

Ano IX

N.º 4

Abril 1932



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

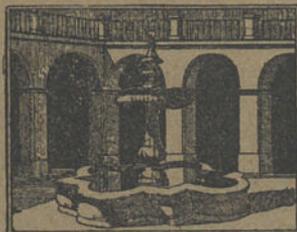
*Custódio Cabeça, Belo Morais, Egas Moniz,
Lopo de Carvalho, Pulido Valente, Adelino Padesca,
Henrique Parreira, Carlos de Melo,
António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Eduardo Coelho

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA

FLUOTHYMINA

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

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

Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

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

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

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos *Strophantus* são inertes, as tinturas são ineficazes; 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 — K PHARMACIAS

DOCTOR:

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



Phosphorrend ROBERT

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

Sala B
Est. 9
Tab. 1
N.º 112

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

240, Rua da Palma, 246

A Popularidade do MERCUROCHROMO

(Dibromoximercurifluoresceína)

Marca Registrada

Entre a classe médica tem despertado a cubija dos imitadores, os quais já estão preparando drogas de aparência semelhante, mas de composição altamente tóxica.

Estas imitações prejudicam altamente os nossos interesses materiais ao mesmo tempo que transgridem as leis de marcas e patentes; mas, o que é ainda mais importante, é que ellas atingem a saúde publica e o prestigio dos medicos.

DESCONFIE!

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

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



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

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

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

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

Doutor

Endereço..... Cidade.....

(Escrever em letra bem legivel.)

BISMUTHO COLLOIDAL INJECT.

BISMUTHOIDOL

"ROBIN"

Doenças ocasionadas pelos protozoarios,
Syphilis.

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 4748
8 Julho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos 606, 914, etc.

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

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

DEPOSITARIOS
EXCLUSIVOS

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

LISBOA

Cloreto de Calcio Puro e Estabilisado

30 GOTAS=1 GR. DE CLORETO DE CALCIO

SOLUCALCINE

recomenda-se:

Em todas as Descalcificações

TUBERCULOSE, GRAVIDEZ, TETANIA, ECLAMPSIA

Em casos de Edema e Ascite

Em todas as hemorragias internas

E A TITULO PREVENTIVO ANTES DAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS

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

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

SENHOR DOUTOR!

Sirva-se receitar em fumigação

o PÕ EXIBARD

Sem Opio nem Morphina

o qual allivia sem demora

a **ASTHMA.**

Para evitar as contrafacções
exija-se a assignatura

Exibard

G. FERRÉ, BLOTTIÈRE & C^{ie}, 6, Rue Dombasle, Paris, e boas Pharmacias.

Salvitaes

Acidose

A presença de acidose em um paciente exige que se tomem medidas adequadas, o que quer dizer, que se deve efectuar alcalização.

O papel do médico é restaurar o metabolismo ao seu estado normal por meio do restabelecimento do equilíbrio alcalino no sangue e tecidos.

Um exame da formula deste produto impressionará imediatamente o médico pela excelência terapeutica dos seus vários componentes para cumprir a sua missão preventiva e medicinal.

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

Agentes em Portugal:

Gimenez - Salinas & C.^a

240, Rua da Palma, 246 - LISBOA



O PREFERIDO

por todos que o conhecem. Sempre fiel, não admitindo erros na marcação dos graus da febre

Precisão absoluta



São fabricados com o melhor cristal Inglês na fábrica de Barnsbury, de Londres, sob a fiscalização científica dos seus proprietários.

Negretti & Zambra

Vendem todas as farmácias do país.

Fabricantes: **NEGRETTI & ZAMBRA**
38, Holborne Viaduct Londres

O DE MAIOR INOCUIDADE E ALTA EFICACIA

Syphilis:

Bismogenol

Laboratorios
E. Tosse. Hamburgo

FAMA MUNDIAL

AMOSTRAS E LITERATURA AOS MÉDICOS

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

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

acção**pureza****inalterabilidade absolutas**

elas as características
e os fundamentos

do renome mundial da

marca

INSULINA

registada

para a DIABETES

(De ALLEN & HANBURY'S, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS
GRATIS A MÉDICOS

FRASQUINHOS
de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

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

Agente no PORTO

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

allenburys

alimentos de confiança para o bebé tomar

e para o médico receitar

VITAMINADOS

AFAMADOS

SCIENTIFICAMENTE PREPARADOS

GARANTIDOS

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

PEDIR FOLHETO DE 32 PÁGINAS

Representantes de **ALLEN & HANBURY'S, LTD.** — LONDRES:

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

Tele. F. 21476
G. DELTA

Magnésio-Perhydrol

Merck

Antiácido, Antifermentativo, Laxante suave.

Ha muitos anos o remédio soberano contra a hipercloridria, fermentações gástro-entéricas e obstipação crónica.

Magnésio-Perhydrol a 25% — substância

Embalagens de 25, 50, 100 e 250 gr

Magnésio-Perhydrol em comprimidos a 0,5 gr

Tubos de 20, frascos de 5 e 100 comprimidos

Carvão granulado

"Merck"

O valioso absorvente gastro-intestinal.

Indispensável na clínica e farmácias caseiras para as

Intoxicações gástro-entéricas

(por alimentos — carne, conservas, peixe, etc. — ou venenos químicos)

e

Diarreias em adultos e crianças.

O Carvão granulado "Merck" é absolutamente inócuo e pode ser dado, sem qualquer receio não só a crianças pequenas, como inclusivamente a lactantes.

Carvão medicinal "Merck" em pó

Caixas de 25, 50 e 100 gr

Carvão granulado "Merck"

Caixas de 25 e 100 gr



E. MERCK DARMSTADT

Pecam amostras e literatura a:
E. MERCK-DARMSTADT
 Secção Científica Lisboa
 Rua dos Douradores, 7 LISBOA

Representantes
ESTABELECIMENTOS HEROLD Lda.
 Rua dos Douradores, 7
 LISBOA

Estes
sintomas
clássicos
da
inflamação



RUBOR TUMOR CALOR DOLOR
São efectivamente controlados com a

Antiphlogistine

Por mais de um terço de século, os mais eminentes médicos em toda a parte do mundo civilizado, consideraram a *Antiphlogistine* como o "Antídoto da Inflamação", e com um sinónimo de prompto alívio da dor e da congestão.

PAROTIDITE

Na inflamação das glândulas parotidas, associadas com a congestão, inchação do fluido seroso, a *Antiphlogistine* aplicada quente na área afectada apressará o declínio dos sintomas parotídicos, restaurando a glândula ao seu estado normal, e contribuirá ao conforto do paciente.

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

Representantes em Portugal:

ROBINSON, BARDSLEY & Co., Ltd.
Casas do Sodré, 9, 1.^o LISBOA

CONSISTÊNCIA FECAL NATURAL



Aspecto do 'Petrolagar' perfeitamente disseminado nas fezes

UM dos problemas capitais no tratamento da prisão de ventre, é assegurar uma defecação de movimentos fáceis de fezes sólidas mas brandas; o que se obtém facilmente pelo uso do 'Petrolagar' que é uma emulsão de óleo mineral puro com agar-agar.

O 'Petrolagar' mistura-se intimamente com o conteúdo fecal, lubrificando e tornando branda a massa. O 'Petrolagar' produzindo uma massa de consistência normal e de acção suave, não é irritante para a mucosa, e estimula os músculos, por causa da sua composição.

O 'Petrolagar' é de sabor agradável e produz uma evacuação natural, sem forçar o doente a ingerir alimentos, que não são do seu paladar. Materialmente abrevia o período de educação do intestino.

A pedido de V. Ex.^ª, teremos muita satisfação em remeter, livre de despesas, um abalizado estudo das condições e acção do intestino, intitulado "LA DISCIPLINE DE L'INTESTIN".

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

Representante em Portugal:

RAUL GAMA, RUA DOS DOURADORES, 31, LISBOA.

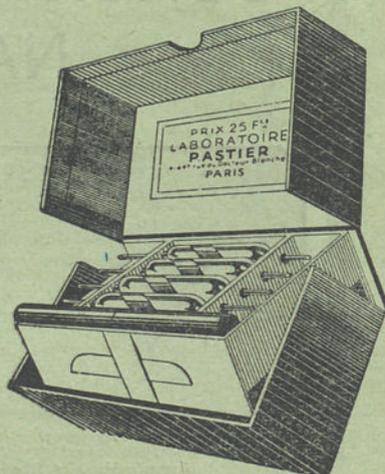
2 novidades em vacinoterapia

Dupla superioridade { Acção directa sobre o micróbio
Ausência de reacção febril . . .

colitique

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

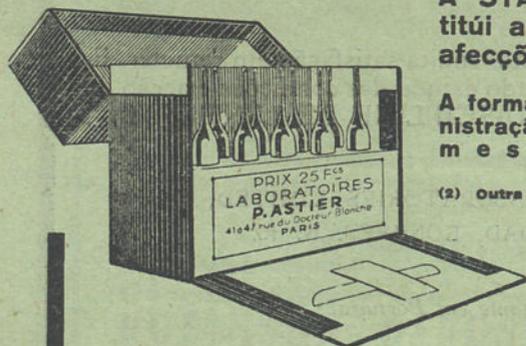
a que melhor realisa
sob a forma bucal,
a vacinação
anti-colibacilar (1)



1) Outras formas: injectavel e filtrado para applicações locais

stalysine

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



A STALYSINE injectavel constituiu a melhor terapeutica das afecções estafilococicas.

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

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

Colitique e Stalysine

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

Literatura e Amostras

LABORATOIRES ASTIER - 45, Rue du Docteur Blanche - PARIS
ou nos representantes para Portugal e Colónias

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

	Pág.	
<i>Lições de clínica cirúrgica</i> , por Custódio Cabeça.....	317	
<i>Retino-coroidite juxta-papilar (Edmund Jensen)</i> , por A. Borges de Sousa	»	342
<i>Cirurgia das úlceras gastro-duodenais</i> , por Amândio Pinto	»	356
<i>A moderna concepção das hidronefroses dinâmicas e a sua prova experimental</i> , por Sousa Pereira.....	»	391
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	401
<i>Bibliografia</i>	»	428
<i>Notícias & Informações</i>	»	XXXV

LIÇÕES DE CLÍNICA CIRÚRGICA

PELO

PROF. CUSTÓDIO CABEÇA

Parasitas são seres vivos, animais ou vegetais, que vivem à custa doutros seres vivos produzindo-lhes perturbações funcionais e alterações de estrutura que podem levar a morte. Só nos merecem particular interêsse os parasitas do reino animal, que são os zooparasitas.

Vivem uns à superfície do corpo do parasitado, superfície interna ou externa; vivem outros na espessura dos tecidos e órgãos. As alterações produzidas pelo parasita têm o nome de infestação. Além dos prejuizos que traz a sua nutrição à custa do organismo parasitado, vem ainda a perda de sangue por hemorragias que podem tornar-se muito graves; os efeitos do contacto ou mecânico, como são as dores ou cólicas intestinais produzidas pelas lombrigas; a atrofia por compressão nos músculos, como sucede com o *cisticercus* de que vamos falar e se pode ver nas figs. 1 e 2; a atrofia visceral no fígado e baço produzida pelo *echynococus*.

A acumulação de lombrigas dentro duma ansa intestinal leva, ainda que raras vezes, à rasgadura da ansa e a uma peritonite consecutiva, mortal, outras vezes à formação dum abcesso que vem aflorar à superfície da pele. Por duas vezes tive de incisar abcessos do triângulo de Scarpa onde estavam alojadas lombrigas. Os professores Alfredo da Costa e Salazar de Sousa tiveram de incisar iguais abcessos, um no triângulo de Scarpa, outro no



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

umbigo. O Prof. Salazar de Sousa operou um apêndice com uma lombriga encravada. No laboratório de anatomia patológica da nossa clínica cirúrgica existe uma rara peça que é um rim contendo dentro uma lombriga medindo 22 cm. (fig. 3).

A apendicite tem muitas vezes a sua causa nos vermes que dentro do apêndice se vão alojar e que são o *ascaride lombri-coide* ou lombriga vulgar, em regra único, e o oxiúro vermicular em grande número.

O trabalho do Dr. Félix Lanzarini, que foi chefe do nosso laboratório de anatomia patológica, publicado na *Medicina Con-*

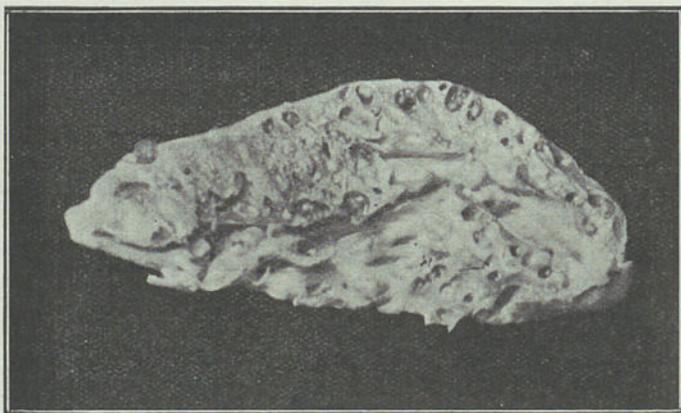


Fig. 1

temporânea, 1915, intitulado «Apendicite parasitária», demonstra que:

- 1) Os oxiúros podem ser causa da apendicite;
- 2) Que eles podem ser causa de fenómenos clínicos de apendicite sem a correspondente inflamação e constituição, e constituir centros de formação de cálculos fecais;
- 3) As cólicas apendiculares podem ser violentas sem a inflamação, dependendo de enérgicas contracções musculares do apêndice, provocadas por uma acção mecânica que os parasitas exercem nas terminações nervosas;
- 4) As hemorragias quási constantes que se encontram dentro do apêndice, ou na espessura das suas paredes, são produzidas pelos oxiúros perfurando os vasos sanguíneos da região.

Infecções gerais ou específicas, tóxicas, podem ser produzidas por quási todos os parasitas, sendo o melhor exemplo que podemos citar o que produz o líquido do quisto hidático espalhando-se no órgão ou tecido ambiente. São certamente conseqüências dessa toxemia a eosinofilia e os *anticorpus* que se encontram no sangue dos parasitados.

A acção tóxica e irritativa de certos parasitas é considerada por alguns autores como causa provável de tumores ou neoplasias.

Entre os zooparasitas ficam os vermes, dos quais algumas

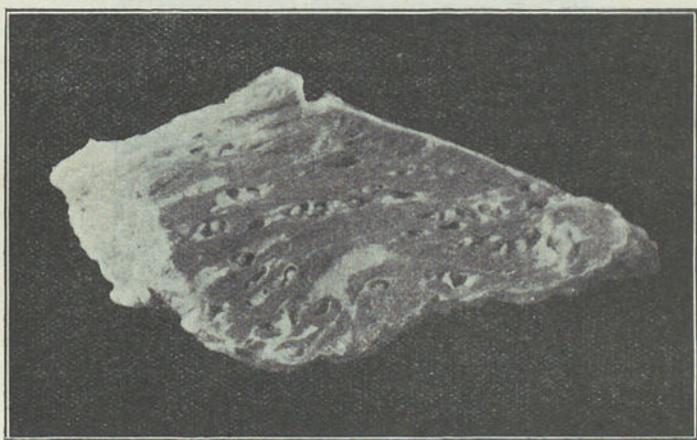


Fig. 2

variedades interessam ao cirurgião conhecer. Os vermes são animais desprovidos de membros articulados, simétricos, e dêles estudaremos só:

- 1) Os cestodos, vermes chatos;
- 2) Os nematodos, vermes cilíndricos.

Cestodos. — São vermes hermafroditas desprovidos de tubo digestivo, achatados em forma de fita ou nastro e constituídos por uma cabeça ou *scolex* com os órgãos de fixação, ventosas e ganchos; um colo delgado e sem localização orgânica especial; um corpo ou *strobila*, segmentado, tendo os segmentos o nome de proglotídios. Dos cestodos só nos interessa particularmente o grupo das ténias.

No ano passado estudámos a ténia *echynococcus* e em trabalho publicado mostrámos o que ela importa para o cirurgião, limitando-nos por agora a dizer que só o tratamento cirúrgico pode curar o quisto hidático, que é o efeito da ténia *echynococcus*. Êste ano estudaremos a ténia *solium*.

Ê um verme que na fase adulta atinge freqüentemente 2 a 3 metros de comprimento, mas que pode ir a mais; tendo o nosso intestino delgado apenas 5 metros de extensão, ela pode enrolar-

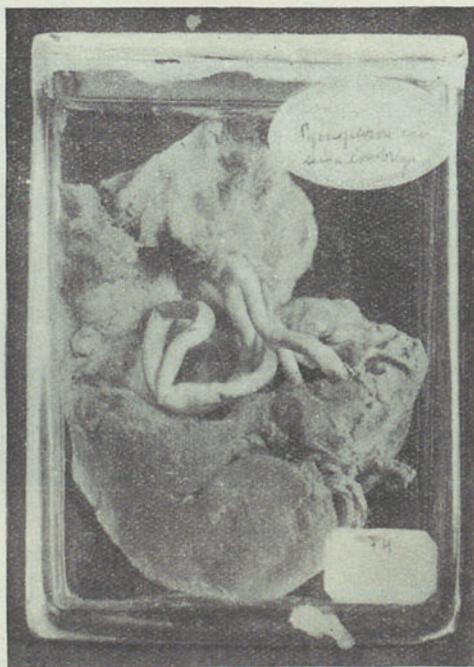


Fig. 3

-se, o que dá o aspecto errado, por vezes apontado, de serem vários os parasitas aí existentes. Em geral existe só uma ténia e daí o seu nome de ténia *solium*, mas a sua multiplicidade é freqüente e está demonstrada até o número de 59 (Carazzi).

A cabeça arredondada (fig. 4) tem uma dupla coroa de ganchos em número de 22 a 32, sendo as mais freqüentes as de 26 a 28, e quatro ventosas; a ela segue um colo com segmentação indistinta e depois uma perfeita segmentação em anéis cujo nú-

LISBOA MÉDICA

DRYCO

Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

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

DRYCO é o leite IDEAL

Especialmente preparado para a

**alimentação
infantil**

Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

Simenez-Salinas & C.^a

Rua da Palma, 240-246

l i s b o a



O THIOBÍ no tratamento da Sífilis
SERIES A-B E INFANTIL

THIOBÍ

**SULFURETOS DE MER-
CÚRIO E DE BISMUTHO**

NÃO MANCHA
Absolutamente indolor

Acção therapeutica
energica e duradoira

Único producto Bismutho-Mercurial

Sífilis Cardio-Vascular

Todo

Bismutho

HYDROBÍON

Iodeto de bismutho em soluto aquoso

INDOLOR-ATOXICO

O IDEAL PARA O TRATAMENTO DA SIFILIS CARDIO-VASCULAR

*Amostras e literatura, com os represen-
tantes gerais para Portugal e Colónias:*

BACELAR & DIAS, LIMITADA

Rua José Falcão, 117

PORTO

Telefone 5672

e com o Sub-Agente, depositario no Sul:

JOAQUIM POLONIA

Rua dos Fanqueiros, 235, 2.º E.

LISBOA

Telefone 22131

mero vai até 900. Estes anéis estão cheios de ovos fecundados e destacam-se em grupos de 5 a 6, podendo viver longo tempo em condições próprias de humidade.

Este parasita vive no homem no estado de ténia e de vesícula, no porco só no estado vesicular enquistado. A ténia *echynococcus* vive no intestino delgado do cão; igualmente o anel cheio de ovos fecundados é expulso com as fezes e absorvido por outros animais, mas a evolução é muito diferente; se foi um cão que os absorveu, o ovo vai dar uma nova ténia; se foi o homem ou qualquer outro animal, o ovo vai dar um quisto hidático.

Os anéis da ténia *solium* contendo os ovos fecundados, destacando-se, são expulsos com as fezes e os ovos livres absorvidos

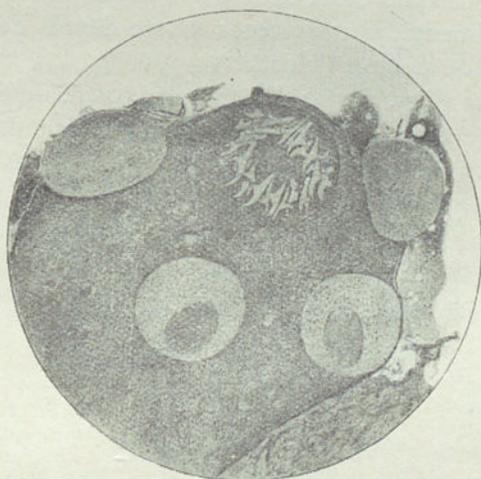


Fig. 4

depois pelo homem ou pelo porco fixam-se na parede do intestino delgado com as ventosas e os ganchos, perfuram a parede e vão levados pela corrente circulatória da veia porta ou pela corrente linfática até os músculos estriados. Aí o embrião torna-se vesícula (fig. 5), tendo levado 2 a 4 meses nesta evolução. O homem comendo a carne de porco com as vesículas vivas e invaginadas, que é a sua forma de defesa, contrai a doença; a vesícula desinvagina-se, adere à parede do intestino e forma a ténia, fechando o ciclo da evolução.

Cisticercose é a doença produzida pelo cisticerco *celulosæ*,

larva vesicular da ténia *solium*. O embrião ou larva enquistada, que se chama o cisticerco *celulosæ*, foi encontrado pela primeira vez em 1558 por Rumler na dura-mater dum epiléptico, mas a sua relação com a ténia só foi demonstrada 300 anos depois, em 1860, por v. Beneden Leuckart e Küchenmeister.

Os ovos da ténia são ingeridos com a água, frutos, legumes, ou então afagando animais infectados e levando as mãos à bôca; arrastados pelas correntes sanguínea ou linfática, vão fixar se no tecido conjuntivo subcutâneo, intermuscular, nos músculos estriados, dentro do globo ocular, no cérebro e na medula, sob a forma vesicular, produzindo o cisticerco e podendo assim viver durante muitos anos; 10 e 19 anos estão apontados no cérebro e no olho, onde os podemos observar em movimento. Outras vezes morre depois de se caseificar ou de se calcificar.

A vesícula (figs. 6, 7 e 8) é regular, oval, de 6 a 15 mm. de grande eixo por 5 a 8 mm., ficando o grande eixo disposto no sentido das fibras mus-

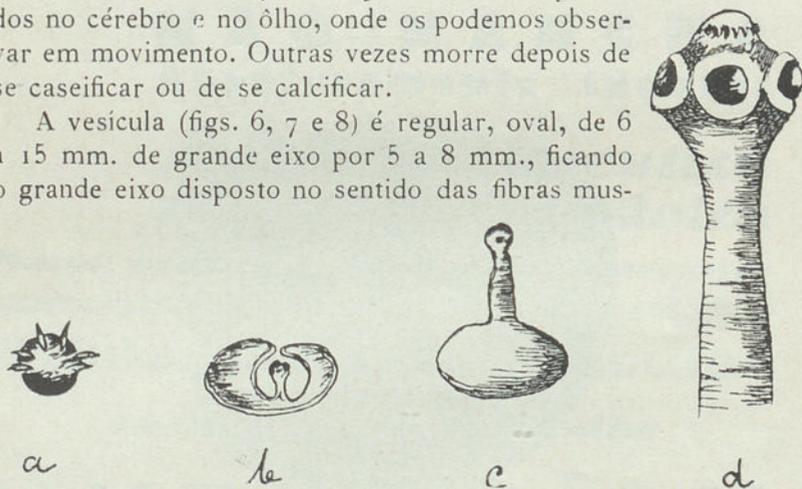


Fig. 5

culares: a cápsula esbranquiçada que a envolve depende, na sua estrutura, do tecido onde se formou (conjuntivo ou muscular), sendo essencialmente fibrosa. Contém um líquido límpido a que se tem atribuído um poder tóxico capaz de provocar reacção anafilática, não admitida por todos, e cuja absorção se traduz pela eosinofilia no sangue, às vezes elevada, mas não constante.

O volume do cisticerco pode ir até ao dum ovo de galinha e o seu número pode ser de milhares, sendo o volume dependente dêsse número. Os músculos mais atacados são o grande peitoral, deltóide, glúteo, *psaos* e os do olho; os músculos da língua e o coração encontram-se também freqüentemente invadidos. No cé-

rebros (fig. 9), o cisticercos encontra-se quasi no córtex e nas meninges, sendo raro nos ventrículos. No globo ocular a sua posição é sob a retina ou no humor vítreo e aí se podem ver os movimentos de invaginação e desinvaginação (fig. 10).

A Alemanha é o país da Europa onde a cisticercose é mais

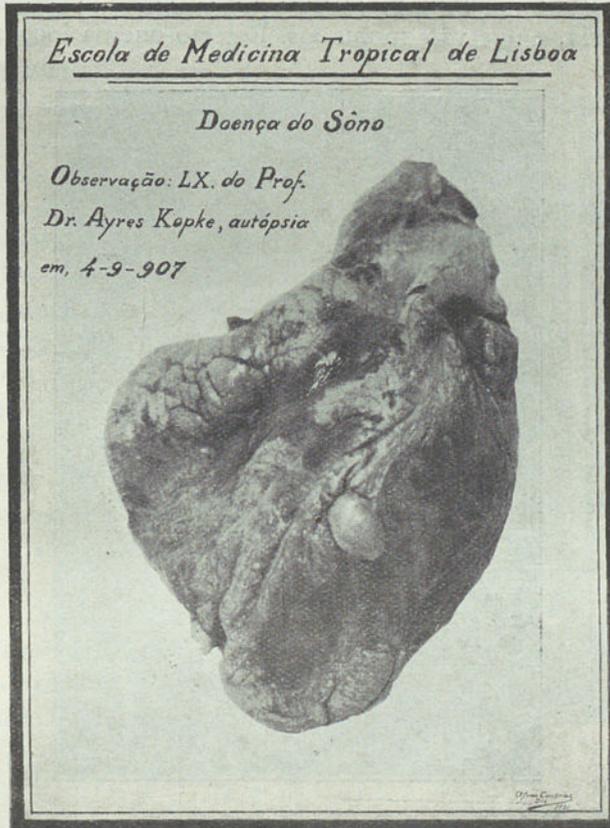


Fig. 6

freqüente pelo uso das carnes de porco cruas. Entre nós os casos são raros, como se verá pelo que adiante expomos.

Toda a evolução da cisticercose pode passar despercebida do doente, excepto quando se dá em órgãos essenciaes à vida; a sua evolução no tecido celular e nos músculos é ignorada pelo próprio doente, ao passo que a dos centros nervosos se torna mortal.

Diagnóstico. — As perturbações visuais, com ou sem descolamento da retina, tem sido por vezes focadas com a observação directa do parasita no fundo do olho; casos apontados do Dr. van der Laan e do Prof. Gama Pinto.

A localização nos centros nervosos tem sido feita só na operação, caso de Kimpton, *cisticercus racemosus* na medula, ou na autópsia, e que vão apontados. É certo que na localização ce-

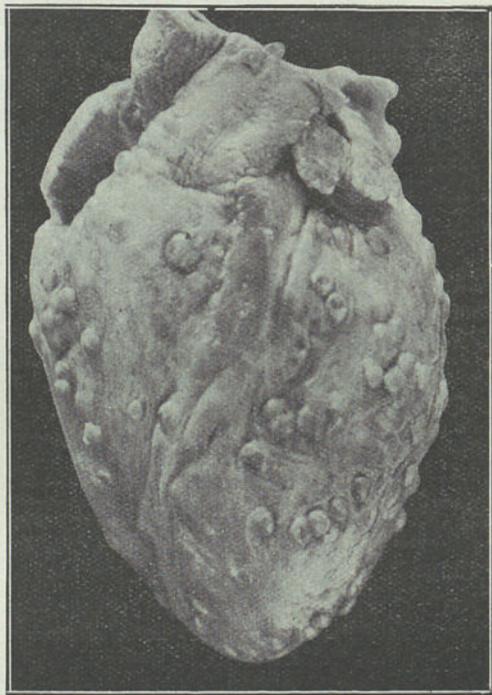


Fig. 7

rebral, as cefalalgias, os vômitos incoercíveis, as crises epilíptiformes e histeriformes, as vertigens, a amaurose súbita, são elementos de valor mas que podem ter uma causa muito diferente. Diz-se que no porco atacado de cisticercose é sinal certo a hiperstesia do focinho, conhecida vulgarmente pelo nome de chaveira.

Na localização subcutânea o doente procura o clínico pelas nodosidades móveis sob a pele, duras, indolores e múltiplas, mas

de que só a biopsia pode dar a verdadeira interpretação. Na localização muscular há a canseira, dificuldade de movimentos, crises reumatóides.

Emquanto a vesícula conserva a sua parede mole, é provável que nenhum outro elemento de observação e diagnóstico possamos empregar; mas quando essa cápsula se espessa, endurece e se calcifica, ou quando a calcificação atinge só o parasita, parecem-nos que outro elemento se pode pôr em prática; é a radiografia.

O tecido conjuntivo irritado forma uma túnica adventícia bem visível no tecido subcutâneo e intramuscular, mas difícil senão impossível de ver no olho e no cérebro, onde ela quasi desaparece. É certo que nos centros nervosos a cápsula é por vezes de forma irregular, lobulada, e a ela se dá o nome de *cisticercus racemosus* ou em cacho, mas a sua fraca espessura torna-a invisível aos raios X.

Não é vasta a bibliografia sobre o diagnóstico radiológico do *cisticercus celulosæ*: citarei apenas aqueles de que tenho conhecimento.

Pichler no *Wiener Kl. Wochenschrift*, 1911, n.ºs 10 e 11, cita a observação de 16 casos, 4 dos quais foram confirmados pela radiografia. Os volumes observados variaram entre o de um grão de alpista e o de um feijão. Revendo alguns doentes 6 a 7 anos mais tarde, este autor verificou uma sensível diminuição de volume e de número dos cisticercos, o que elle explica pela secagem e calcificação consecutivas.

Saupe no *Fortschritte a. d. g. d. Röntgenstrahlen*. Bd. XXIX. Heft 3. 1922, diz: o primeiro radiologista que viu o cisticercos deve ter sido Stieda em 1904. Vieram depois as observações de Sick, Pichler, Fischer, Landois, Geipel, Köhler, Enderlen,

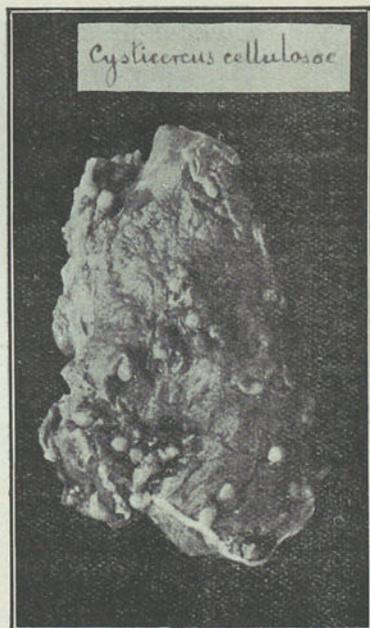


Fig. 8

Pursche, sendo o maior número de 4 (Pichler) e 3 (Geipel). O autor aponta mais três casos.

Ana S. — 60 anos: 11 sombras de densidade calcárea de 3-4 mm. de comprimento por 1 mm. de largura nas partes moles do pescoço; eram cisticercos que a autópsia confirmou.

Robert F. — 69 anos: 27 sombras de tamanhos diferentes, a mais pequena de 2,1 mm. a maior de 12,4 mm., no ombro e braço esquerdos. Todas as sombras têm o seu eixo longitudinal no sentido das fibras musculares. Nos



Fig. 9

antebraços, na bacia 71, na coxa direita 43, na coxa esquerda 35, na perna direita 31, na esquerda 30, era uma perfeita generalização.

Félix F. — 49 anos: muitos cisticercos palpáveis e diagnosticados por extirpação e exame microscópico, mas que a radiografia não revelou; encontraram-se porém outras mais pequenas e calcáreas que deviam corresponder a localizações profundas.

Assmann. — *Klinische Röntgendiagnostik der limeren Erkrankungen*, 3.^a edição. Foram encontradas em radiografias dos membros, nos músculos e no tecido celular subcutâneo, sombras fusiformes de tamanhos diferentes, de 2,6 mm. de largura e de 7,20 mm. de comprimento, em geral múltiplos.

Alban Köhler — *Röntgenology*, 1928. — Na sombra dos músculos da perna e região poplíteia observou uma vez pequenas sombras de aspecto cal-

cificado, homogêneas, de 2,4 mm. de largo por 7,12 mm. de comprimento e dispostas longitudinalmente na direcção das fibras musculares. Foram consideradas como parasitas calcificados e a extirpação de um dos nódulos confirmou ser um cisticercos *celulosæ* calcificado.

Tratamento.—Médico é nulo e cirúrgico é a extirpação de nódulos subcutâneos, musculares, em regra muito numerosos e portanto impossíveis de uma extirpação completa. Os cisticercos

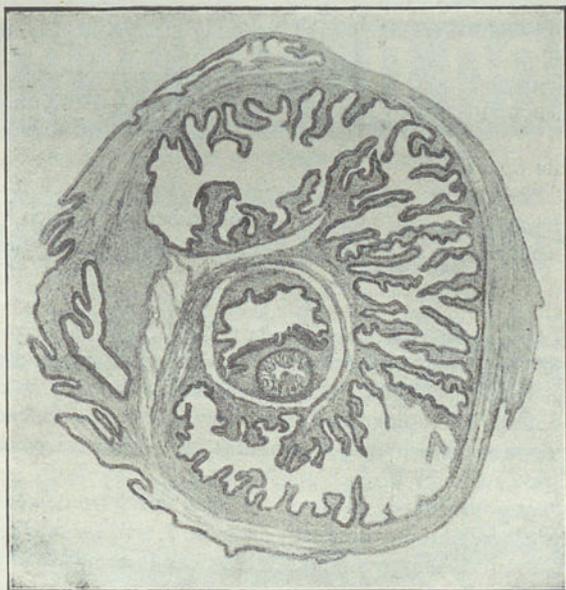


Fig. 10

Cabeça da tênia obtida numa vesícula da fig. 8 por cortes sucessivos

do ôlho e dos centros nervosos (canal medular) têm já sido extirpados.

O grande tratamento é a profilaxia, é a observação rigorosa da carne de porco e a sua destruição quando infestada.

Um caso de cisticercose humana localizado. Infestação directa pelo ovo. Tese de doutoramento em medicina e cirurgia. MCMXXI.

D. N. R.

Nódulo ovalar na face anterior do braço esquerdo, bordo interno, de eixo transversal e volume duma avelá. Não era duro, mas bastante resistente, dando

um pouco a impressão de tumor líquido: formigueiros quando se estendiam os dedos anelar e mínimo. Era muito móvel com os movimentos de flexão e extensão dos dedos e também debaixo da pele. Em 10 dias o seu volume aumentou atingindo o duma noz, tornando-se doloroso. Não havia gânglio palpável na axilla.

Operação, 20 Março 1920: na espessura do flexor comum superficial dos dedos havia uma colecção purulenta; pus pouco espesso, grumoso, esverdeado. No meio dêsse pus havia intacta uma vesícula do tamanho duma ervilha. Esta vesícula era um cisticerco *celulosa*.

Não havia ovos de qualquer espécie de vermes intestinais.

Exame do sangue, antes da operação:

Hemoglobina 95	Glób. rubros 4.200.000
Leucócitos 11.875	Neutróf. 56,5 — Eosinóf. 0,5

Depois da operação:

Hemoglobina 97	Glób. rubros 4.984.000
Leucócitos 9.300	Neutróf. 48,5 — Eosinóf. 2,5

António Maria, 29 anos, servente da C. M. L. Quinta Ferro — Lisboa. — No dia 1 de Janeiro de 1930, atropelado por um automóvel, deu entrada urgente na 2.^a Clínica Cirúrgica com a suspeita de fractura no tærço superior da perna esquerda. As radiografias mostraram que não havia fractura alguma, mas havia manchas alongadas, espiraladas, que depois se reconheceu serem de cisticercos.

Antecedentes pessoais: desde os 15 anos que sofre de reumatismo articular, tendo começado por uma crise aguda, febril, ficando completamente tolhido. Melhorou com o tratamento feito, ficando sempre sentido e mais no inverno.

Há cærca de 4 anos teve grandes dores no ventre, diarreia, puxos; a diarreia foi amarelada, depois hemática e muito fétida; bastante febre e perda de appetite. Fez qualquer tratamento com o que melhorou ao fim de 8 dias, não voltando a queixar-se do intestino. Refere que ao mesmo tempo andava mais gente na terra com a mesma diarreia, durante o verão.

