é fraca e demora muito a desaparecer, a vesícula está doente.

Não falta quem defenda hoje o processo *per os*, mesmo quanto aos resultados; Menees, Robinson, Stewart, Rian dizem: é menos perigoso e melhor suportado; o doente pode vir ao consultório fazer o exame radiológico e voltar às suas ocupações. Só

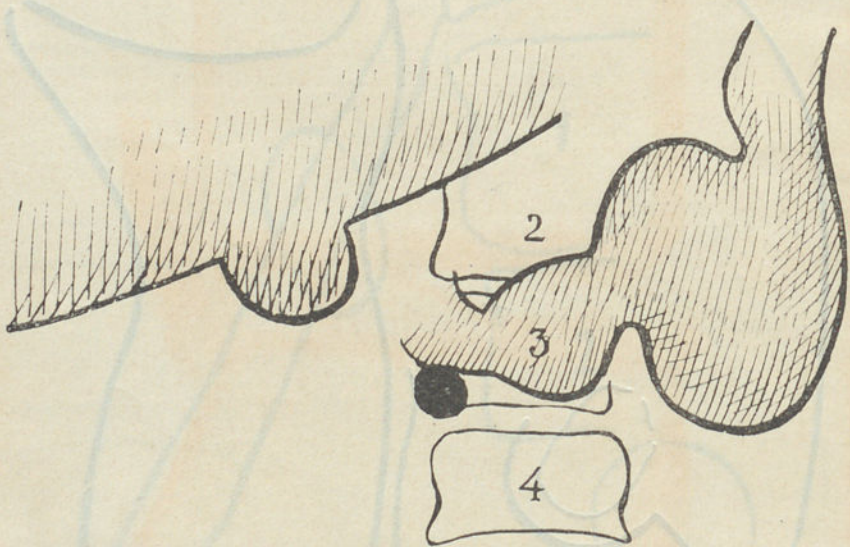


Fig. 19. — Radiografia n.º 3404.

é necessário que o tetraiodo se não misture no estômago com a sua secreção ácida, para o que deve ir envolvido em cápsulas de gelatina, revestidas de queratina e depois sêcas.

Dick e Wallace, de Edinburg, 1927, num estudo clínico e experimental sôbre a colecistografia chegam a estas conclusões:

- 1) o emprêgo do tetraiodo não é isento de perigos;
- 2) a bÍlis contendo o tetraiodo e introduzida nos ductos pancreáticos pode produzir uma pancreatite aguda;
- 3) quando houver cálculos no colédoco, o perigo da pancreatite é maior;



# BIOPLASTINA SERONO

Lecitina da gema de ovo e luteínas em sêro fisiológico

**NÃO DÁ DÓR NEM REACÇÃO**

Injecções diárias de 1 1/2 cc. a 10 cc. (2 ampolas de 5 cc. de uma só vez)

**RECONSTITUINTE EXCELENTE**



Caixas de 6 ampolas de 5 cc. e de 10 ampolas de 1 1/2 cc.

**NENHUMA INTOLERANCIA**

**EFEITOS MUITO RAPIDOS**

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

**L. LEPORI**

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 - LISBOA

## Productos SERONO (Roma)

do Istituto Nazionale Medico Farmacologico Serono

**Metranodina Serono** — Hidrastis, canadensis, vibornum pronifolium, ergotina dialisada, cannabis indica.

**Ipotenina Serono** — Á base de nitratos e especialmente de nitritos, iodetos e lobelina.

**Virosan Serono** — Oleato duplo de mercurio, colestina e albotanina em pilulas para os casos em que não seja possível a aplicação de medicações similares por via hipodermica.

CARDIOLO SERONO — ALUMNOSE SERONO — UROLITINA SERONO

### OPOTERICOS SERONO

**Extractos 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 á dose conveniente, diluidos, de preferencia, com sôro fisiologico, para evitar a acção irritante da glicerina.

PEPTOPANCREASI SERONO (Fracos)

EPATASI SERONO (Fracos)

BILEASI SERONO (Pilulas)

OVARASI SERONO (Fracos e caixas)

ORCHITASI SERONO (Fracos e caixas)

SURRENASI SERONO (Fracos e caixas)

TIROIDASI SERONO (Fracos e caixas)

RENASI SERONO (Fracos e caixas)

IPOFISASI SERONO (Fracos e caixas)

LIENASI SERONO (Fracos e caixas)

MASTASI SERONO (Fracos e caixas)

EUGOZIMASE SERONO — TIPO MASCULINO (1 frasco Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

EUGOZIMASE SERONO — TIPO FEMININO (1 frasco Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi).

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

## L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

- 4) na icterícia obstrutiva os riscos para o pâncreas são maiores pelos efeitos tóxicos que são mais acentuados e de que o fígado também participa.

Empregando o processo da ingestão ou da injeção intravenosa e supondo que a função hepática é normal e faz corar bem a bilis, a vesícula doente traduz as alterações de sombra que os técnicos indicam por:

- 1) falta ou ausência de sombra;
- 2) sombra fraca e sombra demorada;
- 3) sombra malhada.

A ausência de sombra não prova que a vesícula esteja doente

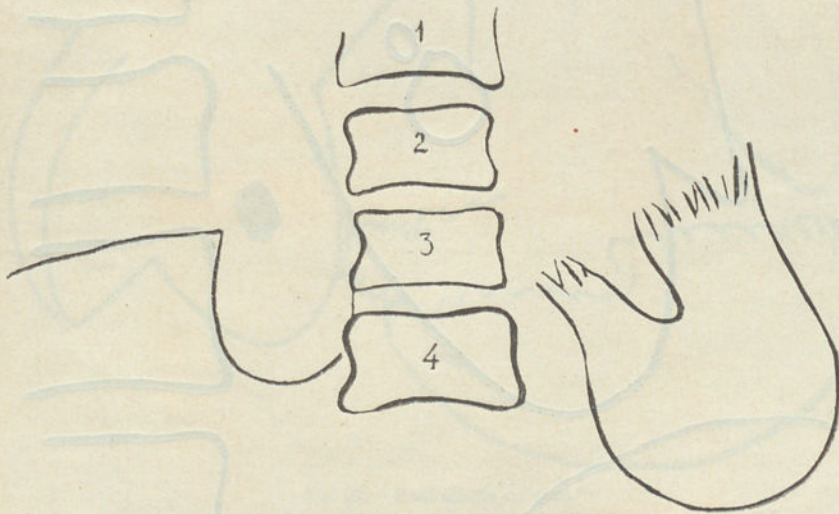


Fig. 20. — Radiografia n.º 2452.

ou que não contenha bilis. Sucede freqüentemente, talvez mais no processo *per os*, que não há sombra; repetindo o exame dias depois ela aparece e pode até ser normal. Ora a falta de sombra o mais que nos pode mostrar é que há alteração na entrada e saída da bilis para a vesícula; supondo que a vesícula está cheia de bilis antes da prova, quando a bilis corada aí chega não pode entrar e não há portanto sombra ou é tardia,

Se houver cálculos, obstruindo o canal cístico, não há sombra; mas pode haver cálculos na vesícula sem impedirem a entrada e saída da bilis, e a sombra aparece, embora fraca. A doente do

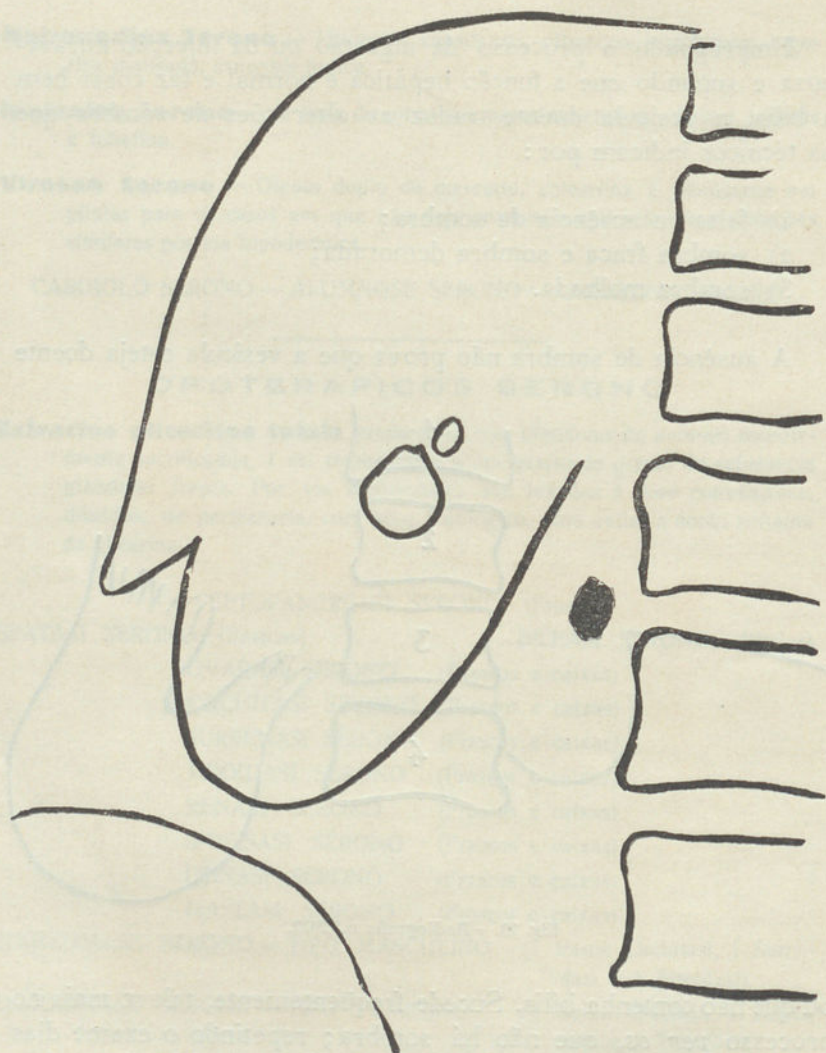


Fig. 21. — Radiografia n.º 3420.

n.º 3977 com 13 cálculos na vesícula e no cístico não deu sombra porque a bilis não podia entrar no canal cístico, e só passados 5 dias de drenagem é que ela apareceu.

Isto invalida a afirmação de Graham quando diz: a ausência de sombra é um facto da mais alta significação, porque uma vesícula normal nunca está vazia.

Eu julgo que a ausência de sombra se pode explicar por:

- 1) obstrução dos canais cístico ou hepático quer por cálculos quer por apêto ou compressão extrínseca;
- 2) deficiência hepática;
- 3) grande alteração e destruição da mucosa vesicular;
- 4) paresia do esfíncter de Oddi.

A sombra fraca, assim como a sombra demorada, tem o seu

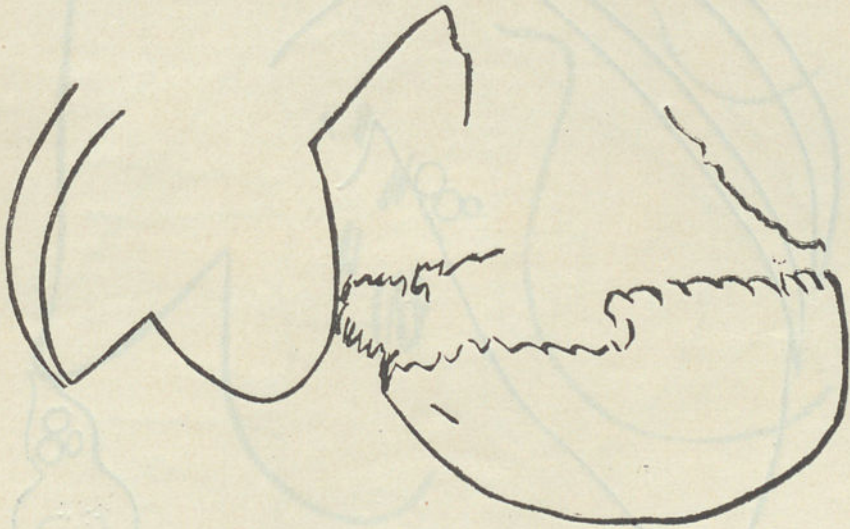


Fig. 22. — Radiografia n.º 3065.

fundamento numa arbitrariedade de côr e de tempo, pois já são conhecidos casos de vesículas que deram a maior densidade à sombra e estavam muitos doentes.

As causas desta modalidade de sombra consistem numa ligeira inflamação da mucosa, que lhe altera as condições de absorpção e portanto a faculdade de concentrar a bÍlis; é um cálculo funcionando de êmbolo no colo da vesícula e demorando a sua evacuação.

A demora na evacuação da vesícula pode indicar uma pertur-

bação motriz ou absorvente compatível com uma vesícula normal ou quási normal.

Graham diz que as interpretações mais difíceis são as dos casos em que há sombra fraca ou sombra demorada, e foi nêstes casos que êle teve os seus êrros de diagnóstico.

Êrros de técnica radiográfica ou de revelação das chapas podem levar a tais êrros de interpretação.

A demora no enchimento da vesícula pode ser devida á falta

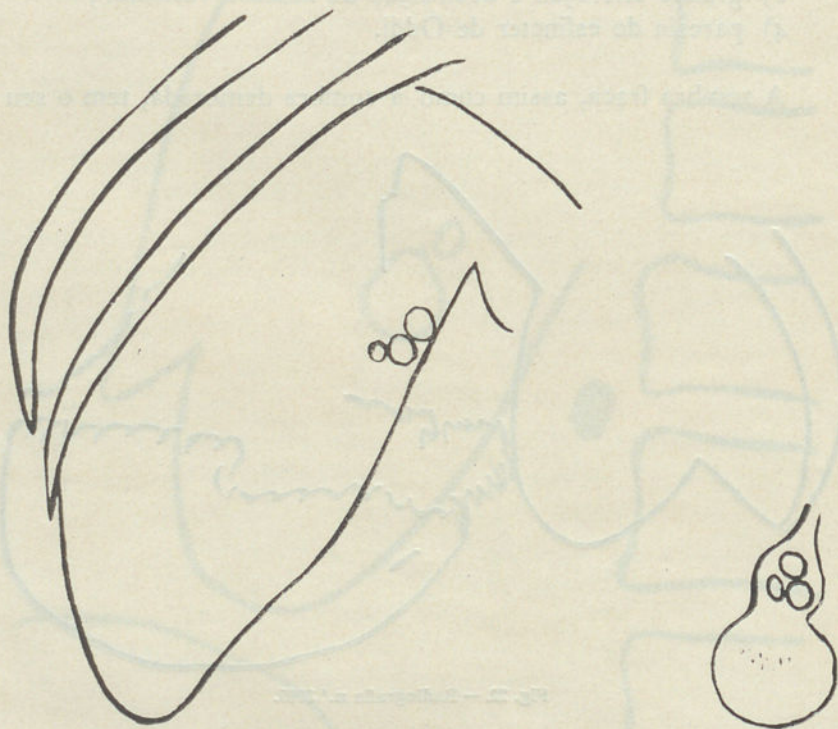


Fig. 23. — Radiografia n.º 3402.

de absorpção do tetraiodo no intestino, quando há muito muco no canal alimentar; pode ser devida a lesões do fígado que lhe alteram a função secretora ou á progressão da bilis retardada.

Tudo se funda na vesícula normal, que só arbitrariamente foi estabelecida, que clinicamente não podemos determinar, o que tem dado o resultado que vesículas doentes pela colecistografia foram encontradas sãs depois nas operações. A isto respondem

os entusiastas da operação que as alterações anatómicas ainda não existiam mas a perturbação de função já lá estava e portanto devia operar-se; alguns operadores chegam até aos sintomas dis-

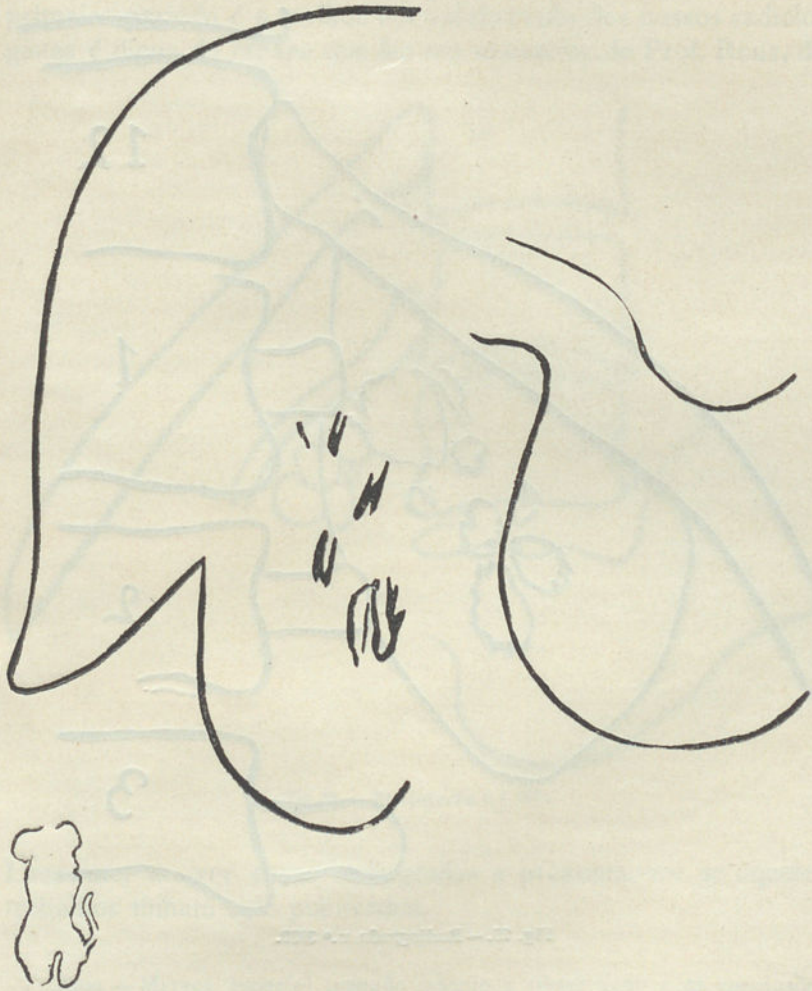


Fig. 24. — Radiografia n.º 3439

pépticos acompanhados de falta de sombra vesicular para impôr a operação.

A sombra malhada pode ser devida a cálculos, a pregas da mucosa ou mesmo papilomas da vesícula; a sombra deixa de ser

uniforme, no ponto onde houver um cálculo ou uma prega, a sombra é mais clara por ser menor a espessura da bilis opaca.

São apenas quatro os casos de colecistografia com o tetra-

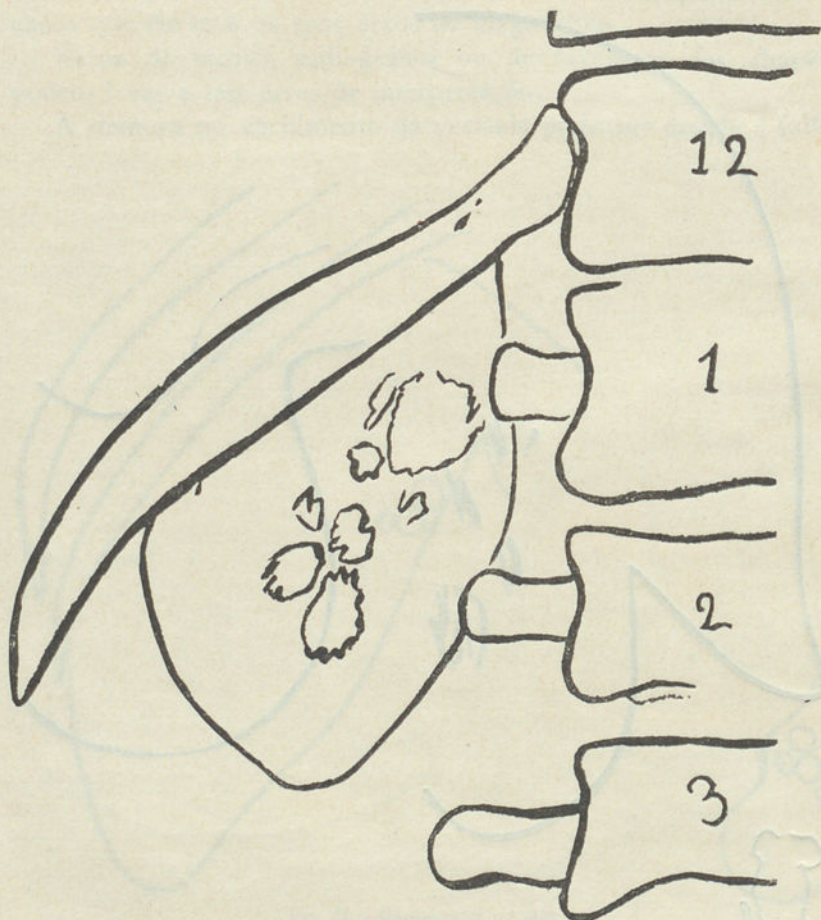


Fig. 25. — Radiografia n.º 3932.

todo *per os* e os resultados muito incompletos, o que me leva a não os apresentar.

Temos no nosso arquivo chapas radiográficas correspondentes a todos os períodos indicados, excepto o terceiro, o da visualização directa da vesícula, a que poderíamos chamar o processo



alemão, por terem sido êles realmente os únicos que o puzeram em prática, embora por pouco tempo e sem sectarismo.

De entre essas chapas escolhemos as melhores e as que podemos autenticar com as histórias clínicas muito reduzidas. O primeiro período é o melhor e a colaboração dos nossos radiologistas é digna do reparo que fêz um assistente do Prof. Roux, de

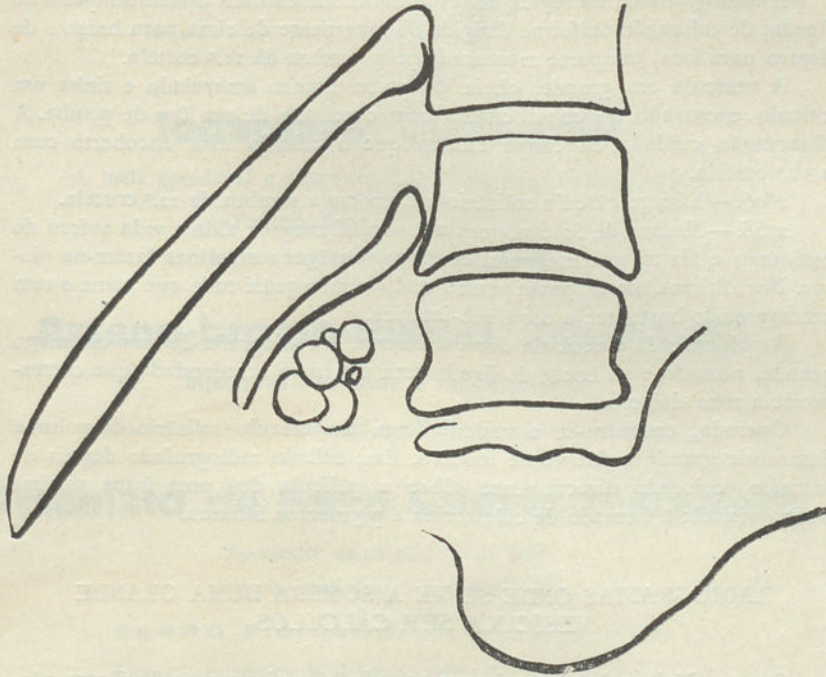


Fig. 26. — Radiografia n.º 3977.

Lausanne, ao ver essas radiografias e perguntar-me se aqueles trabalhos tinham sido publicados.

3400. — Merece especial menção porque a observação e as conclusões são perfeitíssimas e acresce ainda o interêsse por se tratar duma forma de calculose hepática muito rara, o carbonato de cal puro em suspensão num líquido mucoso. A-pesar-de nunca ter visto caso semelhante o radiologista concluía: esta massa líquida ou meio líquida deve encontrar-se na vesícula biliar pela sua relação com a sombra do figado, e pela sua opacidade parece formada de sais calcáreos.

3949 e mais três chapas semelhantes mostram grandes vesículas cheias de

muitos cálculos facetados, constituídos por pigmentos biliares e muito cálcio. Os da chapa 3950, a-pesar do seu pequeno volume, podem ainda contar-se.

Os cálculos de colessterina, pigmentos biliares e algum cálcio encontram-se em quatro chapas a duas das quais correspondem as notas seguintes :

3406. — Mulher de 50 e poucos anos, bastante gorda; queixa-se de dor permanente no epigastro com irradiação ao 9.º espaço intercostal e linha axilar; quando come, tudo se exacerba e por vezes tem vômito alimentar. Palpa-se a vesícula grande e dolorosa à pressão.

A radiografia dá na região dolorosa uma sombra mais opaca do que a do fígado, de coloração uniforme dirigida obliquamente de cima para baixo e de dentro para fora, em parte mascarada pela sombra da 11.ª costela.

A vesícula era grande, cheia de muco branco amarelado e tinha um cálculo encravado no canal cístico com o volume de um ovo de pomba. A observação cuidada da chapa mostra que o cálculo está encoberto com a 11.ª costela.

2896. — É outro cálculo solitário sobreposto à sombra de 12.ª costela.

2755. — Mulher de 50 e poucos anos quasi magra; toda a vida sofreu do estômago e fez tratamento quasi continuo; as águas alcalinas fazem-na piorar. Nos últimos meses passa muito mal, vomita quasi tudo que come e tem emmagrecido bastante; a cor é sub-ictérica.

A palpação dá a vesícula dura, dolorosa. A radiografia deu um estômago grande, ptosado e no bordo do fígado uma saliência arredondada que corresponde à zona dolorosa.

Operada, encontra-se a vesícula com um cálculo solitário do volume duma noz grande e pês verde inodoro. Este cálculo radiografado depois de extraído, colocado directamente sobre a película deu uma fraca sombra pouco visível; é formado de colessterina e pigmentos biliares.

