

COIMBRA MÉDICA

REVISTA MENSAL
DE
MEDICINA E CIRURGIA



FASCICULO III
SÉRIE III
VOL X
MARÇO
1963



INSTITUTO LUSO-FÁRMACO

LISBOA—PORTUGAL ————— MILÃO—ITÁLIA

DIRECTORES

MAXIMINO CORREIA, JOÃO PORTO,
LÚCIO DE ALMEIDA, AUGUSTO VAZ
SERRA, ANTÓNIO MELIÇO SILVESTRE,
CORREIA DE OLIVEIRA, LUÍS RA-
POSO, MÁRIO TRINCÃO, TAVARES DE
SOUSA, OLIVEIRA E SILVA, LUÍS
ZAMITH, JOSÉ BACALHAU, BRUNO
DA COSTA, HENRIQUE DE OLIVEIRA,
LUIZ DUARTE SANTOS, ANTUNES
DE AZEVEDO, LOBATO GUIMARÃES,
J. M. L. DO ESPÍRITO SANTO,
ALBERTINO DE BARROS, IBÉRICO
NOGUEIRA, GOUVEIA MONTEIRO,
BÁRTOLO DO VALE PEREIRA, HER-
MÉNIO INÁCIO CARDOSO TEIXEIRA,
RENATO TRINCÃO, A. SIMÕES DE
CARVALHO e FERNANDO DE OLIVEIRA

REDACTORES

A. CUNHA VAZ, M. RAMOS LO-
PES, LUÍS JOSÉ RAPOSO, ROBALO
CORDEIRO

SUMÁRIO

Págs.

Robalo Cordeiro e Francisco Severo — «Sobre um caso de carcinoma-tose pulmonar» (Carcinose alveolar?)	217
António José C. de Aguiar — «A persistência da veia cava superior esquerda»	233
Leovegildo de Albuquerque — «A nossa experiência no tratamento das heteroforias e heterotropias»	249
Henrique Vilaça Ramos — «Algumas repercussões biliares da gastrectomia do tipo Billroth II»	261
Luciano dos Reis — Nota Clínica — «Sobre um caso de "Pancreatite crónica recidivante"»	283
Revista das Revistas	293
Visita a Coimbra do Ministro da Saúde	311
Informações	323

EDITOR E PROPRIETÁRIO — PROF. AUGUSTO VAZ SERRA

Toda a correspondência deve ser dirigida à Redacção e Administração da «Coimbra Médica»



EDITA: SOCIEDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Biblioteca da Faculdade de Medicina — COIMBRA

TETREX

INTRAMUSCULAR «150»

Pirrolidinometil tetraciclina.....	350 mg
Cloridrato de lidocaína*	40 mg
Ácido ascórbico	300 mg por frasco

INTRAMUSCULAR «350»

Pirrolidinometil tetraciclina.....	350 mg
Cloridrato do lidocaína*	40 mg
Ácido ascórbico	300 mg por frasco

(*) Xilocaína é a marca registada de Astra Pharmaceutical Products Inc., para a lidocaína

TEORES HEMÁTICOS ADEQUADOS DURANTE 24 HORAS

TETREX

ENDOVENOSO «350»

Pirrolidinometil tetraciclina	350 mg
Ácido ascórbico	250 mg

ENDOVENOSO «700»

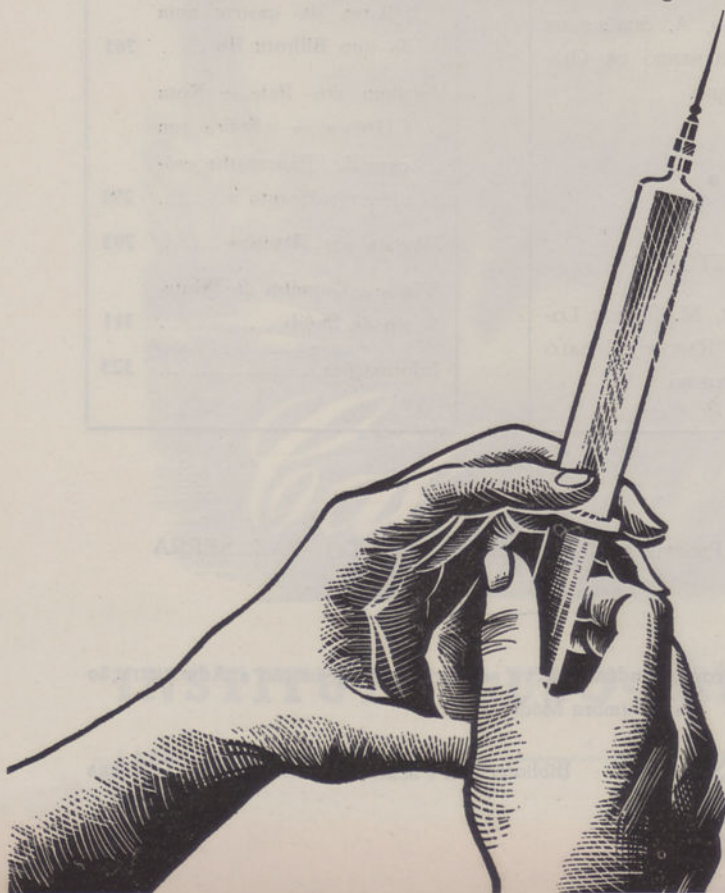
Pirrolidinometil tetraciclina	700 mg
Ácido ascórbico	500 mg

PARA INJEÇÃO
DIRECTA
OU EM DIFUSÃO

UM PRODUTO
DO INSTITUTO
LUSO-FÁRMACO

preparado
sob licença de

Bristol Laborato-
ries Inc. — Siracusa
Nova Iorque



SERVIÇOS DE CLÍNICA MÉDICA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA
(DIRECTOR: PROF. DR. A. VAZ SERRA)

SOBRE UM CASO DE CARCINOMATOSE PULMONAR (CARCINOSE ALVEOLAR?)

POR

ROBALO CORDEIRO

Primeiro-Assistente da Faculdade de Medicina

E

FRANCISCO SEVERO

Segundo-Assistente da Faculdade de Medicina

Iniciamos esta breve nota clínica com a apresentação do caso que a justifica.

I

M. P. L. T., de 18 anos de idade, solteira, natural de Buarcos e aí residente, empregada numa fábrica de malhas, foi observada por um de nós com a queixa principal de dispneia e tosse.

Interrogados os pais, nada encontrámos neles de relevante, sob o ponto de vista clínico; nela própria, apenas merece referência uma fractura do úmero esquerdo, aos 6 anos de idade — e, como elementos negativos, a ausência de quadros bronquíticos ou asmatiformes.

No entanto, a situação que agora a trazia à consulta vinha-se já esboçando desde há três meses atrás, quando a tosse, sempre seca e irritativa, a começara a apoquentar, acompanhada de dispneia de esforço e noturna e de pontadas, eventuais e de sede variável.

Este quadro clínico, ao que parecia evoluído sempre em apirexia, foi-se carregando progressivamente, a ponto de a tosse se tornar constante e a dispneia quase permanente também.

Entretanto, e atribuível aos esforços da tosse, surgiram-lhe vômitos episódicos, sem horário, por vezes acompanhados de epigastrias aparentemente relacionáveis com a opressão pré-esternal devida à sua dispneia.

O exame da doente revelou alguns elementos de interesse.

O seu estado de nutrição era regular — o apetite, aliás, mantivera-se — e a sua inteligência aguçada permitia-lhe colaborar perfeitamente no interrogatório; a sua facies apresentava-se um pouco angustiada e tingida de um tom vermelho-cianótico nas regiões malares e nos lábios. O termómetro marcava 37,5°.

O exame dos aparelhos respiratório e cardiovascular revelou: frequência respiratória de 32 ciclos por minuto e cardíaca de 120 por minuto; tensões arteriais de 13/7 mm Hg. com i. o. de 1,5; auscultações cardíaca e pulmonar absolutamente normais; palpação torácica normal — sem frémito cardíaco e sem alterações das vibrações vocais; percussão também sem qualquer anormalidade.

O exame abdominal enquadrava-se inteiramente dentro da normalidade; saliente-se, ainda, que o baço e o fígado eram impalpáveis. A digestão parecia processar-se em moldes normais, assim como a defecção.

O restante exame clínico foi negativo, merecendo compreensíveis referências as circunstâncias de não termos encontrado adenopatias em qualquer região e de não haver sinais de compromisso meníngeo.

A doente era acompanhada de certos elementos laboratoriais e referia os resultados de alguns exames, provenientes, uns e outros, de observações clínicas anteriores.

Assim, pudemos tomar conhecimento dos seguintes dados:

— Radiografia torácica, em que era visível um processo de pneumopatia bilateral, disseminada a todos os campos e de aspecto nodular, de grão pequeno, com reforço denso no campo inferior direito. Silhueta cardiovascular normal.

— Hemograma, que revelou 4 320 000 eritrócitos, com 90% de hemoglobina, e 7 712 leucócitos (72% de neutrófilos, 6% de eosinófilos, 2% de monócitos e 20% de linfócitos).

NOVO MIOTONOLÍTICO COM ACÇÃO SELECTIVA
NO CONTROLE DA TENSÃO MUSCULAR E DAS DORES
EM REUMATOLOGIA E TRAUMATOLOGIA

PARAFLEX

MARCA REGISTRADA

0,25 G DE CLOROXAZONA POR COMPRIMIDO

- ACÇÃO RÁPIDA E PROLONGADA
- AUSÊNCIA DE EFEITOS SEDATIVOS CENTRAIS
- EXCELENTE TOLERÂNCIA

APRESENTAÇÃO E PREÇO

Tubos de 20 comprimidos 38\$00

Produto original  preparado sob licença

LABORATÓRIOS AZEVEDOS
MEDICAMENTOS DESDE 1775



ESTADOS BRONCO-PULMONARES
SUAS COMPLICAÇÕES
BRONCO-PULMONARES

PULMERICIN

COMPOSIÇÃO

1 frasco com:

Iodidrato de ester dietil-aminoetilico da benzilpenicilina

1 ampola de veículo com essências antissépticas

PULMERICIN-ESTREPTO

COMPOSIÇÃO

1 frasco com:

Pulmericin + Associação com Sulfato de Estreptomicina
base

1 ampola de veículo com essências antissépticas

ELECTIVIDADE ESPECÍFICA PARA O TECIDO BRONCO-PULMONAR...

LABORATÓRIOS NOVIL, LDA.

RUA DO CENTRO CULTURAL, 13-13 A

Telefones 71 20 41/2 — (ALVALADE) — LISBOA

DIRECÇÃO TÉCNICA:

A. PIRES RODRIGUES

Licenciado em Farmácia

Velocidade de sedimentação de 22,2 e 37 (em duas determinações do índice de Katz); calcémia de 0,13 grs./l; pesquisa do bacilo de Kock, na expectoração, negativa (ao exame direto e após homogenização).

— Exame broncoscópico negativo, com realização de lavagem e aspiração brônquicas para pesquisas diversas, as quais se revelaram negativas para o bacilo de Koch e para fungos, apenas demonstrando a presença de muitos diplococos e raros estafilococos; a citologia era normal.

Em face da situação e da ineficácia da terapêutica previamente ensaiada, pareceu-nos justificar-se um tratamento de prova, que elaborámos com a prescrição de isoniazida, estreptomina, PAS e prednisolona — assim como de broncodilatadores e expectorantes (supositórios de Histasma e xarope de Benylin).

No entanto, não deixámos de acentuar aos familiares que a instabilidade do diagnóstico provisório — só esboçado com fundamento na necessidade de uma prova terapêutica — deveria acabar por impôr o internamento da doente, para ulterior e mais completa apreciação.

Foi, aliás, o que sucedeu poucos dias volvidos, quando o agravamento dos seus padecimentos acabou por vencer as naturais reservas opostas pela família ao internamento da doente.

Deu M. P. L. T. entrada na Enfermaria 4.^a M. M. dos H. U. C. em 3 de Outubro de 1962, tendo ficado registada sob o número 1664.

O exame clínico decalcava-se no que realizáramos dias antes, com a reserva de um nítido agravamento da sua situação, por força de uma maior intensidade da tosse e da dispneia, a qual atingia a gravidade de crises asmáticas de difícil solução.

Entretanto, foram realizados outros exames complementares.

Um electrocardiograma (Fig. 1) pôs em evidência um coração vertical e uma eventual alteração da repolarização em algumas derivações; a sombra cardíaca, aliás sempre pulsátil, mantinha o seu aspecto normal; a tensão venosa, medida na veia mediana basilica, cifrava-se em 9 cm H₂O; a auscultação não revelava quaisquer alterações dos ruídos cardíacos.

Um novo hemograma revelou, agora, 4 470 000 — com 13,35 grs. de hemoglobina — e 30 100 leucócitos

(80 % de neutrófilos segmentados, 2 % de neutrófilos em bastonetes, 5 % de monócitos, 4 % de eosinófilos e 9 % de linfócitos). O hematócrito era de 45 %; a velocidade de sedimentação de 64 (índice de Katz); a glicémia de 0,80 grs. por litro e a urémia de 0,31 grs. por litro; as reacções de

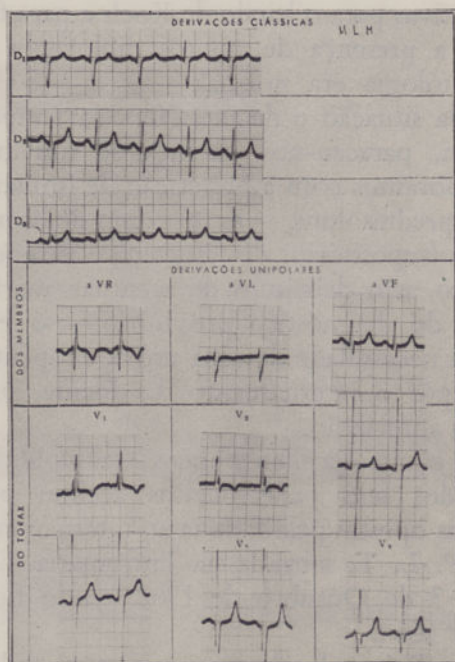


FIG. 1

Wasserman e de Khan eram negativas; a proteinémia situava-se em 67,375 grs./litro (44 grs. de serina e 23,375 de globulinas); a fibrinogénemia era de 0,7062 grs./litros.

A cuti-reacção à tuberculina foi negativa.

As provas da função respiratória (Fig. 2), realizadas pelo Dr. António Aguiar, forneceram os seguintes resultados:

- «1) — Volumes pulmonares uniformemente diminuídos sendo a CV apenas de 47% da CV Teórica prevista. O volume residual encontra-se, ao contrário moderadamente aumentado a 40% da CPT.

- 2) — Os parâmetros ventilatórios encontram-se praticamente dentro dos valores fisiológicos e o VEMS, apesar de diminuído em relação ao seu valor Teórico previsto, está de acordo com a CV Real (79%) o que demonstra a eficácia dinâmica ventilatória.

N.V.C.
S.MEDICOS

LABORATORIO DE PROVAS FUNCIONAIS RESPIRATORIAS

NOME: Francisco Antonio Gonçalves, IDADE: 18, PROFISSÃO: doméstico.
 MORADA: — PEDIDO POR: 44 RM
 ALTURA: 1,52 DATA: 8-10-62

I - VOLUMES PULMONARES:
 Vol. de Reserva Inspiratória: 750
 Vol. de Reserva Expiratória: 400
 Vol. Corrente: 500
 CAPACIDADE VITAL: 1650, T.V. TECNICA: 3034
 Volume residual: 1000
 CAPACIDADE PULMONAR TOTAL: 2450

C.V. (Res. F.R.M.) 47% Normal 80%
 C.V. (Técnica)

Vol. Res. Subst. 150 40% Normal 20 - 30%
 Cap. Pulm. Total

II - VENTILACAO
 Vol. corrente: 500
 Frequência respiratória: 22
 Volume/mínuto: 7500
 Vol. Expiratório Máximo/segundo 1150, V.P.R. TEORICO: 2457
 VEMS x 100 79% Normal: 70 - 85%
 C.V.

VEMS x 100 = 46%
 VEMS (Teórico)

Ventilação máxima/mínuto: 36.400

III - INTERCAMBIO GASEOSO
 Consumo de oxigênio: 750/ml/minuto
 Equivalente respiratório do oxigênio: 3, Normal: 1 - 3

IV - INDICES
 Reserva respiratória (Courmand): 79% Normal: 80 - 95%
 Índice de SHUNT: 20% Normal: 15%

V - RESPIROGRAMA

O Médico,
 Chelão de Aguiar

Fig. 2

- 3) — O intercâmbio gasoso não revela qualquer anormalidade.
- 4) — No expiograma não se registaram alterações não havendo «air trapping» nem sinal de «crenau».

CONCLUSÕES — Em face dos dados acima expostos o conjunto das provas funcionais é sugestivo dum processo de fibrose pulmonar.

Entretanto, seis dias após o internamento, puderam-se-lhe palpar, pela primeira vez, algumas adenopatias: pequenas e múltiplas, na região axilar esquerda; uma, mais volumosa, rodeada de outras de menores dimensões, na região supraclavicular interna direita. Eram todas indolores e facilmente deslocáveis.

Nesse mesmo dia, um exame radiológico do tórax, pedido com alta quilovoltagem, pôs em evidência uma enorme adenopatia, na região da crossa da ázigos (Fig. 3).



FIG. 3 — Radiografia torácica, com alta quilovoltagem (9-X-962).

Clinicamente, a situação agravava-se progressivamente: dispneia intensíssima — mais de 50 ciclos respiratórios por minuto; tosse constante, agora acompanhada de abundante expectoração mucosa; temperatura à volta de 38,5°; cianose intensa.

A terapêutica oscilou — com naturais alternâncias e consoante a intensidade das crises que deterioravam o já de si grave

D I S E N T E R I A S
A M I B I A N A e B A C I L A R
C O L I T E S
e E N T E R O C O L I T E S

GUANIBIOL

C O M P R I M I D O S

(Neomicina + Bacitracina + Sulfaguani-
dina + Vitaminas B₁, B₂, B₆ e PP)

O **GUANIBIOL** apresenta
as seguintes características:

Contém 2 antibióticos de acção sinérgica.

Associada aos antibióticos possui sulfa-
guanidina que, além da sua acção elec-
tiva intestinal, evita as reacções
secundárias resultantes dos antibióticos

Não origina avitaminoses B.

O **GUANIBIOL** é um medicamento
completo para a terapêutica intestinal.

A P R E S E N T A Ç ã O :

Tudo de 10 comprimidos



Laboratório FIDELIS

RUA D. DINIS, 77-LISBOA-PORTUGAL

DIARRÉIAS
COLITES
ENTEROCOLITES

LACTANO

CALDO

COMPRIMIDOS

(Bacilos lácticos + Vitaminas B₁, B₂ e PP)

O **LACTANO** normaliza a flora intestinal, sendo, além disso, um adjuvante completo dos antibióticos e sulfamidas na terapêutica das doenças intestinais.

APRESENTAÇÃO :

Frasco de 150 c. c. de caldo

Tubo de 20 comprimidos

Caixa de 3 tubos de 20 compr.



Laboratório FIDELIS

RUA D. DINIS, 77-LISBOA-PORTUGAL

quadro clínico de fundo — em redor das seguintes prescrições: isoniazida; estreptomycina; penicilina, Reverin; Terramicina; prednisolona; Aminofilina; probamato; Largactil; estrofânticos; Micorene; expectorantes; oxigénio...

Entretanto, um novo hemograma, realizado seis dias depois do anterior, não revelou alterações sensíveis: 4 460 000 eritrócitos, 13,6 grs. de hemoglobina e 23 000 leucócitos (81% de neutrófilos segmentados, 1% de neutrófilos em bastonete, de monócitos e de eosinófilos, 16% de linfócitos); e um outro ainda, três dias mais tarde, era-lhe sobreponível também (4 800 000 de eritrócitos, com 100 % de hemoglobina; 24 700 leucócitos, com 85 % de neutrófilos segmentados, 7 % em bastonete e 8% de linfócitos).

Por esta mesma data, o exame citológico da expectoração, para pesquisa também de material PAS-positivo, assinalava: «Os esfregaços foram corados pelo método de Mac Manus, verificando-se serem constituídos por raros elementos celulares; há, apenas, algumas células basais PAS negativas, massas de cocos e raras células, pavimentosas não queratinizadas, assim como raros polinucleares».

E uma biópsia, que realizámos, da adenopatia supraclavicular atrás referida, permitiria descrever ao Prof. Renato Trincão: «Estudo macroscópico: Formação ganglionar do tamanho de uma azeitona envolvida por gordura e de superfície de secção branca rosada; existem outros pequenos gânglios com dimensões que não excedem os de bagos de arroz. Estudo histológico: os fragmentos estudados são retalhos de tecido ganglionar quase totalmente invadidos por metástases maciças de um carcinoma atípico, constituído por trabéculas e pseudo-lobos com monstruosidades e mitoses, havendo em certas zonas formações do tipo calcosferitos. Em certos pontos, o tumor reproduz estruturas glandulares e noutros é formado por células isoladas, bastante cromáticas e com atipias. Há uma extensa estroma-reacção fibrosa. Diagnóstico histológico: metástases ganglionares de carcinoma com estruturas adenocarcinomatosas» (Figs. 4 e 5).

Reservámos para o fim a apresentação de alguns dos exames radiológicos torácicos que fomos realizando, sucessivamente, à nossa doente (Figs. 6 e 7): eles permitem observar a extensão das lesões nodulares e intersticiais, o seu agravamento

progressivo e a sua condensação e confluência, mais intensas na metade inferior do hemitórax direito e, nas regiões peri-hilares.

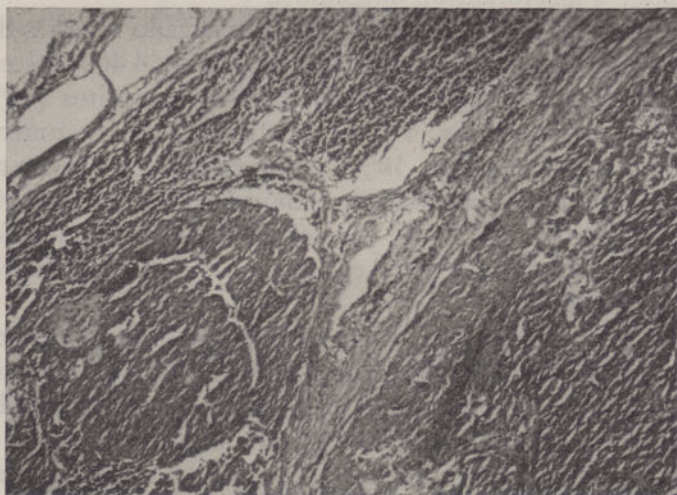


FIG. 4 — Aspecto geral do gânglio, quase totalmente invadido por massas tumorais de aspecto maciço (carcinoma sólido).

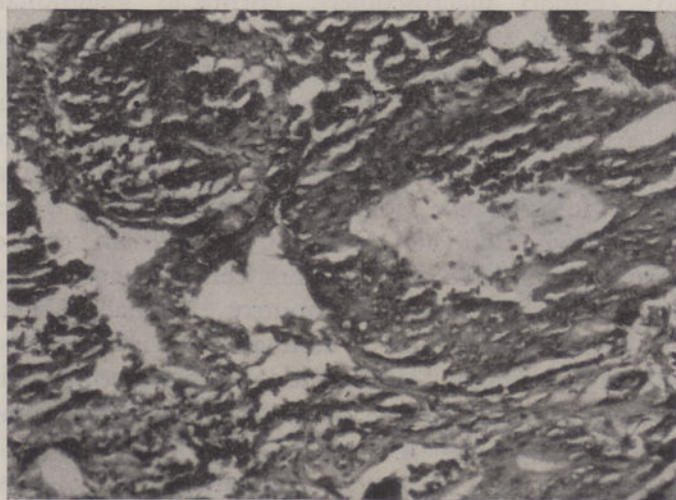


FIG. 5 — Imagem de adenocarcinoma com formações trabeculares revestidas de células de tipo cilíndrico e, por vezes, com produto de secreção no seu interior.

E, sem que o seu estado tivesse tornado possíveis exames menos toleráveis (repetição do estudo broncológico; exame

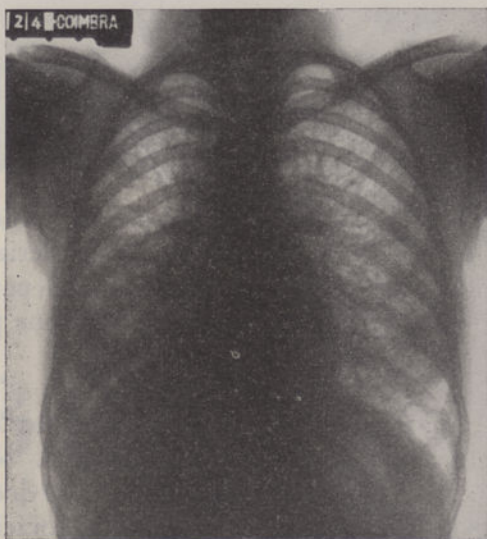


FIG. 6 — Radiografia torácica de 3-X-962.

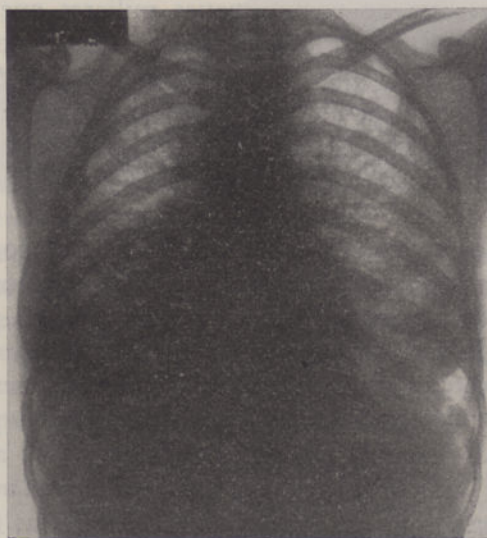


FIG. 7 — Radiografia torácica de 16-X-962.

radiológico do trânsito gastroduodenal e de outros departamentos orgânicos, etc.), fomos forçados a consentir na sua alta, já quando o agravamento terminal do processo fazia supor que, em breve e pela última vez, desceria o pano sobre a desventurada jovem.

Assim sucedeu, de facto, a breve trecho.

II

Embora nos não tivesse sido possível o apoio do exame anatomo-patológico do pulmão — que se poderia ter obtido por biópsia ou por autópsia — o presente caso parece-nos, no entanto, digno de alguns comentários, se bem que parcialmente inconclusivos.

1. São muitas as situações a encarar no domínio do diagnóstico diferencial das pneumonias miliares.

De facto, afirma Buechner que «mais de 100 doenças podem apresentar um aspecto miliar na radiografia torácica»; e, se o diagnóstico diferencial é, por vezes, exequível, «todos os esforços nesse sentido poderão falhar em alguns doentes, pelo que se deverá então recorrer à biópsia directa do pulmão» (2).

A extensa lista de pneumopatias miliares que acompanha este trabalho inclui: (1) *doenças bacterianas* — tuberculose, infecções estafilo e estreptocócicas, brucelose, salmoneloses, etc.; (2) *micoses* — histoplasmose, coccidioidomicose, blastomicose, actinomicose, monilíase, etc.; (3) *viroses* — varicela, sarampo, psicátose, pneumonia primária atípica, influenza, etc.; (4) *Rickettsioses* — febres Q e das Montanhas Rochosas; (5) *espiroquetoses* — sífilis; (6) *parasitoses* — schistosomíase e toxoplasmose; (7) *doenças por inalação de materiais estranhos* — sílicose, asbestose, talcose, berilíose, antracose, siderose, pneumopatia por inalação de óleo iodado após broncografia, etc.; (8) *doenças por inalação de vapores* — tetracloroeto de carbono, Lewisite, amónia, ácidos nítrico e hidrocloreto, etc.; (9) *pneumopatias por aspiração difusa* — pneumonias lipóide, pós-hemoptóica, por afogamento; (10) *situações associadas com doenças cardiovasculares* — edema pulmonar, hemossiderose, pneumonia reumática; (11) *afecções alérgicas* — síndrome de Loeffler, eosinofilia tropical, asma, pneumopatia da hidralazina e do hexametónio; (12) *colagenoses*

À luz das
recentes descobertas

LIBRAX

Trade Mark

ROCHE

Para o tratamento das manifestações
funcionais da ansiedade e da tensão
psíquica ao nível do tubo digestivo
e do aparelho urogenital.

Indicações

Úlcera gástrica e duodenal, gastroduodenite,
hipermotilidade digestiva, perturbações gástricas
"nervosas", discinésia das vias biliares, cólon
irritável ou espástico, colite, diarreia.
Espasmos e discinésia dos ureteres, tenesmo
vesical. Dismenorreia.

F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Basileia, Suíça

Representante comercial: Henri Reynaud Lda.,

Secção científica Roche, Rua do Loreto, 10, Lisboa, Tel. 30177

TRADIÇÃO QUE NÃO MORRE E EVOLUÇÃO QUE NÃO PARA



IODARSOLO

ODO E ARSÉNIO

IODARSOLO B₁₂

ODO + ARSÉNIO + VIT. B₁₂

Debilidade geral orgânica — Linfatisimo — Anemias secundárias
Raquitismo — Estados de convalescença

Frs. de 200 cm³ de Iodarsolo + 140 mcg. de Vit. B₁₂

IODARSOLO B₁₂

INJECTÁVEL

Em todos os casos indicados para a forma bebível,
mas em que se julgue necessário um tratamento
rápido e intenso

Os medicamentos que nenhum doente
se recusará tomar à hora fixada



PRODUTOS
Baldacci

FARMOQUÍMICA BALDACCÍ S.A.R.L.

RUA DUARTE GALVÃO, 44 — LISBOA — TELEF 78 3051-73 17 19

— lupus eritematoso, esclerodermia, dermatomiosite, periarterite nodosa, eritema nodoso, granulomatose de Wegener; (13) *doenças neoplásicas* — leucemia, doença de Hodgkin, adenomatose pulmonar, carcinoma alveolar, metástases hematógenas, carcinomatose linfagítica; (14) *pneumopatias diversas*, devidas a etiologia incerta — sarcoidose, síndrome de Hamman — Rich, bronquiolite difusa, cirrose muscular do pulmão, doenças de Niemann — Pick e de Hand — Schuller — Christian, microlitíase alveolar, amiloidose, proteinose alveolar, etc.

Se bem que as radiografias torácicas da nossa doente tivessem, genericamente, um aspecto granuloso de dimensões um pouco maiores que as admitidas, habitualmente, nas pneumopatias miliares, a verdade é que a discussão do seu diagnóstico diferencial terá que se esboçar, forçosamente, no larguíssimo âmbito da lista de Buechner.

2. Naturalmente que a biópsia do gânglio supraclavicular, ao permitir um diagnóstico de adenocarcinoma, restringe a discussão à alínea 13.^a da série apresentada.

No entanto, antes de ter sido possível, por ausência de adenopatias palpáveis, estabelecer este critério restrictivo, tivemos, forçosamente, que nos interrogar sobre o campo onde nos poderíamos e deveríamos situar...

Alguns elementos, clínicos e laboratoriais, nos pareceram então relevantes: a rapidez da evolução do processo; a extrema intensidade da tosse, muito produtiva na fase terminal, assim como da dispneia; a ausência de cardiopatia; a negatividade do exame broncoscópico e da pesquisa de fungos e do bacilo de Koch; a ausência de lesões cutâneas, hepatoesplénicas e adenopáticas, assim como de sintomas atribuíveis a outros órgãos, aparelhos ou sistemas; as características do primeiro leucograma; a circunstância de, profissionalmente, poder estar submetida a uma eventual inalação de detritos de fiação.

