

# COIMBRA MÉDICA

ANO IV

OUTUBRO DE 1937

N.º 8

## SUMÁRIO

	Pag.
ALGUNS ASPECTOS MORFOLÓGICOS DOS ANEURISMAS DO CORAÇÃO — dr. Geraldino Brites . . . . .	493
CROSSA AÓRTICA EM SITUAÇÃO DIREITA — drs. João Porto e Guedes Pinto. . . . .	513
A PROVA DAS CONCENTRAÇÕES GALACTOSÚRICAS NA TUBERCULOSE PULMONAR — dr. Serra Pratas . . . . .	523
LIVROS & REVISTAS . . . . .	540
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES . . . . .	XLVII

---

---

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

## DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da  
Fonseca — Prof. Elisio de Moura — Prof. Alvaro de Matos  
— Prof. Almeida Ribeiro — Prof. J. Duarte de Oliveira —  
Prof. Rocha Brito — Prof. Moraes Sarmento — Prof. Feliciano  
Guimarães — Prof. Marques dos Santos — Prof. Novais e Sousa  
— Prof. Geraldino Brites — Prof. Egidio Aires — Prof. Maximino  
Correia — Prof. João Pôrto — Prof. Afonso Pinto

## REDACÇÃO

João Pôrto

Redactor principal

Alberto Pessoa  
António Meliço Silvestre  
Augusto Vaz Serra  
José Bacalhau

José Correia de Oliveira  
Lúcio de Almeida  
Luiz Raposo  
Manuel Bruno da Costa  
Mário Trincão

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

Continente e Ilhas — ano . . . . .	50\$00
Colónias . . . . .	65\$00
Estrangeiro . . . . .	75\$00
Número avulso — cada . . . . .	10\$00

## PAGAMENTO ADIANTADO

Só se aceitam assinaturas a partir do primeiro número de cada ano.

Dez números por ano — um número por mês, excepto Agosto e Setembro.

Editor e Proprietário — Dr. J. PORTO

Toda a correspondência deve ser dirigida  
à Administração da "COIMBRA MÉDICA",

LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA





## ALGUNS ASPECTOS MORFOLÓGICOS DOS ANEURISMAS DO CORAÇÃO <sup>(1)</sup>

POR

GERALDINO BRITES

Até aos fins do século 17 só se chamava *aneurisma* (etimologicamente *dilatação*) ao tumor das artérias, cuja cavidade, cheia de sangue, fôsse uma ampliação do lumen do vaso.

Guilherme de Baillou (1636-1716) e Giovanni Maria Lancisi (1654-1720), observando corações cujas cavidades estavam dilatadas e continham sangue líquido ou coagulado, entenderam que lhes era aplicável a designação e daí por diante ao lado dos aneurismas arteriais, estudaram-se os aneurismas cardíacos.

No século 18, Giovanni Maria Morgagni ocupou-se dos aneurismas do coração, e data de 1749 o «*Traité de la structure du cœur, de son action et de ses maladies*» de João Batista Sénac, em que o autor foi o primeiro a registar que as paredes das cavidades cardíacas dilatadas, aneurismáticas, umas vezes eram muito adelgaçadas, outras muito espessas (Cf. Cruveilhier, *Traité d'Anat. Path. générale*, T. II, 1852, 669).

João Nicolau Corvisart no seu «*Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*» (1806), ampliando estas observações, dividiu os aneurismas do coração em dois grupos: *A. activos*, em que a dilatação da cavidade ou das cavidades é acompanhada de espessamento da parede. *A. passivos*, em que pelo contrário há adelgaçamento parietal.

---

(1) A propósito de factos de observação pessoal, apresentados numa das reuniões dos Hospitais de Coimbra (22 de Abril de 1937) por terem sido considerados susceptíveis de interessar aos médicos, recordando noções possivelmente esquecidas, e capazes de sugerir reflexões uteis para a prática clínica. Reprodução resumida da exposição de ocasião, tendo como guia um programa previamente estabelecido.

Meckel, considerando a generalidade dos factos registados, atribuiu o *A.* passivo ao coração direito, e sobretudo à aurícula, e o *A.* activo, ao coração esquerdo e em especial ao ventrículo.

Em 1811 Bertin, numa memória lida ao Instituto de França, embora tenha considerado a dilatação simples (com parede de espessura normal) como uma das três espécies de aneurismas cardíacos, afastou-se dos seus contemporâneos, esboçando, ainda que vagamente, a dissociação do conceito, pois ao *A.* activo chama *hipertrofia aneurismal*, que incluye também na classificação das formas distintas da hipertrofia do coração<sup>(1)</sup>.

Entretanto Scarpa começou a chamar as atenções para as diferenças existentes na parede dos aneurismas arteriais, fazendo vêr que em uns não havia lesões (dilatação simples, a que alguém posteriormente chamou dilatação aneurismática e aneurisma congénito) e em outros existiam lesões atroficas mais ou menos graves (*A.* propriamente ditos ou verdadeiros). Esta distinção manteve-se e justifica-se. Com efeito e para exemplo, o 4.º seio de Valsalva ou *sinus maximus*, dilatação aortica que se observa ao nível da união das porções ascendente e horizontal da crossa, congénita, constante, normal, que se acentua com a idade, não é um aneurisma, nem mesmo quando se complica de lesões de atheroma.

As noções estabelecidas por Scarpa e os seus continuadores (Sennert e outros), regeitando do grupo dos aneurismas arteriais as dilatações sem lesões parietais, não podiam deixar de influir nos conceitos respeitantes aos aneurismas cardíacos. Na realidade assim succedeu. Começou-se por opôr à dilatação geral de uma ou mais cavidades sem qualquer alteração, a dilatação par-

(1) É contemporânea de Bertin, e talvez fundamentada na sua memória, a terminologião anátomo-patológica que se resume no seguinte quadro, referente às variações da capacidade total de uma ou mais cavidades do coração:

Capacidade normal, parede engrossada:	Hipertrofia simples.	
Capacidade excessiva.	} parede de espessura normal: Dilatação simples.	
		» engrossada: Hipertrofia excêntrica.
		» adelgada: Dilatação passiva.
Capacidade reduzida.	} parede de espessura normal: Atrofia simples ou aplasia.	
		» engrossada: Hipertrofia concêntrica,



cial ao nível da qual se observava a transformação fibrosa ou cartilaginosa da parede, que na maioria dos casos formava saco, reservando para êste a designação de *aneurisma*, a princípio *parcial* (Bérard, 1826) ou *circunscrito* e depois *verdadeiro*.

Estudaram-se as lesões concomitantes, a condicionalidade da formação das dilatações com ou sem alterações atroficas parietais e finalmente fez-se a separação completa de umas e outras, reservando o nome de aneurisma só para a dilatação circunscrita a uma parte da parede de uma cavidade, em comunicação directa com esta; na parede existem lesões de atrofia, de evolução crónica que explicam a dilatação sob a influência da pressão sanguínea.

Esta noção não tomou forma e vulto sem provocar vozes discordantes de autores que, através dos seus escritos, sobretudo em livros didácticos, influem ainda. Com efeito em trabalhos, sobretudo de clínicos, vêmos confundidos aneurisma e dilatação. Ora não basta verificar a dilatação de uma cavidade cardíaca, mesmo com coágulos cruóricos lameliformes, parietais, para se classificar a lesão de aneurisma da referida cavidade. Tal facto é freqüente nos apertos orificiais, aurículo-ventriculares, graves, progressivos, em que as aurículas são gravemente distendidas e às vezes não somente as aurículas mas também os vasos aferentes, e em que se formam habitualmente coágulos agónicos. Como estas lesões orificiais são mais freqüentes e mais graves no coração esquerdo, a aurícula esquerda é a mais freqüentemente atingida. Tal é o caso do coração 631 da nossa série, em que a aurícula esquerda tinha um volume quasi igual ao do resto do coração; a parede do apêndice auricular fazia parte da parede da cavidade geral e a membrana da fossa oval adelgada, abaülava-se para o lado da aurícula direita. A capacidade chega a ser de 500 cc. A camada muscular pode ser atingida por um processo degenerativo, consequência da distensão ou da pancardite que acompanha a lesão orifical ou a um processo inflamatório de vizinhança (tuberculose mediástino-pleural, sínfise pericardica). Quanto menos muscular fôr a parede, maior será a distensão.