#### RADIOGRAFIAS ONDE SE VÊ A SOMBRA DUMA GRANDE VESÍCULA SEM CÁLCULOS

3404. — Mulher de 40 e tal anos, tratada há muito tempo de úlcera gástrica, entra nos Quartos do Hospital Estefânia para rigoroso tratamento médico. Ao fim dum mês a situação agrava-se e chamado em conferência declaro que o gastricismo desta doente cabe bem no diagnóstico de colecistite calculosa e porque se palpava no bordo do fígado uma saliência arredondada. A radiografia mostra esta saliência com o polo grande dum ovo e estômago em violenta peristalse. Embora o radiologista conclua por uma úlcera gástrica, provavelmente justa-pilórica, a doente é operada e tiro um cálculo grande e 50 cálculos pequenos.

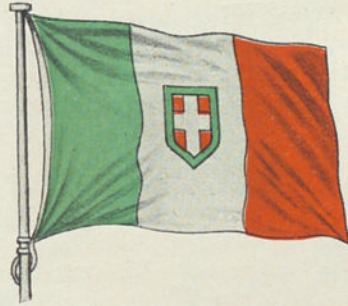
Vista meses depois, esta doente não mais sofreu do estômago.

2452. — Radiografia tirada com o compressor que desviou o estômago todo à esquerda, vê-se no bordo inferior do fígado a vesícula de cor uniforme e com o volume dum ovo de galinha. A operação mostrou que continha 185 cálculos.

3420. — Mulher de 30 e tal anos, vista pela primeira vez em 1919 quei-

Productos  
ZAMBELETTI  
(Milano)

dos Estabelecimentos Dr. L.º Zambelletti



**Iodarsone Zambelletti**

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

Tónico-Depurativo de acção  
trófica mineralisante e eupeptica.

**Arseno-bromo-tonicas Zambelletti**

Injecções Sedativas e reconstituintes

Histerismo. — Neurastenia. — Neuropatias. — Insomnias.

**Arseniato de Ferro Soluvel Zambelletti**

Apresenta os caracteres de tolerância, assimilação e eficacia do

FERRO FISIOLÓGICO ALIMENTAR

Gotas — injecções de 3 graus — com ou sem estricnina.

OUTROS PRODUCTOS ZAMBELETTI:

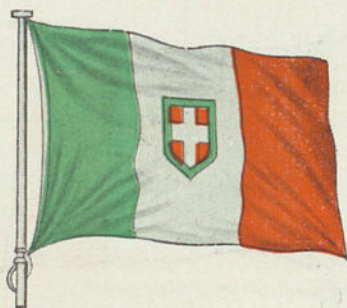
IODOSAN — TEOBROMINA COMPOSTA — SÔRO IODADO COM GAIACOL  
INJECCÃO ANTIASMATICA — BISMARSOL

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

**L. LEPORI**

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA



Productos  
BRUSCHETTINI  
(Genova)

do Laboratorio di Terapia Sperimentale  
Dott. Prof. A. Bruschetti

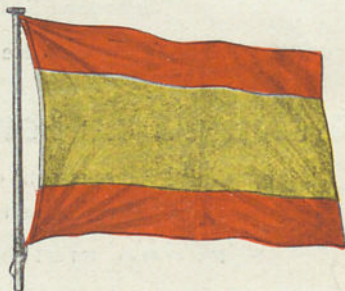
**Vacina antiptogénica polivalente Bruschetti** — Estreptococo piogénio, estafilococo piogénio aureo, bacilos perfringens, bacterium coli, pneumococo de Fränkel, b. piocianico, tipos de procedencias diversas. — Método Prof. Bruschetti.

**Vacina antigonocócica Bruschetti** — Tipos de gonococos de varias procedencias e tipos de gérmenes (piogénios), que costumam acompanhar o gonococo. — Método Prof. Bruschetti.

**Antituberculares Bruschetti** — SÔRO VACINA — VACINA CURATIVA — VC-AC VACINA CURATIVA II GRAU.

Productos IBYS  
(Madrid)

do Instituto de Biologia Y Sueroterapia



**Atosferin Iby** (I e II Série) — Associação de éter e vacina contra a tosse convulsa.

**Vacina contra a tosse convulsa Iby** — Emulsão do bacilo de Bordet Gengou e seus associados, na tosse convulsa. Contém 250 milhões de gérmenes por centimetro cubico. Caixas de 5 ampôlas de 2 cc. — *Como curativa e preventiva.*

**Bronconeumoserum Iby** — Sôro pneumo-diftérico optoquinado. Ampolas de 10 cc.

**Adrenoserum Iby** — Associação de sôro normal de cavallo e adrenalina (sôro equino adrenalínico). — Ampôlas de 10 cc.

AMOSTRAS GRATIS PARA OS SENHORES MEDICOS

L. LEPORI

RUA VICTOR CORDON, 1-A

APARTADO 214 — LISBOA

xando-se do estômago e do rim direito ptosado. A palpação dá por diante dêsse rim uma outra massa que deve corresponder a uma grande vesícula.

Passam-se dois anos, e em Março de 1921 a doente muito emmagrecida, febril de 37.º a 38.º,8, com dores permanentes, faz duas radiografias que chegam à conclusão: «massa ovalar de contornos lisos, dimensões duma

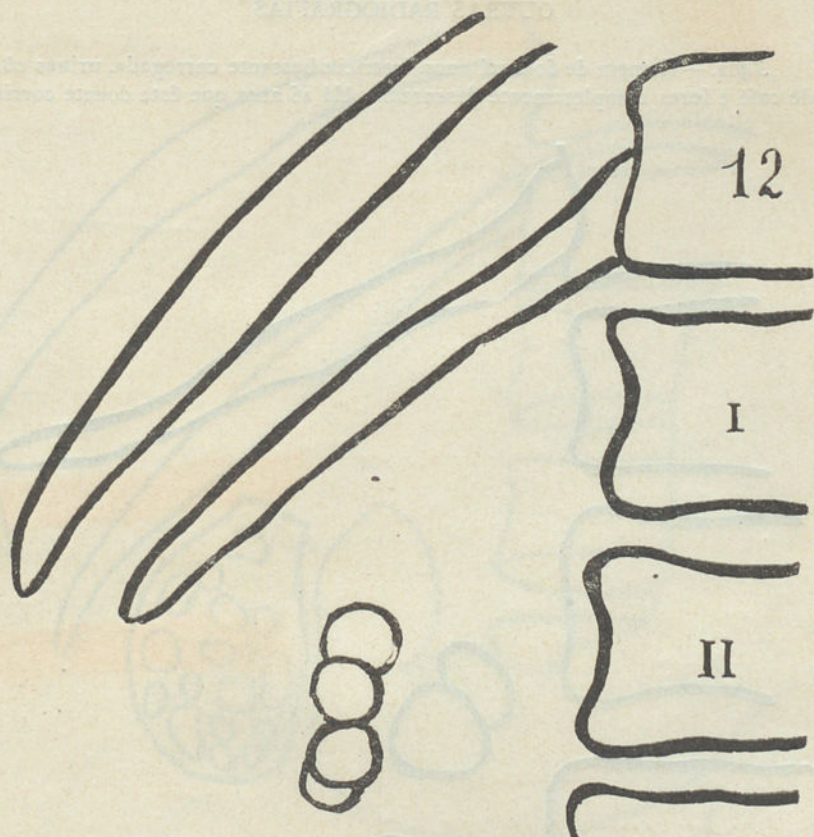


Fig. 27. — Radiografia n.º 2785, por diante

laranja; a opacidade dessa massa continua-se com a do fígado e está situada muito à frente. Por êste exame não é possível obter mais informações».

Esta massa era a vesícula que excedia já a altura do umbigo para baixo cêrca de 3 centímetros e tinha aderido à parede abdominal. Foi operada de colecistectomia e a vesícula continha 2 cálculos e 2 decilitros de pús verde inodoro.

É a peça anátomo-patológica n.º 1.

3065. — Mostra uma grande vesícula de côr uniforme, aderente à segunda porção do duodeno e o estômago com grande retenção gástrica.

Devemos concluir que algumas vezes uma grande vesícula, cheia de bilis ou de pus, esconde os cálculos e mostra apenas o seu contorno; pode mesmo suceder que a bilis seja mais densa do que os cálculos e então estes veem-se em negativo na sombra malhada.

#### OUTRAS RADIOGRAFIAS

3402. — Homem de 60 e tal anos, icterícia bastante carregada, urinas côr de café e fezes completamente descoradas. Há 16 anos que êste doente corria

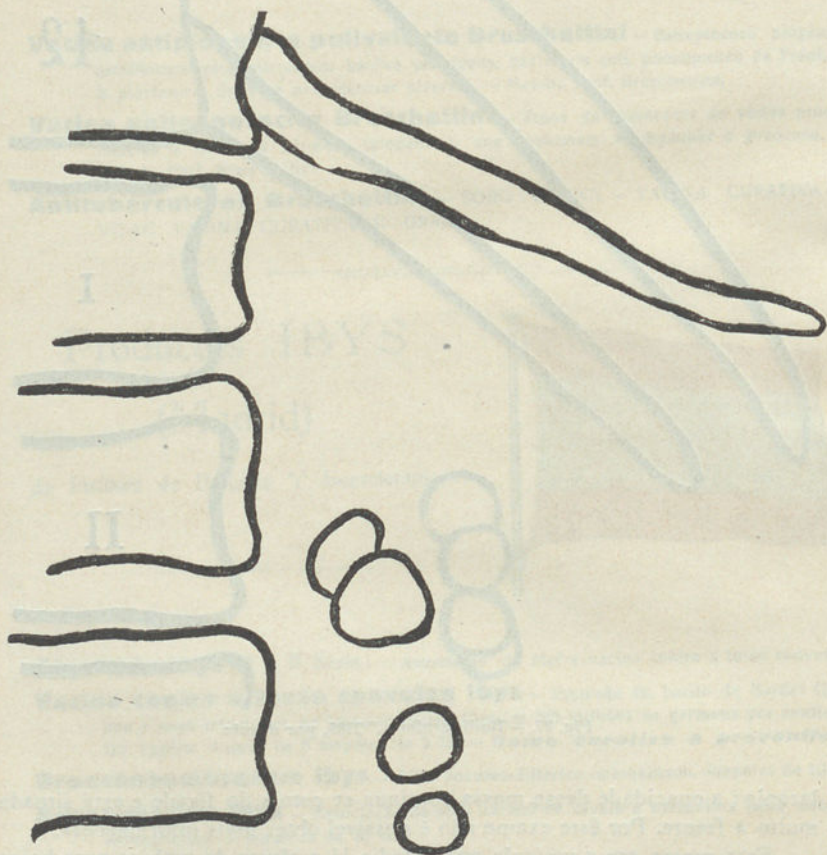


Fig. 28. — Radiografia n.º 2785, por detrás.

as águas alcalinas do país e do estrangeiro para a cura do seu estômago. O relatório duma radiografia conclui: há 3 cálculos biliares no colédoco ou no hepático, dando obstrução. Fiz o diagnóstico de hepatite crônica com angiolite, vesícula bilocular e os cálculos dentro da cavidade próxima do canal

cístico. Os 3 cálculos formavam grupo. A operação confirmou o diagnóstico, estando a segunda cavidade cheia de muco.

3439. — Mulher de 30 e tal anos; todos os seus sofrimentos eram atribuídos ao estômago e tinha emmagrecido de 20 e tantos quilos.

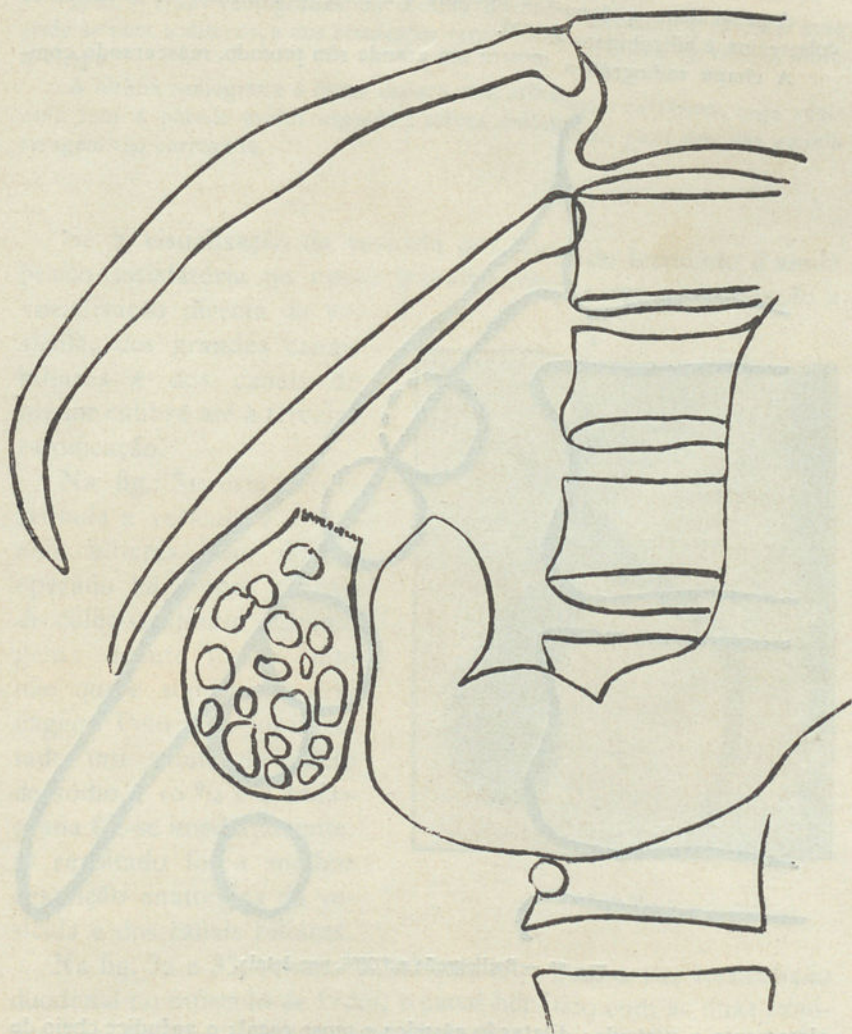


Fig. 29. — Radiografia n.º 5000.

Faço o diagnóstico de colecistite calculosa porque teve uma cólica no epigastro durante uma gravidez e que diz ter sido o início dos seus males;

palpa-se muito bem uma vesícula volumosa, dura, dolorosa e uma radiografia mostra-me a existência de manchas claras e em anel.

A doente timorata passa 5 meses sem se resolver a operar e radiografada outra vez por outro radiologista êste conclui por «úlcera duodenal e que não há pedras».

A-pesar disto a doente é operada e a vesícula continha 108 cálculos de colessterina e bilirubinato de cal.

A chapa radiográfica mostra um grande rim ptosado, mascarando com-

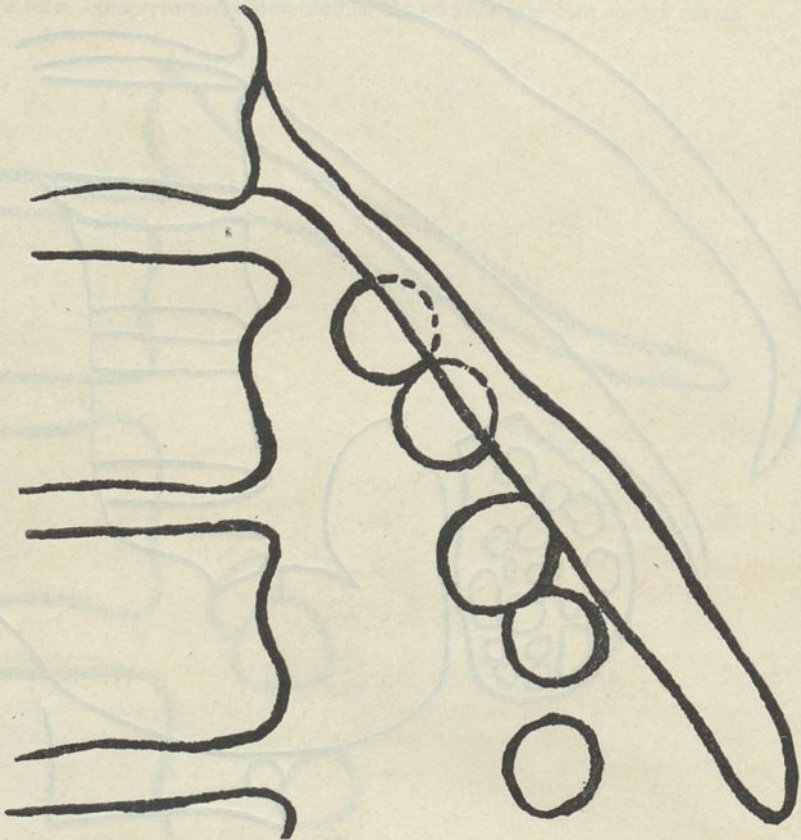


Fig. 30. — Radiografia n.º 2686, por detrás.

pletamente a vesícula; dilatação gástrica e ptose cecal; o apêndice cheio de bário é interno e ascendente.

É a peça anátomo-patológica n.º 2.

3932-3977. — São as radiografias de duas doentes que recolheram ao hospital com o diagnóstico de peritonite por perfuração gástrica. A primeira foi operada de urgência encontrando-se como a radiografia mostra uma colecis-





tite calculosa supurada e 20 cálculos. A segunda doente melhorou e fez mais tarde duas tentativas de colecistografia, ambas com a ausência de sombra, mas a segunda radiografia mostrou a presença de cálculos.

Na operação encontraram-se 13 cálculos facetados de pigmento cálcico, a vesícula pequena de paredes espessas e muito pouco pús.

2785. — Duas radiografias da mesma doente mostrando 4 cálculos mas onde se nota a diferença dos resultados com a posição dorsal ou ventral sôbre a chapa.

A última radiografia é duma doente com colecistite calculosa, cuja vesícula tem a parede muita espessa e talvez calcificada para nos dar aquela imagem tão carregada.

Se a visualização da vesícula por meio do tetraiodo é ainda pouco satisfatória no nosso trabalho, temos em compensação a visualização directa da vesícula, dos grandes canais biliares e dos canais de menor calibre até à terceira ramificação.

Na fig. 31 está representada a vesícula e os canais biliares dum doente operado há 9 anos (3312), de colecistostomia e drenagem: doente muito culto não quer suprimir a drenagem. Pelo tubo foi injectado um soluto de iodeto de sódio a 10 % e a radiografia fêz-se imediatamente. O resultado foi a melhor descrição anatómica da vesícula e dos canais biliares.

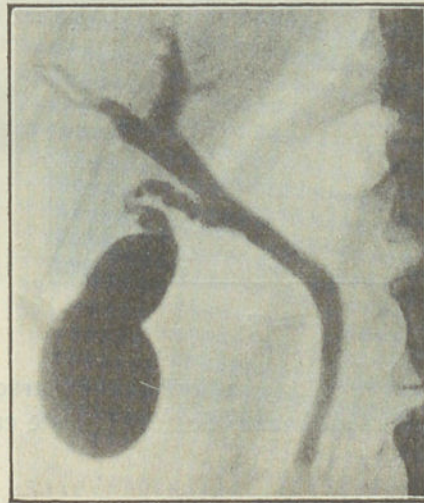


Fig. 31.

Na fig. 32 e 33, vê-se o canal colédoco com a sua terminação duodenal no músculo de Oddi, o canal hepático com as duas ramificações direita e esquerda e ainda outras ramificações superiores. Dentro do canal colédoco há vários cálculos de pigmentos facetados. Não se vê a vesícula nem o canal cístico porque a doente tinha sido operada da colecistectomia, meses antes.

A persistência da fístula biliar, as cólicas, a icterícia febril

fizeram-me suspeitar da presença de cálculos nos canais biliares, o que a radiografia confirmou duma forma tão brilhante.

A prova foi obtida, injectando também pelo tubo de drenagem



Fig. 32.

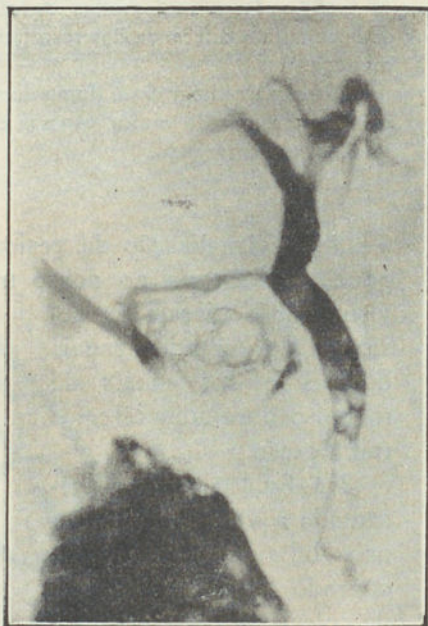
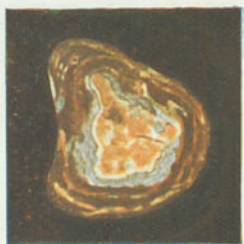


Fig. 33.

que se vê na radiografia, em traço curvo muito fino, o mesmo soluto de iodeto de sódio, neste caso a 25 ‰.

#### ESTATÍSTICA OPERATÓRIA DA 2.ª CLÍNICA CIRÚRGICA E DA MINHA CLÍNICA PARTICULAR

	H	M	Sexo não de-terminado	
Operações .....	30 + 4	83 + 18	9	144
Mortes .....	6 + 2	7 + 2	1	18
Curas .....	24 + 2	76 + 16	8	126





	Curas	Mortes	
Colecistostomias.....	83 + 15	8 + 3	109
Colecistectomias.....	18 + 1	2 + 1	22
Coledocotomias ... ..	2	1	3
Colecisto-gastrostomias ... .	—	1	1
Colecisto-enterostomias.....	1	1	2
Colecisto-duodenostomias ....	2 + 1	—	3
Operação de Kocher.....	—	1	1
Laparotomias.....	1	—	1
Fistulas biliares.....	1 — 1	—	2

O número de operações feitas por mim e pelos meus assistentes foi de 144, cabendo 122 à minha parte.

A mortalidade foi de 12,5 %.

As curas são 87,5 %.

A mortalidade em relação aos homens foi de 23,5 %, e às mulheres 9 %, donde se pode tirar esta conclusão: o homem sendo menos vezes atacado de calculose biliar, a operação é mais grave nêlo do que na mulher.

\*

#### ESTATÍSTICA OPERATÓRIA DOS HOSPITAIS CIVIS DE LISBOA ATÉ AO FIM DO ANO DE 1927

	H	M	Sexo não de-terminado	
Operações.....	63	206	1	270
Mortes.....	20	27	—	47
Curas.....	38	180	1	219
Melhor.....	3	—	—	3
Mesmo estado.....	1	—	—	1

	Curas	Mortes	
Colecistostomias.....	130	30	160
Colecistectomias.....	73	10	83
Coledocotomias.....	4	2	6
Cisto-gastrostomias.....	4	2	6
Cisto-enterostomias.....	1	1	2
Cisto-duodenostomias.....	1	—	1
Operações de fistula.....	6	—	6
Laparotomias.....	4	2	6
	223	47	270

A estatística que deve estar completa refere-se a 38 operadores e vai desde 28 de Maio de 1899 até Dezembro de 1927.

A mortalidade foi de 17,4 % e as curas 81,1 %, mas se fizermos o cálculo segundo o sexo veremos que é de 32 % para os homens e só 13 % para as mulheres.

1.ª *Clinica Médica*  
(Prof. A. Padesca)

---

## ICTERÍCIAS DE RETENÇÃO (1)

PONTOS DE VISTA MÉDICOS

POR

MÁRIO MOREIRA  
Assistente

Vamos encarar um ponto concreto do vasto e mal conhecido problema das icterícias.

Não vimos dizer nada de novo, mas somente indicar a marcha do raciocínio médico até ao estabelecimento do diagnóstico.

Por banal que pareça o assunto e excessivamente modesto o fito, julgamos ocupar útilmente o nosso tempo — e eventualmente o alheio — habituados como estamos a ver reinar a mais desoladora confusão no espírito do clínico chamado a resolver um problema desta ordem.

Conforme indicámos no título e sub-título, vamos referir-nos ao diagnóstico médico das icterícias de retenção. ¿ Que queremos nós significar com o termo «icterícias de retenção» ?

Esta expressão tem um sentido semeológico concreto, que não implica, todavia, uma patogenia unívoca.

Dizemos que há icterícia de retenção quando aquela se mostra *como* produzida por um obstáculo ao curso normal da bile.

Esta noção, que parece banal e intuitiva, é, não obstante, riquíssima de alcance semeológico e demasiadas vezes olvidada na prática corrente.

---

(1) Lição feita ao curso de Patologia Médica em 4 de Maio de 1928.

O diagnóstico de icterícia de retenção repousa num tripé sintomático: — icterícia progressiva, urinas pigmentadas, fezes descòradas.

Dêstes três elementos é o último o de maior alcance prático.

O diagnóstico do estado ictérico fá-lo o povo; o do tipo de icterícia fazem-no as fezes, se o clínico se não esquecer de as interrogar.

Com efeito, fezes descòradas — despigmentadas — revelam à simples vista que não receberam a habitual contribuição da bile. E se a não receberam, é porque esta não chegou até elas — por não existir ou por ter sido desviada. Que existe, e bem, mostra-o a coloração da pele e das urinas: — logo foi desviada ou retida, que é o que queríamos provar (1).

Temos portanto vencida clinicamente a primeira étape da marcha diagnóstica: as fezes descòradas mostram ter sido desviada uma bile, cuja existência a pigmentação da pele e urinas demonstra. Excluída fica dest'arte a hipótese de despigmentação por acolia, aspecto carregado e raro da insuficiência grave da célula hepática.