Com estes elementos, e apesar das naturais reservas e de algumas aparentes impugnações, julgámos possível situarmo-nos, no plano de um diagnóstico diferencial provisório, num terreno relativamente restricto: tuberculose; sarcoidose; síndrome de Hamman — Rich; proteinose alveolar; pneumoconiose; carcinose miliar (metastática ou alveolar primitiva).

Foi nesta orientação que formulámos a prescrição inicial, em que, apesar da impossibilidade de demonstração de um *processo tuberculoso*, não hesitámos em associar um tratamento antituberculoso a elevadas doses de prednisolona; tal é, de facto, a orientação seguida, em casos semelhantes, pela generalidade dos autores.

Não havia, então, elementos que permitissem ir mais longe. Só depois do internamento hospitalar da doente — verificado, aliás, poucos dias depois — nos foi possível socorreremo-nos de outros elementos, de utilidade manifesta.

Assim, a elevada leucocitose com neutrofilia, assim como a demonstração de massas de cocos na expectoração, aconselhando uma antibioterapia intensa extra-bacilar, poderia levantar a dúvida de uma *infecção estreptocócica ou estafilocócica miliar* dos pulmões. No entanto, a própria evolução do quadro clínico apontava mais no sentido de se tratar de uma complicação do que um processo primitivo.

Além disso, pesquisámos a existência de material PAS-positivo na expectoração, na suspeita de estarmos perante uma situação enquadrável no conceito da *proteinose alveolar* (10, 3, 7, 31) definida em 1958 (22). É certo que a circunstância de o não termos encontrado, embora de certo valor, não invalida a necessidade de uma biópsia pulmonar para um diagnóstico correcto (22).

E aqui entroncámos, mais uma vez, o ponto crucial, que tantas hesitações nos trouxe: a vantagem de uma biópsia directa do pulmão que, no entanto, o precário estado da doente sempre nos pareceu desaconselhar...

A hipótese de um *síndrome de Hamman-Rich* foi-nos sempre sugestiva, por motivos óbvios; mas a demonstração definitiva de um diagnóstico por exclusão desta natureza teria, naturalmente, que se limitar aos dados positivos do anatomo-patologista (14, 15, 20, 9). E não só não foi possível o exame do pulmão — como até a histopatologia do gânglio supraclavicular veio apontar, mais tarde, um outro rumo...

Quanto ao diagnóstico provável de *sarcoidose* (6, 24), há a objectar, fundamentalmente: a ausência inicial de adenopatias; a normalidade do baço, da pele, dos olhos; a ausência de hiperglobulinémia; o quadro incaracterístico da evolução dos leucogramas. É certo que poderiam apoiá-lo a negatividade

do teste tuberculínico e a ligeira elevação da calcémia — e não é menos exacto que se não procedeu à realização de outros exames acessórios.

No entanto, o reduzido número de dias em que se mantiveram as dúvidas quanto ao diagnóstico não só não permitiu exames complementares, como até rapidamente facilitou a orientação futura da situação.

3. Uma vez apontado, pelo exame histopatológico do gânglio que extraímos da região supraclavicular direita, o diagnóstico de metástase de adenocarcinoma, as esperanças que ainda depositávamos numa intervenção terapêutica de certa eficácia acabaram por esfumar-se.

Restáva-nos o vão consolo de uma especulação académica sobre a origem e a natureza exactas do processo neoplásico presente.

Tratar-se-ia de uma *carcinomatose pulmonar metastásica*? Os órgãos mais frequentemente susceptíveis de lhe darem origem são, além do próprio carcinoma brônquico: por via linfática — os carcinomas do estômago, do seio, do ovário (25), do rim, da próstata e do cólon; por via sanguínea — os carcinomas do pâncreas, da tiroide (29), do rim e do cólon.

Se algumas destas eventuais sedes nos parece de excluir, com elevada probabilidade, na nossa doente (seio, tiroide, rim, ovário, cólon — e, naturalmente, próstata), outras são de menos fácil apreciação (estômago, pâncreas). No entanto, a ausência de quaisquer sintomas subjectivos ou objectivos — para além de eventuais vômitos e epigastralgias, que, na fase terminal da doença, se poderão atribuir, sem relutância, à tosse e à dispneia constantes — não permite um esclarecimento total da questão.

Muito improvável nos parece a hipótese de carcinoma brônquico com disseminação, hematógena ou linfógena, nos dois campos pulmonares: de facto, não só o exame broncoscópico foi negativo a tal respeito, como também a raridade deste mecanismo metastesante — que nunca tivemos oportunidade de verificar — nos imporá naturais reservas.

A possibilidade de uma *carcinomatose alveolar primitiva* merece alguns comentários.

Surgindo na evolução do conceito de adenomatose pulmonar, nas suas discutidas relações com a «jaagsiekte» do carneiro.

esta situação, — que apenas atingiu 3,5% da totalidade dos cancros broncopulmonares na Dinamarca (21) — tem sido encarada, pelos autores que não crêm na sua origem alveolar, como resultante de uma proliferação, uni ou multicêntrica, de origem bronquiolar (15, 17, 30, 4), ou como dependente de um carcinoma ignorado, o que, naturalmente, impugnaria a sua natureza primitiva (23, 18, 27, 11).

Na hipótese de se lhe atribuir uma origem bronquiolar, tratar-se-ia, inicialmente, de um ou vários nódulos, de dimensões por vezes de 1 a 2 mm, situados periféricamente em determinada área, com a possibilidade de coalescência ulterior e de metastização a todo o parênquima pulmonar e aos gânglios linfáticos — e, até, a outros órgãos (fígado, ossos, encéfalo, rins, etc.), como se têm verificado em cerca de metade dos casos descritos.

Os aspectos radiológicos da nossa doente parece não impugnarem esta possibilidade, já que, desde o início, o campo pulmonar inferior direito foi sempre sede de uma maior opacidade, com nódulos de dimensões superiores aos do restante parênquima.

Note-se também que, tal como no nosso caso, se tem assinalado a invasão dos gânglios linfáticos cervicais.

Uma revisão da abundantíssima bibliografia sobre a «carcinose alveolar» — nomenclatura proposta como preferível (12) — ou adenomatose pulmonar maligna (8, 5, 16, 1), permite verificar que, no entanto, outros autores admitem a real origem alveolar do processo (13). Têm-se descrito, inclusivamente, formas de transição entre a adenomatose benigna e a maligna, donde a noção de se dever considerar a primeira como um estado pré-canceroso (28).

Quanto às suas implicações etiopatogénicas (malformação congénita primitiva, na forma benigna; processo inflamatório; neoplasia), parece hoje inclinar-se a maioria das opiniões no sentido de se deverem considerar estes processos adenomatosos como reais quadros tumorais. É, na verdade, a posição que nos parece mais aceitável.

De qualquer forma, e voltando ao quadro broncopulmonar da nossa doente, não encontramos qualquer argumento válido que contrarie a sua sujeição ao rótulo de «carcinose alveolar»; apoiam-nos, até, pelo contrário alguns elementos positivos, tais



«Fluothane» produz uma anestesia segura, perfeita e rapidamente reversível. As suas valiosas propriedades foram demonstradas à evidência em centenas de milhares de casos, compreendendo doentes de todas as idades, sujeitos a todos os tipos de intervenções cirúrgicas.

UM GRANDE AVANÇO NA MODERNA ANESTESIA

'Fluothane'

MARCA REGISTRADA

(2-bromo-2-cloro, 1, 1, 1-trifluoretano) — Halotano B. P. C.

Potente, não inflamável, não explosivo

I N D U Ç Ã O Rápida e suave, sem irritação ou delírio, atingindo rapidamente a anestesia cirúrgica.

MANUTENÇÃO Produz um nível de anestesia constante e facilmente reversível pelo control da concentração de vapor.

RECUPERAÇÃO Calma e caracterizada por uma rápida recuperação da consciência e do sentido da orientação.

Vantagens importantes

- Incidência insignificante de náusea e vômito
- Virtualmente atóxico
- Inibe as secreções gástrica e salivar
- Não irrita o tracto respiratório
- Ausência de síndrome de choque
- Hemorragia mínima
- Permite a livre utilização do cautério

Apresenta-se em frascos de 50 e 250 c.c.

IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES LTD.

PHARMACEUTICALS DIVISION — INGLATERRA

Representantes:

UNIFA

LISBOA — R. da Prata, 250-2.º ● PORTO — R. do Bolhão, 192-6.º

anemias macrocíticas primárias e secundárias
síndromes carenciais e dismetabólicos
toxémias e toxi-infecções
síndrome pós-operatória
convalescenças

FMN

DPN

codecarboxilase

vit. B₁₂

Ca-pantotenato

nicotinamida

cocarboxilase

extracto
hepático

combetasi

ampolas

coenzimas e vitaminas do complexo B,
quantitativamente doseadas e equilibradas preservadas pela liofi-
lização, a associar extemporaneamente aos biocatalizadores do
extracto hepático concentrado, solvente

farmochimica cutolo-calosi
florença — nápoles

REPRESENTANTES:

Sanojarma, Lda.

Av. da Liberdade, 164 — Telej. 36 68 46

LISBOA



como os aspectos radiológicos, a evolução clínica e a abundante expectoração mucosa presente na fase terminal — para se não referir já o exame histopatológico da biópsia ganglionar, o qual, se não é específico, é, pelo menos, positivo.

É certo que «o diagnóstico diferencial da carcinose alveolar é difícil, tanto clínica como radiologicamente», a ponto de ser «praticamente impossível diferenciá-la dos processos pulmonares intersticiais, especialmente da sarcoidose e da tuberculose pulmonares» (13), sem o beneplácito da anatomia patológica.

Este apoio surgiu-nos, infelizmente, apenas por via indirecta — através da biópsia ganglionar: e talvez que só isso tivesse obstado a que agora pudéssemos apresentar, como definitivo, um diagnóstico de carcinose alveolar que, não obstante naturais reservas, nos parece revestir-se de evidente probabilidade.

RESUMO

A propósito de um caso clínico de pneumonia difusa bilateral, de evolução rápida e fatal, os AA. discutem os aspectos principais do seu diagnóstico diferencial, justificando a probabilidade do diagnóstico de carcinose alveolar.

RÉSUMÉ

Les AA. présentent un cas de pneumopathie bilatérale diffuse, justifiant la probabilité du diagnostic de carcinose alvéolaire après la discussion de son diagnostic différentiel.

SUMMARY

After the discussion of its differential diagnosis, the AA. believe on the probability of to be considered as alveolar carcinosis the case they report.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. ALVAREZ (C.), VELASCO (B.) — *Enferm. del Torax*, 7, 617, 1958.
2. BUECHNER (H. A.) — *Med. Clin. North Am.*, 43, 89, 1959.
3. BURBANK (B.), MORRIONE (T. G.), CUTLER (S. S.) — *Am. J. Med.*, 28, 1002, 1960.
4. CLERQ (F.), GEPTS (W.), BRAUMANN (J.) — *Brux. Med.*, 39, 227, 1959.
5. CULINER (M. M.), BENIOFF (M. A.), BISKIND (G.) — *Am. J. Surg.*, 97, 368, 1959.
6. CUMMINGS (M. M.), DUNNER (E.) — *Med. Cl. North Am.*, 43, 163, 1959.
7. EDMONDSON (W. R.), GERE (J. B.) — *Ann. Int. Med.*, 52, 1310, 1960.
8. Gherasin (L.) — *Viata Med.*, 7, 1, 1960.
9. GROSS (P.) — *Am. Rev. Resp.*, 85, 828, 1962.
10. HALL (G. F. M.) — *Lancet*, 1, 1383, 1960.
11. HEWER (T. F.) — *J. Path. Bact.*, 81, 323, 1961.
12. HOMMA (H.) — *Zbl. Alls. Path. Anat.*, 98, 509, 1958.
13. MELNIZKY (F.) — *Radiol. Austr.*, 12, 55, 1961.
14. MUSCHENHEIM (C.) — *Am. J. Med. Sc.*, 241, 279, 1961.
15. NAHMIA (B. B.), CHURCHWELL (A. G.), BOWLES (F. N.) — *Am. J. Med.*, 31, 154, 1961.
16. POHL (R.) — *Fortschr. Rontg.*, 89, 527, 1 58.
17. PURRIEL (P.), TOMALINO (D.), PIOVANO (S.) — *Torax*, 6, 5, 1957.
18. RAUFT (C. I. A.) — *Z. Tuberk.*, 114, 194, 1959.
19. RAY (R. L.), SALM (R.) — *Thorax*, 17, 257, 1962.
20. READ (J.), HOLLAND (R. A. B.) — *Thorax*, 14, 71, 1959.
21. ROELSEN (E.), LUND (T.), SONDERGAARD (T.), MOLLER (B.), MYSCHE-TZKY (A.) — *Ugeskr. Laeg.*, 121, 397, 1959.
22. ROSEN (S. H.), CASTLEMAN (B.), LIEBOW (A. A.) — *New England J. Med.*, 258, 1123, 1958.
23. ROSSMANN (P.), VORTEL (V.) — *J. Path. Bact.* 81, 313, 1961.
24. SILTZBACH (L. E.) — *Am. J. Bact.*, 89, 556, 1955.
25. SIMEONI (S.) — *Policl. Sez. Prat.*, 67, 1653, 1960.
26. STOREY (C. F.) — *Am. J. Surg.*, 89, 515, 1955.
27. STRAETEN (M.), ROELS (H.) — *Acta Chir. Belg.*, 13, 562, 1958.
28. SURIS (A. S.) — *Vopr. Onkol.*, 5, 439, 1959.
29. VAZ SERRA (A.) — *Med. Contemp.*, 71, 553, 1953.
30. WATSON (W. L.), SMITH (R. R.) — *J. A. M. A.*, 147, 7, 1951.
31. WILLIAMS (G. E. G.), MEDLEY (R. K.), BROWN (R.) — *Lancet*, 1, 1385, 1960.

* A extensão do tema justifica que apenas citemos alguns dos trabalhos mais importantes.

LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

(DIRECTOR: PROF. DOUTOR MÁRIO TRINCÃO)

A PERSISTÊNCIA DA VEIA CAVA SUPERIOR ESQUERDA

(A PROPÓSITO DE DUAS OBSERVAÇÕES CLÍNICO-HEMODINÂMICAS)

POR

ANTÓNIO JOSÉ C. DE AGUIAR

INTRODUÇÃO:

Até há pouco tempo a persistência da veia cava superior esquerda era considerada como uma curiosidade anatómica, cujo diagnóstico era feito nas mesas de necrópsia e, como se desconhecia a sua verdadeira importância, não era considerada como síndrome clínico. Nos últimos anos o problema tomou um interesse bem diferente através dos progressos da hemodinâmica e da cirurgia cardio-vascular que agora permitem compreender melhor a fisiologia circulatória e, por isso, atribuir à referida anomalia venosa a importância que efectivamente lhe cabe.

Data de 1850 a primeira descrição do desenvolvimento embrionário das grandes veias de retorno assim como de certas anomalias encontradas no adulto (Marshall). Apesar disto, as primeiras observações de persistência da veia cava superior esquerda datam já de 1787 e 1798. Em 1916 Mc Cotter recolhe 120 casos da literatura e acrescenta mais três da sua experiência pessoal; em 1939 Chouke apresenta 205 casos e em 1946 Sanders fala de 215 ao passo que Winter em 1954 recolhe apenas 174 casos calculando em 204 o número total de observações publicadas em todo o mundo. Neste mesmo ano, Keith e

colaboradores falam de 1 caso para 356 autópsias corroborando o que já em 1946 Sanders observara 1 para 348. De então para cá, mais alguns casos foram publicados e em 1959 Gensini e colaboradores descrevem dos seus Serviços (Fisiologia cardio-pulmonar da Universidade de Colorado) 37 novos casos dos últimos 4 anos. Finalmente em 1960, Muir (Hospital Geral de Singapura encontra, entre 411 cardiopatias congênicas diagnosticadas em 19 415 autópsias, durante os anos de 1948 a 1957, apenas 5 casos de anomalias maiores das grandes veias sem qualquer referência especial à persistência da veia cava superior esquerda. No Laboratório de Hemodinâmica da Faculdade de Medicina de Coimbra tivemos ocasião de observar apenas 2 casos entre 302 cateterismos realizados desde 1955.

Para que melhor se compreenda o significado fisiopatológico desta anomalia venosa faremos uma breve revisão sobre o desenvolvimento embrionário do retorno venoso ao coração.

Embriologia:

Durante a 2.^a ou 3.^a da vida embrionária o tubo cardíaco primitivo recebe no seu extremo caudal três grupos de veias: a) duas veias vitelinas, b) duas veias umbilicais, c) o ductus de Cuvier que conduz o sangue do embrião (Fig. 1). O ductus de Cuvier é formado pela fusão das duas veias «cardinal» anterior e posterior em que a primeira drena o sangue venoso da região cefálica do embrião, enquanto que a posterior drena as regiões dorsal e caudal. Os ductus de Cuvier direito e esquerdo, abrem-se no seio venoso que, por sua vez, termina na aurícula primitiva (2.^o mês da vida fetal).

Mais tarde, forma-se uma anastomose transversal entre as duas veias «cardinal» anteriores cuja simetria se vai perder pouco a pouco. Assim, esta anastomose, cujo caudal vai progressivamente aumentando, passa a drenar o sangue da metade esquerda da cabeça e do braço do mesmo lado no ductus de Cuvier direito. Enquanto este tronco venoso vai continuamente aumentando o ductus de Cuvier esquerdo diminui de calibre perdendo as suas conexões originais com as veias «cardinal» deste lado.

Quando o desenvolvimento se completa, a veia cava superior resulta do ductus de Cuvier direito e do segmento proximal da veia «cardinal» anterior direita a partir da implantação da veia anastomônica que passa a chamar-se veia inominada esquerda. A parte distal da veia «cardinal» anterior direita forma a veia

Não mais problemas com crianças



Melleril® – Gotas

DEQUADIN

SUPERA A PENICILINA



CLORETO DE DEQUALÍNIO—NÃO ANTIBIÓTICO

Comprimidos Vaginais DEQUADIN

para infecções mistas

Caixa de 30 com aplicador especial

Pastilhas DEQUADIN

para infecções bucofaringeas

Tubo de 20

Pensos de Gaze DEQUADIN

para feridas infectadas, queimaduras, etc.

Latas de 36-5 × 5 cm.; de 10-10 × 10 cm.;
36-10 × 10 cm.; tira 10 × 1,83 cm.

Pomada DEQUADIN

para infecções cutâneas

Bisnaga de 25 gr.

Impressos aos Ex.^{mos} Clínicos

Preparados na Inglaterra por ALLEN & HANBURYS LTD.

Representantes: COLL TAYLOR, Lda.—R. dos Douradores, 29-1.º—LISBOA-2

Depositário no Norte: FARMÁCIA SARABANDO—L. dos Loios, 36—PORTO

TRANQUILIZANTE • ANTI-
PIRÉTICO • ANALGÉSICO
ESTADOS ANSIOSOS E DE
ANGÚSTIA • PSICOSES
AFECÇÕES SOMÁTICAS,
ESPECIALMENTE
NOS INSONES

CALMEPUY

COMPRIMIDOS

DI-CLORAL FENAZONA. . . 0,235

ME-PROBAMATO. 0,235

FENOBARBITAL 0,030

FARMÁCIA SILVA CARVALHO

R. DOS FANQUEIROS, 126—LISBOA

inominada direita e, do lado esquerdo, a parte mais proximal do ductus de Cuvier forma o seio venoso coronário, a parte restante e a veia «cardinal» anterior esquerda transforma-se num cordão fibroso conhecido sob a designação de ligamento de Marshall.

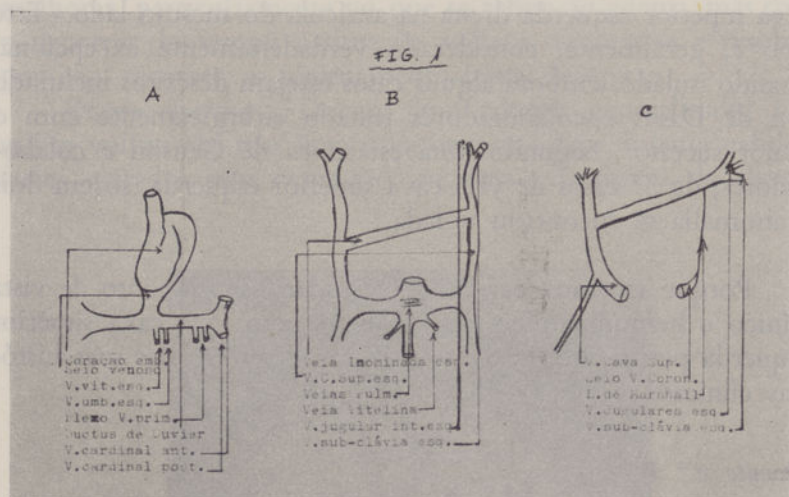


FIG. 1

Desta breve e necessariamente incompleta descrição embriológica se deprende que a veia cava superior esquerda resulta da persistência da parte proximal da veia «cardinal» esquerda anterior e do ductus de Cuvier deste lado. Segundo Davis e colaboradores, a permeabilidade deste tronco venoso embrionário pode manter-se por uma ou mais das seguintes razões: a) a veia inominada esquerda não se desenvolve ou fá-lo dum modo insuficiente; b) a posição desta veia anastomótica é tal que a sua implantação na veia cava superior direita se faz a um nível superior em relação à sua extremidade oposta o que conduz a um fluxo sanguíneo inverso do normal; c) as veias pulmonares drenam anormalmente na veia cava superior esquerda donde resulta um débito aumentado deste vaso que, por sua vez, obriga à persistência da sua permeabilidade.

Dois tipos fundamentais têm sido descritos: no primeiro, a veia cava superior esquerda drena na aurícula direita através

do seio venoso coronário coexistindo habitualmente com a veia cava superior direita. Este tipo é o mais frequente (60% de 174 casos segundo Winter) e não condiciona obrigatoriamente qualquer modificação fisiopatológica ou clínica quando isolado. O segundo tipo, muito mais raro, caracteriza-se por uma mais profunda anomalia de desenvolvimento em que a veia cava superior esquerda drena na aurícula do mesmo lado. Este tipo é, geralmente, considerado verdadeiramente excepcional quando isolado, embora alguns casos estejam descritos incluindo um de Davis e colaboradores tratado cirurgicamente com o maior sucesso. Segundo uma estatística de Gensini e colaboradores, de 37 casos de veia cava superior esquerda, só em dois a anomalia se encontrou isolada.

Porque tivemos ocasião de estudar sob o ponto de vista clínico e hemodinâmico duas doentes com veia cava superior esquerda persistente, faremos a rápida descrição das suas histórias clínicas:

Doente n.º 1

I. M. de 30 anos de idade, doméstica, solteira, natural e residente em Penedono, entrou nos Serviços de Cardiologia em 3 de Junho de 1959.

A. H. e C. — Pais falecidos há alguns anos e a doente apenas se recorda que o pai sofria de doença mental e a mãe se queixava de frequentes cefaleias. Nada há a registar de interesse clínico nos seus colaterais.

A. P. — Sarampo em criança, aos 7 anos teve um surto de «reumatismo» que se repetiu aos 21 com análogas características. Afirma ter estado de cama (apenas uma semana a quando do segundo surto) com impotência funcional dos membros inferiores, mas não se recorda de ter tido temperatura elevada e julga não ter tido alterações articulares visíveis. Nunca teve amigdalites nem doenças pleuro-pulmonares. Em face destes elementos fica-se na dúvida de se se teria, de facto, tratado de verdadeiras crises de febre reumática.

H. H. — Em Fevereiro de 1959, data em que a doente localiza o início da sua doença actual, começou a notar o aparecimento de edema, primeiro das mãos e depois da totalidade

dos membros superiores, pescoço, face (especialmente pálpebras) e, por fim, dos próprios membros inferiores. Este edema parecia acompanhar-se de discreta oligúria (a doente não o pode precisar) mas havia intensa palidez da pele e mucosas, e profunda astenia. Consultado o médico local, foi-lhe instituída uma dieta muito restrita e foram prescritas algumas drogas. De início pareceu melhorar, particularmente no que se refere ao edema, mas com o decorrer do tempo a situação volta a agravar-se e resolve, por isso, recorrer ao internamento nestes Hospitais.

Exame objectivo: Doente com edemas generalizados não muito volumosos mas mais acentuados na face, intensa palidez, facies «parado» sem expressão, sugestivo de atraso do desen-

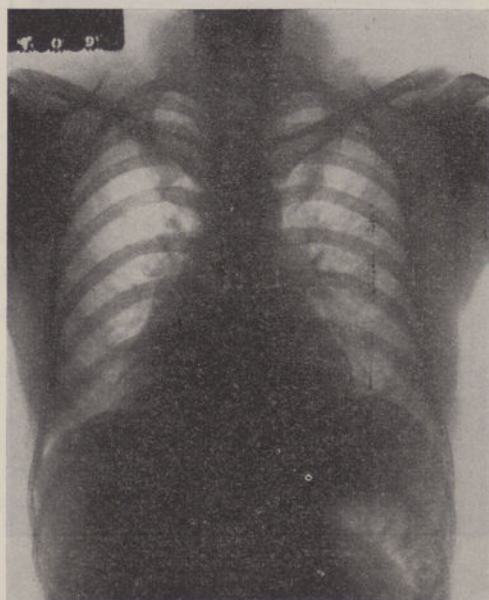


FIG. 2

volvimento mental, respondendo com lentidão e dificuldade às perguntas que lhe formulávamos. Pele grossa e húmida com sinal de godé, ausência de dores espontâneas ou provocadas, ausência de turgecência venosa periférica, não havia sinais de derrames das cavidades pleural e peritoneal. Palpação e per-

cussão torácicas normais, o fígado e o baço eram imperceptíveis à palpação e percussão. A auscultação pulmonar era inteiramente normal quer pelas características do murmúrio vesicular quer pela ausência de ruídos adventícios brônquicos, alveolares ou pleurais. O exame cardio-vascular mostrou uma macishez cardíaca de extensão normal, o choque da ponta localizava-se ao 5.º espaço inter-costal esquerdo junto da linha mamilar,

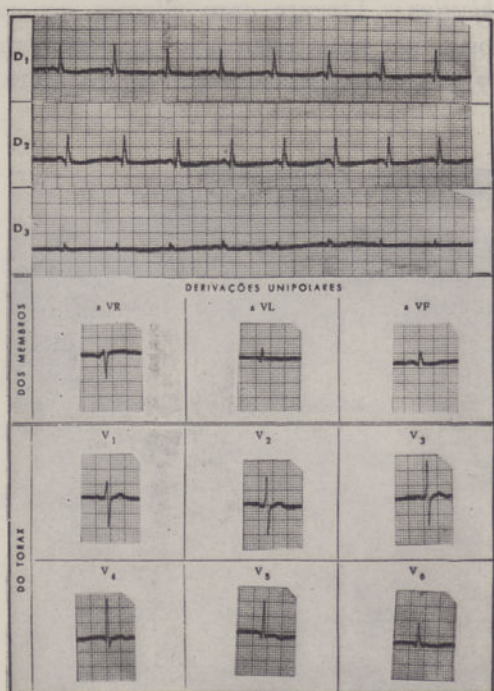


FIG. 3

e a auscultação revelou uma acentuada hipofonese de todos os tons e um sopro proto-sistólico mitral do grau I sem irradiação. O exame radiológico torácico mostrou uma sombra cardíaca de configuração triangular quase simétrica, de volume praticamente normal, muito fracamente pulsátil e sem anormalidades pulmonares e da parede toraco-diafragmática (Fig. 2).

O ECG revela um ritmo sinusal regular a 83 ciclos por minuto, baixa voltagem dos acidentes e alterações da onda T especialmente evidentes nas derivações da face antero-lateral do ventrículo esquerdo (Fig. 3).

TA — 10/6; Met. Basal — 30%; Test do I^{131} : em 17/6/59 favorável ao diagnóstico de hipotireoidismo provavelmente primitivo e em 17/7/59 confirma-se o resultado do primeiro. Outros exames complementares realizados, designadamente os testes funcionais renais e hepáticos assim como as provas de actividade reumática foram repetidamente negativas.

O exame hemodinâmico, realizado em 24/7/59, permitiu registar os tensiogramas das cavidades cardíacas e vasos explorados assim como colher amostras de sangue para doseamento do oxigénio e cujos valores se condensam no Quadro I.

QUADRO I

	Pressões			O ₂ vol. %
	Sist.	Diast.	Média	
V. Cava Sup. Dir.	—	—	10	10,2
V. Cava Sup. Esq.	—	—	10	10,5
A. D.	—	—	11	9,5
V. D.	20	8	15	—
A. P.	27	18	24	10,1
P. Pulm. Bloq.	—	—	25	—

Não se registaram alterações morfológicas dos traçados. Durante a exploração sistemática verificou-se que o cateter dentro do torax tomava uma posição diversa da habitual (Figs. 4 e 5). Como se pode observar o cateter, introduzido pela veia mediana-básilica esquerda, atinge a veia sub-clávia do mesmo lado e daí desce ao longo do bordo esquerdo do pedículo vascular até à sombra auricular. Noutra tentativa (Fig. 6) o cateter penetra na aurícula direita através da veia inominada esquerda e veia cava superior, como habitualmente

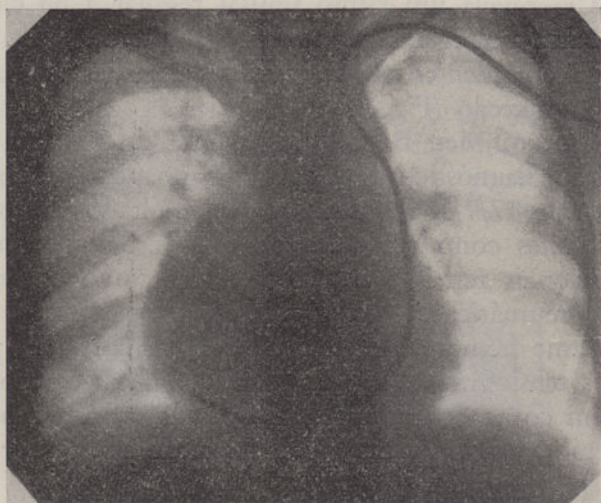


FIG. 4

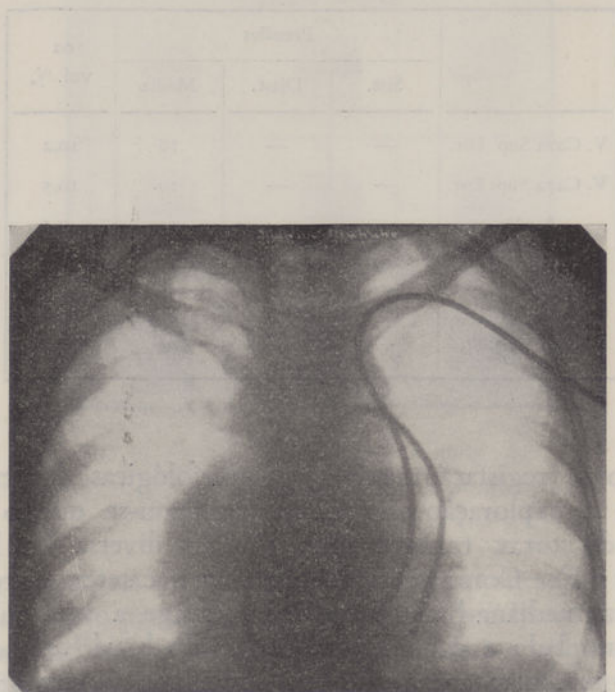


FIG. 5

acontece. É inegável tratar-se duma veia cava superior esquerda persistente, que, em face dos tensiogramas obtidos e das taxas de oxigénio encontradas, drena na aurícula direita e que, na mesma doente, se associa a uma cardiopatia mixedematosa.