Paralelamente a estas dilatações cavitárias totais é preciso considerar as dilatações parciais e os divertículos. Das primeiras a mais frequente é a que tem a sua séde na fossa oval, cuja membrana distendida por pressão exercida sobre uma das suas faces,

pode adelgaçar-se a ponto de se formarem orifícios de comunicação directa com a cavidade vizinha. Mais raras são as dilatações circunscritas dos ventrículos, de que nos servirá de exemplo o coração 4, que pertenceu a um indivíduo de 26 anos, sem lesões endocárdicas ou miocárdicas. Neste exemplar (Fig. 1), na

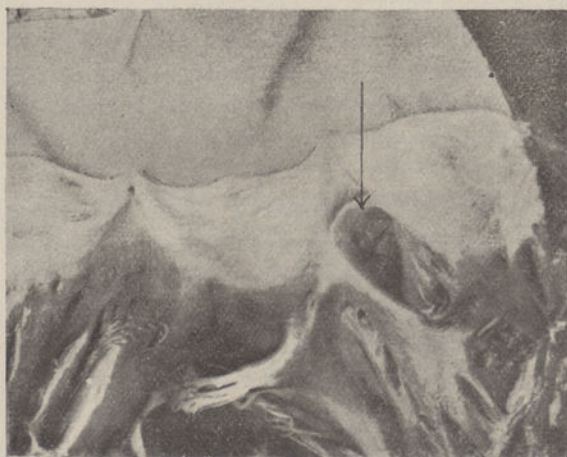


Fig. 1

metade inferior do espaço intervalvular esquerdo do orifício pulmonar, e excedendo-o para baixo existe uma larga abertura, limitada superiormente por um bordelête; corresponde a uma cavidade fechada em dedo de luva, obliquamente dirigida para baixo, com 3-4 cm. de profundidade, revestida de endocárdio normal. Tem todos os caracteres de uma dilatação congénita.

Os divertículos são cavidades secundárias em cuja parede se encontra a estrutura da parede da cavidade de que dependem e onde se abrem directamente.

Tanto as paredes das cavidades cardíacas como as lâminas valvulares podem ser a séde de divertículos.

Na fig. 2 representamos o coração (N.º 201) de uma mulher de 48 anos, sem lesões apreciáveis macroscopicamente, que tinha na união dos terços inferiores e médio da face anterior do ventrículo esquerdo, uma saliência sésil, com as dimensões de uma azeitona grande, que parecia maciça à palpação, mas que possuía



uma estreita cavidade, cujo fundo ficava a meio da saliência e que se abria na cavidade ventricular; na sua parede existia miocárdio normal. Trata-se de um divertículo do coração, formação

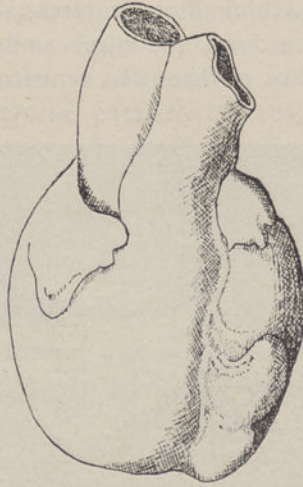


Fig. 2

congénita rara, comparável pela sua morfologia ao caso de Arnold e ao de Koller-Aeby e como êstes situado na parede do ventrículo esquerdo. Supomos que não há descrito nenhum caso do ventrículo direito.

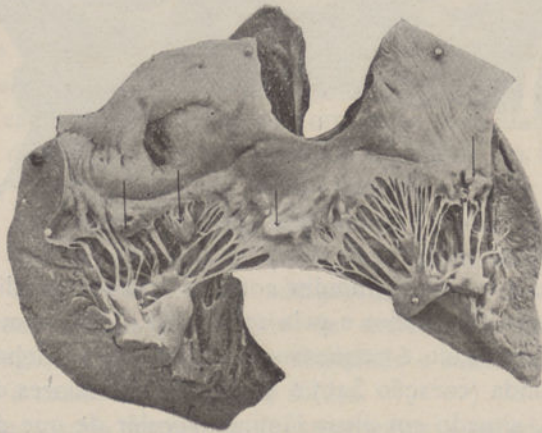


Fig. 3

Os divertículos valvulares são muito menos raros. Na nossa série possuímos vários exemplares. Podem ser múltiplos. A fig. 3 reproduz o aspecto das valvas da mitral do coração 29, colhido na autópsia de um homem de 42 anos. Ao longo do bordo inferior existem vários sáculos diverticulares, um dêles completo, com abertura estreita e como que suspenso do bordo valvular por pequenas fitas; todos os orifícios são ventriculares.



Fig. 4

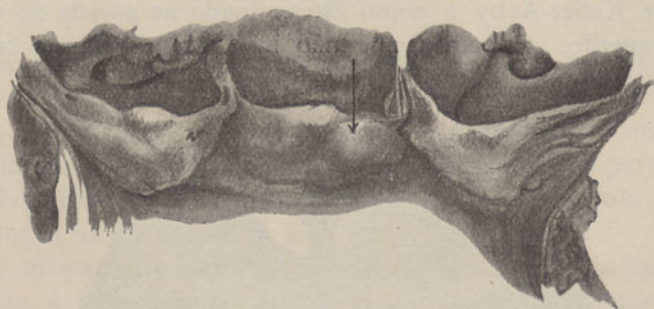


Fig. 5

Nas figs. 4 e 5 as sigmoides aorticas apresentam divertículos, diferentes pelas dimensões e pela topografia. Na primeira (coração 479) o divertículo é pequenissimo e situado na linha de inserção; na segunda (coração 340) é um sáculo de maiores dimensões, mais bojudo, situado em plena lâmina valvular de que ocupa uma grande parte da metade esquerda. Em ambos a parede é lisa,



em nada diferindo da lâmina valvular, sem vestígios de processo inflamatório, actual ou antigo.

Não conhecemos nenhum caso de divertículo das válvulas do coração direito.

Postos êstes indispensáveis preliminares podemos tratar dos aneurismas do coração. Segundo a sua séde classificam-se em: *A. parietais* ou murais; *A. valvulares*. Numa exposição, que pretende ser de interesse para os clínicos, há a considerar um grupo de aneurismas que, não sendo anatomicamente do coração, todavia nêle se desenvolvem, o que lhes comunica um interesse particular: São os aneurismas das artérias coronárias e os dos seios de Valsalva ou supra-sigmoideos de desenvolvimento intra-cardíaco.