Para darmos à nossa exposição um carácter absolutamente clínico, isto é, prático, indicaremos em primeiro lugar, e por sua ordem, tudo o que a observação médica, desajudada de qualquer prova laboratorial, permite colher. Num capítulo especial resumiremos a seguir os elementos de laboratório que podem elucidar cada um dos pontos que a dedução semeológica fôr sucessivamente ventilando.

Continuando, portanto, o nosso exame médico, assentaremos em que estamos em face de uma icterícia de retenção — aspecto clínico.

Primeiro caso — o mais simples: — trata-se de uma icterícia catarral (2).

---

(1) Não vale referência larga a possibilidade de falsas icterícias, das quais algumas, como a pícnica, deveram à guerra uma aura de celebridade, actualmente extinta.

(2) A icterícia catarral, descrita entre as icterícias de obstrução pela descoloração das fezes, pertence realmente ao segundo grupo da classificação de Mc Nee: icterícia intra-hepática (tóxica ou infecciosa).



A doença iniciou-se o máximo há um mês, precedida de perturbações digestivas e atribuídas pelo doente a um resfriamento, a uma fadiga ou a um desgosto.

Grande parte das vezes, toda a doença consiste na amarelidão dos tegumentos. O doente consulta-nos porque lhe dizem que está amarelo.

Se o quadro carrega um pouco mais, as perturbações digestivas iniciais persistem sob uma forma de inapetência com digestões preguiçosas e limitada diarréa, a tristeza e sensação de lassitude dominam e muito é se uma lentidão de pulso ou um prurido tenaz indicam a impregnação colálica do organismo.

A evolução total da moléstia faz-se sem febre ou quási, a palpação abdominal é silenciosa.

¿ Por que estão as fezes descóradas na icterícia catarral ?

Tumefacção inflamatória das mucosas, rolhão de muco, alterações da bile, só uma destas razões ou todas em conjunto contribuindo para a obliteração das vias biliares, teem sido trazidas a explicar o fenómeno.

Segunda hipótese.

A icterícia, inicialmente semelhante à anterior, prolonga-se além do período em que aquela costuma ceder, e antes parece acentuar-se gradualmente.

Aqui o quadro é muito mais carregado.

A privação do elemento biliar da digestão, associado à anacloridria que, como veremos, acompanha geralmente as afecções obstrutivas crônicas da vesícula, levam o doente, por inapetência e incompleta digestão, à emaciação intensa. Encontramo-nos então em face de um doente que desde logo revela possuir uma moléstia grave.

O emmagrecimento impressionante, a amarelidão carregada — a comparação da gema de ovo é vulgar — compõem um quadro que nada lembra já o da icterícia catarral, anteriormente esboçado.

A pele, as conjuntivas, os líquidos orgânicos vão amarelecendo até atingirem tons carregados, duma maneira gradualmente progressiva ou com intermitências cuja explicação abordaremos.

As hemorragias cutâneas, nasais ou digestivas são vulgares, revelando o ataque dos endotélios capilares e das próprias

hematias pela toxina biliar, quando não a insuficiência da função hepática.

Os vômitos alimentares, geralmente freqüentes, agravam a desnutrição.

As fezes permanecem imutavelmente descóradas (argila, massa de vidraceiro, fezes de cão) e às vezes gordurosas ou lientéricas.

O hálito do doente, o suor, as urinas, desenvolvem um cheiro repugnante e tão característico, que Matthes diz poder fazer por êle o diagnóstico de uma icterícia às escuras (ou com luz artificial à qual a coloração ictérica é inapreciável). A apiréxia ainda é a regra, o pulso e o prurido podem registrar-se.

O exame do abdómen vai-nos agora encaminhar no sentido diagnóstico dêste caso de icterícia carregada por obstrução.

O fígado está geralmente grande. A simples retenção biliar parece distender o fígado (1). Os processos crónicos aumentam-no de maneira definitiva (cirrose secundária) ou reversível.

O exame da vesícula é fundamental.

Nuns casos é só doloroso o ponto cístico, sem que a vesícula se palpe. Tal é a hipótese de grande número de colecistites.

Em outros casos a vesícula palpa-se aumentada de volume, mais ou menos tensa, mas não dura nem dolorosa. É o quadro das compressões extrínsecas das vias biliares (aderências peritoneais, pancreatites, carcinoma da cabeça do pâncreas, compressão pelo gânglio de Mascagni).

A vesícula pode ainda palpar-se grande, dura e irregular ou nodular se nos defrontarmos com um carcinoma das vias biliares.

A vesícula da colecistite costuma ser pequena, porque a bile se escoia pela via incompletamente obliterada, a irritação da parede pelos cálculos produz a esclerose secundária com a consequente retracção, o liquido possivelmente retido acaba por ser reabsorvido.

Se a bile se escoia totalmente, êstes casos estão fora da nossa rúbrica — retenção.

---

(1) A distensão brusca, na icterícia de obstrução, produz a atrofia do parênquima hepático.

Nas evoluções lentas, a dilatação das vias biliares provoca esclerose reaccional, levando à cirrose biliar.

Nem sempre assim é, porém.

A bile pode escoar-se mais ou menos completamente, continua ou intermitentemente. A icterícia por colecistite calculosa toma muitas vezes um carácter alternativamente de retenção e de fezes côradas.

As alterações da bile, da parede e dos cálculos combinam-se aqui para darem ao problema aspectos variados.

Uma bile retida ou demorada, sofre um princípio de reabsorção líquida — bile espessada e hiperocrômica.

A inflamação vesicular produz muco em larga escala. Às vezes o conteúdo da vesícula é quasi só constituído por muco mais ou menos tinto de pigmento biliar. Êste muco pode ser tão expesso que por si só produza a obstrução.

Pelo contrário, a vesícula pode estar cheia de um líquido muito fluido, côrado ou não, às vezes muito abundante. Esta hidropisia da vesícula é quasi característica das compressões extrínsecas (carcinoma da cabeça do pâncreas).

A purulência do conteúdo da vesícula — empiema vesicular — ajuda-se dos sinais clínicos da supuração, integrando o caso desde logo no fôro cirúrgico.

Uma colecistite calculosa pode realizar um quadro típico de icterícia de retenção. É o caso de um cálculo migrador se encravar no colédoco.

O obstáculo torna-se definitivo (1), a irritação da parede, aumentando o espasmo e tumefacção, agrava-o, as alterações da bile retida completam-no. A confusão entre compressão extrínseca neoplásica e obstrução calculosa é fatal e não raras vezes quasi insolúvel.

Todavia, a obstrução por cálculo do colédoco não é sempre total, como as considerações do anterior parágrafo fazem desde já prever.

Uma deslocação do cálculo, a mudança de posição do doente, um abrandamento do espasmo ou da tumefacção parietais, são suficientes para permitirem um escoamento mais ou menos importante da bile, roubando intermitentemente à icterícia o tipo retencionista.

---

(1) Há casos de desencravamentos espontâneos.

É o caso daqueles doentes a quem diminui a icterícia quando se levantam e se lhes agrava quando se deitam.

Estabelecidos êstes dados diagnósticos pelo exame da vesícula, vejamos que sintomas associados poderão auxiliar a elucidação do problema.

A dor é elemento de valia para tal fim.

Um doente com uma icterícia catarral ou com uma icterícia obstrutiva por compressão extrínseca, tem, quando muito, uma dor surda do hipocôndrio respectivo.

A cólica, bem caracterizada, é sinal nobre de colelitíase (1).

Uma dor forte e persistente da região vesicular pode acompanhar as reacções plásticas das pericolecistites ou as neoplasias das vias biliares.

Icterícia forte de retenção, indolor, é quasi sempre devida a compressão extrínseca do colédoco, nomeadamente por cancro da cabeça do pâncreas. Mas, muitas vezes, uma obstrução litiásica pode fazer-se sem a clássica cólica e até sem que o doente a possa referir no passado mesmo remoto.

## PROVAS FUNCIONAIS

Geralmente o diagnóstico clínico não progride mais pela simples observação, do que o que exposto fica.

Se algumas vezes é suficiente, na maioria delas é pouco, e temos de nos socorrer de provas funcionais para esclarecimento final.

Praticamente, vale a pena fazer duas provas funcionais: — a tubagem duodenal e a colecistografia.

A *tubagem duodenal* é uma operação simples e ao alcance de todos os clínicos.

---

(1) Em 30% dos casos de cólicas, da estatística de Ch. Mc Vicar e Will Fitts, referente a estenoses biliares benignas, não havia litíase.

A explicação estaria em espasmos reflexos ou em dor por distensão brusca das vias a montante do obstáculo. Mas não se explica então porque não há cólica na distensão brusca das vias biliares por carcinoma da cabeça do pâncreas.

A introdução do tubo de Einhorn é facilíma e se algumas raras vezes falha não é pela falta de habilidade do operador, mas por condições próprias do doente (nervosismo, espasmos ou obstruções do piloro, etc.).

É um método que não vimos generalizar-se, o que merece e que, contudo, tem condições de aplicação clínica formidáveis, pela simplicidade de que se reveste e pelos resultados que fornece.

O preço do aparelho é limitado e a improvisação fácil. Um metro de tubo de cauchú mole de 3-4 mm. de diâmetro, uma oliva metálica perfurada lateralmente e uma vulgar seringa de vidro de 20 c. c. realizam o aparelho em caso de necessidade.

Para o fim que nos ocupa, o que interessa verificar é a penetração da bile no duodeno, isto é, a permeabilidade das vias biliares, que às vezes pode não ficar demonstrada pelo simples aspecto das fezes.

Introduzido o tubo no duodeno, o aspecto do líquido colhido elucida-nos sobre a permeabilidade em estudo.

Os conhecidos aspectos da bile A, B e C, ou seja canalicular, vesicular e hepática, quando obtidos, dizem-nos, sem mais exames que as vias biliares não estão obstruídas. A prova de Meltzner-Lyon, consiste em última análise em provocar pela introdução de um soluto de sulfato de magnésio no duodeno a expulsão da bile contida na vesícula e que se identifica pelo seu aspecto peculiar.

A prova de Meltzner-Lyon realiza-se introduzindo pela sonda duodenal 20-30 c. c. de soluto de sulfato de magnésio a 30%, o qual teria o efeito de provocar, por mecanismos discutidos (relaxamento do esfíncter de Oddi, contracção da vesícula), a expulsão para o duodeno da bile vesicular. Na Alemanha, substituíram, sob a designação de prova do Stepp, o soluto de sulfato de magnésio pela mesma quantidade de soluto a 10% de peptona de Witte.

O estudo da bile B, atribuída à vesícula, constituiria o scopo fundamental da prova, sendo impossível obtê-la nos casos de obstrução biliar e mostrando-se alterada nas afecções daquele órgão.

Para Einhorn, a bile B seria hepática e não biliar, visto que a obtem em doentes privados de vesícula, operatória ou funcionalmente.

Matthes considera a bile B de origem vesicular, tendo-a encontrado ausente nos doentes desprovidos de vesícula.

O estudo celular das diferentes biles, levado a efeito por Rothmann, que dêle tirou interessantes deduções diagnósticas sobre o estado patológico respectivo das vias intra-hepáticas e da vesícula (angiocolite e colecist

não obteve confirmação nas experiências da Snr.<sup>a</sup> Lanjanke no serviço do citado Prof. Matthes.

As investigações de Lepehne mediante a injeção simultânea de matérias corantes, não lograram demonstrar se a bile mais escura — bile B — é vesicular ou se é somente uma bile concentrada.

Maior valor diagnóstico teria porventura a noção de que a bile da vesícula tem sempre urobilinogênio, emquanto que êste é inconstante na bile hepática.

Se analisarmos ao microscópio a bile B e reconhecermos que contém pús, sangue, muco ou células provenientes da descamação epitelial, teremos a confirmação de um diagnóstico de colecistite.

Quando a prova fôr negativa, isto é, quando não obtivermos bile na tubagem duodenal correctamente realizada, só lhe poderemos dar valor se fôr constatada em observações sucessivas: — intermitência da excreção biliar em certas afecções hepato-biliares sem obstrução.

Como não temos o fito especial de descrever os pormenores técnicos, mas somente apreciá-los sob o ponto de vista da sua aplicação prática e interpretação, não nos deteremos sobre êles, pedindo-lhes que consultem um dos múltiplos manuais que se dedicam a êste assunto.

Em conjunto, e como para muitos outros dados de análise, podemos dizer que uma prova positiva corta a questão, demonstrando a permeabilidade das vias biliares, emquanto que a prova negativa permite a persistência de dúvidas, pela constante possibilidade de causas de êrro.

O mesmo tubo de Einhorn pode servir-nos para verificações indirectas, mas que nem porisso deixam de trazer interessantes dados ao problema. Já atrás dissemos que nas colecistites crónicas obliterantes havia freqüentemente anaclorídria gástrica. Sabendo como uma generalização hepática de um carcinoma gástrico pode produzir uma icterícia, cujo diagnóstico terá de ser feito das demais, não necessitamos insistir sobre o interêsse que tem a colheita do suco gástrico e o estudo em série que dêle podemos fazer, com o auxílio do referido tubo. A colheita deliberada do suco gástrico, como tempo preliminar da tubagem duodenal é técnica que sempre adaptamos nestes exames.

Se um exame positivo neste ponto de vista pouco adiantará para o diagnóstico entre as duas citadas enfermidades — a semelhança dos conteúdos gástricos vai até à presença de bacilos de Oppler-Boas nas colecistites crónicas —, a restrição do problema a estas duas espécies mórbidas, ou a sua exclusão (provável para a colecistite, quasi certa para o cancro) em face de um líquido ácido, são ajudas diagnósticas extremamente apreciáveis (1).

*A colecistografia* — método de Graham — é um método radiológico e que necessita, portanto, da colaboração do especialista.

Tem, todavia, tal importância, que julgamos dever aconselhar a aplicação d'ele sempre que seja possível.

Consiste essencialmente em administrar ao doente, por via bucal ou parenteral (intravenosa) um sal derivado da fenoltaleína — o tetra-bromo ou o tetra-iodo, o qual, sendo opaco aos raios X e eliminando-se pelas vias biliares, é susceptível de desenhar a vesícula duma maneira perfeita. A obtenção de uma imagem vesicular normal ou alterada, a demonstração da permeabilidade ou obstrução dos ductos biliares, são aquisições semeológicas de primeira importância, que devemos sempre tentar conseguir.

A prova falha às vezes de uma maneira inexplicável e falha principalmente quando o tetra-iodo (ou tetra-bromo) é ministrado «per os», provavelmente por deficiente absorção intestinal.

Por via endovenosa, é bem tolerado e nunca vimos sinal de intoxicação ou choque. O único inconveniente que registámos em um caso, foi a obliteração total da veia injectada (2).

As imagens obtidas são muitas vezes notavelmente belas.

É óbvia a conveniência de bem nos familiarizarmos com a imagem da vesícula normal, obtida por este método, para que saibamos interpretar criteriosamente o resultado alcançado.

Ainda aqui o resultado negativo não tem valor decisivo, sendo pelo contrário o positivo suficiente para demonstrar que, na ocasião do exame, o acesso à vesícula não estava interrompido.

---

(1) A estatística de Rhodes dá uma percentagem de 75% de hipo ou aquilia em 200 casos operados de litíase biliar.

(2) As doses e diluições do medicamento variam com os autores. Pessoalmente, usamos, como Gosset e Loewy, 0,04 gr. por kg. de peso em soluto a 5%: em regra 2,40 gr. em 50 c. c. de água destilada para um doente de 60 kg. Injectar muito lentamente — 5 minutos.

São as colecistites calculosas que melhor se evidenciam com este processo. As vesículas opacas, semeadas de pequenas manchas transparentes (cálculos de colesterina) ou mais densas são tão sugestivas que não imaginamos poder haver prova mais demonstrativa.

Mas este resultado é pouco freqüente e na maioria dos casos temos de nos contentar com as simples imagens uniformemente opacas de vesículas alteradas na posição, forma e dimensões, sufficientísimas, não obstante, para o diagnóstico que buscávamos.

Chegado o exame clínico a esta fase, é raro que não tenhamos já uma impressão diagnóstica fundamentada.

Às vezes não é assim.

Nestes casos, importa dizê-lo desde já, vamos possivelmente até à mesa de operações com as hesitações da primeira hora e não seria a primeira vez que aquela mesma se mostrasse incapaz de resolver o problema.

Isto são os casos extremos, particularmente difíceis, e que não devem afectar a nossa orientação diagnóstica.

Geralmente, a anamnese, o exame clínico e as duas provas funcionais descritas (tubagem duodenal e colecistografia) dão-nos o diagnóstico.

Quando tal não sucede pode às vezes o laboratório contribuir para o esclarecimento de um ponto obscuro do problema.

Não vamos, é claro, descrever tôdas as verificações que a propósito de icterícias podemos requerer ao analista. Referiremos somente aquelas que nos parecem úteis e de que costumamos lançar mão na pesquisa dos nossos casos.

Praticamente, dividiremos as provas de laboratório em duas grandes rúbricas:

- a) provas de insuficiência hepática,
- b) provas de retenção biliar,

reconhecendo que algumas podem ser elucidativas nos dois aspectos da questão. Desde já queremos acentuar que as provas de insuficiência hepática, ainda que muito interessantes debaixo dos pontos de vista prognóstico e cirúrgico, não teem uma importância fundamental para o diagnóstico das icterícias.



Todos sabemos que há lesões extensíssimas do fígado com uma integridade muito suficiente das funções celulares parenquimatosas. Por outro lado, a icterícia pode ser intra-hepática — queremos dizer, como Mc Nee, por lesão celular hepática, ou simplesmente obstrutiva, sem que as verificações da insuficiência parenquimatosa nos forneçam elementos diagnósticos de valia.

Os estados de insuficiência hepática, são geralmente dissociados, isto é: enquanto umas funções estão íntegras, mostram-se outras largamente comprometidas.

Também de nenhum modo devemos considerar êstes *déficits* funcionais como definitivos, visto que algumas vezes se podem corrigir, após a atenuação da causa mórbida que os provocava.

Estas reflexões parecem-nos de grande utilidade quer para a justa avaliação do poder funcional global do fígado, em face do resultado de determinada prova, quer para a decisão terapêutica que tenhamos de eleger, nomeadamente no campo cirúrgico.

## PROVAS DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

### PROVAS DE ELIMINAÇÃO PROVOCADA DOS AÇÚCARES

#### 1 — *Levulosúria experimental.*

Abandonada a velha prova da glicosúria experimental de Colrath, pelas múltiplas causas de êrro de que se revestia, entre as quais avultava a da combustão muscular daquele açúcar e a importância do elemento pancreático, propôs Strauss o emprêgo da levulose, em técnica muito semelhante, a qual fugiria em parte a estas críticas.

Do valor da prova, podemos aquilatar pela estatística daquele mesmo autor que teria obtido um resultado positivo — levulosúria após a ingestão de 100 gr. de levulose em 10 % de indivíduos sãos e em 78 % de hepáticos.

Hohlweg acharia mais significativa a pesquisa dos limites de tolerância, partindo de valores inferiores e teria verificado que os hepáticos experimentaram levulosúria a partir da ingestão de 25 gr. dêste açúcar.

Colocando-nos agora sob o ponto de vista restricto do diagnós-

tico da retenção biliar, ainda a prova parece útil, visto que costuma dar resultados positivos na oclusão de colédoco por cálculo, emquanto que nas neoplasias é negativa ou indecisa, a menos que o próprio tumor comprima o colédoco, obtendo-se então resultados positivos mas «insignificantes».

Dada a freqüente hesitação entre carcinoma da cabeça do pâncreas e cálculo encravado no colédoco, Hohlweg propôs que se utilizassem estas provas para o diagnóstico diferencial. A razão do comportamento diverso em face de cada um destes casos deve residir na rapidez com que se faz a oclusão. Ainda na icterícia catarral que, como vimos, funciona como uma icterícia de retenção, a prova é positiva e este resultado pode prolongar-se até quatro semanas após o restabelecimento da permeabilidade do colédoco, o que se deve ter em conta na avaliação da marcha da doença.

Nas cirroses do fígado e na sífilis hepática, os resultados são variáveis conforme os casos e até no mesmo doente, no decurso da evolução, o que torna a prova inaproveitável nestas formas. De maior valia se mostra nas icterícias de causa extra-hepática — hemolíticas e leucémicas — em que se mostra negativa e Lippman chama justamente a atenção para o partido que neste caso dela se pode tirar.

Ha duas causas de erro na apreciação desta prova.

As doenças febris tornam-na positiva (Schmidt).

Certas doenças renais, que elevam o limiar, impedem a excreção urinária do açúcar, ainda quando este exista em excesso no sangue (Schirokauer).

#### *Técnica da prova.*

Ingestão de 75-100 gr. de levulose em café, de manhã, em jejum.

Colheita de urinas isoladas de 2 em 2 horas durante 6 horas.

Pesquisa da levulosúria pela

#### *Reacção de Selivanoff.*

1 parte de urina + 1 parte de H Cl a 25% + alguns cristais de resorcina — cecção breve.

Se a urina fôr corada, por exemplo, na icterícia, descórá-la preliminarmente pela agitação com carvão.

Resultado: positiva — cor vermelha — precipitado vermelho-pardo, solúvel em álcool.

*Nota* — Fazer o ensaio com a urina antes da prova, porque outras cir-

cunstâncias podem tornar o resultado positivo. A ser assim, temos de lançar mão do polarímetro que dá a análise quantitativa. Estando o polarímetro graduado para a dextrose, multiplicar cada divisão por 0,57 para achar o valor da levulose. A prova será positiva — patológica, quando para a ingestão de 100 gr. de levulose, a eliminação fôr superior a 0,1% (Frey).

## 2 — *Galactosúria.*

Tendo-se verificado que a prova da levulosúria não dava, em suma, diferenças diagnósticas mais nítidas do que a simples noção de afecção hepática (Matthes), lançou-se mão do estudo da eliminação experimental da galactose, que depois de Bauer vinha sendo ensaiada.

Sendo muito variável a tolerância dos indivíduos sãos para este açúcar, só a prova quantitativa se reveste de valor: galactosúria superior a 3 gramas.

Verificou-se então que a prova dava resultados positivos nas enfermidades que atingem o parênquima hepático: — icterícia catarral, intoxicação pelo fósforo, degenerescência gorda —; sendo, pelo contrário, negativa nas afecções localizadas, como sejam os obstáculos mecânicos à saída da bile: colelitíase, carcinomas.

Os resultados seriam variáveis nas enfermidades acensionais, em que aos processos degenerativos se associam intensas proliferações regenerativas, como a cirrose e a lues hepática.

Do exposto se deduz que para o nosso ponto de vista, a prova será sobretudo útil para o diagnóstico diferencial entre a icterícia catarral e a icterícia de retenção (Wörner).

### *Técnica da prova.*

I — Tomar pela manhã, em jejum, 40 gramas de galactose. Colher urinas separadamente de 2 em 2 horas, durante as 12 horas seguintes.

II — Dosear ao polarímetro: multiplicar por 0,7 cada divisão do polarímetro graduado para a glucose.

O resultado é positivo quando a galactosúria fôr superior a 3 gramas.

## II — CROMO-DIAGNÓSTICO

### 1 — *Azul de metilena.*

A velha prova de Castaigne, que consistia na injeção sub-cutânea de 0,05 de azul de metilena, seguida do estudo da eliminação

intermitente do còrante pelas urinas recolhidas de 2 em 2 horas durante as horas seguintes, teve de ser abandonada, dada a importância dos elementos renal e tissular que nela influíam.

Mas Roch, fundado na observação de que o fígado doente é incapaz de fixar o azul de metilena ingerido a partir de certa dose, estuda a rapidez e intensidade de eliminação urinária do còrante administrada por aquela via.

#### *Técnica da prova.*

De manhã, em jejum, tomar uma hóstia com 0,002 grs. de azul de metilena. Colhêr 3 amostras de urinas de 4 em 4 horas. Sendo incolores, acidificar com ácido acético glacial e ferver (possibilidade da presença de leucobases).

Babaliantz confirmou o valor desta prova, mas não resta dúvida que, como para a prova de Castaigne, os factores de êrro representados pelo estado renal, o grau de absorção intestinal e a variabilidade de tolerância hepática ao còrante, mesmo nos indivíduos sãos, opõem uma grande restrição ao alcance prático desta pesquisa.

Ainda com o mesmo fundamento Rosenthal e V. Falkenhansen, pesquisaram no suco duodenal, colhido pela sonda de Einhorn, a rapidez de eliminação do còrante administrado previamente em injeção sub-cutânea ou intramuscular.

A eliminação seria mais rápida nos hepáticos, mas as causas de êrro acima referidas ainda aqui tiram todo o valor à prova.

O azul de metilena tem portanto de ser abandonado para o fim em vista.

## 2 — *Fenoltetraclorofaleína.*

Esta prova de retenção còrada, seria positiva nos hepáticos e negativa nos sãos, cujo fígado elimina totalmente o còrante administrado.

Noel Fiessinger e Longchampt afirmam que só uma das funções do fígado, em que a célula de Kuppfer está mais interessada do que a hepática, é explorada por esta prova, pelo que se notam grandes divergências com os resultados das outras provas de insuficiência hepática.

Uma vez administrado o còrante, êste deve ser totalmente eliminado pela bile de um fígado sã, emquanto que será em parte retido pelo fígado insuficiente. Esta retenção seria paralela à da bilirubina na icterícia e daí o interêsse da prova.

Dispomos habitualmente de três métodos para investigar esta retenção.

Pela técnica de Whipple e Rowntree, pesquisa-se o còrante eliminado nas fezes; pela de Mc Neil e Kahn no conteúdo duodenal por tubagem; pela de Rosenthal, que se tornou quasi regulamentar no nosso serviço (Dr. Rosário Costa), a retenção do còrante no sôro sangüíneo.

A eliminação urinária da fenoltetracloroftaleína não seria, segundo as experiências de Fiessinger e Walter, exclusivamente atribuível à retenção hepática patológica e haveria normalmente um coeficiente de eliminação renal.