Não foi possível localizar qualquer nódulo duro ou doloroso, correspondente aos pontos marcados pelas radiografias, o que mostra que os nódulos são todos profundos e intramusculares.

Exame do sangue:

Hemoglobina 100	Glób. rubros 5.056.000
Leucócitos 9.000	Neutróf. 66,5 — Linfócitos 27,5 — Eos. 1,5

Radiografias de António Maria:

Do lado direito só encontramos uma sombra num músculo intercostal ou da espádua.

STAPHYLASE do D^r DOYEN

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

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :
ACNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ, etc.

MYCOLYSINE do D^r DOYEN

Solução colloidal phagogenia polyvalente.

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das
DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

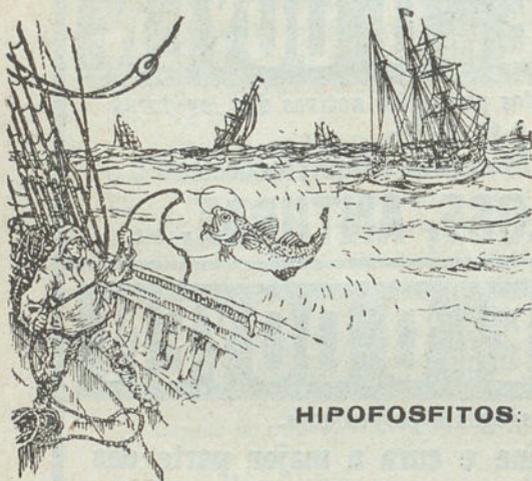
ASSOCIAÇÃO DIGITALINE-OUABAINÉ

DIGIBAÏNE

Substitue vantajosamente
a digital e a digitalina no tra-
tamento de todas as formas de
insuficiência cardíaca

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

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



GLEFINA

LABORATORIOS ANDRÓMACO

Pl. Central de Tibidabo 3

BARCELONA

Preparada com:

EXTRACTO DE OLEO DE FIGADO DE BACALHAU. EXTRACTO DE MALTE.

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

D O S E S :

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

Tem um sabor agradável. Não produz transtornos digestivos

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

LASA para as doenças das vias respiratórias.

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

Deposítários gerais para Portugal: **PESTANA, BRANCO & FERNANDES, L.ª**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.ª - LISBOA



IODALOSE GALBRUN

IDO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL

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

Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas aplicações sem Iodismo.

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

Pedir folheto sobre a Iodothérapie physiologica pelo Peptoniido.
LABORATORIO GALBRUN, 8et 10, Rue du Petit-Musc, PARIS

No lado esquerdo :

- a) Músculos da espádua 7 sombras, sendo 2 ovais e 5 alongadas e espiraladas;
- b) Músculos do braço 6 sombras na região postero-interna, sendo 1 ovalar;
- c) Músculos da coxa, terço inferior, 6 sombras, sendo 2 ovulares;
- d) Músculos da perna, transversal, dois terços superiores, umas 20 sombras, nos músculos da região posterior, sendo 1 ovalar, com 7 mm. no sentido de maior eixo e onde se vê o contôrno da ténia;
- e) As outras sombras são todas alongadas e espiraladas. Uma destas vê-se melhor na radiografia da perna antero-posterior, medindo 13 mm.

Radiografias de uma doente X :

- a) Músculos das espáduas e dos braços direito e esquerdo, sombras pouco numerosas;
- b) Músculos dos antebraços, face anterior, sombras abundantes, alongadas e espiraladas;
- c) Músculos das coxas e pernas, terço inferior e região posterior, sombras muito abundantes, espiraladas e ovulares, vendo-se nalgumas destas últimas o perfil da ténia.

A *Gazeta Médica*, 1876, pág. 287, artigo do Dr. van der Laan, descreve os primeiros três casos de cisticercos oculares em Portugal :

1) Mulher de 40 anos, criada, Setúbal. Há 18 meses que tem no corpo vítreo do olho direito um cisticercos sem turvação alguma nem irritação das outras partes do olho.

2) Homem de 26 anos, criado, Lisboa. Tem no olho esquerdo, entre a retina e a corioideia, um cisticercos formando tumor bem visível. Havia mais uma ténia *solium* no intestino.

3) Mulher de 37 anos, trabalhadora do campo, Caldas da Rainha. Tem no olho esquerdo, na retina, um cisticercos; por vezes o animáculo faz saliência pronunciadíssima no humor vítreo de modo a poder ver-se o colo, a cabeça e os colchetes.

4) O Prof. Gama Pinto aponta o caso duma mulher com cisticercos do olho.

5) O Prof. Pinto de Magalhães apresenta ao Congresso Internacional de Medicina de Lisboa, 1906, o caso dum homem de 22 anos, trabalhador, Arouca, que morreu com paralisia de todos os membros. Na autópsia encontraram-se cisticercos generalizados a todos os músculos estriados, ao coração, à medula e ao cérebro (fig. 7).

6) O Prof. Aníbal de Bettencourt aponta o caso duma pequena preta de 6 a 7 anos morta com doença do sono e que ti-

nha cisticercos no cérebro e no coração. No intestino delgado havia uma ténia *solium* medindo 7,5 cm.

7) O Prof. Aires Kopke tem três observações de cisticercos em doentes mortos de doença de sono:

a) Observação LX: cisticerco do coração, face externa do ventrículo esquerdo (fig. 6).

b) Observação LXIX: cisticerco do cérebro, face externa do lobo direito (fig. 9).

c) Observação VIII: cisticerco do cérebro, face externa do lobo direito.

8) O Prof. Belo Morais, na *Medicina Contemporânea*, 1916, descreve o caso duma mulher morta com cisticercose generalizada.

Prof. Azevedo Neves, criança de 6 anos morta por cisticercose cerebral.

Prof. Geraldino Brites, homem morto por desastre e com cisticercose generalizada. No intestino delgado uma ténia *solium* e muitas lombrigas.

Idem, homem morto com cisticercose dos músculos da coxa e do coração.

Prof. May Figueira mostrou aos alunos o cisticerco.

Prof. Joaquim Teotónio, idem, um cisticerco dum olho. Não sabemos se este seria algum dos casos já apontados do Dr. van der Laan.

Surgery, Gynecology and Obstetrics, vol. xxx. 1920. Kimp-tpn, *Cysticercus Racemosus*, na medula, operado.

Meumatodos.— São vermes alongados, cilindro-cónicos e cujas variedades mais conhecidas são os ascárides lombricóides ou lombrigas; várias filarias, entre elas a *Microfilaria nocturna*, a que se atribue a causa da elefantíase dos árabes e as triquinias. Trataremos só desta última variedade.

Trichinela ou trichina spiralis, é um verme cilíndrico, afilado no topo anterior, de côr esbranquiçada, medindo 1-4 mm. de comprimento no macho e 3 a 4 mm. na fêmea. O rato é o seu principal hospedeiro e transmissor, sendo comido por outros ratos ou pelo porco. É o porco que, comendo os ratos ou a carne doutro porco infestado, vai infestar o homem, demonstração feita por Zenker em 1860.

As larvas ingeridas transformam-se em triquinas adultas tão rapidamente que bastam 48 horas para atingirem as medidas apontadas e se encontrarem já em activa fecundação na parede do intestino. Depois da fecundação os machos são expulsos com as fezes, muitos já mortos, outros ainda vivos e podendo continuar a infestação. As fêmeas fecundadas perfuram a parede do intestino delgado e vão fazer a postura na camada submucosa, acabando por morrer e serem expulsas com as fezes. A postura pode atingir numa só fêmea dez a quinze mil embriões.

Da camada submucosa os embriões são levados pela corrente linfática e sanguínea, atravessam os pulmões, o coração e entram

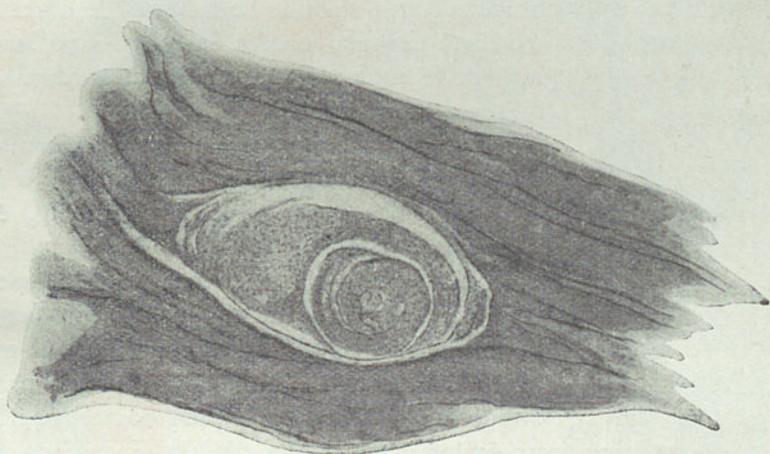


Fig. 11

na circulação geral pelo 5.º ou 7.º dia, espalhando-se depois pelos músculos estriados, mudando sucessivamente de forma; primeiro direitas, depois onduladas e por fim espiraladas. Os trabalhos de Virchow, confirmados mais tarde, mostraram que o embrião penetra o feixe muscular e aí se desenvolve, destruindo a própria fibra muscular.

Foram contadas 1.500 triquinas num grama de carne de porco e calcula-se que a infestação geral do animal pode ir até 40 milhões. Cobbold calcula-a em 100 milhões, e sendo de 5.500.000 em cada quilo de carne de porco.

Invadido o músculo estriado, a larva de forma alongada, da

7.^a à 9.^a semana vai mudando a forma e enquista-se; enrola-se em espiral ao mesmo tempo que se forma uma cápsula de chitina ou elastina, que a envolve por completo e de conformação ovalar, disposto o grande eixo no sentido das fibras musculares (fig. 11).

Alguns helmintologistas julgam que a cápsula é formada à custa de secreção própria do parasita. Assim enquistado pode o parasita viver muitos anos. Mais tarde, 6 meses ou mais, a cápsula sofre a degenerescência gorda e infiltra-se de sais calcáreos, e ao passo que até então os parasitas eram dificilmente visíveis a olho nu, depois de calcificados aparecem como pontos brancos com o volume de cabeças de alfinete.

Cada cápsula contém em geral uma larva mas pode conter até 7, e a evolução dura de meses a muitos anos.

O parasita enquistado pode viver muitos anos, mas se a degenerescência gorda e a infiltração calcárea o atingirem também, ele morre fatalmente.

Trichinose. — É a doença causada pela *trichina spiralis* e a sua localização faz-se no intestino delgado e nos músculos. O embrião enquistado é inofensivo para o parasitado, mas se outro animal comer aqueles músculos invadidos, a cápsula é desfeita e a larva volta à vida e pode reproduzir-se. Muitos anos pode uma larva conservar a vida, até mais de 20 anos.

Todos os mamíferos podem ser infestados pela triquinela, mas os que mais importa conhecer são: o rato, o porco, o coelho, a lebre, o veado e o cordeiro, por serem de uso doméstico.

¿ Como se reconhece a infestação ?

Um pequeno bocado de músculo, delgado, é esmagado entre duas lâminas de vidro, depois de dissociado com agulhas, e depois observado com um aumento de 40 a



Fig. 12

**OPOTERAPIA
FEMININA**

CINECINA

SEIXAS-PALMA

**EXTRACTO HORMONAL
PLURIGLANDULAR A' BASE DE OVARIOS,
CAPSULAS SUPRARRENAES,
HIPOFISES E TIROIDEA.**

**DE OPTIMO RESULTADO
EM TODOS OS CASOS DE:
IRREGULARIDADES MENSTRUAES
PERTURBAÇÕES DA MENOPAUSA
NEURASTENIA SEXUAL.**

HISTERISMO.

ACIDENTES CONSECUTIVOS A' OVARIOTOMIA.

NEVROSES CARDIACAS.

ASMA NERVOSA.

NEURASTENIA GERAL.

**LABORATORIOS
DE**

**BIOLOGIA E
QUIMIOTERAPIA
R.S. THIAGO 9-LISBOA**

Foi para obviar as perniciosas consequências derivadas da insuficiência das glândulas endocrínicas que foi preparada a

GÍNECINA

que é isenta de princípios excitantes tornando-se mais económica e de resultados mais seguros que a tradicional ovarina.

Aproveitamos a oportunidade para chamarmos a atenção de V. Ex.^a para os seguintes preparados de criação própria, cujos resultados teem merecido os mais rasgados elogios :

EXTRACTO OVARICO COMPLETO — INDICAÇÕES : Histerismo, idade crítica, acidentes consecutivos à ovariectomia. Vomitos ocasionados pela gravidez. — DOSE : 2 a 3 comprimidos por dia antes das refeições.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO — INDICAÇÕES — *Retenção ou desaparecimento da menstruação.* Começar o tratamento 8 dias antes da data em que devia aparecer a menstruação. — DOSE : 1 comprimido por dia e augmentar sucessivamente até 3.

EXTRACTO OVARICO ANTIAMENORREICO N.º 2 — Se depois de tomar 2 tubos de Extracto Ovarico Antiamenorreico não obtiver resultado desejado, continue o tratamento com o *Extracto Ovarico Antiamenorreico N.º 2* — DOSE : 2 comprimidos por dia.

EXTRACTO OVARICO ANTICONGESTIVO — INDICAÇÕES : Hemorragias uterinas. — DOSE : 3 comprimidos por dia. Raras vezes este extracto falha, mas caso se registre este facto convidamos V. Ex.^a a recorrer á **TIROIDINA Seixas-Palma**, em tubos de 75-80 comprimidos a 0,1.



60 vezes. Hoje existe em muitos matadouros, e o Municipal de Lisboa também o possui, um aparelho de projecção para as lâminas preparadas. Se aquecermos as lâminas, ou tocarmos a

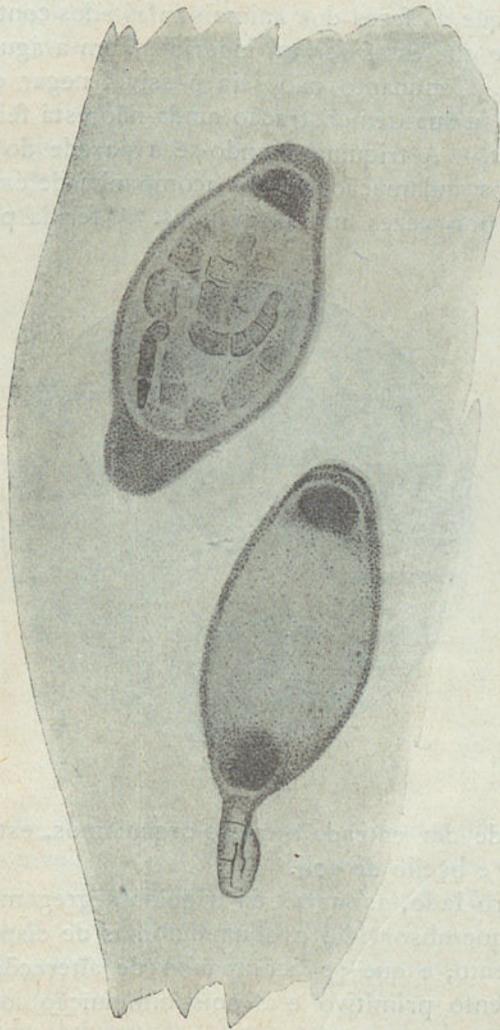


Fig. 13

preparação com um soluto de potassá, podemos ver o parasita mover-se.

Se o animal está vivo e é recente a infestação a figura que se

vê é: (fig. 12 a 13). Se o animal está morto, é a (fig. 14 e 15). A triquina viva não toma a côr da solução azul da anilina.

¿Poderá a infestação fazer-se por qualquer outra forma? Tem-se pretendido que as fezes dos animais infestados contêm larvas não capsuladas e que estas seriam ingeridas com a água, os legumes e os frutos. Conquanto não seja possível negar esta forma de transmissão, a sua demonstração ainda não está feita.

Sintomas. — A triquina fixando-se à parede do intestino provoca-lhe uma inflamação que se acompanha de catarro e de hemorragias, por vezes muito grandes. A ferida produzida pelo



Fig. 14

parasita pode dar entrada a micro-organismos, estafilococos, estreptococos e bacilo de coli.

Por outro lado, as larvas da triquina segregam uma substância tóxica, que absorvida, produz sintomas de dispneia, diarreia, emagrecimento, e que se acompanha de alterações do sangue:

- 1) Aumento primitivo e depois diminuição dos glóbulos rubros;
- 2) Leucocitose que pode ir até 28.000;
- 3) Eosinofilia que, na média de 14 a 16, pode ir até 78 e 86%;
- 4) Os linfócitos primeiro diminuem e depois aumentam de número.

Os músculos invadidos pela triquina são, por sua ordem: dia-

fragma, intercostais, *psaos*, do pescoço, da língua e do olho. É digno de notar-se que só mui raramente se encontra nos músculos das paredes intestinais e do coração.

A cápsula que envolve a larva é cercada de muitos eosinófilos, o que se não encontra em qualquer outra variedade de miosite.

Sendo pelo intestino que o parasita faz a sua entrada, é natural que seja êle a dar os primeiros sintomas, mas no homem por vezes êles passam despercebidos, ou porque o número das larvas ingeridos é pequeno, ou por outra razão desconhecida.



Fig. 15

No início da infestação há náuseas, vômitos, falta de apetite, sabor desagradável, diarreia fecalóide, aquosa, por vezes intensa e hemorrágica: cólicas intestinais. Mais tarde vêm dores musculares nos membros, a contracção é dolorosa; a palavra, a respiração, os movimentos do olho são dolorosos. E mais tarde ainda vêm os efeitos da acção tóxica; edemas da face, musculares, da parede abdominal; escaras e pruridos da pele; erupções pustulosas; suores profusos com febre que pode atingir 41.º

Se o parasita atinge o sistema nervoso, devem aparecer sintomas ligados com a região nervosa atacada.

Prognóstico. — É grave, mas essa gravidade dependerá do número de larvas e dos órgãos invadidos; menos grave, até be-

nigno em relação aos músculos que não são indispensáveis à vida, êle pode ser fatal quando os músculos respiratórios, o coração, os centros nervosos são atacados.

Diagnóstico. — Os sintomas indicados e observados durante um período de epidemia levam o clínico ao diagnóstico de triquinose, mas fora dêsse período é necessário ir à pesquisa da triquina nas fezes e recorrer a meios de observação que ao cirurgião competem em especial.

1) A extirpação dum nódulo subcutâneo ou muscular, prática inofensiva para o doente, realizada com anestesia local e rigorosa assepsia. Num nódulo faz-se a pesquisa da triquina — como já foi dito;

2) A radiografia.

Assmann diz no seu livro: «triquinas calcificadas aparecem na radiografia de fragmentos de músculos extirpados sob a forma de traços finíssimos, longitudinais, ou de pequenas massas com o volume de cabeças de alfinete. No vivo é difícil de ver e no estado agudo da doença, quando a terapêutica teria toda a vantagem para o doente, a falta de calcificação não permite o diagnóstico radiográfico.

Alban Köhler, 1928: «as sombras das triquinas calcificadas são uniformemente redondas e tem só 1 a 2 mm. de diâmetro».

Tratamento. — Em geral o médico só é chamado a ver o doente quando o parasita saíu já da parede intestinal e está invadindo todo o organismo; nestas condições o que há a fazer é calmar os sintomas. Mas se o clínico chega junto do doente nas primeiras horas, suspeito ou verificado ter comido carne com triquina, deve usar de purgantes. Mas a parte verdadeiramente útil e eficaz está na profilaxia. É indispensável que os ratos não possam entrar nos chiqueiros para evitar o contágio dos porcos.

Não se deve comer a carne de porco, ou dos outro animais apontados, no estado cru. A observação directa dos porcos mortos para o consumo revelando pontos brancos na espessura dos músculos, que são as larvas da triquina, faz rejeitar o consumo dessas carnes. Mas se a carne contaminada chega a casa do consumidor, é ao calor e só a êle que devemos recorrer: é preciso ferver cada quilo de carne durante 35 minutos. A temperatura de 56° indicada para matar todo o embrião, livre ou capsulado, tem valor estando em contacto directo com êle.

“**Ceregumil**”
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

Contém no estado coloidal
*Albuminas, vitaminas activas, fermentos hidrocarbonados
e principios minerais (fosfatos naturais).*

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

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA
Deposítarios: GIMENEZ-SALINAS & C.^ª
240, Rua da Palma, 246
LISBOA

Metodo cytophylatico do Professor Pierre Delbet

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

DELBIASE

estimulante biologico geral

■ por hypermineralisação magnesia do organismo ■

Unico produto preparado segundo a formula do Professor Delbet

Principais indicações :

Perturbações digestivas - Infecções das vias biliares

Perturbações neuro-musculares - Asthénia nervosa

Perturbações cardiacas por Hypervagotonia

Pruridos e Dermatose - Lesões do tipo precancéroso

Perturbações urinarias de origem prostatica

— Prophylaxio do Cancer —

DOSE : 2 a 4 comprimidos, todas as manhãs, em meio copo d'agua

DEPOSITO : LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE

8, rue Vivienne - PARIS

A pedido mandam-se amostras aos medicos

LISBOA MÉDICA

venipon

Gardénal

FENIL-ETIL MALONILUREIA

EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS

a 0 gr. 10. 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

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

Quanto ao frio, o seu efeito é contestável e sabemos que seriam necessários pelo menos 15º durante 20 dias, segundo Ranson, o que não é prático.

REFERÊNCIAS: CISTICERCOSE

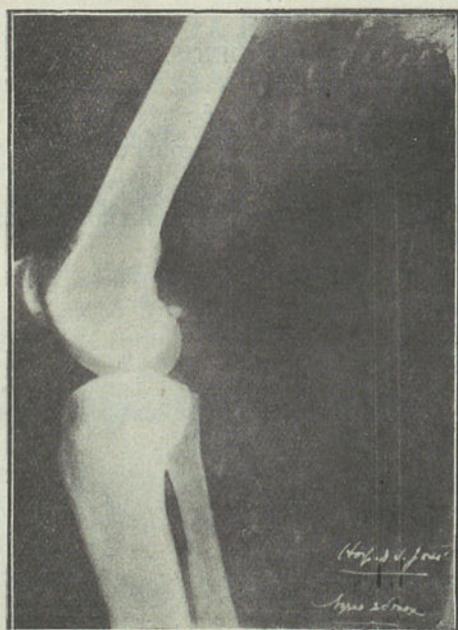
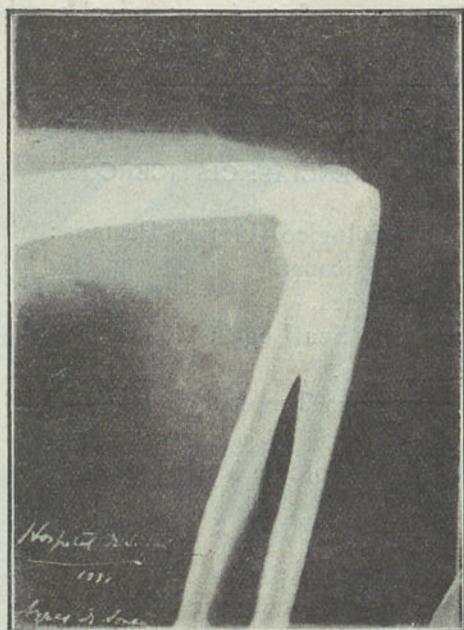
- 1) Instituto Bacteriológico Câmara Pestana:
Prof. Nicolau Bettencourt.
Prof. Ildefonso Borges.
- 2) Instituto de Medicina Legal:
Prof. Azevedo Neves.
- 3) Escola de Medicina Tropical de Lisboa:
Prof. Aires Kopke.
- 4) Laboratório de Patologia Veterinária:
Dr. Águeda Ferreira.
Dr. Ávila Horta.
- 5) Escola Superior de Medicina Veterinária e Matadouro Municipal de Lisboa:
Prof. Neves e Castro.
Prof. Gualdino Brito Vasques.

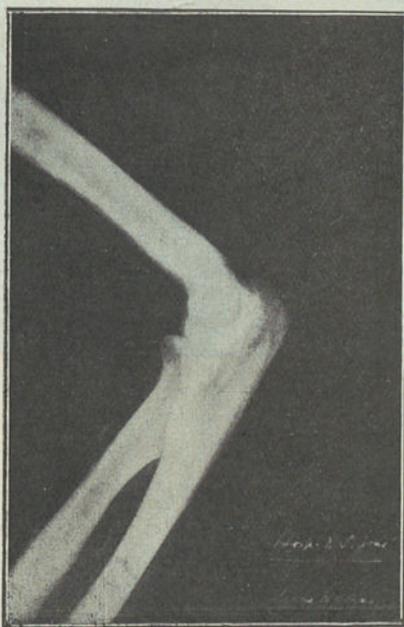
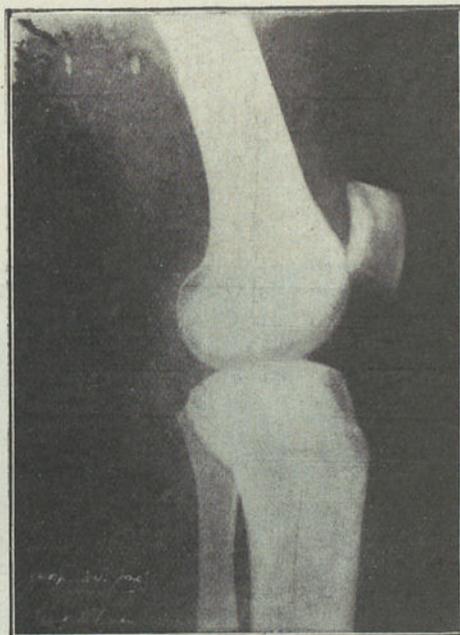
TRIQUINOSE

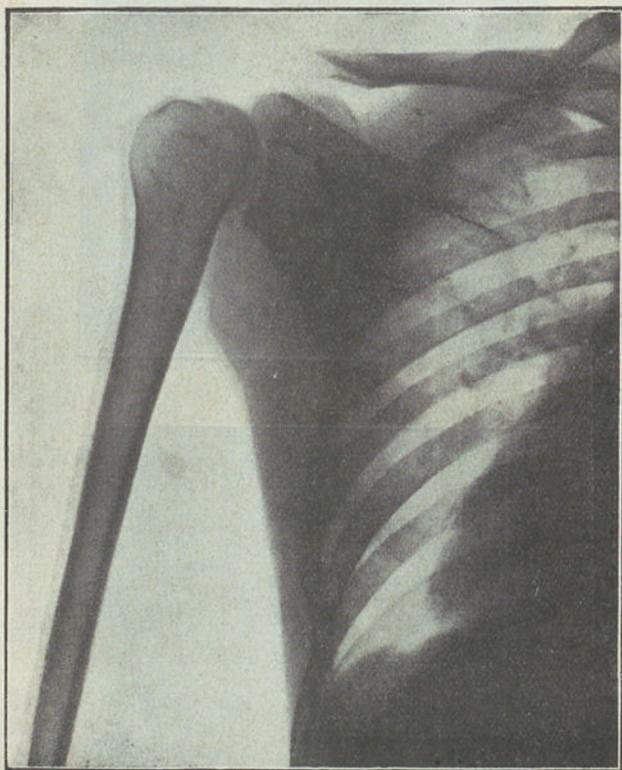
Medicina Contemporânea, 1915:

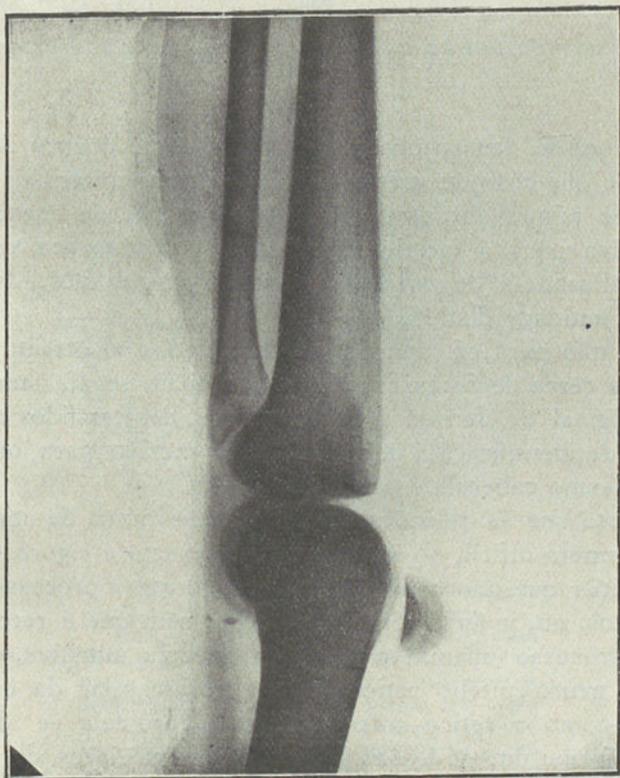
Prof. Parreira — Triquinose do músculo peitoral numa amputada de mama cancerosa.

Dr. Águeda Ferreira — Tese. Triquina, triquinose e sua profilaxia.









RETINO-COROIDITE JUXTA-PAPILAR (EDMUND JENSEN)

POR

A. BORGES DE SOUSA

Em 1908 E. Jensen observou 4 casos duma doença do fundo do olho a que chamou «retino-coroidite juxta-papilar».

Jensen julgou encontrar no aspecto clínico da doença razão justificativa para a incluir numa rubrica nosográfica separada, individualizando-a de entre as outras cório-retinites, dando-lhe foros de entidade distinta.

De então para cá, apareceram publicados na literatura oftalmológica cêrca de 60 casos, vários dos quais se afastam do padrão original de Jensen a tal ponto que, desatendidos os sinais estritos de identificação, deixa de haver motivo para os incluir sob o mesmo cabeçalho taxonómico.

É certo que as relações de intimidade mútua da coroideia e retina tornam difícil, no sentido estrito, exacto e rigoroso, admitir retinites que não correspondam realmente a processos cório-retiníticos, ou, inversamente, coroidites, sem que a retina partilhe do processo inflamatório. A dependência nutritiva, existente entre o neuro-epitélio retineano e a coriocapilar da coroideia, explica como a retina sofre quando a coroideia se altera, da mesma forma que as lesões das camadas exteriores da retina e do epitélio pigmentar, grupadas nas chamadas «retinites externas», se repercutem facilmente na coroideia. Directamente, ou por influência da quimiotaxia, ou do trofotropismo, pode fazer-se a passagem da inflamação duma para outra membrana, e não está fora das possibilidades que um mesmo processo inflamatório incida simultâneamente nas duas túnicas.

Contudo, na prática clínica confirmada pela histopatologia, é legítima a separação dos processos incidentes numa ou noutra das membranas, não faltando razões anatómicas e fisiológicas

que justifiquem a independência, ou decisiva preponderância, da localização mórbida, ectogénica ou endogénica, na retina ou na coroideia.

Entre as duas membranas, separando a coriicapilar da coroideia do epitélio pigmentar da retina, encontra-se a lâmina vítrea da coroideia, membrana resistente que, deixando-se normalmente atravessar pelos líquidos, se mostra impermeável aos elementos figurados — às células e às bactérias.

Entretanto, a coroideia, de linhagem mesodérmica pura, com-

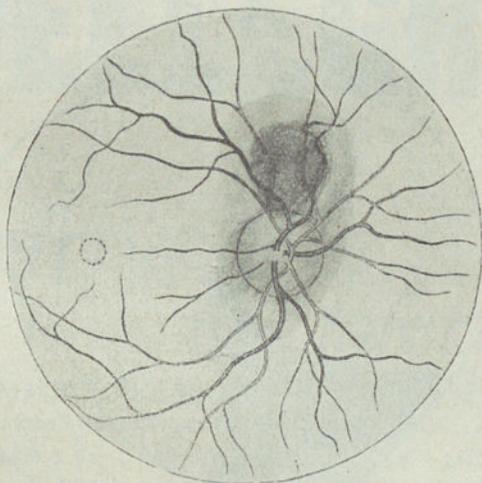


Fig. 1. — Esquema reproduzindo a topografia das lesões da estampa a cores de E. Jensen.

Homem de 20 anos. Olho direito. Há 3 anos vê uma sombra. Turvação do vítreo. Limites da papila levemente indecisos. No bordo superior desta existe uma infiltração branca (em negro carregado no esquema) que, na parte central é levemente saliente. O bordo superior da papila perde-se na infiltração. V = 6/9.

põe-se quasi sòmente de vasos, com tecido conjuntivo abundante, ao passo que na retina, produto quasi exclusivamente derivado do ectoderme, os vasos são poucos e o tecido conjuntivo escasso.

Ao tecido vascular da coroideia, com as suas abundantísimas anastomoses, contrapõe-se a distribuição terminal dos vasos da retina.

Quere dizer, além da verdadeira separação que existe entre a retina e a coroideia, realizada pela lâmina elástica, subsistem en-

tre as duas membranas diferenças anatómicas e fisiológicas profundas que conferem a cada uma delas relativa independência.

Clinicamente, à monotonia sintomatológica, oftalmoscópica e subjectiva, das doenças da coroideia, opõe-se a riqueza variada e a multiplicidade de aspectos que a retina, túnica senso-

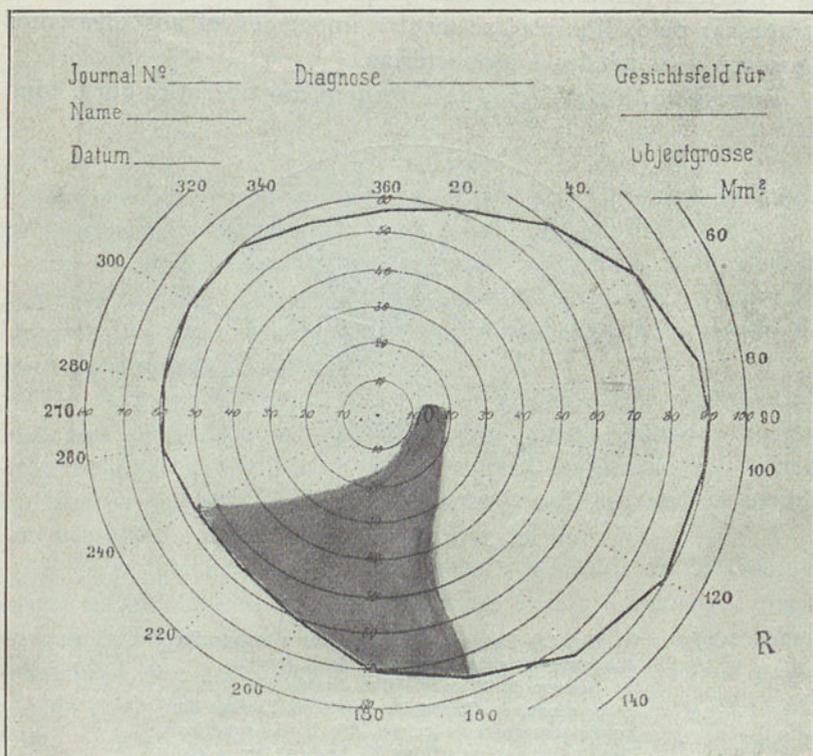


Fig. 2. — Campo visual do caso de E. Jensen da fig. 1.
Escotoma em sector partindo do ponto cego para baixo e para o lado nasal.

rial altamente diferenciada, exhibe quando alterações patológicas perturbam a sua estrutura.

Sucede, porém, que muitas vezes a turvação edematosa secundária da retina impede que o oftalmoscópio reconheça no início um foco agudo de coroidite subjacente, assim como, inversamente, muitas lesões do neuro-epitélio retineano só vêm a ser definidas quando sobrevêm migrações de pigmento, ou infiltrações de gordura. Nas lesões conjuntas das duas membranas, nas

LISBOA 7 MÉDICA

MAGNESIA S. PELLEGRINO

*Purga,
refresca,
desinfecta*



LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO MODERNO - Via Castelvetro, 17 - MILANO

Representantes e depositários para Portugal e Colonias:

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

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

O OPOTERÁPICO GENIAL DO PROF. SERONO
(Autor da *BIOPLASTINA*) É A

Peptopancreasi "Serono,"

(Extrato de suco gástrico e pancreático)

A principal preparação científica e racional,
como estimulante das funções gastro-intestinais,
especialmente indicada no tratamento das atonias
devidas a catarros crónicos ou de causa
nervosa, das dispepsias, da gastrosucorreia e dos
vómitos incoercíveis das grávidas

NAS LESÕES RENAIIS INICIAIS, INTOXICAÇÕES
RENAIS, NEFRITES E ALBUMINURIA
INTERMITENTE DE ORIGEM ALIMENTAR, A

Renasi "Serono,"

— extrato glicérico de rim —

É UM EXCELENTE MEDICAMENTO.