Os aneurismas parietais são os mais conhecidos por serem os mais freqüentes e os melhor estudados. São em geral sacciformes, considerando a forma da sua cavidade, que freqüentemente não é possível deduzir da conformação do relêvo exterior. São exclusivos das cavidades esquerdas do coração e mais freqüentes no ventrículo. A abertura na cavidade correspondente pode ser muito estreita, relativamente ao diâmetro da cavidade aneurismal, ou muito ampla, mesmo superior àquele diâmetro. O caso da fig. 6, que representa um aneurisma sacciforme da parede anterior do ventrículo esquerdo, que engrossa e deforma enormemente a ponta do coração, pode servir de exemplo dos casos de abertura estreita, com a sua orla de esclerose, nacarada e liza. O exemplar representado na fig. 7 é de aneurisma, também da parede anterior do ventrículo esquerdo, mas em situação alta e larguíssima abertura de comunicação, ainda que inferior ao diâmetro da cavidade; esta é subdividida por um septo mais baixo na parte média, em duas cavidades secundárias, desiguais em forma e em capacidade, sendo a superior infra-sigmoideia. São menos freqüentes os aneurismas em que a abertura é maior que a largura do saco e que se apresentam como depressões mais ou menos excavadas, cujo fundo, muito adelgado, nada tem de tecido muscular, substituído por tecido de esclerose e apesar disso bastante frágil, rasgando-se com facilidade e contribuindo largamente para a casuística da morte súbita.

São séde menos freqüente de aneurismas a parede posterior, o bordo esquerdo do coração e o septo interventricular.

Na porção muscular da parede septal, tivemos já ocasião de observar um pequeno aneurisma que alojava com dificuldade a extremidade do dedo mínimo; na sua parede havia nítidas lesões

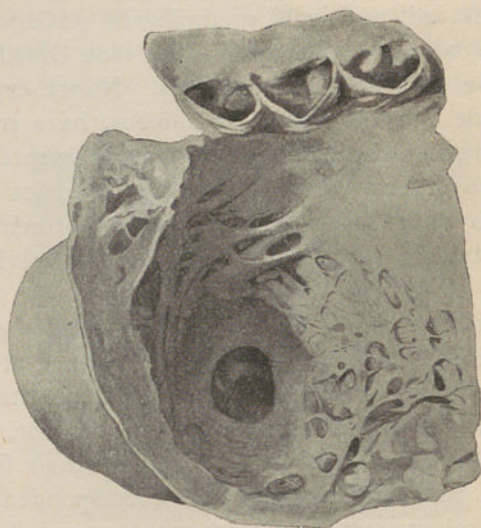


Fig. 6 — Exemplar do Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa.

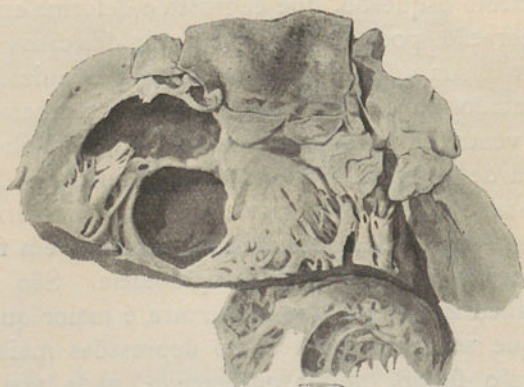
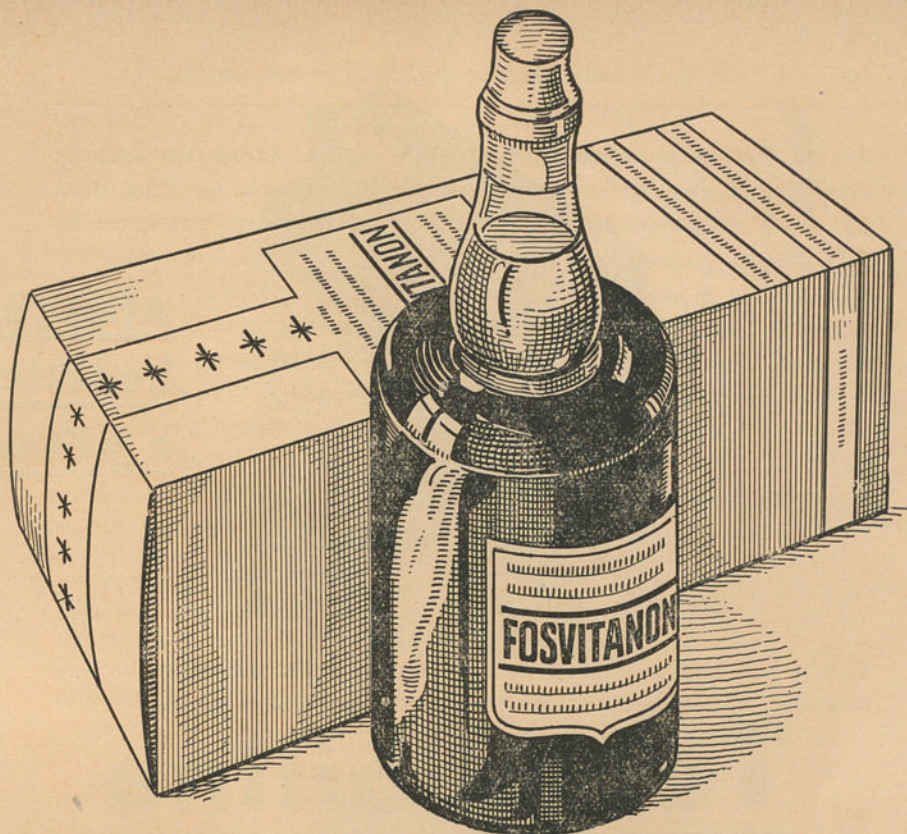


Fig. 7

escleróticas que atingiam a face profunda do endocárdio do ventrículo direito correspondente ao fundo da cavidade.

Na porção membranosa do septo tem sido descritos sáculos,





# Fosvitanon



*Homburg*

**Sedativo**

**Hematopoiético**

**Estomáquico**

**Tónico**

*Homburg*

Extractos estandarizados de quina, nozes frescas de cola, noz vômica, piscidia, lúpulo e viburno.

Sais de Cu., Fe., e Mn., sal de bromo-magnésio, ácido fosfórico-glicose.

1 colher das de chá 2 a 3 vezes ao dia, 1/2 hora antes das refeições.

O **FOSVITANON**, simultaneamente um tónico, um estomáquico, um sedativo e um hematopoiético, tem um **excelente paladar** a ervas aromáticas.

**Está indicado** no esgotamento físico e psíquico, nervosismo, depressão nervosa, fraqueza, abatimento, neurastenia, caquexia malárica, anemia e tuberculose.

Alguns nomes da Medicina, como **Meyer, Strauss, Ballmann, Burhaus, Reus e Undritz** entre outros, acharam dignos de publicação os resultados dos seus ensaios realizados conscienciosamente com o **Fosvitanon** em conhecidas clínicas pediátricas, neurológicas, ginecológicas, Sanatórios, Hospitais, etc.

Extractos desta literatura à disposição dos Srs. Médicos.

Frascos originais de 200 cc.

Queiram enviar-me para estudo literatura e amostras de:

Remete Dr. ....

O PRAZO DE VALIDADE DESTA REQUISIÇÃO É LIMITADO





Homburg



**Afecções  
hepáticas  
e biliares**

# **Temoebilina**

Medicamento titulado à base de elementos puramente vegetais, preparado com a droga colagoga malaia «**Temoe-Lawak**» e os princípios activos do cominho, hortelã-pimenta, e camomila.

1/2 a 1 comprimido numa chávena de água quente, 3 vezes ao dia.

Pomos à disposição dos Srs. Clínicos amostras para estudo e a separata em português do trabalho do Prof. Dr. vor Bergmann da Universidade de Berlim (II.<sup>a</sup> Clínica Médica da Charité): «**Investigações sôbre a substância activa da Temoe-Lawak e a sua influência sôbre as funções do fígado e vias biliares.**»

Apresentação: Tubos de 10 e 25 comprimidos.

Fabricantes: **Chemisch-Pharmazeutische A. G. BAD HOMBURG**  
Francfort s/ Meno.

Representantes: **Estabelecimentos HEROLD, LDA.**  
Rua dos Douradores, 7 — Lisboa.