Esta causa de êrro diminuiria em parte o alcance da prova, a qual não seria, segundo alguns autores, inteiramente inofensiva.

Devemos dizer que até hoje não tivemos no nosso serviço nenhum acidente a deplorar na pesquisa da prova de Rosenthal.

#### *Técnica de Rowntree e Whipple.*

Injecção intravenosa de ftaleinatetraclorada, pesquisa nas fezes recolhidas nas 48 horas seguintes, após purgante. Considera-se normal a eliminação de 30-50% da ftaleína injectada.

A apreciação do còrante eliminado nas fezes está eivada de causas de êrro o que lhe diminui o valor.

#### *Técnica de Mc Neil e Kahn.*

Injecção de còrante e colheita do conteúdo duodenal por tubagem. Colhêr as amostras em soluto de soda, que, em contacto com a ftaleína forma uns aneis vermelhos.

#### *Técnica de Rosenthal.*

Pesquisa não directamente a eliminação, mas a retenção do còrante no sôro sangüíneo.

Injecção intravenosa de 0,005 grs. de fenoltetracloroftaleína por Kg. de pêsso do doente.

Colheita de sangue, no outro braço, 15 minutos e 1 hora após a injecção.

Juntar ao sôro assim colhido o soluto de soda e compará-lo a ôlho nú com as testemunhas (soluções do còrante a gradações crescentes). Nos hepáticos o còrante fica retido no sangue durante mais tempo.

### *Bromosulfaleína.*

O próprio Rosenthal e E. C. White reconhecem certos inconvenientes à fenoltetracloroftaleína: trombose venosa, choque, necessidade de dose elevada, concentração no sangue pouco elevada (55% o máximo) mesmo nas mais fortes lesões hepáticas.

Procurando outros corantes que fugissem a estas críticas propuzeram a bromosulfaleína (1) que, não tendo estes inconvenientes, é excretada pela bile de coelhos normais em percentagens de 85% numa hora após a injeção intravenosa. Esta eliminação seria toda função do fígado, visto que nos animais privados desta víscera a retenção do corante no sangue é quasi total durante horas.

Tendo a experimentação no homem dado resultados concordes, regulou-se a técnica e a prova da bromosulfaleína, figura entre as mais úteis dentro as do cromo-diagnóstico pela inocuidade e nitidez da verificação.

#### *Técnica.*

Injeção intravenosa de 0,002 grs. por kg.; colheita de sangue por punção venosa meia hora depois. Coagulação e centrifugação do sangue, repartição do soro em dois tubos, num dos quais se deita uma gota de soda a 10% (para evidenciar o corante) e no outro uma gota de ácido clorídrico a 5% para clarificar o soro). Comparação com tubos testemunhas: solutos do corante, alcalinizados com soda, em graduações crescentes de 10 a 100%.

A associação da prova de Rosenthal à tubagem duodenal conforme os processos de Aaran, Beck e Schneider ou de Piessol e Bockm, constitui um precioso auxiliar diagnóstico das hepatites, cirroses ou cancros.

### *3 — Carmim de indigo.*

Fundada nos trabalhos de Woelker, esta prova é somente qualitativa, porque a eliminação é tão arrastada que não permite a determinação da quantidade total do corante expelido.

---

(1) Fenoltetrabromoftaleína sulfonato de sódio.

# GÍNECÍNA

Extracto hormonal  
pluriglandular á base de ovarios, capsulas  
suprarrenaes, hipofises e tiroidea.

De optimo resultado em todos os casos de : Irregularidades menstruaes.  
— Perturbações da menopausa. — Neurastenia sexual. — Histerismo. —  
Accidentes consecutivos á ovariectomia. — Nevroses cardiacas. — Asma  
nervosa. — Neurastenia geral.

Foi para obviar as perniciosas  
consequencias derivadas da in-  
sufficiencia das glandulas endo-  
crinicas que foi preparada a

## GÍNECÍNA

que é isenta de principios exci-  
tantes tornando-se mais econo-  
mica e de resultados mais segu-  
ros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.<sup>a</sup> para os seguintes  
preparados de criação propria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios :

### EXTRACTO OVARICO COMPLETO

INDICAÇÕES : Histerismo, idade critica, aci-  
dentes consecutivos á ovariectomia. Vomitos  
ocasionados pela gravidez. — DOSE : 2 a 3  
comprimidos por dia antes das refeições.

### EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO

N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto  
Ovarico Antiamenorreico não obtiver o resul-  
tado desejado, continue o tratamento com o  
*Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* —  
DOSE : 2 comprimidos por dia

### EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO

INDICAÇÕES : *Retenção ou desaparecimento  
da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias  
antes da data em que devia aparecer a mens-  
truação. — DOSE : 1 comprimido por dia e  
aumentar sucessivamente até 3.

### EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO

INDICAÇÕES : Hemorragias uterinas. — DO-  
SE : 3 comprimidos por dia. Raras vezes este  
extracto falha mas caso se registre este facto  
convidamos V. Ex.<sup>a</sup> a recorrer á

**TIROIDINA Seixas-Palma,**  
em Tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

**Este preparado não provoca reacção**

---

Esta bioplastina nacional, escrupulosamente preparada e ensaiada na clinica hospitalar de Lisboa, rivalisa com a sua congénere estrangeira e impõe-se pelo seu preço reduzido.

---

**Receitae a**

# NEO=PLASTINA

## SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

**Porque é**

DE ASEPSIA GARANTIDA  
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE  
DE APLICAÇÃO INDOLOR  
PRODUCTO PORTUGUÊS  
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÉNERES

---

TODOS OS EX.<sup>MOS</sup> CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup> — Rua da Prata, 237 — LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS L.<sup>DA</sup> — Rua das Flores, 153 — PORTO

---



*Técnica.*

Injecção intramuscular de 0,24 grs. do corante (Hatiegann), ou intravenosas de 2 cm<sup>3</sup> de soluto a 2% (Lepehne).

Pesquisa da eliminação biliar pela tubagem duodenal. Normalmente a bile assim recolhida toma uma cor verde especial nos 15-45 minutos seguintes. Nos hepáticos há atraso ou mesmo ausência de eliminação do corante.

N. B. — O vermelho do Congo foi usado por estes autores com técnica e fins idênticos.

*4 — Rosa bengala.*

O estudo da eliminação biliar dos corantes que vimos estudando, teria uma grande causa de erro, que sendo máxima no azul de metilena não deixaria de existir nas restantes — o coeficiente da eliminação renal.

Para fugirem a esta crítica, Kerr, Delprat, Epstein e outros, propuzeram o emprego do rosa bengala que se não eliminaria pelo rim, sendo, por outro lado, mais inofensiva do que a da fenoltetracloroftaleína.

O único inconveniente apontado para ela, é a possibilidade da «cromemólise» — ou seja a hemólise provocada pela luz no paciente injectado com o rosa bengala — ao qual se pode fugir conservando o doente em semiobscuridade nas horas que seguem a prova.

*Técnica (1).*

Injecção intravenosa de 0,015 grs. de corante por 10 kg. de peso. Colheita de sangue 45 minutos depois e doseamento por comparação com solutos titulados do corante.

A-pesar-de tudo parece que ainda aqui a eliminação renal não é factor inteiramente ausente, se bem que menor.

O estudo pormenorizado desta prova e a estatística dos resultados obtidos farão objecto de uma próxima publicação dos Drs. Rosário Costa e Mário Rosa.

---

(1) Simplificada por N. Fiessinger. A dos autores americanos é muito mais complexa.

## III — FUNÇÃO UREOPOIÉTICA

1 — *Análise de urinas.*

O exame das urinas, outrora tão praticado no estudo da insuficiência hepática, principalmente no que dizia respeito à hipozotúria, tem visto o valor gradualmente restringido a ponto de hoje se procurar quasi só o coeficiente de imperfeição ureogénica e a urobilinúria.

Com efeito, a velha noção de que a insuficiência da função ureopoiética do fígado acarretava como corolário uma diminuição urinária do azoto ureico com aumento do amoniacal, tem visto o seu alcance gradualmente diminuído pelo conhecimento de que a eliminação do amoníaco é uma função da acidose e a diminuição da ureia influenciada pelo regime alimentar (1), estado dos rins, desintegração tissular, etc.

Pensou-se um momento que a amino-acidúria, revelando a imperfeição da função ureopoiética pela presença destes corpos azotados intermediários, teria mais valor (W. Frey).

Se é certo que este autor conseguiu encontrar os amino-ácidos aumentados na cirrose, muitas doenças extra-hepáticas podem dar idênticos resultados (doenças infecciosas, carcinomas, leucemias, diabetes). Como para o azoto amoniacal, parece que a amino-acidúria é também função da acidose.

Ela tem sido, em todo o caso, procurada e o seu valor, em relação ao azoto total, varia em roda de 0,5 a 3,5 %, elevando-se mais nas afecções hepáticas (Bith, Kober).

Uma prova de amino-acidúria provocada, teria mesmo sido tentada, dando lugar a idênticas verificações.

Deixando de parte, pelas razões expostas, a relação azotúrica  $\frac{N \text{ ureia}}{N \text{ total}}$ , normalmente igual a 0,82 e tanto maior quanto melhor fôr o funcionamento hepático, é o coeficiente de imperfeição ureogénica de Maillard que melhor parece prestar-se a exprimir o poder ureopoiético do fígado.

---

(1) Costumamos obviar a este inconveniente pondo os doentes a regime fixo 5-7 dias antes.

A relação  $\frac{N \text{ formol}}{N \text{ formol} + N \text{ ureia}}$  (1) exprime esta variação recíproca do N ureico e do N amoniacal e é normalmente igual a 6,2, aumentando em proporção com as perturbações da ureogénese.

A noção da génese do amoníaco urinário ao nível do rim, em função da acidose tão freqüente nas afecções hepáticas (Labbé), enfraquece o rigor de tôdas estas relações numéricas e porisso Fiessinger propôs corrigi-las, calculando um coeficiente amoniacal reduzido em função do pH urinário.

Praticamente, estas causas de êrro podem ser reduzidas pela fixação do regime alimentar e a investigação do estado renal e a avaliação do coeficiente de imperfeição ureogénica de Maillard, mesmo não corrigido, é digno de ser conservado (Brulé).

## 2 — Análise do sôro sangüíneo.

O coeficiente azotúrico do sôro sangüíneo, normalmente igual a 0,7, eleva-se nas nefrites com azotémia e diminui nos hepáticos.

A coexistência possível destas duas afecções pode permitir que o coeficiente permaneça normal, visto que o aumento devido à primeira pode ser desfalcado pelo *deficit* produzido pela segunda. Por outro lado, o regime alimentar influenciaria aquela relação, no dizer de P. Brodin, ao contrário do que faziam supôr as investigações de Javal.

Para obviar a êste inconveniente, propôs aquele autor que se estudasse antes o *azoto residual*, subtraindo o azoto da ureia do azoto total.

Êste azoto residual seria constituído pelo azoto do amoníaco, dos amino-ácidos, do ácido úrico e da creatina e andaria normalmente abaixo de 0,87 por litro. Na insuficiência hepática, a síntese imperfeita da ureia dá origem à maior produção daqueles corpos intermédios e o azoto residual será portanto aumentado.

Êste cálculo terá maior valor se nos lembrarmos que a retenção azotada de origem renal não o influencia, vista a coexistência do aumento do azoto total e do ureico nêste caso.

---

(1) O azoto doseado pelo formol é a soma do azoto amoniacal + amino-ácidos + ácido úrico. O azoto da ureia é geralmente obtido pelo hipobromito.

O doseamento dos amino-ácidos no sôro sangüíneo não desalbuminado, revela igualmente que nos hepáticos pode estar aumentado o azoto aminado.

Em conjunto, vemos que o valor do estudo da função ureopoiética do figado, é limitado pela noção das causas do êrro motivadas pelos factores extra-hepáticos que influem nos resultados.

Êstes são portanto sempre relativos e só por si não autorizam afirmações definitivas.

#### *IV — Urobilina*

Esta prova pode considerar-se comum às de insuficiência e às de retenção, visto que noções de uma e outra rúbrica dela podem derivar.

Segundo a doutrina corrente, a urobilina forma-se no intestino à custa da bilirrubina e, reabsorvida, é levada ao figado que a transforma novamente em bilirrubina na sua maior parte, lançando o resto no intestino (1).

Se o figado estiver doente, esta transformação não se pode fazer e a urobilina proveniente do ciclo êntero-hepático é lançada na corrente circulatória, aparecendo portanto na urina.

Nêste primeiro aspecto da questão, a pesquisa da urobilinúria aparece-nos como prova de insuficiência hepática, lesional ou funcional se uma destruição maciça de hemátias libertar matéria còrante em tão grande quantidade que o figado seja incapaz de a transformar totalmente em pigmento normal (icterícias hemolíticas).

Mas se uma icterícia franca e intensa coincide com a ausência da urobilinúria, podemos perfeitamente conceber que esta falha representa a obstrução das vias biliares, impedindo que a matéria còrante atinja o intestino, sede da transformação em urobilina.

Nesta hipótese, a prova é de retenção biliar, não nos pare-

---

(1) Embora nada nos autorize a afirmar que esta doutrina é definitiva, julgamos só dignas de interêsse histórico, aqui descabido, tôdas as outras que os tratados referem.

cendo de grande valor, na prática, a demonstração da possível formação de urobilina no fígado, feita por Fischer..

Ultimamente, tem-se dado mais atenção à pesquisa do urobilinogénio que aparece nas urinas recém-emitidas da maior parte dos hepáticos, mesmo quando se mostram despigmentadas, transformando-se em urobilina em contacto com o ar.

O valor da prova é porém limitado, visto que pode aparecer urobiligénio nas afecções gastro-intestinais, nomeadamente no carcinoma (metastase hepática, Erich Meyer), peritiflites, nas doenças infecciosas (escarlatina), pulmonares, cardíacas, etc.

Contudo, quando após uma obstrução biliar prolongada, o urobilinogénio reaparece nas urinas, indica a repermeabilização dos ductos biliares, sendo indicio de considerar.

#### *Técnica.*

*Urobilina. Reacção de Schlesinger*—1 parte de urina + 1 parte de solução alcoólica de acetato de zinco a 10% (agitar); filtrar até aclarar; alcalinizar levemente com amoníaco. Resultado: positivo, fluorescência verde. Pode fazer-se a prova quantitativa pelo método das diluições.

*Urobilinogéneo. Reacção aldeídica de Erlich.*—2 gr. de «paradimetilamidobenzaldeído» de Erlich + 30 gr. de H Cl concentrado + 70 gr. de H<sub>2</sub> O.

Ajuntar 2 gotas desta mistura à urina, que avermelha a frio se a reacção é positiva forte e depois de aquecida se é positiva fraca. Ao espectroscópio revela-se pela característica faixa de absorção entre as linhas D e E.

N. B.—A reacção também é positiva para os derivados instáveis do pirrol, p. e. os derivados não cristalizados de hemoglobina e da matéria corante da bile (Fischer, Mayer, Betz).

#### *V — Hemoclásia digestiva.*

Para terminarmos esta rápida enumeração das provas mais importantes da insuficiência hepática, fazemos uma leve referência à da hemoclásia digestiva que Widal propôs para evidenciar as alterações latentes do fígado.

Partindo do princípio que um dos papeis fundamentais do fígado é a transformação das albuminas estranhas (alimentares ou outras) em produtos assimiláveis inofensivos, procura obter um choque protéico no período digestivo daqueles que, por insuficiência hepática, não estão ao abrigo deste acidente.

Estudadas, para este fim, as alterações sangüíneas normais

do período digestivo e comparadas com as que revelam a hemo-clásia no enfierno de figado, poderam-se estabelecer os dois seguintes quadros de cuja comparação resulta o valor da prova.

*Indivíduo são :*

Leucocitose  
Hipertensão  
Índice refractométrico aumentado  
Coagulabilidade diminuída

*Insuficiente hepático :*

Leucopénia com mononucleose  
Hipotensão  
Índice refractométrico diminuído  
Coagulabilidade aumentada

*Técnica.*

Em indivíduo em jejum desde a véspera à tarde, ingestão de 200 grs. de leite. Colheitas de sangue por picada e medição de tensões arteriais de 20 em 20 minutos.

Para fins clínicos pode bastar a contagem dos glóbulos brancos 1 1/2 hora após a refeição.

### PROVAS DA RETENÇÃO BILIAR

As provas de que usualmente lançamos mão, são, além da pesquisa dos pigmentos, sais biliares e urobilina nas urinas, a *reacção de Van den Bergh* e o estudo do *index ictérico*.

Pouco nos deteremos sobre as primeiras, vulgares como são em toda a parte.

Os pigmentos biliares pesquisam-se pelo espectroscópio ou pelas reacções nítricas (transformação da bilirrubina em biliverdina) pela adição do reagente nítrico-nitroso (1); os sais biliares pelo método de Hay, fundado na diminuição da tensão superficial da urina que os contém, revelada pela queda da flor de enxôfre cuidadosamente deposta à superfície.

Esta última prova, esquecida, pode dizer-se durante alguns anos, teve agora um despertar de actualidade, merecendo favoráveis referências de vários autores que a consideram a mais prática para fins clínicos.

---

(1) Nas urinas com bilirrubina aparece um anel verde no limite de união dos dois líquidos.

Também em presença do reagente aldeído de Ehrlich se forma o anel verde que Eppinger attribui à oxidação da bilirrubina em biliverdina. Hüsich confirma este ponto de vista, considerando aquela como uma nitro-reacção, mas Meyer Estdof contesta.

*1 - Reacção de Van den Bergh.*

Esta reacção é a um tempo qualitativa e quantitativa.

O alcance formidável que possui consiste na maneira diferente de se comportar a bilirrubina para com o diazo-reagente de Erhlich, conforme passou ou não pelas células poligonais do fígado.

Esta frase foca um dos aspectos mais controvertidos do problema biliar, como seja a sede de formação da bilirrubina.

Origem intra-hepática ou extra-hepática (tecido rectículo-endothelial), polarização da célula parenquimatosa na primeira destas doutrinas (polo biliar, polo vascular), problemas cheios de interesse e encanto, mas que nem ao de leve aqui abordaremos, tão longe nos levaria do fim prático deste estudo.

O que é fóra de dúvida é que quer haja uma bile hepática e outra extra-hepática, quer seja toda hepática, quer ainda o fígado seja um simples lugar de excreção da bile circulante, o diazo reagente de Erhlich actua de maneira diferente, conforme a origem da icterícia (1).

Sabemos que normalmente o soro contém bilirrubina em percentagens mínimas -- 1:36.500. Por outro lado, nas destruições maciças de hemátias, com p. e. nas icterícias hemolíticas há bilirrubinúria nítida.

Se neste caso tentarmos a diazo-reacção, será negativa ou indirecta, isto é, necessitará da adição do álcool para se produzir.

Supondo agora um caso de bilirrubinúria por causa hepática, a reacção será rápida e directa, não exigindo portanto a adição de álcool para se realizar.

Ainda nas icterícias dissociadas, colalémia sem colúria, a reacção será positiva directa, o que, completado pelos eventuais sinais clínicos de impregnação ácida (prurido, bradicardia) e pela defeituosa excreção dos corantes nas provas funcionais, permite o estabelecimento firme de diagnóstico. Compreende-se que aqui a citada reacção seja directa, sabendo-se que, embora não haja colúria, isso não implica a falta de bilirrubina no sangue, mas

---

(1) Mc Nee diz: conforme o pigmento passou pela célula hepática ou não.

sòmente que ela não atingiu o limiar de excreção renal: 3-5 miligramas.

Desta primeira exposição se deduz o valor qualitativo da reacção. O alcance quantitativo será avaliado na apreciação das oscilações da bilirrubinúria, sabendo nós com que atraso a coloração dos tegumentos segue a evolução da quantidade de pigmento circulante.

#### *Técnica.*

0,5 c. c. de sôro + 1 c. c. de álcool a 96°; centrifugar para eliminar o precipitado de albumina;

ajuntar 1 c. c. dêste líquido claro a  $\frac{1}{4}$  c. c. do reagente de Erhlich.

#### *Reagente de Erhlich.*

1.º — soluto: ac. sulfanílico + ac. clorídrico.

2.º — soluto: soluto de nitrato de sódio.

*Reacção positiva:* côr vermelha. Compara-se ao colorímetro com o soluto titulado de bilirrubina e reagente (1). Normal: 0,5-2 miligramas por 100 c. c.

#### *Tipos de reacção.*

1.º — *directa* — côr vermelha púrpura rápida;

2.º — *diluída ou difásica* — reacção lenta;

3.º — *indirecta* — necessitando a junção de álcool: azobilirrubina-rosada.

O primeiro tipo seria próprio (Van den Bergh, Mc Nee) das ictericias de retenção; o segundo das ictericias tóxicas ou infecciosas (intra-hepáticas de Mc Nee); o terceiro das extra-hepáticas (hemolíticas).

## 2 — *Index ictérico.*

Já nos referimos à dificuldade de seguir as variações da bilirrubinúria pelo simples exame dos tegumentos.

A reacção quantitativa de Van den Bergh, que acabamos de expôr, dá-nos essa avaliação ao colorímetro.

Man e Peter, Stetten de Witt e A. R. Bernheim, Barrow, Armstrong, Olds, Walter, Meulengracht, propõem um método, aparentemente muito simples, que consiste na apreciação da bilirrubinúria, pela comparação da côr amarelada do sôro com um soluto testemunha de bicromato de potássio a 1:10.000. Normalmente o index ictérico varia de 2-5 e é muito inferior nas retenções.

---

(1) Ou um soluto aquoso de sulfato de cobalto.



O ponto fraco d'êste método consiste justamente no rigor da avaliação do limite da côr nos valores baixos da bilirrubina.

É tempo de terminarmos com esta enumeração que não podia deixar de completar os raciocínios clínicos que constituem o objectivo principal desta lição.

A maior parte dos que nos ouvem, achará que fomos demasiadamente esquemáticos no bosquejo dos tipos clínicos e que por outro lado deixamos no olvido numerosas provas funcionais que enchem os tratados de moléstias do fígado.

A nossa justificação foi feita no preâmbulo. Quizemos dar normas gerais, que porisso mesmo hão de deixar na obscuridade muitos casos especiais.

Sabemos, por exemplo, quanto se tem dito da falibilidade da distinção fundada na coloração das fezes e como, por exemplo, podem parecer pleiocrómicas fezes desfalcadas em pigmentos biliares, que, pelo simples facto de terem sido rapidamente expulsas do intestino, se mostram mais côradas porque a bilirrubina não teve tempo de se transformar em estercobilina, pigmento menos carregado.

Para obviar a êstes inconvenientes, damos uma cuidadosa enumeração dos meios experimentais de comprovar as nossas impressões clínicas. No exemplo que vimos de citar, a tubagem duodenal, melhor que as reacções biliares, muito falíveis nas fezes, dar-nos há a demonstração da verdade que buscamos.

Nos meios de diagnóstico laboratorial citámos só os que julgamos que podem ser empregados com utilidade.

Deliberadamente deixamos na obscuridade grande número de reacções e provas que teem sido propostas sem que a prática lhes tenha demonstrado a utilidade ou sequer o rigor.

Não duvidamos, a-pesar-de tudo, que ainda ao clínico desejoso de resolver o problema diagnóstico entre mãos, sem afogar o doente no oceano de provas que enumeramos, estas parecerão demasiadamente copiosas e alguma dificuldade terá na escolha das que em menor número lhe deem a ambicionada solução.

A classificação que delas fizemos, ajudá-lo hão nesta tarefa, mostrando-lhe quais as applicáveis ao seu caso.

Não podíamos deixar de referir as mais importantes em uso,

sob risco de sermos omissos em assunto de tamanho interesse patológico.

## RESUMO

Partindo do nosso ponto inicial: diagnóstico médico de uma icterícia de retenção, diremos que os elementos fundamentais de diagnóstico são :

### I — *História clínica cuidada*

nomeadamente :

circunstâncias de aparição e duração da icterícia ;  
dor, seu tipo e sede ;  
febre ;  
emmagrecimento e perda de apetite ;  
fezes : ritmo das dejectões e côr.

### II — *Exame objectivo*

estado geral e grau de icterícia ;  
fígado : tamanho, forma, consistência e sensibilidade ;  
vesícula : idem ;  
baço : dimensões ;  
sinais eventuais de estase portal.

### III — *Provas funcionais*

Tubagem duodenal ;  
colecistografia

### IV — *Provas laboratoriais*

análise de urinas ;  
reacção de Van den Bergh ;  
Cromo-diagnóstico : Rosenthal ou rosa bengala.

## BIBLIOGRAFIA RECENTE

- 1 — VAN DEN BERGH, SNAPPE. — Berlin Klinis. Wochens. T. XLII. 1915. Pág. 1081.
- 2 — LEMIERRE, BRULÉ, WEILL et LAUDAT. — Pres. Med. 7-VIII-1919.
- 3 — B. B. VINCENT LYON. — Am. Journ. med. Sc. T. CLIX. 1920. Pág. 503.