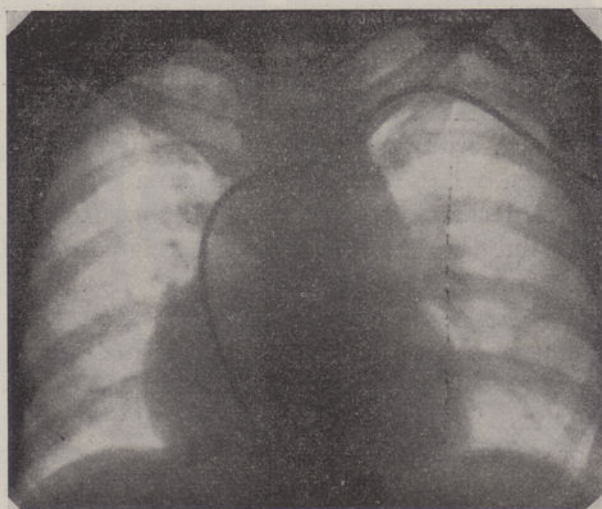


FIG. 6

Doente n.º 2:

M. L. M. de 14 anos de idade, natural e residente em Seia, entra nos Serviços em 14/11/62.

A. H. e C. — Pais e avós todos vivos e saudáveis. Tem 5 irmãos igualmente vivos e sem passado mórbido digno de interesse. Refere a mãe que as gestações foram sempre normais, sem doenças intercorrentes e os partos fáceis e a termo.

A. P. — «Enterite» aos 3 meses; bronquite aguda aos poucos anos de idade; não é ainda menstruada e, embora o desenvolvimento físico e psíquico pareçam corresponder à idade real, os pais não deixam de notar que, em 5 anos de frequência na Escola, não conseguiu aprender a ler.

H. P. — Referem os pais que a doente, a partir da altura em que começou a andar, apresentava com frequência dispneia

de esforço, cianose das extremidades após o esforço ou o choro, palpitações e sensação de opressão precordial, extremidades frias, mesmo na estação quente, e uma vez ou outra discreto edema maleolar que desaparecia espontaneamente. Aos 8 anos teve uma hemoptise que decidiu os pais a levarem a criança ao Centro de Profilaxia e Diagnóstico (BCG) onde foi feito o diagnóstico radiológico de tuberculose pulmonar. O tratamento instituído conduziu a acentuadas melhoras do ponto de vista clínico o que não sucedeu no que se refere às lesões anatomo-radiológicas. De facto, um segundo exame radiológico revelou a sua persistência o que obrigou ao internamento da doente no Hospital de Seia onde se manteve de Maio a Outubro de 1962. Daqui foi transferida para o Hospital da Guarda onde se reconheceu a possibilidade duma cardiopatia congénita pelo que nos foi enviada para estudo conveniente.

Exame objectivo — a observação da doente revela-nos uma sub-cianose permanente das extremidades, mais manifesta nos lábios e nariz que aumenta discretamente com o esforço e especialmente com o choro, mas que não se acompanha dos seus estigmas próprios, tais como: dedos hipocráticos, unhas em vidro de relógio, «skatting», etc. A doente continua com dispneia de esforço de mediana intensidade, não tem edemas nem turgescência das veias periféricas, a palpação e percussão tóraco-abdominal não revelaram qualquer anormalidade.

Exame pulmonar: ritmo respiratório de 22 ciclos por minuto, com movimentos simétricos mas superficiais. Não tem dores e a auscultação revela discreta diminuição do murmúrio vesicular na base esquerda sem alterações à palpação e percussão.

Exame cárdio-vascular — choque da ponta no 5.º espaço inter-costal esquerdo na linha axilar anterior. A auscultação revela um sopro sistólico do grau 5 ou 6 que, embora ouvindo-se em toda a área precordial, parece ter o seu foco de máxima intensidade no 3.º espaço inter-costal junto do esterno. Irradia para a base do pescoço e palpa-se discreto frémito sistólico naquele ponto. O 2.º tom pulmonar está nitidamente intensificado. T. A. 9-6.

O exame radiológico do torax (Fig. 7) mostra um nítido aumento da sombra cardíaca em que o arco inferior esquerdo quase atinge a parede costal, arco médio deste lado rectilíneo e



Yomesan®



Novo!

elimina as ténias e não causa manifestações secundárias, visto não ser reabsorvido.

Um tratamento de cura pelo Yomesan é bem simples:
2 doses de 2 comprimidos cada antes do 1º almoço.
Não é necessário tomar um purgante!

Embalagens de Yomesan com 4 comprimidos para uma cura

Composição

0,5 g de N-(2'-cloro-4'-nitro-fenil)-5-cloro-salicilamida
+ 0,5 mg de sulfimida sódica do ácido o-benzóico por comprimido de Yomesan

» Bayer « Leverkusen, Alemanha

Representante para Portugal:

BAYER-Farma, Limitada,

Rua da Sociedade Farmacéutica, 3, 1º
Lisboa 1

LIÇÕES SOBRE

PARTO NATURAL

(2.ª EDIÇÃO)

POR

**DRS. IBÉRICO NOGUEIRA, ALBERTINO BARROS,
MÁRIO MENDES E BARROS E CUNHA**

**ENFERMEIRAS M. ASCENSÃO CÓIAS, M. ADELAIDE
BURACA E M. FERNANDA RESENDE**

com introdução

PELO

PROF. NOVAES E SOUSA

PREÇO: 40\$00

PEDIDOS A

ADMINISTRAÇÃO DA COIMBRA MÉDICA

Biblioteca da Faculdade de Medicina

COIMBRA

alargamento do pedículo vascular. Em O. A. E. o mesmo arco inferior esquerdo ultrapassa a sombra correspondente à coluna vertebral. Nota-se ainda notável intensificação do desenho bronco-vascular de ambos os pulmões, com hilos hipertrofiados, embora parcialmente cobertos pela sombra cardíaca.

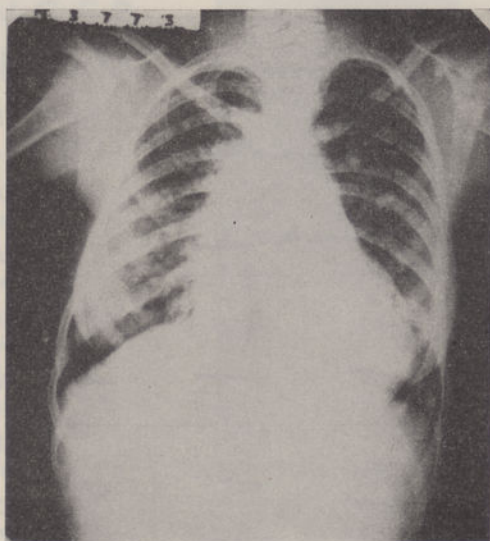


FIG. 7

O ECG mostra um ritmo sinusal regular a 90 por minuto sem alterações importantes do auriculograma. Quanto ao aspecto morfológico do complexo ventricular, notam-se sinais evidentes de hipertrofia e sobrecarga sistólica do ventrículo direito com (r s R') em V₁ sem aumento do tempo de condução intra-ventricular (0,08"). Nota-se ainda aumento de amplitude da onda R em precordiais esquerdas (25 mm em V₅) a sugerir uma possível hipertrofia do respectivo ventrículo (Fig. 8).

Perante esta sintomatologia, sugestiva duma possível cardiopatia congénita cianogénia, resolvemos proceder ao estudo hemodinâmico que nos esclarecesse a situação mas que, infelizmente não pode ser totalmente informativo. Introduzimos um cateter de Cournand n.º 6 através da veia mediana basílica

esquerda que progrediu com facilidade até à veia sub-clávia esquerda e daqui desceu ao longo do bordo esquerdo do pedículo vascular até à sombra auricular donde, apesar de repetidas tentativas, não foi possível fazê-lo progredir (Fig. 9). Do mesmo modo, não foi possível fazer progredir o cateter ao

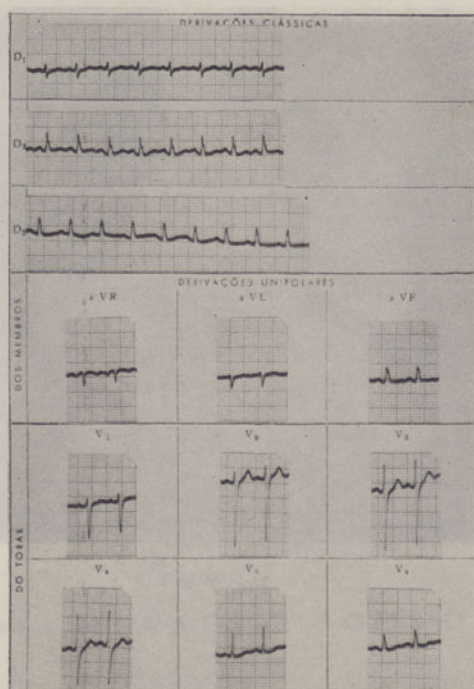


FIG. 8

longo da veia inominada esquerda e veia cava superior direita de maneira a podermos afirmar a existência destes vasos normais. Por este mesmo motivo foi impossível abordar o ventrículo direito e vasos pulmonares. Porque não foi possível repetir o estudo hemodinâmico por uma via de acesso direita, assim como não pode realizar-se o estudo angio-cardiográfico, não poderemos discutir o diagnóstico completo deste caso por manifesta insuficiência de elementos indispensáveis. Seja como for, não há dúvida de que a persistência da veia cava superior



ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS

**BOEHRINGER
INGELHEIM**

FABRICADAS EM PORTUGAL POR
UNILFARMA, LDA. — LISBOA

ALEUDRIN

Antiasmático

BUSCOPAN

Espasmolítico específico

BUSCOPAN COMPOSITUM

Espasmolítico e analgésico

DULCOLAX

Laxante por contacto

EFFORTIL

Tónico cardiovascular

FINALGON

Rubefaciente

PERSANTIN

Dilatador coronário

PRELUDIN

Moderador do apetite

SILOMAT

Antitússico específico

SYMPATOL

Medicamento cardiocirculatório

VASCULAT

Vasodilatador periférico

Sob licença exclusiva de

C. H. BOEHRINGER SOHN

INGELHEIM AM RHEIN — ALEMANHA

Delegação Científica

AV. ANTÓNIO AUGUSTO DE AGUIAR, 104 - 1.º

LISBOA

TEL. 5 11 83



ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS
**BOEHRINGER
INGELHEIM**

FABRICADAS EM PORTUGAL POR
UNILFARMA, LDA. — LISBOA

ALEUDRIN

Antiasmático

BUSCOPAN

Espasmolítico específico

BUSCOPAN COMPOSITUM

Espasmolítico e analgésico

DULCOLAX

Laxante por contacto

EFFORTIL

Tónico cardiovascular

FINALGON

Rubefaciente

PERSANTIN

Dilatador coronário

PRELUDIN

Moderador do apetite

SILOMAT

Antitússico específico

SYMPATOL

Medicamento cardiocirculatório

VASCULAT

Vasodilatador periférico



Sob licença exclusiva de

C. H. BOEHRINGER SOHN
INGELHEIM AM RHEIN — ALEMANHA

Delegação Científica

AV. ANTÓNIO AUGUSTO DE AGUIAR, 104 - 1.º

LISBOA

TEL. 5 11 83

esquerda é indiscutível, embora com probabilidade possa estar associada a outra ou outras anomalias.

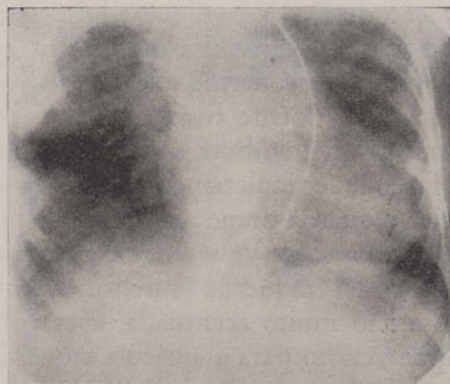


FIG. 9

Os valores tensionais e das taxas de oxigénio encontrados nos vasos explorados encontram-se no Quadro II:

QUADRO II

	Pressão Média	o ₂ vol. %
V. Sub-clávia esq.	4	15
V. Cava Sup. esq.	4	14,5

Comentário:

O diagnóstico de persistência da veia cava superior esquerda nos nossos casos foi feito, tal como acontece com a grande maioria dos casos publicados, durante uma exploração hemodinâmica indicada por outros motivos.

No primeiro caso tratava-se duma cardiopatia mixedematosa com a sua sintomatologia clínica e laboratorial própria e sem qualquer sinal que pudesse fazer suspeitar a anomalia venosa

encontrada. Por outro lado, foi possível evidenciar uma veia cava superior direita normalmente colocada e não se encontrou qualquer modificação funcional atribuível à veia cava superior esquerda permeável. Este quadro pode enquadrar-se no primeiro tipo da classificação de Davis e colaboradores segundo o qual a veia superior esquerda persistente drena na aurícula direita através do seio venoso coronário.

Quanto à segunda doente o aspecto clínico e funcional é totalmente diverso já que, embora o diagnóstico anatômico não tenha podido fazer-se completamente, não custa a crer que veia cava superior esquerda drene na aurícula esquerda (segundo tipo de Davis e colaboradores) e se associe a um provável defeito auricular com «shunt» esquerdo direito. Assim se poderia explicar a cianose não muito acentuada, apesar do considerável «bypass» de sangue venoso para a aurícula esquerda e o aumento de débito do ventrículo correspondente. Por outro lado, a CIA associada explicaria a restante sintomatologia anteriormente descrita.

O diagnóstico desta anomalia pelos métodos habituais é praticamente impossível seja qual for o seu tipo. Se existe isoladamente não tem, quando do primeiro tipo, qualquer significado funcional; se é do segundo tipo pode confundir-se com outras cardiopatias cianogénias quando isolada; se se associa com outras malformações, como de resto é habitual, são estas que dominam o quadro clínico. É importante notar que a veia cava superior esquerda drenando na aurícula esquerda, condiciona, quando isolada, cianose e hipertrofia ventricular esquerda donde a fácil confusão com aquelas cardiopatias fundamentalmente caracterizadas por estes sinais.

Alguns autores (Gensini e colaboradores) referem a possibilidade de se poder suspeitar duma veia cava superior esquerda perante o alargamento do pedículo vascular, em telerradiografia, por virtude duma ténue sombra vertical que se observa por baixo da extremidade interna da clavícula esquerda a nível do arco anterior da 3.^a costela. Nos nossos casos o exame radiológico foi totalmente negativo e só o cateterismo pode evidenciar a anomalia.

Mercê dos recentes progressos da cirurgia cardio-vascular importa saber que a persistência da veia cava superior esquerda isolada, ou como é mais frequente, associada a outras anomalias

UMA PENICILINA NOVA

Penidryl

(pénicilinato de piperazina)

DUAS propriedades na mesma molécula

ACÇÃO RÁPIDA

+

ACÇÃO PROLONGADA

devido a um sal **ORIGINAL** que não contém procaína

APRESENTAÇÃO

Frasco de 500.000 Unidades, acompanhado
de uma ampola de solvente (soro fisiológico).



LABORATÓRIOS ROUSSEL, LDA.

RUA JOÃO DE DEUS, S. C.
VENDA NOVA - AMADORA

P 49 - 60



Rectofenicol

SUPPOSITÓRIOS

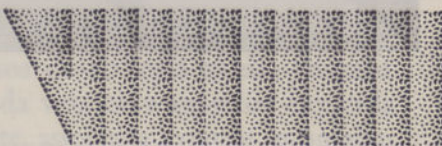
ADULTOS INFANTIL

NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS
COMPLICAÇÕES DOS ESTADOS GRIPAIS

Associação de cloranfenicol com acção antibacteriana
polivalente, sulfadiazina e canfocarbonato de bismuto.

LABORATÓRIO ÚNITAS, LDA.

C. Correio Velho, 8 — LISBOA



pode dificultar, por um lado o diagnóstico correcto já que altera, por vezes profundamente, sintomas característicos das cardiopatias a que se associa, por outro lado torna difícil, ou mesmo impossível o cateterismo cardio-vascular que habitualmente se realiza a partir duma veia do membro superior esquerdo.

Finalmente, nos casos em que se indique a cirurgia sob circulação extra-corporal, o diagnóstico duma veia cava superior esquerda persistente é indispensável porque a sua presença cria problemas de drenagem cuja resolução só é possível se a anomalia tiver sido previamente reconhecida.

RESUMO

São apresentados dois casos de persistência da veia cava superior esquerda diagnosticados pelo exame hemodinâmico. Em nenhuma destas doentes se suspeitou do diagnóstico pelos exames clássicos e o cateterismo foi indicado, no primeiro caso por cardiopatia mixedematosa, e no segundo por cardiopatia congénita com cianose. Faz-se uma breve descrição embriológica do desenvolvimento das grossas veias do mediastino e por fim discute-se a importância actual do diagnóstico correcto desta anomalia venosa e dos sinais clínicos, radiológicos e electrocardiográficos que lhe podem ser atribuídos.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR e Cols. — Arch. Inst. Card. México 30 (4), 452-466, 1960.
2. DAVIS, W. H. — A. Heart Journal 57, 616, 1959.
3. DOGLIOTTI, A. M. — *Cardiopathies opérables* — Sandoz, 1961.
4. DONZELOT, E. — *Cardiopathies congénitales* — Masson et Cie. Editeurs 1954.
5. FRIEDBERG, C. — *Enfermedades del corazon* — Ediciones Inderamericana, S. A. 1958.
6. GENSINI, G. G. e Cols. — A. Journal of Cardiology — Nov. 676, 1959.
7. HAEGER, K. e Cols. — A. Heart Journal 50, 471, 1955.
8. MARY HOLT e Cols. — Brit. Heart Journal XII, 243, 1960.
9. NADAS, A. — *Cardiologia Pediátrica* — Liv. y Editorial Bernades, 1959.
10. PASTOR, B. H. e Cols. — A. Heart Journal — 55, 120, 1958.
11. SOULIE, P. — *Cardiopathies Congénitales* — L'Expansion Scient. Frac. Edit.
12. WOOD, P. — *Enfermedades del Corazon y de la Circulacion* — Ediciones Toray, S. A. 1961.

LABORATÓRIO UNITAS LDA

C. Corvêlo Velho, 8 — LISBOA

A NOSSA EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DAS HETEROFORIAS E HETEROTROPIAS ⁽¹⁾

POR

LEOVEGILDO DE ALBUQUERQUE

Ao trazer a V. Ex.^{as} a nossa ainda curta experiência sobre diagnóstico e tratamento das anomalias do equilíbrio muscular ocular, pretendemos exortar os colegas a apresentar nestas reuniões as impressões colhidas no estudo de um assunto que deveria ser transportado para o campo higiénico-social, mercê da diminuição da capacidade de rendimento que estas alterações podem originar.

Ao pedir esta colaboração, temos em mente a desigualdade de respostas obtidas nos tratamentos efectuados, consequência da instabilidade do aparelho motor ocular, parecendo-nos por isso que só com a prática se poderão tirar conclusões definitivas.

Antes de apresentarmos as respostas obtidas com os tratamentos cirúrgicos efectuados segundo as normas estabelecidas pelos autores consultados, queremos corroborar na opinião existente sobre a grande percentagem de heteroforias descompensadas que aparecem nas consultas, quantas vezes depois de terem experimentado diversas correcções ópticas, sem contudo obterem melhoras da astenopia muscular por vezes em causa.

A prescrição de lentes correctoras não deve obedecer exclusivamente à determinação de valores ópticos, senão também estar de acordo com os dados clínicos, acto médico que só o oftalmologista poderá resolver.

(¹) Trabalho apresentado no XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia, em Coimbra, no ano de 1962.

Resultando a astenopia de uma desarmonia entre a capacidade do órgão óptico e do rendimento que dele se exige, importa saber se essa discordância resulta duma insuficiência do aparelho visual ou de um esforço óptico anti-fisiológico.

Deste modo, podemos ter astenopias por anomalias na constituição dióptrica do olho (hipermetropia, presbiopia, astigmatismo, anisometropia ou aniseicónia), alterações do equilíbrio dos músculos oculares externos (heteroforias e heterotropias), distonias vegetativas (hipofunção do vago ou hiperfunção do simpático), e ainda por condições do meio ambiente (iluminação defeituosa ou insuficiente), ou inadequadas correcções ópticas. Sobre este particular permita-se-nos dizer que temos observado indivíduos com exoforias para perto de 8 e 10 Δ com hiper correcção da sua ligeira hipermetropia. Queremos com isto dizer que se torna imprescindível o estudo do equilíbrio muscular sempre que tenhamos de fazer uma correcção óptica, pois como é sabido, o grau de correcção está de certo modo dependente do tipo de heteroforia em causa.

Assim, tratando-se de uma esoforia com hipermetropia, a correcção total desta é geralmente suficiente para resolver aquela, assim como uma exoforia num míope se pode resolver com a correcção da ametropia.

Outro tanto já não acontece quando em presença de uma esoforia num míope ou ligeiramente hipermetrópe, bem assim uma exoforia numa hipermetropia nítida, situações em que temos de tomar em conta o factor acomodativo para cada caso.

Se a acomodação for fraca, pode originar-se uma exoforia para perto por defeito cinérgico da convergência, enquanto que a existência de uma exoforia para longe depois de corrigida a ametropia, é índice de convergência deficiente.

Não devemos todavia deixar de ter sempre presente, que o uso de hiper correcções nas hipermetropias da primeira e segunda infância pode originar uma baixa irreversível do poder de acomodação.

As atitudes terapêuticas a tomar serão portanto diferentes em cada caso; assim, se se tratar duma heteroforia pequena com fusão fraca, o tratamento indicado é o ortóptico, enquanto que se a heteroforia for grande e a fusão boa, o tratamento de eleição será o óptico e cirúrgico.

Últimamente estamos a empregar nas astenopias acomodativas, e com resultados animadores, um colírio de digitalina (soluto saturado),

INJECTÁVEL
VIA INTRAVENOSA

E

INTRAMUSCULAR

Todas as indicações do cloranfenicol

Aplicação intra-raquidea

intra-articular, intrapericárdica

intrapleural e intraperitoneal

EM AEROSSOL,
COLIRIO

E

APLICAÇÃO AURICULAR



Clorotifina

succinato

(Cloranfenicol succinato de sódio liofilizado)

Frasco contendo cloranfenicol,
succinato de sódio — 1 g de
cloranfenicol levógiro sintético

Instituto Luso-Fármaco
LISBOA — MILÃO

ENDOXAN®

O citostático com acentuado
efeito anticancerígeno
grande margem terapêutica
pequena acção leucotóxica
e boa tolerância local
e geral

Indicações:

Profilaxia das recidivas pós-operatórias em
carcinomas e sarcomas (terapêutica de protecção)
tumores com desenvolvimento disseminado
Leucémias crónicas, linfossarcoma
Linfogranulomatose, reticuloses

Apresentação:

Caixas de 10 frascos — ampolas de 100 e 200 mg.

Frascos de 50 drageias de 50 mg.

Embalagens hospitalares de 50 ampolas de 100 e 200 mg.

Literatura a pedido

ASTA-WERKE A.-G. • Brackwede/Westf.



Ferraz, Lynce, Lda. • Lisboa

que parece aumentar o poder acomodativo por acção estimulante sobre o músculo ciliar, que como se sabe, é enervado pelo simpático e parasimpático.

Sachsenweger obtém 70% de resultados positivos nas astenopias acomodativas nervosas.

Temos tido também necessidade de associar prismas às correcções ópticas, em especial nos casos de diplopia vertical por parésias musculares antigas, em que os doentes mostram relutância em submeter-se à intervenção cirúrgica.

Assim, por exemplo, na doente A. E. B. S., de 45 anos, que vinha sofrendo de diplopia há 8 anos, por parésia do pequeno oblíquo e recto superior do olho direito, que atribuímos a miosite basedowianna, referindo-nos no passado hipertiroidismo e consequentemente paralisia das cordas vocais, de que curou depois de ter sido submetida a intervenção cirúrgica à tiroide, adicionamos à sua correcção óptica dois prismas de 3 graus, com base superior no olho direito e inferior no esquerdo.

O resultado foi francamente bom, dizendo-nos a doente não ter voltado a sentir as perturbações (diplopia) de que vinha sofrendo há vários anos. A operação que nos parece estar indicada, seria a retroinserção do pequeno oblíquo do lado oposto, e no caso de não dar inteiro resultado, fazer a retroinserção do recto inferior homolateral, que se encontra contracturado.

Outro tanto já não aconteceu no doente M. N., com diplopia e torcicolo direito por parésia do grande oblíquo esquerdo, em que a introdução de um prisma de 3° na correcção óptica do olho esquerdo a 115° (determinação feita pelo esquema de Allen), embora tenha suprimido a diplopia, deixou de fazer uso do mesmo, por esta se tornar mais incomodativa sempre que tinha necessidade de tirar os óculos.

Neste caso somos de opinião de que o reforço do músculo parético resolveria a situação.

Quanto aos resultados obtidos com o tratamento ortóptico das heteroforias descompensadas, são para nós bastante favoráveis, justificando subejamente que lhe dediquemos cada vez mais interesse, tanto mais que o número de casos que aparecem nas consultas é bastante elevado.

Pelo que respeita às intervenções sobre os músculos oculares externos, em vista ao restabelecimento do paralelismo dos globos oculares, vamos projectar alguns diapositivos, indicando os graus

de desvio, as correcções efectuadas e os resultados obtidos, que como iremos ver nem sempre são idênticos.

Assim, na doente M. R. R., de 6 anos, com desvio interno do O. E., sendo o ângulo objectivo de $+15^\circ$ e $V = 1/10$, fizemos uma retroinserção de 5 mm. do recto interno, tendo-se obtido uma redução de 10° , o que nos dá 2° por mm. e não 3° como esperávamos. (Figs. 1 a e 1 b).



Fig. 1 a



Fig. 1 b

M. D. S., 6 anos, estrabismo interno alternante, com predomínio de fixação pelo olho esquerdo e ângulo objectivo de $+35^\circ$. Fizemos retroinserção de 5 mm. do recto interno do O. D. e avanço de 7 mm. dos dois rectos externos, dando uma redução do ângulo de 31° , portanto menos 5° do que contávamos obter.

A. V., de 21 anos, com desvio interno do O. D. sendo o ângulo de $+27^\circ$, obtivemos uma redução de 19° com uma retroinserção de 5 mm. do recto interno e um avanço de 7 mm. do recto externo do mesmo olho, o que nos deu uma diminuição de 6° na correcção esperada.

J. A. G., 6 anos, desvio interno do O. E., ângulo objectivo $+35^\circ$; obtivemos um ângulo de $+3^\circ$ com retroinserção de 4 mm do recto interno do O. D. e 8 mm. do recto interno do O. E., dando-nos deste modo uma correcção de 32° . Embora neste caso tenhamos

excedido os limites aconselhados no recuo do recto interno, não observamos qualquer limitação na função motora do músculo operado. (Figs. 2 a e 2 b).



Fig. 2 a



Fig. 2 b

A. M. F. 6 anos, entorçando para dentro o O. E., apresentava um ângulo objectivo de $+25^{\circ}$; com retroinserção de 6 mm. do recto interno e avanço de 7 mm. do recto externo do O. E. conseguimos um ângulo de $+2^{\circ}$. (Figs. 3 a e 3 b).

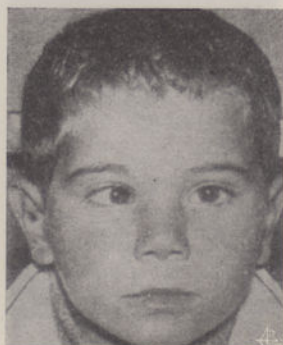
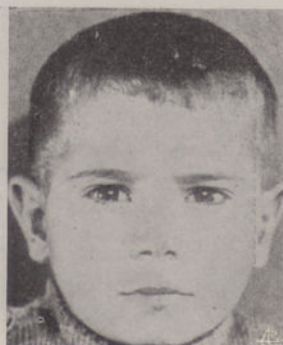


Fig. 3 a



Fi. 3 b

A. M. C., 6 anos, com o O. D. desviado para dentro, sendo o ângulo objectivo de $+22^{\circ}$. Com retroinserção de 4 mm. do recto

interno e avanço de 7 mm. do recto externo do O. D., obtivemos uma redução de $+16^{\circ}$, isto é, um ângulo de $+6^{\circ}$. (Figs. 4 a e 4 b).



Fig. 4 a



Fig. 4 b

M. M. C., 6 anos, desviava o O. D. para dentro, sendo o ângulo objectivo de $+16^{\circ}$. Uma retroinserção de 4 mm. do recto interno e um avanço de 5 mm. do recto externo do O. D., deu-nos uma redução completa do ângulo, tendo passado para $+5^{\circ}$ cerca de 1 ano depois, facto que atribuímos em parte à acentuada ambliopia do O. D., que apenas passou de 0,1 para 0,3. (Figs. 5 a e 5 b).



Fig. 5 a



Fig. 5 b

L. M. B., 8 anos, começou a entortar o O. E. para dentro aos 3 meses de idade. Ângulo objectivo $+25^{\circ}$.

Visão c/l: O. D. = 0,9; O. E. = 0,3. Retroinserção de 6 mm. do recto interno e avanço de 7 mm. do recto externo do O. E. Obtivemos uma redução do ângulo de desvio de 23° . (Figs. 6 a e 6 b).



Fig. 6 a



Fig. 6 b

H. C. S., 6 anos; aos 4 anos começou a entortar o O. E. para dentro. Ângulo objectivo $+35^{\circ}$. Recuo de 4 mm. dos rectos internos e avanço de 7 mm. do recto externo do O. E. Obtivemos uma redução completa do ângulo. (Figs. 7 a e 7 b).



Fig. 7 a



Fig. 7 b

G. D. P., 7 anos. Cataratas congénitas incompletas, com desvio interno do O. E. Ângulo de $+50^{\circ}$.

Recuo de 4 mm. dos rectos internos e avanço de 10 mm. do recto externo esquerdo; posteriormente descisão da catarata do O. E. (Figs. 8 a e 8 b).



Fig. 8 a



Fig. 8 b

A. M. L., 9 anos. Desvio supero-interno do O. D., com início aos 16 meses de idade. Ângulo de $+20^{\circ}$ com hiperforia de 7° . Visão: O. D. = 0,6; O. E. = 1. Supressão. Recuo de 4 mm. do



Fig. 9 a



Fig. 9 b

recto interno, avanço de 6 mm. do recto externo e tenotomia do pequeno oblíquo do O. D.

Obtivemos redução completa do desvio e ligeira hiper correcção da hiperforia. (Figs. 9 a e 9 b).

M. L. R., 6 anos. Começou a entortar o O. D. para dentro aos 3 meses de idade. Fixação extra-muscular. Visão: O. D. = $1/10$; O. E. = 1. Ângulo objectivo $+35^\circ$. Retroinserção de 4 mm. dos rectos internos e avanço de 10 mm. do recto externo do O. D. Obtivemos uma redução de 32° . (Figs. 10 a e 10 b).



Fig. 10 a



Fig. 10 b

I. M. H., 3 anos; aos 5 meses de idade começou a entortar o O. E. para dentro. Visão O. D. = 1; O. E. = $1/10$ (fixação extra-macular). Ângulo objectivo $+35^\circ$. (Figs. 11 a e 11 b).