FIRMA

ESTABELECIMENTOS  
HEROLD, LDA.

taxa - 40 ctv

CM

Rua dos Douradores, 7

**LISBOA**



Homburg



simples ou multiloculares, que fazem saliência na aurícula direita para cima da inserção do retalho interno da tricuspida e às vezes se orientam para baixo na espessura da musculatura do septo. Freqüentes vezes ha lesões de endocardite sacular, o que tem suscitado dúvidas sôbre a prioridade das lesões e sua relação causal; é a endocardite que prepara a formação do saco aneurismático ou é este que predispõe para a fixação das lesões inflamatórias? Divertículo, formação congénita, ou aneurisma sacciforme? A tendência geral é para aceitar a natureza congénita.

Não observamos nenhum caso desta espécie.

Uma localização muito rara de aneurisma sacciforme é a que vamos descrever com um pouco mais de minúcia :

Coração (N.º 1211) de uma mulher de 29 anos, com bastante gordura no sulco interventricular anterior, na base do ventrículo direito e à volta da origem da aorta e da artéria pulmonar. A parte da parede da aurícula esquerda situada para diante das veias pulmonares esquerdas, é fortemente distendida, de tal modo que desloca o apêndice auricular para a direita e

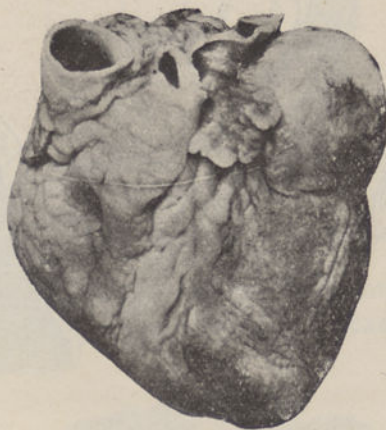


Fig. 8

engrossa a metade esquerda da base do coração (fig. 8). A parte mais alta dêste grôssô abaüilamento é, em contraste flagrante com o resto da parede auricular, esbranquiçada, lisa, dura, não formando pregas à pressão. Seccionando a aurícula esquerda, segundo o plano vértico-frontal clássico, verifica-se que existem duas cavidades, completamente independentes, uma propriamente auricular, de pequena capacidade, reduzida a pouco mais que uma fenda interna e posterior, com as suas comunicações normais, outra

intra-parietal, maior que a primeira, esférica, cuja parede ao nível do plano equatorial horizontal, tem uma crista que esboça a separação de duas câmaras sobrepostas, a superior com a sua parede externa inteiramente fibrosa, condroide na parte central, forrada de coágulos estratificados, fortemente aderentes; a inferior com sangue líquido e placas calcárias parietais. O endocardio da cavidade auricular é espessado na porção de revestimento da cavidade intra-mural. Esta cavidade abre-se no ventrículo esquerdo por um orifício estreito, situado para diante do meio do seio da valva esquerda da mitral. O corte vértico-frontal passando por este orifício dá o aspecto representado esquematicamente pela fig. 9. Não havia outras lesões endocardicas parietais ou valvulares.

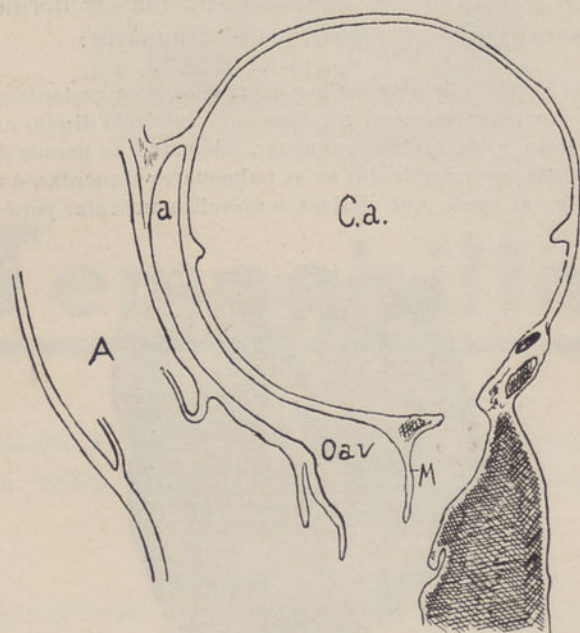


Fig. 9 — Secção vértico-frontal passando pelo meio do orifício de comunicação do aneurisma da Fig. 8. Ca-cavidade do aneurisma; a - aurícula; O.a.v - orifício auriculo-ventricular; M-retalho esquerdo da mitral; A - aorta.

Trata-se portanto, de um aneurisma sacciforme da base e do bordo do ventrículo esquerdo, desenvolvido para cima na espessura da parede antero-externa da aurícula, que dissecou.

Os aneurismas da aurícula esquerda raras vezes são saculifor-



mes, de abertura estreita, e não observamos nenhum caso com esta conformação geral. Tivemos porém, ocasião de estudar um aneurisma desenvolvido em parte do apêndice auricular esquerdo.

Rapaz de 19 anos com lesões de endocardite crônica, esclerosante, valvular aortica e mitral e apêrto do orifício mitral. Hipertrofia excêntrica do coração. Fígado cianótico. Nefrite sub-aguda, bilateral.

O apêndice auricular esquerdo era enorme, bosselado, pediculado e suspenso da aurícula como um badalo. A parede da metade esquerda da parte engrossada, é fibrosa, dura, esbranquiçada, estabelecendo-se gradualmente a transição com a porção restante da superfície. Esta parte adelgada é forrada de coagulós estratificados. Um bordelête interior, incompleto, correspondendo o um sulco exterior, marca o limite da bolsa aneurismática.

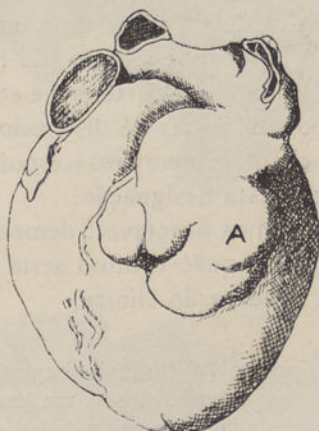


Fig. 10 — A - porção aneurismática do apêndice auricular

Os aneurismas valvulares são relativamente freqüentes, tanto nas sigmoides aorticas, como na mitral. O exemplar 354 (fig. 11)



Fig. 11

pode servir de guia com breves notas descritivas: Numa valva aortica com lesões de esclerose e pequeno grupo de vegetações, há um sáculo com parede menos espessa que a lâmina valvular, com uma laceração cruciforme; dentro existem vegetações pequenas muito friáveis, rosadas, apreciáveis através da larga abertura de comunicação com o seio de Valsalva. Em todos os nossos casos desta espécie a morfologia é idêntica: Do lado do seio ou ventricular, segundo a valvula, pêrda de substância com emergência de vegetações, aspecto de lesão circunscrita úlcero-vegetante; do lado oposto (canal sigmoideo no orifício aortico, face auricular das lâminas da mitral), pequeno saco de parede lisa, fina, íntegro ou rasgado.

Os aneurismas de origem sigmoidea ou supra-sigmoidea e com desenvolvimento intra-cardíaco tem uma morfologia complexa em graus diferentes. Pela sua evolução são inteiramente comparáveis aos aneurismas dissecantes arteriais e atendendo a que a sua expansão excede as possibilidades de distensão da parede da zona inicial, poder-se-iam chamar aneurismas espurios ou falsos, se ao menos houvesse lógica nesta designação.

Os três casos que vamos descrever, demonstram esta complexidade e permitem julgar quão confusa seria a interpretação dos factos decorrentes da observação clínica.