- 4 — MEULENGRACHT. — Deutsch. Arch. f. Klin. Med. T. CXXXII. 1920.  
Pág. 285. 1921. Pág. 137.
- 5 — VAN DEN BERGH. — Presse Med. T. XXIX. Juin 1921. Pág. 441.
- 6 — AARON. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXVII. 19-XI-1921. Pág. 1361.
- 7 — BRULÉ. — Recherches sur les ictères. Masson 3.<sup>a</sup> ed. 1922.
- 8 — A. H. HOPKIN. — New-York med. Journal. T. CXV. 7-VI-1922.
- 9 — B. B. VINCENT LYON. — Surgery, Gynecology and Obstetrics. T. VIII.  
1922. Pág. 232.
- 10 — Ther. Gazett. Nov. and Dic. 1922.
- 11 — Non surgical drainage of the gall Tract. Pág. 328. Lea and Febriger. 1923.
- 12 — C. H. PIERSON and H. L. BACKENS. — Arch. Int. Med. T. XXXI. V-1923.  
Pág. 623.
- 13 — A. R. BERNHEIM. — Journ. Am. Med. As. T. LXXXII. 26-I-1924. Pág.  
291.
- 14 — E. A. GRAHAM and W. H. COLI. — Journ. of Am. Med. As. T. LXXXII.  
23-II-1924. Pág. 613-177.
- 15 — CHIRAY et LEBON. — Le tubage duodénal. Masson. 1924.
- 16 — CHIRAY et MIOLOCHEVITCH. — Diag. et trait. des mal. de la vesic. biliaire  
par l'excrétion vésic. provoquée. Masson. 1924.
- 17 — G. B. ENSTERMAN. — Am. Clin. Med. T. II. 1924. Pág. 283.
- 18 — C. M. JONES. — Arch. of int. Med. T. XXIV. N.º 1. VII-1924.
- 19 — R. KUNFL. — Klin. Wochens. T. III. N.º 39. 23-IX-1924.
- 20 — L. F. X. WILHELM. — Arch. of Derm. and Syphilology. T. X. Oct. 1924.  
Pág. 499.
- 21 — TSWO MATSUO. — The Journ. Am. Med. Assoc. T. LXXXIII. 25-X-1924.  
Pág. 17.
- 22 — YO-HENORI TALA, KOKICHI NAKASHIMA. — Journ. Am. Med. Assoc.  
T. LXXXIII. 25-X-1924.
- 23 — R. T. ELLISA. — Arch. of int. Med. T. XXXIV. Nov. 1924. Pág. 721.
- 24 — N. FIESSINGER et H. WALTER. — L'exploration fonctionnelle du foie et  
l'insuffisance hépatique. Masson et Comp. Edit. 1925. Paris.
- 25 — G. GEAN. — Pres. Méd. N.º 3. 10-I-1925. Pág. 38.
- 26 — D. SILVERMAN, L. MENVILLE. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXIV.  
N.º 6. 7-II-1925.
- 27 — TUFFIER et NEMOURS-AUGUSTE. — Pres. Méd. N.º 22. 18-III-1925. Pág.  
348.
- 28 — S. MAURER, L. C. GATEWOOD. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXIV.  
N.º 23. 28-III-1925.
- 29 — AUBEL, TAYOWLA BADWAL. — Pres. Med. N.º 25. 28-III-1925. Pág. 403.
- 30 — S. M. ROSENTHAL, E. C. WHITE. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXIV.  
11-IV-1925. Pág. 1112.
- 31 — D. R. DRURY, P. ROUS. — Journ. of experim. Med. T. XLI. N.º 5.  
Maio 1925.
- 32 — R. PEYTON, D. R. DRURY. — Journ. of experim. Med. T. XLI. N.º 5.  
Maio 1925.
- 33 — CHIRAY et PAVEL. — Pres. Méd. N.º 43. 30 Maio 1925. Pág. 713.

- 34 — BRULÉ, GARHAN, AMER. — Press. Méd. N.º 51. 27-VI-25. Pág. 862.
- 35 — G. B. WALLEA, S. S. DIAMAND. — Arch. of int. Med. T. XXXV. N.º 6. Junho 925.
- 36 — N. FIESSINGER et J. LONGCHAMPT. — Pres. Méd. N.º 52. 1-VII-925. Pág. 873.
- 37 — R. ELMAN, PHILIP D. MC MASTER. — Journ. of experim. Med. T. XLII. N.º 1. 1-VII-925.
- 38 — C. C. SNYDER. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXV. 4 Julho 1925. Pág. 31.
- 39 — H. COHEN. — British Med. Journ. 11-VII-925.
- 40 — MERKLEN, M. WOLF, ARNOULGEVITCH. — Bull. Soc. Med. Hôp. 24-VII-925. Pág. 1180.
- 41 — E. MELCHIOR, F. ROSENTHAL, H. LICHT. — Arch. of exp. Pathol. and Pharm. T. CVII. Fasc. 3-4. Ag. 1925.
- 42 — A. M. SNELL, C. H. GREENE, L. G. ROWNTREE. — Arch. of int. Med. T. XXXVI. N.º 2. 15-VIII-1925.
- 43 — PRIBRAM, GRUNENBERG, OTTO STRAUSS. — Deut. medic. Woch. T. LI. N.º 35. 28-VIII-925.
- 44 — CHIRAY, PAVEL, MILOCHEVITCH. — Pres. Méd. N.º 73. 12-IX-925.
- 45 — C. H. GREEN, C. S. MC VICAR, L. G. ROWNTREE, W. WALTERS. — Arch. of int. Med. T. XXXVI. 15 Set. 1925. Pág. 418.
- 46 — MARCON-MUTZNER. — Pres. Méd. N.º 77. 22-IX-925.
- 47 — W. J. KERR, G. D. DELPRAT, N. N. EPSTEIN, M. DUNIEVITZ. — Journ. Am. Med. As. T. LXXXV. 26-IX-1925. Pág. 942.
- 48 — H. F. SHATTUCK, J. C. BROWN, M. PRESTON. — Am. Journ. of the Med. Sciences. T. CLXX. Oct. 1925. Pág. 510.
- 49 — J. V. BARROW, E. L. ARMSTRONG, W. H. OLDS. — Am. Journ. Med. Scienc. T. CLXX. Oct. 1925. Pág. 519.
- 50 — WILKIE and ILLINGWARTH. — British Med. Journ. 3388. 5-X-925.
- 51 — W. C. BARKER. — Med. Journ. and Record. T. CXXII. N.º 7. 7-X-925.
- 52 — DOUMER. — Pres. Méd. N.º 83. 17-X-925.
- 53 — C. H. GREEN, C. MC VICAR, W. WALTERS, L. G. ROWNTREE. — Arch. of int. Med. T. XXXVI. N.º 4. 15-X-925.
- 54 — SABATINI-MILANI. — Pres. Méd. N.º 69. 29-X-925.
- 55 — MAX-EINHORN. — Pres. Méd. N.º 104. 30-X-925.
- 56 — L. F. BARKER. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXV. 31-X-925. Pág. 1832.
- 57 — C. W. MC CHEN. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXV. 14 Nov. 1923. Pag. 1537.
- 58 — B. B. VINCENT LYON. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXX. 14 Nov. 1925. Págs. 1541-1548.
- 59 — W. H. ROSENAW. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXV. 1925. Pág. 2017.
- 60 — S. M. ROSENTHAL. — Journ. Pharm. and Cap. Therap. T. XXV. 1925. Pág. 449.
- 61 — L. R. WITHAKER. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXVI. N.º 4. 23 Janeiro 1926.



## Opothérapie Hemática Total

Xarope e Vinho de DESCHIENS  
de Hemoglobina viva

Contem intactas as Substancias Mizeraes do Sangue total

MEDICAMENTO RACIONAL DOS  
**Syndromas Anemicos e das Perdas Organicas**

DESCHIENS, D<sup>r</sup> em P<sup>la</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, PARIS (8<sup>e</sup>)  
Amostras e Littérature: SALINAS, rua Nova da Trindade 9, LISBOA

# IODALOSE GALBRUN

**IODO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

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

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

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

Pedir folheto sobre a Iodother: pia physiologica pelo Peptoniido.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Mars, PARIS

# FORXOL BAILLY

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

**FERRO, MANGANEZ, CALCIUM**

em combinação nucleinica, hexose hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LIQUIDO  
AGRADAVEL toma-se no meio das refeições, na água, ou em um outro liquido (dececto a leite)

Laboratorios A BAILLY, 13 et 17 Rue de Rome PARIS (8<sup>e</sup>)

*Medicação antidiarreica*

pelo

# GELOTANIN

(Tanato de Gelatina)

*Creanças* : De 3 a 6 pacotes por dia, dissolvidos no  
leite ou nos alimentos habituais

*Adultos* : 4 a 8 hostias por dia em qualquer  
altura das refeições



Laboratoire CHOAY  
48, Rue Théophile Gautier, PARIS

Amostras e Literatura : A. SERRA  
Rua Almeida e Sousa, 2, LISBOA.



EXTRACTO  
= DE =  
MALTA

# “EUMALT”

Acceptado por R.O. del 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE  
CON HIPOFOSFITOS  
CON HEMOGLOBINA  
CON PEPINA Y PANCREATINA  
CON YODOURO FERROSO



DIPLOMA DE MÉRITO  
2º Congreso de médicos de la L.C.  
— Julio 1917 —  
Gran Premio en la Exposición de Sanidade e Higiene  
— 3º Congreso de C. M. — Sevilla 1914

CON ACEITE HIG. BACALAD  
CON ACEITE HIG. BACALAD E HIP”

ESPLUGAS (BARCELONA)

*Dr. P. Andreu Lloberes*

Muitas complicações que se consideram como um fracasso do medico

EVITAR-SE IAM mantendo as forças do doente, permitindo assim que actuassem as defesas naturais.

Alimente um doente com extrato de Malte “EUMALT” e proporcionará ao organismo em luta o vigor fisico necessário para combater vitoriosamente a doença.

É propriamente um alimento concentrado e um poderoso digestivo, imprescindível na dieta lactea, tornando o leite muito mais nutritivo e facilmente digerível, tendendo a evitar as prisões de ventre provocadas pelo repouso prolongado e a alimentação exclusiva de leite.

Produtos de Malte “EUMALT”

DR. P. ANDREU LLOBELERES — Esplugas (Barcelona)

Amostras e Literatura : A. SERRA — Rua Almeida e Sousa, 2 — LISBOA

- 62 — WOLF et NIEL. — Strasbourg Médical. T. I. Fasc. 2. T. XXXIV. 5-II-926.
- 63 — FEISSLY. — Bull. Soc. Med. Hôp. Fevereiro 1926.
- 64 — E. GRAHAM, W. COLE, G. COPHER, S. MOOR. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXVI. N.º 7. 15 Fev. 1926.
- 65 — N. FIESSINGER et H. WALTER. — C. R. Soc. Biol. N.º 7. 1926. Pág. 449.
- 66 — N. FIESSINGER et H. WALTER. — Bull. Soc. Med. Hôp. 1-IV-926. Pág. 525.
- 67 — H. WALTER. — C. R. Soc. Biolog. 1926. N.º 10. Séance 20 Mars. 1926. Pág. 660.
- 68 — BORGER, CAHEN, SEHNA. — Journ. Am. Med. Ass. T. LXXXV. N.º 15. 10 Abril 1926.
- 69 — ROUILLARD. — Pres. Med. N.º 35. 21 Abril 1926.
- 70 — PROF. ANTITCH, YANKOVITCH, BORITCH. — Srpski Arhiv. Am. XXVIII. N.º 3. Maio 1926.
- 71 — M. ROSNOWSKI. — Polskie arch. medycyny Wewnetrzy. T. IV. Fas. 2. 2 Junho 1926. Pág. 282.
- 72 — S. H. MENTZNER. — Surg. Gyn. and Obst. Junho 1926.
- 73 — CHIRAY, PAUL. — Am. Journ. of Med. Scien. T. CLXII. N.º 1. Julho 1926.
- 74 — A. LOMON et LAURENT GERARD. — Pres. Med. N.º 67. 21 Agosto 1926.
- 75 — N. COLE, G. CAPHER e KODA. — Annals of Surgery. Set. 1926.
- 76 — M. ROSNOWSKI, J. Feyler. — Polskie Arch. Med. Wemn. T. IV. Fasc. 3. Set. 1926.
- 77 — TILGREN, CASSERMAN e B. CANSTRAN. — Revue Med.-chir. des mal. du foie, du pancreas et de la rate. VII. Set. 926. Pág. 274.
- 78 — N. FIESSINGER et H. WALTER. — Revue Medic.-chir. des mal. du foie, du pancreas et de la rate. VII. Setembro 1926. Pág. 299.
- 79 — R. BAUER. — Medizinisch Klinik. T. XXII. N.º 41. 8 Outubro 1926.
- 80 — FREDRICH. — Munch. medic. Woch. T. LXXIII. N.º 50. 10-X-926.
- 81 — CHIRAY, PAUL, MARIN. — Pres. Med. N.º 82. 13 Outubro 1926.
- 82 — BRULÉ. — Soc. Med. Hôp. 22-X-926.
- 83 — B. B. VINCENT LYON. — Pres. Med. N.º 87. 30-X-926.
- 84 — H. RENÉ OLIVIER, M. HERBAIN. — Soc. Biol. 6 Nov. 1926.
- 85 — N. FIESSINGER, H. R. OLIVIER, M. HERBAIN. — Soc. Med. Hôp.-Seanc. 12 Nov. 1926.
- 86 — OSCAR KAMMER. — Soc. Biol. 20 Nov. 1926.
- 87 — R. FEUSTERMANN. — Munch. Med. Woch. N.º 21. 1926.
- 88 — S. M. ROSENTHAL. — Journ. of Biological Chemistry; T. LXX. N.º 1. Novem. 1926. Pág. 129.
- 89 — P. KLEMPERER, J. A. Killian, CH. G. HEYD. — Arch. of Pathology and laboratory Med. T. II. N.º 5. Nov. 1926.
- 90 — M. MATTHES. — Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Trad. espanhola. Edit. Labor., S. A. Barcelona. 1926.
- 91 — G. PARTURIER. — Seméiologie biliaire. Gaston Doin & C.<sup>ie</sup> Edit. Paris, 1926.
- 92 — N. FIESSINGER, H. WALTER, H. R. OLIVIER. — C. R. Soc. Biol. Séance, 8 Janv. 1927.

- 93 — P. ESCUBERO, M. VARELA. — Revista médica latino-americana. T. XII. N.º 146. Janeiro 1927.
- 94 — W. LOWENBERG, W. NOUENBERG. G. NAAH. — Klinisch Wochensch. T. IV. N.º 10. 5 Março 927.
- 95 — N. FIESSINGER, H. WALTER, H. R. OLIVIER. — Pres. Méd. N.º 20. 9 Março 1927. Pág. 305.
- 96 — M. LÆPER, J. DECOURT, R. GARCIN. — Pres. Méd. N.º 21. 12 Março 1927.
- 97 — FRAIKNI, I. M. BURILL. — Bull. de Rad. méd, Franc. Março 1927.
- 98 — G. V. BERGMANN. — Klin. Wochens. T. VI. N.º 17. 13 Abril 1927.
- 99 — L. C. WHITAKER. — Journ. of the Am. Med. Ass. T. LXXXVIII. N.º 20. 14-V-927.
- 100 — FEISLY. — Soc. de gastro-enterologie de Paris. 13-VI-927.
- 101 — S. FRAIKNI, I. M. BURILL. — Pres. Méd. N.º 52. 29-VI-927.
- 102 — M. FABIO. — Folha Médica. Rio de Janeiro. T. VIII. N.º 15. 1 de Agosto 1927.
- 103 — ROBERT CASTERA. — Pres. Méd. N.º 73. 10-IX-27.
- 104 — M. J. CASE. — Soc. de Radiol. Méd. de France. 11-X-927.
- 105 — L. CHANDLER e R. NEWELL. — Journ. of the Am. Méd. Ass. T. XXXVIII. N.º 90. 14-X-1927.
- 106 — MERKLEN et GUILLAUME. — Pres. Méd. N.º 83. 15-X-927.
- 107 — L. RAMARD. — Pres. Med. N.º 85. 22-X-927.
- 108 — N. FIESSINGER et CASTERA — S. Med. Hôp. 18 Nov. 1927.
- 109 — L. RAMARD. — Pres. Med. N.º 99. 10-XII-27.
- 110 — E. SERGENT, R. DUMAS, L. BABONNEIX. — Trait. de Path. Méd. et de Thér. appliq. Vol. XII. Foie et Pancréas. 3.<sup>me</sup> Édition. 1927.
- 111 — CH. S. Mc VICAR, W. T. FITTS. — Journ. Am. Med. Ass. Edit. Española. Vol. XIX. N.º 1. 2 Janeiro 1928.



# NOTAS CLÍNICAS

## A DIATÉRMIA EM GINECOLOGIA

POR

FRANCISCO FORMIGAL LUZES

A terapêutica física, entre nós, somente nestes últimos anos passou a ocupar o lugar que na realidade lhe é devido.

Até então, a maioria dos clínicos ignorava ou não acreditava nos benefícios que do seu emprêgo podiam advir, e daí o ficarem dêles privados um grande número de doentes.

A fim-de, não só evitar a queda e o descrédito dêste ramo da terapêutica, como também de concorrer para a sua divulgação, cumpre o dever, àqueles que o praticam desde larga data, de precisarem as suas indicações e contra-indicações, assim como os pormenores da técnica que possam interessar ao clínico prático, evitando-lhes a escola pessoal, que é sempre paga por elevado preço à custa de insucessos, êrros e mesmo accidentes, que podem levar até ao descrédito e abandono do método.

\*

\* \*

Depois dos Raios Ultra-Violeta, cuja vulgarização atinge quasi os limites da panaceia universal, uma das modalidades de agentes físicos que mais se tem vulgarizado são certamente as correntes da alta frequência debaixo da forma de diatérmia.

A diatérmia que, segundo a definição clássica de Zimmern, é «uma modalidade da termoterápia, que utiliza a energia eléctrica para produzir efeitos térmicos na profundidade dos tecidos», tem sido empregada com grande successo no tratamento de variadíssimas afecções. Contudo, são as lesões ginecológicas que constituem uma das suas mais preciosas indicações.

Por êsse motivo e por a técnica para êstes casos se ter ultimamente aperfeiçoado duma maneira considerável devido aos trabalhos do Dr. Xavier Bender, ocorreu-me a idéa de, em nota clínica, abordar o assunto nas colunas da «Lisboa Médica».

\*

\* \*

Inúmeros tem sido os processos empregados para praticar a termoterápia ginecológica, que, com tão grande êxito, é utilizada no tratamento destas afecções.

E' assim que já quatro séculos antes de J. C. se descreviam, no primeiro livro de medicina da época, as fumigações aromáticas do útero e as aplicações do pessário de «Galbanum» constituído por uma substância elástica e facilmente moldável, produzida por certas árvores, e que uma vez aquecida mantinha por muito tempo a temperatura devido à sua grande capacidade calorífica.

Durante a Idade Média fazia-se uso de fumigações uterinas, para o que se utilizavam cadeiras especiais, e às quais Hipocrates associava as dilatações com velas semelhantes às de Hegar. Estas eram acompanhadas de aplicações abdominais de vísceras de animais recentemente mortos, de tijolos e de sacos de areia aquecidos, que foram depois substituídos pelas cataplasmas de substâncias várias, entre as quais eram mais usadas a farinha de linhaça, cebola fervida, farinha de batata, arroz, miolo de pão, etc.

A estas cataplasmas incorporavam-se, umas vezes substâncias revulsivas e outras, calmantes, tendo as primeiras sido abandonadas por irritarem a pele e substituídas por aplicações abdominais de pontas de fogo.

Por serem de mais fácil preparação teem-se usado também largamente as compressas embebidas em água quente, que se revestem de tecido impermeável para manter a humidade, substituindo-se por outras logo que a temperatura baixa.

A fim de utilizar o calor sêco, para o qual a pele tem uma maior tolerância, usam-se: as flanelas quentes que se substituem a miúdo; a compressa estatotérmia, que não é mais do que um recipiente metálico em forma de rim, contendo acetato sódico que se funde pela acção do calor, que devolve ao doente à medida que se produz o seu arrefecimento e excessivamente lento até voltar à cristalização; os vários barros e pastas antiflogísticas, que com varios nomes se encontram no comércio e cuja base são, de ordinário, os silicatos de alumínio e aluminimagnesianos e ainda argilas refractárias e anídras.

Wintherwitz, com o mesmo fim, fêz fabricar um aparelho que é conhecido por compressa de Wintherwitz, e que consiste num tubo metálico enrolado em espiral várias vezes sôbre si próprio e através do qual se faz circular uma corrente de água quente. Por uma das suas extremidades é posto em comunicação com o reservatório que o alimenta, fazendo-se pela outra a saída da água. Êste dispositivo permite fazer aplicações quentes bastante demoradas e com uma grande comodidade.

A bolsa de gelo ou os sacos de borracha apropriados, em que se introduz água quente, são também processos cômodos de fazer a termoterápia em clientela.

Contudo, a outros meios podemos ainda recorrer como são, por exemplo, as aplicações de ar quente, quer debaixo da forma de «douche» ou de banho dado em caixa especial, as aplicações de luz vulgar, e ultimamente de irradiações infravermelhas, que são um poderoso auxiliar resolutivo dos processos inflamatórios devido à sua acção fisiológica que se pode resumir: a hiperémia, analgésia e aumento do número de glóbulos vermelhos e dos fenómenos de fagocitose.

Porém, tôdas as aplicações que acabo de enumerar são apenas aplicações

Istituto Nazionale Medico Farmacologico  
"SERONO"

ROMA

Director: Prof. Dr. C. Serono

**MASTASI SERONO**

(Por via digestiva)

**Formula** — Extracto glicérico total de glandula mamária, obtida a alta pressão. 1 cc. corresponde a um grama de substancia glandular fresca.

**Indicações** — Endometrites. Fibrômas do utero. Fibromiômas do utero. Inflamação crónica do utero. Metrorragia Como descongestionante do utero. Como estimulante da função da glandula mamária nos casos de escassa ou alterada secreção láctea, em que se deverá usar nos ultimos mêses de gravidês e nos ultimos mêses do puerpério.

**Uso** — Começar por 10 gotas diarias, em vinho branco fraco ou agua assucarada, imediatamente depois das refeições, aumentando a dose até ao conteúdo de uma pipêta, segundo a tolerancia. O tratamento deve prolongar-se pelo menos durante dois mêses.

**Observações** — As observações clínicas têm attribuido ao extracto da glandula mamária uma acção descongestionante do utero e benéfica dos fibrômas provocando, assim, a sua regressão e favorecendo a acção operatória.

A

L. LEPORI

(Sucessôr da Italo-Portuguêsa, Lda.)

APARTADO 214

LISBOA

## OPOTERAPICOS SERONO

**Extractos Glicéricos Totais**, preparados com glandulas de animais recentemente sacrificados, 1 cc. corresponde a um quarto de grama de substancia glandular fresca. Por via hipodérmica são levados á dose conveniente, diluidos de preferencia em glicerina, com sôro fisiológico para evitar a acção irritante da glicerina.

**Peptopancreasi**

**Ovarasi**

**Orchitasi**

**Surrenasi**

**Tiroidasi**

**Renasi**

**Ipofisasi** (pituitária)

**Lienasi** (baço)

**Epatasi**

**Mastasi** (mamária)

**Bileasi**

**Eugozimase Feminina Serono** — 3 frascos : 1 Ovarasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi.

**Eugozimase Masculina Serono** — 3 frascos : 1 Orchitasi, 1 Surrenasi e 1 Tiroidasi.

*Sirva-se remeter, livre de despêsas, uma amostra de*

## MASTASI SERONO

Nome: Dr. ....

Especialidade a que se dedica: .....

Endereço { Rua: .....  
Localidade: .....

Data: .....

ASSIGNATURA DO MEDICO

abdominais. A-fim-de actuar mais directamente sôbre os órgãos ginecológicos usavam-se as irrigações vaginais, quer com sonda simples ou com cânula de dupla corrente (Cânula de Funkel, cânula de Kahmemam) ou ainda com balão termogéneo de Ullmam, que consiste num balão de borracha dentro do qual se faz circular água por meio duma dupla cânula, uma vez introduzido na cavidade vaginal.

Estas irrigações podem ser praticadas com simples água fervida, líquidos antisépticos ou águas minerais, aproveitando nêste caso, além dos efeitos térmicos, os provenientes da composição química da água e das suas propriedades radiotivas. São principalmente utilizadas as águas sulfúricas, coleretadas, iódicas, ferruginosas e alcalinas.

Para praticar a termoterápia vaginal podemos ainda recorrer ao ar quente e às lâmpadas vaginais do Prof. Wintz, que estão colocadas dentro duma baíha de vidro que permite a sua introdução na cavidade vaginal. O fabrico da lâmpada obedeceu sobretudo ao objectivo de produzir abundantes radiações térmicas, cuja intensidade se pode regular por meio duma resistência, obtendo-se assim temperaturas várias.

O nosso colega Jorge Monjardino utiliza para êste fim um modelo que êle próprio fêz construir e com o qual pode obter temperaturas, variando entre 35° e 51°.

Êstes dispositivos teem a vantagem de permitirem fazer, duma maneira prática, applicações térmicas tão prolongadas quanto desejarmos, de regular facilmente a sua intensidade e de praticar a termoterápia vaginal em doentes em que estejam contraindicadas as irrigações vaginais.

Contudo, seja qual fôr o escolhido de entre os vários processos descritos, o aquecimento dos órgãos ginecológicos faz-se sempre por propagação, à qual se opõem a má condutibilidade dos tecidos especialmente da pele; assim como o poder termoregulador da circulação sangüínea, não podendo nós afirmar que a acção térmica se faça sentir até à intimidade dos tecidos que os constituem; pois que a elevação térmica dos planos profundos se faz à custa duma elevação térmica quasi abiótica dos superficiais.

Experimentadores vários reconheceram que as correntes de alta frequência, ao atravessarem os tecidos animais, teem que vencer uma determinada resistência de que resulta a transformação da energia eléctrica em calorífica. Sendo os tecidos constituídos por células, cada um dêstes elementos opôr-se há à passagem da corrente e teremos, por consequência, ao nível de cada uma, uma fonte produtora de energia térmica. A êste modo de produção de calor, que é endógeno, chama-se diatérmia e o fenómeno físico que o regula é a conhecida lei de Joule.

$$Q = I^2 R \cdot T.$$

em que

$$I = \text{intensidade} \quad R = \text{resistência} \quad e \quad T = \text{tempo}$$

Tesla e Arsonwal foram os primeiros a frizar o efeito termogéneo das correntes da alta frequência, mas é sobretudo a Benard e a Nagelschmidt que se deve a sua introdução em 1906 na prática corrente.