Fig. 11 a



Fig. 11 b

Com retroinserção de 4 mm. do recto interno e avanço de 12 mm. do recto externo do O. E., obtivemos paralelismo quase perfeito

dos eixos visuais. Nestes dois casos, ambos com acentuada ambliopia de um dos olhos, conseguimos suprimir a fixação extra-macular pelo método de Cuppers, embora a visão apenas tenha atingido 0,3, devido principalmente à insuficiência de tratamento motivada pelas dificuldades económicas dos pais, que não lhes permitiu trazer as crianças com assiduidade à consulta.

G. M. M., 4 anos. Começou a entortar para dentro o O. D. aos dois anos de idade. Visão igual à unidade nos dois olhos com +1,5 dioptrias. Ângulo objectivo e subjectivo $+25^{\circ}$, com fusão no mesmo ângulo. Com o recuo de 5 mm. do recto interno do O. D. e 4 mm. do recto interno do O. E., obtivemos um ângulo de $+5^{\circ}$. Presentemente tem uma amplitude de fusão de $+25^{\circ}$ a -5° . (Figs. 12 a e 12 b).



Fig. 12 a



Fig. 12 b

J. A. M., 4 anos. Desde o início começou a entortar o O. D. para dentro. O. D. V = 1/10 com fixação excêntrica; O. E. V = 1. Hipermetrópe de +1,75 dioptrias. Depois de oclusão e excitação macular do O. D. durante um mês, fizemos retroinserção de 4 mm. dos rectos internos e avanço de 8 mm. do recto externo do olho

TERAPÊUTICA ORAL, PARENTÉRICA E TÓPICA

de infecções devidas a microrganismos susceptíveis às tetraciclinas

SUPERCICLIN

OXITETRACICLINA

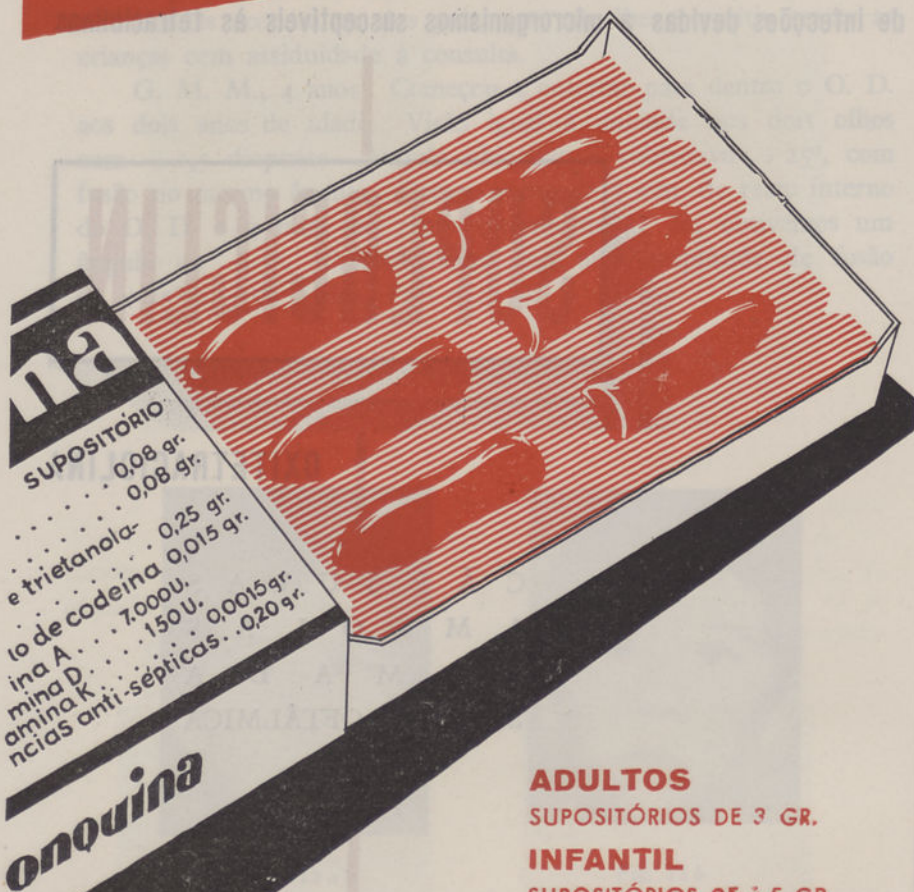
C Á P S U L A S
A M P O L A S
P O M A D A
SOLUÇÃO OFTÁLMICA

LABORATÓRIOS
Andrade

VENDA NOVA • AMADORA

transbronquina

RECTAL



ADULTOS

SUPOSITÓRIOS DE 3 GR.

INFANTIL

SUPOSITÓRIOS DE 1,5 GR.



DIRECÇÃO TÉCNICA DO PROF. COSTA SIMÕES

desviado. Obtivemos paralelismo dos eixos visuais, sendo presentemente de 0,3 a visão do O. D., que esperamos aumentar com a continuação dos exercícios. (Figs. 13 a e 13 b).



Fig. 13 a



Fig. 13 b

A. A. L., 14 anos; começou a entortar o O. E. para fora aos 2 anos. Com $+0,75$ no O. D. e cilindro de $+0,5$ a 180° no O. E., obtivemos visão igual à unidade nos dois olhos. Ângulo objectivo — 17° e subjectivo — 15° . A visão era alternante, vendo indistintamente 2 e 3 luzes de Worth. Depois de vários exercícios com o sinoptóforo vencemos a supressão, passando a fazer fusão, pelo que resolvemos operá-lo, tendo-se feito um avanço de 5 mm. do recto interno e um recuo de 5 mm. do recto externo do O. E. Obtivemos um ângulo de $+3^\circ$, passando após a continuação dos exercícios a ver 5 luzes de Worth, fazendo a princípio diplopia transitória, mas que não voltou a referir, ficando com uma amplitude de fusão de $+20^\circ$ a -5° .

Se atentarmos sobre os resultados obtidos nos casos apresentados, verificamos que os efeitos conseguidos com os avanços e recuos musculares, são para nós inferiores aos apontados pelos autores consultados, provavelmente por diferenças de técnica.

Segundo a regra de Álvaro, o recuo do recto interno corrige 3° por mm. e o avanço do recto externo corrige $1,5^\circ$ por mm.; actuando ao mesmo tempo sobre o recto interno e externo de um dos olhos, o resultado seria aumentado de 20%.

Por outro lado verificamos que com a mesma técnica cirúrgica, em doentes com o mesmo ângulo e tipo de estrabismo, não obtivemos resultados idênticos, e que técnicas de correcção diferentes nos deram resultados muito aproximados.

Isto vem confirmar a opinião existente, de que devemos basear-nos mais no estudo das versões do que da convergência (na dependência de factores de enervação), para estabelecer o tipo de operação para cada caso. Embora a nossa ainda reduzida experiência não nos permita emitir uma opinião, somos de parecer que o conceito sustentado por alguns oftalmologistas, de que em presença de um desvio horizontal se devem operar os quatro músculos horizontais, é defensável, visto que em toda a dissociação motora se produz uma alteração maior ou menor nos quatro músculos horizontais. Em quase todos os casos operados por nós, verificamos que mesmo naqueles em que se interveio sobre três músculos horizontais, conforme o que se encontra estabelecido, obtivemos hipocorreções maiores ou menores, devendo algumas obrigar-nos a intervir sobre o quarto músculo horizontal. No que respeita a tratamentos pleóptico e ortóptico, pré e pos-operatório, obtivemos normalizações sensoriais nalguns casos, devendo atribuir-se grande parte dos insucessos a insuficiência de tratamento, motivados umas vezes por os doentes não poderem vir com a assiduidade necessária aos exercícios como atrás já fizemos referência, outras, por não podermos dispor de tempo para atender eficientemente todos os casos que nos aparecem, óbice que esperamos ver resolvido brevemente.

Mas de qualquer modo, a simples correcção estética do estrabismo é de inegável importância no desenvolvimento psíquico e intelectual da criança, justificando só por si que lhe dediquemos o maior interesse, embora o objectivo hoje a atingir, mercê da moderna e eficiente aparelhagem de que podemos dispôr, seja a correcção das funções sensoriais que tendem a estabelecer a função binocular normal.

ALGUMAS REPERCUSSÕES BILIARES DA GASTRECTOMIA DO TIPO BILLROTH II

(SEU ESTUDO RADIOLÓGICO PRECOCE)

POR

HENRIQUE VILAÇA RAMOS

2.º Assistente da Faculdade de Medicina de Coimbra
e Bolseiro da Fundação Calouste Gulbenkian

*(Trabalho realizado no Serviço Central de Radiologia
do Hospital de Santa Maria, da direcção do Prof.
Doutor Aleu Saldanha) **

A gastrectomia sub-total com restabelecimento da continuidade digestiva por anastomose termino-lateral, reflecte-se de maneira mais ou menos marcada, como é sabido, sobre o território biliar. Foi nossa intenção estudar radiologicamente alguns aspectos da repercussão precoce nas vias biliares da gastrectomia sub-total do tipo BILLROTH II. Excluimos deste estudo algumas facetas do problema, como sejam a icterícia por estenose do hepato-colódoco na base dum traumatismo cirúrgico e as lesões inflamatórias das vias biliares, decorrentes quer da modificação do pH local, quer de situações de estase no duodeno, muito embora saibamos que estes factores não são independentes dos que passaremos a examinar.

A exérese duma porção maior ou menor de estômago cria todo um novo condicionamento digestivo que se não reflecte só a seu nível, mas tem ainda implicações em afastados sectores da economia. Como afirma o Prof. FERNANDO DE

* Ao Prof. Doutor Aleu Saldanha desejamos patentear a nossa gratidão pelo generoso acolhimento dispensado no seu excelente Serviço.

Incluimos neste agradecimento o Prof. Doutor Ayres de Sousa, a quem devemos indicações preciosas para a elaboração deste trabalho.

OLIVEIRA, «a redução das importantíssimas funções mecânicas do estômago (que facilitam a fragmentação e imbebição dos alimentos pelo suco gástrico), a supressão do piloro, e com ele, do esvaziamento fraccionado e selectivo dos alimentos, a ausência de secreção cloridro-péptica, a alteração do pH ao longo do processo digestivo, as perturbações dos diversos sistemas enzimáticos, especialmente os pancreáticos, são aspectos da fisiopatologia do gastrectomizado que pode vir a ter grave reflexo no seu futuro». A complexidade do problema explica o interesse que ele tem merecido e a abundante literatura sobre a fisiopatologia do operado gástrico. No que diz respeito às vias biliares, supomos que o primeiro estudo radiológico se deve a KALK e NISSEN que, fazendo uso da tetraiodofenoltaleína, não comprovaram alterações significativas. Porém, no único caso em que a colecistografia foi praticada precocemente, determinaram um esvaziamento deficiente às 4 semanas que, aliás, voltou à normalidade ao fim de 8 semanas.

PERONA, em 1939, por meio de estudos colecistográficos depois de gastrectomias, encontrou na maioria dos casos vesículas hipotónicas e de esvaziamento retardado; CICERI, no mesmo ano, verificou que após a ressecção gástrica se instaura um quadro colecistográfico de atonia com estase, sobretudo cerca de 3 meses após a intervenção, ao passo que os exames entre 6 e 8 meses evidenciam um regresso à normalidade.

Foi, porém, em 1947, com o trabalho de MAJOOR e SUREN, que se mobilizou o interesse dos investigadores para as possíveis correlações entre os síndromas pós-gastrectomia e as alterações da árvore biliar. Aqueles autores viram 6 casos de litíase biliar em gastrectomizados e emitiram a hipótese de a etiologia calculosa não ter sido estranha a intervenção. Sublinharam ainda que em 5 dos 6 casos a ansa eferente estava montada na pequena curvatura, facto que lhes mereceu especial referência.

LAKE, baseando-se em 615 gastrectomizados, nos quais só houve seis casos de litíase, entende não haver qualquer dependência entre as duas situações. Entretanto a comunicação de MAJOOR e SUREN encontrou larga audiência e têm-se multiplicado as observações de litíase pós-gastrectomia (VACHON e Col., HOERSTEKE, etc.).

Os trabalhos que pretendem averiguar a existência dum possível obstáculo mecânico no hepato-colédoco por alteração da



COMPRIMIDOS

PÓ

PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS DO APARELHO DIGESTIVO



**ANALGÉSICO • ANTIESPASMÓDICO
ANTIÁCIDO NORMALIZADOR
DAS FUNÇÕES GÁSTRICAS**

INDICAÇÕES


**DISPEPSIAS • GASTRITES • HIPERACIDEZ • AZIA
ÚLCERAS GASTRODUODENAIAS • ESPASMOS
COLITES • NÁUSEAS • ENTERITES**

**LABORATOIRES CHARLES DELACRE, S. A. • BRUXELAS
BÉLGICA**

RODRIGUEZ MARCOS & C.^A, L.^{DA}

RUA ANDRADE, 63-1.º

LISBOA 1



ATROPENINA

«SCIENTIA»

COMPRIMIDOS
GOTAS
SUPOSITÓRIOS

NA TERAPÊUTICA

a) dos ESPASMOS

dos BRONQUIOS
CORONÁRIAS
ESTOMAGO
INTESTINOS

e
do ÚTERO

b) das CÓLICAS

da VESÍCULA
e
RINS

c) do TENESMO VESICULAR

d) da ENURESE NOCTURNA

A ATROPENINA

«SCIENTIA»

associa os efeitos espasmolíticos da BELADONA,
da MEIMENDRO e da SCOPOLIA à acção
calmante central do FENOBARBITAL em
proporções que permitem a sua utilização não só nos
ADULTOS como também em PEDIATRIA e GERIATRIA

ALFREDO CAVALHEIRO, LDA.
LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
"SCIENTIA"

ESCRITÓRIOS: AV. 5 DE OUTUBRO, 164 - TELF. P. P. C. 773057 (2 LINHAS)

LISBOA-1

DIR. TÊC. HENRIQUE GONÇALVES BORDADO E CARLOS MOREIRA BORDADO (LIC. EM FAR)

sua topografia pela gastrectomia, são contraditórios. ZABALETA e Col. realizaram gastrectomias com a técnica de REICHEL-POLYA e PEAN-BILLROTH I e verificaram, por colangiografia, uma horizontalização e deslocamento do colédoco para a esquerda; a tal deslocamento associava-se um cotovelo quando o desprendimento duodeno-pancreático se não realizava amplamente até ao hiato de WINSLOW. Em contrapartida MIGUEL CAMPO não encontrou influência sensível da técnica de BILLROTH I sobre a situação e disposição da via biliar principal.

No domínio das alterações funcionais das vias biliares, faceta que mais particularmente nos importa equacionar, os factos observados por diversos autores não são concordes, como o não são as hipóteses patogénicas que os explicariam.

A atonia vesicular pós-gastrectomia, no entanto, parece ser reconhecida por todos os observadores. Essa atonia é já visível nos primeiros dias do pós-operatório, em que os estudos colangiográficos mostram aumento do volume vesicular. CASCON e ELEIZEGUI, em exames colangiográficos no pós-operatório imediato, determinaram que, de facto, a alteração fundamental após a ressecção é a hipotonia vesicular e salientam que, muito embora de intensidade variável, ela é tão constante nas intervenções do tipo BILLROTH I como nas do tipo BILLROTH II. Como já atrás assinalámos CICERI observou um retorno à normalidade, cerca de 6 a 8 meses após a intervenção. COX e Col. fizeram exames pós-operatórios precoces e tardios (para além de 6 meses) e encontraram, em grande parte dos casos, uma dilatação vesicular precoce que, em vez de regredir, mostrava um agravamento subsequente; a dilatação vesicular determinada pela atonia seria pois progressiva.

JOHNSON e BOYDEN chamam ainda a atenção para a possibilidade de tal dilatação vesicular se acompanhar duma redução do seu poder de concentração ou mesmo de manifesta doença vesicular, assinalando que em 2 dos 7 casos por eles estudados se desenvolveu uma litíase biliar.

PORCHER e BUFFARD viram, além da atonia com aumento da imagem vesicular depois da gastrectomia, uma diminuição da densidade da sombra da vesícula, o que deporia, talvez, a favor de uma simultânea redução do poder de concentração.

A atonia vesicular é em geral explicada pela secção de filetes vagais no decurso da gastrectomia. JOHNSON e BOYDEN

estudando indivíduos vagotomizados comprovaram idêntica dilatação progressiva da vesícula, que constitue um valioso argumento de ordem experimental em abono de tal interpretação. O Prof. FERNANDO DE OLIVEIRA⁽¹⁾, em 35 doentes vagectomizados, nos quais comprovou uma dilatação da vesícula, com diminuição da densidade radiológica da imagem, verificou que ela regredia entre 3 e 6 meses após a intervenção, em 50% dos casos. R. MOISÃO, em trabalho recente, revê a disposição anatómica da inervação vagal e conclui que a secção gástrica interessa somente filetes vagais que se destinam à própria porção de estômago a ressecar e que a secção duodenal só interrompe filetes que se dirigem ao território sujeito a exérese; a inervação vagal das vias biliares não seria, portanto, interessada na gastrectomia. Parece-nos, porém, que a extrema variação individual de tal inervação e o próprio nível em que é feita a ressecção gástrica devem ter, neste aspecto, importância capital. Se as ressecções baixas, do tipo da hemigastrectomia ou da antrectomia, podem não interessar os ramos do vago que se dirigem ao hilo hepático, as ressecções altas interessá-los-ão com maior frequência, sobretudo quando tais ramos se destacam dum nível baixo.

O poder evacuador da vesícula e as suas modificações após o acto cirúrgico também não estão isentos de controvérsia, a avaliar pelas discordantes opiniões emitidas na literatura. TIRONE, PERONA, CICERI, entre outros, referem o atraso do esvaziamento vesicular; CASCON e ELEIZEGUI não viram alterações da contracção do colecisto; COX e Col. comprovaram um aumento do esvaziamento vesicular nos primeiros 15 minutos após a estimulação excretora. Destas observações tão díspares poderá talvez tirar-se uma conclusão, aliás explicitamente referida no artigo de COX e Col. — não haver correlação entre a hipotonia vesicular e a sua taxa de esvaziamento.

JONHSON e BOYDEN demonstraram que a secção completa dos vagos não altera directamente a resposta vesicular ao estímulo de uma refeição colecistocinética e estabeleceram que no homem «o mecanismo da evacuação biliar é primariamente, senão exclusivamente, hormonal». Se é certo que eles encontraram um esvaziamento diminuído a seguir à vagotomia

(1) Comunicação pessoal.

por úlcera, o que é facto é tal esvaziamento ser então idêntico ao dos indivíduos saudáveis e, portanto, sem úlcera. Como já tinha sido demonstrado por BOYDEN e BERMAN, os ulcerosos têm um esvaziamento vesicular acelerado, o qual depende duma evacuação gástrica inicial precoce. O retorno ao esvaziamento normal após vagotomia dever-se-ia assim a um atraso da passagem inicial de alimentos ao duodeno, com idêntico atraso da estimulação pela colecistoquinina. Se se admitir como certa a opinião dominante, e segundo a qual a hipotonia vesicular é determinada pela desinervação vagal, e que a evacuação depende sobretudo do jogo normonal, compreende-se facilmente que as alterações do tonus e do esvaziamento não sejam paralelas.

Outros factos experimentais parecem alicerçar a interpretação hormonal do mecanismo de evacuação biliar entre os quais merece referência, pela sua correlação com o problema que nos ocupa, o referido por BARONOFSKY e GAVISER. Estes autores averiguaram o efeito que sobre o esvaziamento poderia ter o comprimento da ansa aferente em gatos gastrectomizados segundo a técnica de BILLROTH II, e verificaram que nos animais portadores de ansa longa o esvaziamento se encontrava atrasado em relação aos restantes. As ansas curtas permitiriam um mais fácil acesso dos alimentos ao duodeno e primeira ansa do jejuno, com a subsequente estimulação hormonal pela colecistoquinina. Este facto é tanto mais de sublinhar quanto é certo que no animal o esvaziamento não depende, tão exclusivamente como no homem, do mecanismo hormonal.

O aparelho esfinteriano das vias biliares foi apontado, também, como sede de alterações pós-gastrectomia. PIGNATARO refere 2 casos em que um espasmo do esfíncter de LUTKENS foi responsabilizado por um atraso da visualização da vesícula. O autor, porém, não menciona qualquer colangiografia pré-operatória, pelo que se não poderá atribuir com pleno fundamento tal situação a uma consequência da intervenção.

A permeabilidade do colédoco terminal tem sido encontrada alterada nos primeiros dias do pós-operatório, no sentido dum bloqueio de maior ou menor intensidade. CASCON e ELEIZEGUI, ao utilizar o teste de BOYDEN, viram nalguns casos distúrbios da evacuação coledociana, com refluxo para a árvore intra-hepática e dilatação dos canais. A inalação de nitrito de

amilo não melhorava o quadro e, portanto, não se invocava o factor espasmódico na sua génese. Verificaram, por outro lado, que tal estado é temporário, desaparecendo, com maior rapidez nos jovens, ao fim de 10 a 15 dias. Estes dados permitem supor que o edema inflamatório pós-operatório, estendendo-se até à região papilar, condicione um bloqueio de base predominantemente mecânica. Os autores referidos sublinham ainda que, sob o ponto de vista patogénico, tais situações se assemelham bastante aos síndromas biliares secundários à evolução das úlceras duodenais.

Cox e Col., examinando os seus doentes ao fim de 12 dias após a operação, não encontraram aumento de calibre da via biliar principal nem contracção ou dificuldade de relaxamento do esfíncter de ODDI. BARNA e Col. encontraram em pacientes com sofrimento pós-gastrectomia uma insuficiência do ODDI em 25 % dos casos. DI GUGLIELMO e Col. viram alterações oddianas, quer de tipo hipertónico quer de tipo hipotónico.

Se há referências de dilatação da via biliar principal também não faltam notícias de situações de hepato-colédoco estreitado (PIGNATARO), associado a hipertonia oddiana. No entanto, estes dados raramente foram confrontados com a situação antes da intervenção, o que lhes diminui o significado.

Esta revisão da literatura ficaria incompleta se não encaixássemos um «elemento que está estreitamente ligado ao aparecimento dum sofrimento hepato-biliar — a patologia da ansa aferente». De algum modo se pode dizer que as vias biliares, nos doentes que sofreram uma gastrectomia de tipo BILLROTH II, terminam funcionalmente não no ODDI mas na boca anastomótica, sendo o duodeno e jejuno aferente um prolongamento do colédoco.

Entre os diversos quadros patológicos cuja sede está naquela ansa — rotura do coto duodenal, granuloma da sutura, etc. — é o chamado síndrome da ansa aferente que interessa equacionar neste estudo. Como salienta MOISÃO, do exame da bibliografia sobre o assunto um facto é notório: «alguns autores não sabem com precisão o que é o síndrome». Se, como diz JORDAN, o síndrome da ansa aferente foi reconhecido desde cedo na literatura europeia como entidade nosológica independente, o mesmo se não deu no meio americano, onde teve mais dificuldade em encontrar audiência. Ainda recentemente

TETRALISAL

CARLO ERBA

NOVA TETRACICLINA
HIDROSSOLÚVEL

TETRACICLINA-L-METILENALISINA

5 0 0 0

VEZES MAIS SOLÚVEL QUE
A TETRACICLINA COMUM

PRÁTICAMENTE ATÓXICA
ISENTA DE EFEITOS COLATERAIS
MENOR DOSAGEM
MAIOR E MAIS RÁPIDO
EFEITO TERAPÊUTICO

APRESENTAÇÃO: FRASCOS C/ 8 E 16 CÁPSULAS

Licença

CARLO ERBA MILANO

LABORATÓRIO FRANCO, R. DE BELÉM, 18/22—LISBOA

LIVRARIA LUSO-ESPANHOLA, L.^{DA}

PORTUGAL

ESPANHA

BRASIL

Rua da Sofia n.º 121

C O I M B R A

LIVROS • REVISTAS

VENDAS A PRESTAÇÕES MENSAIS

Exposição permanente no Átrio do Edifício da Faculdade de Medicina

HIGGINS, ao debruçar-se sobre as complicações médicas da gastrectomia, passa inteiramente em silêncio este aspecto do problema.

WELLS e WELBOURN, os primeiros que estudaram em pormenor o quadro, acentuavam já os sintomas fundamentais: a náusea e sensação de plenitude epigástrica, e o vômito bilioso libertador. Estes mesmos elementos são os que mais frequentemente se vêm referidos e os que conferem a feição clínica ao quadro. WELLS e WELBOURN formularam a hipótese de que o síndrome se devia a uma acumulação de líquidos pancreáticos e de bÍlis na ansa aferente, devido a um cotovelo ao nível da pequena curvatura, até ao momento em que o volume de líquidos retidos desencadeava um movimento peristáltico, suficientemente forte para vencer a obstrução. Compreende-se facilmente que tal quadro, segundo esta interpretação, condicione uma estase importante a montante, ao nível das vias biliares, com todas as suas consequências. Tais situações obstrutivas da ansa aferente podem ser realizadas por aderências, por volvos (e neste caso compreende-se que o síndrome possa ser mais frequente nas ansas longas), por hérnias internas, etc. Outros autores, porém, afastam-se da interpretação obstrutiva e proclamam a atonia do território duodeno-biliar como factor responsável. Tal atonia dever-se-ia ainda à interrupção dos filetes vagais na intervenção. MARINA FIOLE emitiu a sedutora hipótese de «que no síndrome da ansa aferente intervenha também a falta de estÍmulos no «peace-maker» duodenal, retardando a evacuação do duodeno». Não temos notícia, porém, de que ela tenha obtido confirmação. KINSELLA e HENESSY invocam ainda um mecanismo de esvaziamento de vai-vem entre a ansa aferente e o estômago para explicar o síndrome.

AUGUSTE e GUERRIN conseguiram intubar a ansa aferente em doentes que tinham queixas típicas do síndrome e não viram nem distensão atónica nem hipocínésia do arco duodenal. ALBOT e KAPANDJI, por meio de radio-manometria biliar encontraram nestes doentes uma hipertensão biliar com pressão inicial elevada e espasmos dos esfínteres duodenais; para eles a situação devia-se a esta discinésia duodenal, estagnando a bÍlis em bolsas de «stockage» no duodeno, até que uma contracção violenta de tais bolsas provocava o vômito brusco e libertador. Segundo estes investigadores, havia mesmo diversas formas clÍnicas do

síndrome, conforme a biliar era veiculada para o exterior sob a forma de vômito ou sob a forma de diarreia biliar, e ainda conforme o vômito era bilioso puro ou bilio-alimentar. Os referidos autores que viram, aliás, idênticas discinésias duodenais em operados por gastrectomia de tipo BILLROTH I, e as julgam já pré-existent à intervenção e por ela agravadas, não aceitam o corte vagal ou esplâncnico como justificação para o síndrome e supõem-se filiados em alterações do sistema neuro-vegetativo autónomo regional.

De natureza obstrutiva ou de natureza atónica, a estase na ansa é o denominador comum das diferentes hipóteses patogénicas. A responsabilidade da estase recebe confirmação pelo êxito de algumas intervenções de anastomose entre as ansas aferente e eferente, ou de reconstrução duma anastomose do tipo II de BILLROTH numa do tipo I.

Os dados radiológicos em relação com o síndrome da ansa aferente merecem também especial reparo, dada a disparidade de opiniões habitualmente emitidas.

O refluxo para a ansa aferente da barita ingerida tem sido valorizado em sentidos opostos: SERRANO DE PABLO, entre outros, considera o refluxo para a ansa aferente como expressão de estado patológico da ansa; PORCHER e BUFFARD fizeram a comparação entre os resultados funcionais da intervenção e o refluxo sem que tenham encontrado qualquer relação de interdependência; FORCHERI, pelo contrário, vai ao ponto de supor que o refluxo é benéfico, por levar os alimentos ao contacto com a zona reflexogénica do duodeno e, ao mesmo tempo, fragmentar a evacuação gátrica e evitar assim o choque jejunal. Independentemente do síndrome da ansa aferente, o refluxo é por vezes responsabilizado por outras complicações pós-gastrectomia. De facto, GOFFIN e Col. supõem que o refluxo para a 2.^a e 3.^a porções duodenais desencadeia reflexos acidógenos e pode causar uma recidiva ulcerosa. Mas além de tais reflexos não se pode excluir a existência de um mecanismo hormonal, uma vez que ÜVNAS demonstrou a existência de secreção de *gastrina* na mucosa duodenal.

WELLS e MAC PHEE notaram que o bário não segue para a ansa aferente quando existe obstrução, mas salientam que a ausência do refluxo, por si só, não basta para asseverar a presença dum obstáculo, uma vez que o peristaltismo da ansa é suficiente

para o impedir. Para KINSELLA e HENESSY seria possível, em certos casos, assistir-se a um movimento pendular da papa baritada entre a ansa aferente e o estômago.

Para estudo da ansa, naqueles casos em que o refluxo se não dava expontâneamente, LORBER e SHAY aperfeiçoaram uma técnica de intubação, com um balão bloqueando a ansa eferente, e conseguem levar a substância baritada à ansa aferente da maioria dos pacientes. O não enchimento da ansa por esta técnica constituiria uma prova definitiva de obstrução a seu nível. É claro que se a situação obstrutiva for intermitente pode o exame radiológico não revelar qualquer anormalidade.

Depois desta revisão sobre algumas consequências biliares da gastrectomia e da qual ressalta claramente a diversidade de factos e interpretações que nesta matéria se vêem relatados, registamos seguidamente os resultados por nós obtidos numa pequena série de doentes.

OBSERVAÇÕES PESSOAIS

Foram estudados 9 casos de gastrectomia por úlcera gastroduodenal, com anastomose do coto gástrico de tipo termino-lateral a uma ansa do jejuno.

Caso 1 — J. P. C., de 45 anos, sexo masculino, com sofrimento gástrico há 14 anos. O exame radiológico revelou uma úlcera duodenal. Praticou-se uma «gastrectomia sub-total alta, tipo POLYA, transmesocólica».

Caso 2 — A. J. C. P., de 38 anos, sexo masculino, com sofrimento ulceroso típico desde há seis anos. Hematemeses há um mês. O exame radiológico comprovou a existência duma úlcera duodenal. Fez-se uma «gastrectomia sub-total POLYA-REICHEL, transmesocólica».

Caso 3 — J. G., de 52 anos, sexo masculino, com sofrimento gástrico desde há dezoito anos. O exame radiológico demonstra a existência duma úlcera duodenal de face. Foi feita uma «gastrectomia sub-total pelo método de POLYA, transmesocólica».

Caso 4 — A. C. M., de 36 anos, sexo masculino, tem queixas típicas de doença ulcerosa desde há

seis anos. Hematemeses uma semana antes do internamento. Comprovação radiológica de uma úlcera duodenal de face. Realizou-se uma «gastrectomia sub-total POLYA-REICHEL».

Caso 5 — A. R. G., de 32 anos, sexo feminino. Sofrimento gástrico desde há sete anos com hematemeses e melenas. Diagnóstico radiológico de úlcera duodenal. «Gastrectomia sub-total ante-cólica com anastomose termino-lateral a uma ansa do jejuno».

Caso 6 — A. F. C., de 33 anos, sexo feminino. Sofrimento ulceroso típico desde há dois anos. Episódio de hematemeses e melenas há 4 meses. Comprovou-se radiologicamente a existência de uma úlcera duodenal. Foi feita uma «gastrectomia sub-total de POLYA».

Caso 7 — D. A. R., de 46 anos, sexo masculino. Sofrimento gástrico há alguns anos, mas que desde há doze meses é fortemente sugestivo de doença ulcerosa. O exame radiológico evidencia uma úlcera duodenal. Praticou-se uma «gastrectomia sub-total pela técnica de POLYA-REICHEL».