A sua acção produz um
aumento da diurése e da
ureia _____

Atenua, além, disso, os
fenómenos urémicos e faz
desaparecer os edemas

(Por vias digestiva e hipodérmica)

cório-retinites, pode ser difícil destrinçar o que a cada uma pertence, como difícil será porventura saber qual das duas primariamente adoeceu, sendo os sintomas que a outra apresenta de ordem secundária ou consecutiva.

Tal é o caso da retino-coroidite juxta-papilar de Jensen.

E. Fuchs, a quem tanto cuidado mereceu o estudo das cório-retinites, considera primária a inflamação da retina quando a turvação da retina é particularmente intensa no local do foco, de

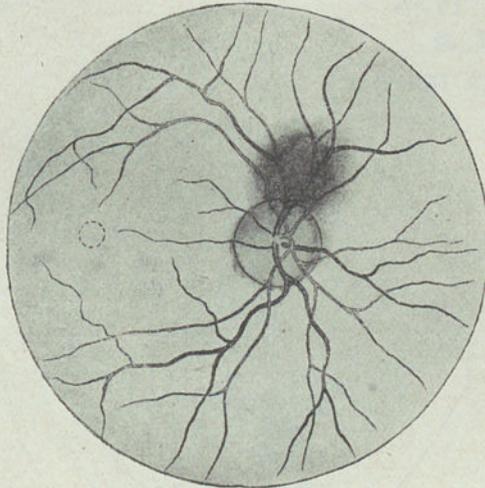


Fig. 3. — Esquema do caso de Borges de Sousa.

Homem, 17 anos. Olho direito. Sombra há 4 dias. Papila fortemente hiperêmica, contornos indecisos. Placa branca, levemente amarelada (no esquema negro carregado) por cima da papila, junto ao seu bordo superior. Leve saliência da placa, dentro da qual os vasos parcialmente se encobrem e mostram diferenças de calibre. V=0,9. 28-IV-1908.

modo que os vasos se mostram aí turvos e indecisos, ou quando se verifica a existência de hemorragias no foco. Quando a retina se turva não só na região do foco, como também em tórno da papila, ou quando a turvação se estende ao longo dos vasos retineanos, ou ainda quando a turvação avança, invadindo a área papilar. Quando se verifique existirem deficiências no campo visual em forma de sector, demonstrando lesões das fibras nervosas na região do foco patológico. Quando, extinto o processo

inflamatório, as modificações resultantes se limitam ao epitélio pigmentar.

Edmund Jensen descreve a doença da maneira seguinte:

Junto à papila do nervo óptico, e em continuidade com ela, existe uma infiltração branca, levemente saliente, de forma oval e de dimensões comparáveis às duma papila (fig. 1). A sede da

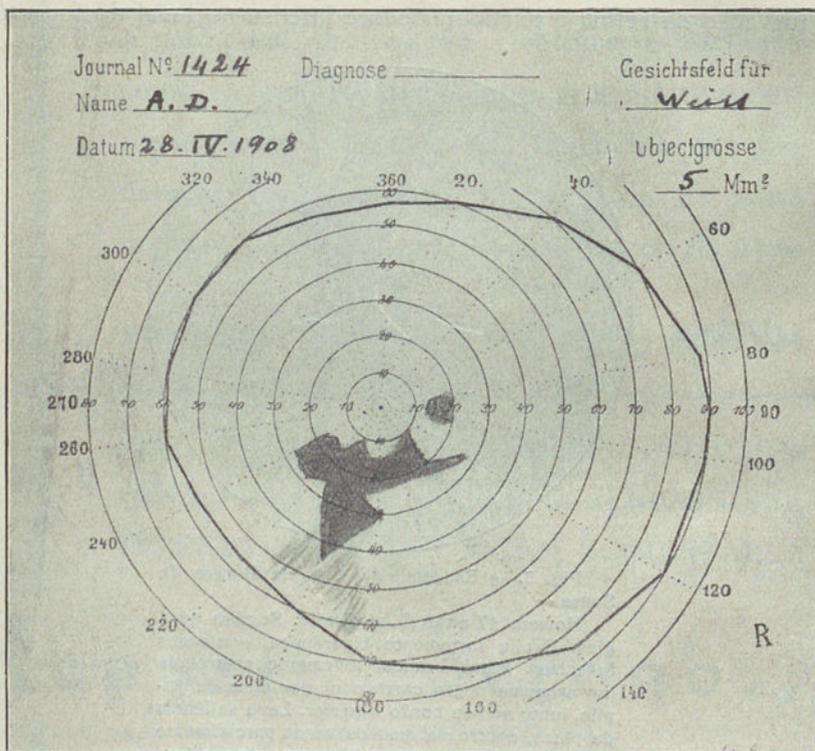


Fig. 4. — Campo visual correspondente ao caso B. S. no mesmo dia em que foi desenhada a figura 3.

Alargamento do ponto cego, escotoma insular na parte inferior e nasal.

Na área *////* o test aparece e desaparece, o escotoma não é absoluto.

infiltração encontra-se tanto na retina, cujos vasos estão parcial ou totalmente encobertos, como na coroideia. Os sinais subjectivos consistem em turvação visual, determinada por opacidades eventuais do vítreo, e, sobretudo, na existência dum defeito do campo visual em forma de sector que, começando no ponto cego,

se estende até a periferia do campo; não existindo dentro desta área qualquer sensação luminosa, o escotoma é absoluto (fig. 2). A agudeza visual central conserva-se íntegra. O doente queixa-se de ver enevoados. O prognóstico é favorável, sendo contudo as recidivas frequentes.

A doença, que de preferência ataca indivíduos jovens, é de início agudo, o escotoma absoluto que determina é estacionário e definitivo, e passado o período agudo, depois de reabsorvida a exsudação retineana, permanece um foco atrófico de cório-retinite,

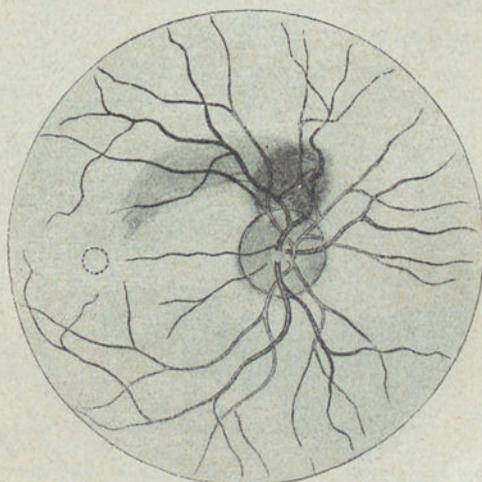


Fig. 5. — Caso de B. S. em 2-V-1908.

Do bordo superior e externo da placa parte uma zona esbranquiçada e arqueada dirigindo-se para a região macular que não atinge. Esta peculiaridade não a vejo descrita; talvez em virtude do seu carácter fugaz (desapareceu em 15 dias) tenha passado despercebida, talvez que a frequência e precocidade dos exames explique a sua constatação neste meu caso.

onde se reconhece, branquejando, o reflexo escleral, circundado por pigmento, com alguns vasos coróides visíveis.

As verdadeiras características sintomatológicas que individualizam a doença são: a presença do foco na vizinhança imediata da papila do nervo óptico, e a forma típica do escotoma, demonstrativa de lesão das fibras nervosas que, reunidas na vizinhança da papila, são atingidas em grande número por um foco limitado que, desta maneira, determina a incapacidade funcional

dum largo sector da retina, correspondente à expansão dos feixes prejudicados. Esta lesão das fibras nervosas distingue a retino-coroidite de Jensen das outras coroidites, nas quais a retina não sofre primariamente, nem as suas lesões, traduzidas no campo visual, afectam esta forma característica.

Mal avisados andaram, a meu ver, os autores que, alargando

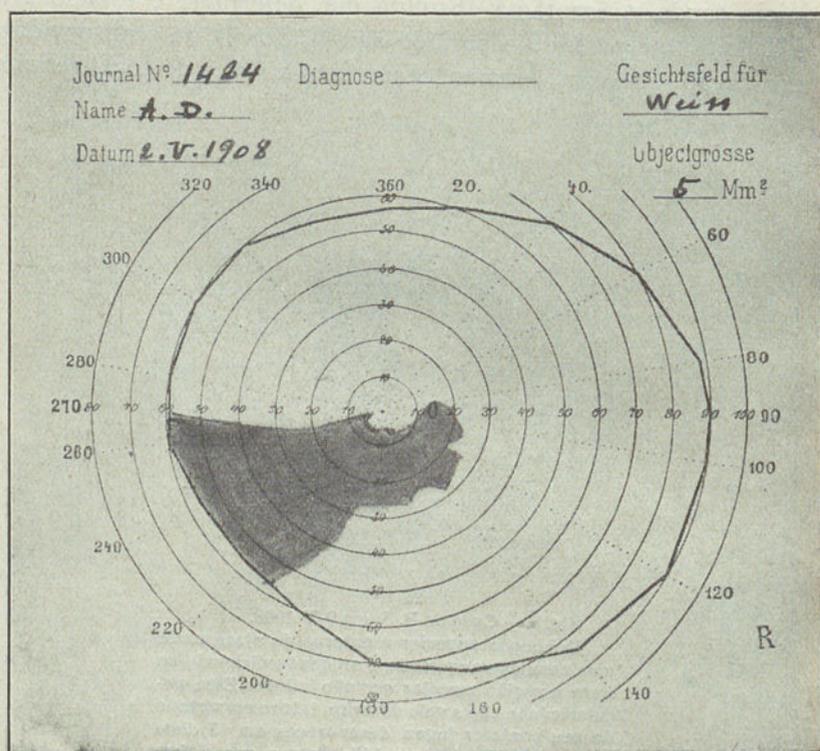


Fig. 6. — Caso de B. S. Campo visual em 2-V-1908. Característico de lesão de feixes de fibras junto à papila, V=I.

o quadro desenhado por Jensen, incluem na retino-coroidite de Jensen casos de cório-retinite banal. Assim, nos casos de Groes-Petersen, de van der Hoeve, de Kipps, de Patterson, de Roenne, de Schertlin, o foco cório-retinitico está longe da papila, ou ocupa a mácula, e o escotoma não parte do ponto cego de Mariotte. A doença perde assim as suas características fundamentais.

Em Abril de 1908, sem que tivesse conhecimento da entidade

mórbida isolada por E. Jensen, cuja descrição não fôra ainda publicada, observei o caso que vou referir. Como êle pertence indubitavelmente à retino-coroidite juxta-papilar em toda a sua pureza, e como além disso a observação tem sido seguida até a data actual, oferece certo interêsse juntar êste aos, em suma, pouco abundantes casos genuínos desta doença.

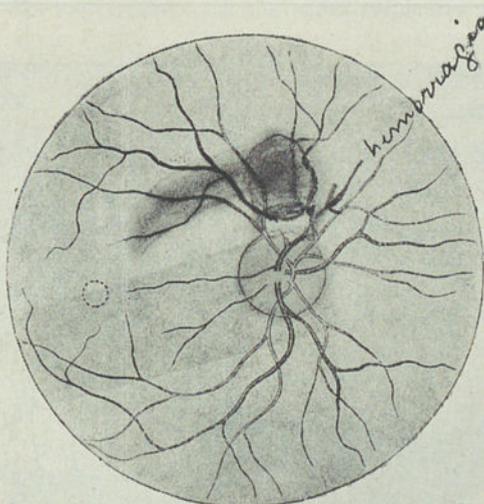


Fig. 7. — Caso de B. S. em 12-VI-908.

Aparecimento duma hemorragia junto ao bordo superior da papila (representada em branco no esquema). A hemorragia cobre por completo a zona da placa de exsudação sôbre que assenta, o que demonstra a sua situação superficial, na camada das fibras nervosas da retina.

OBSERVAÇÃO N.º 1.424. 28-IV-908. — A. D., 17 anos, forte e sadio, muito bem desenvolvido, com a mesma tendência para a corpulência que se verifica em todos os membros da sua família, vem queixar-se de há 4 dias sentir turvação visual no olho direito, custando-lhe a ver os objectos por inteiro: uma parte dêstes — a superior — desaparece, e só é reconhecível depois de ter mudado a posição do olhar de maneira adequada.

O início, que teve lugar há 4 dias, foi súbito, tendo piorado no segundo dia. No 3.º e 4.º dias a situação manteve-se inalterada. Não houve a mais leve perturbação funcional geral, nem, localmente, outra cousa se manifestou que não fôsse a deficiência visual.

Vem apavorado pelo diagnóstico de descolamento da retina feito nêle por um oftalmologista de Lisboa.

Nega lues (WaR é negativa) e outro venéreo. Atora um ou outro ataque convulsivo, a sua saúde é perfeita. Nada se encontra de anormal na urina

Categòricamente nega qualquer traumatismo ocular pretérito, e o médico internista informa nada existir que tenha significação patológica.

A papila está fortemente avermelhada e os seus contornos desenham-se com certa indecisão. Imediatamente por cima da papila encontro uma placa branca, levemente amarelada, que em determinados pontos quasi encobre os vasos centrais superiores. As suas dimensões são aproximadamente iguais às

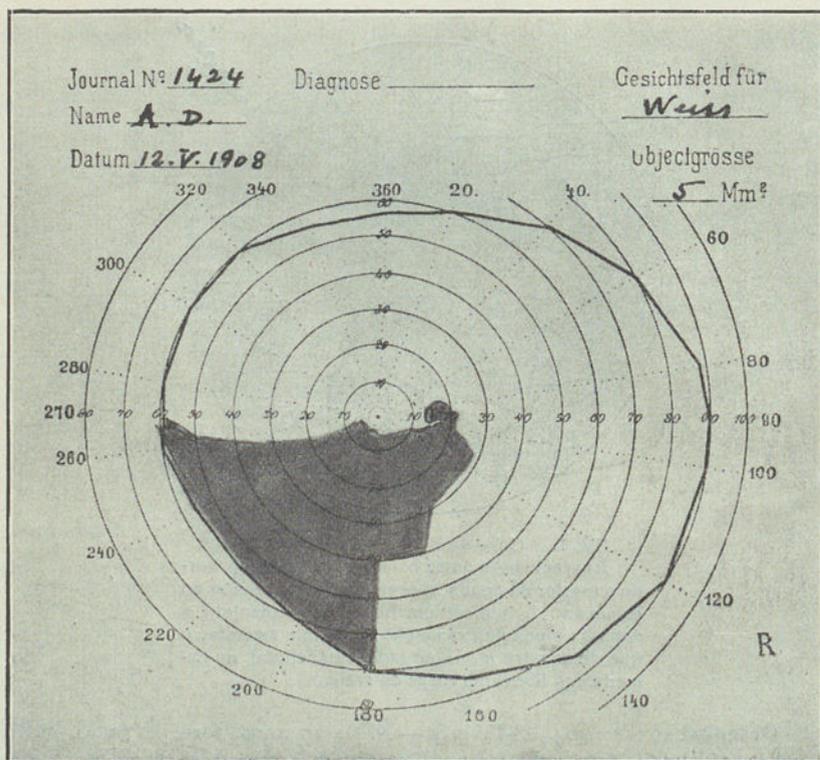


Fig. 8. — Caso de B. S. Campo visual em 12-V1-908.

Coincidindo com a hemorragia representada na fig. 7, o escotoma aumentou consideravelmente de extensão na parte inferior. $V = 0,4$.

da papila, e o seu bordo mostra-se um tanto esfarpado, desfiado, sendo a côr, na periferia da placa, mais amarelada do que no corpo. Existe leve diferença de nível, fraca proeminência da placa, e os vasos aparentam ténues irregularidades de calibre. O resto do fundo não revela alterações. No vítreo divisam-se muito fracas opacidades (fig. 3).

Agudeza visual = 0,9. Campo visual (v. fig. 4). (Este primeiro campo visual não é característico. O nervosismo que se apoderara do doente explica a

sua fixação incerta, que por sua vez determina incertezas no apuramento das linhas limites do escotoma).

O olho esquerdo, completamente normal, tem $V=1$.

Em 2-V-908 noto a novidade seguinte: do bordo superior da placa parte uma zona esbranquiçada, arqueada, inflectida para o lado da mácula que não chega a atingir.

Os bordos são relativamente bem demarcados (fig. 5) e o aspecto oftalmoscópico corresponde certamente a alterações residentes num grupo de fei-

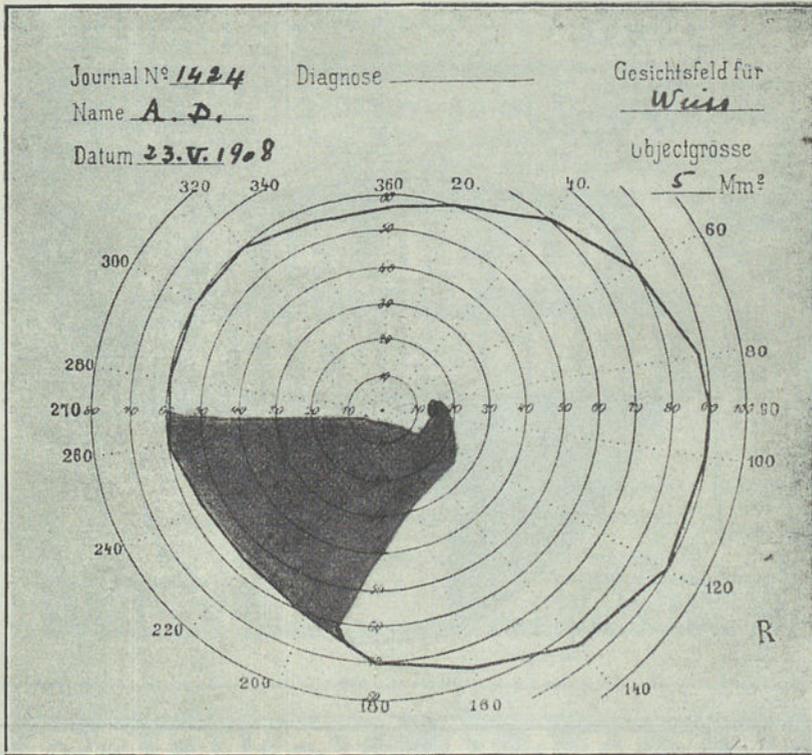


Fig. 9. — Caso de B. S. Campo visual em 23-VI-908.

Coincidindo com a reabsorção da hemorragia o escotoma diminuiu de extensão na parte inferior e temporal. Alívio dum grupo de fibras interceptadas junto à papila. $V=0,9$.

xes de fibras nervosas a caminho para a reunião no *rafe*; aspecto topográficamente semelhante ao de certos casos de mielinização anormal de fibras nervosas retineanas.

O campo visual (fig. 6) é característico do que hoje chamamos retino-coróidite juxta-papilar de Jensen: estende-se sem interrupção do ponto cego até a periferia, circunda o ponto de fixação, sem lhe tocar, e vai terminar

por uma linha superior, horizontal, regular, correspondente ao entrelaçamento das fibras nervosas no *rafe* horizontal. $V=1$.

Em 7-V-908 o campo visual sobrepõe-se quasi exactamente ao precedente

Em 12-V-908 registo a presença duma hemorragia fresca junto ao bordo superior da papila (fig. 7). A zona esbranquiçada, arqueada, persiste. A agudeza visual cai para 0,4. O escotoma alarga-se para baixo e para o lado temporal, até o meridiano vertical do campo (fig. 8).

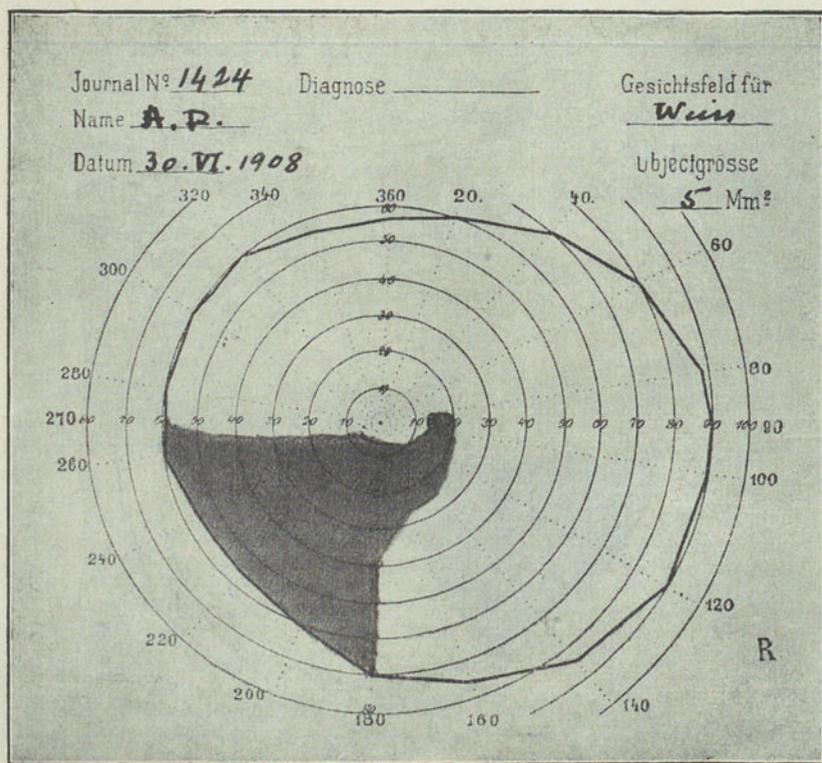


Fig. 10 — Caso de B. S. Campo visual em 30-VI-1908. Muito semelhante ao de 12. V. 08 (hemorragia), tendo o escotoma aumentado, relativamente ao campo da fig. 9, na região infero-externa. Fase degenerativa. $V=1$.

Em 18-V-908 desaparece a zona arqueada. Agudeza visual: a mesma (0,4). Campo visual semelhante ao precedente.

Em 23-V-908 desaparecimento quasi completo da hemorragia. Persistência da placa original sem alterações. A agudeza visual sobe para 0,6, o campo alarga-se um pouco em baixo (fig. 9). Certamente a reabsorção da hemorragia aliviou um grupo de fibras, recuperando estas a condutibilidade funcional.

Em 30-V-908 campo visual idêntico.

Termómetros Clínicos “Scott Precisão,, de absoluta garantia

Adoptados nos mais prestigiosos SANATORIOS, HOSPITAIS
e à venda em tôdas as farmácias do mundo.

Modelos prismáticos de 11 e 13 centímetros de 1 minuto e de 12 centímetros de 1/2 minuto.
Representantes para Portugal e Colónias:

Pestana, Branco & Fernandes, Limitada

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º

LISBOA

TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

CREOSO - PHOSPHATADA

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



SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

Anticarrhal e Antiseptico
Eupeptico e Reconstituente.

Todas as **Affecções dos Pulmões** e dos **Bronchios.**

L. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople

PARIS (8º)

GRIPPE

RACHITISMO

FORXOL BAILLY

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

FERRO, MANGANEZ, CALCIUM

em combinacao nicotinicna, hexose-hexaphosphorica e monomethylarsinica vitaminada

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

LÍQUIDO
AGRÁDAVEL toma-se no mero das refeições, na agua, no vinho ou outro liquido (excepto o leite)

Laboratorios A BAILLY, 15 et 17 Rue de Rome PARIS 8º)

SIRAN

CONTRA A TOSSE

COMPOSIÇÃO:

Sulfogaicolato de potássio (6 0/0), xarope de hortelã-pimenta composto, adicionado de ácido thimico e de extracto de tomilho.

INDICAÇÕES:

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

.....
TEMLER - WERKE
BERLIN - Johannisthal

BROSEDAN

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

INDICAÇÕES:

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

.....
TEMLER - WERKE
BERLIN - Johannisthal

Hämafopan

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

Dr. August Wolff, Blelefeld

A terapeutica das enfermidades reumaticas e inflammatorias

SINNODIN

(Dr. Bauer)

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

Chem. Fabrik Milkel, Altona-Hamburgo

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

SPETON

Temmler-Werke, Berlin-Johannisthal



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

Em 8-VI-908 campo visual idêntico $V = 1$.

Em 30-VI-908 a agudeza visual conserva-se normal, mas o campo visual (v. fig. 10) mostra-se muito semelhante ao obtido em 12 de Maio, quando ocorreu a hemorragia, o escotoma aumentou relativamente aos campos ultimamente tomados.

Quere dizer, as fibras nervosas lesadas pela hemorragia tiveram um alívio temporário, tornando-se de novo mioprágicas quando sobrevieram lesões degenerativas.

Igual é o campo visual em 11-VII-908.

Em 1-VIII-908 a placa amarelada é muito menos conspícua e os vasos

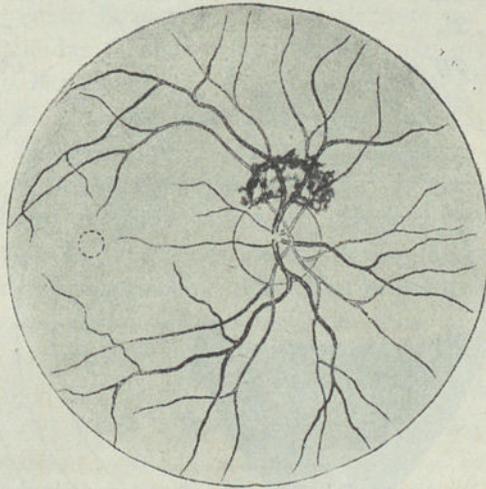


Fig. 11. — Caso de B. S. Aspecto oftalmoscópico em 12-VII-1918. Ausência de lesões activas. Atrofia moderada da coroideia, atrofia do epitélio pigmentar da retina, migração local de pigmento.

retineanos aparecem nitidamente adentro da sua área. Campo visual semelhante ao de 30-VI-908 (fig. 10).

Passam 10 anos e observo de novo o doente em 12-VII-918. Por cima da papila encontro uma placa de atrofia da coroideia, com um ou outro vaso coroideu visível, branquejando a esclerótica indecisamente por detrás. O bordo da placa é fortemente pigmentado, e pontos ténues de pigmento espalham-se pela área (fig. 11).

O campo visual não faz diferença sensível do último de 1908 (v. fig. 12).

A agudeza visual é a seguinte: V. D. = 0,6; $35^{\circ} - 1 = 1$.

Passam mais 13 anos e volto a ver o doente em 12-XI-931. O aspecto do fundo é absolutamente idêntico ao do último exame, applicando-se os mesmos dizeres ao campo visual e à agudeza visual.

O doente continua em excelente saúde geral, tendo desenvolvido apenas considerável corpulência.

do vítreo, tudo aponta para a origem retineana do processo, tendo a coroideia sofrido secundária e tardiamente. Se quisermos admitir a existência dum processo retino-coroídítico inicial, teremos de dar indubitavelmente a preponderância à retina e a insignificância à coroideia.

A etiologia da retino-coroídite juxta-papilar de E. Jensen está ainda longe de apurada, contudo o maior número de sufragios parece ir para a sua natureza tuberculosa (Gilbert, Wagenmann, Schertlin), de resto largamente preponderante na etiologia das coroidites adquiridas. Fleischer atribue um caso próprio à esclerose em placas. Em dois casos de Groes-Petersen e num de Igersheimer havia lues, o que não quer dizer que a lues fôsse responsável pela cório-retinite. No caso que publico e num outro que mais tarde observei, certamente não havia sífilis. O diagnóstico moderno da tuberculose, sobretudo o roentgenológico, virá talvez esclarecer a questão, como o fez para tantas irites e tantas coroidites que atacam indivíduos aparentemente sadios, livres de doenças infecciosas ou constitucionais.

A doença é rara. Roenne avalia a sua frequência em 1/1000 de todas as doenças de olhos, eu encontro 2 casos em 16.000 doentes, incluindo neste último número todos os casos de refração.

Não existe exame algum anátomo-patológico da doença e, no que respeita a patogenia, as ideas mudaram desde a publicação de Jensen que julgava ser o defeito do campo visual devido à obstrução dos vasos retineanos pelo exsudado inflamatório, admitindo hoje todos os autores que o escotoma é devido à destruição dos feixes nervosos junto à periferia da papila.

A sede particular do foco inflamatório, atingindo simultaneamente coroideia e retina na zona juxta-papilar, deve ser muito provavelmente atribuída, como querem Gilbert e Wagenmann, a uma localização metastática hematogénica: o círculo arterial do nervo óptico, formado pela reunião das artérias ciliares curtas posteriores, fornece ramos à parte da coroideia que circunda a papila e também aos vasos centrais do nervo óptico e da retina; a localização mórbida metastática e simultânea nas duas membranas encontra nesta disposição explicação fácil.

CIRURGIA DAS ÚLCERAS GASTRO-DUODENAIS

POR

AMANDIO PINTO

Cirurgião dos Hospitais e da Misericórdia

No Congresso Nacional de Medicina realizado em Lisboa em 1928 apresentámos uma nota prévia encarando o tratamento das úlceras gastro-duodenais pela gastrectomia. Acabáramos, pouco antes, de fazer uma visita às principais clínicas europeias mais especializadas nessa cirurgia, e, do que víramos e do que já tínhamos obtido após o nosso regresso, saiu essa nota. Claro que a sua apresentação pressupunha o aparecimento de trabalho mais detalhado, quando a nossa experiência fôsse de molde a podermos ditar conclusões bem fundamentadas. Julgamos agora, três anos e meio decorridos, chegada essa oportunidade e, por isso, vimos apresentar os resultados obtidos nesse período e, com êles, a maneira como presentemente encaramos a solução exigida por cada uma das hipóteses que a úlcera gastro-duodenal nos pode oferecer. Desde já, de facto, nós queremos acentuar que se nos afigura absolutamente errónea a maneira como muitos encaram êste assunto, julgando que basta enfileirar quer nos que gastro-enterostomizam, quer nos que gastrectomizam para terem o seu problema resolvido. Por nossa parte, quando vamos operar um doente com o diagnóstico de úlcera do estômago ou do duodeno, nunca sabemos, em regra, previamente, a operação que vamos fazer, pois ela dependerá da situação que encontrarmos. Há, porém, cirurgiões que, em tal caso, se se lhes perguntar o que vão operar, respondem logo deliberadamente: «Vou fazer uma gastro-enterostomia». E é que a fazem, embora o doente não necessite dela e mesmo possa com ela vir a ser prejudicado. De 12 casos já com gastro-enterostomia em que tivemos de intervir no período a que nos reportamos, em 4 havia um pilorospasmo e em dois não havia vestígio de qualquer lesão gastro-duodenal,

Ora, pondo-nos à margem de extremismos, é bom assentar-se que o suposto ulcerado gastro-duodenal pode ver o seu problema resolvido com uma gastro-enterostomia, necessitar duma gastrectomia ou ainda exigir operação adequada ao seu caso que, embora diagnosticado como úlcera, pode realmente não ser. Só uma observação cuidada do estômago e do duodeno, após a laparotomia, mostrará a verdadeira natureza da lesão e, conseqüente-



Fig. 1

mente, indicará a terapêutica necessária. Assim, falando só de lesões gastro-duodenais, no período referido, operámos 32 casos de pilorospasmo e 8 de estenose subvateriana do duodeno.

Julgamos que, no nosso meio, se não tem ligado a devida atenção a estas duas afecções e por isso lhes vamos dedicar algumas considerações.

A lesão, a nosso ver, erradamente designada como pilorospasmo, tem como substracto anatómico uma hipertrofia do esfíncter pilórico, hipertrofia por vezes considerável, pois temos

visto esse músculo ter, na secção transversal, o diâmetro de mais de 1 centímetro. A verdadeira natureza dessa hipertrofia não a conhecemos nem sabemos que dela alguém se tenha ocupado, mas, se quisermos referir-nos ao processo anátomo-patológico, julgamos que se trata duma pseudo-hipertrofia ou, antes, dum processo degenerativo, como é atestado pela friabilidade, por vezes consideravelmente acentuada, apresentada pelos tecidos nesse ponto. Essa hipertrofia cria perturbações na evacuação gástrica, por vezes com estase muito acentuada, e alterações secretórias e mecânicas do estômago, de tal maneira que, muitas vezes, não será possível, pelo exame do doente, pensar-se na verdadeira natureza da lesão e julgar-se antes que se trata duma úlcera.

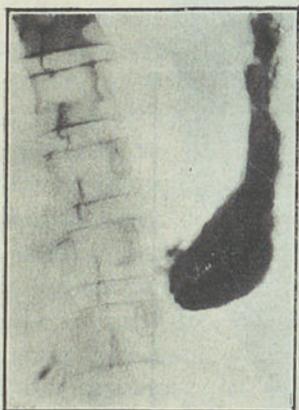


Fig. 2

Para exemplificar esta nossa asserção, citaremos o caso duma rapariga de 22 anos que, havia dois, começara com queixas do estômago traduzidas essencialmente em dores, de horário duas a três horas após as refeições, e vômitos acidentais aliviando aquelas, algumas vezes alimentares mas, em regra, aquosos e muito ácidos. Um exame radiológico feito pelo nosso colega José Caldas, cuja competência é desnecessário encarecer, aponta no seu relatório: «Estômago sem alterações, bulbo duodenal enchendo regularmente mas ficando sempre com contornos irregulares, principalmente do lado da pequena curvatura, com aspecto chanfrado. A sua evacuação nunca é perfeita, sendo a palpação bastante dolorosa a este nível (fig. 1); 4 1/2 horas após a refeição, estase gástrica (fig. 2), continuando dolorosa a palpação ao nível da ampola duodenal. Conclusões: Os sinais radiológicos apontados são em favor duma lesão ulcerosa piloro-duodenal».

Uma só circunstância nos fazia duvidar do diagnóstico de úlcera: tratava-se duma mulher de 22 anos e a experiência tem-nos mostrado que, numa mulher nova, o diagnóstico de úlcera deve ser pôsto sempre com a máxima reserva. Na verdade, na operação, reconheceu-se tratar-se simplesmente dum pilorospasmo,

tendo o problema sido resolvido, e com êxito, como no futuro se verificou, com uma piloroplastia segundo o processo de Heinecke-Mikulicz.

É de notar, contudo, que, mesmo com a lesão à vista, não é fácil sempre dizer logo se se trata ou não duma úlcera. Só abrindo o estômago e o duodeno na transição pilórica e explorando o seu interior nos podemos devidamente assegurar do verdadeiro diagnóstico. Ainda ultimamente num homem de 25 anos com um sofrimento gástrico horrível em que o exame radiológico, todavia, negava a existência de úlcera, após laparotomia julgámos estar em presença duma lesão dessa natureza, calosa e pilórica, pelo engrossamento que se palpava, e, contudo, feita a incisão para a piloroplastia, reconhecemos estar em presença duma simples hipertrofia do anel pilórico.

Já agora, como falámos na terapêutica do pilorospasmo, devemos dizer que se pensou resolver o problema actuando sobre a inervação gástrica com operações tipo Latarget. Julgamos, todavia, que tais operações estão destinadas a insucesso, pois, como já dissemos, a lesão causal não é, como o nome parece indicar, uma contractura espasmódica do esfíncter pilórico, mas sim uma hipertrofia constituída deste e, assim, só operações que ataquem esse esfíncter podem resolver o problema. Essas operações são as chamadas piloroplastias que podem ser com secção completa de todas as camadas do estômago e duodeno, o que se pode realizar, conforme os casos, segundo os processos de Heinecke-Mikulicz ou de Finney, ou então extra-mucosas, quer ressecando uma parte do músculo pilórico, operação tipo Deaver, quer fazendo a sua simples secção, aplicação ao adulto da operação que Fredet e Ramsted idearam para o tratamento da estenose pilórica hipertrófica congénita. Para nós preferimos a operação em que a mucosa é aberta, pois assim podemos inspecionar o interior das vísceras e assegurarmo-nos, portanto, devidamente, da verdadeira natureza da lesão.

A estenose subvateriana do duodeno ou megaduodeno é afecção de patogenia incerta cuja discussão não vem a propósito. Passemos assim em claro as diferentes hipóteses emitidas para a sua explicação que, de resto, são de corrente conhecimento. Coloquemo-nos apenas em presença do problema constituído e assentemos em que se trata de afecção com que se tem de con-

tar, embora relativamente rara. É interessante, todavia, notar que nós, que passámos um largo período sem ver nenhum caso, só no mês de Dezembro último, operámos quatro doentes seus portadores. Exemplifiquemos também com um caso esta curiosa afecção.