Em 1910, Sellhein procedeu às primeiras experiências de diatérmia pél-

vica e reconheceu que, consumido um ampère, a temperatura rectal e vesical se elevava até 40° ao fim de alguns minutos. Estava pois descoberto um processo que nos permitia levar o calor até à intimidade dos tecidos constitutivos dos órgãos sobre que pretendemos actuar — e com o qual evidentemente obtemos temperaturas mais elevadas sem sujeitarmos os tecidos superficiais a temperaturas abióticas.

Dêste aumento de temperatura resultam porém outros efeitos que merecem a nossa atenção e que se conjugam com fins curativos. É assim que se nota a produção duma hiperémia activa em volta da qual giram todos os outros processos biológicos: desaparecimento da estase venosa em volta da lesão; com reabsorção e auto-digestão das diferentes formações patológicas sólidas; leucocitose local (4 a 6000 por 1 mm<sup>3</sup>) marginação leucocitária e diapiédese para o que concorrem a maior tensão osmótica, o relaxamento das paredes vasculares e o aumento de oxigenação; e a acção sedativa observada logo após os primeiros momentos de aplicação, a qual se tem pretendido explicar com variadíssimas teorias, sendo a mais plausível a da fusão e reabsorção dos exsudados e depósitos perifibrilares, que com a sua presença excitam constantemente os nervos.

A diatérmia, além da acção sobre o organismo, que acabamos de descrever, também tem uma acção trófica sobre os órgãos, sobre os quais actua, fornecendo-lhe um maior número de calorías, com melhoria das suas condições nutritivas, de que resulta um maior rendimento funcional.

As funções hematopoiéticas são também aumentadas conforme observaram, entre outros, Carro, fazendo aplicações trans-abdominais para o tratamento da úlcera gástrica, e Fheilhaber e Recasens, diatermizando o baço dos cancerosos a quem faziam radioterápia.

Em ginecologia, esta acção é menos notável porque a não actuamos directamente sobre este órgão.

Os doentes fortemente enfraquecidos e depauperados beneficiam muito com as aplicações de diatérmia, que lhes fornece as calorías de que carecem; as combustões químicas vitais não lhas dão em número suficiente, na maioria dos casos, por impossibilidade do seu aparelho digestivo tolerar refeições que as necessidades exigem. Finalmente a diatérmia tem também uma acção bactericida devida a hiperémia, processo habitual de reacção do organismo contra os agentes infecciosos. Tanto mais enérgica quanto maiores são as facultades individuais de defesa orgânica. A esta referência associam-se factores biológicos de grande poder bactericida, tais como produção de anticorpos, antitoxinas e sensibilisinas, sem o auxílio das quais, excepção feita possivelmente para o pneumococcus e gonococcus que são bastantes termosensíveis, a acção da corrente diatérmica não seria de efeitos curativos tão brilhantes.

Do que deixo escrito ressalta bem não só a enorme vantagem da diatérmia sobre todos os outros processos de termoterápia ginecológica, como também as suas principais indicações e contra-indicações. Contudo, nunca será demasiado frisá-las aos clínicos práticos, para que não possam ser considerados insucessos casos mal escolhidos para o emprêgo desta modalidade da termoterápia.

É a salpingovarite a lesão ginecológica que mais largamente beneficia com as aplicações diatérmicas. O período agudo é uma contra-indicação formal para o seu emprêgo, durante o qual se devem fazer de preferência aplicações frias (bolsa de gelo), que possuindo, ao contrário do que acontece com a diatérmia, uma acção isquemianta, paralisanste da corrente arterial e da diápepsis, não prejudica a hiperémia passiva que se segue à activação provocada pelas toxinas microbianas que possuem um papel vaso dilatador, o que representa um excelente meio natural de defeza do organismo.

Ao contrário, as formas sub-agudas e crónicas são a sua grande indicação, notando-se uma diminuição apreciável da sintomatologia dolorosa e do corrimto com regularização dos períodos menstruais, desaparecimento das massas tumurais e perfeita mobilidade, na cavidade pélvica, dos órgãos aí alojados.

A forma leucocitária deve sempre ser praticada antes de decidirmos a nossa intervenção. Segundo Recasens e Connill, devemos abster de praticar a diatérmia ou proceder muito cautelosamente sempre que a leucocitose suba além de 17 a 14000 com 75% de polinleares.

A salpingite quística supurada, o hidro salpinx e as anexites de natureza tuberculosa são contra-indicações. As 2 primeiras são do domínio da cirurgia e as últimas beneficiam mais com a hiperémia passiva.

Em casos de ovarite sclero-quística das virgens e das nulíperas, a diatérmia é muito eficaz para combater o sintoma dor.

Embora apreciáveis, as melhoras, muitas vezes não conseguimos uma cura completa das lesões atrás citadas e então a diatérmia reduzindo a infiltração e desfazendo aderências, facilitará muito a intervenção cirúrgica.

As parametrites constituem também uma das indicações dêste método do tratamento e que com êle muito beneficiam. A sintomatologia dolorosa modifica-se favoravelmente, os nódulos de pelvi-celulite desaparecem, assim como os processos de infiltração, readquirindo o útero a posição normal da qual por vezes está desviado — para o que é muito útil a associação da massagem ginecológica, segundo a técnica de Staffer. A esterilidade por hipoplasia uterina é também uma das suas grandes indicações devido à sua acção hipere-miante, que fornece não só melhores condições nutritivas aos órgãos sobre que actua, como também devido a hiperatividade produzida ao nível do tecido glandular. A vulvo-vaginite gonocócica no período sub-agudo e crónico cede também facilmente, uma vez que empreguemos temperaturas de 45° a 47°, em

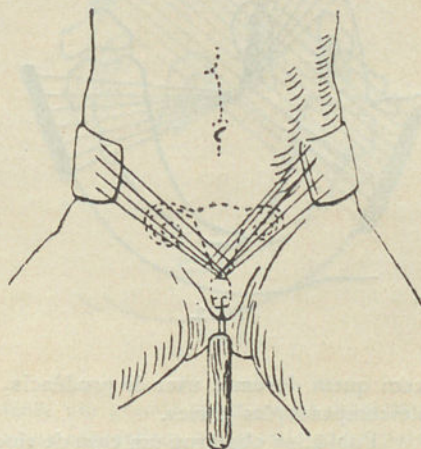


Fig. 1.

vez de 38°, temperatura favorável para o desenvolvimento do gonococcus. As aplicações durante o período agudo, além de muito dolorosas, provocam prurido intenso e aumento de corrimento.

É ainda notável a sua acção na dismenorréa essencial.

São contra-indicações formais como já acima disse:

Tôdas as lesões inflamatórias agudas que lucram mais com uma hiperémia passiva que localiza o processo, em vez de o generalizar, como acontece com a diatérmia. Nêstes doentes começaremos por fazer aplicações frias e repouso; e só depois de passado o estado agudo iniciamos a termoterápia pelas aplicações exógenas, tais como papas, irrigações quentes, ar quente, banhos da luz, etc., a que se seguirá, caso não haja agravamento, a diatérmia. As lesões supuradas e capsuladas. As tuberculosas genitais e as de doentes anémicas, sofrendo de metronagia. Durante os períodos menstruais devemos também abster-nos da prática da diatérmia. Os cardiopatas compensados são indivíduos

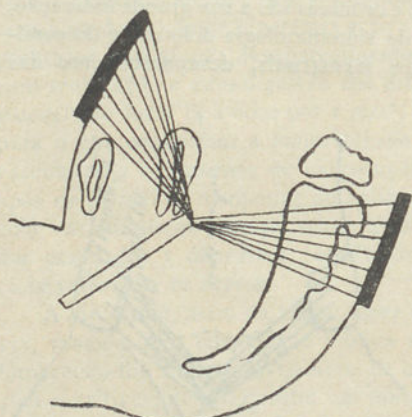


Fig. 2.

com quem devemos usar de prudência, não a devendo praticar nos que tem descompensações graves.

Población observou um caso de síncope a seguir a uma sessão de diatérmia numa doente com insuficiência mitral.

\*  
\* \* \*

Uma vez exposto qual o modo de actuar da diatérmia, quais as suas principais indicações e contra-indicações, estamos aptos a escolher de entre as várias técnicas usadas, aquela que mais vantajosa e útil se nos afigura.

### TÉCNICA

A primeira técnica empregada no tratamento das afecções ginecológicas consistia na aplicação de 2 electrodos metálicos (1) de 200 a 300 c<sup>2</sup> de super-

(1) Prefiro a utilização duma liga de chumbo e estanho muito maleável e que se molda facilmente às regiões sobre que pretendemos actuar, tendo ainda a vantagem do seu custo ser diminuto e de ter conseguido a sua fabricação na Indústria Nacional.



fície, um sôbre a parede abdominal na região supra-púbica e outro na lombo-sagrada conforme a fig. 1. Para obtermos uma boa adaptação da placa ventral pode-se recorrer ao auxílio de um pequeno saco de areia.

O traçado indica a direcção das linhas de fluxo dum para outro electrodo das quais apenas uma pequena parte atravessa o útero e seus anexos, mesmo com uma placa lombo-sagrada colocada bastante baixa.

Não só com o fim de obviar a êste inconveniente como também para actuar mais directamente sôbre os órgãos visados, Kowarschik lançou uma nova técnica que consiste em introduzir na vagina um electrodo activo constituído por uma vela de Hegar, tão grossa quanto possível, ligada por um dispositivo especial a um dos polos do aparelho de diatêrmia, estando o outro ligado por meio dum condutor bifurcado a 2 placas metálicas — uma dorsal e outra abdominal — conforme a fig. 2, ou a 2 placas laterais, conforme a fig. 3.

Tanto num como noutro caso se estabelecem 2 grupos de linhas de fluxo que atravessam forçosamente, na sua passagem, o aparelho útero-anexial.

Esta técnica, se bem que represente um grande progresso na diatêrmia ginecológica, apresentava deficiências que concorriam, em grande parte, para o insucesso do método. São: a desigualdade de distribuição térmica ao nível dos 2 electrodos, o que se explica por a corrente diatérmica atravessar tecidos de condutibilidade eléctrica muito diferente; grande espessura do pâncreo adiposo da parede do ventre, em grande número de mulheres, das últimas vértebras lombares e do sacro; e não possuímos um meio preciso de avaliarmos a temperatura exacta a que são submetidos os órgãos sôbre que vamos actuar. Não devemos esquecer que o critério até aqui seguido de nos guiarmos pela tolerância máxima da doente ou pela leitura do amperímetro é errôneo, podendo-nos ocasionar desastres devidos á hiposensibilidade térmica da cavidade vaginal com electrocoagulações em massa, ou insucessos, devidos ao emprêgo de temperaturas insuficientes para conseguirmos os fins em vista, sobretudo se se trata de lesões gonocócicas, de tôdas as mais frequentes e as mais termo-sensíveis.

Com o fim de obviar ao primeiro dêstes inconvenientes, autores houve que utilizaram as resistências distribuidoras, que permitem graduar separadamente a intensidade ao nível de cada um dos dois electrodos diferentes.

Para medir a temperatura, empregam-se, entre outros dispositivos, electrodos vaginaes tendo no seu interior um termómetro de mercúrio, que nos fornece apenas resultados aproximados.

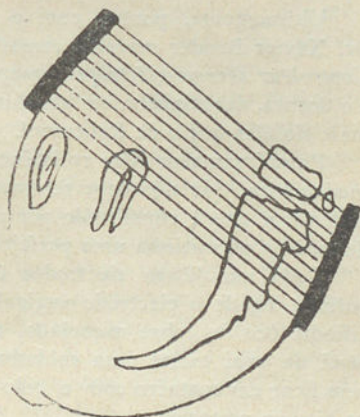


Fig. 3.

Roucaÿrol, querendo resolver simultâneamente o problema distribuição de fluxo diatérmico e mensuração da temperatura, fêz construir um aparelho conhecido pelo nome de distribuidor de Roucaÿrol, o qual possui um galvanómetro que é pôsto em conexão com o seu electrodo vaginal em forma de espéculo fechado, no interior do qual existem três pilhas termo-eléctricas, destinadas a transmitir ao galvanómetro as diferenças de temperatura.

O aparelho Roucaÿrol, além de alguns inconvenientes que não citarei para não tornar mais longa esta nota, apresenta o de ser muito complicado e por êsse motivo o seu emprêgo não se vulgarizou como seria de prever.

Ultimamente, porém, com o fim de satisfazer o duplo problema, o Dr. Xavier Bender mandou construir um aparelho designado pelo nome de *Controleur thermo-eléctrique*, que, intercalado entre o aparelho de diatérmia e o doente, desempenha em absoluto o fim em vista, tendo a vantagem de ser mais simples que o de Roucaÿrol.

Possui também duas resistências reguladoras, uma para a placa lombo-nadegueira, que não deve ter menos de  $60 \times 25$ , e outra, para o electrodo abdominal que é constituído por 12 hexágonos métálicos articulados entre si de modo a permitirem uma perfeita adaptação à parede do ventre.

Cada um dêstes electrodos é ligado a um borne especial. A outro borne é ligado o electrodo vaginal ou termoforo, que é constituído por um cilindro ôco de cobre níquelado, talhado em bizel na sua extremidade, ao nível da qual existe uma soldadura termo-eléctrica (cobre constantan) que vem ficar em contacto com o colo do útero, uma vez introduzido o electrodo na bítésga posterior.

Êste termoforo possui, além do borne que lhe permite receber a corrente diatérmica, dois outros em continuidade com os metais constituitivos da soldadura, que servem para estabelecer a ligação com o pirómetro, situado no aparelho, o qual nos fornecerá o valor exacto das temperaturas a que sujeitamos uma doente.

Há três modelos de termoforos vaginaes: um para virgens e dois para adultos com o comprimento de 115 mm. e 125 mm.

Vejamos agora como proceder:

Deitemos a nossa doente sôbre o electrodo lombo-nadegueiro, depois de prèviamente passado à chama, numa mêsa estofada, que seja de madeira para evitar perdas para a terra; coloquemos a seguir o electrodo abdominal na sua posição e façamos as respectivas conexões com o *controleur* para o que êste dispõe de fichas com indicações e côres especiais, de modo a evitar uma má ligação.

Uma vez convenientemente esterilizado, seja na estufa sêca a  $155^{\circ}$  ou passado à chama e a seguir arrefecido por imersão em água destilada, procede-se à introdução do termoforo vaginal do mesmo modo que se faz a introdução dum espéculo, tendo o cuidado de colocar a sua extremidade cortada em bisel—ao nível da qual existe a soldadura cobre constantan—no fundo do saco posterior de Douglas. Êste termoforo é ligado por um lado ao borne do

aparelho, que tem a designação *termoforo*, e por outro a 2 bornes especiais que o ligam ao pirómetro.

Antes de fazermos atravessar todo êste sistema pela corrente de diatérmya procede-se à rectificação do pirómetro para cada doente; às vezes existem diferenças de 2° que falseiam apreciavelmente as nossas leituras. Estas podem ser feitas ou em relação à temperatura do gêlo fundente ou em relação à temperatura ambiente. No primeiro caso, a soldadura a frio do aparelho é colocada no vaso de vidro de Duvar onde se deita gêlo e água, e a leitura faz-se directamente sôbre o pirómetro; no segundo, coloca-se no vaso onde existe água ou azeite à temperatura ambiente, e de modo a que o termómetro fique sempre apoiado na soldadura. A leitura é então feita adicionando à temperatura indicada pelo termómetro a lida no pirómetro.

Bender, aconsêha, por ser mais prática, esta última maneira de proceder. Uma vez estabelecidas as ligações, conforme acima digo, ¿o que é pois preciso que se dê para que possamos considerar o pirómetro certo? É necessário que decorridos 5 minutos após a introdução do termóforo na cavidade vaginal, a soma das leituras do pirómetro e da temperatura ambiente seja de 37° — temperatura normal do corpo humano. Isto é, se a temperatura ambiente é de 18° a agulha no pirómetro deve marcar 19° pois que  $(18° + 19° = 37°)$ . Caso isso não suceda procuraremos por meio do reóstato corrector rectificar a nossa leitura, andando num ou noutro sentido, conforme a correção a fazer.

É chegado então o momento de, por meio de dois condutores vulgares, ligarmos o nosso aparelho de diatérmya ao *controleur thermo électrique*, que para êsse fim dispõe à esquerda de 2 bornes especiais.

Uma vez feitas tôdas as ligações, reconhecida a boa adaptação dos 2 electrodos, lombo-nadegueiro e ventral, e de convenientemente isolado da vulva o termóforo por meio duma pasta de algodão ou de aneis especiais de borracha, que evitam o contacto do seu pavilhão do subaquecido com as paredes da vulva, é posto o aparelho em marcha.

Imediatamente vemos a agulha do pirómetro deslocar-se à medida que aumentamos a intensidade, que nos primeiros cinco minutos não deve exceder 1,5 amp., o que corresponde aproximadamente 38° a 39°, para assim se estabelecerem convenientemente as linhas de fluxo. Decorridos estes cinco minutos, durante os quais o doente pouco ou nenhum calor sente, aumenta-se a intensidade muito lentamente de modo a obtermos um acréscimo de temperatura de um grau por minuto até atingirmos a temperatura desejada.

Em minha opinião, nas primeiras duas sessões não se devem ultrapassar os 40° para se atingirem nas seguintes os 45° e 46°, que tanto Bender como Roucayrol consideram a temperatura ótima, e que não deve ser excedida sem que os doentes corram perigos, visto a aparelhagem de que nos servimos ser susceptível de nos dar êrros de 1 a 2 graus e podermos, porisso, atingir temperaturas de 47° a 48°, difíceis de suportar, e vizinhas das temperaturas perigosas.

Os primeiros cinco minutos devem ser desprezados; só decorridos êles devemos começar a contar a duração da sessão. Para as duas primeiras não deve ir além dos 10 minutos, para se atingir nas seguintes um máximo de 20 minutos, que só nas velhas anexites plásticas deve ser excedido (30 minutos).

Há autores, porém, que aconselham sessões muito mais longas, às quais não foi reconhecida vantagem sobre as da técnica descrita, uma vez que a temperatura empregada seja a julgada útil.

As sessões prolongadas provocam no doente uma sensação de cansaço e abatimento muito acentuada.

No que diz respeito à frequência das sessões, não podemos estabelecer uma regra absoluta, devendo a nossa conduta variar em face da natureza da afecção, sua evolução e modo de reagir ao tratamento.

Roucaÿrol, por exemplo, aconselha no tratamento das vulvo-vaginites sessões diárias, pelo menos no início.

Salvo, porém, indicações especiais, entendo, e é esta também a opinião de Bender, que as sessões devem ser feitas de dois em dois dias.

A duração total do tratamento não pode ser fixada, pois depende também de inúmeros factores, sendo os principais a antiguidade das lesões e as reacções individuais.

Contudo, convém frizar que não se devem prolongar exageradamente estas aplicações sem períodos de repouso intercalares. É assim que após 25 a 30 sessões, se deve dar um repouso de 4 a 6 semanas, durante as quais as doentes se refazem do estado de anemia e desmineralização, que geralmente se observa após séries muito longas.

Durante este período de descanso podem ser feitas com êxito apreciável aplicações gerais de raios ultra-violeta.

\*  
\*  
\*

A técnica que acabo de descrever, e com a qual tenho colhido ótimos resultados, reputo-a a única que conscienciosamente se deve empregar em diatérmia ginecológica. Ela apresenta a grande vantagem de nos permitir medir com precisão a temperatura a que submetemos as nossas doentes, evitando não só o emprêgo das temperaturas julgadas ineficazes como também das prejudiciais.

Observando com cuidado todos os pormenores técnicos descritos, evitam-se acidentes do tratamento diatérmico, tais como a intolerância, as quemaduras, e acidentes de coagulação que, embora raros, estão contudo descritos.

Instituto de Biologia Y Sueroterapia

“IBYS”

MADRID

Director: Ex.<sup>mo</sup> Sr. Dr. J. Durán de Cottés

## Bronconeumoserum “Ibys”

(Ampolas de 10 cc.)

**Formula** — Sôro pneumo-diftérico optoquinado.

**Indicações** — Pneumonia, bronquite aguda, sub-aguda e crónica, bronco-pneumonia de origem gripal ou pneumocócica, meningite pneumocócica etc.

**Uso** — De duas a quatro ampolas no primeiro dia em injeção subcutanea, e duas ampolas nos dias seguintes.

Em casos de gravidade aumente-se a dose e pratique-se a injeção intravenosa utilizando uma veia de flexura do cotovelo..

**Observações** — O BRONCONEUMOSERUM “IBYS” foi preparado pela primeira vez pelo Instituto “IBYS”.

**Importante** — O BRONCONEUMOSERUM “IBYS” vai acompanhado de uma ampola de 2 cc. de ANTIANAFILAXINA para evitar os fenómenos séricos e anafiláticos.

A

L. LEPORI

(Sucessôr da Italo-Portuguesa, Lda.)

APARTADO 214

LISBOA

# Bronconeumoserum Equino

## “IBYS”

---

Designamos este producto pelo nome de BRONCONEUMOSERUM porque, sendo os processos broncopneumocócicos de complexa etiologia (por sêrem originados por associações de estreptococos, estafilococos e bacilos de Pfeiffer, ao pneumococo na generalidade dos casos), e, sendo a acção da optoquina eficaz em tais casos — como o é o sôro antidiftérico nos processos broncopulmonares em geral — a sua acção junta à especifica, sobre o pneumococo, é benéfica para todo o processo bronco-pulmonar de ordem infecciosa com base nos ditos germens.

Reunir varias acções terapeuticas num unico producto, constitue a essencia do BRONCONEUMOSERUM, e, para conseguil-o, procedêmos da seguinte forma:

Submetemos os cavalos á imunisação simultanea de toxina e de pneumococos de diversas raças, e, obtido o alto grau de poder anti-toxico para a toxina diftérica (antidiftérico) e bacteriotropico para o pneumococo (antipneumococico), os ditos cavalos são sangrados. Ao sôro obtido da respectiva sangria, associamos optoquina na proporção de 2 cc. por ampola, cuja dose é suficiente para coadjuvar a acção do sôro pneumo-diftérico. Assim, não pode determinar os fenomenos transitórios de amaurose, que algumas vezes se tem observado com a administração de 1 a 3 gramas por via oral ou de 0,5 por injeções hipodérmicas repetidas.

*Sirva-se remeter, livre de despêsas, uma amostra de*

## Bronconeumoserum “Ibys”

Nome: Dr. ....

Especialidade a que se dedica: .....

Endereço { Rua: .....  
Localidade: .....

Data: .....

ASSIGNATURA DO MEDICO

.....

## Revista dos Jornais de Medicina

Sobre um extracto hepático (Pernämon) no tratamento da anemia perniciosa. (*Ueber ein Leberextrakt (Pernämon) zur Behandlung der perniziösen Anämie*), por LAQUER E MÜNCH. (De Amsterdam). — *Deut. Med. Woch.* N.º 23, 1928.

Há muito tempo que os AA. procuram estudar as hormonas e as vitaminas do fígado. Os trabalhos americanos, muito conhecidos, relativos ao tratamento da anemia perniciosa com extractos de fígado levaram os AA. a prosseguirem nas suas pesquisas. Obtiveram um extracto sêco, do qual 10 grs. correspondem a 500 grs. de fígado, e que é dado aos doentes em água, sumo de limão, sopa ou leite.

Este extracto foi experimentado nas clínicas de Amsterdam e Utrecht em 18 doentes com anemia perniciosa de forma grave. Observou-se em todos os casos extraordinários melhoras, com regeneração sanguínea.

E. COELHO.

Resultados práticos do vigantol. (*Praktische Erfahrungen mit vigantol*), por GEHRT. — *Deut. Med. Woch.* N.º 23, 1928.

Num período de 9 meses, o A. tratou cêrca de 100 crianças com ergosterina irradiada (vigantol). Não o empregou apenas como meio terapêutico do raquitismo, mas ainda como medida profilática.

Como nota importante aconselha o A. a elevar a dose até 20 gotas diárias durante o inverno e quando há infecções. Nos recém-nascidos começou o tratamento ao segundo mês. Também em crianças não raquíticas, que sofriam de pneumonia e de outras infecções, obteve o A. bons resultados (pelo aumento da resistência do organismo), nunca observando efeitos nocivos.

E. COELHO.

A farmacoterapia da asma brônquica. (*Pharmakotherapie des Asthma bronchiale*), por E. SCHOTT. — *Deut. Med. Woch.* N.º 23, 1928.

Os velhos medicamentos, «muitas vezes mais activos que os novos», consistiam no iodeto de potássio e nas fumigações. O iodeto emprega-se numa solução de  $\frac{10}{150}$ , 3 vezes por dia uma colher de chá, durante um mês, com igual tempo de repouso. Porque mecanismo actua o iodeto de potássio é matéria ainda sob o domínio das hipóteses. É possível que provoque uma melhora da expectoração, liquefazendo a secreção brônquica. O iodeto de potássio é ainda hoje o melhor expectorante. Notável é também a acção dêsse fármaco sobre a tiroidea e sobre o sistema nervoso simpático.

O emprêgo dos novos medicamentos assenta em bases experimentais e na

noção fisiológica do antagonismo *vago-simpático*. O fármaco clássico paralizante do vago é a atropina. Um miligrama de atropina, em injeção subcutânea, pode impedir um acesso de asma. Igualmente actua a papaverina (1 empola «Knoll» possui 0,04 para injeção intravenosa). O benzoato de benzilo (sol. a 20%, 16-30 gotas em água) actua por um mecanismo semelhante, mas de poucos resultados práticos, embora o seu emprêgo assente em experiências bem fundamentadas. A beladona pode ser empregada, com idêntico fim, em pílulas de 0,02-0,03, 2-3 vezes por dia, durante algumas semanas. A sensibilidade dos doentes para a atropina e para a beladona depende de indivíduo para indivíduo.