Caso 8 — A. S., de 43 anos, sexo masculino. Sofrimento gástrico há nove anos, com episódios de hematemeses e melenas. Comprovou-se radiologicamente a existência de uma úlcera do estômago. Fez-se uma «gastrectomia sub-total tipo REICHEL, transmesocólica». O diagnóstico histológico da peça foi o de «úlcera péptica».

Caso 9 — M. J. G., sexo masculino, com sofrimento ulceroso típico desde há nove anos. Há oito meses que tem vômitos de estase. O exame radiológico mostrou uma úlcera duodenal. Foi realizada uma «gastrectomia sub-total com restabelecimento da continuidade por gastro-jejunostomia pré-cólica, tipo POLYA».

Em todos os doentes se realizaram duas colangiografias: a primeira dentro dos quatro dias anteriores à intervenção e a segunda entre o 7.º e 15.º dias após ela isto é, no decurso da segunda semana do pós-operatório. Os filmes foram

obtidos 15, 30, 45, 60 e 120 minutos após a injeção de Biligrafina e ainda 60 e 120 minutos após uma refeição colecistocinética. Uma vez terminado o exame colangiográfico pós-operatório seguimos, sob controle radioscópico, a ingestão dum caldo baritado bastante fluido, cujo objectivo era o de visualizar a ansa aferente. Quando tal se não deu espontaneamente procurámos obter o refluxo por manobras acessórias: decúbito lateral direito e compressão da ansa aferente. Nunca utilizámos as técnicas de intubação preconizadas por LORBER e SHAY, AUGUSTE e FERRIN, que por serem traumatizantes não estavam aconselhadas no pós-operatório.

A comparação entre os exames pré e pós-gastrectomia permitiu-nos obter os dados que a seguir expomos.

O volume vesicular ⁽¹⁾ apareceu substancialmente aumentado após a intervenção nos casos 1, 4, 5, 7 (Figs. 1 e 2) e manteve-se, com pequena variação, nos casos 2, 6, 8 e 9, como se pode ver no quadro I.

QUADRO I

CASOS	Colang. pré-operat.			Colang. pós-operat.		
	Vol. I	Vol. II	Esvaz.	Vol. I	Vol. II	Esvaz.
Caso 1	23,55 cc	7,05 cc	70,1 %	29,07 cc	12,65 cc	56,5 %
Caso 2	35,10 cc	15,46 cc	56 %	37,51 cc	23,94 cc	36,2 %
Caso 3	41,10 cc	8,90 cc	78,3 %	12,48 cc	1,63 cc	86,9 %
Caso 4	31,48 cc	13,59 cc	57 %	38,10 cc	26,57 cc	30 %
Caso 5	17,49 cc	16,25 cc	6,9 %	31,23 cc	15,26 cc	51 %
Caso 6	25,20 cc	8,30 cc	67,1 %	22,22 cc	11,20 cc	49,6 %
Caso 7	35,30 cc	23,03 cc	34,9 %	66,65 cc	33,87 cc	49,2 %
Caso 8	49,00 cc	9,30 cc	81,1 %	42,27 cc	34,45 cc	18,5 %
Caso 9	28,95 cc	4,55 cc	84,1 %	31,04 cc	26,50 cc	14,5 %
<p>LEGENDA</p> <p>Vol. I — Volume vesicular 120 minutos após a injeção</p> <p>Vol. II — » » 60 » » » refeição colecistocinética</p> <p>Esvaz. — Percentagem de esvaziamento vesicular</p>						

(1) Para as determinações colecistométricas utilizámos o método de ALBOT, TOULET e MOULLART.

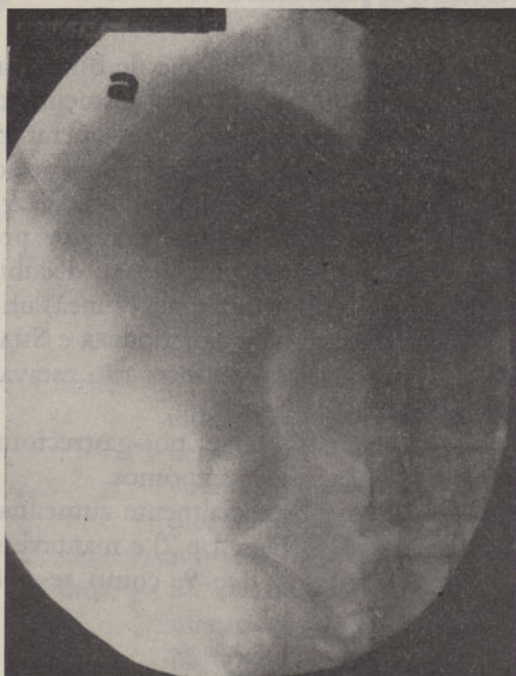


FIG. 1 — Note-se o aumento de volume vesicular nas radiografias antes e após a intervenção.

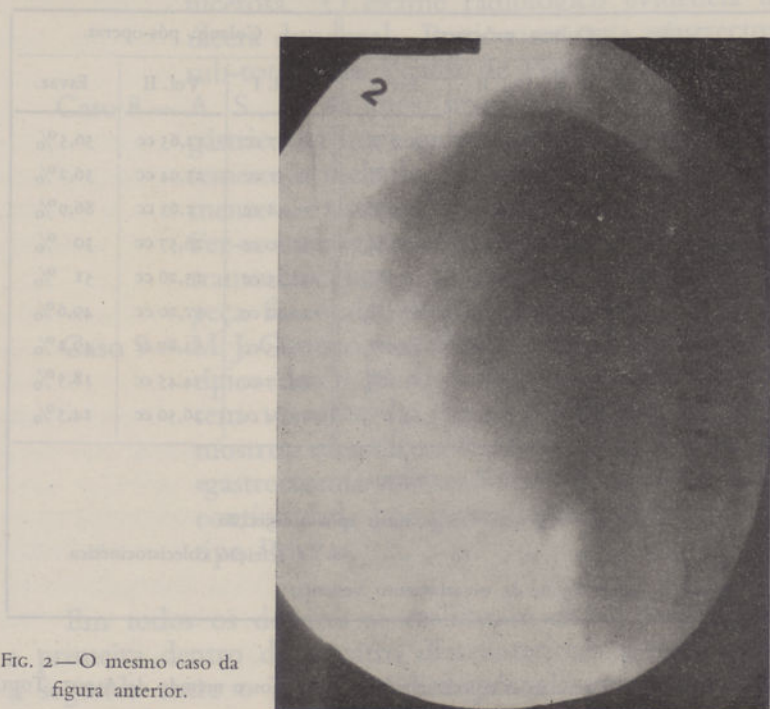


FIG. 2 — O mesmo caso da figura anterior.

A *incontinência oddiana* pós-operatória pode ser demonstrada nos casos 2, 6 e 9, em que a passagem espontânea de bÍlis opaca ao duodeno foi muito mais marcada após a intervenção (Fig. 3).

O *esvaziamento vesicular* após a gastrectomia foi inferior ao registado no exame pré-operatório, nos casos 1, 2, 4, 6, 8 e 9.

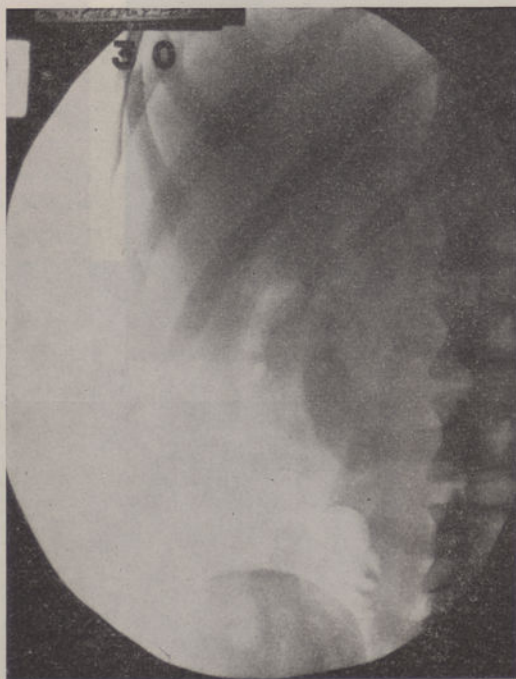


FIG. 3 — O filme obtido aos 30 minutos, no caso 6, mostra abundante impregnação da 2.^a porção duodenal.

A descida média, nestes casos, do esvaziamento vesicular foi de 35%, cifra assaz considerável.

Com excepção dos casos 3 e 5 a *densidade da imagem vesicular* diminuiu sistematicamente. Do mesmo modo a imagem vesicular aparece mais tardiamente no exame pós-gastrectomia, cifrando-se este atraso na ordem dos 15 a 30 minutos (Vide quadro II).



FIG. 4 — Os filmes obtidos antes e após a operação mostram uma dilatação do hepato-colédoco pós-gastrectomia. Observe-se ainda a visualização da 2.ª porção duodenal na fig. 5.

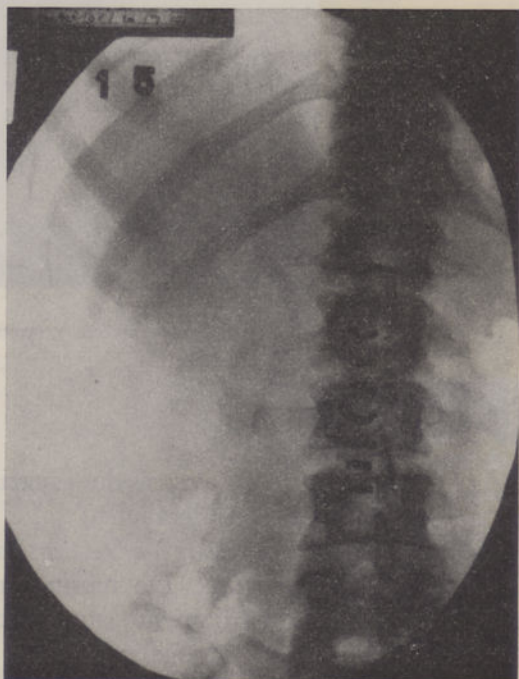


FIG. 5 — O mesmo caso da figura anterior.

**AGORA
TAMBÉM
EM
COMPRIMIDOS VAGINAIS**

GEOMICINA

(OXITETRACICLINA)

A Geomicina comprimidos vaginais está indicada na profilaxia e no tratamento das vaginites agudas ou crónicas causadas por microrganismos sensíveis



Apresentação:

Embalagens de 10 comprimidos, contendo cada:
Cloridrato de oxitetraciclina equivalente
a 100 mg de oxitetraciclina anidra



LABORATÓRIOS

Dep. de Propaganda: Av. Defensores de Chaves, 31-2.º — Lisboa — Telef. 732588
Delegação no Porto: Praça do Município, 287-4.º D. — Telef. 21483
Delegação em Coimbra: Rua Visconde da Luz, 72-3.º

O calibre do colédoco manteve-se nos casos 3 e 9 e aumentou entre 1 e 2 mm nos casos 2, 5, 6, 7, e 8. Nos outros dois doentes a densidade da imagem coledociana depois da intervenção era tão baixa que a sua medição foi impraticável (Figs. 4 e 5).

QUADRO II

	Densidade da imagem vesicular		Início da visualização		Calibre do col.		Refluxo para a ansa aferente	
	Pré-	Pós-	Pré-	Pós-	Pré-	Pós-	Esp.	Provocado
Caso 1	+++	++	30 m	60 m	5 mm	—	nulo	2 cm
Caso 2	++++	+++	30 m	45 m	3 mm	4 mm	nulo	7 cm
Caso 3	++++	++++	30 m	15 m	5 mm	5 mm	nulo	1 cm
Caso 4	+++	+	30 m	60 m	4 mm	—	nulo	Total com estase
Caso 5	++	++	30 m	30 m	4 mm	5 mm	nulo	1,5 cm
Caso 6	+++	+	45 m	45 m	6 mm	8 mm	3 cm	3 cm
Caso 7	+++	++	45 m	60 m	3 mm	4 mm	3 cm	3 cm
Caso 8	++++	++	15 m	45 m	4 mm	5 mm	nulo	11 cm com estase
Caso 9	++++	+++	30 m	60 m	7 mm	7 mm	nulo	nulo

O refluxo para a ansa aferente do caldo baritado só se deu de maneira espontânea nos casos 6 e 7. As manobras tendentes a provocá-lo tiveram êxito, à excepção do caso 9, mas mesmo assim o grau de refluxo só atingiu valores apreciáveis nos casos 2, 4 e 8. Nos dois últimos um filme obtido 30 minutos mais tarde revelou uma estase do produto refluído para a ansa, com uma imagem duodenal de calibre aumentado e de pregas volumosas (Fig. 6).

DISCUSSÃO

A atonia vesicular, traduzida pelo aumento de volume do colecisto e referida pela maioria dos investigadores, foi também evidente na nossa pequena série de casos. Apesar da incontinência do ODDI nos casos 2, 6 e 9, que permitiu a passagem franca de bÍlis opaca ao duodeno, o volume vesicular atingido foi

semelhante ao do exame pré-operatório, o que nos parece traduzir uma atonia vesicular nestes doentes. Juntamente com os casos atrás referidos, em que houve notória dilatação da vesícula, são 7 os casos em que a gastrectomia condicionou uma atonia da via biliar acessória.

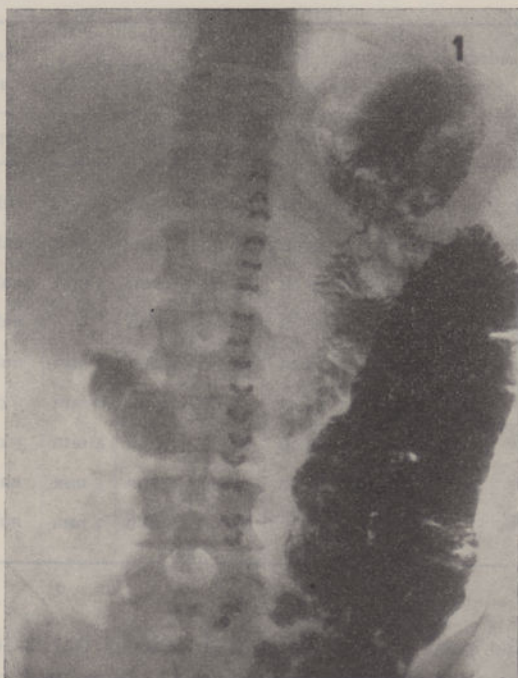


FIG. 6 — Abundante refluxo para a ansa aferente, com estase. Duodeno de calibre alargado e de pregas espessas, de aspecto hipotônico. (Caso 4).

O caso 3, entretanto, mostrou uma notável melhoria do tonus vesicular, bem como da função evacuadora deste órgão. Também o início da visualização foi precoce depois da intervenção e o colédoco não mostrou aumento de calibre neste doente. Não encontramos qualquer motivo que explicasse o diferente comportamento deste caso; o pós-operatório decorreu normalmente e o doente não tomou, nos dias que antecederam qualquer das colangiografias, nenhuma medicação que possa ser por tal responsabilizada. Não vimos na literatura referência

a qualquer caso semelhante que registamos, mas para o qual não aduzimos explicação.

A análise do calibre do colédoco nos nossos casos permite concluir que a atonia se estende a todo o território biliar e não só à via biliar acessória.

A incontinência pós-operatória do esfíncter de ODDI pode ser demonstrada três vezes, pela visualização do duodeno por bílis opaca; no entanto, não podemos pôr de parte a possibilidade de, noutros casos, a fraca concentração do produto opaco na bílis ou a sua diluição no líquido duodenal, eventualmente presente, ter impedido a visualização duma incontinência oddiana verdadeiramente existente.

A diminuição da densidade da imagem vesicular, bem como o seu aparecimento tardio, pode reconhecer múltiplas causas, cujo papel relativo ainda não foi esclarecido. Entre outras, a insuficiência de ODDI explicaria, por si só, o atraso da visualização vesicular e, simultaneamente, a diminuição do tempo de concentração. Por outro lado não entrámos em linha de conta, nos nossos casos, com a α -globulinémia antes e depois da intervenção, o que nos impede de garantir que a veiculação do contraste não foi alterada pelo acto operatório. E ainda que admitíssemos dever-se tal atraso da visualização vesicular, com diminuição da densidade da imagem, a uma baixa do poder de concentração, ficaria por esclarecer se a disfunção da mucosa era secundária à interrupção de filetes neuro-secretores ou a alterações da circulação da parede da vesícula (por deficiência de fluxo ou por dificuldade de retorno venoso) ou a outras possíveis causas.

O esvaziamento vesicular foi comprometido pela intervenção, sem que se demonstrasse qualquer paralelismo entre esta função e a dilatação da vesícula. Assim, no caso 8, apesar do tonus vesicular se ter mantido, o esvaziamento caiu de 81,1% para 18,5% após a operação, e nos casos 5 e 7, precisamente aqueles em que o tonus vesicular claudicou mais acentuadamente, o esvaziamento melhorou após a gastrectomia, respectivamente de 6,9% para 51% e de 34,9% para 49,2%.

O refluxo para a ansa aferente não parece relacionar-se com o esvaziamento vesicular, o que vai de encontro à opinião dos que o julgam favorecedor do desencadeamento do mecanismo evacuador da vesícula. Como é sabido, a colecistoquinina

não se forma apenas no duodeno, mas também na parte alta do jejuno. É assim possível que os nossos casos, portadores de ansas curtas, tenham uma formação precoce de colecisto-quinina à custa da ansa eferente, não se reflectindo o refluxo da ansa aferente no esvaziamento do colecisto.

O refluxo surgiu de modo espontâneo em dois casos nos quais a repercussão da gastrectomia sobre o esvaziamento foi oposta: no caso 7 houve melhoria do esvaziamento e no caso 6 diminuição do mesmo. O exame dos outros casos só confirma a independência destes dois dados. De facto, se no caso 9 o esvaziamento é muito deficiente e não há refluxo, em contrapartida o caso 8 mostra, para um esvaziamento semelhante, um refluxo marcado. Parece em boa lógica, aliás, que só o refluxo espontâneo deve ser considerado nas suas implicações fisiopatológicas, uma vez que o refluxo provocado depende de manobras artificiais e não de circunstâncias habitualmente presentes.

O refluxo para a ansa aferente é um achado frequente e familiar a todo o radiologista e não tem qualquer significado patológico. O seu único valor diagnóstico está em demonstrar a conservação da permeabilidade da ansa o que, na patologia deste segmento intestinal, tem o seu valor por excluir uma causa obstrutiva.

Em nenhum caso a biliar opaca vertida no duodeno foi suficiente para dar uma representação da ansa aferente que permitisse o seu estudo radiológico.

CONCLUSÕES

A gastrectomia, do tipo BILLROTH II nos casos estudados, determina uma queda do tonus vesicular e da via biliar principal que é já apreciável, na maioria dos casos, na 2.^a semana após a intervenção.

A permeabilidade do esfíncter de ODDI é nalguns casos francamente modificada no sentido da incontinência.

A densidade radiológica das imagens está notoriamente diminuída.

A capacidade de esvaziamento vesicular diminui consideravelmente na maioria dos casos. Não se encontrou qualquer relação entre as modificações desta função e as alterações do tonus do colecisto.

a prudente moderação
em corticoterapia
... na artrite
asma / alergia



com o Escudo de segurança 16-OH

Lederercort*

TRIAMCINOLONA **LEDERLE**



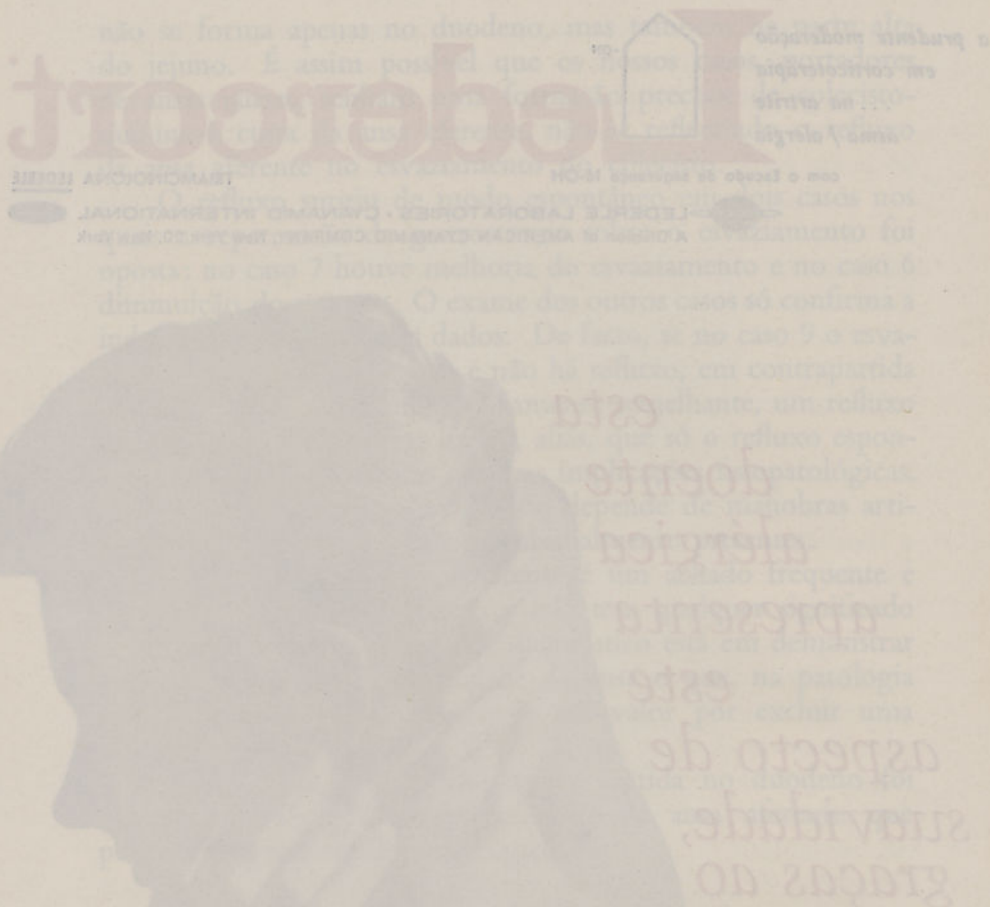
LEDERLE LABORATORIES • CYANAMID INTERNATIONAL

A Division of AMERICAN CYANAMID COMPANY, New York 20, New York



esta
doente
alérgica
apresenta
este
aspecto de
suavidade,
graças ao
Lederercort!"





Nos eczemas tipo alérgico ou microbiano
Piodermites superficiais de lactentes e adultos
Perioniquia • Prurido ano-vulvar, etc.

VIOCORTIN



O PODEROSO DESINFECTANTE ANTIPRURIGINOSO

CORTISONA... 1%
VIOFÓRMIO CIBA *

EM BISNAGAS DE 5 E 10 GR.

DISTRIBUIDOR GERAL

FARMÁCIA SILVA CARVALHO • R. DOS FANQUEIROS, 126 — LISBOA

* Autorização Ciba

A existência de um refluxo baritado para a ansa aferente, bem como o seu grau, não mostra qualquer paralelismo com a função evacuadora da vesícula, pelo menos nos casos de curta ansa.

O refluxo para a ansa aferente é normal.

SOMMAIRE

Après la révision de la bibliographie concernant les altérations biliaires postgastrectomie, particulièrement ses aspects radiologiques, l'Auteur décrit et fait la discussion de 9 cas qui ont été étudiés par cholangiographie préopératoire et par cholangiographie postopératoire précoce avec étude barité de la région gastro-jéjunale.

SUMMARY

After having reviewed the bibliography about the biliary changes produced by subtotal gastrectomy, principally on their radiological aspects, the Author describes and discusses the observations of 9 patients studied by means of cholangiography, before and after operation, this one with gastro-jejunal X-rays series.

BIBLIOGRAFIA

- ADDISON E FLETCHER — *Fibrous stenosis of ampulla of Vater after partial gastrectomy.*
 Brit. Med. Journ., n.º 5275, p. 377, Feb. 1962.
- ALBOT (Guy) e KAPANDJI (M.) — *Les troubles Fonctionnels de l'anneau duodénal secondaires aux gastrectomies.*
 Rev. du Prat. — Vol. 9, n.º 11, p. 1175, 1959.
- ALBOT (G.), TOULET e MOULLART — *Technique pratique de la volumetrie vésiculaire sur les cholecistographies de face et de profil.*
- AUGUSTE (C.) e GUERRIN (F.) — *Examen radiologique de l'anse afférente. Technique et intérêt.*
 Pres. Méd. — Vol. 69, n.º 25, p. 1139, 1961.
- BARONOFSKY e GAVISER — *The effect of long and short afferent loops in gastrectomy upon the rate of emptying of the gallbladder in experimental animals.*
 Surg. Gyn. Obst. — Vol. 93, n.º 4, p. 479, 1951.
- BOYDEN (E.) e BERMAN (T.) — *Evacuation of the gall bladder in peptic ulcer patients.*
 Radiology — Vol. 28, n.º 3, pág. 273, 1937.
- CAMPO (M.) — *Comportamiento de la via biliar principal en los gastrectomizados tipo Billroth I.*
 Rev. Esp. Enf. Apar. Dig. Nutr. — Vol. 19, n.º 7, p. 861, 1960.
- CASCON (D.) e ELEIZEGUI (T.) — *Répercussions de la gastrectomie sub-totale sur le carrefour biliaire et duodéno-pancréatique.*
 Lyon Chir. — Vol. 56, n.º 6, p. 886, 1960.
- *Fisiopatología del confluente duodeno-biliar postgastrectomia.*
 Rev. Clin. Esp. — Vol. 58, n.º 6, p. 352, 1955.
- COLOMER (V.) e GALERA (G.) — *Transtornos funcionales consecutivos a la gastrectomia.*
 An. del Hosp. S. Cruz y S. Pablo — Vol. 17, n.º 5, p. 310, 1957.
- COSTA (Buno da) — *Patologia funcional das vias biliares.*
 Clin. Higiene Hidrol. — Abril, 1943.
- COX, DOHERTY e KERR — *Changes in the gallbladder after elective gastric surgery.*
 The Lancet — Vol. I, n.º 7024, p. 764, 1958.
- FIOL (M.) — *Consideraciones sobre los síndromes post-gastrectomia.*
 Rev. Esp. Enf. Apar. Dig. y Nut. — Vol. 20, n.º 7, p. 933, 1961.
- GOFFIN, MUSIN e CARELS — *Syndrome de l'anse afférente gravissime. Correction par transposition de l'anse efférente.*
 Acta Gastro-Enter. Begl. — Vol. 22 p. 372, 1959.
- HIGGINS (J.) — *Medical complications following gastric surgery.*
 The Med. Clin. North Am. — Vol. 46, n.º 4, p. 979, 1962.
- HILLEMAND, CHERIGIÉ, BOURDON e URBAIN — *Étude du comportement radiologique du grêle après gastrectomie 2/3 pour ulcère.*
 Arch. Mal. App. Dig. — Vol. 49, n.º 11, p. 1441, 1960.

- JOHNSON (F.) e BOYDEN (E.) — *The effect of double vagotomy on the motor activity of the human gall bladder.*
Surgery — Vol. 32, n.º 3, p. 591, 1952.
- JORDAN e HOUSTON — *The afferent loop syndrome.*
Surgery — Vol. 38, n.º 6, p. 1027, 1955.
- JORDAN, OVERTON, DE BAKEY — *The postgastrectomy syndrome: studies and pathogenesis.*
Ann. of Surgery — Vol. 145, n.º 4, 1957.
- JUSTIN-BESANÇON, LAMOTTE, LAMOTTE-BARRILON, BARBIER e BOIVIN — *Étude critique des symptômes post-prandiaux observés chez les gastrectomisés.*
Sem. Hopit. — Vol. 30, n.º 35, p. 2211, 1954.
- KINSELLA e HENESSY — *Gastrectomy and blind-loop syndrome.*
The Lancet — Vol. 2, n.º 7162, p. 1205, 1960.
- LAKE (N.) — *The aftermath of gastrectomy.*
Brit. Med. Journ. — Vol. 1, p. 285, 1948.
- LORBER e SHAY — *Afferent loop studies after sub-total gastric resections.*
Am. J. of Med. — Vol. 12, p. 112, 1952.
- MAJOOR e SUREN — *Gall-bladder complications following resection of stomach for peptic ulcer.*
Brit. Med. Journ. — p. 8, Jul. 1947.
- MOISÃO (R.) — *O parênquima hepático no síndrome da ansa aferente post-gastrectomia. (Nota prévia).*
J. Soc. Cienc. Med. Lisboa — Vol. 125, n.º 5, 1961.
- MUIR (A.) — *Postgastrectomy syndromes.*
Brit. J. of Surg. — Vol. 37, n.º 146, p. 165, 1949.
- OLIVEIRA (Fernando Serra de) — *Fundamentos fisiológicos da terapêutica cirúrgica das úlceras gástrica e duodenal.*
Coimbra Médica — Vol. 9, n.º 2, p. 151, 1962.
— *A associação «antrectomia-vagectomia» no tratamento cirúrgico da úlcera duodenal.*
Coimbra Médica — Vol. 9, n.º 3, p. 265, 1962.
- PABLO (Serrano) — *Síndrome de la encrucijada duodenal de los resecaos del estomago.*
Cir. Gin. y Urol. — Vol. 3, 1952.
- PORCHER e BUFFARD — *Radiologie clinique de l'estomac opéré.*
Masson, Cie. Paris, 1957.
- PIGNATARO — *La colangiocolicistografia nei resecati gastrici.*
La Radiologia Med. — Vol. 47, n.º 4, p. 289, 1961.
- PRAT (D.) — *El síndrome del asa aferente despues de la gastrectomia.*
Arch. Urug. Med. Cir. Esp. — p. 79, 1957.
— *Complicaciones biliares de la gastrectomia en el ulcus duodenal.*
Arch. Urug. Med. Cir. Esp. — Vol. 48, n.º 1, 2, 3, p. 109, 1956.
- TIRONE — *Lei sindromi dei resecati gastrici.*
Arch. Ital. Chir. — Vol. 75, p. 367, 1952.
- WELLS e WELBOURN — *Postastrectomy syndromes. A study in applied physiology.*
Brit. Med. Journ. — p. 546, Março 1951.

NOTA CLÍNICA

SOBRE UM CASO DE PANCREATITE CRÓNICA RECIDIVANTE

POR

LUCIANO DOS REIS

(Bolsheiro da Fundação Calouste Gulbenkian)

O caso clínico que vamos apresentar não é um caso excepcional, notável pela sua raridade. Doentes de pancreatite crónica recidivante, com efeito, se bem que não surjam todos os dias, são no entanto observados com certa frequência, sobretudo quando nos habituamos a considerar esta afecção no diagnóstico diferencial das enfermidades abdominais. Nem sempre, aliás, são os casos mais raros aqueles de que mais ensinamentos podemos colher, até pelo facto de que, pela sua raridade, não é possível obter deles uma larga experiência. O caso presente permite-nos extrair algumas ilações de certo interesse, razão pela qual nos pareceu útil a sua publicação.