Trata-se dum doente que nos aparece com um sofrimento gástrico horrível, sendo a sua principal queixa dores violentíssimas, após as refeições, localizadas, no seu máximo, um pouco à direita do umbigo. Sofrimento era êste que tornava o doente quasi um inválido, impossibilitando-o de trabalhar, não só por causa das dores como também porque, com temor destas, fugia de comer.



Fig. 3

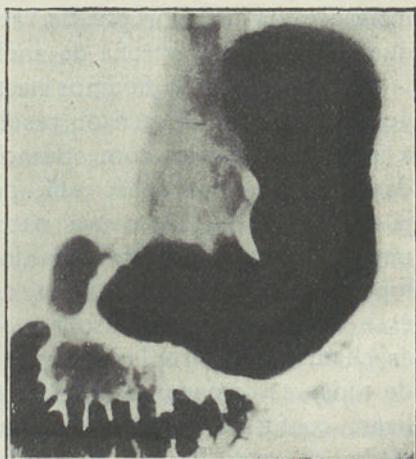


Fig. 4

Em consequência dêste estado instalara-se, pouco a pouco, uma neurastenia acentuada ainda agravada porque a sua doença já determinara duas intervenções sem êxito, numa sendo-lhe feita uma apendicectomia e na outra uma simples laparotomia exploradora epigástrica. Ora um exame radiográfico (figs. 3 e 4) mostrou-nos, além duma gastrectasia, uma dilatação muita acentuada do duodeno até a altura da coluna vertebral. A deformação notada no bulbo, e que levou o radiologista a emitir a hipótese de úlcera, era devida, como depois se verificou, a um processo de peritonite plástica consideravelmente desenvolvido que se estendia a todo o epigástrico.

LISBOA MEDICA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL
LAFAY

Huile iodée à 40%.

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

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

22, Rue du Landy
S'-Ouen près Paris

HÉMET-JEP-CARRÉ

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

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes:

Ano, 60,700

Colónias e estrangeiro:

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 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.

O melhor café a recomendar aos hepaticos e cardiacos é o

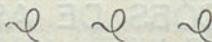
“Café Maltosado”

De todas as tentativas feitas até agora, para apresentar um café, isento de cafeína, conservando o aroma, as propriedades estimulantes do verdadeiro café, não ha nenhum que se possa comparar á que o Laboratório Farmacológico de J. J. Fernandes. Ltd. da Rua Alves Correia, 187, poz em prática para obter o “Café Maltosado”, agradável ao paladar, estimulante da digestão. Para obterem a afirmação dos excelentes resultados, peçam amostras e verão como se prepara uma chavena de café delicioso.



Lactobilina

Pode-se afirmar, que não ha memória de um produto ter: *chegado, visto e vencido*, como êste, levando a pôr completamente de parte tudo quanto para aí se encontrava para combater a prisão de ventre. É um produto que nem tem precisado de propaganda, para se ter imposto a tanta gente que se sente maravilhada com os seus efeitos e que pelo entusiasmo manifestado leva outras pessoas a experimenta-lo. Em todo caso, as amostras estão ao dispor de quem as queira empregar.



A **Lipobiase** e sempre **Lipobiase**

Continúa batendo o *record* dos produtos vitaminados do óleo de figado de bacalhau. Como já sabem, por uma longa experiência, emprega-se na estação calmosa, com o mesmo êxito que se usa no inverno.

Devemos lembrar que a *Lipobiase*, é já hoje um produto de fama internacional.

A operação confirmou a hipótese que o exame radiográfico nos fizera pôr, pois nos mostrou o aspecto característico do chamado megaduodeno, tendo sido feita uma duodeno-jejunostomia estando o doente, ainda em convalescença, completamente livre do sofrimento anterior.

Já agora, e ainda a propósito desta interessante afecção, citaremos outro caso curioso pelo êrro de diagnóstico em que induziu todos os que com êle lidaram. Êle servirá, de resto, para mostrar até que ponto, nos casos duvidosos, nós levamos a exploração operatória do estômago.

Trata-se dum doente que, havia uns três anos, nos apparecera com queixas gástricas vagas sobretudo traduzidas em azias e algumas dores, duas a três horas após as refeições. Um exame radiográfico nada tendo revelado de anormal foi-lhe prescrito um tratamento médico com o qual os sofrimentos se atenuaram.

Alguns meses, porém, antes de nos aparecer de novo, as queixas voltaram, desta vez, não cedendo ao tratamento antes prescrito, e que o doente logo ensaiou, antes sucessivamente se agravando por forma que, agora, as dores eram de grande intensidade. O sofrimento, tal como nos era apresentado, correspondia bem a lesão ulcerosa



Fig. 5

e, feito um exame radiográfico, notou-se em várias radiografias uma imagem gástrica (fig. 5) em que se notava, parecendo dependente de pequena curvatura e um pouco acima do ângulo, uma mancha triangular que se julgou corresponder a um nicho de úlcera perforada. Concordando a história clínica com o exame radiográfico, foi o doente laparotomizado e, explorado o estômago, não se encontrou o menor vestígio de úlcera.

Embora custasse a crer que uma lesão desta natureza correspondente ao nicho revelado nas radiografias pudesse passar despercebido à exploração exterior do estômago, todavia, crenes no diagnóstico incisámos a sua parede anterior, paralelamente e

um pouco abaixo da pequena curvatura, para, dêste modo, explorarmos devidamente a mucosa. Êste exame foi também negativo. Voltámo-nos então para o duodeno e verificámos haver uma dilatação considerável do bulbo que, depois, vimos continuar-se nas segunda e terceira porções. Reconhecemos assim estarmos em presença dum megaduodeno, tendo sido feita uma duodeno-jejunoanastomose que fez desaparecer o sofrimento do doente. Ainda assim, uma vez curado da operação, fizemos executar novo exame radiográfico (fig. 6) no qual o pseudo-nicho deixou de se mostrar, parecendo-nos assim que a imagem antes encontrada devia corresponder a estase na parte terminal do duodeno. Já êste ano



Fig. 6

operámos um caso curioso desta afecção. Tratava-se dum doente a quem, no Rio de Janeiro, fôra feita uma gastro-enterostomia sem o conseqüente alívio para o sofrimento existente, antes com agravamento. Por isso, mais tarde, foi apendicectomizado e, como ainda não melhorasse, veio para Portugal. Aqui foi-lhe feita a desgastro-enterostomização depois de se verificar não haver indicação para a anastomose, não se fazendo mais nada devido ao estado precário do doente.

Tendo-o reoperado encontrámos-lhe um megaduodeno que resolvemos como era mester.

Os números atrás apontados, traduzindo a frequência destas duas afecções, e ainda, como se deduz dos exemplos apontados, a sua fácil confusão com lesões ulcerosas mostram a sua importância na patologia gastro-duodenal. O pensar-se nelas evitará não só os erros de diagnóstico como também, e isso é que é importante, o procurar corrigi-los com a gastro-enterostomia, pois a experiência mostra que esta operação, em regra, agrava então e muito o estado do doente pelo aparecimento de acidentes de círculo vicioso que se vêm juntar ao sofrimento já existente.

A sua consideração, de resto, estamos certos disso, fará desaparecer muitos diagnósticos de dispepsia nervosa, hoje menos mas, algum tempo, muito em moda.

O problema da úlcera gastro-duodenal, nos seus diferentes aspectos, continua a interessar altamente a literatura e os congressos médicos de todos os países. Em boa verdade, contudo, se pode dizer que bem pouco se tem adiantado no seu conhecimento. Hoje, como há cêrca de quatro anos fazíamos no Congresso de Medicina do Pôrto, podemos ainda dizer que as suas etiologia e patogenia continuam incertas e a sua terapêutica ainda não saíu do empirismo. Todavia, as hipóteses sucedem-se mas, como se baseiam sempre nos mesmos factos, o seu alcance não varia. Há, porém, um certo número de noções adquiridas que interessam ao problema terapêutico, e assim vamos procurar enunciá-las. Temos, em primeiro lugar, a acção ulcerogénea da hipercloridria. É clássico dizer-se que há úlceras com anacloridria, mas tem-se a impressão de todos repetirem esta asserção por ouvir dizer e não porque tenham observado o facto. Em estados hipoclorídricos, sim, embora não seja vulgar. Mas lembra perguntar o que é que se entende por estado hipoclorídrico num determinado indivíduo cujo estado de cloridria anterior nos é desconhecido. Na realidade pode suceder que aquilo que se toma por estado hipoclorídrico seja para êle, verdadeiramente, hipercloridria. Seja como fôr não é exagêro dizer que a úlcera floresce em meio hiperclorídrico, tanto mais que a alcalinização química e alimentar do estômago, devidamente executada, provoca o seu desaparecimento. Outra noção diz respeito à parte do estômago encarregada da secreção do ácido clorídrico. Noutro tempo julgou-se que essa função pertencia ao antro, que foi mesmo designado por região acidogénea do estômago. Sabe-se hoje que, bem ao contrário, é a região do fundo que incumbe êsse trabalho, embora sob a acção de estímulos de ordem nervosa ou hormonal, não se sabe ainda com certeza, partidos do antro. Ainda outra noção diz respeito à distribuição das úlceras. Estas, de facto, não aparecem em qualquer ponto do estômago ou do duodeno. No estômago a sua localização corrente é, por assim dizer, raras vezes, numa pequena zona junto do cárdia, e, mais vulgarmente, no antro pilórico, sobretudo ao longo da pequena curvatura, sendo nestas as zonas mais vulneraveis a que confina com

a transição da porção horizontal para a vertical e a zona justa-pilórica. No duodeno a sua localização é, também, por assim dizer, exclusivamente no bulbo, sobretudo na parte encostada no piloro.

Ora todas as hipóteses étio-patogénicas da úlcera, nos últimos tempos mais correntes, tendem a enquadrar estas noções, mas criando um estado que aumenta, duma maneira geral, a vulnerabilidade da zona sede possível da lesão e a intensidade de ataque do suco gástrico. Sem querermos imiscuirmo-nos nessas discussões, em verdade de reduzido interêsse prático no seu aspecto actual, não podemos, todavia, deixar de exprimir a nossa estranheza perante o facto de uma acção assim generalizada a toda uma zona dar origem a uma lesão tão limitada como é a úlcera de Cruveilhier e não a um processo mais difuso ou, pelo menos, que a úlcera múltipla em vez de rara como é não seja muito mais vulgar. Devemos, de facto, dizer que, na nossa experiência, contrariamente à opinião de vários, raras vezes temos tido ocasião de encontrar mais de uma úlcera. No período de que estamos apreciando os resultados só duas vezes vimos duas úlceras, num dos doentes, situadas ambas na pequena curvatura, uma na parede anterior e outra na parede posterior do estômago, realizando um tipo da *kissing ulcer* dos americanos, e no outro doente uma das úlceras encontrava-se na parte vertical da pequena curvatura, sendo a outra justa-pilórica. Já na nossa experiência anterior tínhamos chegado à mesma conclusão acerca da raridade da úlcera múltipla e, de resto, num trabalho publicado ultimamente, estudando os resultados da gastrectomia na úlcera na Clínica de v. Eiselsberg, de 1924 a 1930, verifica-se que em 606 casos só se apontam 17 de úlcera múltipla, número que não atesta a vulgaridade de tal ocorrência.

Na verdade, reflectindo bem no carácter bem limitado da lesão é-se tentado a tomar como mais razoáveis as antigas hipóteses, hoje repelidas, que tomavam uma perturbação trofonervosa ou vascular, limitada a um determinado ponto, como causa primária do processo. Não houve, porém, maneira de estas hipóteses encontrarem confirmação objectiva.

É mais fácil de explicar o motivo porque só em determinadas zonas do estômago e do duodeno se instalam as úlceras. Basta para isso admitir, o que actualmente parece não oferecer dúvida,

GYNERGÈNE

SANDOZ

Tartrato da Ergotamina cristalisada (Stoll)

**Medicação com cravagem de centeio
de toda a precisão**

FORMAS:

COMPRIMIDOS

Ergotico inodor

GOTAS

Titulo constante

EMPOLAS

Injecção indolor

INDICAÇÕES:

**SIMPATOSSES,
HEMORRAGIAS GINECOLOGICAS,
ATONIA POST-PARTUM**

**O mais fiel e o mais potente dos hemostaticos
uterinos**

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz :: Bâle (Suisse)

CORRESPONDENCIA

Queira enviar-me **GYNERGÈNE "SANDOZ"**
ou **OPTALIDON "SANDOZ"** sob as formas de:

Nome

Morada

Assinatura :

Endereço exacto e ligivel

Especialista em :

Optalidon

SANDOZ

Associação **antineuralgica**, sedativa e hipnotica de :

Isobutilalimaloniluréa (Sandoptal)	0,050
Dimetilaminofenazona	0,125
Cafeína	0,025

FORMA:

DRAGEAS

Tubos de 10 — Frascos de 25

INDICAÇÕES:

NEURALGIAS,
MIALGIAS,
SCIÁTICAS,
DÔRES MENSTRUAIS,
DÔRES ESPECIFICAS, ETC.

APAZIGUA A DÔR SEM ESTUPEFICAR

Fabrique de Produits Chimiques ci-devant Sandoz : : Bâle (Suisse)

Productos Farmaceuticos **SANDOZ**

ANTONIO SERRA, L.^{DA}

CAMPO DOS MARTIRES DA PATRIA, 96

LISBOA

Apartado 142

Telefone N. 3200

a interdependência entre a úlcera e a secreção do ácido clorídrico. Buechner, que estudou o assunto profundamente, partindo dêsse princípio, diz que as úlceras aparecem nas zonas de actividade do suco gástrico enquanto a zona de produção possui, por natureza, um poder relativamente elevado de resistência. Ora, sendo as glândulas fúndicas que segregam o ácido clorídrico, vê-se bem pelo estudo da distribuição das diferentes glândulas do estômago (fig. 7) qual a razão da predilecção das úlceras só por certas zonas.

A terapêutica da úlcera gastro-duodenal sem dúvida, ganharia, muito se se conhecesse bem a sua patogenia, ou por outra forma, a maneira como entram em jogo as noções que acabamos de enunciar. Claro, como temos dado a entender, hipóteses não faltam. Simplesmente a natureza joga com factores que nos escapam, e assim os nossos raciocínios, por muito lógicos que pareçam, arriscam-nos às conclusões mais absurdas por falta da sua consideração.

Cirurgicamente, a terapêutica da úlcera está hoje, por assim dizer, confinada a duas operações: a gastro-enterostomia e a gastrectomia. Outras operações têm sido propostas mas, ou desapareceram ou apenas conservam como adeptos os respectivos autores. Entram nesta última categoria as piloroplastias que se destinam a obter o exagêro dum reflexo que seria normal: o refluxo do conteúdo alcalino duodenal para o estômago sempre que neste existisse hiperacidez. Começam com a velha operação de Finney tendo mais tarde aparecido as operações de Horsley, de Judd e de Deaver.

Tentou-nos a operação de Horsley que é, embora o seu autor não o queira, uma simples piloroplastia de Heinecke-Mikulicz a que se associa a ressecção da úlcera. Pareceu-nos boa operação para os casos de úlcera pequena, não calosa, situada na face anterior da região peri-pilórica, e assim applicámo-la, como adiante veremos, em 3 casos. Um dêstes perdeu-se de vista, outro appareceu mais tarde novamente com sinais nítidos de úlcera, tendo

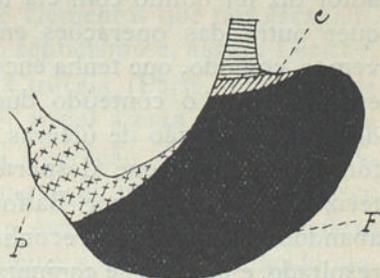


Fig. 7. — Glândulas do estômago segundo Buechner: C — cardíacas. F — fúndicas. P — pilóricas.

recusado a reoperação nessa altura e morrendo depois acidentalmente de desastre, finalmente, o terceiro apareceu também, seis meses depois, com sinais de nova úlcera, e na reoperação encontrou-se, no sítio da antiga lesão, uma outra, agora muito maior e calosa. Esta pequena experiência não nos induziu a persistir na prática do método e, de resto, o próprio Horsley acusa apenas 45 0/0 de resultados satisfatórios. A operação de Judd, que vimos executar ao próprio autor, é uma pilorectomia incompleta. Ora a pilorectomia no tratamento das úlceras deu tais resultados que teve de ser abandonada. Compreende-se mal que, sendo incompleta, os resultados sejam melhores. A operação de Deaver consiste, como já atrás dissemos, na ressecção da metade anterior do esfíncter pilórico. Emquanto que nas outras a úlcera é removida, aqui tem-se apenas em vista facilitar o refluxo do conteúdo duodenal a que acima nos referimos. O seu autor diz ter obtido com ela tão bons resultados como com qualquer outra das operações empregadas em casos similares. Não vemos, contudo, que tenha encontrado seguidores, sendo, de resto, estranho que o conteúdo duodenal não consiga defender o duodeno da instalação de úlceras e possa produzir essa acção no estômago. Método que despertou mais interesse foi a termo cauterização proposta por Balfour. A pouco e pouco, porém, foi abandonada por se ter reconhecido que, só, não dava, em regra, resultado, e fazendo-se conjuntamente a gastro-enterostomia pouco se ganhava em a executar. Vimo-lo, contudo, ainda fazer àquele cirurgião que, deve dizer-se, faz, por êsse meio, uma larga destruição dos tecidos peri-ulcerosos.

Desde que Doyen teve a idea de fazer uma gastro-enterostomia num caso de úlcera, com resultado feliz, tem essa operação sido largamente aplicada, em boa verdade com sorte vária, já pelos resultados, já pelas indicações. Não há dúvida, porém, que numa percentagem maior ou menor de casos, conforme a localização da lesão, se obtém um êxito completo, isto é, cicatrização da úlcera e desaparecimento de todos os sintomas satélites. Pois apesar de há perto de quarenta anos ter sido feita a primeira operação de Doyen, ainda se está para saber com certeza porque é que a gastro-enterostomia dá resultado. A primeira idea, a idea mais simplista, foi atribuir-lhe um simples papel de drenagem permitindo a evacuação rápida do estômago e evitando,

portanto, a irritação da lesão pelo seu conteúdo. Assim se criariam condições ótimas para a cicatrização da úlcera. Breve, porém, se reconheceu, que não só a gastro-enterostomia era imponente para curar todos os ulcerados gastro-duodenais como também, e isso é que deveria constituir a grande surpresa, podia mesmo criar o ambiente para o aparecimento duma localização da úlcera até aí desconhecida, a úlcera péptica gastro-jejunal. Teve-se pois de criar nova hipótese e, como durante um tempo a hipercloridria dominou a patogenia da úlcera, vá de se dizer que a gastro-enterostomia, permitindo a entrada no estômago do suco duodenal, provocaria, conseqüentemente, a alcalinização do seu conteúdo, interrompendo, portanto, a manutenção do estado ulceroso. Nunca nos pareceu razoável esta hipótese que pretendia resolver o problema transformando simplesmente o estômago e o duodeno em dois tubos de ensaio. Já atrás dissemos que a natureza se socorre de elementos que nos escapam. Outros, porém, partilham do nosso septicismo e, assim, Leriche, no último Congresso Francês de Cirurgia (Paris, Outubro de 1931), exagerando-o, nega qualquer papel a essa alcalinização e volta à idea da gastro-enterostomia operação de drenagem, dizendo que, com esta, se evita a estagnação do conteúdo gástrico no antro e, portanto, desaparece a causa primitiva do reflexo que, actuando sobre o fundo, determina a secreção do ácido clorídrico. Se, por qualquer circunstância, a gastro-enterostomia não drena com perfeição e permite, portanto, um certo grau de estase gástrica, então continuam as condições necessárias para a produção daquele reflexo e a hipercloridria resultante seria causa do aparecimento da úlcera gastro-jejunal. A hipótese é engenhosa como, de resto, aquela em que Leriche pretende fundamentar a patologia da úlcera, em geral, mas em boa verdade continuamos a fazer castelos no ar e bem se pode dizer que sobre o problema genético da úlcera estamos tão adiantados como na época já recuada em que Curveilhier, descrevendo a lesão a que se associa o seu nome, a julgava conseqüência da acção do suco gástrico e, por isso, a designou por úlcera péptica.

O que importa fixar é que a gastro-enterostomia pode não fazer cessar o síndrome ulceroso e em certos casos, mesmo, permite o aparecimento de novas úlceras. É interessante notar que

o primeiro facto se dá, em regra, nas úlceras gástricas e o segundo nas úlceras duodenais.

A sua ocorrência levou a prática doutras soluções operatórias. Atrás referimos algumas ainda usadas, mas aquela que mais adeptos concitou foi a gastrectomia. A proposição e o acatamento desta numa época em que, mercê de insuficiências de carácter técnico, ela se acompanhava duma mortalidade quasi proibitiva, só se pode justificar por ser mais grave ainda tratar os insucessos da gastro-enterostomia. ¿O que se pretende com a gastrectomia? Com a ablação do antro do estômago, isto é, da zona reflexogénea da secreção clorídrica, criar um estado de hipo, ou mesmo de anacidez, quebrando assim a cadeia que, nos predispostos às úlceras, conclue pela instalação destas. De resto, com a gastrectomia ou gastro-duodenectomia, nos casos de úlcera duodenal, nós fazemos sempre a ablação da lesão e, ressecando o antro, libertamos o estômago dum processo de gastrite crónica que, em todas as úlceras, aí se instala e que seria origem de grande número dos insucessos da gastro-enterostomia.

A adopção da gastrectomia tem, porém, de ser precedida do esclarecimento de duas questões de ordem prática. A primeira é saber se realmente a mortalidade na gastrectomia é muito superior à da gastro-enterostomia e a segunda diz respeito aos resultados, isto é, se estes justificam a preferência dada àquela. Contrariamente à opinião ainda corrente e que Bartrina, aliás partidário da gastrectomia, no Congresso Internacional de Cirurgia realizado em Varsóvia em 1929 exprimiu dizendo que: «a piloro-gastrectomia é uma operação grave. Ao estudar os seus resultados não deve passar-se por alto ou dissimular-se a sua elevada mortalidade», nós afirmamos que a gastrectomia é uma operação de técnica, de mortalidade mínima para quem executar essa técnica com rigor. O próprio Bartrina apoia esta nossa afirmação citando as baixas, por vezes formidáveis, que sofreram as percentagens de mortalidade de vários cirurgiões à medida que a sua experiência se acreceu (Ribas-Ribas de 30 para 6%, por exemplo). Aquele que, de facto, se dispuser a fazer a gastrectomia, deve primeiro convencer-se de que não se trata de operação destinada a habilidosos, nem susceptível de malabarismos técnicos. Ou se faz como deve ser, ou não se faz e aqueles que, como Leriche, estão ainda convencidos de que ela se acompanha

duma mortalidade pelo menos de 10⁰/₀, achamos que fazem muito bem em se abster de a praticar. Querer, porém, daí concluir que deve ser banida da terapêutica da úlcera é que achamos exagero. Que a não pratiquem, está bem, mas que se oponham a ela argumentando com generalizações infundamentadas, julgamos que está mal.

No Congresso do cinqüentenário da *American Surgical Association* realizado em Filadélfia em Maio de 1930, quis-se fazer o processo da gastrectomia. Ao passar, porém, em revista a mortalidade apresentada por vários congressistas fica-se muito duvidoso acêrca da competência técnica dos julgadores. Há, porém, os que duvidam da veracidade das estatísticas favoráveis apresentadas. Ainda últimamente Machado Macedo, em nota publicada na *Lisboa Médica*, criticando os resultados do Congresso Internacional de Cirurgia de Varsóvia, tira conclusões que nos deixam estupefacto. Assim, embora nesse congresso várias vezes se repetisse que a mortalidade operatória de Pauchet na gastrectomia descera nas últimas séries de 10 para 3⁰/₀, nessas conclusões diz-se que ela é de 8 a 20⁰/₀ e que estes números é que são de aceitar, visto que, tendo visto trabalhar aquele cirurgião, julga a sua técnica inexcelsível. É certo que, em trabalho ainda recente, Pauchet acusa nas úlceras altas da pequena curvatura uma mortalidade de 15⁰/₀, mas quem tenha assistido às operações doutros cirurgiões, como Finsterer, von Haberer, etc., reconhecerá a razão duma mortalidade tão elevada e convencer-se-á, como nós, de que se pode trabalhar melhor que Pauchet, talvez com menos habilidade mas, sem dúvida, com maior segurança.

Vejam os pela nossa estatística referente ao período a que nos reportamos, o que se pode concluir da mortalidade comparada na gastrectomia e na gastro-enterostomia.

Operámos, incluindo os doentes extra-hospitalares, durante esse período, 138 casos de úlcera gastro-duodenal, sendo 67 do duodeno, 70 do estômago e 1 caso de úlcera jejunal. É de notar ser o maior número do lado do estômago, mas, de facto, contrariamente ao que antes estávamos habituados a ver e é o corrente, nos últimos tempos temos visto mais úlceras do estômago que do duodeno. Nas úlceras do duodeno fizemos, numa primeira série de 25 casos, a gastro-duodenectomia (em 2 casos fez-se

apenas a ressecção-exclusão) com 3 mortes, em 37 casos fizemos a gastro-enterostomia com 1 morte e em 3 casos a operação de Horsley, sem mortalidade.

As mortes na gastrectomia foram devidas: 1 caso a *shock* operatório num doente muito enfraquecido; 1 caso a *shock* operatório num doente com uma úlcera calosa de face posterior do duodeno afastada do piloro e perfurada para o pâncreas e de cuja libertação resultou a secção accidental do cístico, tendo a operação de ser terminada por uma colecistectomia; 1 caso a bronco-pneumonia. É de notar que, em casos como o segundo, nós entendemos hoje que, quando se faça a gastrectomia, não se deve tentar a ressecção da úlcera mas fazer simplesmente a ressecção-exclusão.

O terceiro caso é o único de morte por bronco-pneumonia que temos em toda esta série de cirurgia gástrica. Noutros tempos, quando ainda éramos estudante, víamos, com relativa frequência, complicações pulmonares mortais da gastro-enterostomia. Mesmo quando começámos a nossa prática tivemos alguns casos mas depois, pouco a pouco, desapareceram a ponto de há mais de três anos, não vemos nenhum.

A nossa conclusão é de que aquelas complicações são, sobretudo, filhas da técnica empregada. Claro que não nos referimos a accidentes ligeiros, consequência da irritação produzida pelo anestésico, e que aparecem em qualquer intervenção. Devemos mesmo notar que, numa época em que fizemos uma série de gastro-enterostomias com anestesia local associada à anestesia dos esplâncnicos, observámos algumas dessas complicações graves, uma mesmo mortal, o que nos fez abandonar esse método, como sistema, tanto mais que êle era causa dum estado de *shock* psíquico considerável nos doentes. Vários cirurgiões, para evitar as complicações pulmonares, adoptaram vacinas diversas e pretendem ter assim visto diminuir consideravelmente a sua frequência. Não vemos, contudo, que os resultados sejam melhores que os nossos. Em nossa opinião o que se torna necessário é evitar a brutalização das vísceras e peritoneu epigástricos pois, de contrário, estabelece-se, por um lado, um processo de irritação peritonial localizado impeditivo dos movimentos do diafragma e dando origem, portanto, a processos de estase nas bases pulmonares e, por outro lado, provoca-se o deslocamento de êmbolos

sépticos que vão encontrar nos pulmões hipofuncionantes e congestionados terreno adequado à pululação das bactérias de que são portadores.

Os nossos doentes não sofrem qualquer preparação especial sistematizada pre-operatória. Não usamos vacinas, não nos preocupamos o estado da bôca e não fazemos lavagens do estômago a não ser nos casos de grande estase gástrica. A nosso ver só há um problema fundamental que é a técnica operatória, e como anestésico usamos habitualmente a mistura clorofórmio + éter (1 : 2 ou 3).

Ao lado da mortalidade tivemos em 8 casos de gastrectomia na úlcera do duodeno um acidente maçador: o estabelecimento duma fistula duodenal. Em dois casos obteve-se a cura espontânea, ao fim de alguns meses, o terceiro, quando parecia em via de cura, pediu alta e foi perdido de vista. Embora os 3 casos de morte sejam explicáveis e hoje dois dêles talvez se não dessem por nêles fazermos certamente apenas a ressecção-exclusão, aliados, todavia, às fistulas duodenais observadas e à dificuldade por vezes muito grande da gastro-duodenectomia, fizeram-nos voltar de novo para a gastro-enterostomia que, na úlcera duodenal, dá, inegavelmente, uma grande percentagem de bons resultados. Apenas nos casos de úlcera hemorrágica continuamos a fazer a gastrectomia, com ressecção da úlcera, se esta está próxima do piloro, ou simplesmente ressecção-exclusão, mas com ablação do piloro, se está afastada. Dois casos que operámos desta última maneira estão hoje perfeitamente bem. Num fôra-lhe feita uma gastro-enterostomia mas as hemorragias continuaram, mesmo com muito maior frequência. Entregue aos nossos cuidados fizemos-lhe uma ressecção-exclusão e as hemorragias cessaram por completo.

O caso de morte que tivemos nos 3º gastro-enterostomizados por úlcera do duodeno ocorreu num doente idoso em caquexia avançada provocada por uma úlcera calosa estenosante. Sob anestesia local fizemos-lhe uma gastro-enterostomia anterior de ansa curta. Surgem nos dois dias seguintes vômitos biliares que não cedem a lavagens do estômago e, somadas ao estado do doente, provocaram a morte.

Cabe aqui uma pequena reflexão acêrca de processos de gastro-enterostomia. Nós continuamos, de facto, a fazer, em regra,

a G. A. posterior. É possível que a anterior dê os mesmos resultados definitivos, não o negamos, mas a verdade é que, habituado a executar a variedade posterior, a fazemos com uma segurança que sentimos falhar-nos na anterior. Não vemos, de resto, nesta, vantagem sobre a que preferimos, caso em que seríamos obrigado a ensaiá-la. Com efeito, as vantagens apontadas por Reinaldo dos Santos para a G. E. anterior seriam simplesmente: «maior facilidade de execução com maior segurança na escolha e colocação da anastomose e menor gravidade da úlcera péptica no caso de ocorrer (seria, talvez, mais rara que como complicação da G. E. posterior, o que é negado por vários), porque a fistula jejuno-cólica, sempre eminente e gravíssima na G. E. posterior, não existe na G. E. anterior por razões anatómicas óbvias».

Quanto à facilidade de execução, já o dissemos, encontramos-nos mais à vontade a fazer uma G. E. posterior que uma G. E. anterior, e, se é verdade, o que não podemos contestar por falta de experiência, que esta, depois de regularizado o seu funcionamento, trabalha tão bem como aquela, todavia, a princípio, pelo que nos tem sido dado observar, pode complicar-se de pequenos acidentes de círculo vicioso, traduzidos em vômitos biliares, que, sabemo-lo bem, com algumas lavagens do estômago cessarão mas que, no doente atrás citado, foram causa da sua morte. Num outro doente, também em mau estado, em que fizemos por úlcera justa-pilórica igualmente uma G. E. anterior com anestesia local deu-se o mesmo acidente. Por isso resolvemos não seguir na experiência. Dir-se-á que só experimentámos a operação em doentes maus mas precisamente para êsses, em que as manipulações dentro do ventre deviam ser mínimas, é que a julgávamos indicada. A contrastar com êsses resultados temos vários outros doentes em idênticas condições em que uma G. E. posterior permitiu a cura e temos mesmo um, com uma grande úlcera da face posterior do antro, largamente perfurada para o pâncreas, em que, não podendo fazer uma G. E. posterior, lhe fizemos uma anterior desta vez, porém, em virtude da experiência já adquirida, de ansa comprida e com jejuno-jejunostomia de Braun e que se curou também. Sabemos muito bem que esta variedade de operação está contra-indicada nas úlceras, em geral. Mas nestas grandes úlceras assim perfuradas o síndrome ulceroso está por assim dizer extinto, sendo os fenómenos dolorosos, verdadeiramente

horríveis, que os doentes então experimentam resultantes da úlcera em si. Quere dizer, são perturbações de ordem anatómica e não fisiológica, como o síndrome ulceroso.

Quanto à menor gravidade da úlcera péptica, complicação da G. E. anterior, também não nos parece conclusão que a experiência confirme. Tivemos já de desfazer duas G. E. anteriores e, em ambos os casos, esse empreendimento constituiu trabalho difícil e demorado porque a ansa jejunal encontrava-se de tal modo aderente ao cólon transversal e ao grande epíplon que houve necessidade de a dissecar toda a canivete.

Mais ainda julgamos que úlceras em tais casos têm a mesma tendência a dirigir-se para o cólon que as que complicam uma

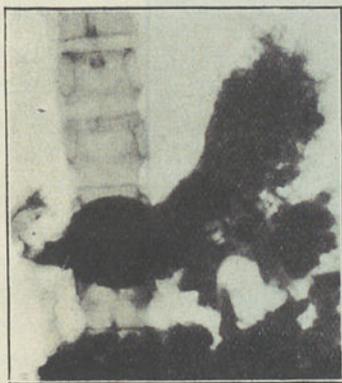


Fig. 8



Fig. 9

G. E. posterior. De facto, num caso em que, por úlcera justapilórica, fizemos uma G. E. posterior, sim, mas pre-cólica em virtude da exiguidade do mesocólon, realizando, portanto, uma situação semelhante à da G. E. anterior para efeito das relações da ansa jejunal e do cólon, apareceu, três anos depois, uma úlcera péptica, indicada pela história clínica e confirmada pelas radiografias (figs. 8 e 9). Operado o doente, de novo, encontrou-se realmente a úlcera, em plena ansa eferente e tendo caminhado para o cólon de tal maneira que a respectiva parede se encontrava já meio perfurada. Pois, a-pesar-de sermos partidário decidido da gastrectomia nestes casos, o primeiro tempo

da operação, desgastro-enterostomização, levou quasi duas horas a executar e o estado de *shock* em que o doente caiu impediu-nos de executar a gastrectomia. Embora se curasse calculamos que não tardará muito a reaparecer-nos com nova úlcera, embora a antiga, estivesse cicatrizada e houvesse permeabilidade do piloro.

Preferimos pois a G. E. posterior iso-peristáltica de ansa curta. Esta última designação merece um esclarecimento. Julga-se



Fig. 10

habitualmente que dizer ansa curta significa pôr a bôca da anastomose logo abaixo do ângulo duodeno-jejunal.

Ora o que é preciso é que essa bôca fique de tal modo que, estando o doente de pé, não vá fazer tracção sôbre aquele ângulo. As figs. 10 e 11 representam as radiografias, do maior estômago que temos visto respectivamente logo após a ingestão de bário e 24 horas depois, o que mostra uma estase quasi total. Pois neste doente, portador duma úlcera calosa justa-pilórica estenosante, a

ansa préanostomótica ficou bem com uns 25 cm. de comprimento ou mais, estando actualmente o doente perfeitamente bem. Ainda a propósito do comprimento da ansa devemos dizer que há ainda no nosso meio quem faça o velho processo de von Hacker, de ansa comprida, como se sabe, condenado, já há muito, por todos os que têm larga prática de cirurgia gástrica. Temos, de facto, tido ocasião de desfazer algumas dessas gastro-enterostomias, uma até com jejuno-jejunostomia feita delibera-



Fig. 11

damente, sendo de notar que o doente tinha um simples pilorospasmo.

Dos 70 casos de úlceras do estômago que operámos, 22 eram justa-pilóricas, 14 da porção horizontal da pequena curvatura, 30 da porção vertical da pequena curvatura e 4 da parede posterior.