Tem-se procurado também drogas que excitam o simpático, provocando, desta sorte, uma dilatação dos músculos dos brônquios. O cálcio actua sobre o simpático. Dá-se em doses de 5-10 c. c. numa sol. a 5% de cloreto de cálcio ou 10 c. c. de uma sol. a 10% de cloreto de cálcio e ureia (afenil). Emprega-se também uma associação de estrôncio e ureia, que se encontra no mercado com o nome de *Strontians*, na dose de 5-10 c. c. em injeção intravenosa. Podem empregar-se os sais de cálcio *per os* (cloreto de cálcio 20, xarope simples 40, água 400, uma colher de sopa de duas em duas horas; ou cloreto de cálcio, fosfato de cálcio, lactato de cálcio ãã 20, xarope simples 50, água 500, 3-5 colheres de sopa por dia).

Com fim idêntico, tem-se empregado a adrenalina, que é um medicamento soberano das crises de asma (inj. subcutânea de 1/2-1 c. c. da solução ao miléssimo). Emprega-se também a suprarenina, a morfina e atropina. A efedrina (extracto da *Ephedra vulg.*), de acção idêntica à adrenalina, trouxe ao tratamento da asma grandes progressos. Tem a vantagem, contrariamente à adrenalina, de poder ser empregada *per os*. Ordinariamente, emprega-se o produto sintético, conhecido no mercado com o nome de efetonina. Na ocasião dos acessos: 1 comprimido (0,05), podendo repetir-se até 3 por dia. Nos intervalos dos acessos e durante largo tempo, 1/2 comprimido, duas vezes por dia. Não está ainda suficientemente esclarecido o problema das relações das secreções internas com a asma brônquica. Todavia, a coincidência de alguns casos de asma com perturbações de algumas glândulas de secreção interna levou alguns clínicos a empregarem o extracto de hipófise e a adrenalina («Asthmolysin»).

Nos últimos tempos aconselhou-se o emprêgo de um sem número de medicamentos constituídos, a mais das vezes, por uma combinação de paralizantes do vago e de excitantes do pneumogástrico (Zupletot, Felsol, Spasmpurin, Pneumarol, Spasmyl, etc.). O Spasmosan (papaverina + adrenalina) tem sido empregado com bons resultados.

E. COELHO.

Uma série de 150 casos de doença de Basedow operados sem mortalidade. (*Operation von 150 Basedowfallen in der Serie ohne Mortalität*), por F. KASPAS. — *W. Klin. Woch.* N.º 24. 1928.

O A. passa em revista tôdas as estatísticas, cuja mortalidade vai de 2,4 a 25% para as pôr em confronto com a sua e com os seus processos



operatórios. Sobre os tratamentos médicos pré-operatórios, o A. diz o seguinte: a roentgenterápia não tem grande acção como preparadora da operação; o iodo, como é empregado nos últimos tempos sob a forma de sol. de Lugol e segundo a fórmula de Neisser (Plummer e Boothby da Clínica de Mayo), tem sido recomendado; chega a provocar remissões e algumas melhoras, que corroboram os efeitos da operação.

Sobre o tratamento pelo *ginergen*, o A. tem uma experiência de 4 casos, nos quais conseguiu baixar a taquicárdia de 20-30 pulsações p. m. Os doentes que possuem mau miocárdio ou sintomas de estase está-lhes contraindicado o *ginergen*.

Após a operação, é preciso impôr aos doentes o maior repouso: estão proibidas investigações complicadas, exames radiográficos, demonstrações na aula, visitas demoradas, etc.

Na véspera da operação o A. dá aos doentes 0,02 grs. de pantopon, ou fanodórmio, adalina, alonal, etc.  $\frac{1}{2}$  hora antes da operação o doente recebe pantopon-atrinal ou pantopon e 0,05 grs. de atropina.

*Anestesia* — principalmente pelo éter, ao qual associa, por vezes, 0,5 a 1 % de novocaína sem adrenalina. Desta maneira, emprega-se menos narcótico e tem-se a vantagem de provocar melhor anestesia da região.

A operação deve fazer-se no mais curto espaço de tempo (35-45 minutos). Laqueação das tiroideas superiores, e numa segunda sessão, operação radical ou hemitiroidectomia, ressecando a outra parte algumas semanas ou meses depois. O método de escolha consiste na ressecção de ambos os lobos e do istmo com laqueação das 4 artérias tiroideas.

O A. adopta também a hemitiroidectomia.

Durante a operação, o A. emprega o óleo canforado, cardiazol e a lobélia.

*Reacções post-operatórias* — Nos dois ou três primeiros dias os doentes podem ter reacções graves. As complicações pulmonares e as resultantes da hipertirose aguda post-operatória são as principais. Devemos lançar mão, nos dois ou três dias que seguem à operação, da cafeína e do cardiazol. A dedaleira, o estrofantus e a adrenalina estão contraindicados. Pessoal especialmente instruído mantém o doente no maior repouso físico e psíquico.

O A. emprega, ainda, depois da operação, quando persistem exoftalmia e a taquicárdia, o bromidrato de quinino, na dose de  $0,25 \times 3$  por dia, e em períodos de 8 dias. Foi com êste método combinado que conseguiu uma estatística de 150 casos sem um único caso de morte.

E. COELHO

**A bilirrubina, provável hormona homatopoiética.** (*Bilirubin als ein mögliches Haemopoetisches Hormon*), por VERZAR e ZIH. — *Klin. Woch.* 27 de Maio, 1928.

Os AA. procuram, neste trabalho, explicar experimentalmente a acção hematopoiética regeneradora do extracto hepático e da dieta do fígado nas anemias graves. Os AA. demonstram que a bilirrubina é dotada de um enérgico poder excitante da eritropoiese. Os dados colhidos no estudo das variações hemáticas em certos animais submetidos à dieta com bilirrubina

(0,5 até 3 mgr. *per os*) são inteiramente concludentes. Assim, a bilirrubina pode ser considerada como uma hormona hematoipoiética.

E. COELHO.

Sóbre o tratamento da hipertonia e da angina pectoris com Betilon, um novo preparado de benzilo. (*Zur Behandlung der Hypertonien und der Angina pectoris mit Betilon, einem neuen Benzylpräparat*), por GERMANN. — *Med. Klin.* 10 Fev., 1928.

O A. empregou na clínica um novo preparado de benzilo, o Betilon, que, em experiências tinha mostrado diminuir a tonicidade muscular e a pressão sangüínea. Tratou 25 hipertensos de diversas etiologias e 11 casos de angina pectoris, em parte também hipertensos. Em 11 casos de hipertonia essencial conseguiu uma descida duradoura da pressão arterial (15-45 mm. de mercúrio), com melhoras notáveis dos sintomas subjectivos. Em 6 casos de esclerose renal conseguiu melhoras, apenas, das perturbações subjectivas, continuando invariável a pressão, que descia passageiramente após a administração do medicamento.

Em 8 doentes com arterioesclose sobrevieram melhoras dos sintomas subjectivos, com pequena diminuição da pressão. Os resultados mais favoráveis foram adquiridos na angina pectoris, na qual se conseguiu, em 5, o desaparecimento das perturbações.

Este fármaco pode prescrever-se em comprimidos, hóstias e injeções subcutâneas, intramusculares e intravenosas. A injeção intravenosa não dá qualquer reacção. Começa-se o tratamento com 10 a 12 injeções de 1 c.c., em dias alternados, continuando-se depois com 2 injeções semanais, e, por fim, só uma, até se completar um total de 20-25.

E. COELHO.

Les traitements nouveaux de l'anémie pernicieuse progressive, por E. WEIL, POLLET, LEYV e FLAUDRIN. — *Le sang.* N.º 3, II, 1928.

Os AA. estudaram cincoenta casos de anemia perniciosa e compararam os resultados obtidos com o método de Whipple (dieta de fígado) e com o método de Walinski que consiste na administração de insulina (5 a 20 unidades diárias) associada a pequenas transfusões sangüíneas. Os AA. concluem:

- 1.º A insulina pode, com as transfusões sangüíneas, chegar a curar as anemias perniciosas;
- 2.º A ingestão de fígado é mais eficaz e de acção mais duradoura;
- 3.º A associação dos dois processos é de acção muito mais eficaz, nenhum outro tratamento podendo igualar-se a êste, nem merecendo ser tomado em conta.

E. COELHO.

**Vacinações preventivas na luta contra a escarlatina.** (*Vaccinations préventives dans la lutte contre la scarlatine*), por H. SPAROW.—*Pres. Med.* 2 de Maio de 1928.

O método da vacina preventiva foi empregado no decurso das epidemias de escarlatina que grassaram na Polónia nos anos de 1925 e 1926. São as conclusões dos resultados destas medidas profiláticas que o A. expõe no seu artigo.

Desde o outono de 1925 até 1 de Maio de 1927 foram examinadas, sob o ponto de vista da reacção de Dick, 23.657 crianças, na sua grande maioria pertencentes à população escolar. A média das crianças com Dick positiva oscila entre 55 a 57%. No período de 18 meses, a que esta observação diz respeito, verificaram-se 131 casos de escarlatina, dos quais 124 entre os Dick positivos e apenas 4 entre os Dick negativos. Um outro autor, Gasiorowski, conclui da sua experiência pessoal por um mais nítido significado da reacção de Dick. De 9204 crianças vistas pelo referido autor em meio contagiado, só contraíram a doença aquelas em que a reacção de Dick foi positiva e nem um caso se verificou entre os que foram Dick negativos. Entre 21.955 vacinadas a escarlatina apareceu em uma percentagem de 0,43%.

Durante a epidemia de 1925, contam-se 160 casos entre os vacinados: 99 vacinados com 3 injeções num total de 3500 doses cutâneas de Dick e 61 com uma dose incompleta de vacina. 94 vacinados, com doses completas, contraíram a doença que teve os seguintes característicos:

Esc. de decurso habitual.....	34
Esc. de forma abortiva .....	44
Esc. complicada .....	12
Esc. mortal.....	4

Em 58 casos com vacinação incompleta houve:

Esc. de decurso habitual.....	22
Esc. de forma abortiva .....	26
Esc. complicada.....	9
Esc. mortal.....	1

A mortalidade nos indivíduos vacinados e não vacinados baixa com a progressão na idade e nos vacinados consoante a dose de toxina injectada.

MORAIS DAVID.

**Imunização activa contra a diftéria.** (*Active immunisation against diphtheria*), por C. SCAMMAN e B. WHITE.—*The New Eng. Jour. of Med.* 7 Junho 1928.

Mercê da experiência colhida nos últimos dez anos com as medidas profiláticas postas em uso no combate contra a diftéria, é possível estabelecer

hoje um certo número de modificações às praxes geralmente aconselhadas e muito especialmente nas que dizem respeito à reacção de Schick e à imunização activa pela mistura toxina-anti-toxina. As referências que vão seguir-se constituem uma espécie de instruções fornecidas pelo Departamento de Saúde Pública de Massachusetts.

#### *R. de Schick :*

Todo o material necessário para executar esta reacção é fornecido gratuitamente por determinadas instituições sanitárias e pode ser obtido com a maior facilidade na altura em que se torna preciso. Este material vem acompanhado das indicações para fazer a diluição da toxina (diluição que se faz apenas no momento de se empregar). Como testemunha da reacção usa-se uma diluição de toxina aquecida e que é fornecida em empolas especiais e já devidamente preparada. Para a reacção de Schick faz-se a injeccção de 0,1 c. c. da diluição de toxina, nas camadas da epiderme da região deltóidea de um lado e do outro a injeccção da mesma quantidade de toxina aquecida.

Se a reacção é negativa não há sinais de reacção local. Se a reacção é positiva, dentro de 24 a 36 horas começa a aparecer no local da injeccção um rubor acompanhado de infiltração, atingindo uma área com cêrca de 1 a 2 centímetros de diâmetro, que vai progredindo de intensidade até ao 4.º dia. Depois extingue-se e deixa em seu lugar uma pequena zona escamosa pigmentada que mais tarde desaparece totalmente. Na injeccção testemunha não aparece qualquer fenómeno reaccional.

Há uma pseudo-reacção que aparece no ponto da injeccção, não por efeito de uma sensibilidade do indivíduo para a toxina diftérica mas pela sua particular sensibilidade para as proteínas do bacilo. Esta reacção manifesta-se tanto com a injeccção de toxina fresca como com a injeccção de toxina aquecida, com os mesmos decurso e aspecto; passa ao fim de 3 dias. A pseudo-reacção exprime uma sensibilidade para as proteínas do bacilo de Lüffler e não receptividade para a diftéria.

A reacção de Shick positiva pode coexistir com uma pseudo-reacção. Nestas condições os sintomas que sucem à injeccção de toxina fresca são mais pronunciados e mais demorados do que os que se observam em relação com a injeccção de toxina aquecida. Aqueles são máximos ao 4.º dia, enquanto êstes se apresentam em franco declíneo, nesta altura.

A reacção combinada representa sensibilidade simultânea para a toxina e para a proteína diftérica e receptividade para a doença.

#### *Mistura toxina-anti-toxina :*

Esta mistura é também fornecida, como o material para a reacção de Schick, por determinadas entidades do estado.

A imunidade é alcançada com 3 injeccções sub-cutâneas de 1 c. c. da mistura, intervaladas de uma semana.

A imunidade desenvolve-se lentamente; 2 a 6 meses é o tempo que requiere o organismo para produzir anti-toxina em quantidade suficiente para impedir a reacção de Schick.

Decorridos 6 meses depois da vacinação todos os indivíduos vacinados de-

vem de novo ser examinados sob o ponto de vista da sua sensibilidade por meio da reacção de Schick, e no caso desta ser ainda positiva repetem-se as 3 injecções de toxina-anti-toxina.

A imunidade provocada vai além de 7 anos, mas expirado êste tempo é conveniente investigar de novo a sensibilidade à R. de Schick.

A administração recente de anti-toxina retarda o desenvolvimento da imunidade provocada pela introdução da anatoxina.

É preciso deixar decorrer cerca de 1 1/2 mês para deixar desaparecer êste efeito impeditivo da anti-toxina.

### RECOMENDAÇÕES

As crianças com menos de 6 meses raramente são receptoras para a doença, e porisso só as Schick positivas carecem de tratamento preventivo. Ao contrário, tôdas as crianças entre os 6 meses e os 10 anos são práticamente Schick positivas e precisam de ser imunizadas. Entre os 10 e os 18 anos é indispensável o estudo do comportamento da reacção de Schick; para os casos Schick positivas procede-se às injecções da mistura toxina-anti-toxina e, quando a reacção de Schick é do tipo combinado, a anatoxina injecta-se, a princípio, em doses pequenas de 0,1 c. c., 0,2 c. c., 0,5 c. c. até 1 c. c. A dose de 1 c. c. é depois repetida 3 vezes, com um intervalo de uma semana entre cada injecção.

Acima dos 18 anos só em condições especiais se torna preciso o uso das medidas profiláticas aconselhadas.

MORAIS DAVID.

---

Acêrca da glicêmia na doença de Addison. (*Acerca de la glicemia en la enfermedad de Addison*), por J. DIAZ e J. MANSERA. — *Arch. Endoc. y Nutr.* Março-Abril, 1928.

Nos Addisonianos podem-se encontrar valores baixos da glicêmia mas na maioria das vezes encontram-se valores correspondentes a uma glicêmia normal. Não há, conseqüentemente, alterações características na glicêmia dêstes doentes.

MORAIS DAVID.

---

Algumas observações acêrca das reacções de Wassermann e Kahn. (*Some observations on the Wassermann and Kahn reactions*), por C. NIGG e N. P. LARSEN. — *Jour. Lab. Cli. Med.* Junho 1928.

As reacções de Wassermann e de Kahn teem ambas um grande valor, e é impossível estabelecer preferêcia por uma ou por outra. Todo o laboratório deve proceder simultâneamente às duas reacções porque só assim consegue estabelecer uma aferição constante entre elas e na técnica usada.

As inactivações repetidas tendem a mudar a reacção positiva do sôro em reacção negativa; esta alteração não parece estar apenas ligada ao efeito do

calor e varia de sôro para sôro. Os soros que ficam demoradamente em contacto com o coelho sangüíneo mostram uma tendência para o aumento da substância que gera a reacção de Wassermann.

*In vitro*, a bilis em contacto com o sôro tende a impedir as reacções. «Zoning» é um fenómeno que se verifica com particular freqüência no sangue dos leprosos e que se traduz pelo enfraquecimento na intensidade da reacção quando se aumenta a quantidade de sôro.

A quantidade de «substância sífilitica» do sangue varia de dia para dia. Quando se levante qualquer dúvida no resultado de uma reacção deve esta ser repetida em sangues colhidos em 3 dias sucessivos.

MORAIS DAVID.

### Cirurgia do pâncreas e em especial da necrose pancreática aguda.

(*Surgery of the pancreas, with especial consideration of acute pancreatic necrosis*), por SCHMIEDEN e SEBENING. — *Surg. Gyn. and Obst.* Junho 1928.

#### Conclusões:

A necrose pancreática aguda é uma doença de uma alta mortalidade com patogenia e etiologia variadas. As afecções dos ductos biliares teem um papel etiológico importante.

A relação entre a doença dos canais biliares e a necrose pancreática aguda sugere especiais considerações quanto ao diagnóstico, ao tratamento e à profilaxia. O pâncreas deve ser considerado como um órgão extremamente sensível ao traumatismo operatório e deve ser resguardado de qualquer manobra contundente, em especial no decurso de operações sôbre a vesícula biliar, sôbre o estômago ou sôbre o baço.

A mortalidade actual, extraída de 1.268 casos, incluídos em estatísticas dos últimos 8 anos, é de 51,2 %.

A melhor intervenção terapêutica consiste na operação urgente. A observação sistemática dos doentes, depois da operação, é necessária em face das múltiplas complicações que podem sobrevir. Os bons resultados obtidos com o tratamento cirúrgico das pancreatites crônicas, dos cálculos pancreáticos, dos quistos e dos traumatismos do pâncreas permitem a esperança de ultteriores progressos na cirurgia pancreática.

MORAIS DAVID.

### Tratamento pela sanocrisina da tuberculose experimental. (*Traitement par la sanocrisine de la tuberculose experimentale*), por T. MADSEN e I. MORCH. — *Acta Tuberculose Scandinavica*. Vol. IV. Fasc. 1.

1 — Duas séries de experiências, compreendendo 73 coelhos permitiram confirmar a seguinte observação feita no decurso duma experiência anterior:

O tratamento pela sanocrisina (dez doses de dois centrigramas de sanocrisina por quilo) duma tuberculose provocada por uma cultura muito virulenta pode deter o desenvolvimento da tuberculose e esterilizar os pulmões infectados de tuberculose numa parte considerável dos animais tratados,

quando o tratamento começa 3-5 dias depois da infecção; mas não, quando o tratamento começa ao mesmo tempo que a infecção.

2 — A reactividade do organismo que é necessária para que a sanocrisina possa desenvolver o seu poder curativo, aparece nestas experiências três dias depois da infecção: com efeito todos os animais tratados antes dêste momento (12 min., 1-5-24 e 48 horas depois da infecção morreram de tuberculose — os individuos tratados mais cedo tiveram a mesma duração de vida que as testemunhas, os tratados mais tarde uma duração de vida um pouco prolongada. *Todos os animais tratados 3-5 dias depois da infecção sobreviveram.*

3 — Do que fica dito não se pode concluir que a sanocrisina tenha uma acção destruidora *directa* sobre os bacilos tuberculosos no organismo.

4 — O resultado terapêutico do tratamento pela sanocrisina (começado 3-5 dias depois da infecção) foi nestas duas séries de experiências menos nítido que nas experiências anteriormente publicadas: com efeito, a autópsia efectuada 2 1/2-4 meses depois da morte da última testemunha revelou que apenas dez individuos dos desanove tratados não tinham tuberculose alguma macroscopicamente. Em nove, dos dez animais, os pulmões estavam estéreis quanto a bacilos tuberculosos.

5 — A virulência da cultura do bacilo tuberculoso empregada diminui no decurso das experiências; a acção terapêutica da sanocrisina sofreu um decréscimo paralelo.

Nas experiências anteriores em que as testemunhas morreram em média 34 dias depois da infecção, 95% dos animais tratados estavam livres de tuberculose; na experiência IX as testemunhas morreram em média 41 dias depois da infecção, apenas 71% estavam isentos de tuberculose e na experiência X, em que as testemunhas morreram em média 57 dias depois da infecção apenas houve 41% dos animais sem tuberculose; enfim, todos os animais morreram de tuberculose numa série de experiências em que as testemunhas morreram em média 130 dias depois da infecção.

Esta relação entre a virulência do bacilo empregado e o efeito terapêutico da substância curativa encontra-se igualmente no que diz respeito á acção do rivanol nas estreptocólicas e do salvarsan sobre os espiroquetas.

6 — As pesquisas feitas pelos AA. em colaboração com O. Bang mostram que a tuberculose experimental do coelho se apresenta algumas vezes sob uma forma que resiste totalmente ao tratamento pela sanocrisina, pelo menos administrada em doses de dois centigramas por quilo.

F. FONSECA.

**Tratamento pela sanocrisina da tuberculose experimental.** (*Traitement par la sanocrysiné de la tuberculose experimetal*), por O. BANG, T. MORCH. — *Acta Tuberculosea Scandinavica*. Vol. IV. Fasc. I.

Das experiências relatadas, feitas em parte no Laboratório de patologia especial da Escola de Veterinária e Agronomia e em parte no Instituto Sero-terápico, não se deduz qualquer efeito terapêutico da sanocrisina sobre a infecção em questão.

A forma da tuberculose provocada nestas experiências (especialmente

com as pequenas doses de bacilos tuberculosos) corresponde à que O. Bang observara anteriormente; pelo contrário Madsen e Morch consideram que este tipo difere em pontos essenciais do tipo observado nas suas experiências, em parte pela sua evolução (curvas de peso e duração) em parte pela forma e a localização (predomínio de processos pulmonares extensos e desenvolvidos lentamente, fraca disseminação por via hematogénea, tuberculose fraca ou nula do baço e fígado, tuberculose óssea).

As experiências executadas na Escola de Veterinária e Agronomia foram nitidamente negativas; as experiências do Instituto foram tão fortemente complicadas de pasteurilose que é impossível uma apreciação certa; entretanto indicavam também um resultado negativo.

As experiências continuam no Instituto Seroterápico.

F. FONSECA.

O conteúdo em substância activadora lipoclásica de alguns remédios oleosos usados contra a lepra e tuberculose. — (*The contents of lipoclastic activating matter in some oilye remedies used against lepra and tuberculosis*), por G. TUXEN. — *Acta Tuberculosea Scandinávica*. Vol. IV. Fasc. I.

1 — É possível extrair de diferentes substâncias vegetais uma substância activadora da lipase que parece idêntica ou muito semelhante à substância chamava Javanin, extraída do pâncreas.

2 — Diferentes remédios usados na lepra como o óleo de ginocárdia, Moogrol, Ecco, aceleram o processo lipoclássico.

3 — É possível preparar destes remédios e do azeite um extrato aquoso que contém a mencionada substância activadora da lipase.

4 — O A. apresenta um método de extracção dessa substância.

5 — Demonstra que o óleo de chalmogra contém mais activador do que o seu derivado Moogrol e do que o azeite.

6 — Durante um exame semelhante feito ao preparado Ecco verificou que a cânfora e a cresota, contidas nestes remédios, aceleram a lipoclásia.

F. FONSECA.

O papel da bolsa das águas durante o parto, particularmente nos casos de não encravamento da cabeça com distócia óssea relativa ou sem distócia. (*Le rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement, en particulier dans les cas de non-engagement de la tête avec dystocie osseuse relative ou sans dystocie*), por I. KEIS. — *Gynécologie et obstétrique*. T. XVII. N.º 5. 1928.

#### Conclusões teóricas :

1 — A bolsa das águas não actua como cunha no orifício uterino.

2 — A dilatação do orifício deve-se na maior parte às contracções uterinas; a disposição das fibras longitudinais do corpo em relação com as fibras



circulares e oblíquas do colo (bem estudada por Bayer) justifica esta interpretação fisiológica.

3 — A pressão hidrostática na bôlsa amniótica intacta é indispensável para a expulsão da criança e em muitos casos de não encravamento da cabeça no comêço do trabalho é o único obstáculo à descida do polo fetal tanto na bacia normal como na relativamente apertada.

4 — A rutura prematura das membranas não influencia em si própria nem a dilatação, nem a expulsão e não atraza a marcha do parto. Não favorece nem fatalmente, nem geralmente a infecção da mãe.

#### *Conclusões práticas :*

Não admitindo uma acção indispensável da bôlsa sôbre a dilatação do orifício, a indicação da rutura artificial das membranas não depende da dilatação (desde que não haja lesão anatômica do colo). O A. fixa a indicação para a rutura artificial da bôlsa das águas da seguinte forma :

As contracções uterinas devem ser regulares e normais sob o ponto de vista da intensidade. Quando são más, procurar e suprimir na medida do possível o carácter da anomalia. Se as contracções não respondem favoravelmente a uma medicação estimulante ou calmante, depois duma esfera suficientemente longa e de ensaios repetidos, deve-se romper a bôlsa porque a rutura pode favorecer as dores. Isto tanto para a bacia normal como relativamente apertada.

No caso de bacia normal e cabeça não encravada (sem distócia) a rutura das membranas está indicada quando o encravamento não progride normalmente, tendo em conta o estado das contracções uterinas.

No caso da bacia relativamente apertada e cabeça móvel, as indicações da rutura artificial da bôlsa são as mesmas que na bacia normal desde que o exame da cabeça fetal da bacia faça prever a possibilidade de encravamento.

F. FONSECA.

A disjunção das articulações da bacia e a sua relação com o mecanismo do parto. (*La disjonction des articulations du bassin et son rapport avec le mécanisme de l'accouchement*), por R. KELLER. — *Gynécologie et obstétrique*. T. XVII. N.º 5. 1928.