A doente C. D., que pela primeira vez observámos, em 18-8-60, no serviço de urgência do Albert Einstein Medical Center — Southern Division, de Filadélfia, era uma negra de 52 anos de idade, casada, moderadamente obesa. Desde a noite anterior que se vinha queixando de dores epigástricas intermitentes, muito intensas, com irradiação directa para a parte alta da região lombar, as quais haviam surgido após a ingestão de um copo de leite. Estas dores acompanhavam-se de náuseas e frequentes vômitos, assim como de diarreia de fezes castanhas claras. Todos estes sintomas persistiram durante a noite e a manhã do dia da observação, atenuando-se durante a tarde para voltarem, no entanto, a acentuar-se por volta das sete horas da noite. Esta não era a primeira vez que a doente se queixava de semelhantes sintomas. Desde cerca de oito anos atrás que, com grande frequência, apresentava dores do

mesmo tipo, se bem que só raras vezes de comparável violência; a irradiação dolorosa havia sempre sido directamente para a região lombar, tal como na presente crise. Nunca observara qualquer relação com as refeições, podendo as dores aparecer a qualquer hora, mais frequentemente, porém, durante a noite. As dores nunca haviam sido atenuadas pela ingestão de alimentos ou de medicamentos alcalinos, mas eram nitidamente agravadas pela ingestão de leite; tinham sido sempre mais intensas na posição de pé que em decúbito, sentindo a doente alívio, sobretudo, quando flectia a coluna, aproximando os joelhos do peito.

Se bem que a doente o não confessasse, viemos a saber que havia abusado da ingestão de bebidas alcoólicas alguns anos antes, não, porém, aparentemente, nos últimos dois anos.

Uma laparotomia fora-lhe feita há oito anos, através duma incisão subcostal direita; a vesícula biliar, porém, não fora removida nesta operação. Na sua história há ainda a referir uma possível hematemese, três meses antes; um episódio de hematúria, havia quatro meses, cuja causa não foi averiguada por a doente ter recusado uma cistoscopia; e hipertensão arterial, para o que vinha recebendo tratamento na consulta externa.

Ao ser observada, a doente apresentava-se em «shock», com uma pressão arterial de 70 (Mx.) — 40 (Mn.) mm Hg, pulso de 140 por minuto, 24 respirações por minuto, temperatura de 37° C. Se bem que um tanto letárgica, era capaz de responder com correcção às nossas perguntas. O abdómen encontrava-se flácido, não distendido, sendo doloroso à palpação em toda a sua extensão, mas principalmente no epigastro e em ambos os hipocôndrios; havia também dor sob pressão no ângulo costo-vertebral esquerdo. O peristaltismo intestinal encontrava-se levemente exaltado. O sinal de Blumberg era negativo. Toques rectal e vaginal eram negativos. O tórax, além de algumas finas ralas crepitanes em ambas as bases, não apresentava outras alterações. Todo o restante exame físico era negativo.

Uma paracentese, feita com o objectivo de colher líquido intra-peritoneal para análise, foi igualmente negativa.

Apesar dos exames laboratoriais feitos na noite do internamento (hemoglobina—10,6 g%, 68%; leucócitos — 8 900/mm³;

neutrófilos segmentados — 81%; linfócitos — 17%; monócitos — 2%; urina — numerosos leucócitos, 2 a 3 eritrócitos por campo; amilaseia — 228 unidades Somogyi), resolvemos tratar a doente com base no diagnóstico provável de pancreatite aguda, considerando, no entanto, a possibilidade de existência de trombose mesentérica. Internámo-la, assim, no serviço de Cirurgia (Prof. Alex Ulin), e iniciámos a terapêutica com soros intravenosos (glicosado; fisiológico glicosado), a que adicionámos nor-adrenalina, afim de manter em nível mais elevado a pressão arterial; transfusões de sangue e plasma; cloromicetina pelas vias intramuscular e intravenosa; oxigénio por catéter nasal; probantina; dieta absoluta e tubo naso-gástrico com aspiração contínua. No dia seguinte, a doente apresentava-se ainda em estado grave, com manifesta instabilidade da pressão arterial, tendo nós continuado o mesmo tratamento; administrámos-lhe mais transfusões de sangue e de albumina humana concentrada, além dos soros adequados à correcção do desequilíbrio electrolítico existente, cortisona por via intravenosa, e benadril. No terceiro dia, após apertada vigilância e tratamento intensivo, a pressão arterial mantinha-se já estável sem nor-adrenalina, elevando-se então a 210 (Mx.) — 120 (Mn.) mm Hg; os sinais e sintomas abdominais haviam acusado progressiva e nítida melhoria. A lipasemia era agora de 2,9 unidades, o que reforçava o diagnóstico de pancreatite aguda. No dia seguinte, porém, quatro dias após o internamento, a doente queixou-se de dores abdominais com irradiação lombar, e teve arrepios e febre a 39° C; o abdómen encontrava-se um pouco distendido, o peristaltismo hipoactivo. Vinte e quatro horas depois, contudo, toda esta sintomatologia havia já desaparecido. Começou a ingerir líquidos sete dias após o internamento e, como estes fossem bem tolerados, iniciou uma dieta rica de hidratos de carbono, pobre de gorduras e com teor normal de proteínas. Se bem que extraordinariamente melhorada, a doente queixava-se diàriamente, quase constantemente, de dores abdominais surdas, de localização epigástrica e irradiação lombar. Voltou a ter arrepios e febre (39,7° C) dezoito dias após o internamento, os quais se repetiram depois, quase diàriamente, acompanhados das mesmas dores abdominais com irradiação lombar e de dor sob pressão no epigastro; nunca se palpou, porém, qualquer massa abdominal.

Entretanto, vários estudos laboratoriais e radiológicos haviam sido feitos, os mais importantes dos quais reproduzimos seguidamente. Em 19/8: hemoglobina — 11,1 g%, 71%; leucócitos — 14 800/mm³; neutrófilos segmentados — 73%; neutrófilos em bastão — 12%; urina — normal, excepto 9 a 13 leucócitos e 1 a 2 eritrócitos por campo; calcemia — 8,4 mg%; uremia — 30 mg%; fosfatase alcalina — 3,55 u. Bodansky; protrombinemia — 84%; proteinemia total — 7,0 g% (albumina — 3,4; globulina — 3,6); Hanger — negativa; McLagan — 3 u.; cultura urinária — negativa; bilirubinemia — 2,0 mg% (total); ausência de sangue nas fezes. Em 21/8, a leucocitose elevava-se a 16 900/mm³, com 52% de neutrófilos segmentados e 29% de neutrófilos em bastão. Em 31/8, leucócitos — 8 800/mm³; neutrófilos segmentados — 79%, neutrófilos em bastão — 2%; fosfatase alcalina — 6,5 u.; bilirubinemia — 0,3 mg%; continuava a não haver alterações das reacções de Hanger e McLagan. Em 15/9, a leucocitose era de novo de 17 600/mm³, com 53% de neutrófilos segmentados e 30% de neutrófilos em bastão; a bilirubinemia era de 0,2 mg% (total); a amilase era de 112 u. Somogyi, a lipase de 1,0 u. Um electrocardiograma, feito em 23/8, mostrou taquicardia sinusal, além de alterações do segmento ST e da onda T, que depois se normalizaram (18/9). Uma colecistografia (3/9) não evidenciou a vesícula biliar, apesar de se ter administrado uma dose dupla de Telepaque; numerosas calcificações infiltravam a cabeça do pâncreas. Radiografias torácica e gastro-duodenal eram normais. Uma pielografia descendente, que havia sido feita em Julho, revelara-se essencialmente normal. Um ano antes, uma colecistografia oral mostrava uma vesícula biliar funcionando normalmente, sem cálculos; uma colecisto-colangiografia com Biligrafina intravenosa, então feita, revelara também a existência de uma vesícula normal, mostrando um colédoco e canais hepáticos de dimensões normais e sem cálculos. Nestas radiografias podiam já observar-se numerosas calcificações pancreáticas.

A evolução clínica da doença levou-nos a decidir pela exploração cirúrgica do abdómen, que realizámos em 20/9. Vários factos nos impuseram esta decisão: a história clínica muito sugestiva de pancreatite crónica recidivante, com surtos cada vez mais graves, o último dos quais colocara a doente em estado de

«shock»; a existência de dores abdominais e lombares praticamente constantes, causando-lhe considerável sofrimento; a repetição frequente de episódios de arrepios e febre alta, sugerindo colangite ascendente ou abcesso pancreático; a não opacificação da vesícula em face de dose dupla de Telepaque, ao contrário do que sucedera um ano antes, fazendo suspeitar de colecistite calculosa. A doente foi por nós operada, sob raqui-anestesia; fizemos-lhe uma laparotomia para-mediana trans-rectal direita, tendo encontrado numerosas aderências em torno do estômago, duodeno, fígado e vesícula biliar; esta tinha paredes finas e não continha cálculos; o pâncreas era duro e nodular. Após secção das aderências encontradas, expusemos a vesícula biliar, os canais cístico, colédoco e hepático comum, e a artéria cística. Fizemos então uma coledocotomia e, ao explorarmos o colédoco, verificámos a existência de uma estenose da porção terminal deste canal, que apenas admitia, com dificuldade, um dilatador de 3 mm de diâmetro. Decidimos, por isso, fazer uma duodenotomia, após o que expusemos a papila de Vater e realizámos uma esfincterotomia de um centímetro de comprimento. O colédoco distal foi dilatado até ao diâmetro de 8 mm. Introduzimos então, pela incisão de coledocotomia, um tubo de Cattell, cujo ramo distal passámos através da ampola de Vater até ao duodeno. Suturado o colédoco e o duodeno, e colocado no abdómen um dreno de Penrose, fechámos a parede abdominal, depois de termos trazido o tubo de Cattell e o dreno até ao exterior através de pequenas incisões separadas naquela parede. O período pós-operatório foi excelente, havendo a notar o facto de a doente ter referido, poucas horas após a operação, que as dores abdominais e lombares, que vinha sofrendo constantemente, haviam desaparecido; não mais voltou a ter também febre e arrepios. A doente teve alta no décimo quarto dia pós-operatório, com a incisão abdominal em via de cura e o tubo de Cattell ainda introduzido no colédoco, mas fechado por meio de uma pinça; este tubo só dois meses depois viria a ser por nós removido. À doente foi insistentemente aconselhado que não mais usasse de bebidas alcoólicas. Até à última vez que vimos a enferma, cerca de ano e meio após a operação, não tinha ela sofrido quaisquer dores ou outros sintomas, sentindo-se de perfeita saúde.

Este caso vem lembrar-nos que a esfínterectomia — operação de técnica simples, facilmente exequível — continua ainda, em casos seleccionados, a dar resultados satisfatórios no tratamento da pancreatite crónica recidivante. Numerosas outras operações foram inicialmente propostas para o tratamento desta afecção. Algumas, porém, foram já praticamente abandonadas para este fim, como a gastroenterostomia, a gastrectomia, a vagotomia, a laqueação dos canais pancreáticos. Outras, como os diversos tipos de simpaticectomia propostos para esta doença, só têm valor como tratamento paliativo, não parecendo ter, nesta afecção, qualquer acção curativa, ao contrário do que defendem autores franceses.

As operações que hoje parecem ainda continuar a ter interesse no tratamento da pancreatite crónica recidivante são, além da colecistectomia e da coledocolitotomia, de indicação indiscutível nos casos em que a pancreatite está associada à colelitíase e à coledocolitíase, a drenagem (externa ou, sobretudo, interna) de quistos ou pseudo-quistos pancreáticos, a esfínterectomia, os diversos tipos de pancreato-jejunoestomia. A pancreato-jejunoestomia retrógrada de DuVal conduz, com frequência, ao aparecimento de diabetes, em virtude da pancreatectomia distal a que obriga; melhor que esta operação parece, aliás, ser a pancreato-jejunoestomia feita com o canal de Wirsung aberto longitudinalmente em toda a sua extensão, pois não exige a realização de pancreatectomia distal e permite, além desta vantagem, uma melhor drenagem pancreática. A pancreatectomia total continua a ser uma solução extrema no tratamento da pancreatite crónica, devendo a ela recorrer-se somente depois de esgotados todos os outros recursos que a cirurgia oferece.

A esfínterectomia, proposta há já longos anos por Archibald, e sobretudo divulgada por Doubilet e Mulholland, continua a resistir à acção do tempo, sendo ainda considerada por Waugh e por Doubilet, entre outros, como a operação básica no tratamento actual da pancreatite crónica. Baseia-se esta operação na teoria do canal comum de Opie e Halsted, que explicaria a pancreatite como sendo devida a refluxo de bÍlis para o interior do canal de Wirsung, com rotura secundária de canálculos pancreáticos. A apoiar esta maneira de ver, Doubilet e Mulholland registam o facto de terem encontrado um canal comum na

quase totalidade dos 600 casos de pancreatite crônica que, até há poucos meses, haviam operado. A esfínterectomia faz que, segundo Doubilet, o esfínter de Oddi seccionado cicatrize numa posição de retracção, o que lhe aboliria a função e, portanto, suprimiria o refluxo bílio-pancreático.

É certo que Eiseman e colaboradores, em recente trabalho experimental e clínico, não chegam a conclusões capazes de apoiar este mecanismo, pois verificam que a pressão no colédoco, após esfínterectomia, regressa, dentro de seis a oito semanas, a valores comparáveis aos que existiam antes da operação; todas estas experiências exigiram, porém, a permanência continuada, durante seis a oito semanas, de um tubo dentro do canal colédoco, o que coloca as vias biliares em condições anormais, pouco próprias para a obtenção de resultados capazes de poderem ser interpretados com confiança; e nada nos dizem, além disso, sobre o que se passa após a remoção do tubo do colédoco.

Os resultados clínicos obtidos com a esfínterectomia parecem, aliás, confirmar o seu valor, embora o entusiasmo manifestado pelo aparecimento de novas operações pareça, por vezes, ofuscá-la. Assim, Waugh, na Clínica Mayo, obtém 65% de resultados bons quando a aplica no tratamento da pancreatite crônica; Jones consegue, com a mesma operação, êxito em três quartos dos seus 28 doentes; Warren, na Clínica Lahey, observa bons resultados em 41 dentre 64 enfermos submetidos à esfínterectomia; Doubilet e Mulholland chegam a uma percentagem de êxitos que se aproxima dos 90%.

A esfínterectomia tem, porém, de ser utilizada criteriosamente, pois a pancreatografia per-operatória pode indicar, muitas vezes, a necessidade de se lhe associar outra operação, como seja a pancreatotomia, com abertura do canal de Wirsung para extracção de cálculos, ou a pancreato-jejunostomia.

Deve, além disso, a esfínterectomia ser realizada segundo certas normas, a fim de dar os resultados desejados; em especial, deve ser sempre identificado o orifício terminal do canal de Wirsung antes de se proceder à esfínterectomia, a fim de não lesar aquele canal; e não deve a incisão no esfínter ter mais de oito a dez milímetros de comprimento, para não criar regurgitação duodeno-biliar permanente e, por outro lado, não correr o risco de perfurar o duodeno. Cattell aconselha que não se

apliquem suturas no local da esfínterectomia, por serem desnecessárias e até perigosas, em virtude de poderem atingir o canal de Wirsung.

O caso apresentado é particularmente elucidativo do valor da esfínterectomia, por se tratar de uma doente que, tendo dores abdominais e lombares praticamente contínuas até ao dia da operação, e tendo sofrido de surtos agudos frequentes, o último dos quais a colocara em estado de «shock», deixou por completo de ter quaisquer sintomas logo após a intervenção e não voltou a acusar qualquer sofrimento até, pelo menos, ano e meio depois.

Facto interessante a assinalar neste caso é que a vesícula biliar, a despeito de não conter cálculos e de não se encontrar inflamada, não foi impregnada na colecistografia feita pouco antes da operação. É conhecido que a vesícula biliar não concentra as substâncias radiopacas utilizadas para a sua visualização durante as colecistites agudas, o mesmo sucedendo nas pancreatites agudas; no caso apresentado, porém, tal facto deu-se apesar de decorridos dezasseis dias sobre o início da crise. Stein, Kalser, Sarian e Finkelstein pensam que isto seria devido à diminuição da função excretora do fígado e, por outro lado, à acumulação de bilis viscosa na vesícula biliar, em virtude de esta não ter sido estimulada a esvaziarse devido à ingestão de uma dieta pobre de gorduras, o que impediria a entrada da substância de contraste na vesícula.

Nesta doente, a biopsia do esfíncter de Oddi, colhida durante a operação, revelou a existência de fibrose invadindo aquele esfíncter, semelhantemente ao que foi encontrado, entre outros, por Cattell e Colcock. Esta lesão tem sido explicada como sendo devida, em certos casos, à presença de cálculos encravados na porção terminal do colédoco ou a dilatações instrumentais traumáticas anteriores; casos há, porém, em que nenhuma destas circunstâncias se observa («estenose idiopática»). Valle pensa que tais casos poderiam dever-se a espasmo crónico do esfíncter; outros autores, entre os quais Strauss, crêem que o processo poderia ter início em fenómenos de duodenite, com propagação secundária ao colédoco e formação de fibrose, responsável pela estenose oddiana. O diagnóstico é-nos sugerido pelos sintomas clínicos — dor abdominal intermitente, mais frequentemente nocturna, epigástrica ou no quadrante superior direito, muitas vezes com irradiação lombar ou para um dos

ângulos escapulares, associada a frequentes náuseas e vômitos. por vezes icterícia. O exame físico mostra apenas, quando muito, dor focada no hipocôndrio direito. A fosfatase alcalina e a bilirubina do soro podem encontrar-se elevadas. A colangiografia intravenosa pode esclarecer o diagnóstico, evidenciando um colédoco dilatado ou, directamente, a estenose do esfíncter de Oddi; pode, porém, revelar-se inteiramente inútil, mostrando um colédoco de dimensões normais e forma normal na sua porção terminal. Foi exactamente o que se passou na nossa doente, cuja colangiografia intravenosa, feita um ano antes da operação, quando ela já acusava os mesmos sintomas e tinha já tido vários episódios dolorosos abdominais agudos inteiramente idênticos aos da última crise — se bem que não tão violentos — o que leva a crer que o processo patológico básico já existia, revelou a presença de vias biliares de aspecto inteiramente normal. Este facto está, aliás, de acordo com o que tem sido observado por outros, nomeadamente Riddell e Kirtley, que não atribuem valor absoluto à colangiografia intravenosa no diagnóstico das estenoses do esfíncter de Oddi.

REVISTA DAS REVISTAS

Três casos de síndrome poliuro-dipsico tratados pelos diuréticos salúricos

— PATHÉ, G. e outros — «La Semaine des Hôpitaux», 39 (17), 567, 1963.

Os AA. estudaram a acção de dois diuréticos salúricos em 3 casos de síndrome poliuro-dipsico, um resistente, os dois outros sensíveis (diabetes insípida verdadeira) à hormona anti-diurética.

Obteve-se um bom resultado no primeiro caso correspondente a uma polidipsia primária de origem central. As conclusões dos AA. são paralelas às dos AA. americanos, alemães e franceses:

1.º — Em todos os casos o diurético salúrico parece actuar em dois tempos: diminuição da sede e depois diminuição da poliúria com aumento da densidade urinária. O efeito anti-diurético resulta da perda de água e de sódio, a excreção deste último sendo mais elevada que a perda hídrica.

2.º — A acção do produto utilizado pode ser considerada de várias maneiras, cada uma correspondendo a uma hipótese diferente sobre a fisiopatologia dos síndromas poliuro-dipsicos. É assim que se evoca, apoiando-nos na hipótese de trabalho de NITSCHKE e GOETSKE e em larga medida nos trabalhos de BARTER, o papel possível dos salidiuréticos tanto como das anti-aldosteronas sobre um hiper-aldosteronismo secundário obstando ao equilíbrio hidroelectrolítico. Outros autores consideraram a sua acção como uma propriedade farmacodinâmica específica do grupo tiazida actuando ao mesmo nível renal que a H.A.D., substituindo-se a ela quando é deficiente ou prevenindo o seu metabolismo anormal.

COELHO SILVEIRINHA

Correlação dos electrólitos plasmáticos e globulares num caso de hiponatremia plasmática de forma comatosa — BERGOGNE e outros — «La Sem. des Hôp. de Paris», 39 (15), 472, 1963.

Os AA. referem um caso de insuficiência pluriglandular (pan-hipotuitarismo) que deu lugar clinicamente a um coma e biologicamente a perturbações consideráveis dos electrólitos plasmáticos e globulares; o facto essencial residia no abaixamento simultâneo do Na plasmático e do K globular e na evolução paralela destes dois elementos sob a influência do tratamento pelos electrólitos e depois pelas hormonas.

O interesse biológico desta observação reside na interpretação hormonal dos transtornos electrolíticos e nas variações paralelas do Na plasmático e do K globular. Esta variação concomitante é necessária para a manutenção do equilíbrio osmótico entre os glóbulos e o plasma.

A rapidez com que a taxa do K globular subiu ao normal sob a influência única das injecções de Na intravenoso é particularmente chocante.

Pode-se perguntar se a conjugação de uma hiponatrémia plasmática e de uma kaliémia globular, ou mesmo a verificação isolada dum destes dois elementos, não deve tornar muito prudente a prescrição do regime sem sal e dos tratamentos de deplecção sodada, especialmente nos velhos e nos cardíacos.

COELHO SILVEIRINHA

Três tipos de desordens electrolíticas em três casos de insuficiência cardíaca em período terminal — KAUFMANN, H. e outros — «La Semaine des Hôpitaux», 39 (15), 472, 1963.

Descrevem-se três tipos de perturbações electrolíticas no decurso de 3 casos de insuficiência cardíaca em período terminal:

- Síndroma de perturbação globular isolada (abaixamento do K e ascensão do Na) ligado a uma embolia pulmonar;
- Síndroma de hemodiluição sanguínea com hiperconcentração globular;
- Síndroma de deplecção do Na plasmático e globular (hiponatrémia verdadeira) com queda concomitante do Na globular (manutenção do equilíbrio osmótico).

Os AA. insistem sobre o interesse das dosagens globulares indispensáveis ao estabelecimento dos balanços electrolíticos e sobre a gravidade dos casos em que aparecem tais desordens, secundárias a uma anóxia celular.

COELHO SILVEIRINHA

Significado e interesse clínico da desagem dos electrólitos e da água globulares — KAUFMANN, H. et Al. — «La Semaine des Hôpitaux», 39 (15), 467, 1963.

Os AA. passam em revista as críticas respeitantes aos números de Na e K plasmáticos, os quais dão uma ideia muito afastada do balanço electrolítico total.

Tendo em vista completar este balanço plasmático por um balanço celular eles dosearam o Na e K e a água das hemácias. Indicam a técnica e os números normais num grupo de indivíduos testemunhos.

A noção do meio intracelular como entidade global e o valor da hemácia como representativo do meio intracelular em geral, são em seguida analisados. As variações dos electrólitos globulares correspondem a duas ordens de fenómenos. Dum lado estão ligadas às modificações plasmáticas pela necessidade do equilíbrio osmótico: o parelismo observado por vezes entre as variações do Na plasmático e do K globular correspondem muito verosimilmente à manutenção deste equilíbrio.

Por outro lado, elas são primitivas e o seu estudo faz antever um capítulo novo da fisiopatologia clínica: o da fisiopatologia celular.

COELHO SILVEIRINHA

A clarodiazepoxida e o tratamento do alcoolismo — P. MARGAT e M. CRETON — «Annales Médico-psychologiques», 1, 92, 1963.

Desde 1961 os AA. têm ensaiado a clarodiazepoxida no tratamento dos acidentes agudos do alcoolismo.

De preferência a sua administração é feita simultaneamente sob a forma de injeções intramusculares e endovenosas, desde que a via parenteral se considere sempre mais activa que a «per os». Aliás, a clarodiazepoxida tem-se mostrado desprovida de toxicidade quando usada por via parenteral, nunca se tendo verificado acidentes ou incidentes que lhe possam ser directamente imputados.

Os resultados terapêuticos obtidos são esquematizados da seguinte forma:

- a) Sedação rápida da agitação, da confusão e do onirismo do delírio, a par do desaparecimento rápido das perturbações neuro-vegetativas;
- b) prevenção notável de acidentes mais graves em dois terços de casos de predelírio;
- c) ausência das perturbações provocadas pela suspensão brusca do tóxico.

FREDERICO GOMES

Um caso de leucoencefalite no adulto (estudo clínico, biológico e anatómico) — J. NAVIAN, Y BENOIT e F. FONCHÉ — «Annales Médico-psychologiques», 1, 125, 1963.

A maioria dos casos de leucoencefalite descritos na literatura médica refere-se a crianças, donde o interesse do caso presente, que foi observado numa mulher de 22 anos.

A primeira fase da evolução foi caracterizada por um predomínio de perturbações psíquicas, em que se chegaram a encarar várias hipóteses diagnósticas, desde uma neurose com manifestações pitiáticas até à esquisofrenia.

No entanto, posteriormente, o edema papilar e os traçados electroencefalográficos orientaram para um processo orgânico.

A evolução foi rápida, durante a qual o fundo mental foi mais confusional que demencial, e a morte verificou-se alguns meses depois.

FREDERICO GOMES

Emprego da haloanisona nas crianças atrasadas não epiléticas—G. ROUX, P. MONTON, CL. BARDIS e L. GAYROL — «Annales Médico-psychologiques», 1, 84, 1963.

Os AA. ensaiaram a haloanisona, que é uma hetirofenona piperasina conhecida também pelo 2028 M.D., em crianças atrasadas e agitadas, turbulentas, instáveis, e concluíram que estavam perante uma terapêutica de uso corrente, cómoda, sem incidentes.

Obtiveram uma acção que por vezes chegou a permitir uma adaptação ocupacional em certas crianças com perturbações do comportamento em que há forte participação psíquica, pois as que apresentam uma excitação exclusivamente motora não são influenciadas pela haloanisona.

A sua boa tolerância e o seu fácil manejo aconselham o uso desta droga em tratamentos prolongados, quer isoladamente quer associados à clorpromasina.

FREDERICO GOMES

Resultados dum ensaio de tratamento da poliartrite reumatóide (126 casos) pela hidroxiclороquina — A. RYCKEWAERT e outros — «La Sem. des Hôp. de Paris», 8, 318, 1963.

Os AA. trataram pela hidroxiclороquina na dose de 600 mgrs por dia, dose diminuída em casos de intolerância, 126 doentes atingidos de P.R., dos quais 78 receberam anteriormente um tratamento cortisónico geral que não foi interrompido. Os doentes foram seguidos todos os meses.

66 continuaram o tratamento durante um ano.

83 doentes tiveram manifestações de intolerância idênticas às da cloroquina. Em 7 deles revelou-se uma úlcera gástrica ou duodenal no decurso do tratamento, mas a responsabilidade da hidroxiclороquina no desencadeamento da úlcera, se não pode ser excluída, é discutível; 6 dos doentes atingidos receberam ao mesmo tempo cortisónicos. Depósitos corneanos estavam constituídos ao fim de um ano em 7 doentes sobre 53 cujas córneas eram normais no início do tratamento, o que é, evidentemente, inferior à frequência dos depósitos corneanos provocados pela cloroquina (16 casos em 43). Nenhum doente teve transtornos de acomodação. A intolerância mais frequente é digestiva e sobretudo gástrica. Pelo menos 44 doentes (14 que tinham tido manifestações de intolerância foram perdidos de vista) interromperam o tratamento por intolerância à medicação, sobretudo no decorrer do primeiro mês.

Em 66 doentes que seguiram o tratamento durante um ano, os resultados, julgados segundo critérios enunciados pelos AA., foram excelentes em 19,7 % dos casos, bons em 38 %, nulos em 25,7 % e discutíveis em 16,6 % dos casos. A percentagem dos doentes que obtiveram um bom ou um excelente resultado foi de 57,7 % dos doentes tratados durante um ano e de 30 % dos doentes sujeitos a tratamento (sendo reputados como não tendo obtido este resultado os doentes perdidos de vista).

Os resultados parecem sobretudo favoráveis nas poliartrites reumatóides recentes e pouco inflamatórias.

POLÍBIO SERRA E SILVA

O tratamento cirúrgico dos edemas crónicos de origem linfática dos membros inferiores e dos órgãos genitais — P. WERTHEIMER e J. C. MICHEL — «J. de Chir.», 85, 5, 1963.

Os AA., baseados numa estatística de 68 intervenções por linfedema dos membros inferiores e do escroto, chegam às seguintes conclusões:

«A linfangectomia por linfedema parece apresentar algumas imperfeições, em particular sob o ponto de vista cutâneo. Ela não deve dispensar o doente que beneficiou do uso duma compressão elástica, pelo menos durante alguns meses. Ela não parece, contudo, representar o modo de tratamento mais eficaz duma afecção que, abandonada, pode conduzir a uma amputação ou, pelo menos, ser responsável de acidentes infecciosos graves, duma impotência completa, de dores e duma deformidade particularmente redutível nos indivíduos jovens».

POLÍBIO SERRA E SILVA

A propósito duma série de 61 cancros do cólon direito (41 hemicolectomias direitas) — ALAIN MOUCHET e outros — «J. de Chir.», 85, 16, 1963.

Depois de algumas considerações sobre a etiologia, anátomo-patologia, aspectos clínicos, radiologia, etc., dos seus 61 casos de cancro do cólon direito, os AA. concluem que «o prognóstico do cancro do cólon direito parece ser mais desfavorável do que o dos cancros do cólon esquerdo e do recto que deram, na sua estatística respectivamente 50 % e 45 % de sobrevida a 5 anos. Porque razão será mais grave esta localização ao cólon direito? O facto é tanto mais surpreendente quanto a hemicolectomia direita realiza, sob o ponto de vista carcinológico, uma exérese teoricamente satisfatória, na casuística dos AA., a percentagem de invasão ganglionar é fraca (20 % dos casos)».

POLÍBIO SERRA E SILVA

O lupus eritematoso disseminado familiar — STEPHAN, KHAN e FLAMET
— «La Sem. des Hôp. de Paris», 12, Fevereiro, 1963.

Os AA. apresentam uma introdução com o relato de 21 casos de lupus eritematoso familiar descritos na literatura médica.

Acrescentando às observações já descritas, uma família oriental, na qual dois irmãos de 17 e 15 anos foram atingidos sucessivamente. O primeiro, depois duma evolução típica, foi tratado com nivacrina e, passados já 5 anos, encontra-se completamente assintomático. O segundo faleceu em menos de um ano de evolução, depois de apresentar uma hipertensão grave e uremia. A autópsia revelou lesões glomerulares típicas do lupus.

Todos os casos apresentados pelos AA. apresentaram quer no exame histológico depois da autópsia, quer biologicamente a presença de células L. E. (teste de Hargraves).

ADOLFO MESQUITA

Hepato-esplenomegalia megacariocítica — ARROBA, OYA, VALLE, GIMENEZ DIAZ — «Revista Clínica Espanhola», 2, 129, 1963.

Os AA. apresentam a história clínica de um doente com osteosclerose-mielofibrose com quadro hepático banal — colemia aumentada, fosfatase alcalina e ácida normais e as reacções da função hepática ligeiramente positivas. O estudo biopsico demonstrou uma hiperplasia retículo-endotelial com formação de megacariócitos parcialmente atípicos.

ADOLFO MESQUITA

A granulocitose histoplasmocítica — MARTINEZ, GARCIA, LIZAU — «Revista Clínica Espanhola», 2, 131, 1963.

A raridade e a gravidade das agranulocitoses com aumento das globulinas do grupo γ , foram as causas da publicação.

O quadro medular apresentado é característico e não se assemelha à medula que se encontra na maioria das agranulocitoses. A presença de células plasmáticas pode interpretar-se como um processo fundamental da agranulocitose e responsável pelo aumento da globulina γ . A hipergama globulinémia não é mais que uma expressão da actividade criadora de proteínas das células plasmáticas e dos histiócitos. A cifra mais alta coincide com o momento clínico e hematológico mais graves. A cura marcha paralelamente com a normalização das globulinas.

ADOLFO MESQUITA

O síndrome de quisto hidático hepático, sem quisto — CASTAÑO, VILLALOBOS — «Revista Clínica Española», 1, 13, 1963.