Para as úlceras justa-pilóricas a uma primeira fase de gastrectomia seguiu-se outra de gastro-enterostomia por pensarmos

que havia identidade entre essas úlceras e as duodenais. Fizemos assim 10 gastrectomias sem mortes e 12 gastro-enterostomias com 1 morte, que é um dos casos de G. E. anterior atrás citado. Em todos os outros casos de úlcera gástrica se empregou por sistema a gastrectomia, devendo-se apenas exceptuar 2 casos de úlcera da parede posterior em que o estado dos doentes não aconselhava intervenções demoradas e, assim, num fez-se uma G. E. anterior de ansa comprida, que atrás, também, foi citada

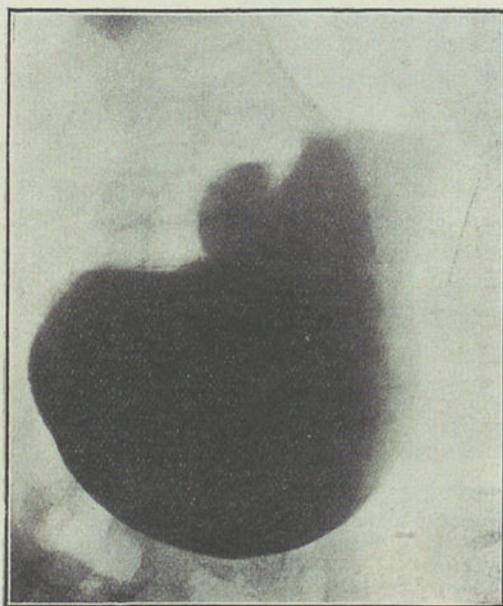


Fig. 12

e no outro uma G. E. posterior. Êste último doente morreu por insuficiência cardíaca. Trata-se do caso de úlcera maior e mais largamente perfurada que temos visto, de que as figs. 12 e 13 mostram os aspectos radiográficos, respectivamente em posição de pé e em decúbito ventral. O doente apresentava além disso uma estase gástrica considerável e, sendo já um homem de 50 anos, encontrava-se em estado muito precário. Após a operação, contudo, parecia tudo correr bem mas morreu, três dias depois, súbitamente. Quere dizer, nas 14 gastro-enterostomias que fize-

mos por úlcera gástrica tivemos 2 mortes. Nas 46 gastrectomias que fizemos pelo mesmo motivo, além das 10 por úlcera justapilórica houve 3 mortes também, correspondentes, portanto, ao todo a 56 gastrectomias. Essas mortes foram devidas:

1 a shock operatório (12 horas após a operação).

1 a crise de *angina pectoris*.

1 a hemorragia.

O segundo caso de morte deu-se num indivíduo de 64 anos, com uma úlcera alta da pequena curvatura que, no exame preoperatório, não mostrou anormalidade cardíaca digna de nota. Apesar disso foi operado com anestesia pela avertina rectal. 24 horas após a operação começou a manifestar-se um síndrome de *angina pectoris* que se foi agravando até a morte, 24 horas depois, atribuindo-se a sua ocorrência a uma obliteração súbita duma coronária, dada a falta de precedente.

A morte por hemorragia, única em toda a série por esse motivo, ocorreu num indivíduo portador duma úlcera da porção horizontal da pequena curvatura, em que se fez uma operação tipo Bilroth I. A hemorragia manifestou-se ao terceiro dia, após uma lavagem do estômago, determinando a morte rápida. Esta ocorrência sugere-nos algumas reflexões a propósito de processos de gastrectomia.

Quando em 1928 visitámos várias clínicas no propósito de estudar a gastrectomia na úlcera vimos, por toda a parte, mesmo na Clínica de von Haberer, concluir a operação por gastro-jejunosomia término-lateral segundo os processos vulgarmente atribuídos a Polya e a Hoffmeister, segundo se emprega para a anastomose toda a secção do estômago ou só a parte inferior. Eram esses os processos que nós já até aí empregávamos na gastrectomia e nêles continuámos até que, no ano seguinte, em nova visita

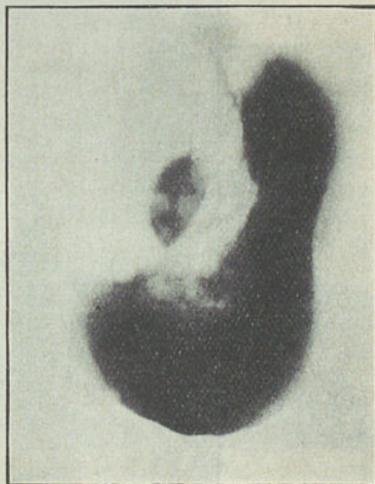


Fig. 13

e em sugestões da literatura, começámos a ver lançada de novo o processo correntemente designado por Billoth I. De volta, fizemos, seguidamente, 10 dessas operações, sem morte mas de decurso post-operatório mais acidentado do que o que correspondia aos outros processos. O que perturbava, sobretudo, êsse decurso eram os vômitos em correspondência nítida com um obstáculo existente no neo-piloro que nós julgamos dever ser atribuído a edema. Em regra, uma lavagem do estômago fazia



Fig. 14

cessar o incidente que, todavia, nos começou a fazer aborrecer do processo por aquela terapêutica maçar consideravelmente o doente. Assim, a-pesar-de, com um pequeno detalhe de técnica, consistindo em deixar a secção do estômago a anostomosar bastante maior que a do duodeno, conseguimos evitar quási constantemente o incidente, voltámo-nos, de novo, para a gastro-jejuno-stomia término-lateral. Uma das razões porque se pretendeu impor o Billoth I foi o dizer-se que se tratava dum processo mais fisiológico por restabelecer a continuidade normal gastro-duodenal. Deve-se notar, porém, que, nos primeiros tempos após

a operação, o estômago se esvazia mal havendo estase acentuada como verificámos em exames radiográficos. Mais tarde, porém, restabelece-se a normalidade fisiológica, notando-se, mesmo o esvaziamento rítmico do estômago como se o piloro se tivesse reconstituído. Citaremos como justificação um caso muito interessante em que, com uma das mais largas ressecções que temos feito, foi possível êste tipo de operação.

Tratava-se duma doente a quem fôra feita, um ano antes, uma gastro-enterostomia. Obteve alguns alívios para o seu sofrimento, após esta, mas depois êste agravou-se por forma a tornar-se muito mais intenso do que era antes. Tendo-nos procurado, ficámos com a impressão duma úlcera péptica mas, sendo-lhe feito um exame radiográfico, não se colheram elementos a êsse respeito, apenas se verificando a existência duma gastro-enterostomia dum tipo especial de que já temos visto mais exemplos e que um dos nossos assistentes espirituosamente designa por gastro-enterostomia em *fourragère*, isto é, com a anostomose muito alta aflorando a porção ascendente da grande curvatura (fig. 14). Operado o doente encontrou-se uma úlcera formidável da parede posterior do estômago circunscrevendo a parte superior da bôca anostomótica, não se tendo precisado se se tratava duma úlcera péptica post-operatória ou se o doente tinha primitivamente uma úlcera da pequena curvatura que tivesse alastrado para baixo. Fez-se a gastrectomia segundo o processo de Biloth I, nada fácil, deve-se confessar, e o doente curou-se sem incidente de monta.

Seis meses depois mandámos-lhe fazer novo exame radiográfico, dizendo o relatório: «6 horas depois da ingestão da refeição de contraste não se produziu estase gástrica. Progressão normal no intestino. Após uma segunda refeição do mesmo sal de contraste, vemos que êste se acumula na cavidade gás-

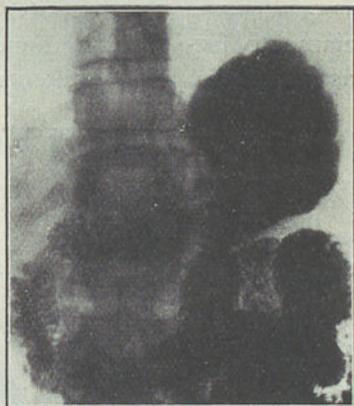


Fig. 15

trica reduzida a pequenas porções esvaziando uma parte imediatamente para o duodeno após a refeição. O restante esva-

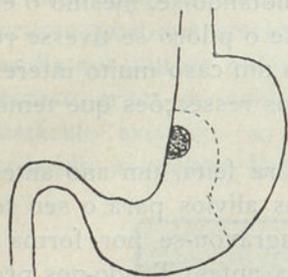


Fig. 16

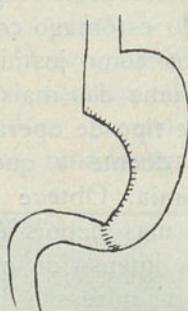


Fig. 17

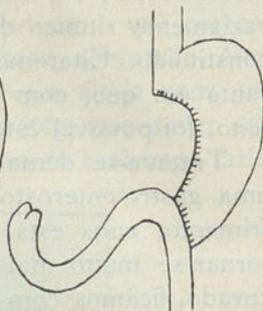


Fig. 18

ziamento faz-se duma maneira intermitente, sendo o duodeno e as ansas do jejuno percorridas de maneira normal». A fig. 15

mostra a imagem do estômago após a operação.

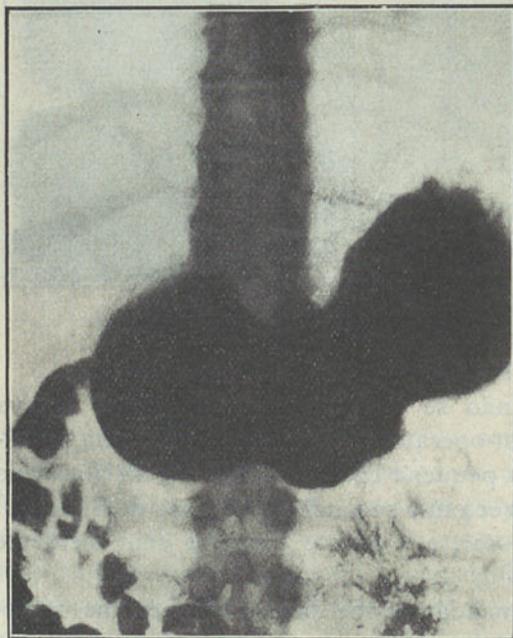


Fig. 19

A-pesar-dêstes resultados abandonámos o processo por lhe sentirmos falta de segurança, e por o outro, embora à primeira vista não pareça tão fisiológico, dar, contudo, resultados óptimos. Já, porém, em 1931, num caso de úlcera justa-pilórica que nos pareceu eminentemente favorável para o Bilthof I, pois, dada a pequena secção do estômago que apresentava nos permitia uma anosto-

mose tôpo a tôpo, experimentámo-lo de novo. Sobrevém o desas-

tre que atrás apontámos e, confessamos, ficámos sem vontade de reincidir. Êle tem, de resto, um inconveniente notável: é levar o cirurgião, insensivelmente, a fazer ressecções económicas. Ora, é preciso acentuar, o êxito da gastrectomia depende precisamente da largueza da ressecção.

Falámos atrás de ressecção-exclusão. É uma operação que corre mundo sob a designação de operação de Finsterer, embora êste cirurgião que, de facto, a propôs já bem há uma dezena de anos, a tenha depois abandonado, pelo menos como sistema, fazendo actualmente, à *outrance*, a ressecção da úlcera. Todavia, há ainda quem julgue que êle a executa correntemente e assim, ainda no último Congresso Francês de Cirurgia, Leriche repetidamente insiste em que Finsterer recomenda não extirpar o piloro.

Ora, tal como foi proposta, a operação consistia em, nas úlceras do duodeno, se fazer a ressecção só do estômago incluindo o piloro se a úlcera estava afastada, mas deixando-o no caso contrário, dada a dificuldade que então se encontraria em fechar o duodeno. A operação não deu os resultados que se esperava e por isso Finsterer abandonou-a. Já dissemos atrás os casos em que a julgamos útil, precisamente daqueles em que Finsterer recomendava a extirpação do piloro, e os bons resultados que obtivemos em 2 doentes em que a empregámos.

Entre os casos mais difíceis de gastrectomizar contam-se as úlceras altas da pequena curvatura, sobretudo estando perfuradas. Nesta



Fig. 20

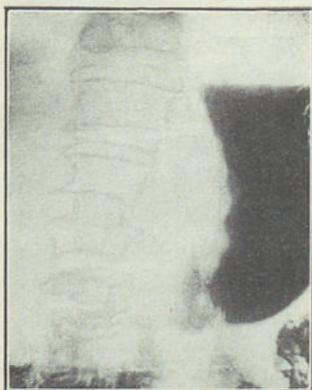


Fig. 21

série operámos várias com perfuração feita para o pâncreas, não



Fig. 22

em goteira (fig. 16) que terminámos várias vezes por gastro-duodenostomia término-terminal (fig. 17) à maneira de Shoemaker, mas que, na orientação actual, concluímos pela gastro-jejunosomia término-lateral (fig. 18). Nas figs. 19 e 20 (frente e perfil) e 21 apresentamos as radiografias dum caso operado segundo a primeira maneira. Tratava-se duma úlcera perfurada para o pâncreas, embora não muito alta, e no exame radiográfico, feito 6 meses após a operação, o radiologista acusa «esplêndido funcionamento da anostomose, vendo-se mesmo contracções rítmicas do neo-píloro». As figs. 22 e 23 representam antes e depois da operação

tendo visto nenhuma em que ela se fizesse para o figado (desta variedade só vimos até hoje uma em Berlim, no serviço do Prof. Katzenstein). Ao todo operámos 30 úlceras com esta localização, com uma morte, o caso de *angina pectoris* atrás citado, em que a operação foi facilíma, pois a úlcera era pequena e sem aderências. Notemos mais uma vez que é nestas úlceras que Pauchet acusa uma mortalidade de 15 %.

O processo que usamos é a ressecção



Fig. 23

as radiografias duma úlcera justa-cardíaca operada da segunda maneira.

Ainda operado segundo o último processo foi o caso das figs. 24 e 25 (antes e depois da operação), notável pelo tamanho do nicho escavado em pleno pâncreas (o diâmetro da abertura da úlcera era de 4 cms.) e pela altura da localização.

É tempo de fazermos a crítica das mortalidades que, na nossa série, tivemos na gastro-enterostomia e na gastrectomia. Nós fizemos 51 gastro-enterostomias com 3 mortes, ou seja cêrca de 6 0/0, e 81 gastrectomias com 6 mortes, ou seja 7,4 0/0. Se nós considerarmos, porém, só os casos em

que hoje admitimos a gastrectomia, nós temos a considerar 58 (incluindo 2 ressecções-exclusões por úlcera hemorrágica do duodeno) com 3 mortes, ou seja 5 0/0. Aparentemente, nós teríamos,

assim, na gastrectomia uma mortalidade inferior à da gastro-enterostomia. Examinando, porém, bem os casos de morte, tanto duma como doutra operação, nós concluimos que, nuns casos o estado precário do doente justifica o desenlace, noutros êle é devido à fatalidade (caso de *angina pectoris*) e noutros, emfim, houve deficiências de técnica que a experiência nos fez corrigir. Devemos dizer que em nenhum doente se recusou a operação, fôsse qual fôsse o seu estado, desde que só naquela se visse probabilidade de o melhorar. Presentemente, conside-

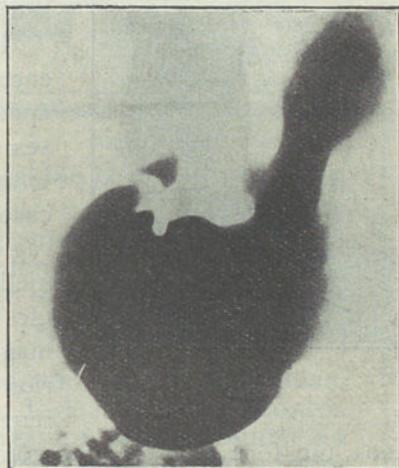


Fig. 24



Fig. 25

ramos as duas operações como tendo a mesma gravidade e não vemos que se choquem mais numa que na outra.

Comparados assim os resultados imediatos das duas operações, resta-nos fazer o estudo dos seus resultados.



Fig. 26

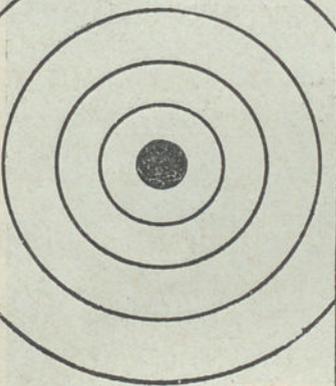
Entre as nossas gastrectomias encontram-se 4 casos de reoperação após gastro-enterostomia. Dois desses casos já atrás foram apontados. Um foi de ressecção-exclusão num caso de úlcera do duodeno hemorrágica que a gastro-enterostomia não melhorara e o outro é o da grande úlcera da parede posterior do estômago, circunscrevendo a parte superior da neostomia, e a que se referem as figs. 14 e 15. Dos outros dois casos, um fôra gastro-enterostomizado por úlcera justa-pilórica, mas continuando esta em actividade foi necessário recorrer à gastrectomia, e o outro, gastro-enterostomizado nove anos antes por úlcera da pequena curvatura, apresentava agora um sofrimento horrível e uma imagem radiográfica do estômago representada na fig. 26. Na reoperação encontrou-se uma úlcera da pequena curvatura instalada um pouco para a parede anterior do estômago e tendo aderido à parede do ventre para a qual se encontrava perfurada. Foi gastrectomizado segundo o processo de Bilboth I, conforme mostra a fig. 27 correspondente à radiografia feita após a operação. É de notar que todos estes casos se tenham salvo, embora se trate de operações muito delicadas.

Comparados os resultados imediatos da gastro-enterostomia e da gastrectomia, resta-nos fazer o estudo dos seus resultados a distância, pois, sendo comparáveis na-



Fig. 27

NORMACOL



A prisão do ventre crónica pede antes de tudo um tratamento absolutamente inofensivo e não irritante. Sob esta ideia foi creado o

NORMACOL

que sem ser por si nutritivo, dá, todavia, aos alimentos ingeridos uma composição e uma consistencia que favorecem a função intestinal. Sendo, portanto, mais um „correctivo da alimentação” do que um “medicamento” não tem algum inconveniente. Latas de 100 e 250 grs. Peça amostras e literatura a

SCHERING LIMITADA,
LISBOA
RUA VITOR CORDON 7-3.º

NOVO PREPARADO DE TIROIDE ELITYRAN

**mesma actividade que a
glândula total.**

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



EMBALAGEM ORIGINAL:
Tubo de 30 comprimidos de 25 mg

« *Bayer Meister-Lucius* »

Leverkusen (Alemanha)

Representante:

« LUSOPHARMA »
AUGUSTO S. NATIVIDADE

Rua dos Douradouros, 150. 3.º

LISBOA

E. MERCK

Darmstadt (Alemanha)

Depositário:

Estabelecimentos HEROLD, Ltd.

Rua dos Douradouros, 7

LISBOA

queles, é preciso saber se dêstes se conclue a justificação da preferência dada à gastrectomia. É costume traduzir em números êsses resultados, mas não só porque julgamos difícil que êsses numeros sejam a tradução fiel da verdade, como porque não temos organizado um serviço de revisão conveniente que nos permita conhecer com rigor a situação actual dos nossos operados, nós podemos exprimir apenas a impressão criada no nosso espirito a êsse respeito. Esta impressão é, de resto, fundamentada na maneira como se recrutam os nossos doentes. Afastado dos hospitais e, portanto, sem serviço oficial nestes, os doentes que nos procuram, em número elevado para o nosso meio, são-nos sempre endereçados por outros que já operámos e isso já é sinal dos bons resultados obtidos. Não se tratando assim de doentes que o acaso leva a uma enfermaria, mas sim que nos procuram propositadamente para por nós serem operados, após a operação ficam sempre em relação conosco e, portanto, excluindo uma ou outra rara excepção, no caso de sobrevir qualquer acidente procurar-nos-ão para lhe darmos remédio. Começando pelas úlceras do duodeno, se é certo que com a gastrectomia os resultados foram óptimos, não é menos verdade que com a gastro-enterostomia o são também. Tanto com uma como com outra operação não se notou em nenhum dos casos operados acidente digno de nota. Já não podemos dizer o mesmo para a úlcera gástrica justa-pilórica. Ao revermos agora as nossas notas para a confecção dêste trabalho, ficámos desolados com os resultados da gastro-enterostomia. Em 12 casos assim operados notamos, além de pequenos accidentes exigindo cuidados dietéticos e ingestão de drogas, duas reoperações, uma por úlcera péptica do jejuno atrás citada e outra por continuação da actividade da úlcera, havendo ainda outra úlcera péptica clinicamente certa, noutro caso que recusou a reoperação. Estes resultados levam-nos a mudar a nossa orientação e a, de futuro, tratarmos estas úlceras como todas as do estômago, pela gastrectomia.

No tempo em que fazíamos só a gastro-enterostomia tivemos também ocasião de notar uma percentagem considerável de maus resultados com essa operação nas úlceras gástricas. Êsses maus resultados, que vinham confirmar os confessados por muitos cirurgiões, incluindo partidários da gastro-enterostomia, levaram-nos a adoptar a gastrectomia, do que só temos tido que nos lou-

var. Os resultados são excelentes e, sobretudo, vemos os nossos doentes, sem quaisquer cuidados de dieta, comer e beber de tudo, liberdade que não é prudente tolerar aos gastro-enterostomizados.

Uma razão que se tem pôsto em jôgo a favor da gastrectomia é a possível cancerização da úlcera gástrica. Exagerada por uns, quási negada por outros, chegando-se a admitir que a gastro-enterostomia criaria uma espécie de imunidade para essa transformação, nós julgamos que no meio têrmo é que está a verdade. A nosso ver, há úlceras que, desde o início, são potencialmente malignas. Recordamo-nos de três casos de pseudo-úlceras calosas justa-pilóricas em doentes gastro-enterostomizados por outros cirurgiões e que, em menos de um ano, morreram com um cancro, em dois dêles verificado por nós em reoperação no ponto indicado como sede da úlcera.

Num doente por nós operado, em que a radiografia do estômago realmente indicava uma perda de sombra característica de cancro, verificou-se, após abertura do ventre, a existência do que parecia uma úlcera calosa justa-pilórica. A cratera era mesmo pequena e sem sinais macroscópicos de malignidade. A-pesar-disso foi gastrectomizado e o exame histológico classificou a pseudo-úlcera de adeno-carcinoma. Embora, portanto, se não possa considerar muito vulgar a chamada úlcera-cancro, todavia, não se pode negar a sua existência e só, portanto, terá de se louvar o cirurgião que, a tempo, libertar o doente dela.

A questão que, talvez, mais se tem debatido a respeito de gastro-enterostomia e de gastrectomia é a da chamada úlcera péptica gastro-jejunal. Não é ocasião de entrarmos no estudo desta, o que, de resto, já fizemos noutro lugar.

O que importa saber é se esta complicação certa, da gastro-enterostomia, numa percentagem mais ou menos elevada conforme as séries, é evitada pela gastrectomia. Ora, sobretudo nos últimos anos, em que o emprêgo da gastrectomia se tem mais generalizado, têm sido comunicados vários casos de úlcera péptica após esta operação. Da sua leitura, porém, conclue-se que na maior parte dêsses casos foi feita uma ressecção insuficiente, embora se deva reconhecer que doentes há com uma tendência, ulcerogénea que parece insusceptível de ataque eficaz. Contrariamente, porém, ao que se poderia concluir do já citado

relatório de Leriche ao último Congresso Francês de Cirurgia, do qual, mercê dum hábil jôgo de números, o leitor desprevenido poderia deduzir ser a úlcera péptica mais freqüente após a gastrectomia que a gastro-enterostomia, a verdade é que, após aquela operação, ela se pode considerar rara.

Por nossa parte nunca a vimos, e no único caso em que de tal suspeitámos, na reoperação, apenas encontrámos aderências bloqueando a neostomia, as quais, convenientemente desfeitas, permitiram a cura completa do doente.

Em nossa opinião nos raros casos em que a gastrectomia, convenientemente executada, não seja capaz de anular a tendência ulcerogénea do doente, também tal se não conseguirá com a gastro-enterostomia. Quere dizer, tanto com uma como com outra operação fatalmente ocorrerá a úlcera péptica.

Para de qualquer forma corroborarmos os resultados deduzidos da nossa experiência, fizemos a estatística das operações por úlcera executadas nos Hospitais Civis durante o período correspondente ao da nossa prática em que assenta êste trabalho, isto é, desde 1 de Junho de 1928 a 31 de Dezembro de 1931. Durante êste período foram operadas 1.036 úlceras do estômago e do duodeno, assim distribuídas: Hospital de S. José, 294, Hospital dos Capuchos, 496, Hospital Estefânia, 70, Hospital do Destêrro, 81, Hospital de Arroios, 95. É de notar a grande predominância que, nesta cirurgia, o Hospital dos Capuchos apresenta sôbre qualquer outro, isto muito embora a sua capacidade de hospitalização seja um pouco inferior à do Hospital de S. José. É certo, como se deduz facilmente da estatística, que o actual director do Banco, que lá tem o seu serviço, arrebanha para êste todos os doentes ulcerados gastro-duodenais que, sem indicação especial, se apresentam na admissão (1), ao passo que aos dos outros cirurgiões se dificulta por todas as formas a entrada, mas, mesmo abstraindo dos doentes por êle operados, ainda se mantém essa predominância.

Não é possível deduzir da estatística que organizámos todas

(1) No serviço referido foram operados os seguintes portadores de úlcera : 2.º semestre de 1928, 5; 1.º semestre de 1929, 6; 2.º semestre de 1929, 5. Após a entrada do seu director para o Banco: 1.º semestre de 1930, 14; 2.º semestre de 1930, 33; 1.º semestre de 1931, 37; 2.º semestre de 1931, 29. Estes últimos números nunca foram sequer aproximados por qualquer outro cirurgião.

as indicações que seria lícito colhêr, dada, a maneira imperfeita como as papeletas hospitalares são muitas vezes, preenchidas. Assim suprimiram-se os casos com designações dúbias como, por exemplo, estenose pilórica sem indicação de causa, síndrome gástrico, etc. A localização da úlcera também é freqüentemente mal determinada. Assim é impossível dizer, com precisão, os números relativos de úlceras duodenais e gástricas que foram operadas. Aparecem, de facto, designações que, saindo da nomenclatura habitual, não sabemos o que significam. Há, por exemplo, úlceras piloro-duodenais, que julgamos ser as úlceras da vertente duodenal do piloro, e por isso as incluímos entre as úlceras duodenais, úlceras pilóricas, que, dada a raridade da úlcera com localização propriamente pilórica, a ponto de muitos negarem a sua existência (já vimos um caso indiscutível) nos fizeram hesitar na sua catalogação, incluindo-as depois nas justapilóricas, e não é raro encontrar, como diagnóstico, úlcera gastro-duodenal, que, confessamos, não sabemos o que é. Poderá isto parecer bizantinice mas, de facto, não é, pois estamos convencido que muitos destes casos correspondem realmente a pilorospasmos de que não vimos nem um só caso apontado.

Em compensação há um caso em que um cirurgião fazendo uma laparotomia exploradora encontra uma gastro-nevrose, o que representa, julgamos nós, um cúmulo de argúcia em diagnóstico.

Feitas as correcções que julgámos razoáveis os 1.036 casos corresponderiam a 322 úlceras do duodeno, 344 justa-pilóricas e 370 gástricas. Estes números concordam com os nossos, quere dizer, ainda a úlcera do duodeno não tem a predominância que, habitualmente, se lhe consigna.

Para tratamento destas úlceras fizeram-se: 792 G. E. posteriores com 49 mortes, ou seja 6,2 %, 173 G. E. anteriores com 15 mortes, ou seja 8,6 %, 71 gastrectomias com 14 mortes, ou seja 19,7 %.

Dêstes números se deduz que a G. E. anterior tem uma mortalidade maior que a posterior e essa mortalidade não pode ser considerada ocasional, pois enquanto ela foi executada só por cirurgiões categorizados a posterior foi a preferida por todos os amadores cirúrgicos que desejaram contar na sua galeria de feitos operatórios com uma gastro-enterostomia. Há mais ainda, após a sugestão de Reinaldo dos Santos acêrca da G. E. anterior,

vários cirurgiões começaram a usá-la sistematicamente, mas depois foram-na sucessivamente abandonando. Seria interessante saber as causas desse abandono, mas para ver até que ponto ele vai basta dizer que, no segundo semestre de 1928, 34,9 % das gastro-enterostomias feitas foram anteriores, em 1929 a percentagem baixou para 26,8 %, em 1930 para 15,7 % e em 1931 para 10,2 %.

A mortalidade na gastrectomia é grande e, à primeira vista, seria argumento contra essa operação. Ora além dos nossos casos foi essa operação feita por vários cirurgiões 24 vezes com 11 mortes. Assim nós julgamo-nos autorizado a mais uma vez dizer que, quem quiser empregar a gastrectomia, deve primeiro vê-la executar a quem a saiba fazer.

Úlceras pépticas post-operatórias só vimos apontadas 8, o que, parodiando o dito de Gosset no último Congresso Francês de Cirurgia, nos leva a concluir que os nossos cirurgiões seguem pouco os seus operados. Notámos um caso de estenose pilórica com G. E. anterior de bôca estenosada em que o cirurgião desfez a anastomose e executou uma G. E. posterior, com morte, o que vem confirmar o que a nossa experiência nos ensinou acêrca da dificuldade de reoperar casos de G. E. anterior.

Com o que ficou dito nós julgamos ter suficientemente acentuado que a gastrectomia tem, no tratamento da úlcera gastro-duodenal, indicações bem marcadas. Todavia, também procurámos mostrar que a sua execução exige cuidados técnicos sem os quais ela, com facilidade, levará ao desastre imediato, com a morte do doente, ou tardio, traduzido em resultados imperfeitos e de difícil reparação, é bom acentuá-lo.

Paralelamente a gastro-enterostomia é uma operação que tem o seu lugar indiscutível dentro da cirurgia gástrica. Não deve, porém, ser indiscriminadamente executada em todos os casos, pois, muitos destes, exigem outras operações adequadas, podendo nêles, mesmo, a gastro-enterostomia ser prejudicial. Assim o cirurgião que, no actual momento, quiser conscientemente fazer a cirurgia da úlcera gastro-duodenal tem de dispor no seu arsenal de todos os recursos de que a cirurgia gástrica hoje dispõe. De contrário, não poderá com segurança seguir o lema que deve ser guia de todo o clínico:

Primum non nocere.

BIBLIOGRAFIA

- BALFOUR, D. C. — Results of gastro-enterostomy for ulcer of the duodenum and stomach. *Ann. of Surg.* 1930. Vol. xcii. Pág. 558.
- Further observations on the use of the cautery in peptic ulcer. *Ann. of Surg.* 1923. Vol. LXXVIII. Pág. 205.
- BARTRINA, J. — Resultados de la resección del estómago por úlcera gástrica y duodenal. V^o Cong. de la Soc. Intern. de Chir. Varsóvia. 1929. Vol. I. Pág. 254.
- BUECHNER. — Die Pathogenese der pept. Veraenderungen Jena. Gustav Fischer. 1931.
- DEAVER, J., and VERNE, G. B. — The surgery of the pylorospasm. *Ann. of Surg.* 1929. Vol. xc. Pág. 530.
- Further experience with resection of the anterior half of the pyloric sphincter. *Ann. of Surg.* 1930. Vol. xcii. Pág. 533.
- GOSSET, M. A. — Traitement de l'ulcère peptique post-opératoire. Inform. et Rapp. du XC^e Cong. Franç. de Chir, 1931. Pág. 1.
- HORSLEY, J. S. — The immediate mortality and late results of operations for gastric and duodenal ulcers. *Ann. of Surg.* 1930. Vol. xcii. Pág. 545.
- JNDD, E. S. and MATHEW, E. H. — The results of operations for excision of ulcer of the duodenum. *Ann. of Surg.* 1930. Vol. xcii. Pág. 563.
- SARDENOIS, G. — Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gástrique et duodénal. VIII^e Cong. de la Soc. Intern. de Chir. Varsóvia. 1929. Vol. I. Pág. 289.
- LERICHE, R. — Pathogénie de l'ulcère peptique post-opératoire. Inform. et Rapp. du XL^e Cong. Franç. de Chir. 1931. Pág. 109.
- LINDAA, A. and WULFF, H. — The peptic genesis of gastric and duodenal ulcer. *Surg., Gyn. and Obst.* 1931. Vol. LIII. Pág. 621.
- MACEDO, M. — VIII^e Cong. Intern. de Cirurg. de 1929. *Lisb. Méd.* 1931. Pág. 763.
- MAYO, C. H. — Division of the vagi for pylorospasm *Ann. of Surg.* 1928. Vol. LXXXVIII. Pág. 669.
- PAUCHET, V. and LUQUET, G. — Surgical treatment of ulcers of the superior third of the stomach (groove rection). *Surg., Gyn. and Obst.* 1930. Vol. LI. Pág. 367.
- PINTO, A. — A gastro-enterostomia na úlcera gastro-duodenal. *Cong. de Med Pôrto.* 1927. Pág. 87.
- PUIG y SUREDA. — Résultats de la résection de l'estomac pour ulcère gástrique et duodénal. VIII^e Cong. de la Soc. Intern. de Chir. Varsóvia. 1929. Vol. I. Pág. 337.
- RIBAS-RIBAS. — Resultados de las resecciones gástricas. Idem. Pág. 387.
- ROSSI, B. e SCALONE. — I risultati della resezioni dello stomaco per ulcera gástrica e duodenale. Idem. Pág. 447.
- SANTOS, REINALDO. — Úlceras gastro-duodenais. Conf. plen.e relat. do III Cong. Nac. de Med. Lisboa. 1928. Pág. 279.
- SHOEMAKER, J. — The results of the partial gastrectomy in cases of ulcer of the stomach and the duodenum. VIII^e Cong. de la Soc. Int. de Chir. Varsóvia. 1929. Vol. I. Pág. 609.

Laboratório de Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina do Porto
(Subvencionado pela Junta de Educação Nacional)

**A MODERNA CONCEPÇÃO
DAS HIDRONEFROSES DINÁMICAS E A SUA PROVA
EXPERIMENTAL (*)**

POR

SOSA PEREIRA

Professor auxiliar da Faculdade de Medicina do Porto

Até há bem pouco tempo considerava-se na patologia do ureter, ao lado das hidronefroses congénitas, simplesmente o agrupamento das hidronefroses mecânicas em cuja patogenia se faziam intervir causas várias sem que, contudo, se cuidasse de averiguar do modo como o ureter se comportava funcionalmente em face de cada uma delas. A subordinação a tal critério, para explicar o mecanismo das hidronefroses, induzia a invocar sempre um obstáculo ao livre trânsito da urina, e que tanto podia ser representado por um cálculo, um apêrto do ureter, uma válvula, uma curvatura ou inserção viciosa do ureter no bassinete, como por massas tumorais ou vasos anormais que por compressão determinassem a distensão do ureter acima do local do obstáculo. Mas uma concepção tão simples da patogenia das hidronefroses começou a não satisfazer os urologistas desde o momento em que, volvida a atenção para a fisiologia do ureter, êste deixou de ser considerado como um canal excretor inerte, para lhe serem reconhecidas funções que aparecem condicionadas pelo seu próprio dinamismo.

Com a pieloscopia, a cromocistoscopia e a uro-ritmografia, a análise da motricidade do ureter, tanto normal como em casos

(*) Comunicação às «II Jornadas Médicas Galegas» (Vigo, Agosto de 1931).

patológicos, revelou a parte activa que o complexo neuro-muscular da parede ureteral tomava na patologia dèste conduto. A resultados idênticos conduziram ainda numerosos trabalhos experimentais efectuados sòbre o peristaltismo do ureter, quer deixando-o *in loco*, quer ainda após o seu isolamento.

Para esta nova orientação fisio-patológica dada à interpretação dos complexos problemas de patologia do ureter, LEGUEU (1) chama a atenção dos urologistas, num seu artigo publicado no *Journal de Urologie*, de Janeiro dèste ano. E é tal a sua convicção da importância dèstes factos, que chega a afirmar; «Les orientations nouvelles établies par la radioscopie, prouvées par l'expérience, vont renouveler et transformer si complètement la pathologie de l'uretère et du bassin, qu'elles s'imposent à tous avec une impérieuse nécessité». Ideas análogas às expendidas por LEGUEU acham-se já arquivadas e defendidas por REINALDO DOS SANTOS (2 e 3) numa série de importantes trabalhos em que o aspecto fisio-patológico das doenças e intervenções ureterais é largamente focado.

Integrado neste critério fisiológico da interpretação da patologia do ureter, PAPIN (4), em 1928, referia-se, embora vagamente, ao importante papel que a atonia ureteral desempenha na patologia do rim.

Todavia, numa obra do mesmo autor (5), que há pouco saiu à luz da publicidade, a atonia do ureter aparece já considerada como causa de hidronefrose dinâmica. Em prol desta nova concepção, cita PAPIN as investigações clínicas de RUMPEL, WOSKRESSENSKY e EINZIG em que para explicar a dilatação do ureter e bassinete com estagnação de urina, sem que haja obstáculo mecânico, são invocadas alterações do sistema nervoso, perturbações do centro de enervação das vias urinárias, lesões do sistema simpático, ou ainda do aparelho neuro-muscular do ureter.