A disjunção da circunferência da bacia durante o parto expontâneo pode fazer-se ao nível do estreito superior, quando há uma certa desproporção entre a cabeça fetal e o estreito superior.

A disjunção pélvica pode fazer-se no momento da rotação interna da cabeça ao nível da escavação da bacia, por pressão uni-lateral exagerada sôbre o ramo do púbis; a articulação sacro-ílica do lado oposto fica, em geral, simultaneamente lesada.

Ao nível do estreito superior a disjunção da bacia é provocada, nas bacias apertadas em forma de funil, pelo movimento de libertação da cabeça; os ramos do púbis formando alavanca afastarão a sínfise púbica de baixo para cima.

A intensidade das contracções uterinas combinadas com a acção da pressão abdominal, assim como a rapidez do parto desempenham um certo papel nestas lesões da cintura pélvica.

Quando da disjunção duma das articulações da bacia, as outras articulações pélvicas ficam muitas vezes lesadas num grau mais ou menos importante em certos casos há apenas lesão duma articulação: é a articulação púbica.

A disjunção duma das articulações da bacia não dá, a maioria da vezes, sintomas no próprio momento, de modo que o diagnóstico só é possível nas síntes do parto.

A cura funcional completa constitui a regra.

F. FONSECA.

---

**Tratamento do cancro da bexiga.** (*Treatment of cancer of the bladder*), por J. S. JOLLY. — *The Lancet*, n.º 5466, 1928.

O cancro da bexiga é relativamente raro, mas não há doença maligna do organismo que dê mais intenso sofrimento do que esta. Os neoplasmas da bexiga constituem apenas 0,5 por cento de todos os tumores e metade dêsses meio por cento são malignos. Cerca de dois terços correspondem ao macho e a idade mais afectada é dos 50 a 70 anos. Na bexiga podemos encontrar o carcinoma viloso, o cirro, o escamo-celular e o adeno-carcinoma. Dêstes é o cirro, segundo a opinião do A., o mais maligno. A forma vilosa quando primitiva mantem-se localizada durante um tempo considerável e os resultados operatórios são bons. A parede póstero-lateral é a mais freqüente sede de todos os tumores da bexiga.

Nesta doença as alterações dos rins e ureteres são de origem mecânica e infecçiosa. Formam-se hidronefrose ou pïonefrose, consoante a urina está estéril ou infectada.

Segundo a prática do A., a infecção renal é a causa mais comum de morte post-operatória.

O primeiro e mais comum sintoma do tumor maligno da bexiga é uma hematúria intermitente e indolor. Dura dois ou três dias, depois a urina torna-se clara a pouco e pouco e permanece assim por semanas ou meses até sobrevir novo ataque. A presença de grande número de células do epitêlio da bexiga em urinas sem pús é altamente sugestivo de neoplasia. Quando se instala a cistite o quadro clínico modifica-se.

Enquanto o doente é operável o diagnóstico só é possível pela cistoscopia. É inoperável quando o tumor se palpa no hipogastro ou pela palpação bimanual. O cistoscópio não indica a extensão do tumor e a possibilidade de invasão dos órgãos vizinhos. A primeira étape da intervenção é sempre exploradora

O melhor método de tratamento é a excisão, implicando uma extensa reseccão de tãda a parede vesical espessada. A cistectomia total raramente se faz.

Mesmo quando os glânglios linfáticos estão affectados a reseccão do tumor pode aliviar os doentes dos sintomas vesicais. Se o tumor não pode ser rese-

cado, tentar-se há destruí-lo pela diatérmia através a abertura supra púbica. A aplicação de rádio pode diminuir as hemorragias e melhorar levemente os sintomas do doente, mas o A. nunca viu o rádio destruir por completo a neoplasia.

A dôr de carcinoma da bexiga é intolerável e só pode ser aliviada com a morfina. Um supositório de morfina e beladona será administrado tôdas as noites ao doente, bem como uma mistura de urotropina e tintura de hiosciamus. As injeções vesicais de pequenas quantidades de líquidos antisépticos são melhor tolerados do que as lavagens. Dieta facilmente digerível. Permitir a ingestão de líquidos não irritantes. A micção é menos dolorosa com a urina diluída.

A mortalidade operatória em seguida à resecção é de cêrca de dez por cento.

F. FONSECA.

**Um novo sinal de prematuração e de debilidade congênita: a coloração diferente das duas metades do corpo segundo o decúbito, por FINKELSTEIN e WILGAND.**— *Journal pour l'étude de la première Enfance*. Vol. 5. N.º 5. Moscou 1927. In *Le Nourrisson*. Mai 1928.

Os AA. observaram num certo número de recém-nascidos prematuros uma perturbação vaso-motora muito particular que se manifesta quando a criança está deitada em decúbito lateral: a metade inferior do corpo torna-se vermelha, enquanto a metade situada acima se torna muito pálida, ou parece-o, por contraste; o limite entre as duas côres passa rigidamente pela linha média do corpo e a linha de demarcação é nitidamente limitada, sem passagem gradual duma côr a outra.

Os AA. viram 20 casos dêste gênero no espaço dos últimos anos e apresentaram alguns em diversas agremiações médicas.

Apresentam um caso típico dum criança abandonada há 15 dias, de 2,750 kgs. Poucos dias depois da sua chegada observaram o quadro acima descrito. Mudando a criança de lado via-se empalidecer a metade precedentemente vermelha e avermelhar a que estava pálida, levando  $\frac{1}{2}$  a 3 minutos essa transformação. Quando se lhe mergulha metade do corpo num banho quente, a metade imersa avermelha mais rapidamente e mais intensamente do que fóra do banho.

Quando se levanta a criança ou quando fica em decúbito dorsal ou ventral, a coloração torna-se igual ao fim de cêrca dum minuto. Quando a criança chora, a diferença de côr atenua-se para reaparecer com a calma; quando o fenômeno se produz durante o sono é sempre menos nítido do que no estado de vigília.

A capilaroscopia feita nos dedos e na testa dum criança destas mostrou uma disposição sensivelmente normal da rede capilar, sem dúvida um pouco rica em sinuosidades e anastomoses; mas em certos momentos, do lado pálido, produz-se um espasmo brusco dos vasos com empalidecimento de todo o campo visível; quando se muda a criança de lado, observa-se uma dilatação considerável dos capilares do lado que se avermelha, com relenta-

mento da corrente sangüínea e por vezes estase; é, em suma, o aspecto da diatese vaso-neurótica.

A explicação dêste curioso fenómeno é inteiramente hipotética. Parece que não se trata duma vasoconstrição do lado pálido mas sim duma vasodilatação do lado vermelho, assim como o testemunha a capilaroscopia; por outro lado, houve dilatação activa e não simples estase passiva nas partes declives, estase que não daria uma vermelhidão uniforme, limitada por uma linha mediana nítida.

A única hipótese capaz de explicar êste fenómeno é a duma perturbação levada às connexões nervosas das duas metades do corpo, ao nível dos centros superiores, quer dizer ao nível do *tuber cinereum* ou do corpo estriado.

Ainda não foi admitido até agora que existam dois centros vasomotores unidos por fibras comissurais, ou um centro único composto de duas metades unidas entre si da mesma maneira; mas os factos observados nas crianças prematuras não admitem outra explicação que o atrazo de desenvolvimento das fibras que permitem uma acção sinérgica dos vasomotores das duas metades do corpo.

O interêsse clínico do novo sinal de prematuração não é muito grande, mas a sua importância fisiológica é enorme na indicação que fornece sôbre a hipótese dum desdobraimento, ainda não notado, do centro vasomotor.

MENESES.

**A apendicite aguda na criança.** (*L'appendicite aiguë chez le petit enfant*), por R. BOURG (Bruxelas). — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*. XXX.º Ano. N.º 5. Maio 1927. Págs. 408-427.

Encontram-se na criança até 6 anos de idade todos os tipos anátomo-clínicos de lesões encontradas na apendicite do adulto, desde a crise sem gravidade até à peritonite difusa generalizada, com fôcos metastáticos secundários, passando pela formação dum empastamento inflamatório, de abcesso enquistado limitado, de abcessos peritoneais multiplos, de peritonite difusa localizada à parte direita do abdomen.

As supurações localizadas ou difusas são muito mais freqüentes, a mortalidade devida a esta afecção muito mais elevada que no adulto.

O diagnóstico da apendicite na criança é mais difficil de fazer do que no adulto. É preciso procurar com muita atenção os sinais objectivos: defeza nítida acompanhada de dores na fossa iliaca direita, carácter recidivante duma crise de localização nítida, maciszez da fossa iliaca direita e formação nessa região duma colecção supurada. O vômito existe no princípio da crise e a constipação é habitual. O exame do facies ajuda enormemente o diagnóstico e deve-se sempre que fôr possível fazer uma contagem leucocitária. Tôda a hiperleucocitose confirma um diagnóstico até aí hesitante e indica a necessidade de intervir.

É necessário contentarmo-nos com um mínimo de sintomas para fazer o diagnóstico. Se resta uma dúvida deve-se intervir por causa da gravidade habitual da crise abandonada a si própria. É preciso operar a quente sempre,

qualquer que seja o início da crise. Todavia, no adulto, o A. não opera as apendicites em período de crise de início bastante afastada de muitos dias, em que há formação dum empastamento constituído por aderências intestinais multiplas.

É necessário extirpar o apêndice sempre nas peritonites difusas e absolutamente no início da crise, quando fôr possível, quando se formou uma colecção purulenta isolada da grande cavidade abdominal e drenar as lesões supuradas.

É necessário, *sem excepção*, operar as apendicites curadas a frio, ou os abscessos apendiculares em que se não pôde extirpar o apêndice, e praticar, depois de ter cessado a crise, a apendicectomia, única cura possível e indispensável se se quizer evitar a recidiva muitas vezes grave.

Este estudo acompanhado de várias observações, se não tráz noções novas, repete e fôca mais uma vez factos absolutamente capitais.

#### MENESES.

**A anestesia regional por via venosa.** (*L'anesthesie regionale par voieveineuse*), por PIERRE CAHEN (PARIS).—*Archives Franco-Belges de Chirurgie*. Maio 1927. XXX.º Ano. N.º 5. Págs. 377-387.

Este género de anestesia consiste em introduzir um soluto de novocaina numa veia superficial dum segmento de membro isolado da circulação e previamente privado do seu sangue pela fita de Esmarch. A solução adoptada é premida a contra-corrente, e deve forçar as válvulas. Obtém-se assim uma impregnação de todo o território excluído da circulação e em alguns minutos uma anestesia completa.

Este método, preconizado por Bier em 1909, teve e talvez tenha ainda uma certa voga nos países de língua alemã, mas não deteve a atenção dos outros. O A. pretende agora preencher essa lácuna, e encontra no método razões para isso.

A instrumentação é a habitual para a dissecação duma veia, a da hemostase e uma seringa metálica com cânula e mandris especiais no género do aspirador Potain, construída segundo indicações do A. pela casa Duffaut et C.<sup>ie</sup>, de Paris.

Depois de fervidos os instrumentos em sôro fisiológico, e depois de dar ao doente 0,01 gr. de morfina meia hora antes da operação, desinfectada a região, descobre-se a veia sôbre algumas gotas de novocaina a 1/200 injectadas na derme.

Incisão no sentido da veia, ou perpendicular. Desnudação e isolamento com dois fios de cutgut. Protecção da ferida com uma compressa

É preciso então livrar do sangue o segmento do membro que se pretende anestesiar, antes de introduzir nas veias o soluto de novocaina. Para êsse efeito enrola-se a fita de Esmarch do segmento distal para a raiz do membro, cobrindo a compressa na passagem, até alguns centímetros acima dêsse ponto. Este tempo da operação tem uma certa importância que o A. explica, pormenorizando o seu modo especial de realizar.

Segue-se depois a introdução da cânula nº 2 veia, no sentido do seu eixo, para a periferia, em contra-corrente. Com a seringa de 20 c. c. injectam-se, segundo os casos, de 20 c. c. a 40 c. c. Ao fim de 10 minutos, operar.

Segue-se a hemostase, com laqueações. Terminada a operação e antes de tirar a hemostase abrir-se há a pequena torneira da cânula, expremendo o segmento do membro de baixo para cima, para expelir o que possa ter ficado do soluto.

Agrafe. Deixar o membro levantado durante uma ou duas horas.

Dar café ou uma injeção sub-cutânea de cafeína.

Em 603 casos, de diversos autores e de diferentes localizações houve apenas 2,6 % de insucessos, que poderiam ter sido evitados na sua quasi totalidade com uma técnica correcta e um conhecimento exacto das indicações e contra-indicações.

O membro superior é o lugar de eleição desta anestesia, o ante-braço em particular, que pode ser dêste modo operado com toda a segurança.

Para o membro inferior já é precisa uma quantidade considerável de novocaina, o que pode ter inconvenientes. Além disso as veias são geralmente difíceis de encontrar na cõxa. E possuímos na raquianestesia um processo mais seguro para êste caso. Exceptua-se o pé e a safenectomia, por varizes.

Uma das indicações desta anestesia é a contra-indicação da anestesia geral. Os grandes tuberculosos e os caquéticos ganharão sempre em ser operados sob anestesia regional por via venosa.

O factor psíquico é também razão para considerar. O estado das veias pode ser uma contra-indicação, por exemplo o das veias esclerosadas e duras.

Um ponto capital a reter: a contra-indicação formal dada pelas injeções agudas e pelas inflamações sépticas.

Restam-nos como eleitos para o método todas as afecções crónicas (bacilosas em particular), todas as operações plásticas, todas as lesões traumáticas, as intervenções ósseas (ostéosinteses, enxertos ósseos), extirpações de veias varicosas, etc.

É necessário fazer uma menção especial das amputações, tanto do membro superior como do inferior, as quais se poderão fazer sempre duma maneira extremamente simples e perfeitamente indolor. De facto, nestes casos particulares, não há de modo algum o receio duma penetração excessiva de substância anestésica, pois a sua maior parte é levada com o segmento do membro amputado.

O A. conclue por afirmar o processo susceptível de prestar grandes serviços, devendo ser uzado com o electismo e a precisão de técnica que indica, sublinhando os pontos fundamentais.

Merece ser vulgarizado e a sua ambição é o de defundir. Ilustrações muito claras acompanham êste artigo, absolutamente técnico e prático.

MENESES.

ERRATAS DO N.º 6: Na pág. 433, l. 27, onde está *formação*, leia-se: *punção*. Na pag. 434, l. 7, onde está *poliometilite*, leia-se: *poliomielite*.

# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## A organização de uma clínica médica

A organização de uma clínica médica deve compreender três objectivos :  
*A assistência aos doentes, o ensino universitário e a investigação científica.*

De um opúsculo que recebemos sobre o *Instituto de Clínica Médica B* de Bucarest, dirigido pelo Prof. Danielopulu, vamos espigar alguns passos que ponham o leitor ao corrente da organização d'este admirável Instituto de investigações clínicas e experimentais, e que, nem por isso, deixa de prestar uma cuidadosa assistência aos doentes e um esmerado, completo ensino aos alunos.

Eis os princípios que serviram de base à organização desta clínica :  
«Uma clínica deve servir naturalmente tanto para o *ensino* como para a *assistência aos doentes*. Os dois objectivos da clínica harmonizam-se muito bem e não apresentam qualquer incompatibilidade.

«Um segundo princípio, que é a base da organização da segunda Clínica Médica de Bucarest, e que nos parece muito importante sob todos os pontos de vista, consiste no seguinte: Nesta instituição tratam-se doentes de todas as classes sociais; das que pagam e das que não podem pagar. O tratamento é bem entendido, o mesmo e não há entre as diferentes categorias de doentes senão uma diferença de conforto. A assistência completamente gratuita é um erro. A organização dos serviços de hospitais que apenas contém doentes de graça não permitiria à administração o aperfeiçoamento contínuo do serviço, que necessita de métodos novos de diagnóstico e de tratamento. Seria preciso possuir fundos de assistência enormes para poder organizar uma clínica de uma maneira completa. Ora, se exceptuarmos algumas instituições particulares da América, nenhum país dispõe de tão grandes fundos.

.....  
«A hospitalização de doentes de diferentes classes sociais na mesma clínica oferece também uma vantagem no que diz respeito ao ensino clínico. Nestas condições o material clínico é mais rico e mais variado. Ha doenças que são mais frequentes em certas classes sociais, que fazem parte quasi exclusivamente da clínica da cidade. Pela inovação feita nesta instituição podemos ter na mesma clínica doenças que dantes se não podiam mostrar aos alunos.

«A instituição possui 15 assistentes, 3 internos, 5 externos e uns 30 estagiários.

.....  
«Afora o ensino official impôsto pela Faculdade, organizamos um ensino de 4 a 5 lições por semana feito pelos assistentes.

«Um outro princípio que serviu de base à organização do Instituto da 2.<sup>a</sup> Clínica Médica consiste na *formação de uma escola de investigações scientificas*. Partindo da observação do doente, que é o ponto de partida da investigação scientifica, devemos ter a possibilidade, numa clinica, de prosseguir os nossos trabalhos nos laboratórios de investigação experimental.

«O Instituto possui, com efeito, grandes laboratórios que servem tanto para o diagnóstico como para as investigações científicas. Tem um grande laboratório de *química biológica*; um laboratório de *serologia*; um laboratório de *anatomia patológica*; um laboratório para o *metabolismo basal*; um grande laboratório de *fisiologia* que contém os galvanómetros de corda e que serve para *investigações no homem e nos animais*, possuindo a *mesa de operações Starling* e um *aparelho de respiração artificial (Ideal pump)*; um *segundo laboratório de fisiologia* compreende uma mesa de operações com um aparelho de respiração artificial de Brodie e todas as instalações necessárias para a inscrição do coração isolado, a perfusão dos órgãos, etc.

«O grande desenvolvimento que se deu aos laboratórios de fisiologia representa uma real vantagem para a clínica médica. Desde muito tempo que os clínicos sentiram a necessidade de completar a sua instrução clínica com as investigações laboratoriais e experimentais.

.....

«Afora a investigação experimental nos animais, há uma série de investigações que se devem fazer no homem, com o fim de se esclarecer o diagnóstico ou de se prescrever um tratamento. Na investigação científica, no homem, os métodos de pesquisa devem ser tão exactos como os que se empregam em fisiologia experimental. Por isso o Instituto possui uma *sala especial de método gráfico para a inscrição visceral*.

«Tem também uma *sala de cirurgia experimental*, permitindo operações em animais, que são em seguida hospitalizados numa câmara especial.

«Uma secção importante do Instituto é formada pela secção de *radiologia*, contendo uma instalação de radioscopia, de radiografia e de radioterapia superficial e profunda. Uma secção de *fisioterapia* compreende as instalações de aparelhos eléctricos necessários à terapêutica: diatermia, alta frequência, faradização, aparelho Bergonié, ionização, os raios ultra-violeta, etc.

«Além dos laboratórios de investigação, acima citados, cada andar possui um *laboratório* para análises elementares de urina e de sangue. Este Instituto de medicina interna possui também uma *sala de operações para os doentes*. *Não quer isto dizer que o Instituto possua um serviço mixto de medicina e cirurgia, idéa abandonada há muito tempo*. Neste Instituto de Clínica Médica tratam-se apenas as doenças de medicina interna. Mas quando um doente atingido de uma afecção médica (úlceras do estômago, litíase biliar, angina de peito, etc.) necessita de uma intervenção cirúrgica, a operação faz-se no próprio Instituto. Esta organização tem numerosas vantagens. Em geral, os serviços de cirurgia, não possuem instalações de diagnóstico e de tratamento bastante completas. Ora, uma preparação do doente para a intervenção cirúrgica demanda uma série de exames de laboratório que só os serviços de medicina podem satisfazer.

«Por outro lado, depois da operação, o doente tem necessidade de continuar o regime e o tratamento médico, o que é ainda da competência do médico internista. Eis a razão pela qual este *Instituto de Medicina Interna* organizou uma sala de operações, na qual o cirurgião, chamado para estes casos particulares, procede à intervenção».



Eis, a traços largos, a descrição dêste Instituto de Medicina interna que tem uma organização similar à das grandes clínicas médicas alemães.

Depois da guerra tem-se procurado, na América como na Europa, dar o maior desenvolvimento ao ensino clinico. Não só se aumentou o número de cadeiras de clínica médica (Paris, Berlim, etc.), se melhorou com novas instalações laboratoriais os serviços a cada uma pertencentes, como se deu um maior desenvolvimento aos laboratórios de investigação científica e á *medicina experimental*, a dentro dos serviço das clínicas médicas. O exemplo mais frisante é-nos dado pela 2.<sup>a</sup> clínica médica de Berlim que, pela organização dos seus serviços, constitui o expoente máximo desta orientação. Os trabalhos que de lá saiem têm todos por base a orientação da medicina actual — *a fisiologia patológica*. Quando Bergmann tomou posse da cadeira de clínica médica mais desejada na Alemanha (a 2.<sup>a</sup> clínica médica de Berlim), acentuou na sua lição de abertura que, sendo êsse o método de trabalho que Kraus imprimira á clinica, tinha de ser também, embora noutros departamentos, idêntica a orientação do seu mestrado e do seu ensino: *além da clinica prática, a investigação científica, tendo por base a fisiologia patológica e a medicina experimental.* (Vidé Deut. Med. Woch. 1927).

É essa a orientação do Instituto de Clínica Médica B de Bucarest, cuja organização, em resumo, visa três finalidades: *a assistência aos doentes, o ensino universitário e a investigação científica clinica e experimental.*

EDUARDO COELHO.

\* \* \*

### Universidade de Lisboa

Foi nomeado reitor o professor da Faculdade de Medicina sr. dr. Augusto Monjardino.

\* \* \*

### Faculdades de Medicina

#### De Coimbra

Foi proposto para director do Laboratório de Microbiologia o professor Luis Pereira da Costa.

\* \* \*

### Colectividades científicas

#### Sociedade de Ciências Médicas

Realizou-se no dia 7 uma sessão de homenagem à memória do dr. António de Azevedo.

Falaram, enaltecendo as suas qualidades morais e de defensor dos interesses profissionais, os srs. drs. Costa Sacadura, Silva Carvalho, Sabino Coelho e Alberto Mac-Bride.



## Sociedade Portuguesa de Biologia

Sessão de 16 de Julho. — Comunicações :

Anselmo da Cruz : *Acção do tecido suprarenal sobre a lecitina.*

Gonçalves da Cunha : *Impregnação ósmica do vacuoma e do condrioma.*

Eduardo Coelho e Cândido de Oliveira : *Influência da ergotamina sobre a hiperglicémia alimentar em indivíduos normais e em diabéticos.*

Eduardo Coelho : *Acção da efedrina sobre o coração do cão (estudos electrocardiográficos).*

Silveira Ramos : *Poder antiséptico do mercurocromio.*

C. Trincão : *A propósito da acção da ergotamina sobre a glicémia.*

F. Fonseca e C. Trincão : *Acção da insulina sobre a secreção externa do pâncreas estudada num doente com fistula pancreática.*

F. Fonseca e C. Trincão : *Acção de várias drogas sobre a secreção externa do pâncreas estudada num doente com fistula pancreática.*

\* \* \*

### Prof. Ricardo Jorge

A Sociedade Rial de Medicina de Londres elegeu o Prof. Ricardo Jorge secretário honorário da secção de Epidemiologia e Medicina do Estado.

\* \* \*

### Prof. Egas Moniz

A convite do governo brasileiro, partiu no dia 15 do corrente para o Rio de Janeiro, o Prof. Egas Moniz, onde fará quatro conferências sobre os seus trabalhos de neurologia. O Prof. Egas Moniz será hospede do governo brasileiro.

\* \* \*

### Arquivo de Patologia

Acaba de sair o fascículo I do vol. II deste Arquivo, publicado pelo Prof. F. Gentil.

Preço de cada fascículo, Esc. 50,000; para os assinantes da *Lisboa Médica*, Esc. 40,000.

Pedidos : ao Prof. H. Parreira. — Hospital Escolar.

\* \* \*

### Hospitais

Hospital Escolar de Santa Marta. Tomou posse do cargo de director o Prof. Carlos de Melo.

\* \* \*

### Necrologia

Faleceram : em Lisboa o dr. Leão Azêdo, e em Cantanhede o dr. Fernando Alberto Ferreira Costa Soares.

*Tratamento completo das doenças do fígado  
e dos síndromas derivativos*

Litiase biliar, insuficiência hepática, colemia amiliar,  
doenças dos países quentes,  
prisão de ventre, enterite, intoxicações, infecções



**Opoterapias hepática e biliar**  
associadas aos colagogos  
2 a 12 pílulas por dia  
ou 1 a 6 colheres de sobremesa de **Solução**

**PRISÃO DE VENTRE, AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL**

O seu tratamento racional, segundo os últimos trabalhos científicos

Lavagem  
de Extracto de Bilis  
glicerinado  
e de Panbiline



1 a 3 colheres em 160 gr.  
de água fervida  
quente.  
Crianças:  $\frac{1}{2}$  dose

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

**A MUSCULOSINA BYLA, VITAMINADA**

**SUCO MUSCULAR DO BOI, CONCENTRADO, INALTERÁVEL**

**FORÇA,**

**DÁ**

**SAÚDE**

AGENTES PARA PORTUGAL: GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>

RUA NOVA DA TRINDADE, 9 — LISBOA



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

**E**M REUNIÃO DO JURI FOI DELIBERADO CON-  
CEDER DIPLOMA DE MEDALHA DE  
**OURO** AO EXPOSITOR *Alves & C.<sup>ia</sup>*  
*(Irmãos) pelos productos "Wander."*

O PRESIDENTE

O SECRETARIO

*V. A. Berne*

*A. Alves & C.<sup>ia</sup>*

### 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.<sup>ia</sup> (IRMÃOS)**

**Rua dos Correeiros, 41, 2.<sup>o</sup> — LISBOA**

Sala  
Est  
Tab  
N.