Na revisão de 42 histórias de síndrome de quisto hidático do fígado, encontraram-se 5 casos nos quais a laparotomia não demonstrou a existência de patologia hepática.

Os AA. analisam a causa de erro, que são de três tipos: por patologia pleuropulmonar, tracção do diafragma por aderências ou relaxamento frénico, de causa hepática por lobulações anormais do fígado.

Os AA. consideram as possibilidades dos métodos actuais de diagnóstico para evitar o erro.

Em todos eles estudaram as reacções biológicas clássicas: Weinberg, Casoni e eosinofilia.

ADOLFO MESQUITA

Papilomatose da traqueia e brônquios — HENRY GREENFIELD e PETER G. HERMAN — «The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine», 89, 1, 45, 1963.

A propósito de 3 casos de papilomatose da traqueia e brônquios os AA. fazem uma revisão da literatura mundial, encarando o aspecto da incidência, que não é muito frequente, e da etiopatogenia.

Apresentam também a história clínica detalhada dos casos examinados realçando para o diagnóstico o valor da dispneia, sibilos e tosse e o exame roentgenológico do tórax.

Terminam por chamar a atenção para a possibilidade da existência duma papilomatose de células escamosas.

ROCHA ALVES

Roentgendiagnóstico e tratamento do carcinoma do seio — J. GERSHON-COHEN, S. M. BERGER e M. B. MERMEL — «The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine», 89, 1, 51, 1963.

Os AA. apresentam algumas mamografias e chamam a atenção para o valor que este tipo de exame tem no diagnóstico precoce de lesões do seio.

Observaram alguns casos em que o exame roentgenológico evidenciou sinais suspeitos de lesão maligna quando esta não era ainda notada por qualquer outro método de exame e confirmados posteriormente por exame histológico.

Preconizam o exame preventivo de mulheres acima dos 35 anos por este meio, como aliás está sendo já executado no Albert Einstein Medical Center

de Filadélfia, e terminam o artigo por esperar que o exame, depois de estudos mais completos, possa tornar-se um ótimo meio de baixar, pela qualidade de diagnóstico, as estatísticas de mortalidade por carcinoma do seio.

ROCHA ALVES

Roentgenerapia no tratamento de carcinomas primários operáveis do seio com metastases linfáticas comprovadas — RUTH GUTMANN
— «The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine», 89, 1, 588, 1963.

A casuística do carcinoma do seio tem sido até agora, pelo estágio clínico, dividida em doentes que vêm fazer roentgenerapia pós-operatória, pacientes com lesões recorrentes e aqueles com metastases notáveis ou seja inoperáveis, isto, quando se considera o que ocorre num departamento de Roentgenerapia.

Após o aumento do emprego da biópsia ganglionar sistemática, aparecem, com bastante insistência, casos em que embora clinicamente (classificação de Haagensen e Staert) operáveis, há já invasão dos gânglios axilares ou da mama interna.

É neste tipo de doentes que o emprego da Roentgenerapia de 2 Mev foi tentado. Observaram-se 111 doentes e a taxa de sobrevida foi de 50% ao fim de 5 anos.

A autora termina por achar que a supervoltagem no tratamento do carcinoma do seio parece ser mais favorável do que por outros meios de tratamento.

ROCHA ALVES

Métodos de alterar a dinâmica circulatória com o fim de melhorar o exame roentgenológico do sistema cardiovascular — B. JÖRN NORDENSTRÖM
— «The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear Medicine», 89, 2, 233, 1963.

Trata-se dum artigo em que são referidos alguns métodos mecânicos e químicos susceptíveis de aumentarem o valor dos dados formados pelos exames roentgenológicos.

A intenção principal do autor é chamar a atenção para as possibilidades que ainda hoje se deparam, ao interessado no roentgendiagnóstico, de por meios novos se conseguir obter dados mais precisos e de valor com o emprego daquele meio diagnóstico.

São apresentados bastantes exemplos da melhoria obtida em radiografias por aqueles métodos.

ROCHA ALVES

Linfoangiografia Radioactiva como auxiliar terapêutico — DAVID M SEITZMAN, ROBERT WEIGHT, FONAD A. MALABY e JAMES M. FUCMAN — «The American Journal of Roentgenology, Radiumtherapy and Nuclear, Medicine», 89, 1, 140, 1963.

Apresentam-se os resultados da concentração radioactiva com o intuito de tratar as lesões ganglionares metastásicas.

Empregam com bons resultados o etiodal I¹³¹ que usaram invariavelmente na dose de 100 a 200 Mc no decorrer de linfoangiografias de rotina.

Posteriormente passaram a fazer a aplicação em quantidades terapêuticas que consideram de valor sobretudo em casos de carcinoma do pênis, testículos, carcinoma de células escamosas do colo uterino, linfomas abdominais, etc.

Não encontraram efeitos secundários da aplicação.

Os resultados do estudo mais detalhado deste método terapêutico serão publicados posteriormente.

ROCHA ALVES

Os aspectos médico e cirúrgico do bócio intratraqueal — JUDSON RANDOLPH, JEROME A. GRUSET e GORDON F. VAWTER — «The New England Journal of Medicine», 9, 457, 1963.

Os AA., depois de referirem a raridade de publicações da literatura inglesa sobre esta variedade de bócio, descrevem um caso ocorrido numa doente de 15 anos.

Mencionam as duas teorias patogénicas admitidas e a possibilidade de se instalarem tais bócios entre a glote e a bifurcação da traqueia. O caso considerado apresenta dificuldades respiratórias desde os 2 meses, estridor que aparecia durante periodos infecciosos no trato respiratório superior.

A doente apresentava aos 10 anos valor de prova de funcionamento tiroideu e aos 15 valores de hipertiroidismo. Foi seguidamente operada — é discreta a técnica cirúrgica — e instalou-se um hipotiroidismo tratado com tiroxina.

RODRIGUES BRANCO

Carcinoma tiroideu no homem após exposição à radiação: Um sumário dos resultados em Hiroshima e Nagasaki — EDWARD L. SOCOLOW, A. HASHIZUME, S. NERIISHI e R. NIITANI — «The New England J. of Medicine», 8, 406, 1963.

Estudos realizados na população de Hiroshima e Nagasaki de Julho de 1958 a Julho de 1961 revelaram que há correlação entre o desenvolvimento do carcinoma tiroideu e a distância a que os indivíduos se encontravam do centro da

explosão. Neste inquérito realizaram-se determinação do iodo proteico, fixação do I^{131} , M.B. e proteínas do soro e colesterolémia nos examinados que apresentaram anormalidades tiroideias.

Nos casos de bócio nodular recorreu-se à biópsia da glândula e estudo anatomo-patológico.

RODRIGUES BRANCO

As doenças do tecido conectivo e sintomas associados com tiroidite do Hashimoto — KENNETH L. BECKER, RICHARD H. FERGUSON e WILLIAM M. MCCONALEY — «The New England J. of Medicine», 6, 277, 1963.

Os AA. procuraram, nos 506 doentes da Clínica Mayo que sofreram de tiroidite de Hashimoto entre 1958 e 1960, conhecer a frequência dos sintomas reumáticos. Em 23,5 % destes doentes encontraram doenças ou sintomas musculoesqueléticos; em 47 % havia artite reumatóide e em 7,9 % existia um síndrome fibrótico, o que demonstra a frequência apreciável destas afecções.

RODRIGUES BRANCO

O teste de Metopirona na prática endocrinológica — J. MIROUZE, P. CRISTOL, CL. JAFFIOL, M. BADACH e A. SATINGER — «La Semaine des Hôpitaux», N.º 13, 430, 1963.

Em 38 indivíduos, portadores de diversas endocrinopatias, foi efectuado o teste com metopirona ou SU-4885.

Nesse domínio, dizem os AA., que o teste de metopirona presta um precioso serviço porque permite avaliar a reserva em A.C.T.H. endógeno e o seu efeito sobre a suprarrenal, e reconhecer diversas insuficiências hipofisárias.

BENEDITO DIAS

O estafilococo na flora biliar da hepatite epidémica — M. M. J. GAVRIALA, L. GOMES, T. MURESIANU e E. BOGATU — «Le Journal de Medicine de Lyon», 1027, 296, 1963.

Desde 1956 até 1961 os AA. debruçaram-se sobre o estudo da flora microbiana da árvore biliar nos casos de hepatites epidémicas, tendo para este efeito realizado 1638 exames bacteriológicos de bilis colhida por sondagem duodenal. A pesquisa revelou a presença de diversas bactérias em 67,5 % dos casos, tanto na bilis A como na bilis B.

Na ordem de frequência encontraram colibacilo em 39,3 % dos casos, estafilococo albus não hemolítico em 22,8 % e outros germes em percentagens mais reduzidas, abaixo de 10 %, destacando-se entre estes o estafilococo aureos hemolítico, bacilo alcaligeno fecalis, proteus, enterococo, fiaciânico, etc.

A proporção de estafilococos resistentes aos antibióticos tem sido normal e a composição da flora biliar tem-se mantido quase inalterável, no decurso de 5 anos, apesar de larga administração dos antibióticos, embora em alguns casos houvesse desaparecimento do germe depois de um tratamento específico.

As percentagens dos micróbios nas biles A, B e AB são dadas no seguinte quadro :

Espécie microbiana	Bile A e B	Bile A	Bile B
Colibacilo	39,3 %	38,5 %	40,4 %
Stafilococo albus não hemolítico	22,8 %	21,1 %	24,7 %
Stafilococo aureos hemolítico	4,51%	4,7 %	4,28%
Alcaligenes fecalis	5,15%	5,4 %	4,9 %
Cogumelos e leveduras	6,45%	7,8 %	4,9 %
Enterococo	4,29%	5,5 %	2,9 %
Diversos	17,5 %	17,1 %	17,9 %
N.º total de germes isolados	1398	744	654

BENEDITO DIAS

Três casos de experiência dos tratamentos pela thioridazina na medicina geral — J. BELIN — «Le Journal de Médecine de Lyon», 1027, 283, 1963.

Em 440 casos de insónias, 418 de ansiedade e 450 de depressão foi posta em experiência a Thioridazina na clínica dos Hospitais de Clermont-Ferrand. A posologia média da droga foi de 30 mgrs diários nos estados depressivos e de 100 a 200 mgrs associados a pequenas doses de psicóticos. Em cerca de 75 % dos casos observou-se extraordinária melhoria no estado psicossomático dos doentes e uma perfeita tolerância para a droga. Tomando em consideração os resultados tão benéficos desta terapêutica, os AA. apregoam o seu emprego sublinhando com certo relevo as vantagens deste medicamento sobre os outros tranquilizantes.

BENEDITO DIAS

Diagnóstico de hematoma intra-cerebral espontâneo — J. PECKER — «La Semaine des Hôpitaux», 13, 431, 1963.

O hematoma intracerebral espontâneo constitui a 3.ª variedade dos acidentes vasculares cerebrais. É uma forma particular de hemorragia cerebral e evolui em duas etapas distintas: o ictus inicial e um intervalo livre. Tomando

em consideração os sintomas que surgem nestas duas fases de evolução, os neurocirurgiões franceses propõem a escolha de tratamento cirúrgico quando passarem 4 dias após os sintomas iniciais do ictus, visto que durante os 4 dias que seguem ao acidente, o grau da mortalidade por intervenção cirúrgica diminui consideravelmente.

BENEDITO DIAS

Considerações biológicas e clínicas sobre os ribonucleóticos. Aplicação terapêutica na infância — G. BONNIER — «La Semaine des Hôpitaux», 13, 439, 1963.

Os estudos efectuados nas crianças pela administração de ribonucleótidos, permitem pôr em evidência a acção benéfica dessa substância, sobretudo naquelas cujo estado geral é débil. Tem-se observado o aumento do peso e uma considerável melhoria na actividade física e psíquica e no estado hematológico. A sua associação aos oligo-elementos e a vitamina B₁₂ acentua o efeito eutrófico e antianémico porque aumenta a taxa de hemoglobina no sangue.

BENEDITO DIAS

Estudo clínico-psicológico e electro-encefalográfico dum caso de epilepsia mioclónica — M. M. SEHACTER — «Le Journal de Lyon», 1027, 305, 1963.

Os AA. relatam um caso de mioclonia generalizada, numa criança da idade de 13 anos, citando as características clínicas, psicológicas e electroencefalográficas e estabelecendo o diagnóstico diferencial com a coreia eléctrica, mioclosia epiléptica de Uuniverricht-Lundborg, a dissinergia cerebelosa mioclónica de R. Hunt e com epilepsia mioclónica de Lennose, Solé Sagarra e o pequeno mal impulsivo de Janz-Christian. Tomando em consideração os sintomas e o traçado electro-encefalográfico, o A. inclina a favor da última hipótese.

BENEDITO DIAS

A endocardite pela candida — M. DEGERIS e G. MANIGEND — «La Sem. des Hôp. de Paris», 39, 4, 174, 1963.

A endocardite pela candida é muito rara, mas a sua frequência aumentou nos últimos dez anos. Enquanto que antigamente não aparecia senão nos indivíduos debilitados, ou nas idades extremas da vida, desenvolve-se agora essencialmente nos doentes com antecedentes d'endocardite reumatismal, ou no decurso de endocardites bacterianas sub-agudas ou de intervenção de valvulo-

tomia. A septicémia pode ser devida quer à multiplicação das condidas, quer a saprófitas do argnismo, seja por inoculação através de injeções intravenosas de saprófitas dos tegumentos. O papel favorecedor dos antibióticos, dos tratamentos esteróides e dos medicamentos de acção antifólica ou anti-purina é indiscutível, mas o mecanismo não está perfeitamente elucidado. Os sinais clínicos da endocardite pela condida não a permitem distinguir das endocardites bacterianas. Só a hemocultura permite afirmar o diagnóstico. A evolução, apesar dos tratamentos antifúngicos actuais, é quase sempre mortal em 2 ou 3 meses.

EURICO ALMIRO

Doenças infecciosas sob corticoterápia de longo curso — J. GERBEAUX, J. COMEUR, A. BACULERA-BEAUCHEF e J. B. JOLY — «La Sem. des Hôp. de Paris», 39, 2, 61, 1963.

Os AA. observaram 194 casos de doenças infecciosas sobrevivendo durante ou depois duma corticoterapia em 154 crianças tratadas por diversas complicações de tuberculose inicial. Esta série comporta 102 varicelas, 17 infecções de piógenos, 16 sarampos, 3 poliomielites, 2 herpes oculares, 4 zonas, 11 coqueluches, 28 parotidites, 1 meningite linfocitária, 3 moniliasas, 6 rubéolas e uma infecção de origem indeterminada.

Os dados das 102 varicelas que sobrevieram durante a corticoterápia são comparadas com as observadas em 100 indivíduos testemunhos não tratados pelos corticosteróides. Nenhum caso de varicela mortal tem sido revelado. A experiência deste material, junto com a análise de 102 casos de varicela sob corticoterápia recolhidos na literatura, mostra que as dois factores de gravidade da varicela durante um tratamento esteroide, são: o carácter maligno da doença tratada e a atitude terapêutica; paragem mais ou menos brusca da corticoterápia.

Num rappel fisiológico, os AA. aconselham uma atitude que lhes tem dado bons resultados: aumento das doses de corticosteróides desde o começo da doença infecciosa. Os acidentes têm sido observados nos casos onde a corticoterápia tem sido interrompida ou reduzida: uma recaída por infecção hiper-aguda de natureza indeterminada, um ataque necrótico da laringe, uma lesão córnea de origem herpética.

EURICO ALMIRO

A proteinose alveolar pulmonar — RAMIREZ, NYKA e MC LAUGHTON — «The New-England J. of Med.», 268, 165, 1963.

Em 2 casos de proteinose alveolar pulmonar o material para diagnóstico foi obtido no sedimento das secreções brônquicas após «flooding» segmentar através de um cateter semipermanente. Este material foi identificado nas secções

histológicas e mostrado ter idênticas características nos espécimes biópsicos. Em ambos os casos havia dehidrogenase láctica do soro elevada.

Estudou-se a propósito a percentagem da hidrogenase láctica do soro noutros doentes não neoplásicos.

Num doente apareceu fenolmefonaftaleína na expectoração sessente dias depois de se ter feito um teste de funcionamento renal. Pretende-se com estes estudos procurar um processo de diagnosticar a proteinose alveolar sem uma biópsia pulmonar.

FREITAS TAVARES

Considerações terapêuticas e patogénicas sobre a doença de Whipple.

I — A cura da doença de Whipple pelos antibióticos? — CL. JULIEN, J. CAROLI e J. ETERIÉ — «Arch. Mal. App. Digest. et Nutr.», 52, 1, 2, 31, 1963.

Tratando durante 8 meses pela aureomicina um doente com doença de Whipple, os AA. obtiveram uma remissão clínica e biológica completa.

No plano histológico, depois de 4 meses de tratamento, havia igualmente uma regressão considerável das lesões características da afecção.

A este propósito os AA. põem o problema da cura da doença de Whipple pelos antibióticos.

Aproximam a acção dos antibióticos dos dados da microscopia electrónica que tendem a fazer da doença de Whipple uma doença microbiana.

FREITAS TAVARES

Considerações terapêuticas e patogénicas sobre a doença de Whipple.

II — Doença de Whipple, doença microbiana? — M. J. CAROLI, Mlle. H. STRALIN e M. CL. JULIEN — «Arch. Mal. App. Digest. et Nutrit.», 52, 1, 2, 55, 1963

Os AA. estudaram ao microscópio electrónico a mucosa jejunal dum doente com doença de Whipple.

Eles provam a existência duma pululação bacteriana no corion. Trata-se de bacilos gran-positivos encapsulados, medindo 1,8 M de comprimento.

Mostram igualmente que estes germes uma vez fagocitados pelas células histiocitárias, concorrem para a formação das partículas intracelulares, individualizadas em microscopia óptica pelo seu carácter P.A.S. positivo e tidos como características da doença.

Estas constatações levam-nos finalmente a fazer da doença de Whipple uma afecção puramente e primitivamente bacteriana.

FREITAS TAVARES

Ulceração e perfuração do intestino devida a arteriolite necrosante
— FRIKBINER e DECKER — «The New England J. of Med.», 268,
14, 1963.

Em três doentes com arterite intestinal surgiu necrose, ulceração, perfuração, peritonite e morte.

Os processos patológicos subjacentes eram lupus eritematoso disseminado, artrite reumatóide e periarterite nodosa. Os doentes tinham 17, 36 e 38 anos e o diagnóstico só foi feito através do exame necrópsico.

O diagnóstico de L. E. foi feito pela idade, sexo feminino, corpos hematoxilínicos, glomerulo-nefrite membranosa, arteriolonecrose difusa, hipertensão e endocardite verrugosa atípica. Não se encontraram células L. E.

Os outros diagnósticos foram feitos, o de artrite reumatóide pelo laboratório e pela clínica. A arterite fora possivelmente devida ao tratamento.

O diagnóstico de P. N. foi suspeito clinicamente e confirmado na autópsia.

FREITAS TAVARES

Células da doença de Nieman-Pick e de algumas outras lipoidoses
— J. TANAKA, G. BRECHER e D. S. FREDRICKSON — «La Nouv. Rev. F. d'Hematol.», 3, 1, 5, 1963.

Os AA. estudaram ao microscópio electrónico as células de quatro casos de dislipoidoses (três Nieman-Pick e uma hiperlipemia essencial) constatando que as células de sobrecarga tinham o mesmo aspecto. Esta identidade morfológica opõe-se à variedade química das sobrecargas lipídicas. Somente entre as dislipoidoses, a doença de Gaucher tem uma ultraestrutura característica.

FREITAS TAVARES

A actividade eritropoiética do plasma humano em algumas afecções hematológicas e outras — P. BOIVIN, G. LAGRUE e R. FAUVERT
— «La Nouv. Rev. F. d'Hematol.», 3, 1, 35, 1963.

É actualmente possível estudar a actividade eritropoiética global do plasma humano, mas os resultados obtidos devem ser interpretados com prudência: não se conhecem com certeza nem a natureza da ou das substâncias cuja actividade se aprecia, nem a sensibilidade das técnicas empregadas.

Tendo em conta estas reservas, a actividade eritropoiética do plasma foi encontrado: normal em 4 poliglobulias de Vaquez; moderadamente elevada em 4 outros; muito aumentada numa poliglobulia por cancro do rim; normal em 2 casos de esplenomegalia mieloide com poliglobulia; muito elevada em

8 casos de insuficiência medular dos quais 5 pancitopenias primitivas, 2 eritroblastopenias puras crônicas do adulto e 1 mieloclerose; normal em 2 casos de esferocitose hereditária com hemólise parcialmente compensada e elevada em 2 casos de anemia hemolítica com auto-anticorpos; normal em 6 casos de insuficiência renal (dos quais 2 doentes de rins poliquísticos) e moderadamente elevada em 4 outros; normal em 4 de 5 cirróticos e um pouco elevada no 5.º; fraca em 2 casos de insuficiência hipofisária, normal ou elevada em 3 outros; elevada numa anemia mixedematosa.

Os AA. discutem o significado fisiopatológico destes resultados.

FREITAS TAVARES

Os esteroides adrenais no tratamento do síndrome nefrótico do adulto

— NESSON, SPROUT, RELMAN e SCHWARTZ — «An. of Int. Med.», 58, 268, 1963.

42 doentes com S.N. idiopático foram tratados, de um a muitos meses, com grandes doses de esteróides adrenais:

1) Sete perderam rapidamente a proteinúria e todos os outros estigmas de doença renal. Seis não responderam, mas meses depois curaram totalmente;

2) em 20 doentes fez-se a biópsia renal prévia. 5 dos 6 que tinham só mínima hiperplasia glomerular tornaram-se livres da proteinúria. Nenhum dos restantes 14 tiveram remissão. O prognóstico não pôde ser relacionado com qualquer outro sintoma laboratorial ou clínico;

3) em onze doentes houve complicações e num houve uma morte;

4) 12 doentes seguidos cinco anos, 10 estavam vivos no final, 9 tinham provas funcionais renais normais.

A avaliação do valor dos esteróides adrenais deve fazer-se por comparação com doentes não tratados. Parece que 1/5 dos não tratados cura espontaneamente. Parece que com estes esteróides a percentagem de curas é maior.

FREITAS TAVARES

A trombocitose pós-esplenectomia — HAYES, SPURR, HUTUFF e SHEETS

— «An. of Int. Med.», 58, 259, 1963.

Foram seguidos 3 doentes com trombocitose pós-esplenectomia. Dois, tiveram episódios trombo-embólicos e, o terceiro, hemorrágicos.

Os estudos da coagulação nos dois primeiros mostraram ausência de anormalidades, excepto no que diz respeito à contagem de plaquetas que subiram de normal para 1.37×10^6 pós-operatóriamente. O doente com manifestações hemorrágicas mostrou anormalidades na geração de tromboplastina, em parte corrigidas pelo soro normal, plasma adsorvido pela alumina e diluição de pla-

quetas. A elevação de plaquetas foi bem controlada pelo uso de mostarda-uracil.

Apesar da usual trombocitose surgir 10 a 21 dias após a remoção do baço, só um doente teve dificuldades naquela altura. A esplenectomia, em 2, fora por icterícia hemolítica.

O tratamento ideal consiste no uso da heparina se o doente está muito mal, seguido por um agente alquilante de modo a manter as plaquetas em número normal. Desde que num esplenectomizado surgem trombo-embolias ou hemorragias é preciso procurar a trombocitose.

FREITAS TAVARES

Icterícia obstrutiva como complicação de pancreatite — WEINSTEIN, KORN e ZIMMERMAN — «The An. of Int. Med.», 58, 245, 1963.

Em 24 doentes alcoólicos crónicos observou-se icterícia obstrutiva ocasionada possivelmente por pancreatite. Em 10 casos a intervenção cirúrgica ou a autópsia revelaram a estenose do colédoco por pancreatite.

Em 14 doentes com o diagnóstico clínico de pancreatite a icterícia transitória que surgiu pareceu ser devida à pancreatite. Parece, de facto, que estas situações são mais frequentes do que se julga.

FREITAS TAVARES

O tratamento da mononucleose infecciosa — SCHUMACHER, JACOBSON e BEMILLER — «An. of Int. Med.», 58, 217, 1963.

Cem doentes com m. i. foram observados e tratados num grande Hospital naval de 1 de Março de 1961 a 13 de Maio de 1962. Foram seguidos 6 regimes de tratamento: I — placebo; II — aspirina; III — cloroquina; IV — prednisona; V — tratados sem controle e VI — não tratados. Da análise da febre, sintomas, duração da doença, estada no hospital e hospitalização após a terapêutica, concluiu-se que nenhuma das drogas, com a possível excepção dos esteróides intra-venosos, foi benéfico no tratamento da doença básica. O tratamento das complicações não teve nada de especial. Parece dever admitir-se que o melhor tratamento da m. i. deve ser sintomático.

FREITAS TAVARES

VISITA A COIMBRA DO MINISTRO DA SAÚDE

No dia de S. João de Deus, 8 de Março, e a propósito da festa realizada, nesse dia, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, através da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, para impor os distintivos às novas enfermeiras, visitou demoradamente os H. da U. de Coimbra o Prof. Doutor Pedro Soares Martinez, Ministro da Saúde e Assistência Social.

Na sessão solene que teve lugar na tarde desse dia, o director clínico dos Hospitais da Universidade, Prof. Doutor Joaquim Antunes de Azevedo e o director da Faculdade de Medicina, Prof. Doutor Augusto Vaz Serra, ao saudarem o Ministro, fizeram afirmações que julgamos de interesse serem reproduzidas na nossa Revista. Do mesmo modo é reproduzido o notável discurso ali proferido pelo Ministro da Saúde, Prof. Doutor Soares Martinez.

PALAVRAS DO DIRECTOR CLÍNICO DOS H. U. C., PROF. DOUTOR JOAQUIM ANTUNES DE AZEVEDO

A presença de Vossa Excelência, Senhor Ministro, nestas Cerimónias da Escola de Enfermagem, constitui para nós um gesto do mais alto significado.

No Salão Nobre dos Hospitais, como Director Clínico e em nome dos que aqui trabalham, eu apresento os mais entusiásticos e respeitosos cumprimentos de boas vindas ao insigne Professor, que da Cátedra veio, há meses, assumir as altas responsabilidades da pasta da Saúde e Assistência.

Vossa Excelência, antes de entrar neste Bloco Central dos nossos Hospitais, pôde admirar a grandiosidade do edifício da Faculdade de Medicina, esperando impaciente, desde há anos, que ao seu lado se erga imponente o nosso tão ambicionado Hospital Escolar. Desejando-o, nós só pretendemos ver a nossa gloriosa Universidade dotada dos meios considerados indispensáveis para que continue à altura das suas tradições. Além disso, Senhor Ministro, também no sector assistencial são grandes as responsabilidades que nos cabem como Hospital Central. Entretanto, a despeito da nossa situação precária, da imperiosa necessidade de um aumento substancial dos nossos quadros, da necessidade da criação de alguns Serviços e ampliação urgente de outros que se mostram insuficientes

no momento actual, a nossa actividade no campo assistencial tem sido verdadeiramente notável, como posso provar com elementos relativos aos últimos cinco anos.

Vejamos :

Internamentos :

Em 1958 tivemos internados	10 110 doentes;
» 1959 » »	11 859 »
» 1960 » »	12 646 »
» 1961 » »	13 336 »
» 1962 » »	13 819 »

Socorros Urgentes :

Em 1958 foram socorridos no Banco	12 973 doentes;
» 1959 » » »	14 570 »
» 1960 » » »	15 412 »
» 1961 » » »	16 473 »
» 1962 » » »	17 337 »

Serviço de Consultas Externas :

Em 1958 registaram-se 43 738 consultas	
» 1959 » »	50 584 »
» 1960 » »	56 293 »
» 1961 » »	60 341 »
» 1962 » »	63 848 »

Nascimentos na Maternidade Doutor Daniel de Matos :

Em 1958	1 048
» 1959	1 122
» 1960	1 288
» 1961	1 480
» 1962	1 687

Operações :

Em 1958	5 004
» 1959	5 735
» 1960	6 147
» 1961	6 139
» 1962	6 088

Centro de Transusão de Sangue :

Em 1958	3 058 transfusões	712 245 c.c. de sangue
» 1959	3 531 »	804 745 » » »
» 1960	3 631 »	896 100 » » »
» 1961	4 274 »	1 089 805 » » »
» 1962	4 163 »	1 266 295 » » »

Verifica-se, pois, que nos últimos cinco anos foram feitas 18 657 transfusões sendo utilizados 4 769 litros e 190 cc. de sangue.

Se ao que fica exposto acrescentássemos o extraordinário movimento verificado nos Serviços Laboratoriais e a nossa actividade na Assistência do Serviço Domiciliário, fácil seria concluir que a despeito das condições em que trabalhamos temos sabido cumprir.

Nós estamos certos, Senhor Ministro da Saúde e Assistência, que V. Ex.^a que tão generosa e compreensivelmente nos tem ouvido, dará plena satisfação às nossas justas aspirações para que os Hospitais da Universidade possam honrar com serviços prestados à Nação as suas gloriosas tradições.

PALAVRAS DO DIRECTOR DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA, PROF. DOUTOR AUGUSTO VAZ SERRA

Em nome da Faculdade de Medicina de Coimbra é com natural aprazimento e regozijo que tenho a honra de saudar Vossa Excelência, professor universitário e personalidade eminente no campo das ciências jurídicas, agora investido em altas funções de governo, e publicamente lhe manifestar a nossa mais destacada consideração e respeito. Está Vossa Excelência à frente de um sector governamental que nunca nos pode ser indiferente, pela ligação íntima que existe entre qualquer Faculdade de Medicina e o seu Hospital-Escolar, e não é segredo para ninguém e muito menos para Vossa Excelência, o dizer-se que toda a classe médica deposita fundamentadas esperanças na sua actuação, onde de antemão sabemos haverá sempre justiça, são critério, prudência, vontade de acertar e sobretudo entusiasmo, isto é, certeza nas possibilidades crescentes do desenvolvimento sanitário do nosso país.

Ao dirigir a Vossa Excelência estas palavras de cumprimento quero garantir-lhe a nossa inalterável dedicação, sentimento onde vai implícito o respeito que devemos não só à hierarquia, como também à seriedade e complexidade da profissão que é a nossa.

Solicitados cada vez mais para extensos, complexos e por vezes dispersos sectores, sentimos que nela, como em nenhuma outra, há hoje exigências crescentes de responsabilidade, de disciplina e de elevação.

É, na consciência plena destes nossos intermináveis deveres, que dirijo a Vossa Excelência as mais efusivas saudações.

Nesta festa de imposição de distintivos a novas enfermeiras, permita-se-me apenas uma palavras, justificada pelo facto de a Faculdade de Medicina de Coimbra e os seus Hospitais da Universidade terem vivido sempre em íntima união.

Felcito os novos graduados e dirijo-lhes os meus sinceros votos de muitas felicidades e êxitos na profissão que escolheram e onde, como na de todos nós, tem de haver um mundo infinito de vocação.

Em tempos não muito recuados uma e outra Instituição, a Faculdade de Medicina e os Hospitais da Universidade de Coimbra, pertenciam ao mesmo Ministério, o Ministério da Educação Nacional.

Quando os Hospitais passaram a pertencer ao Ministério do Interior, mais tarde Subsecretariado da Assistência, e hoje Ministério da Saúde e Assistência, tudo se fez sem atritos de maior. Não se notou diferença.

A quase totalidade do pessoal clínico que nestes Hospitais trabalhava e todos os seus serviços laboratoriais, eram fornecidos pela Faculdade de Medicina, que aqui encontrou o meio necessário para o ensino.