No primeiro caso (Coração 720), o mais simples, existe imediatamente para cima da valva aortica anterior direita, um buraco arredondado, com 9 mm de maior diâmetro, de bordos arredondados, que dá ingresso a uma cavidade cheia quasi completamente de coágulos estratificados e que corresponde a uma massa tumoral, situada na espessura do miocárdio entre o orifício pulmonar e o orifício aurículo ventricular direito que desloca e estrangula, repelindo para o direita o feixe inominado e fazendo relêvo na parede anterior e externa do ventriculo; reduz a capacidade das duas cavidades direitas. A fig. 14, esquêma da superficie do côrte vértico-frontal, passando por meio do orifício da parede aortica, elucida sôbre a posição reciproca das cavidades. A aorta apresenta placas duras calcificadas e há endocardite produtiva das sigmoideias aorticas. Existe, pois, um aneurisma suprasigmoideo da aorta que progrediu na espessura do miocárdio das cavidades direitas, sobretudo do ventriculo.

No segundo caso o aneurisma tem a mesma séde, mas é mais volumoso.

Diz respeito a um homem de 42 anos, em cuja autópsia apenas se registou a existência de sinfise pleural direita. O exame exterior do coração mostrou na face anterior da base do ventriculo direito uma saliência grossa e dura, que deslocava o sulco aurículo-ventricular para cima e o apêndice auricular para traz; estava em continuidade com a superficie da



aorta, de que a separava apenas um sulco com gordura. A abertura das cavidades cardíacas e da aorta mostrou a natureza dêste tumor: O *infundibulum* é muito estreito porque à saliência exterior corresponde uma massa

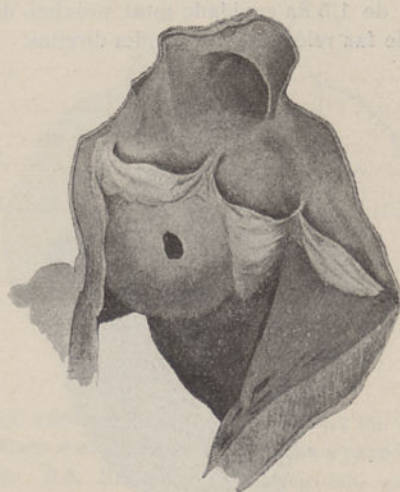


Fig. 12

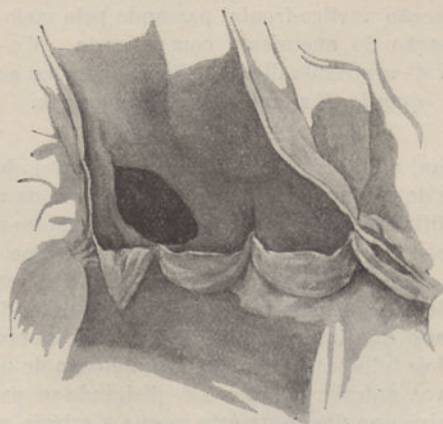


Fig. 13

da sua parede, que o estrangula, impele para a direita o feixe inominado, alargando-o, e reduz o diâmetro do orifício auriculo-ventricular, deformando-o. Na aurícula a redução da capacidade é pequena, pelo contrário no ventrículo o relêvo é grande, máximo ao nível do *infundibulum* (fig. 12). A sua superfície é aqui inteiramente lisa, esbranquiçada e a seu meio há um orifício estreito e irregular por onde sai sangue.

Nas cavidades esquerdas nada há digno de menção. A aorta é revestida de placas de esclerose, algumas calcificadas. Para cima da linha das comissuras e correspondendo à comissura posterior-direita (fig. 13), há um largo buraco de uma cavidade cheia de coágulos estratificada dos, que apenas deixam livre cêrca de  $1/5$  da cavidade total, próximo da abertura. É esta cavidade cuja parede faz relêvo nas cavidades direitas.

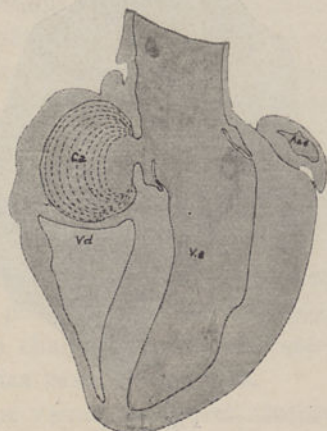


Fig. 14 — Secção vértico-frontal passando pelo meio do orifício de comunicação do aneurisma com a aorta. V.e-ventrículo esquerdo; V.d-ventrículo direito; V.a.e-apêndice auricular esquerdo; C.a-cavidade do aneurisma.

O terceiro caso, o mais complexo (Coração 719) foi observado no cadáver de um homem de 49 anos. Ao fazer-se a abertura da cavidade torácica notou-se que era difícil levantar o plastrão esterno-condro-costal, em virtude de união muito resistente, fibrosa, do pericárdio ao esterno, especialmente ao nível dos terceiros espaços intercostais onde na superfície esternal havia uma depressão em godet. O saco pericárdico era de grandes dimensões, branco nacarado na metade direita, arroxeadado na metade esquerda. É impossível a separação dos dois folhetos da serosa para a direita de uma linha (fig. 15) que começa na face anterior da aorta e, dirigindo-se para baixo e para dentro, atinge o sulco que fica entre este vaso e a artéria pulmonar; depois segue para a ponta do coração, passando à direita desta para subir na face posterior, passando junto dos orifícios das cavas (fig. 16). Para a esquerda desta linha há aderências lamelosas dispersas e no saco pericárdico acumulam-se coágulos cruóricos que pesam 70 gramas. Retirado da cavidade, com a porção de pericárdio aderente, nota-se que o coração é enorme e muito deformado, de contôrno circular visto de face, com pequena chanfradura na parte inferior, sendo a face posterior muito mais abaúlada que a anterior. Na zona de pericárdio aderente a consistência é pequena, a



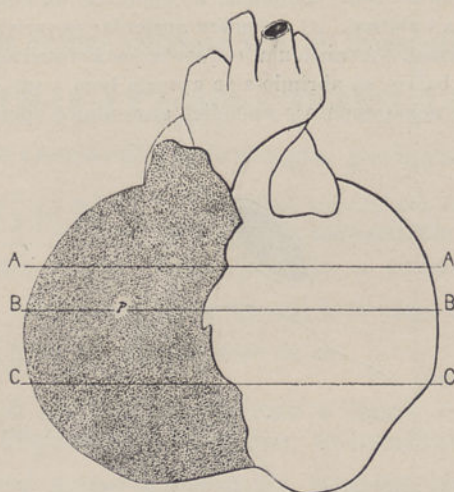


Fig. 15 — Face anterior do coração. P-Zona em que o pericárdio está aderente e em grande parte forma a parede da cavidade do aneurisma. AA, BB, CC, linhas segundo as quais foram feitas as secções transversais das três figuras 18, 19, 20.