Aos factos de observação clínica há a acrescentar a sua confirmação experimental, obtida por uma série notável de investigações que bem demonstram, como acentua LEGUEU, o alto valor da experimentação na resolução de certos problemas de fisio-patologia.

Trabalhos sucessivos de ISRAEL, FÉODOROFF, KARAFFA KORBUTT, etc. trouxeram elementos de valor à interpretação da fisio-patologia do ureter. E experiências várias efectuadas de modo

LABORATORIOS CLIN

COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauro (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorhodiol (rhodio) - Electros-lenium (selenio) - Electromartiol (ferro). Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enxofre) Ioglysol (ido-glycogeno).

SULFO-TREPARSENAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodermica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)
Creações de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

NEO-TREPARSENAN

Syphilis — Pian — Impaludismo — Trypanosomiasas.

ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados

Empólas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.
Injecções intramusculares e intravenosas.

ADRÉNALINE CLIN

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

CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D^r CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento antirreumatismal

LICOR E PILULAS DO D^r LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

SOLUROL

(Acido thymínico)

Eliminador physiologico do acido urico.
Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

SYNCAINE

Ether paraaminobançoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranestheticsas.
Tubos esterilizados para todas as anesthesias.
Collyrios.

ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :
1 a 3 antes de deitar-se.

VALIMYL

(Diethylisovalerianide)

Antiespasmódico

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

TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

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

INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N^o 596 e 796).

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

CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 cgr. — Gottas de 1 cgr. por 5 gottas.
Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

METHARSINATO CLIN

(Syn. : ARRHENAL)

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

VINHO E XAROPE NOURRY

5 cgr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.
Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

ÉLIXIR DERET

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

De um a duas colheres de sopa por dia.

XAROPE de AUBERGIER

de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia. 1631

LISBOA MÉDICA

Para regularizar
o ciclo menstrual

SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano
biologicamente titulado

Dismenorréa,
menorragias,
menopausa natural
e provocada,
esterilidade etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura

CATULLO GADDA,
RUA DA MADALENA 128,
LISBOA,

unico representante
dos Productos "Ciba" no Portugal.



diferente demonstraram ser possível provocar a atonia do ureter e uma hidronefrose consecutiva.

Destas experiências, as mais concludentes são indubitavelmente aquelas que dizem respeito à enervação do ureter efectuadas recentemente por CAPORALE (6 e 7), BLATT (8), MARION (9) e GOUVERNEUR (10 e 11), embora as investigações experimentais de PRIBM, ANDLER, STEWART e BARBER tenham também conduzido a factos de grande interesse para o estudo das hidronefroses por atonia do ureter.

BLATT praticou em oito coelhos a simpaticectomia peri-ureteral, desnudando o ureter em toda a circunferência logo abaixo do rim, numa extensão de 1 a 4 cm., pincelando-o em seguida com isofenol. Nos 6 coelhos que sobreviveram, passados dois meses e meio a três, praticou a dupla pielografia que revelou em todos os casos uma dilatação piélica ao nível do rim, a qual ia desde a hidronefrose ligeira até a hidronefrose volumosa com dilatação do ureter no segmento suprajacente à zona desnudada.

Por outro lado, GOUVERNEUR e MARION, nas suas investigações experimentais sobre a sutura e enervação do ureter chegaram a conclusões que bastante se aproximam das obtidas por BLATT.

Todavia, a prioridade destes estudos sobre a enervação do ureter pertence a CAPORALE, visto tê-los iniciado em 1926, muito antes de BLATT, GOUVERNEUR e MARION.

Servindo-se do cão como animal de experiência, nêle efectuou, por desnudação do ureter com o bisturi, a simpaticectomia peri-ureteral parcial, uni e bilateral, estudando-a nas suas consequências funcionais, anátomo-patológicas e clínicas.

Logo após a simpaticectomia peri-ureteral, observou CAPORALE, do lado enervado, a abolição dos movimentos peristálticos pielo-ureterais e anúria. Seguiu-se uma gradual atonia pielo-ureteral com produção de hidro-ureteronefrose, posta em evidência pelo exame funcional do rim, pelo exame pieloscópio e pielográfico, e ainda confirmada pelas lesões anátomo patológicas.

¿Como explicar a atonia do ureter e consecutiva hidronefrose, após a simpaticectomia peri-ureteral? Diz-nos CAPORALE que a princípio as alterações observadas são atribuíveis à lesão nervosa, a que se associam o traumatismo operatório e a perturbação da vascularização; e que mais tarde deve tomar-se em consideração o tecido conjuntivo que, formando-se à roda do segmento ener-

vado, se esclerosa progressivamente, transformando assim o ureter, a êste nível, num canal sem elasticidade. Mas, acêrca destas conclusões, surge logo uma interrogação: ¿qual o papel que na atonia do ureter e hidronefrose subsequente cabe à interrupção nas fibras simpáticas peri-ureterais e qual a responsabilidade que se deve atribuir à esclerose do segmento enervado?

Quanto à sede das lesões da enervação do ureter, pergunta-se, ¿serão idênticos os resultados obtidos, quer a enervação seja extrínseca ou intrínseca?

Para o esclarecimento dêstes factos pratiquei três séries de experiências (*).

Numa primeira série de 11 animais (2 cães e 9 coelhos) efectuei a simpaticectomia peri-ureteral, quer servindo-me do bisturi, segundo a técnica de CAPORALE, quer destruindo os filetes simpáticos pela simples acção do isofenol ou fazendo-a preceder da desnudação tal como a praticou BLATT.

Na segunda série das minhas experiências efectuadas em 5 cães, procurei obter a interrupção total de todas as fibras simpáticas da parede do ureter, fazendo a secção dêste canal com restabelecimento da sua continuidade pela anastomose feita com um tubo de vidro de calibre apropriado. Para evitar a fusão dos dois topos do ureter seccionado, e possível regeneração da continuidade nervosa, interpunha entre êles uma pequena anilha de borracha que impedia o seu contacto íntimo.

E numa terceira série foi praticada em 3 cães a interrupção da enervação extrínseca do ureter, actuando a distância; quer pela enervação das artérias renal e espermática, quer ainda acrescentando a estas intervenções a ressecção da cadeia simpática lombar do mesmo lado e do plexo hipogástrico superior.

Estes animais, deixados em observação durante um período que variou entre um e quatro meses, foram sucessivamente estudados, neles sendo pesquisada a capacidade do ureter pela pielografia ascendente (**), e ainda a motricidade dêste canal pela

(*) Oportunamente será publicado o trabalho em extenso, relatando com detalhe a técnica seguida e os resultados das experiências efectuadas.

(**) Nestas experiências a colaboração radiográfica é devida à gentileza do Prof. aux. Roberto de Carvalho, e a colaboração técnica à amabilidade do Prof. aux. Álvaro Rodrigues, a quem exprimo os melhores agradecimentos.

cromocistoscopia e exame directo do peristaltismo. Em cada caso o estudo microscópico das lesões anátomo-patológicas dos rins e ureteres completou as observações colhidas.

Da análise dos resultados das duas primeiras séries de experiências que efectuei se deduz uma primeira conclusão: a inter-



Fig. 1

Desnudação física de um segmento do ureter direito praticada no coelho. A pieelografia ascendente, efectuada no animal vivo 48 dias após a desnudação, mostra além de dilatação do ureter, aumento de volume do bacinete, com cálices apagados e achatamento das papilas.

rupção da enervação intrínseca do ureter determina o aparecimento de uma hidronefrose.

Provam-no as experiências da primeira série de desnudação física (fig. 1) e de enervação química bilateral, e ainda as experiências que constituem a segunda série: secção do ureter seguida de

anastomose com tubo de vidro. Mas da comparação dos resultados obtidos nestas experiências com aqueles a que conduziram os casos em que se praticou simplesmente a simpaticectomia química do ureter, sem que este fôsse previamente desnudado, conclue-se ainda que, pelo menos dentro do curto período de

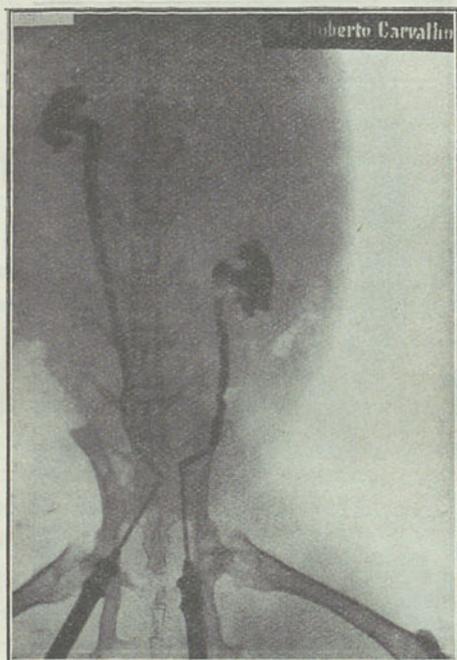


Fig. 2

Desnudação bilateral (a bisturi) seguida de simpaticectomia química pelo isofenol, efectuada no segmento juxta-vesical do ureter do coelho. 40 dias após a intervenção, a dupla pielografia ascendente pôs em evidência uma dilatação franca dos ureteres e bacinetes.

tempo em que decorreram as investigações, parece ser indispensável ao aparecimento da hidronefrose uma interrupção profunda dos filetes e plexos que seguem as tûnicas do ureter.

Assim, se se faz actuar o isofenol sôbre um pequeno segmento do ureter, apenas isolado do peritônio e do tecido conjuntivo que o envolve, quarenta a cinquenta dias depois não

observei indício de dilatação ureteral; porém, se a enervação é obtida retirando a adventícia com o bisturi ou ainda se se completa com o isofenol, decorrido período análogo verifiquei a existência de uma hidronefrose bem apreciável (fig. 2).

Cotejando os resultados obtidos nas experiências de desnudação do ureter com o que foi observado interrompendo êste canal



Fig. 3

Pielografia ascendente efectuada no cão 60 dias após a secção bilateral dos ureteres seguida de anastomose com tubos de vidro. Reconhece-se a existência de uma dilatação ligeira dos dois segmentos de cada ureter, sendo contudo mais evidente ao nível do segmento inferior.

pela secção com o restabelecimento da continuidade por intermédio dum tubo de vidro de calibre apropriado (figs. 3 e 4), evitando assim a influência da estenose cicatricial no mecanismo da hidronefrose, conclue-se que neste segundo grupo de experiências a dilatação ureteral oferece uma evolução mais lenta que nos casos de desnudação.

Se agora confrontarmos os resultados das duas primeiras séries de experiências em que se efectuou a intercepção da enervação intrínseca do ureter com as da terceira série—interrupção da enervação extrínseca—facilmente se põe em evidência a diferença nítida dos factos observados em cada um dos grupos de experiências.

A enervação extrínseca do ureter, parcial ou quasi total, em



Fig. 4

Isolamento completo de um segmento de ureter no cão.

Além da dupla secção seguida de anastomose com tubos de vidro, foram interrompidas as fibras nervosas aferentes ou eferentes que se distribuíam ao segmento isolado, tendo sido conservada a sua vascularização. A pielografia ascendente no animal vivo, 139 dias após a intervenção, mostra uma dilatação uniforme dos três segmentos do ureter.

nenhuma das três experiências praticadas se fez seguir de hidronefrose. Os animais, observados respectivamente 53 e 48 dias após a intervenção, não revelaram pelo exame radiográfico aumento de calibre do bassinete e do ureter.

Todavia, dos resultados destas três experiências não se pode



inferir a afirmativa de que uma tal intervenção não produza dilatação ureteral. Pode dar-se o caso de a hidronefrose consecutiva à enervação extrínseca se estabelecer apenas muito lentamente, sendo portanto indispensáveis novas experiências com uma observação demorada para o esclarecimento dêste ponto.

A ausência de refluxo vésico-ureteral, constatada em experiências quer de interrupção da inervação entrínseca do ureter, quer da extrínseca, levam a eliminar um tal factor como determinante da hidronefrose consecutiva à intercepção das fibras ou plexos simpáticos da parede ureteral.

Em face dos factos experimentais a que acabamos de nos referir, é lógico admitir que clinicamente, entre as causas de hidronefrose, se podem colocar lesões da enervação intrínseca do ureter.

Quanto ao mecanismo desta hidronefrose dinâmica, as investigações que efectuei confirmam a interpretação de PAPIE e CAPORALE, os quais filiam na atonia ureteral a hidronefrose consecutiva às lesões da enervação do ureter.

Uma tal concepção fundamenta-se no exame das perturbações de excreção do ureter, feito não só no momento da interrupção dos filetes, ou plexos nervosos, mas ainda ulteriormente com intervalos diferentes.

Nas minhas experiências de desnudação, bem como nas de secção do ureter, observava-se que a interrupção das ondas peristálticas ao nível do segmento enervado provoca a dissociação dos movimentos do ureter, com baixa progressiva da sua intensidade e frequência, seguindo-se atonia com produção de hidronefrose.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LEGUEU. — Le dynamisme en urologie. *Journal d'Urologie*. Tome xxxi. N.º 1. Janvier. 1931. Pág. 6.
- 2 — REINALDO DOS SANTOS. — Bases essenciais da cirurgia do uretero. Comunicação feita ao I Congresso Hispano-Português de Urologia e VII Congresso de La Asociación Española de Urologia. Lisboa, 2 a 4 de Julho de 1925, in *Livro de Actas*. Pág. 140 (2.ª parte).
- 3 — Estado actual da cirurgia do uretero. Resumo do relatório apresentado no Congresso Hispano-Português de Urologia. Madrid 10 a 16 de Maio de 1928. *Lisboa Médica*. Vol. v 1928. Pág. 613.

- 4 — PAPI, E. — Chirurgie du rein. Tome III. Paris. 1928.
- 5 — Les hydronéphroses, anatomie et pathogénie. Paris. 1930.
- 6 — CAPORALE, L. — Au sujet de l'énervation de l'urètre. *Journal d'Urologie*. xxviii. 1. 1929. *Journal de Chirurgie*. xxxiv. 1. 1929.
- 7 — Sulla simpatectomia periureterale. *Archivio Italiano di Chirurgia*. Vol. xxv. 1929. Pág. 469.
- 8 — BLATT. — Production d'hydronéphroses fonctionnelles par sympathectomie le long de l'urètre. *Zeitschrift für Urologische Chirurgie*. Tome xxv. Fasc. 3-4. Septembre. 1928. Págs. 148-162. *Journal de Chirurgie*. Tome xxxiii. 1929. Pág. 339.
- 9 — MARION, A. — Étude critique et expérimentale des plaies transversales de l'urètre. Déductions chirurgicales et thérapeutiques. *Journal d'Urologie*. Tome xxvii. Janvier-Juin. 1929. Págs. 273-369.
- 10 — GOUVERNEUR, R. — La suture de l'urètre. Critique des techniques et résultats éloignés. *Gynécologie et Obstétrique*. Tome II. Juillet-Décembre. 1920.
- 11 — GOUVERNEUR, R. et H. MARION. — La suture de l'urètre. Étude expérimentale. *Journal de Chirurgie*. Tome xxxiii. 1920. Págs. 21-231.

(Trabalho do Laboratório de Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina do Pôrto. Subvencionado pela Junta de Educação Nacional).

Revista dos Jornais de Medicina

Estudo histológico e citológico das tiroideias humanas normais e anormais. (*Studies on the histology and cytology of normal and abnormal thyroids in man*), por H. CKKELS. — *Acta Path. et Microb. Scand.* Vol. ix. Fasc. 1. 1932.

O estudo morfológico do parênquima tiroideo é por vezes insuficiente para explicar as características clínicas dos vários tipos de bócio.

Há alterações histológicas que implicitamente subscrevem determinadas características clínicas, mas outras também há que são menos significativas. Por outro lado a determinadas manifestações clínicas não corresponde sempre um substracto histológico preciso. Em resumo, não parece fácil estabelecer um paralelismo entre a classificação puramente morfológica das alterações do tecido tiroideo e a classificação clínica das doenças da glândula tiroidea.

O autor julga que o problema do bócio, até aqui considerado como histológico, é em realidade um problema de pura citologia.

Partindo de um tal conceito estuda 104 espécimes provenientes de bócios humanos, com diferentes comportamentos clínicos, sob o ponto de vista citológico, número de mitocôndrias, desenvolvimento do *apparatus* de Golgi.

Descreve a técnica histológica que seguiu e conclue:

As mitocôndrias aparentam uma certa relação com a substância colóide e como regra o seu número aumenta nos casos de bócio exoftálmico tratados pelo iodo.

O *apparatus* intracelular de Golgi está nitidamente hipertrofiado no bócio exoftálmico, mas a sua posição dentro da célula é independente da direcção em que o elemento celular expelle a sua secreção. A dispolarização da célula tiroidea, que representa mais uma hipótese para explicar morfológicamente a tirototoxicose, não tem significação de importância. A posição anormal do *apparatus* de Golgi não afecta o valor funcional da célula.

Não existe qualquer fundamento citológico ou histológico para afirmar que, nos casos de bócio exoftálmico, a tirototoxicose é devida a outro factor que não seja a hipersecreção para a corrente circulatória com impedimento de acumulação da substância colóide.

O tratamento iódico preoperatório, se bem que seja capaz de reduzir a intensidade dos sintomas tóxicos e de induzir uma acumulação da substância colóide, não contraria a hipertrofia do *apparatus* de Golgi e a hiperactividade celular provavelmente conserva-se inalterável.

É pois lógico afirmar que o factor determinante desta secreção é qualquer princípio extratiroideo com propriedades estimulantes humorais ou do sistema nervoso.

MORAIS DAVID.

Estudo patológico das varizes tratadas pelas injeções esclerosantes. (*Pathological studies on injected varicose veins*), por N. LUFKIN, H. Mc PHEETERS. — *Surg. Gyn. and Obst.* Março de 1932.

Os autores transcrevem várias opiniões descritas a propósito do processo anátomo-patológico que as injeções esclerosantes determinam no interior das veias varicosas, a maioria destes dados extraídos de trabalhos experimentais com substâncias irritantes usualmente empregadas na prática corrente e estudam depois segmentos de varizes humanas tratadas pela oclusão médica, decorrido um período relativamente largo sobre o tratamento.

Referem o mecanismo da formação do trombo inicial, o seu aspecto histológico, as alterações das várias túnicas vasculares nos segmentos do vaso submetidos ao tratamento, a formação do coalho intravaricoso, o modo de crescimento da obliteração vascular, a sua organização e finalmente o seu aspecto tardio. Dizem em conclusão:

A formação do trombo nas veias varicosas tratadas por meio das injeções de solutos esclerosantes, mesmo quando estes são de acção irritante moderada, depende de uma alteração inicial da túnica endotelial do vaso.

O trombo que daqui se origina constitue uma parte mínima da massa obliterante que se desenvolve depois do tratamento. A maior parte de rolhão sanguíneo obstrutivo é formada à custa do simples coalho.

A recorrência das varizes resulta muito possivelmente da retracção ulterior do coalho que permite em parte a recanalização do vaso e a passagem do sangue através dêle.

MORAIS DAVID.

Observações acerca da doença de Raynaud, com estudos histopatológicos. (*Observations in Raynaud's disease, with histopathologic studies*), por R. SPURLING, F. JELSMa e J. ROZERS. — *Surg. Gyn. and Obst.* Março de 1931.

Raynaud separou do grupo das afecções devidas a oclusão do sistema arterial uma série de casos em que a gangrena aparecia sem que se pudesse demonstrar a existência de uma doença orgânica ou de uma oclusão arterial. As principais manifestações apontadas por Raynaud eram:

1) Os ataques de síncope local ou de asfixia localizados nos dedos das mãos ou dos pés, nas mãos ou pés e com maior raridade na face, nariz, lobo das orelhas, são como regra precipitados pela exposição ao tempo frio mas podem aparecer também ocasionalmente depois de certas excitações emocionais.

2) As perturbações locais da circulação com palidez, asfixia e abaixamento de temperatura superficial nas partes do corpo afectadas associam-se

a ligeiras perturbações subjectivas, ainda que em certos casos possam determinar manifestações dolorosas bastante intensas.

3) Existe uma acentuada propensão para uma distribuição simétrica das crises que duram de alguns minutos a várias horas.

4) A doença tem um carácter de agravamento progressivo; a síncope local, a asfixia local, e a gangrena são três estados sucessivos da mesma doença.

5) As pulsações arteriais nas regiões afectadas só deixam de aparecer no decurso das crises de síncope local.

Nem um esclarecimento de importância se acrescentou até há pouco a este quadro clínico; apenas Lerich conseguiu pela simpatectomia periarterial melhorar alguns doentes. Outros autores, seguindo as indicações do tratamento de Lerich, foram menos entusiastas nos resultados que verificaram, salvo os que, levando mais longe as intervenções sobre o simpático, ressecaram o gânglio cervical inferior e o primeiro e segundo gânglio simpático torácico e obtiveram, no seu dizer, resultados terapêuticos muito apreciáveis.

Lewis baniu o conceito da patogenia clássica da doença e estabeleceu que não é uma simples hiperexcitabilidade vaso-motora a causa determinante dos sintomas da doença de Raynaud, mas que é na alteração anatómica dos vasos que reside a verdadeira explicação dos factos. Ele conseguiu provocar crises de asfixia local com vasos simpatectomizados e deu assim o maior crédito à sua teoria de que as lesões de impermeabilidade dos vasos por alteração vascular são mais importantes do que os espasmos vaso-motores.

Este ponto de vista novo dos factores etiológicos da doença de Raynaud lançou uma grande dúvida sobre o valor da cirurgia do simpático no seu tratamento.

Os autores do artigo trazem a sua contribuição ao estudo da doença e apresentam os elementos colhidos na observação de três casos graves, tratados pela gangliectomia simpática.

É sua convicção que a hiperactividade do sistema vaso-motor é a causa primária da doença. Os resultados insuficientes do tratamento de lesões da extremidade do membro superior direito, encontrados em dois dos seus doentes, explicam-se talvez por extirpação incompleta dos elementos nervosos vasculares e as alterações das tunicas vasculares podem ser uma consequência do angio-espasmo.

Nos casos em que estas lesões arteriais existem a extirpação do simpático está naturalmente votada a um insucesso terapêutico porque não pode trazer a modificação permanente das alterações circulatórias locais.

Sumário:

A cura completa dos sintomas foi conseguida por períodos que oscilaram entre 6 e 18 meses, nos membros inferiores e em um dos membros superiores.

A doença foi apenas temporariamente atenuada nos membros superiores direitos de dois casos.

Em um deles todos os dedos da mão direita se tinham eliminado por gangrena seca após a operação de simpatectomia do gânglio cervical superior e dos dois primeiros gânglios torácicos e da simpatectomia periarterial da artéria subclávia.

Nos estudos histopatológicos dos dedos amputados encontraram-se alterações escleróticas e hipertróficas da íntima e da túnica média das artérias digitais e dos seus ramos. Não se observaram alterações dignas de nota nas arteríolas ou nas veias.

MORAIS DAVID.

O tratamento da doença de Addison com um extracto de córtex supra-renal (cortin). (*Treatment of Addison's disease with an extract of supra-renal cortex (cortin)*), por F. HARTMAN, G. THORN, L. LOCKIE, C. GREENE, e BOWEN. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 5 de Março de 1932.

Os autores relatam sete casos de doença de Addison tratados com a hormona cortical da cápsula supra-renal, sob a forma de um extracto salino concentrado.

A titulação dêste extracto é feita em função do pêso de córtex representado em cada centímetro cúbico do preparado.

Alguns dos doentes receberam durante o dia doses que chegaram a 4.800 grs. de córtex.

Em cinco casos houve uma considerável repressão dos sintomas da doença e em alguns a capacidade para o trabalho e aparência tornaram-se quasi normais. Em dois sobreveio a morte: num por agravamento progressivo do mal, sem remissão de sintomas ou modificação da marcha da doença; noutro, em via de regressão de sintomas, appareceu uma afecção pulmonar aguda que o vitimou. A autópsia dêstes dois casos mostrou uma atrofia considerável do córtex.

MORAIS DAVID.

Sobre o tratamento da piémia post-anginosa pela laqueação da jugular. (*Zur behandlung der postanginösen pyämie mittels jugularisunterbindung*), por EDUARD MELCHIOR. — *Klin. Woch.* N.º 13. 1932.

A propósito de dois casos clínicos o A. aproveita a oportunidade para chamar mais uma vez a atenção para o tratamento das septicémias post-anginosas pela laqueação da jugular, estabelecendo as suas indicações e oportunidade da intervenção.

Evidentemente que o doente não beneficiará desta se já houver focos irreparáveis do cérebro ou do pulmão; por outro lado há, sem dúvida, anginas de evolução benigna, que começam como as graves em que a intervenção é útil.

Compreende-se bem quanto é difficil marcar a altura da intervenção. O A. aconselha a seguinte conduta:

Se os calafrios se repetem, se se instala febre alta sem que se encontre lesão local que a explique e se não há uma doença primária do sangue — agranulocitose ou leucemia aguda — que um exame citológico confirme, está indicado pensar na laqueação das jugulares antes que seja tarde.

Um dos casos referidos pelo A. é de um doente preagónico com empiema pulmonar. A citação é feita para demonstrar a inutilidade da intervenção

tardia O segundo foi operado com o diagnóstico de angina com trombose da jugular e suspeita de abscesso pulmonar. A-pesar-da confirmação desta suspeita pela evolução clínica, demonstrou-se a utilidade da intervenção pelas melhoras nítidas nos dias seguintes a ela. A evolução do caso, foi favorável. O agente etiológico dêste 2.º caso era o *stafilococcus piog. aureus*, facto a anotar, pois em todos os outros da literatura trata-se de *streptococcus* e anaeróbios.

A objecção posta por alguns AA. da possibilidade de invasão do agente infeccioso nas veias tributárias da jugular, determinada pela intervenção, é admissível, mas, segundo Melchior não é razão para se deixar de intervir depois de tantos casos felizes.

À restrição posta por Uffenorde, Claus, etc, de só intervir quando haja lesões da jugular, opõe o A. um argumento anátomo-patológico: em jugulares aparentemente sem lesões a análise histológica tem mostrado infiltração inflamatória e necrótica.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre a agranulocitose crônica pobre em sintomas (*Uber chronische symptomtenarme Agranulocytose*), por TH. DOXIADIS.—*Klin. Woch.* N.º 10. 1932.

A descrição inicial da agranulocitose feita por Schultz corresponde a um quadro muito grave de angina hiperaguda com morte no fim de alguns dias.

Muito se tem escrito sôbre a possibilidade da existência de uma forma de agranulocitose crônica, que quer dizer, não imediatamente mortal, dividindo-se as opiniões a êsse respeito.

O A. traz a sua contribuição a êste estudo, citando 3 casos de agranulocitose acentuada, de marcha benigna. Num dos casos a diminuição do número de granulócitos existe já há 3 anos, embora com remissões, e durante êste tempo o doente venceu várias infecções — apendicite. As remissões no número dos granulócitos fizeram-se independentemente de qualquer influência terapêutica.

O A. concorda com os que imaginam a agranulocitose um síndrome em que a comprometida função da medula óssea cria condições ótimas para o aparecimento de uma infecção séptica, mas sem que seja forçoso o aparecimento dessa infecção e a sua evolução mortal.

OLIVEIRA MACHADO.

Uremia na albuminúria de Bence-Jones. (*Urämie bei Bence-Jonesscher albuminurie*), por FRANZ BUSCHKE. — *Klin. Woch.* N.º 10. 1932.

Nas descrições, feitas até agora, de quadros urémicos terminais de doentes com mielomas múltiplos, faltam, a uns, constatações necrósicas, e noutros, a existência de lesões vasculares do rim impedem que se atribua à albuminúria de Bence-Jones a causa dos sintomas urémicos.

O A. descreve dois casos clínicos de insuficiência renal nefrótica, lentamente progressiva, em doentes com mielomas múltiplos, em que a autópsia

mostrou lesões nefróticas puras, sem lesões dos glomérulos, vasculares ou amiloidose. A par da sintomatologia clínica objectiva havia grande albuminúria, acentuada anemia e aumento das substâncias azotadas do sangue, sem edemas e sem a forte hipertensão das azotemias crónicas.

O A. não discute o mecanismo patogénico das uremias sem lesões glomerulares ou vasculares, limitando-se a citar a bibliografia do assunto.

OLIVEIRA MACHADO.

Tratamento pela tiroxina-prolan da obesidade das mulheres precocemente amenorreicas. (*Thyroxin-Prolan-Behandlung der Fettsucht frühzeitig amenorrhöischer Frauen*), por A. SCHITTENHELM e B. EISLER. — *Klin. Woch.* N.º 11. 1932.

Resumo do artigo :

1 — Um tratamento bem conduzido pela tiroxina e prolan, nas mulheres obesas amenorreicas, é eficaz tanto pelo que se refere à obesidade, como às menstruações.

2 — O nosso método consiste na administração separada da tiroxina e do prolan. Usamos com melhor êxito a seguinte norma : 3 a 4 dias, 6 a 9 mg. por dia — e mais em caso de necessidade — de tiroxin-Schering ; 3 dias de prolan (A + B), 80 a 300 unidades.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a leucocitose e febre no carcinoma. (*Über Leukocytose und feber bei carcinom*), por A. LESZLER. — *Klin. Woch.* N.º 12. 1932.

Sabe-se há muito que em grande número de cancerosos há uma alteração do quadro hematológico, tanto da série vermelha, como da branca, encontrando-se anemia em maior ou menor grau, e leucocitose. A origem desta leucocitose tem sido sucessivamente atribuída a uma acção tóxica, infecção secundária da neoplasia ou resultado da invasão metastática dos gânglios e medula óssea.

Bellelli estudou a curva térmica dos cancerosos, constatando a existência de febre em grande percentagem, atribuindo-a a uma acção anafiláctica (tóxica) ou infecção secundária.

O A. estudou o quadro hematológico e curva térmica numa série de 202 doentes com cancros, constatando a verdade das conclusões dos AA. que o antecederam neste estudo, não só sobre a existência da febre e leucocitose, mas ainda na sua maior frequência em certas localizações. Assim, a febre é muito mais frequente nas neoplaxias do pulmão e do fígado que nas dos outros órgãos. Acêrca do carcinoma hepático cita dois casos nos quais se pensou primeiro, num, em abcesso hepático, e no outro, em colangite por colecistite calculosa, realçando a dificuldade do diagnóstico por se confundirem com doenças infecciosas.

OLIVEIRA MACHADO.

Estudo farmacológico e terapêutico sobre a acção ante-helmintica de alguns compostos arsenicais orgânicos. (*Etude pharmacologique, etc.*), por S. F. GOMES DA COSTA. — *Arch. Intern. de Pharm. et de Thérapie*. Vol. XLI. Fasc. IV. 1931.

Até há pouco os conhecimentos sobre os ante-helmínticos eram empíricos. No estudo experimental da acção daqueles fármacos muito se tem ocupado o Inst. de Farmacologia de Lisboa, tendo estabelecido o Prof. Sílvio Rebêlo, Toscano Rico e o A. em tese apresentada ao III Congresso Nacional de Medicina, as bases fundamentais para o seu estudo.

O método seguido consiste no uso como reagente farmacológico de parasitas tão próximos quanto possível, sob o ponto de vista zoológico, daqueles de que se querem estudar as reacções, e na utilização do método gráfico para o estudo da acção das drogas. Com a aproximação na escala zoológica procura-se atingir a identidade de reacção perante as drogas, sabido como é há muito a diversidade de sensibilidade das várias espécies de parasitas intestinais aos ante-helmínticos.

Neste trabalho o A. estuda a acção de alguns compostos arsenicais orgânicos (ácido oxiacetilaminofenilarsínico de arsénio pentavalente e 914 e 606 de arsénio trivalente), relatando o resultado dos seus ensaios farmacológicos e experiências no tratamento das helmintíases humana e do cão.

O A. conclue :

1 — O estovarsol ou espirocid (ácido oxiacetilaminofenilarsínico), o salvarsan e o neosalvarsan, ensaiados segundo o método do Instituto de Farmacologia de Lisboa, não têm, «in vitro», nenhuma acção sobre os *Ascaris lumbricoides* do porco, nem sobre outros parasitas do cão, tais como : *Taenia serrata*, *Taenia marginata*, *Dipylidium caninum*, e *Uncinaria stenocephala* e nada justificava, segundo as nossas experiências preliminares, o seu emprego como ante-helmínticos.

2 — As soluções oxidadas de ácido oxiacetilaminofenilarsínico, do salvarsan, e de neosalvarsan, são mais activas sobre estes helmintas que os solutos não oxidados.

3 — Segundo o modo de administração, estes compostos arsenicais orgânicos são transformados, quer no tubo digestivo, quer na corrente circulatória.

4 — Entre os produtos de transformação destes compostos há alguns que são activos «in vitro» e «in vivo» sobre os ascaris e sobre os céstodos.

5 — Estes produtos activos não são os últimos da transformação que os compostos arsenicais orgânicos sofrem no organismo.

6 — Nas helmintíases do cão, a administração «per os» do narsenol (914) determina a expulsão de 65% dos ascaris; a administração de estovarsol de 51% e a de sanluol (606), de 48%. Com estes compostos nunca se conseguiu a expulsão do *scolex* dos céstodos.

7 — Nos homens com ascaris, a administração «per os» do estovarsol determina a expulsão total dos parasitas em 74% dos casos. No único caso de infestação pelo *Trichocephalus trichiurus* em que ensaiámos, o emprego do estovarsol conduziu à cura completa.

O A. pensa que entre os arsenicais orgânicos o ácido oxiacetilaminofenilarsínico (estovarsol, espirocid) pode ser empregado em terapêutica como ante-helmíntico, no tratamento das helmintíases por *Ascaris lumbricoides* e *Trichocephalus trichiurus*.

OLIVEIRA MACHADO.

Indicações e resultados da esplenectomia como operação precoce. (*Indikationen und ergebnisse der Splenektomie als frühoperation*), por R. NISEN e V. SCHILLING. — *Klin. Woch.* N.º 13. 1932.

As dúvidas clínicas na interpretação de grande número de esplenomegalias são conhecidas. Muitas vezes o exame clínico mais cuidadoso, ajudado pela análise de sangue e punção do baço, não elucida completamente o médico. Como causa desta dificuldade diagnóstica pode apontar-se a ignorância sobre as funções deste órgão.

Aos defensores da esplenectomia como tratamento da maioria das esplenomegalias têm sido feitas numerosas objecções, verificando os seus contraditores uma série infinda de argumentos condenatórios do seu uso — anemia, perturbações duradouras da série branca, monocitose crónica, corpos de Jolly, etc. Mas, os defensores não vêem nestes argumentos razão bastante para deixar de intervir, embora concedam como provável uma diminuição de resistência contra as infecções nos esplenectomizados.

As estatísticas das cirurgias variam extraordinariamente. Enquanto uns apontam 10% de insucessos, outros chegam a 58%. Esta diferença de estatísticas deve-se apenas à diversa maneira de ver sobre a oportunidade de intervenção, encontrando-se as melhores estatísticas naqueles que mais precoce e frequentemente intervêm.

Os AA, defendendo o princípio de que um baço patológico é, em regra, muito mais prejudicial que os sintomas resultantes duma esplenectomia, aconselham as seguintes indicações de esplenectomia precoce:

Doenças em que parece ser o baço o órgão primeiramente adoecido, (trauma, trombose, esplenomegalias isoladas de várias causas), ou naquelas em que se destaca muito no quadro da doença (icterícia hemolítica, púrpura de Werlhoff, Aleukia, processos esplenocirróticos).

As remissões duradouras, curas espontâneas e a incerteza de diagnóstico de algumas destas doenças fazem com que os clínicos fujam destas intervenções.

Os AA. comunicam o resultado de 12 intervenções feitas precocemente, todas felizes, prometendo seguir os doentes e comunicar os resultados tardios.

Como precaução fazem transfusão de sangue no dia da intervenção, se há anemia aguda, e transfusão 24 horas antes nos doentes com icterícia hemolítica. Como cuidado técnico laqueiam primeiro a artéria e depois a veia.

Evidentemente estabelecem um certo número de contra-indicações para a esplenectomia. Leucemias e outras doenças do sangue, doença de Gaucher, infecções em que o baço só secundariamente é atingido, etc.

OLIVEIRA MACHADO.

A urotropina no tratamento da enurese. (*L'urotropina nella cura dell'enuresi*), por L. Rossi. (Modena). — *La Clinica Pediatrica*. Janeiro de 1932. N.º 1.

Dada a incertesa da patogénese, o tratamento da enurese, não podendo ser causal, torna-se muitas vezes insuficiente, o que dá ocasião a que sejam apresentados continuamente vários métodos de tratamento.