Com o andar dos tempos e a complexidade crescente em número e qualidade das exigências clínicas, laboratoriais e terapêuticas, as possibilidades que a Faculdade de Medicina tinha de suprir as necessidades assistenciais do seu Hospital, nestas particularidades, foram-se tornando cada vez mais precárias ao ponto de se criar uma situação extremamente penosa.

Os laboratórios eram solicitados para exames cada vez mais numerosos, difíceis, complicados e onerosos. Os exames anato-patológicos atingiram cifras de milhares por ano e tudo, durante muito tempo, foi totalmente suprido com as possibilidades precárias da Faculdade de Medicina, mercê de apertada vigilância e supressão drástica de qualquer nova despesa.

Durante muito tempo não se pensou, ou melhor, não se pôde atender, às necessidades imperiosas de um Hospital Central, com a categoria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, acudir às despesas com o sustento dos laboratórios que para ele trabalham com um fim predominantemente assistencial, à preocupação de renovar o material destes laboratórios, de lhes dar auxílio em pessoal de que periodicamente vêm a carecer.

Tão sério como este problema, surgiu o do reapetrechamento dos vários serviços clínicos que, se nalguns não atingiu uma fase catastrófica, o mesmo é dizer inaceitável para um Hospital Universitário, foi porque, dentro do âmbito da Faculdade, tem sido possível dotar as várias clínicas de material de observação e terapêutica.

Não desço a pormenorizações, mas apraz-me dizê-lo publicamente, que não há nenhuma clínica do nosso Hospital que não tenha sido beneficiada com aparelhagem julgada urgente, indispensável, fornecida pela Faculdade de Medicina.

Graças a Deus temos podido fazê-lo, com o critério de que a Assistência e o Ensino são indissociáveis, mas apenas de um modo limitado ou insuficiente.

O trazer estes factos ao conhecimento de Vossa Excelência, não é para pô-lo ao corrente de divergências nossas, muito pelo contrário é para lhe testemunhar o interminável espírito de colaboração que a Faculdade de Medicina de Coimbra tem manifestado em relação aos seus Hospitais. Nada do que aqui se passa nos pode ser indiferente.

Cada vez mais nos convencemos de que a Faculdade de Medicina de Coimbra será alta e forte na medida em que os seus Hospitais da Universidade estiverem em condições de exercer a sua missão.

Todos lutamos no mesmo sentido.

Ao saudar Vossa Excelência neste dia festivo, e agradecer-lhe uma visita que a todos desvanece, permita-me Vossa Excelência que termine manifestando-lhe a convicção de, sob o seu patrocínio e incitamento, vermos erguerem-se os nossos Hospitais da Universidade à altura da dignidade a que têm naturalmente direito.

Muitas são as questões que nos afligem como Vossa Excelência já conhece, e compreendemos a dificuldade da sua plena solução neste momento angustioso da vida nacional.

Mas nem tudo é impossível e é na consciência plena desta verdade essencial que garanto a Vossa Excelência as nossas melhores intenções e esperanças.

DISCURSO DO MINISTRO DA SAÚDE, PROF. DOUTOR SOARES MARTINEZ

Julgo não exagerar ao atribuir largo significado a este nosso encontro no edifício do velho Colégio das Artes na data em que se celebra a festa litúrgica de S. João de Deus, que os Hospitais da Universidade de Coimbra na verdade não podiam esquecer. Elementos do tronco comum da Universidade portuguesa, que nesta terra de Coimbra se enraizou durante séculos, dela irradiando generosamente quando a evolução da vida nacional assim o exigiu, não saberiam os Hospitais da Universidade de Coimbra manter-se alheados dos altos valores que em todas as épocas — mesmo através das maiores dificuldades — foram reconhecidos como inseparáveis da vida institucional desta Universidade. Não é de estranhar, por isso, que os Hospitais e a sua Escola de Enfermagem tenham querido celebrar a festa do patrono comum e oferecer-me a grata oportunidade de participar na intimidade desta celebração, na certeza de não ser tido por intruso. É sobretudo essa certeza que tenho de agradecer a VV. Ex.^{as}. Suponho que um universitário português, forçado a ligar a este mesmo ambiente de Coimbra a ciência adquirida e as tradições mais remotas da sua própria escola, aqui há-de sentir-se como em sua casa, se não esquecer essa mesma qualidade de universitário. E creio também que as funções transitórias exercidas, com o interesse que não sei separar das minhas tarefas, até mesmo quando inesperadas e alheias ao rumo das actividades habituais, me darão jus a que, solidário com todos aqueles que aos hospitais consagram a sua vida, para mim também reivindique o patronato de S. João de Deus.

A figura e a obra de S. João de Deus

Foi há 468 anos, em 8 de Março, numa casa modesta da vila portuguesa-sima de Montemor-o-Novo, que nasceu um pobre menino João, sem nome nem fortuna, cuja humildade no Mundo dos homens transformaria em príncipe na cidade de Deus. E há 413 anos, neste mesmo dia, em Granada, João, o menino pobre e sem nome de Montemor-o-Novo, que, depois de ser pastor e soldado, se dedicara exclusivamente ao serviço de Deus e dos doentes abandonados, cumprida a sua missão, abandonou o corpo cansado, pelo trabalho e pela penitência, para viver a sua vida de glória eterna, a glória que o olhar de João parecia claramente antever, na expressão que nos legou o escultor seiscentista Alonso Cano. Ao tempo da sua morte, João era já famoso e passara a ter nome, pois o Bispo de Tui, ao conhecer a sua obra, o apelidara de João de Deus.

Famoso pela sua humildade, que se reflectiu até na posição em que morreu e bem correspondia ao seu grande espírito: de joelhos.

Beatificado em 1660, canonizado em 1691, João, o menino pobre de Montemor, o pastor da Estremadura, o soldado obscuro de numerosas campanhas, foi proclamado pelo Papa Leão XIII patrono dos hospitais e dos enfermos e por Pio XI, em 1930, patrono dos enfermeiros. E já em meados do século XVII a Corte de França solicitava e obtinha do Rei de Espanha, como oferta das mais preciosas, uma reliquia de João destinada ao Hospital de Caridade de Paris.

Não foram fáceis os caminhos que conduziram João, através das turbulências da sua carreira de soldado e até do abandono das práticas de piedade da sua infância, até à sua dedicação total à obra de dar consolações aos mais desamparados, mais miseráveis membros do Corpo Místico de Jesus. Só a palavra de Frei João de Ávila, o célebre orador sacro, acabaria por iluminar o espírito de João e dar sentido pleno aos seus passos, até então incertos, não obstante os frequentes períodos de fervor religioso, como aquele que o conduziu a Santiago de Compostela.

A sua obra extraordinária, o seu exemplo de caridade, serviram de base à constituição da ordem religiosa que recebeu o seu nome, criada pelos discípulos vinte anos após a morte de S. João de Deus.

Patrono dos hospitais e dos enfermeiros, a acção desenvolvida por S. João de Deus não respeitou exclusivamente a uma luta desesperada contra a doença e as suas misérias. Bem poderá dizer-se que ela abrangia todas as obras de assistência. Procurando valer aos pobres envergonhados, informava-se das suas necessidades, através de todos os bairros de Granada; entrava em casa das viúvas e dos órfãos desvalidos e, a pretexto de visitá-los, discretamente, indagava das suas faltas, tratando de dar-lhes remédio, sempre com a mesma discrição e delicadeza. Tratava de arranjar trabalho a quem o não tinha evitando a ociosidade e os vícios para cuja propagação contribui. Cuidava das donzelas pobres, no sentido de que a sua pobreza não fosse causa de quebra de virtudes. E até dos prostíbulos tirava as mulheres públicas, ocupando-se da sua regeneração.

A obra de S. João de Deus constitui um manual vivo de serviço social, como hoje se diria, escrito com as lágrimas e a fé dum homem simples, que nunca estudou sociologia, nem direito, nem economia... mas sabia amar o próximo.

É certo que muitos foram, através dos tempos, aqueles que dedicaram toda a sua vida, todo o seu coração, ao alívio dos doentes. Sobretudo enquanto o exercício da assistência não foi entendido apenas como um meio, entre outros, de assegurar a conquista do pão quotidiano. Mas não pode deixar de impressionar-nos, de impor-nos alguma meditação, a circunstância de entre tantos que piedosamente se debruçaram sobre as chagas físicas do seu semelhante, ter cabido a um santo português ser, em todo o mundo católico, o padroeiro dos hospitais, dos enfermos e dos enfermeiros. Nem sei se do facto nos não cumprirá colher particular responsabilidade.

Não causa estranheza que tenha sido um português, como tal herdeiro das nossas antigas tradições de caridade cristã, apontado como exemplo dessa mesma caridade aos que devem exercê-la. Mas, porque o conhecimento da passado só ganha o maior relevo como experiência acumulada que nos permite

ajuizar do presente e traçar os caminhos para o futuro, no pressuposto de que num mundo em permanente transformação só o homem não muda, a evocação da figura de S. João de Deus exige de todos nós que, atentos ao seu exemplo de humildade, nos debrucemos sobre a própria consciência, formulando ansiosas interrogações cujas respostas só poderão tranquilizar os espíritos cujo orgulho lhes não permita entender a lição do nosso santo padroeiro.

Problemas que nos preocupam

Se outras razões mo não impusessem, a própria evocação que aqui nos reuniu e a presença de elementos mais jovens que vão integrar-se na grande família hospitalar portuguesa, exigiriam que falasse com inteira clareza sobre alguns problemas que têm de preocupar-nos a todos. Não saberia, em quaisquer circunstâncias, faltar à verdade; mas aprendi a nunca omiti-la sobretudo quando em presença dos mais jovens. É porque não vim pedir votos a esta terra de Coimbra, tarefa para a qual me confesso inteiramente incapaz, nem entre as minhas fraquezas se conta o gosto da lisonja, não hesito, julgando assim cumprir o meu dever, em tentar dar resposta a algumas das ansiosas interrogações que a recordação do nosso padroeiro suscita.

Suponho não me ter poupado a esforços, nos últimos três meses, lendo e estudando atentamente quem melhor podia e queria esclarecer-me, procurando sempre, para além da palavra, e até dos silêncios, uma visão das realidades, em ordem a conhecer, nos seus vários aspectos, a actual situação das actividades assistenciais do nosso País. E as conclusões extraídas estão longe de ser optimistas. Para mais, adquiri a convicção de que os males que neste sector nos corroem não são meramente conjunturais, mantendo raízes fundas em toda a estrutura duma organização delineada por forma incerta, em que as exigências dum geometrismo cesarista se combinam com a anquilose de instituição para as quais, por vezes, o respeito da tradição se confunde com o alheamento das circunstâncias hodiernas.

Nem sequer me é permitida a esperança que se abriga numa explicação simplista, muito generalizada, para a qual a solução dos problemas da assistência em Portugal se reduz a um reforço de dotações orçamentais. Prouvera a Deus que assim fosse... Mas não me consente a consciência que contribua dalgum modo para manter essa ilusão.

É evidente que a afectação de mais avultadas verbas a fins assistenciais havia de contribuir dalgum modo para melhorar a actual situação. Mas, enquanto os aspectos essenciais do problema não forem considerados decididamente, corajosamente, essas verbas mais avultadas haviam de ser consumidas em novas dispersões, em satisfação de pequenas vaidades, em realizações aparatosas, mal planeadas, mal coordenadas, cujo custo só teria débil reflexo no alívio dos desventurados.

Apenas a falta de visão global de diversas questões conexas, o comodismo, os hábitos de lisonja, ou a má-fé, podem ter levado a generalizar essa perigosa convicção, segundo a qual os problemas da assistência no nosso País se reduzem às proporções duma carência de meios materiais. E é de notar que costumam ser precisamente aqueles servidores do sector assistencial que mais afastados

andam do cumprimento dos seus deveres aqueles que mais contribuem para que se generalize semelhante entendimento. Compreende-se. Funcionários que da respectiva função só pretendem colher os benefícios, ainda que minguaos, que assinam o livro de ponto ao volante dos seus automóveis, cuja arrogância, cuja indisciplina, cuja falta de espírito disciplinador, cujas impertinências junto de superiores, colegas e subordinados, cujo porte moral notoriamente escandaloso, constantemente lançam o desprestígio sobre os estabelecimentos de assistência e, muito particularmente, sobre os estabelecimentos hospitalares, procuram, na invocação de carência de meios materiais, uma explicação cómoda para todas as deficiências, tão cómoda que até cobre a sua negligência, os seus desmandos e as suas prepotências.

É inevitável que tais elementos se encontrem num sector tão amplo e tão melindroso como o da assistência; e embora saiba que os maus exemplos, sobretudo quando provêm de pessoas aparentemente categorizadas, frutificam com extraordinária facilidade e rapidez, não quero generalizar. Julgo, pelo contrário, que, a par de tais elementos, neste sector assistencial se encontram também alguns dos melhores exemplos de alto nível profissional e moral, e de dedicação inextinguíveis.

Nem sequer pretendo que o fundo do problema assistencial português resida essencialmente no mau cumprimento de deveres profissionais. Esse mau cumprimento apenas agrava a situação e tem contribuído para que o nosso povo, bom e sofredor, lamentavelmente mas desculpavelmente, não mantenha a confiança que cumpria tivesse nos serviços assistenciais. Trata-se de problema cuja solução envolve por certo sérias dificuldades mas que a indispensável firmeza não permitirá sejam insuperáveis. A própria dignidade de quem serve bem facultará os meios necessários para estabelecer as necessárias destrinças, muito importando que estas se façam na base de critérios permanentes e objectivos de justiça. É esse o primeiro passo para ganhar a confiança do povo português relativamente aos seus estabelecimentos assistenciais.

Mas a essência da questão, essa, acha-se ligada à própria crise do Estado moderno. Voz bem mais autorizada que a minha já previu, há quase 30 anos, que o Estado moderno, chamado a desempenhar funções para que não estava preparado, ou havia de modificar por completo a sua estrutura ou, reconhecendo a incapacidade para tudo abranger e comandar, havia de libertar-se dessas funções, confiando-as a corpos intermédios, sempre que o seu desempenho transcendesse as possibilidades dos indivíduos. Mas a alternativa, a indecisão, mantiveram-se. Entre as duas soluções possíveis, os povos, duma maneira geral, ainda não souberam escolher. E essa situação reflecte-se com frequência desfavoravelmente no sector assistencial, onde são frequentes as hesitações sobre o que ao Estado cumpre e ao Estado não cumpre realizar.

Entre essas hesitações, um ponto me parece indiscutível. Não é multiplicando os serviços colocados na estreita dependência do Terreiro do Paço, e deste fazendo aguardar sempre as decisões mais insignificantes, que se caminha no melhor sentido. Os organismos assistenciais carecem de firme disciplina; mas essa disciplina não é incompatível com a autonomia. Pelo contrário, é a liberdade que permita mais rigoroso apuramento de responsabilidades em relação àqueles a quem foi concedida. Aliás, os obstáculos que cumpre vencer dificilmente serão transpostos se não se respeitarem as características próprias dos

dos elementos que formam o complexo da assistência portuguesa, mesmo no plano do estabelecimentos oficiais. Importará apenas não confundir essas características próprias, resultantes de uma longa evolução, em certa medida espontânea, natural, com práticas abusivas, alheias, e até contrárias, aos fins próprios dos organismos, relativamente às quais a transigência só mereceria a qualificação de condenável cumplicidade.

Sei bem que é impossível encontrar em cada um e em todos, ou sequer numa maioria, ou até numa larga minoria, dos que servem no departamento da saúde e assistência, a insaciável sede de glória alheia a recompensas materiais que o olhar de S. João de Deus reflectia e que, talvez em plano mais modesto, tenho felizmente surpreendido em bastantes desinteressados defensores da causa dos pobres e desventurados. Por isso, porque não prossigo impossíveis, porque entendo que as realidades, seja qual for o juízo valorativo que nos mereçam, constituem a base de que dispomos para assentar os alicerces das nossas construções, uma preocupação me tem dominado, por forma a ganhar no meu espírito o maior relevo. E essa diz respeito às condições de vida dos que dedicadamente, heróicamente, nalguns casos, têm de facto consagrado a sua actividade aos serviços assistenciais. Nem um só momento os esqueci; e tenho razões sérias para esperar que me seja possível muito em breve dar conhecimento de que desse pensamento constante alguns frutos resultaram.

Às condições de vida dos que servem comigo no Ministério da Saúde e Assistência interessam evidentemente níveis de remuneração que, embora situados no plano modesto dos nossos quadros e dos nossos hábitos, ofereçam uma base mínima indispensável. Mas também quanto a este ponto não creio que tudo possa reduzir-se às proporções duma remuneração pecuniária. Julgo até que, para a grande massa dos servidores deste departamento, a estabilidade das respectivas situações, o respeito da sua própria dignidade, a protecção contra atropelos e arbitrariedades de que frequentemente têm sido vítimas, assumam ainda maior importância.

O Estatuto da Saúde e Assistência

Aguardando-se a promulgação do Estatuto da Saúde e Assistência, impõe-se-nos, em seu cumprimento, um ampla reforma de múltiplos serviços; e julgarei desnecessária a minha permanência no cumprimento das funções que me foram confiadas, se essa mesma reforma não acautelar quanto possível os legítimos interesses dos funcionários, particularmente dos mais modestos e daqueles que servem em regime de ocupação permanente.

Mas parece-me também oportuno sublinhar que a experiência da evolução das sociedades nos revela constantemente que só merecem respeito e continuidade as situações conquistadas por mérito próprio e não as que ficam devendo a mera concessão. Por isso, quando pelo escrupuloso cumprimento dos deveres de quem neles trabalha, os estabelecimentos assistenciais ganharam a gratidão das populações, que bem merecem e só não têm alcançado plenamente por culpa de elementos indesejáveis cuja acção nefasta já referi, estou certo de que ninguém ousará pôr em dúvida os direitos que, por méritos próprios, hajam sido alcançados.

Não pretendo ter afirmado algo de novo. Apenas procurarei agitar algumas ideias velhas que, pela permanência das paixões dos homens, as mais vis e as

mais nobres, conservam toda a actualidade. E, infelizmente, andam esquecidas, como se de anacronismo do passado se tratasse.

Já Hipócrates, na célebre lei que recebeu o seu nome, depois de assinalar a medicina como a mais nobre das profissões, observou que, por ignorância dos que a exercem e dos que a julgam com ligeireza, lhe não era reconhecido o lugar que deveria corresponder-lh. E Hipócrates atribuía o facto a que, semelhantes a personagens de tragédia que fingem ser o que não são, também entre os médicos muitos haveria que o eram apenas pelo nome e não pelo modo de proceder.

Que alguns dos problemas que temos de enfrentar juntos, no melhor espírito de colaboração, foram conhecidos de todos os tempos e de todas as latitudes revela-o aquela passagem do Código de Justiniano que recomendava aos médicos a necessidade de cuidar desveladamente dos pobres, em vez de manter em relação aos ricos um torpe servilismo.

Princípios deontológicos no tratamento dos enfermos

Nesta data em que se celebra o nascimento e a morte de S. João de Deus, patrono dos hospitais, não será descabido recordar que os princípios de deontologia respeitantes ao tratamento dos enfermos, mais ou menos universalmente admitidos, ainda em textos recentes, se baseiam nos princípios que aquele grande português santamente observava; não numa filantropia materialista, mas na moral cristã, dominada pela concepção da preeminência da alma sobre o corpo; desligadas dessa concepção, poucas regras de deontologia aplicáveis à vida hospitalar e geralmente admitidas fariam sentido.

De resto, a crise da medicina, anunciada por Bernhard Aschner há pouco mais de 30 anos, e cuja tese não parece desmentida pelos progressos dos últimos tempos, aconselha, em face da doença e dos doentes, uma atitude de extrema humildade, que bem poderá aproximar-nos de S. João de Deus, nosso patrono. Admite-se, na actualidade, ao melhor nível do pensamento científico, que os esquemas intelectuais da ciência natural pura são inadequados para entender e tratar as enfermidades humanas. A doença passou a ser estudada mais de harmonia com a condição humana do próprio doente do que como desequilíbrio num sistema complexo de reacções físico-químicas, chegando a falar-se do abandono duma medicina biológica por uma medicina antropológica, correspondente a uma humanização, para que tanto contribuiu a Escola de Heidelberg e a concepção norte-americana duma medicina psico-somática, baseada na teoria psicológicas dos comportamentos complexos. E creio bem que João de Deus, o homem simples, o homem rude, que soube amar os doentes como seus irmãos, e por amor do Pai comum, melhor entenderia a fase mais recente das histórias da medicina do que os quadros pretensiosos que lhe correspondiam no começo deste século.

Espero ter oportunidade de vir a insistir sobre estes aspectos; mas começo a ganhar consciência de que me alonguei para lá dos limites que me tinha imposto. Não quero, porém, terminar, sem recordar, às jovens enfermeiras que concluíram os seus cursos, duas frases, duas simples frases, cujo conhecimento talvez lhes facilite o exercício da profissão que escolheram. Uma foi escrita na

era de 600 por um judeu português, o célebre Zacuto Lusitano, cujas máximas mais parecem inspiradas nos princípios cristãos que no Talmude de Babilónia: «Considera sempre o teu doente como sendo pessoa da maior nobreza».

A outra frase usava-a frequentemente S. João de Deus quando pedia para os seus pobres, pelas ruas de Granada: «Fazei bem, meus irmãos fazei bem a vós mesmos».

E tendo presente a tradição segundo a qual, em certa altura da sua vida, voz misteriosa teria apontado a S. João de Deus o caminho da cidade onde veio a morrer, dizendo-lhe: «João, Granada será a tua cruz», terminarei lembrando às jovens enfermeiras de Coimbra que os doentes serão a sua cruz.

Abraçai-a, com amor, com paixão, com resignação, por eles e por vós.

NA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Passando este ano o primeiro aniversário da criação da cadeira de Anatomia Patológica, a qual foi tão solenemente inaugurada na Universidade de Coimbra.

Em princípio a integração actual da anatomia patológica, deve-se realizar-se de seguintes actos: expansão do material e de investigações biológicas das principais actividades do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Coimbra e para isso se tem uma nova iniciativa pelo Prof. Dr. Renato Lencastre, director do novo Instituto, sobre a criação de Anatomia Patológica em Portugal.

Para se dar cumprimento a esta ideia, se viu, no momento da visita ao Instituto de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra, uma reunião comunitária de especialistas.

E cumpre salientar que este ano se deu também a desfragmentação dos Arquivos de Patologia Geral e de Anatomia Patológica e que, em 1961, passou a denominar-se de criação do Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra.

Para dar cumprimento a esta ideia, se viu, no momento da visita ao Instituto de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra, uma reunião comunitária de especialistas.

SOCIEDADE DE OBSTETRICIA E DE GINECOLOGIA

No dia 17 de Março reuniram-se no Clube Dr. Daniel de Matos, a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia, a qual reuniu, além do Prof. Dr. Adolpho de Sousa e os que assistem parte médica de Lisboa, Porto e de outros de Faro.

Orgão em discussão foi a «Técnica da prótese vaginal», seguindo-se a discussão de Professores Drs. Renato Lencastre, Gonçalo de Azeite, Silva Carvalho, Alberto de Sousa.

INFORMAÇÕES

O PRIMEIRO CENTENÁRIO DA CRIAÇÃO DA CADEIRA DE ANATOMIA PATOLÓGICA VAI SER COMEMORADO NA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Passando este ano o primeiro centenário da criação da cadeira de Anatomia Patológica, a data vai ser solenizada na Universidade de Coimbra.

Em princípio e integrados nessas comemorações, devem realizar-se os seguintes actos: exposição de trabalhos e de fotografias documentando as principais actividades do Instituto de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Coimbra e elaboração de uma nota histórica pelo Prof. Dr. Renato Trincão, director daquele Instituto, sobre a criação da Anatomia Patológica em Portugal.

Prevê-se também que seja levada a efeito, no próximo mês de Maio, no Instituto de Anatomia Patológica da Universidade de Coimbra, uma sessão comemorativa do acontecimento.

É curioso salientar que este ano se efectiva, também, o cinquentenário dos Arquivos de Patologia Geral e de Anatomia Patológica e que, em 1961, passou o cinquentenário da criação do Instituto de Anatomia Patológica de Coimbra.

Num dos corredores desse Instituto e comemorando o centenário da criação da cadeira de Anatomia Patológica foi, recentemente, inaugurada uma lápide que fica a assinalar o acontecimento.

SOCIEDADE DE OBSTETRÍCIA E DE GINECOLOGIA

No dia 17 de Março, reuniu-se, na Clínica Dr. Daniel de Matos, a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e de Ginecologia, a cuja reunião presidiu o Prof. Dr. Albertino de Barros e na qual tomaram parte médicos de Lisboa, Porto e do centro do País.

O tema em discussão foi «Tratamento do prolapso urogenital», intervindo na discussão os Professores Drs. Ibérico Nogueira, Gonçalves de Azevedo, Silva Carvalho, Albertino de Barros,

Castro Caldas e drs. Mário Cardia, Albino Aroso, Sousa Santos, Mário Mendes e Kirio Gomes.

A próxima reunião da Sociedade, talvez em mesa redonda, efectuar-se-á no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, no próximo mês de Abril e tratará do «Parto dirigido».

REUNIÕES CIENTÍFICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Nas reuniões científicas da Faculdade de Medicina de Coimbra, realizadas nos dias 2 e 7 de Março, na sala nobre dos Hospitais da Universidade, foram apresentadas, respectivamente, as seguintes comunicações, sobre as quais incidiu larga discussão:

«Dois aspectos de dermatomiosite», pelo dr. Poiares Baptista; «Transposições tendinosas por paralisia do nervo radial», dr. Veiga Vieira; «Um caso de anomalia das vias biliares», dr. Fausto Pimentel; «Um caso de eosinofilia muito acentuada (uma raríssima parasitose em Portugal: *strongiloidose*)», Prof. Dr. Bruno da Costa; «Alguns aspectos dos tumores malignos do ovário», dr.^a D. Maria Isabel Fagulha; «Considerações acerca de três casos de cancro do colo restante», dr. Aurélio Lopes Ferreira.

SESSÕES DAS QUINTAS-FEIRAS DO INSTITUTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Continuam a realizar-se, no Instituto de Anatomia Patológica, todas as quintas-feiras, organizadas pelo seu director, Prof. Dr. Renato Trincão, as habituais sessões seguidas de discussão. As últimas realizadas foram:

13.^a SESSÃO — dia 7 de Março: *Tumores do estômago* — pelos alunos do 3.^o ano de Medicina, D. Maria da Graça Balça e João Santiago Maia.

14.^a SESSÃO — dia 14 de Março: *Cancro do colo uterino* — pela aluna do 3.^o ano, D. Maria Clementina Barata da Silva.

15.^a SESSÃO — dia 21 de Março: *Plasmocitomas* — pelas alunas do 3.^o ano, D.^{as} Maria Helena Duarte Henriques e D. Maria Hermínia Esteves Pires.

REUNIÃO CONJUNTA DAS SOCIEDADES DE O. R. L. E DE PEDIATRIA

Nos próximos dias 6 e 7 de Abril terão lugar na Faculdade de Medicina as reuniões conjuntas destas Sociedades Médicas. O tema de trabalhos será a «Patologia e clínica do anel de Waldeger».

CONFERÊNCIAS

O Dr. Graham Green, endocrinologista de renome e médico do Northern Hospital, de Londres, realizou no Salão Nobre dos Hospitais uma conferência sobre «Nódulos da Tiroide».

— A Dr.^a Laurraint proferiu, no mesmo lugar, uma conferência sobre «Métodos estatísticos e sua aplicação à Biologia e Medicina».

FALECIMENTOS

Vítima de um acidente de viação, faleceu a sr.^a D. Maria Emília Ferreira Esteves, esposa do médico, dr. Manuel Estrela Esteves, residente em Coimbra e que ficou gravemente ferido.

A «Coimbra Médica» apresenta sentidas condolências à família enlutada.



Firmas e produtos anunciados no presente número da
«Coimbra Médica»:

ASTA-WERKE A. G. (Ferraz, Lynce, Ld. ^a)	Endoxan
B. FR-FARMA, LD. ^a	Yomesan
C. H. BOEHRINGER SOHN	Lista de Produtos
C. H. BOEHRINGER SOHN	Persantin
COIMBRA MÉDICA	Lições Sobre o Parto Natural
COLL TAYLOR, LD. ^a	Dequadin
FARMÁCIA SILVA CARVALHO	Calmeputy
FARMÁCIA SILVA CARVALHO	Viocortin
FARMOCHIMICA CUTOLO-CALOSI (Sanofarma, Ld. ^a)	Combetasi
FARMOQUÍMICA BALDACCI	Iodarsolo-Iodarsolo B 12
F. H. HOFFMAN-LA ROCHE (Henri Reynaud, Ld. ^a)	Librax
INSTITUTO LUSO-FARMACO	Calmax
INSTITUTO LUSO-FARMACO	Clorofitina
INSTITUTO LUSO-FARMACO	Duvadilan
INSTITUTO LUSO-FARMACO	Hipopen
INSTITUTO LUSO-FARMACO	Tetrex
IMPERIAL CHEMICAL INDUSTRIES, LD. ^a (Unifa)	Fluothane
LABORATÓRIO ANDRADE	Supercillin
LABORATÓRIO ATRAL	Geomicina — Comprimidos vaginais
LABORATÓRIO AZEVEDOS	Paraflex
LABORATÓRIO CHARLES DELACRE (Rodriguez, Marcos)	Alcasedine
LABORATÓRIO FIDELIS	Guanibiol
LABORATÓRIO FIDELIS	Lactano
LABORATÓRIO FRANCO	Tetralisal
LABORATÓRIO LAB	Transbronquina
LABORATÓRIO NOVIL	Pulmericin e Pulmericin Estrepto
LABORATÓRIO ROUSSEL	Penidryl
LABORATÓRIO SCIENTIA (Alfredo Cavalheiro, Ld. ^a)	Atropenina
LABORATÓRIO UNITAS	Rectofenicol
LEDERLE LABORATORIES (Abecassis, Irmãos, Ld. ^a)	Ledercort
LIVRARIA LUSO-ESPANHOLA	Livros e Revistas
PRODUTOS SANDOZ	Melleril
QUÍMICA HOECHST	Segontin

NOVO PRINCÍPIO DA TERAPÉUTICA DAS CORONÁRIAS

NUMA SÓ SUBSTÂNCIA PROPRIEDADES — CORONARIODILATADORAS
— SIMPATICOLÍTICAS
— TRANQUILIZANTES

DAI RESULTA TAMBÉM UMA TERAPIA E PROFILAXIA VERDADEIRA QUANDO FOREM REDUZIDAS AS POSSIBILIDADES DA PRÓPRIA VASODILATAÇÃO.

SEGONTIN®

(lactato de N-3-fenilpropil-(2')-1,1-difenilpropil-(3)-amino)

- Aumenta a oferta do oxigénio
 - Dilata as coronárias
 - Inibe disregulações neurais e emocionais
 - Diminui o consumo do oxigénio
 - Melhora a hemodinâmica
 - Economiza o trabalho do miocárdio
- POR ACCÃO SIMULTÂNEA SOBRE FACTORES VASCULARES E NEURAIS DA CIRCULAÇÃO CORONÁRIA

APRESENTAÇÃO: — Frasco com 75 drageias a 15 mg.

— Embalagem com 10 supositórios a 50 mg.



FARBWERKE

HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning

FRANKFURT (M) - HOECHST
Alemanha

Representantes para Portugal:

QUÍMICA »HOECHST«, Lda., Avenida de Duque de Avila, 169-1.º E, Lisboa
Rua Sá da Bandeira, 651-1.º — Porto

1863
CENTENARIO DE HOECHST
1963