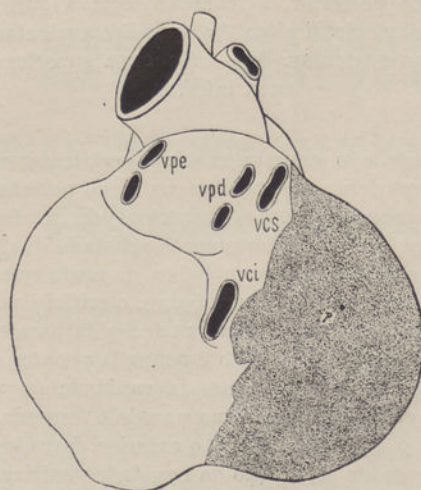


Fig. 16 — Face posterior do coração. P-o mesmo que na fig. precedente. V.p.e-veias pulmonares esquerdas; V.p.d-veias pulmonares direitas; V.e.s-veia cava superior; V.e.i-veia cava inferior

parede deformando-se com facilidade, ao contrário da porção restante que tem a consistência habitual. O apêndice auricular esquerdo é grosso, curto e na posição normal. A aurícula esquerda está inteiramente deslocada para trás e para baixo; só abrindo-a se aprecia bem a sua enorme deformação (fig. 17) por achatamento; o apêndice auricular é apenas uma pequena

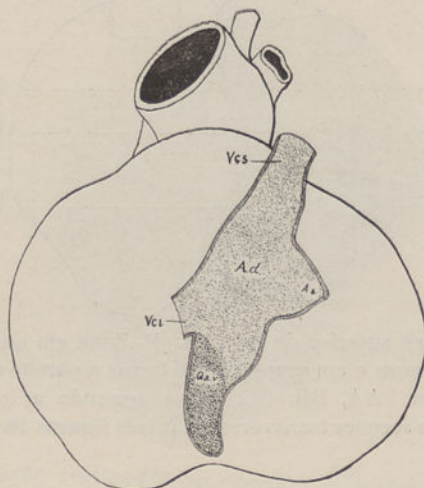


Fig. 17 — Face posterior do coração, com a aurícula direita aberta. A.d - aurícula direita; A.a - apêndice auricular; Oav - orifício aurículo-ventricular; Ves - veia cava superior; Vci - veia cava inferior.

dilatação da cavidade e o orifício aurículo-ventricular vê-se na sua parte mais inferior. O ventrículo esquerdo ocupa a sua posição habitual; a cavidade é pequena e a parede espessa. O ventrículo direito fica todo à esquerda do plano médio antero-posterior, fortemente achatado de diante para trás no *infundibulum* e transversalmente em baixo, de modo que, conjugando este achatamento com o deslocamento para baixo, o orifício aurículo-ventricular fica num plano frontal e a valva anterior da tricúspida, paralela ao plano médio.

Toda a metade direita do coração é ocupada por um saco enorme, cuja cavidade é inteiramente independente da cavidade do ventrículo direito, cheia de coágulos estratificados; a sua parede é formada de tecido fibroso do próprio pericárdio em toda a porção exterior, forrada de camada tênue de miocárdio no septo de separação da cavidade ventricular direita. Esta enorme bolsa, que tem uma pequena rasgadura na parede posterior, está em comunicação com a aorta por uma abertura aproximadamente circular, com 43 mm de diâmetro e 175 mm de perímetro, situada imediatamente para cima das sigmoides aórticas. As figs. 18, 19 e 20, representando cortes transversais do órgão, mostram claramente as relações da grande cavidade



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol  
**ANTISIFILÍTICO - TRIPANOCIDA**

**Extraordinariamente poderoso**

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

Adaptando-se por consequência, a todos os casos.

**TOXICIDADE** Consideravelmente inferior à de todos os produtos similares.

**INALTERABILIDADE** em presença do ar.

(Injecções em série)

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

**Preparado pelo Laboratório de BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

Depositários  
exclusivos

**TEIXEIRA LOPES & C.<sup>a</sup>, L.<sup>da</sup>**

45, R. Santa Justa, 2.<sup>a</sup>  
LISBOA

## LIVRARIA MOURA MARQUES & FILHO

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

**COIMBRA**

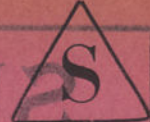
### ULTIMAS NOVIDADES:

- Bercher** — L'Homoeopathie sans mystère. 1 vol. 116 pages (D) — Frs. 32,00.  
**Coste** — Les recto-colites ulcéreuses de cause inconnue. 1 vol. 114 pages. (D) — Frs. 26,00.  
**Cheesman** — Atlas d'Anatomie Synthétique. Planches transparentes en couleurs facilitant l'étude de l'Anatomie du corps humain. Fascicule XII — Le Périnée chez la Femme. (N) — Frs. 30,00. Fascicule XL — Le Périnée chez l'Homme. (N) — Frs. 30,00.  
**Deniker et Meurs** — La Gynécologie. Deuxième édition. 1 vol. 245 pages. (D) — Frs. 32,00.  
**Exchaquet** — Le Nourrisson. Sa physiologie. Sa Santé. Deuxième édition. 1 vol. 272 pages (P) — Frs. 36,00.  
**Giraud** — Précis de Phtisiologie. Évolution générale. Diagnostic et traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. 2<sup>e</sup> édition entièrement remaniée. 1 vol. illustré avec 490 pages. (D) — Frs. 100,00.  
**Looper** — Les Hépatites. 262 pages. 47 figures. (M) — Frs. 60,00.  
**Ramadier et Causse** — Traumatismes de l'Oreille: Fractures du rocher, coups de feu de l'oreille, commotions labyrinthiques, expertises en otologie. 150 pages. 15 figures. (M) — Frs. 45,00.





# PRODUTOS SANDOZ



**SANDOZ** De prescrição exclusivamente médica **SANDOZ**

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
<b>ALLISATINE</b> Princípios activos e estabilizados do <i>allium sativum</i> sob a forma inodora e insípida	Diarreias Disenterias Fermentações Arterioesclerose	6 a 12 drageas por dia
<b>BELLAFOLINE</b> Complexo alcalóidico integral da beladona fresca	Todas as indicações da beladona: Espasmos das vias digestivas e respiratórias, gastralgias, úlceras, asma, cólicas nefríticas, Parkinsonismo, etc.	1 a 2 comprimidos, ou X a XX gotas 3 vezes por dia, ou 1/2 a 2 empoles por dia
<b>BELLADENAL</b> Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoercíveis, enxaquecas, dismenorrea, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
<b>BELLERGA</b> Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i> : inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i> : frenador eléctrico do simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i> : Sedativo de acção central	Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo	3 a 5 drageas por dia
<b>CALCIBRONAT</b> Combinação bromo-calcica organica.	Todas as indicações da medicação bromada e brometada	1 a 4 colheres de sopa por dia ou 1 a 4 comprimidos efervescentes por dia ou 2 a 3 injeções endovenosas ou intramuscular por semana
<b>CALCIUM-SANDOZ</b> Sal organico de cal, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa, injectável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetanigêneos, espasmofilia, pneumonias, gripe, asma, dermatose, hemorragias, etc.	2 a 3 colheres das de chá, ou 3 a 6 comprimidos, ou 1 a 2 past. eferv., ou 2 a 20 cc. por dia (via intramuscular ou intravenosa)
<b>DIGILANIDE</b> Complexo cardio-activo natural dos glucosidos iniciais A+B+C da <i>Digitalis lanata</i>	Todas as indicações da digital	(Posologia média) 1 dragea ou 1/2 cc. 3 vezes por dia ou 3-4 cc. por injeção endovenosa e em 24 horas
<b>GYNERGENE</b> Tartrato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio especifico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstetricais e ginecológicas. Sedação do simpático; Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XX a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
<b>OPTALIDON</b> Nova associação antineuralgica e sedativa	Todas as dores: neuralgias, cialgicas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	1 a 6 drageas
<b>SCILARENE</b> Complexo glicosidico, cristalizado e estabilizado do bolho de Scila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oligúria, assistolia, arritmia, coração semi-miocárdico	3 a 6 comprimidos, ou XI, CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 ampola por via endovenosa.





Fig. 18 — Secção transversal segundo AA (Fig. 15). Ve-ventrículo esquerdo; Vd-ventrículo direito; Ad-aurícula direita; Ca-cavidade do aneurisma; Pad-apêndice auricular direito; Pa-pilar anterior da mitral; M-miocárdio; P-pericárdio.