Recentemente, Caffè, Bainglas e Cosma obtiveram a desapareição da incontinência de urina em paraplégicos e tabéticos por meio de injecções endovenosas de urotropina. Inspirado nisso, Rossi applicou o método em 15 crianças, com a diferença de que se serviu da via ipodérmica, por ser de execução mais fácil.

Injectava todos os três dias na espessura dos glúteos uma ampola de sulto de urotropina (0,25 gr. em 2 c. c. de água destilada). As crianças tinham sido tratadas por outros meios, sem resultado; durante o tratamento suspenderam-se todos os outros tratamentos a fim de melhor pôr em evidência a acção da urotropina.

Das 15 crianças tratadas, 13 curaram-se e 2 não colheram proveito algum, tendo uma delas uma sacralização e a outra uma microcefalia. Depois de ter suspendido o remédio, não teve recaídas, e disto pode supor-se que a urotropina actue determinando uma ligeira irritação da mucosa que desperta os reflexos necessários ao mecanismo da micção normal, reflexos que depois continuam a funcionar regularmente.

MENESES.

Tratamento da piúria na infância. (*Behandlung der Pyurie im Kindsalter*), por HANS ARON (Breslau). — *Kinderarztl. Praxis*. Ano II. H. I. Janeiro de 1931. Págs. 15-19.

Podem distinguir-se três formas clínicas de piúria: 1) Forma séptico-meníngea. 2) Acompanhando ou consecutiva a outra doença. 3) Forma crónica subfebril ou apirética. Nas primeiras desempenha um papel importante a recepção insuficiente e a grande perda de água; isto não origina a piúria, mas favorece a formação de pus e a produção de sintomas graves, que ameaçam a vida. Por conseguinte, a primeira indicação deve ser a «lavagem» do rim e vias urinárias — que ao mesmo tempo combate a falta de água — administrando líquido na quantidade de $\frac{3}{4}$ litro ou melhor $1 \frac{1}{2}$ litro. As necessidades de calorías satisfazem-se com a adição de açúcar na proporção de 20-25 grs. por quilo de pêso na criança mais pequena e de 15 grs. na maior, e que se administram pela bôca, diluídos em água, succo de frutas ou café de malte, por exemplo. Mas se a criança recusa os líquidos, dão-se-lhe pelo recto em clisteres pequenos e repetidos, via de introdução que em certos casos parece dar resultados mais certos do que a bucal. Não há perigo de dispepsia e é absolutamente indiferente a qualidade do açúcar empregado (Soxhlet, glucose, etc.). Depois de 2 a 3 dias de açúcar, transição para outra alimentação, que na criança mais crescida pode ser de base de sêmola, mon-

damina, etc., em forma de papa com leite, ou uma alimentação muito açucarada, pobre em sal e albuminas e sem carne; no lactante, a um 1 ou 2 dias de açúcar, faz-se seguir uma realimentação em quantidades progressivas, com *babeurre* a 10 % de açúcar, e depois, vagorosamente, as misturas correntes de leite vaca.

O A. obteve resultados notáveis com esta dietética associada aos banhos, antipiréticos, analépticos e sedativos, e prescinde em absoluto dos desinfectantes urinários. Bons resultados parece obterem-se também com a hemoterapia materna. O tratamento da 3.^a forma é difícil, como difícil é o diagnóstico.

Podem também intercalar-se, nos dias de açúcar, curas com águas alcalinas ou com diuréticos (sucos de frutas, limonadas, uvada, etc.). Em certos casos é útil a mudança de reacção da urina pelo ácido fosfórico. Apesar-de tudo podem aparecer novos acessos. O tratamento cirúrgico destas formas reserva-se para os casos em que existem, como causa da piúria, corpos estranhos, deformidades, cálculos, grandes pionesfroses, abscessos peri- ou epinefréticos.

MENESES.

A ressecção subdiafragmática dos vagos. (*La resezione sottodiaframmatica dei vaghi*), pelo Prof. GINO PIERI (Belluno). — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. xi. Fasc. 1. 31 de Janeiro de 1932. (X). Págs. 53-59.

O A. executou no homem, em 14 casos, a ressecção bilateral dos vagos, sob o diafragma, por doenças gástricas, e descreve a técnica, fazendo-a preceder de uma exposição anatómica e acompanhar de sugestivas gravuras que muito auxiliam a compreensão da técnica.

Por laparotomia mediana supra-umbilical com ressecção do apêndice xifoídeo, descobre o segmento abdominal do esófago, incide transversalmente o peritôneo que o reveste, isola e secciona os troncos do vago, o esquerdo adiante do esófago, o direito para dentro daquele e à direita.

Esta operação foi sempre bem suportada e não tem inconvenientes apreciáveis. O A., ao fazê-la, renunciou à anestesia dos troncos nervosos antes da secção, e à gastroenterostomia complementar.

MENESES.

Epilepsia jacksoniana post-traumática: critérios da cura cirúrgica racional. Hemóstase e plumbagem em cirurgia cerebral. (*Epilessia jacksoniana post-traumatica: criteri di cura chirurgica razionale. Emostasi e piombaggio in chirurgia cerebrale*), pelo Prof. R. ALESSANDRI (Roma). — *Annali Italiani de Chirurgia*. Vol. xi. Fasc. 1. Págs. 1-8. 31 de Janeiro de 1932 (X).

É uma comunicação feita ao Congresso Internacional de Neurologia (Berne, 1931), em que o A., baseando-se em numerosos casos operados, resume as suas ideias e a sua experiência sobre a conduta mais racional do

tratamento cirúrgico nos casos de epilepsia jacksoniana post-traumática, e que consiste, na essência, em tentar reconstituir as condições anatómicas locais tanto quanto possível próximo do normal. Para êste fim, e pelo que respeita à lesão óssea, é necessário regularizar as margens da zona de perda de substância do crânio, especialmente levantar ou extrair esquirolas encravadas na direcção das cavidades, e reparar a brecha com um retalho formado por lamelas ósseas destacadas com o escalpelo da cortical externa e deixadas aderentes ao pericrânio, retalho que é colocado sôbre a perda de substância; se existe aí cicatriz ou falta de dura-máter, é necessário substituí-la por uma auto-transplantação livre de fascia; se há cicatriz encravada na substância cortical cerebral, é necessário excisá-la e usar, para sustar a hemorragia e enchar a cavidade, uma auto-transplantação livre, de tecido muscular.

É útil também, se os tegumentos cranianos são demasiado delgados ou cicatriciais, recobrir o retalho pericrânico-ósseo com pele normal, que pode ser obtida com um retalho por torção das partes vizinhas.

Ao uso de pequenos fragmentos de músculo com o fim hemostático sôbre pontos do córtex cerebral que sangram, segundo a experiência clínica do A. e os estudos experimentais feitos no Instituto de Pacetto, é preferível usar hetero-transplantações (coelho ou pombo); foram também experimentados extractos obtidos com tecido muscular, que se mostraram capazes de forte acção hemostática, com a vantagem de estarem sempre prontos a ser utilizados e de não se deixar corpo estranho algum no cérebro.

Após a extirpação de tumores cerebrais ou de cicatrizes, ou abertura de quistos na substância cerebral, é necessário exercer uma acção hemostática e ao mesmo tempo preencher a cavidade. Com êste fim, e apoiando-se em três casos operados e em pesquisas experimentais, o A. afirma que os melhores resultados obtêm-se com auto-transplantações musculares.

MENESES.

Diagnóstico diferencial e tratamento da osteomielite aguda da extremidade superior do fêmur. (*Differential diagnosis and the treatment of acut osteomyelitis of the upper end of the femur*), por P. W. NATHAN. — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. N.º 1. Janeiro de 1932.

Baseando-se na experiência de mais de 200 casos, o A. classifica as formas de osteomielite aguda da extremidade superior do fêmur em dois grupos etiológicos, que correspondem a formas clínicas bem definidas: 1.º de estreptococos e pneumococos; 2.º de estafilococos.

A osteomielite de estreptococos e pneumococos tem em geral uma evolução curta e benigna, e termina pela cura. Em alguns casos, todavia, o processo mórbido atinge profundamente a medula óssea das epífises, ocasionando intensa rarefacção do osso e luxação patológica da cabeça e do colo do fêmur. Ordinariamente, a supuração fica circunscrita, e excepto nos casos raros de septicemia, a doença cura radicalmente sem operação ou com a sim-

ples artrotomia; não há recidivas; não ficam seqüelas de anquiloses, de deformidades ou de impotência funcional.

Na osteomielite de estafilococos existe sempre um processo necrótico, que toma uma evolução crônica e leva infalivelmente à formação de sequestros ósseos. Os sintomas agudos atenuam-se, mas a supuração não cessa, e têm-se contínuas recidivas com abertura de novos tractos fistulosos. A doença não tem tendência para a cura espontânea e é indispensável a ressecção da articulação.

MENESES.

O sinal de Köplik no lactante. (*El signo de Köplik en el lactante*), pelo Dr. SALVADOR SMITH BUNGE. — *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría*. (Reprod.). Tõmo IV. N.º 2. Págs 49-67. Fevereiro de 1932.

O A. entende que o sinal de Köplik no sarampo do lactante permite o diagnóstico, pois é patognomônico. É de uma constância absoluta, não havendo sarampo sem sinal de Köplik, e se se levarem em conta mesmo os graus ligeiros, a sua ausência nega o diagnóstico. Tem maior valor diagnóstico do que o exantema, e mesmo durante êste — afirma o A. — em muitas ocasiões é o único sinal certo do sarampo. Outro sintoma importante é o que o A. chama «despulsimento premonitor» e que consta do seguinte: ao examinar, à luz muito intensa, a mucosa interna da face, vemos que, no sítio onde aparecerá mais tarde o sinal de Köplik, se encontra um despulsimento do epitélio, como papel de lixa muito fino, consistindo numa granulação diminuta do tamanho duma ponta de alfinete, de pontos muito próximos entre si.

O sinal de Köplik juntamente com êste outro sinal são os únicos que permitem fazer um diagnóstico precoce certo, o qual se pode afirmar ou negar desde o primeiro dia.

O sinal de Köplik nos lactantes tem caracteres próprios e na grande maioria das vezes é facilmente distinguível, sendo persistente e sobrevivendo — diz o A. — ao início do exantema.

O A. afirma ainda que estas conclusões não são extensivas às crianças de outras idades.

MENESES.

Tratamento das fracturas na infância. (*Behandlung der Frakturen im Kindesalter*), por F. MILKO. — *Kinderarzt Praxis*. Ano II. H. 1. Janeiro de 1932.

O A. começa por se ocupar da freqüência das fracturas na infância e da grande facilidade que apresentam para a cura e consolidação: não imobiliza durante mais do que três semanas, mas mesmo que passe dêsse tempo não faz mal algum, pois as articulações das crianças conservam muito bem a sua mobilidade. Outra característica das fracturas das crianças é a tendência para a formação de calos hipertróficos, hipertrofia que retrocede em seguida, mas que convém evitar, para o que aconselha a não fazer massagens, deixando que a criança mova os seus membros naturalmente.

Deve predominar o tratamento conservador. O A. utiliza para a extensão dos membros quasi exclusivamente o adesivo.

Depois, passa a ocupar-se das fracturas em particular. Nas fracturas do humero prefere o gesso com tala; nas do femur, a extensão continua e, para evitar o amolecimento do gesso pela urina da criança, aconselha a suspensão vertical, segundo Schede. Nas fracturas da clavícula emprega o método de Borchgrevinck, que permite a extensão continua sem machucar muito a criança deixando-a durante duas semanas. Quanto ás fracturas do cotovello recomenda (uma vez feita a redução) fixar o cotovello em ângulo agudo, com uma goteira gessada dorsal, que tira ao fim de duas semanas; uma vez tirada, dá banhos quentes à parte doente e obriga a fazer movimentos passivos, muito cuidadosos.

Nas fracturas do rádio, após a redução, fixa o membro (pondo a mão em flexão dorsal) com uma goteira gessada, tirando-a o mais tardar às três semanas. Nas fracturas dos dois ossos do antebraço segue as regras correntes.

Em casos de perigo de encurtamento de algum membro, faz-se primeiro a extensão e depois é que se applica o gesso.

MENESES.

Imunotransfusão como tratamento de infecções gerais sépticas graves.

(*Immunotransfusion als Behandlung bei schweren septischen Allgemeininfektionen*), por KUNT HALLBERG (Upsala). — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. IV. Págs. 314-326.

O A. refere quatro casos de injecções sépticas generalizadas graves, que foram tratados, com resultados encorajantes, pela imunotransfusão, na clínica de Upsala.

Foi em 1919 que Wright se propôs combinar a transfusão sanguínea simples, que durante a guerra mundial se mostrou sem valor algum no tratamento das septicemias, com um tratamento preparatório do dador, por meio de vacinas. Publicou nessa ocasião a sua primeira experiência favorável. Bosquejos na literatura mostram que não ganhou tantos adeptos como merecia, a avaliar pelos resultados que o método permitiu obter até aqui.

Todos os quatro casos do A. se curaram, e attribue, na essência, o êxito à imunotransfusão, no sentido de por meio dela ter sido possível suprimir o seu estado séptico. A dois desses doentes tinha-se feito anteriormente uma transfusão sanguínea ordinária sem resultado algum. Todavia, o A. diz que não se deve exagerar a confiança no método.

De preferência, dador e receptor devem pertencer ao mesmo grupo sanguíneo. O tratamento preparatório dos dadores consistia em injecções subcutâneas de auto-vacinas provenientes dos doentes em questão; estas vacinas tinham como ponto de partida culturas feitas com sangue ou com o conteúdo de focos metastáticos. Não se viu perturbação alguma nos dadores. Nos casos urgentes, quando não há auto-vacina pode-se empregar vacina do comércio. Bibliografia do assunto.

MENESES.

Encefalopatia periaxial difusa. Doença de Schilder. (*Encephalopatia periaxialis difusa. Schilder's disease*), por C. DAVINSON e W. SCHICK. — *Arch. of Neurology and Psychiatry*. Pág. 1063. Maio de 1931.

Estudo anátomo-clínico de um caso de doença de Schilder clinicamente notável pela intensidade da atrofia óptica e das perturbações extrapiramidais apresentadas pelo doente. O exame anátomo-patológico d'este caso revelou lesões do corpo caloso, dos nervos ópticos, do epêndimo e dos núcleos da base: *putamen globus pallidus, thalamus e hypothalamus*.

Os autores julgam serem de ordem tóxica os factores determinantes destas lesões. O termo encefalopatia difusa parece o mais apropriado para designar esta entidade mórbida, pois indica a multiplicidade das lesões e o seu carácter não inflamatório.

ALMEIDA LIMA.

Origem e natureza dos tumores das meninges. (*The origin and nature of meningeal tumors*), por P. BAILEY e PAUL BUCY.

Extenso e documentado artigo em que os AA. procuram fazer uma classificação dos meningiomas a um tempo concordante com os factos clínicos e com uma racional distinção anátomo-patológica.

Começam por criticar o térmo endotelioma, vulgarmente usado para designar estes tumores. Todos êles, segundo os autores, derivam das células da aracnoideia que não é certamente um endotélio.

Indicam em seguida as técnicas de fixação e coloração empregadas no seu trabalho.

Dividem os meningiomas em nove tipos:

I — *Mesenchimatomas* (Mesenchymal type). Tipo extremamente raro, apresentando o aspecto da estrutura embrionária das meninges.

II — *Angioblastomas* (Angioblastic type). Pertencem a êste tipo os tumores vasculares da doença de Lindau.

III — *Meningoteliomas* (Meningotheliomatous type). O mais vulgar e que engloba a maioria dos tumores das meninges.

IV — *Psamomas* (Psammomatous type). Difere do precedente pela disposição das células em turbilhões (*whorl*) notando-se ao centro dos turbilhões fenómenos de degenerescência muitas vezes com deposição de sais calcáreos (são por vezes visíveis na radiografia da cabeça).

V — *Osteoblastomas* (Osteoblastic type). Tumores ossificados dando a maior parte das vezes uma sombra visível à radiografia.

VI — *Fibroblastomas* (Fibroblastic type). Quando na estrutura do meningioma predominam os fibroblastos.

VII — *Melanoblastomas* (Melanoblastic type). Extremamente raro como tumor primitivo das meninges.

VIII — *Sarcomas* (Sarcomatous type). De estrutura semelhante à do tipo VII mas sem pigmento, freqüentemente origina-se junto dos vasos, não em grandes massas mas estendendo-se em superfície, muitas vezes ao longo

dos vasos sanguíneos; são freqüentemente também designados por periteliomas, sarcomatose ou endoteliomatose difusa das meninges.

IX — *Lipomas* (Lipomatous type). Considerado muito raro, mas dos quais os AA. conseguiram reunir 160 casos, uns próprios outros colhidos na literatura, são apontadas localizações várias (face superior do corpo caloso, em volta do *tuber cinerium*, tubérculos quadrigêmeos, canal medular, etc.).

Os autores terminam o seu artigo por estas palavras :

«Os vulgares tumores das meninges, de forma globosa (*bulbous*) e encapsulados devem conservar a designação de «meningiomas», designação que não implica qualquer teoria sobre a origem, indicando uma entidade prática, embora grosseira, anátomo-cirúrgica. Estes tumores são vulgarmente meningoteliomatomas ou psamomas raramente fibroblásticos».

ALMEIDA LIMA

Pinealomas. (Pinealomas), por Y. H. GLOBUS e G. GILBERT. — *Arch. of Neurology and Psychiatry*. Pág. 938. Maio de 1931.

Trabalho de indiscutível valor consagrado ao estudo dos tumores da glândula pineal, e baseado em sete observações anátomo-clínicas.

Os autores estudam detalhadamente a estrutura histológica da pineal, desde as diferentes etapas do seu desenvolvimento embrionário até a idade adulta. As grandes variações de estrutura da pineal elucidam o polimorfismo dos tumores desta glândula.

«As variedades anatómicas dos tumores não são mais que uma recapitulação das *etapes* histológicas do desenvolvimento da pineal». Note-se que a estrutura «glandular» da pineal somente se manifesta durante um curto período do seu desenvolvimento, aparecendo, nos primeiros meses da vida post-natal, uma estrutura que já não permite (considerando o seu aspecto histológico) atribuir uma função glandular a este órgão.

Os diferentes aspectos anatómicos da pineal, apesar de divergentes na sua estrutura histológica, permitem a sua reunião num só grupo, o dos teratomas autóctonos, sendo portanto justificável a designação global de pinealomas para todos estes tumores.

A ausência de elementos nervosos ou gliais no decorrer da evolução da pineal, exclue a existência de formas espongioblásticas ou neuroblásticas dos pinealomas.

Dois tipos bem distintos de células podem ser observados nos períodos pre e post-natais do desenvolvimento do órgão, pequenas células fortemente pigmentadas e grandes células sem pigmento, como mostra a diferenciação ulterior e também certos aspectos de tumores; as primeiras são destinadas a formar simplesmente a estrutura de sustentação do órgão e as segundas o seu parênquima.

Sob o ponto de vista clínico encontram-se nas sete observações apontadas pelos autores sintomas da região dos tubérculos quadrigêmeos: oftalmoplegia interna ou externa, paralisia dos movimentos verticais dos globos oculares, sinal de Argyll. Estes sintomas acompanhados de sinais de hiper-

tensão craniana, importantes e precoces nestes casos pois o desenvolvimento do tumor bloqueando o aqueduto de Sylvius provoca uma hidrocefalia acentuada, permitem suspeitar a localização na região da pineal, e com muitas probabilidades para o diagnóstico de pinealoma.

A clássica «puberdade precoce» não é indispensável para êste diagnóstico. Num único caso, em sete, foi encontrada essa perturbação somática, e mesmo vem de forma muito pouco marcada.

Pelo contrário são frequentes os sinais de lesão infundíbulo-tuberiana (poliúria, polidipsia, sonolência) motivados pela distensão do III ventrículo.

ALMEIDA LIMA.

A compressão jugular como método auxiliar no tratamento da sífilis do sistema nervoso. (*Spinal medication in Syphilis*), por D. E. SMITH e G. A. WADDELL. — *Arch. Derm. e Syph.* Pág. 727. Novembro de 1931.

Descrevem os autores um método de tratamento adjuvante da sífilis nervosa, pela compressão das jugulares. Sabido que a pressão intracraniana, e portanto também a circulação do líquido céfalo-raquidiano, aumentam pela compressão jugular, parece provável que por êste método se consiga fazer chegar uma maior percentagem, dos arsenobenzóis injectados nas veias, aos ventrículos, espaços subdurais e parênquima, aumentando dêste modo, possivelmente, a eficácia dos agentes anti-sifilíticos.

Êste processo está evidentemente contra-indicado, nas doenças hemorrágicas, nas neoplasias, no glaucoma, no descolamento da retina, na hidrocefalia e em todos os casos de edema da papila.

Os autores referem que em vinte e dois casos observaram um aumento de 55% no arsénio contido no líquido céfalo-raquidiano, após compressão das jugulares durante trinta minutos imediatamente a seguir a uma injeccção intravenosa de um arsenobenzol.

A compressão obtém-se por meio de duas pequenas almofadas de coiro ajustáveis e ligadas a uma correia em forma de colar. A indicação de que a compressão se está fazendo bem é dada pelo engorgitamento das veias da face e aumento da pulsação das artérias temporais, sem que cause ao doente qualquer incómodo, ou dando quando muito um ligeiro incómodo.

Sem assegurarem ser o facto do aumento verificado do conteúdo em arsénio do líquido céfalo-raquidiano, uma prova do valor curativo do método, os autores creem que êste processo é digno de ser considerado como método accessório no tratamento da neuro-sífilis.

ALMEIDA LIMA.

Encefalite aguda difusa. (*Acute diffuse encephalitis. A report of two cases*), por G. B. HANIN e S. HOFFMAN. — *Arch. of Neurology and Psychiatry.* Pág. 1118. Maio de 1931.

Relato de dois casos semelhantes de encefalite aguda disseminada, muito importantes por mostrarem que um edema bilateral da papila se pode encontrar nestes casos, levando a erros de diagnóstico.

Sugerindo a possibilidade de se tratar de um tumor cerebral, estas modificações oftalmológicas nas inflamações agudas do sistema nervoso merecem ser sempre referidas para, tendo-as em vista, evitar erradas interpretações diagnósticas.

ALMEIDA LIMA.

Diferenças fisiológicas entre os movimentos associados automáticos, genésicos e adquiridos. (*Physiologic differences between genésic and individually acquired automatic associated movements*), por VOSBURG LYONS e R. BRICKNER. — *Arch. of Neurology and Psychiatry*. Pág. 998. Maio de 1931.

Impressionados pela facilidade com que certos parquinsónicos, que tendo perdido as associações automáticas dos movimentos usuais, podem executar certos jeitos, como dansar, guiar automóveis, jogar, etc., os AA. insistem na diferença dêstes dois tipos de movimentos, uns individualmente adquiridos e estando provávelmente ligados a uma função cortical, os outros dependentes de uma alteração do estriado. A rigidez não pode ser tomada em consideração para explicar as perturbações dos movimentos automáticos associados nos parquinsónicos. A manutenção dos automatismos filogenéticos seria uma função própria do corpo estriado,

ALMEIDA LIMA.

A hiperpneia experimental. O seu emprégo no diagnóstico neurológico. (*L'hyperpnée expérimentale. Son emploi dans le diagnostic neurologique*), por FOLLY. — *Révue Médicale de l'Est*. N.º 11. Pág. 381. 1931.

A hiperventilação pulmonar, insistindo principalmente na expiração, e praticada durante 15 a 40 minutos, é um método de investigação neurológica, que não deve deixar de ser empregado na prática corrente.

A sua importância revela-se principalmente no diagnóstico das crises comiciais, podendo também ter uma proveitosa aplicação no diagnóstico topográfico das lesões em foco, especialmente nos tumores cerebrais, pois pode determinar o aparecimento de perturbações sensitivas ou motoras no território correspondente à lesão.

A hiperpneia experimental pode também provocar mioclonias abaixo do nível de uma lesão medular, ou o aparecimento de um sinal de Babinski que não se obtinha anteriormente nalguns casos de esclerose em placas; reaparecem por vezes os reflexos abolidos em certos casos de Tabes, de polinevrites, de miopatias, permitindo, segundo o A., algumas conclusões prognósticas. Inversamente pode provocar o desaparecimento de um sinal de Babinski.

É uma prova inofensiva, não provocando alcalose persistente. Um quarto de hora após o cessar a hiperpneia desaparece a alcalose provocada.

ALMEIDA LIMA.

Pseudo-paralisia radial bilateral por costela cervical. (*Pseudo-paralysie radiale bilatérale par côte cervicale*), por FOLLY. — *Révue Médicale de l'Est.* N.º 10. Pág. 333. 1931.

Observação clínica de um homem de 34 anos, que só há um ano começou a apresentar manifestações neurológicas, constituídas por uma dupla paralisia radial.

Esta sintomatologia era provocada pela presença de costelas cervicais.

O autor põe em destaque as características clínicas destas pseudo-paralísias radiais: movimentos de supinação conservados, reflexo periosteo-radial vivo e contrastando com o tricipital abolido, lesão do circunflexo que se manifesta pela atrofia do deltóide.

Destinguem-se também dos síndromas radiculares superiores, pois estes atingem mais globalmente os músculos da cintura escapular, o supra e o infra-espinoso, o grande dentado e o grande peitoral.

Estas particularidades neurológicas, o início incidioso e progressivo, a bilateralidade das lesões, a ausência de etiologia infecciosa ou traumática, permitem pôr o diagnóstico clínico de costela cervical, diagnóstico que evidentemente necessita ser confirmado pela radiografia, pois muitas vezes o relêvo ósseo anormal da costela cervical não é acessível à palpação.

ALMEIDA LIMA.

Hemorragia meníngea simulando uma encefalite letárgica. (*Hémorragie méningée ayant simulé une encéphalite léthargique*), por ABEL, KISSEL e LEPOIRE. — *Révue Médicale de l'Est.* TÔMO LIX. N.º 12. Pág. 414. 1931.

Caso clínico relatado detalhadamente no propósito de mostrar as dificuldades do diagnóstico diferencial entre uma hemorragia meníngea primitiva, e uma encefalite epidémica acompanhada de hemorragia meníngea.

Os autores põem em destaque os principais sintomas comuns: hipersônia, movimentos involuntários de tipo coreiforme ou mioclónico, paralisias oculares, febre e hiperglicorraquia.

A evolução ulterior do caso permitiu pôr de parte a hipótese de encefalite epidémica, tendo apresentado a doente sintomas corticais localizados (epilepsia jacksoniana).

Os autores notam que, no caso descrito, mais uma vez a hemorragia meníngea coincidiu com um período menstrual.

ALMEIDA LIMA.

Sinal de Argyll numa criança heredo-sifilítica. (*Signe d'Argyll-Robertson chez un enfant héredo-syphilitique*), por CORNIL, ALGAR, COLLENOU e THOMAS. — *Révue Médicale de l'Est.* N.º 11. 1931.

História clínica de uma criança de 9 anos que, além de outros sinais oculares de infecção sifilítica, apresenta um nítido sinal de Argyll. Além

dêste sintoma, notam-se estigmas vários de distrofias heredo-sifilíticas e ligeiras perturbações mentais.

Os autores põem a hipótese da possibilidade desta sintomatologia evoluir para o quadro da paralisia geral juvenil.

ALMEIDA LIMA.

Sobre o emprêgo do cloridrato de pilocarpina contra a prisão de ventre rebelde dos alienados. (*Note sur l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine contre la constipation opiniâtre des aliénés*), por M. DERRUELLES e AGNÉS CHIARLI. — *Annales Médico-psychologiques*. XIII série. Gr. 1. N.º 3. Pág. 307. 1931.

É muito difícil de lutar contra a prisão de ventre persistente nos melancólicos insuficientes hepáticos e nos dementes precoces com perturbações hepato-endocrínicas e negativismo, muitas vezes a obstipação leva a estados de esteracorémia mais ou menos acentuados e a graves anorexias.

Os autores preconizam, nestes casos, o emprêgo sistemático do cloridrato de pilocarpina em injeções hipodérmicas na dose de 1 centígrama, por vezes 2 centigramas, todos os dias ou de dois em dois dias, segundo o efeito obtido.

Os suores e a salivação, segundo os autores, não têm inconvenientes de maior.

ALMEIDA LIMA.

Contribuição para a técnica da anestesia raquidiana. (*Contribution to the Technique of Spinal Anesthesia*), por CARL SEMB. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. II-III. 1932.

O trabalho é consagrado a pesquisas sobre a técnica da raquianestesia pela novocaína, em solução pura, tal como foi empregada pelo A. em 23 casos.

Graças à *técnica particular da injeção*, cuja característica essencial é a *regularidade e a lentidão*, evita-se a mistura da solução de novocaína com o líquido céfalo-raquidiano. A punção pratica-se, em decúbito lateral, em plano horizontal, entre L₂ e L₅. Injecta-se um soluto de novocaína a 5 %, sem ultrapassar 4 c. c., sem perda de líquido céfalo-raquidiano e sem fazer *barbotage*. A velocidade é de 1 centímetro cúbico em 20 segundos.

Desta forma o soluto de novocaína comporta-se como uma «massa aglomerada» (*un plomb*), que é mais pesada que o líquido raquidiano e que se não espalha de uma maneira apreciável, por difusão, no «meio».

A extensão da anestesia é graduada pela mudança de posição do doente depois da injeção, quer levantando-o quer abaixando-o ou inclinando-o lateralmente. Com o decúbito lateral obtêm-se a anestesia unilateral completa. Na *posição de Trendelenburg invertida*, a anestesia desce para os segmentos lombares e sacrados inferiores. Na *posição de Trendelenburg habitual*, depois da injeção, a anestesia sobe do umbigo ao nível do 2.º espaço intercostal, onde tem o seu limite máximo.

Para fazer variar o nível da anestesia serve-se da posição de Trendelenburg, estabelecida durante um número dado de segundos e sob diversos ângulos; com uma inclinação de 20° durante 30 a 80 segundos a anestesia sobe desde o umbigo até o 2.º espaço intercostal.

E. ÁLVAREZ.

A colecistografia e o seu valor na clínica cirúrgica. (*Cholecystography and its Value in Clinical Surgery*), por GUNNAR BAUER e KNUT WOLKE. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. II-III. 1932.

Os AA. lembram as dificuldades de diagnóstico diferencial em um grande número de afecções do quadrante superior direito do abdómen, dificuldades devidas ao facto de, até os últimos anos, se não possuir um método seguro para o exame da vesícula biliar e acham êles que, a seu ver, a colecistografia preenche hoje essa lacuna.

Depois de um resumo da teoria e da prática dêste método, baseando-se numa série de 200 casos, fazem o estudo crítico da concordância entre os dados radiológicos e as constatações clínicas e anátomo-patológicas.

Concluem que os dados radiológicos «patológicos» anunciam uma vesícula doente, com um grau de probabilidade que atinge quasi a certeza, mas que uma imagem radiológica «normal» é um argumento poderoso, mas não absoluto, contra um estado patológico da vesícula biliar. Continuando a análise dos casos do serviço de cirurgia de Malmö, os AA. fazem notar que, se o exame radiológico é ordinariamente supérfluo para o diagnóstico corrente da colecistite, subsiste ainda um grupo de 40 ou 50 daqueles casos em que a colecistografia desempenha um papel decisivo e poupa, por vezes, ao doente, anos de sofrimentos inúteis.

Em resumo, vêem na colecistografia um método seguro, dentro de razoáveis limites, não desprovido de elegância e extremamente precioso em muitos casos; pelo que concluem que merece ser colocado ao lado dos outros métodos clínicos hoje correntemente usados.

E. ÁLVAREZ.

Hiperparatiroidismo e osteíte fibrosa generalizada. (*Hyperparathyroidism and Ostitis Fibrosa Generalisata*), por JOHN HELLSTRÖM. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXIX. Fasc. II-III. 1932.

O A. passa em revista os factos que dizem em favor da idea de que a osteíte fibrosa generalizada depende de um estado de hiperfuncionamento das paratiroides. Estuda, com detalhe, a influência da paratiroidectomia sobre os diversos sintomas da o. f. g. Em 33 dos 35 casos desta intervenção, até então relatados, as paratiroides extirpadas estavam aumentadas de volume. Os resultados, considerados em conjunto, são melhores do que os obtidos por qualquer outro método de tratamento; mas é necessário usar de uma certa reserva na apreciação dos efeitos da paratiroidectomia, por um lado, porque o período de observação post-operatória foi pequeno na maior parte dos casos e, por outro lado, porque se devem ter em conta as remisões espontâneas da osteíte fibrosa generalizada.

O material pessoal do A. compreende 2 casos, em que foi praticada a paratiroidectomia, e 1, em que um adenoma da paratiroideia foi submetido à radioterapia. Os três casos eram de doentes do sexo feminino. No primeiro caso extirpou-se um adenoma do tamanho de uma avelã e os sintomas regressaram da forma habitual. No segundo produziu-se uma melhoria passageira depois da extracção de um adenoma do tamanho de uma noz, mas seguido, mais tarde, de novo agravamento; depois da extirpação de outro adenoma do mesmo tamanho, deu-se uma melhoria rapidamente progressiva. No terceiro caso, em que existiam, ao mesmo tempo, fenómenos de hiperparatiroidismo e de hipertiroidismo — metabolismo aumentado de + 50% — produziu-se uma melhoria considerável do estado geral e puderam constatar-se, radiologicamente, ao nível do esqueleto, processos de cura nitidos, como o A. não viu em qualquer outro caso. A calcemia, contudo, continuava elevada e atingiu 14 mgrs. %.

Neste caso os resultados obtidos são, provavelmente, atribuíveis aos efeitos da radioterapia sobre a paratiroideia e sobre a tiroideia conjuntamente.

Acompanha o artigo uma extensa bibliografia e uma curiosa série de radiografias.

E. ÁLVAREZ.

Cirurgia gástrica e anestesia local, pelo Dr. ALBERTO CATALINA. — *Gaceta Medica Española*. N.º 6. Pág. 316. Março de 1932.

O A. considera fundamental o problema da anestesia na cirurgia gástrica e defende o emprêgo da anestesia local como meio de evitar uma série de complicações que aumentam consideravelmente a percentagem da mortalidade.

Há mais de um ano que, só por excepção, pratica a anestesia geral nas gastrectomias e nas outras intervenções sobre o estômago. Acentua a necessidade de o cirurgião se convencer das vantagens que a anestesia local oferece e que muitos desprezam por se preocuparem demasiado com o factor tempo, preferindo assim outras anestésias mais perigosas, mas que permitem manipulações menos suaves e trabalho mais rápido.

Diz ser preciso «sacrificar o tempo ao êxito», devendo o cirurgião que pretenda operar com anestesia local possuir ou adquirir faculdades que lhe permitam trabalhar com calma para evitar movimentos bruscos, criando um ambiente de tranqüilidade para si, para o ajudante e principalmente para o doente.

Divide as intervenções sobre o estômago em dois grupos: anastomoses e gastrostomias; ressecções gástricas, parciais e totais. Diz ser suficiente para as intervenções do 1.º grupo a simples anestesia parietal e para as do 2.º grupo a anestesia parietal juntamente com a dos esplâncnicos ou infiltração dos mesos correspondentes.

Utiliza a novocaína a $\frac{1}{2}$ e 1%, injectando uma hora antes da operação 1 centígrama de morfina com 1 milígrama de escopolamina.

Por êste processo tem obtido sempre os melhores resultados.

A. RÓDO.

Um estudo clinico da etiologia do carcinoma gástrico e esofágico. (*A clinical study of etiology of gastric and esophageal carcinoma*), por LLOYD F. CRAVER. — *The American Journal of Cancer*. N.º 1. Janeiro de 1932.

Extenso artigo em que o A. pretende mostrar a influência de certas afecções e de certos factores na etiologia do carcinoma do esôfago e do estômago. Apresenta como factores importantes a considerar na etiologia do carcinoma gástrico a má dentição, doenças do aparelho gastro-intestinal, alimentos e bebidas quentes, irregularidade das refeições, deficiência de água, excesso de temperos, abuso de remédios, especialmente purgantes, insuficiente mastigação, uso do tabaco e do alcool.

Para o carcinoma do esôfago apresenta estes factores pela ordem seguinte: tabaco, alcool, deficiência de água, má dentição, purgantes.

Estes elementos foram colhidos da observação cuidadosa de trinta e seis doentes com carcinoma gástrico e dezóito com carcinoma do esôfago.

A. RÓDO.

O estado actual do tratamento do cancro do útero, pelo Dr. G. SOLER JULIÁ. — *Ars Medica*. N.º 78. Fevereiro de 1932.

Neste trabalho o A., para efeitos de tratamento, estuda separadamente o cancro do colo e o cancro do corpo.

Segundo as estatísticas, os resultados são quasi iguais nos casos de cancro do colo, quer sejam tratados cirurgicamente, quer pelo rádio e raios X.

O A. descreve e compara os dois processos, sendo partidário da operação depois de ter tratado o cancro pelo rádio, especialmente nos casos pouco avançados, de maneira a poder efectuar o esvaziamento pélvico.

É de opinião que o cancro do corpo uterino deve ser sempre operado por via vaginal, não julgando necessária a prévia applicação de rádio.

A. RÓDO.

A produção experimental de tumores do tecido conectivo. (*The experimental production of tumors connective tissue*), por H. BURROWS, I. HIEGER e E. L. KENNAWAY. — *The American Journal of Cancer*. N.º 1. Janeiro de 1932.

Os AA. obtiveram, com injeções subcutâneas de dibenzantracena em 31 murganhos e 15 ratos, tumores conjuntivos principalmente fusocelulares.

Estes tumores deram, nos ratos, invasão muscular, desenvolveram-se como auto-enxertos e produziram também metástases ganglionares.

Várias espécies de enxertos destes tumores alcançaram a 12.^a e 16.^a gerações no murganho e a 8.^a e 10.^a no rato.

A. RÓDO.

Carcinoma metastático do coração. (*Metastatic carcinoma of the heart*), por R. L. HAMILTON. — *The American Journal of Cancer*. N.º 1. Janeiro de 1932.

O A. apresenta um caso raro de carcinoma metastático do coração, acompanhado da história clínica e do relatório da autópsia. O tumor primitivo era um adenocarcinoma do brônquio esquerdo, sendo as metástases da mesma natureza histológica. O pulmão apresentava, relativamente, uma invasão metastática muito menos acentuada comparada com a do miocárdio que estava, quasi por completo, substituído por tecido neoplásico.

A-pesar-de a neoplasia ter invadido a circulação coronária e as cavidades do coração, os sintomas clínicos de miocardite eram muito atenuados. Não foi feito em vida o diagnóstico de metástase cardíaca, embora houvesse suspeitas de lesões do pericárdio.

A. RÓDO.

Sobre a origem da mielite funicular. (*Zur Entstehung der funikulären Mielitis*), por F. SALUS. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 6. 1932.

O A. apresenta três casos clínicos, dois falecidos e com autópsia, aos quais por *ulcus ventriculi* se lhes tinha feito uma gastro-enterostomia aos primeiros e uma ressecção gástrica ao último, e que apresentaram, passado um período de tempo bastante variável de um para o outro, o quadro neurológico da mielite funicular. Ao mesmo tempo verificou-se um abaixamento gradual da acidez gástrica, até à acloridria, não dando porém o exame do sangue o aspecto característico da doença de Biermer. A associação desses sintomas levou o A. a fazer mais algumas pesquisas que confirmam a hipótese de Biermer: o desaparecimento do ácido clorídrico do estômago provoca um aumento considerável da flora intestinal, com predominância do coli, e toxicose secundária, causa provável do aumento da permeabilidade meníngea às toxinas deste agente. É por isso de recomendar em casos semelhantes, e para um melhor esclarecimento do assunto, investigar sempre: o quimismo gástrico, a flora duodenal com especial atenção ao coli, a presença no sangue de anticorpos contra esta bactéria, assim como no líquido cérebro-espinal que dele está isento nas condições normais.

J. ROCHETA.

A acção da hormona paratiroideia sobre a coagulabilidade sanguínea, em especial relação com as hemoptises tuberculosas. (*Zur Wirkung der Parathyreoidea-Hormones auf die Blutgerinnung, unter besonderer Berücksichtigung der tuberkulösen Hämoptoe*), por G. F. BRUME e T. C. LIN. — *Beiträge zur Klinische der Tuberkulose*. 79 Band. 2 Haft. 1932.

Em investigações feitas em 15 coelhos averiguaram os AA. que, depois da injeção intravenosa da hormona paratiroideia, o tempo da coagulação sanguínea nos dez minutos que seguem a injeção parecia diminuído de 40 a 60%. Análises feitas de 15 em 15 minutos mostram que esta diminuição de-

saparece ao fim de 25 minutos para atingir o valor inicial ao fim de hora e meia.

As observações clínicas, feitas em 10 casos com hemoptises tuberculosas, mostram que a hemorragia depois do emprêgo da hormona da paratiroideia cessou em 9 casos; falhou um, e neste falharam também todos os hemostáticos empregados, com excepção do ostelin *per os*; os melhores resultados obtêm-se por meio de 2 a 3 injeções intravenosas diárias, de 1 c. c. cada uma (20 unidades). O mecanismo da acção reservam os AA. para outra comunicação.

J. ROCHETA.

A colecistografia obtida por doses fraccionadas da substância de contraste, e em especial relação com o estado do figado. (*Erfahrungen mit der fraktionierten peroralen cholezystographie mit besonderer Berücksichtigung des verhaltens der Leber*), por NISSEN. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. N.º 6. 1932.

O A. propõe para a obtenção duma mais segura e perfeita colecistografia a administração *per os* do *iodo-tetragnost* por 3 vezes, 2 gramas de cada vez e separadas uma da outra por um intervalo de 12 horas.

Pelas experiências realizadas verifica, que por êste processo, a nitidez das imagens é pouco inferior à obtida por injeção intravenosa e com a vantagem de evitar o perigo da trombose e do choque.

A influência desfavorável que sôbre a radiografia podem ter as afecções dos órgãos vizinhos, especialmente do lado do tubo digestivo, é em grande parte excluída e dêste modo apresenta vantagens sôbre a injeção.

Emquanto pela colecistografia endovenosa era freqüente observar-se um agravamento da função hepática, quando se pratica a visualização *per os* os resultados obtidos *pelas provas* da função hepática não diferem dos obtidos antes da administração do *tetragnost*. O mau funcionamento do parênquima hepático é uma das mais freqüentes e importantes causas dum *clichet* negativo.

Nunca se observaram fenómenos acessórios desagradáveis. Para assegurar o desaparecimento de gases intestinais, é conveniente o emprêgo dum clister, que deve ser alto e o máximo meia hora a três quartos de hora antes da primeira radiografia.

J. ROCHETA.

O mecanismo e o tratamento da dispneia de origem central. (*Ueber der mechanismus und die Behandlung der zentralen Dispnoe*), por R. SINGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 7. 1932.

É freqüente, na prática diária, confundir-se, nos doentes com insuficiência ventricular esquerda, a respiração de Cheine-Stokes com a dispneia por estase, de origem cardíaca. Embora estas duas formas de insuficiência respiratória tenham inicialmente a mesma causa, há que distingui-las claramente para que a terapêutica se aplique correctamente. O A. refere os bons

resultados obtidos, nos casos de Cheine-Stokes, com a injeção intravenosa de *euphyllin*, que tem um efeito imediato, na regularização do ritmo respiratório; 0,24 a 0,48 bastam em geral para produzir êste efeito, fazendo assim desaparecer todos os incômodos subjectivos que em geral acompanham êsse estado.

É claro, trata-se apenas duma medicação sintomática que não deve fazer esquecer, naturalmente, os toni-cardíacos respectivos.

J. ROCHETA.

Um caso de pancreatite crônica com hiper-insulinismo (Glicopênia). (*Ein Fall von chronischer Pankreatitis mit Hyperinsulinismus (Glycopenie)*), por R. EHRSTRÖM. — *Acta Medica Scandinavica*. Vol. XXVII. Fasc. IV. 1932.

O A. descreve um caso de pancreatite crônica originada secundariamente numa doente que sofria também de colelittase. O duplo diagnóstico tinha sido feito pelos sinais clínicos e depois confirmado pela laparotomia necessária para a colecistectomia. A doente, além disso, referia também canceira acentuada post-prândio, por vezes acompanhada de tremor, e ao mesmo tempo fome muito intensa. A glicemia revelou, mesmo depois de refeições ricas em hidratos de carbono, valores que não excediam 0,1⁰/₁₀₀ e que desciam a 0,08, 2 a 3 horas depois, precisamente quando apareciam os sintomas de hipoglicemia. A administração de novos alimentos fazia cessar toda a sintomatologia.

J. ROCHETA.

O antagonismo entre as neoplasias malignas e a tuberculose. (*L'antagonismo tra neoplasie maligne e tubercolosi*), por V. PETTINARI. — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XI. Fasc. 2. 1932.

Depois duma análise detalhada das ideas que têm predominado acêrca do antagonismo biológico entre o cancro e a tuberculose — a opinião dos autores que primeiramente se occuparam do assunto era partidária da sua existência — o A descreve dois casos clínicos onde as duas afecções coexistiram, e ainda com a particularidade interessante de num dêles se ter verificado, concomitantemente, a generalização dos dois processos nos mesmos órgãos, sem que êsse facto contribuisse para que qualquer dêles inibisse ou diminuísse o crescimento do outro. Pelo contrário, quando chegaram ao contacto, ambos evoluem independentemente, mas como o tecido neoplásico tem uma evolução mais rápida, succede que invade o tecido tuberculoso, com excepção da zona caseosa onde não há vasos. Isto prova que não há de facto antagonismo, podendo explicar-se a pouca frequência das duas afecções num mesmo individuo pela idade diferente em que habitualmente fazem o seu aparecimento.

Quando muito, pode admitir-se uma receptividade diferente dos diversos órgãos para os dois processos mórbidos, conhecida como é a diferença topográfica das duas lesões.

J. ROCHETA

A clínica e a terapêutica da hipertireose. (*Zur Klinik und Therapie der Hyperthyreosen*), por v. JAGIÉ. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 8. 1932.

De todas as causas que merecem especial importância no aparecimento da hipertireose, o A. coloca em primeiro lugar a constituição individual; lembra em seguida a relativa frequência dos estados hipertireóticos após a administração dos preparados iódicos, mesmo em pequenas doses, principalmente nos portadores de bôcio simples ou naqueles a quem, por artério-esclerose, é prescrito êste fármaco; é, todavia, muito variável a sensibilidade ao iodo, não só sob o ponto de vista individual como até regional, afirmando mesmo Hirsch ter observado número maior de casos nos meses de verão. Esta acção do iodo não obriga naturalmente a sua prescrição — a sua influência é possivelmente menor quando associado a uma molécula orgânica — mas é de aconselhar ao prático que não esqueça o exame do aparelho circulatório dos doentes que o tomam e, quando surgem as suspeitas, completá-lo com a medição do metabolismo. De toda a sintomatologia clínica, os sinais que o A. considera de mais importância pela sua precocidade e constância são os do aparelho circulatório, originados no aumento da velocidade circularória, e do volume-minuto: taquicardia, eretismo cardíaco, *pulsus celer* que pode simular a insuficiência aórtica, e em seguida taquisistolia auricular e fibrilação.

Sob o ponto de vista terapêutico médico, os fundamentos sobre que assenta o tratamento são: tranquilidade espiritual e física e, sendo possível, em boas condições climáticas, alimentação pobre em albuminas e rica em hidratos de carbono, e, como adjuvantes, os calmantes como o luminal e os tonicardíacos, digitalina e quinino. A medicação pelo iodo só nas clínicas onde o *contrôle* do doente se possa fazer com segurança. Quando o tratamento médico ao fim de algumas semanas, o máximo três meses, não tiver influenciado favoravelmente a evolução da tireotoxicose deve recorrer-se ao tratamento cirúrgico: a tiroidectomia, que deve ser precedida e seguida de alguns dias, administrando ao doente o soluto de Lugol.

J. ROCHETA.

Quando se emprega a respiração pelo Co_2 com fins terapêuticos? (*Wann verwendet man die Kohlensäureatmung zu Therapeutischen Zwecken?*), por K. HITZENBERGER. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 9. 1932.

Sob o ponto de vista terapêutico, as inalações do Co_2 podem empregar-se com dois intuitos: para ampliar os movimentos respiratórios e acidificar o organismo.

Na primeira indicação deve usar-se uma concentração que oscila entre 3 e 6% e convém àqueles estados de síncope respiratória durante a narcose ou, quando terminada esta, se deseja que o doente volte depressa a si, e ainda adicionadas à respiração artificial imprescindível nos afogados, nos intoxicados pelo gás de iluminação, no choque e no colapso, na asfixia dos recém-nascidos, nas pneumonias e no *singultus* prolongado.

A segunda indicação aparece quando existe uma alcalose e se deseja um

deslocamento para a acidez, como no caso da asma brônquica. Sabe-se, por experiencia em animais, que é impossível provocar uma contracção dos músculos de Reisseissen quando a reacção sanguínea é acida, e esse facto levou Tiefensee a empregar o CO_2 nos acessos asmáticos com bom resultado. Devem excluir-se desta terapêutica todos os casos com enfisema extenso, bronquite crónica e insuficiência circulatória daí resultante. Além da asma todos os casos que se acompanhem de alcalose lucram com a administração do CO_2 : a encefalite com perturbações, respirações e sintomas tetânicos.

J. ROCHETA.

Bibliografia

Chirurgische Neuropathologie, I Band. Die peripherischen Nerven, pelo Dr. L. PUUSEPP. Tartu (Dorpat). — Edit. I. G. Krüger. Rütli, 11, Tartu, 1932.

O professor Puusepp, de Tartu, como agora é denominada a capital da Estónia, outr'ora Dorpat, foi, segundo creio, o primeiro neurologista que se dedicou à cirurgia do sistema nervoso. Discípulo de Bechterew, em S. Petersburgo, foi forçado a emigrar, após o advento da nova situação política russa, para uma das repúblicas burguesas da grande família eslava, acolhendo-se à Estónia, onde o prendiam tradições de família. Já no tempo em que exercia a neurologia em Petrogrado procurava fazer cirurgia do sistema nervoso defendendo desde essa época — há uns 40 anos — a necessidade de chamar para os especialistas a cirurgia neurológica. Questão complexa esta que ultimamente se tem agitado em França, sendo representantes das duas correntes: De Martel, cirurgião-neurologista, e Clovis Vincent, neurologista-cirurgião.

O Prof. Puusepp publicou ainda há pouco um grosso volume sôbre tumores do cérebro que já foi traduzido em espanhol.

O seu novo tratado de *Cirurgia dos nervos periféricos*, com 662 págs. é profusamente ilustrado e escrito em linguagem clara. Contém uma vasta cauística sempre valiosa e elucidativa em trabalhos desta natureza. A primeira edição dêste volume foi dada a lume em Petrogrado, em 13 de Outubro de 1916. Nela aproveitou o material clínico da Academia Militar Médica da velha capital do império dos tzares e os ensinamentos de mestres do valor de Bechterew, Ratinow, Kruglewsky, etc.

Na edição actual, largamente refundida e aumentada, ocupa-se na sua parte geral dos dados mais importantes de anatomia e fisiologia dos nervos periféricos que o neuro-cirurgião deve conhecer. Estuda em seguida a patologia cirúrgica geral dos nervos periféricos; a anatomia, fisiologia e cirurgia especial dos diversos nervos e seus ramos: trigêmeo e seus derivados, facial, espinhal, hipoglosso, nervos cervicais, plexo braquial, nervo frênico, etc., etc.

É muito interessante o capítulo dedicado aos métodos operatórios empregados. Nêle estuda as operações de destruição dos nervos, as que têm por objectivo modificar a capacidade da sua condutibilidade e, por fim, as operações que visam à reconstituição dos nervos periféricos.

Uma outra parte do livro é dedicada ao diagnóstico e semiologia das doenças do sistema nervoso periférico, no que desce às minúcias que êsses

exames requerem, ocupando-se, a seguir, das contracturas, atrofias musculares, hiperquinasias, etc., susceptíveis de serem modificadas pela intervenção cirúrgica dos diversos nervos.

As lesões traumáticas dos nervos, os tumores primários e secundários dos nervos periféricos, merecem ao autor largas considerações, salientando os resultados operatórios obtidos. Termina o tratado por um capítulo dedicado ao tratamento da dor pela cirurgia dos nervos periféricos.

Volume de verdadeiro interesse clínico no campo da cirurgia dos nervos periféricos, é o primeiro de uma série que o Prof. Puusepp pretende levar a térmo. O volume que vai seguir-se é dedicado à cirurgia da medula, havendo mais dois a publicar: um sobre a cirurgia neuropatológica do cérebro e outro sobre a do sistema vegetativo, que certamente terão nos meios neuro-cirúrgicos o sucesso das anteriores publicações do Mestre estoniano.

EGAS MONIZ.

Les maladies organiques du faisceau de His-Tawara. (Étude clinique et anatomique), por IVAN MAHAIM. — 1 vol. de 596 págs. Paris. Masson. 1931.

Nesta época de publicação excessiva de trabalhos de medicina, que caminha num ritmo progressivamente crescente, reflexo da crise que absorve presentemente todas as actividades humanas, aparecem a esmo publicações destituídas de originalidade, completamente inúteis. Raras as que marcam pela originalidade e pelo valor intrínseco. Entre os poucos livros de cardiologia que merecem menção e que ocupam a primeira plana está esta obra de Mahaim.

O A. procurou reunir durante vários anos um grande número de observações pessoais, nas quais a verificação anatómica pôde contrastar (*controler*) o exame clínico e as investigações electrocardiográficas. Trata-se, portanto, duma obra essencialmente anátomo-clínica, de grande mérito, trabalhada por um único investigador, o que lhe dá uma unidade excepcional.

Sem dúvida que existem bons livros de anatomia patológica do coração (especialmente o volume segundo do *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie*), mas são demasiadamente unilaterais, limitados às verificações anatómicas e alheios aos problemas biológicos que elas sugerem quando as cotejamos com as observações clínicas e gráficas.

Mahaim, pelo contrário, realiza, por assim dizer, uma anatomia patológica *viva*; acompanha minuciosamente os casos clínicos, estuda-os com todos os métodos de investigação e completa-os *post-mortem* com os exames minuciosos dos cortes histológicos em série. Desta sorte, a morfologia, ciência morta, torna-se viva, como diz Mahaim, em contacto com os dados da patologia de cada caso.

Insiste Mahaim que, se nas duas últimas décadas as investigações fisiológicas fizeram progredir os nossos conhecimentos da patologia cardíaca, sobretudo do ritmo, o exame anatómico é duma grande importância, apesar-de desprezado, ou, quando muito, feito imperfeitamente. O A. critica

muitos resultados negativos de outros investigadores, por efeito da insuficiência do método ou da imperfeição da técnica, e expõe o processo pelo qual se deve examinar o feixe de His-Tawara em todo o seu percurso.

O livro está dividido em três partes: na primeira parte, o A. expõe a anatomia e a fisiologia do feixe de His, mantendo-se partidário da teoria clássica, unicista da propagação do estímulo cardíaco; indica os métodos de exame, a técnica clínica, gráfica e anátomo-patológica que permitem o estudo do feixe de condução. Na segunda parte, estuda as perturbações de inibição — o ritmo nodal passivo, a bradicardia por perturbações de condução aurículo-ventricular, o bloqueio dos ramos, a bloqueio de arborização; as perturbações de hiperexcitação — taquicardia por isquemia do feixe de condução, taquicardia por inflamação do feixe de condução, taquicardia por degenerescência do mesmo feixe, a extrassistolia orgânica, a anarquia e a fibrilação ventricular. A terceira parte, alfim, dedicada à síntese anátomo-clínica: lesões do feixe e lesões congénitas do septo. No último capítulo o A. estuda as lesões do feixe sob o ponto de vista do prognóstico e da terapêutica. Todos os casos clínicos em que assentam as conclusões desta obra são contratadas pelas investigações gráficas e anátomo-patológicas.

Este método precioso desvenda-nos um panorama fisio-patológico de extraordinários recursos.

É uma obra que fica como padrão dos estudos das localizações cardíacas, e que se nos apresenta como um guia seguro para os estudiosos da cardiologia.

E. COELHO.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

A Escola Anatómica de Bolonha

(Continuação da página XXVII)

Ainda hoje, por deliberação municipal de 1925, nela são depositados os professores falecidos; aí recebem, antes de serem levados ao cemitério, as homenagens dos colegas e estudantes.

Também nesta mesma capela se rezava missa nos dias em que se pronunciavam lições públicas de anatomia, em sufrágio da alma do individuo que servia para a sua documentação.

As galerias claustrais e aposentos do edificio dividiam-se em duas secções: a da direita de quem entra pertencia aos legistas; a da esquerda aos artistas, aos médicos.

A actual sala de leitura da biblioteca, espaçosa e grave, era a antiga *Aula Magna* dos artistas.

Recheada de escudos pintados, tem na parede da cabeça, sobre a antiga cátedra, inexistente agora, as efigies dos santos médicos Cosme e Damião, aos lados da Virgem.

No claustro alto, a meio da galeria fronteira à entrada, fica o anfiteatro anatómico; à sua esquerda existiu um outro a que já me referi, muito menor.

Aquele, belamente conservado, começou a ser construído em 1637 pelo architecto António Levanti, tendo-se despendido na obra para cima de 3.300 liras bolonhesas.

É uma vasta sala rectangular, de luz muito coada, as paredes forradas a madeira de abeto. De rico cedro, composto de caixões esculpidos, é o tecto magnífico. Bancadas a toda a volta do salão occupam um tço da altura da parede, rematadas ao alto por uma singela balaustrada.

A meio e ao longo dos muros alguns nichos com estátuas, no total de 12, de tamanho natural, representando Mundinus, Varignana, Galenus, Hippocrates, Varolius, Argelata, Sbaraglea, Malpighius, Fracassatus, Bartoletus, Italicotius e Arantius:

As dos quatro primeiros, bem como a de Malpighi e Sbaralea, foram oferecidas por Marco Antonio Collina, o já referido sobrinho d'este último anatomista.

A todo o comprimento das paredes, ao alto, vêem-se numerosos bustos representando Hierominus Cadanus (MDLXIX), Bartolom. Magnus (MDL), Franc. de Rotis (MDXLI), B. Theodosius (MDXXVIII), Alexander Achillin. (MDVII) Leonelles Victor (MCCCCXXVIII), Bertruccius (MCCCXIII), Irnerius Teutonicus (MCXX), Petrus Apopenensis (MCCLXXX), Jacob Montecalvus (MCCCL), Hieron. Manfredius

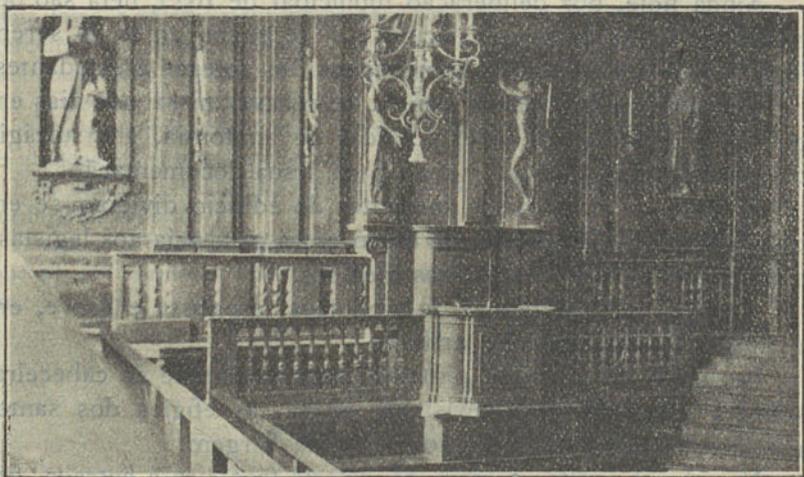


Fig. 2

Aspecto do anfiteatro anatómico de Bolonha. Ao centro, a cátedra.

(MCCCCLV), Joan. Garzonius (MCCCXVI), Tiberius Bacilerius (MD), Ludovicus Buccafer (MDXX), Pamphil. de Monte (MDXI), Benedictus Victor (MDXLV), Hieron. Mercurial (MDLXXXVII) e Ulyssus Aldrovandus (MDLIII).

Muitos brasões ornamentam também as paredes. Candelabros solenes pendem do teto. Este apresenta-se, como disse, belamente esculpido; digno de nota o Zodíaco aí representado, de figuras (signos) em bom relêvo.

Ao centro, uma outra em atitude de vão, trazendo uma flor na mão esquerda.

Em volta, quatro dísticos latinos, de carácter médico.

À cabeceira do salão, o imponente baldaquino cobrindo a cátedra (fig. 2).

É sustentado por duas magníficas estátuas esculpidas em madeira de tilia, obra de Ercole Lelli, representando dois homens cujos músculos superficiais foram postos em elegante evidência.

Ambas estão datadas: E. Lelli F 1734. São, portanto, posteriores à fundação do anfiteatro. Ercole Lelli, pintor, escultor e anatomista de raro mérito, fôra encarregado pelo Papa Benedetto XIV de compor preparações em cera destinadas a enriquecer o Instituto de Ciências de Bolonha, no qual houve um curso de anatomia, complemento do que então se leccionava no Studio.

O mesmo pontífice aconselhara o Senado de Bolonha a organizar um Museu Anatômico com peças de Lelli; nisso se gastaram 17.000 liras bolonhesas. Lelli, que preparava difíceis peças anatômicas em tamanho natural, vestira com músculos de cera dois esqueletos humanos, obtendo assim os modelos para aquelas notáveis estátuas.

Diz-se que antes de as esculpir, e para ser rigoroso na obra, havia dissecado nada menos de 50 cadáveres (1).

O titular do curso de anatomia no referido Instituto foi Galvani; seu sucessor, em 1782, Mondini tomou conta da cátedra, visto Galvani passar a reger a obstetrícia deixada vaga por Galli, morto naquele ano.

Assim o insigne cientista abandonara a anatomia. Mondini foi prossector anatômico no Studio até 1803.

Ercole Lelli professou anatomia no Arquigimnásio. Ensinara osteologia e miologia à grande artista, escultora e pintora, Ana Manzolini, que foi celebrada anatomista. Ela, Laura Bassi e Tambroni compõem uma tríade de mulheres sábias das quais Bolonha justamente se orgulha.

Ana era casada com o insigne artista Manzolini, que se juntara no trabalho a Ercole Lelli, quando Benedetto XIV incumbira este de construir a sala anatômica do Instituto de Ciências.

Porém, de carácter melancólico, talvez misantropo, Manzolini abandonara a companhia de Lelli, instalando oficinas suas.

Para auxiliar o marido, Ana dedicou-se à dissecação de cadá-

(1) Louis Masson. — *Le vieil amphitéâtre, in Op. cit.*

veres e, depois, à preparação em cera de peças anatómicas, célebres em todo o mundo.

Desta notável mulher de ciência, à qual Carolina Bonafede, outra ilustre bolonhesa, chama «savia consorte, una madre attenta, una vigile e intelligente direttrice di famiglia...» (1), direi, adiante, mais algumas palavras.

Voltemos ao anfiteatro do Studio. Sobre o baldaquino vemos uma figura de mulher sentada, à qual se dirige uma criança nua que lhe apresenta um fémur. A mulher significa a anatomia. Sobre êste gracioso conjunto de figuras lê-se:

THEATRVM HOC
ANNIS 1638. 1645. 1649
ELABORATVM ET CONFECTVM
REI VECTIGALIS MODERATORES NOVENDECIM VIRI
DETRACTIS ETATIS VITIIS
AN 1733. 1734
REFICI CVRAVERVNT

Vê-se, portanto, que o anfiteatro, começado em 1637, continuou a instalar-se nos anos seguintes, acabando em 1733-34.

Era reitor do Studio Ulisse Aldrovandi. Nas paredes, entre as estátuas, bustos e escudos já referidos, existem vários dísticos gravados contendo o panegírico de determinadas personagens: pontífices, reis, etc.

A mesa em que se collocava o cadáver para servir às lições públicas era de mármore e sustentava nas extremidades uma tocha que fúnebremente alumia a cena.

Eis, em rápida visita, o anfiteatro de anatomia de Bolonha, onde ensinaram tão célebres professores e se viveram curiosísimos episódios e animaram verdadeiras justas de pura erudição.

(Continua).

(1) Carolina Bonafede. — *Cenni biogràfici e ritratti d'insigni donne bolognese, raccolti dagli storici più accreditati*. 1845. Bologna.

* * *

Faculdades de Medicina

Do Pôrto

Na Faculdade de Medicina realizaram-se as provas de concurso dos Drs. Azevedo Maia e Amândio Tavares, respectivamente para as cadeiras vagas de Patologia médica e Anatomia patológica.

Discutiram os trabalhos do primeiro os Profs. Adelino Padesca (de Lisboa) e Rocha Pereira (do Pôrto), e os trabalhos do segundo os Profs. Henrique Parreira (de Lisboa) e Lourenço Gomes (do Pôrto).

Os candidatos foram aprovados.

— São autorizados a ir a Nancy, ao Congresso dos Anatómicos, os Profs. António de Sousa Pereira e Álvaro Pinheiro Rodrigues.

— Recebeu-se na Faculdade um donativo de 1:000,000 para o Dispensário de Magalhães Lemos.

— A seqüência do Curso de Semiótica Laboratorial interrompeu-se pelas férias da Páscoa.

De Coimbra

Está aberto concurso para assistente de Histologia e Embriologia da Faculdade.

De Lisboa

Abriu-se concurso para um lugar de assistente da cadeira de Psiquiatria.

* * *

Hospitais Civis de Lisboa

Publicou-se o diploma de nomeação dos Drs. José dos Santos Coelho e Aires de Sousa para os cargos de assistentes de radiologia dos Hospitais.

— O concurso para cirurgiões dos Hospitais terminou no dia 4 de Abril. Os candidatos aprovados foram os Drs. Vergílio Custódio de Moraes e Luiz Quintela.

— Os Drs. Dias Amado, Deniz Pedroso e Dias Costa assumiram os cargos de assistentes dos serviços de análises clínicas dos Hospitais, para que haviam sido contratados por concurso.

— A 13.^a conferência da série promovida pelo Dr. Ferreira da Costa, director do serviço de estomatologia dos Hospitais, versou sôbre prótese fixa e o seu emprêgo na contenção das fracturas dos maxilares. O conferente foi o Dr. João Lopes Cardoso.

— A 14.^a conferência, pronunciada pelo Dr. Armando Góis, intitulava-se: «Osteomiélite dos maxilares».

Sociedade das Ciências Médicas

À sessão do dia 14 de Março presidiu o Prof. Reinaldo dos Santos. As comunicações apresentadas foram:

«Pruritus-ani», pelo Dr. Adriano Burquette. «Algumas operações estéticas da face», pelo Prof. Carlos de Melo. «Anestesia intravenosa pela avertina», pelo Dr. Augusto Lamas. «Hepatoesplenografia», pelos Drs. Eduardo Coelho e Aleu Saldanha.

Na sessão do dia 2 de Abril, o Dr. Raúl de Faria falou sobre a «Tuberculose pulmonar inflamatória».

O Dr. Pereira Caldas fez uma comunicação sobre pielografia ascendente e descendente e seu valor comparado.

O Dr. Carlos Santos (filho) relatou as suas observações acerca da radiocirurgia de paz e de guerra e da localização e extracção de corpos estranhos por meio de aparelhos da sua invenção.

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

Reuniu-se esta Sociedade para apresentação das seguintes comunicações: «As pregas da mucosa», pelo Dr. José Caldas e «Anomalias costo-vertebrais», pelo Dr. Carlos Santos (filho).

Associação Médica Lusitana

Recomeçaram as sessões científicas promovidas pela Associação Médica Lusitana. A ordem da noite de 7 de Abril foi a que segue: Dr. Alberto Brochado, «O síndrome de Capgras»; Drs. Vilas Boas Neto e César Martins, «Micoses das unhas e *epidermophyton nigricans*»; Dr. Gonçalves de Azevedo (filho), «O parto sob raqui-anestesia nas cardíacas».

Conferências

No Instituto Clínico da Junta Geral do Distrito, o Dr. Brito de Abreu pronunciou uma conferência intitulada: «Como cuidar das crianças». Tam-

bém o Dr. Ary dos Santos (filho) falou no mesmo Instituto sobre «Insuficiência respiratória nasal nas crianças».

Na Universidade Popular Portuguesa, o Dr. Luiz Dias Amado fez uma conferência sobre «A vida».

O Dr. José Pontes falou sobre «Higiene Social» na Sociedade Promotora de Educação Popular.

A Dr. D. Sara Benoiel está a realizar um curso de puericultura na creche dos Hospitais Cívicos de Lisboa.

No Instituto de Investigação Científica Bento da Rocha Cabral realizar-se-ão conferências nos dias abaixo mencionados, pelas 21 horas:

7 de Abril — «Hormonas femininas», pelo Dr. Joaquim Fontes.

14 de Abril — «O sangue como carácter individual», pelo Dr. Kurt Jacobsohn.

21 de Abril — «Secreção mamária», pelo Dr. Freitas Simões.

28 de Abril — «Vírus filtrantes tuberculosos», pelo Dr. Alberto de Carvalho.

5 de Maio — «Sono hibernal», pelo Dr. Marck Athias.

12 de Maio — «¿Porque nascemos homem ou mulher?», pelo Dr. Ferreira de Mira.

Lepre

O Governo nomeou o Dr. Peregrino da Costa, director dos asilos dos lázaros das ilhas de Coloane e S. João de Macau, representante oficial na conferência nacional sobre leproso que deve realizar-se em Xangai, em 14 e 15 de Abril.

Medicina tropical

A direcção da Escola de Medicina Tropical propôs ao Ministro das Colónias que seja enviado a Cabo Verde o Prof. Firmino Santana, a fim de continuar os seus estudos sobre sezonismo; e que parta para a Guiné o professor auxiliar Fontoura de Sequeira com o objectivo de estudar as tripanossomiasas humanas e animais e seus insectos propagadores.

Prof. René Leriche

Ao Prof. René Leriche, quando da sua estada em Portugal, foi conferido o grau de «doutor *honoris causa*» não só na nossa Faculdade como também

nas do Pôrto e de Coimbra. O catedrático francês pronunciou conferências nestas duas Faculdades sôbre assuntos que já versara em Lisboa.

Prof. Barthélemy

O cirurgião francês Prof. Barthélemy esteve no Pôrto e aí visitou a Faculdade de Medicina. Realizou uma conferência sôbre: «As aplicações da bacteriologia em cirurgia».

Médicos franceses em Lisboa

Estiveram em Lisboa alguns professores catedráticos e médicos franceses que viajavam pelo sul da Europa e Norte de África.

Entre os visitantes contavam-se o Prof. Baltazar, director da Faculdade de Medicina de Paris, e o Prof. Carrière, da mesma Faculdade. Os professores catedráticos de Lisboa receberam os seus colegas no edificio da Faculdade.

Viagens de estudo

Subsidiado pela Junta de Educação Nacional, o Prof. Celestino da Costa vai a França em missão de estudo e representará a Faculdade de Medicina de Lisboa no Congresso dos Anatômicos, em Nancy.

— Os Profs. da Faculdade de Medicina do Pôrto, Drs. Pires de Lima e Almeida Garrêtt, durante os meses de Maio e Junho visitarão, respectivamente, os museus de anatomia da Alemanha e as clínicas pediátricas e de puericultura de França.

Prof. Pierre Teissier

Morreu em Paris o Prof. Pierre Teissier, professor da Faculdade de Medicina e membro da Academia de Medicina de Paris.



Tratamento completo das doenças do fígado e dos síndromas derivativos

Litíase 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 : LABORATORIO da PANBILINE, Annonay (Ardèche) FRANÇA
Representantes para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.^a Rua da Palma, 240 - 246 — LISBOA

TRATAMENTO DA DIABETES E SUAS MANIFESTAÇÕES

PELA **INSULINA BYLA**

ADOPTADA NOS HOSPITAIS DE FRANÇA

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

Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

*¿Acidez de estomago?
¿Acido gastrico?
¿Dores de estomago?*

ALUCOL

O Alucol adsorve o excedente do acido gástrico e acalma desta maneira o efeito irritante do mesmo e consequentes dôres de estomago. O organismo não se acostuma a este remedio, o que quer dizer que não perde o seu efeito com o uso habitual, nem tão pouco afecta a digestão.

Em pó



Em comprimididos



Vende-se em todas as farmacias e boas drogarías

**Dr. A. WANDER
S. A. BERNE**

Únicos concessionarios para Portugal:

**ALVES & C.ª (Irmãos)
Rua dos Correiros, 41, 2.º
LISBOA**