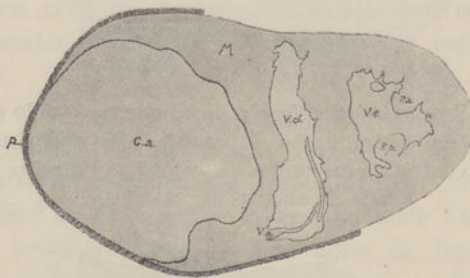


Fig. 19 — Secção transversal segundo BB (Fig. 15). O mesmo que na fig. anterior e Pp-pilar posterior na mitral; Va-valva anterior da tricúspida.



Fig. 20 — Secção transversal segundo CC (Fig. 15). O mesmo que na Fig. 18 e Pa-pilar anterior da tricúspida.

aneurismal com as cavidades cardíacas e com o pericárdio e a fig. 21, um corte vértico-frontal, passando pelo centro da comunicação com a aorta, completa o conhecimento destas relações.

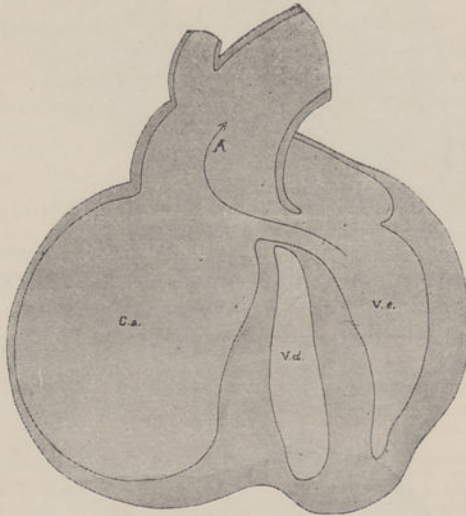


Fig. 21 — Secção vértico-frontal mediana, passando pelo meio do buraco de comunicação da cavidade do aneurisma com a aorta. Ve-ventrículo esquerdo; Vd-ventrículo direito; Ca-cavidade do aneurisma; A-aorta.

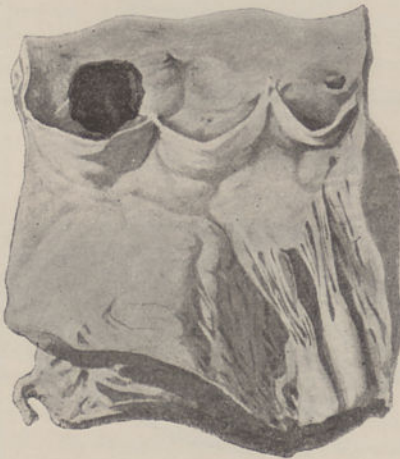


Fig. 22 — Exemplar do Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa.



É, portanto, um aneurisma aortico cujo saco teve um desenvolvimento identico ao dos casos precedentes, mas indo muito mais longe, pois foi excavando a parede do ventriculo direito, ao mesmo tempo que um processo de pericardite adesiva colava o folhêto parietal ao folhêto visceral da serosa, formando uma lâmina que em grande extensão foi constituir parede do aneurisma, quando a progressão dêste destruiu o miocárdio. Apesar destas complexas modificações da topografia intima do coração o seu portador, torneiro mecânico de officio, trabalhava com regularidade, queixando-se apenas e às vezes de opressão pre-cordial, e frequentava com não menor regularidade a taberna, onde fazia a vida dos outros frequentadores e onde morreu subitamente, em consequência de pequena hemorragia pericardica.

Os aneurismas das artérias coronárias, no seu trajecto sub-epicardiaco e intra-miocárdico, não têm a raridade que seria de supor perante as manifestações da literatura anatómica a seu respeito. São aneurismas microscópicos, cuja existência é para considerar na patogenia da trombose dêstes vasos.

Uma outra séde de aneurismas desta artéria não é menos digna de interesse. Queremo-nos referir aos aneurismas da sua porção inicial. O aneurisma do seio de Valsalva coincide muitas vezes com o início de uma das coronárias, em regra da direita. Ora se se considerar que, às vezes o início desta coronária direita é infundibuliforme ou saculiforme, que investigações recentes tendem a demonstrar que esta união da parede aórtica com o anel orificial constitue uma zôna de fraca resistência e suscéptivel de variações de conformação, que podem agravar esta fragilidade estendendo-a à vizinhança, e ainda que a inserção da valva interna da tricuspida contiguamente à parede do seio desta valva direita a sujeita a uma tracção permanente, teremos motivo suficiente para encarar a patogenia dos aneurismas do início da artéria coronária direita de maneira diferente dos aneurismas do resto do seu percurso e daqueles que se formam na coronária esquerda.

Tanto os aneurismas dos seios de Valsalva como os supra-sigmoideos de desenvolvimento intra-cardiaco devem considerar-se raros. Em Junho de 1921, pouco depois da observação de dois dos casos, que descrevemos, foi-nos possível colher elementos para uma pequena estatística que vamos incluir nesta exposição a título de curiosidade e não pelo seu valor intrinseco, que é bem pequeno: Do Arquivo do Instituto de Anatomia Patológica de Lisboa,

constava que a 4.500 autópsias correspondiam 43 aneurismas da aorta e destes só um era do seio de Valsalva e intra-cardíaco. No Instituto de Medicina Legal da mesma cidade, em 6749 autópsias tinham sido registados 50 aneurismas aorticos e entre êles só dois supra-sigmoideos intra-cardíacos. No Serviço de autópsias do Hospital Escolar em 480 cadáveres encontramos 4 aneurismas aorticos e nenhum dêles tinha esta localização. Portanto num total de 11.729 autópsias, 97 vezes se encontraram aneurismas aorticos dos quais 3 do início da aorta e intra cardíacos.

Esta exposição não comporta desenvolvimentos etiológicos ou patogénicos. Todavia, uma curtissima referência faremos a uma causa que não temos lembrança de vêr mencionada. É sabido que todas as causas que atrofiam o tecido miocárdico e tendem a substitui-lo por tecido fibroso numa zona circunscrita, preparam a distensão aneurismática. Assim os enfartes por embolia ou trombose das coronárias, as lesões nodulares sífilíticas ou tuberculosas, a miocardite septica com abscessos susceptíveis de cura, são citados. A autópsia do cadáver de uma rapariga de 15 anos, que no hemisfério cerebral esquerdo tinha um quisto hidático com as dimensões de uma laranja, no figado um outro com o tamanho de uma azeitona grande e no septo interventricular um terceiro como uma avelan, êste em necrose, com extensa reacção de vizinhança e formação de espesso invólucro fibroso, poz diante de nós a eventualidade da hidatidose como causa de formação de aneurismas cardíacos (1).

---

(1) As fotos 1, 3 e 4 são de Victor Guerreiro, fotógrafo do Instituto de Medicina Legal de Lisboa; os desenhos 6, 7, 12, 13 e 22 foram feitos por João Marques, desenhador do Instituto de Anatomia Patológica da mesma Universidade. A ambos manifestamos a nossa gratidão pela colaboração artística que, embora prestada há muitos anos, não foi esquecida.



## CROSSA AÓRTICA EM SITUAÇÃO DIREITA

(Situs inversus, arcus aortae)

POR

JOÃO PORTO e GUEDES PINTO

Sem inversão do coração e de outras visceras são raros os casos de crossa aórtica em situação direita.

Routier, Joly e Heim de Balsac <sup>(1)</sup> num artigo que publicam recentemente em *Annales de Medecine*, março de 1937, pág. 210, e onde dão conta de três observações clínicas pessoais, computam em 70 o número de casos publicados em toda a literatura médica. O número deverá ser superior porque nestes inquéritos há sempre ou quasi sempre omissões; mas isso não depõe contra a raridade da anomalia. Em *Arch. des Maladies du Coeur*, julho deste ano, pág. 584, publicam Routier e Heim de Balsac mais um. Entre elles a maior quota pertence a observações anatómicas, a casos de autópsia, preparações que se conservam em diversos Institutos de Patologia. Em Portugal, conhecemos apenas do Prof. Hernani Monteiro a publicação da crossa aórtica à direita em dois fetos gemeos e que constituíram objecto duma comunicação às Jornadas Médicas Galegas, <sup>(1)</sup> Corunha, em agôsto de 1929, fetos que, imersos num soluto de formol se guardam no Museu do Instituto de Anatomia do Porto.

Se o seu número global é relativamente pequeno, o que demonstra a raridade de tal anomalia, mais raro é o número dos que em vida recebem o diagnóstico pois aqueles autores dão conta, aparte os seus, de 3 ou 4 casos em França, apenas.

Paviot, Levrat e Guichard <sup>(2)</sup>, a propósito de uma observação

---

<sup>(1)</sup> Crossa aórtica à direita em dois fetos gemeos (univitelinos). *Arquivo de Anatomia e Antropologia*, vol. XIII, (1929-1930), pág. 245.

<sup>(2)</sup> Un cas d'inversion de la crosse aortique avec dysphagie et syndrome radiologique de compression aesophagique. *Lyon Med.*, 1932, pág. 14.

com diagnóstico feito pela peça anatómica, assinalam «que os autores alemães puderam, em certos casos, fazer o diagnóstico radiográfico da malformação» frase que encobre manifestamente o desconhecimento de em França, ter até então sido feito o diagnóstico, por êste meio.

Os AA. apontam Biedermann<sup>(1)</sup> e Mardersteig<sup>(2)</sup> como tendo-se referido a alguns; todavia as descrições que já em 1924 e 1926 fazem respectivamente Assmann e Herbert e Arkin e Hamemer, da persistência total do arco aortico com ou sem arco esquerdo parcial permitem o diagnóstico de tais malformações por virtude de um conjunto de sinais clínicos mas sobretudo sinais radiológicos.

Uma vez que empregamos a expressão «arco aórtico» convém dizer que ao lado da crossa aórtica em situação direita há ainda outras anomalias da aorta e dos grandes ramos arteriais que tem para carácter comum a sua fácil explicação com o auxílio da embriologia.

É clássico citar-se Krause quando se pretende a significação embriogénica destas malformações ou os esquemas de êste autor no volume «Angeiologia» no Tratado de Anatomia de Poirier, por onde nos guiamos. Não vale a pena a explanação do assunto; basta se diga que ai se explica a crossa aortica à direita pela persistência do quarto arco aortico direito e raiz aortica direita descendente mas com obliteração do quarto arco aortico esquerdo que é o que contribui para a formação da crossa aortica em indivíduos normais.

Há uma forma clínica particular em que a anomalia de posição da aorta se acompanha de disfagia e outras perturbações funcionais ligadas à compressão do esofago; é a *dysphagia lusoria* de Bayford. Era o caso dos autores de Lyon que levados por êsse sindroma fizeram exames radiológicos do esofago com caldo baritado para *contrôle*, mas que os não advertiu da verdadeira causa.

---

(1) Der rechtseitige Aortenbogen in Roentgenbild—*Fortsch. a. d. Gebiete des Roentgenstrahlen*. Fev. 1831, pág. 168.

(2) Persistenz der rechsteitigen Aortengogen im Roentgenbild — *Fortsch. a. d. Gebiete der Roentgenstrahlen* Agosto 1931, pág. 163.



A maioria das observações, porém, em que o diagnóstico se fez em vida, êste foi fortuito e nasceu na ocasião dum exame radiológico e foi o que se passou com a que hoje aqui se resume:

J. R. de 66 anos saudável até há 5 anos em que começara a cansar-se e lhe apareceram pela primeira vez edemas dos membros inferiores. Medicado pela digitalina que periódicamente vem tomando e submetido durante algum tempo a conveniente regime higiêno-dietético melhorou. Em Dezembro do ano passado, data da nossa primeira observação, piorou voltando a mani-

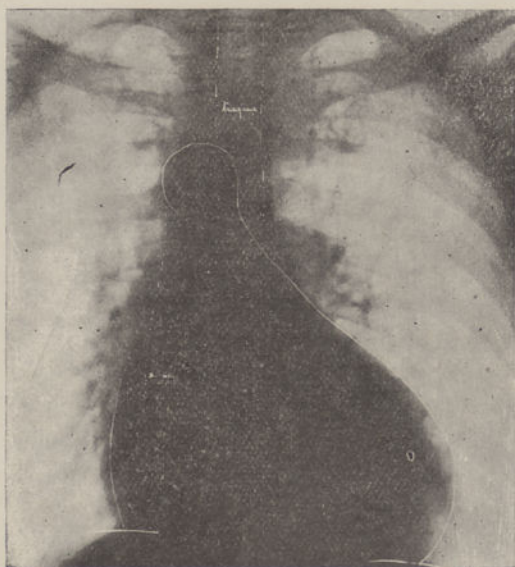


Fig. I

festar-se fadiga facil, edemas, oliguria e dispnea, sobretudo clinostatica. A auscultação nada de anormal manifestava a não ser ligeiro ensurdecimento dos ruidos cardiacos. Ausência de sopros.

Exame radiológico do coração e aorta com o intuito de observar as suas dimensões num caso de insuficiência miocardica de sintomatologia vulgar, mostrou em posição frontal, além de coração bastante volumoso a custa sobretudo do ventrículo esquerdo, ainda a situação do hemicírculo aortico à direita e não à esquerda do externo, o que constitui o traço característico da persistência do quarto arco aortico direito. (Fig. I).

Nenhum hemi-circulo aortico aparece à esquerda do externo. A aorta parece dirigir-se no sentido antero-posterior, atrás da cabeça da clavícula direita em «posição direita alta» segundo a expressão de Assmann. Feita a impregnação do esófago com pasta baritada nota-se a depressão determinada pelo arco aortico,

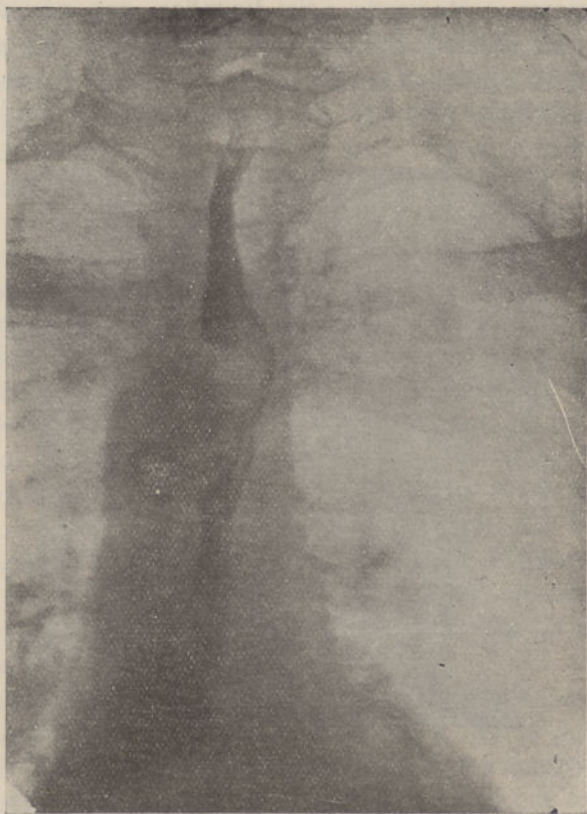


Fig. II

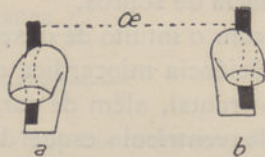


Fig. III (segundo Routier Joly e H. Balzac).

concavidade para a direita (Fig. II) enquanto que em indivíduos normais a cavidade é de sentido oposto como o mostra o esquema de Routier, Joly e H. Balzac. (Fig. III).



Com o esôfago barrado pela substância de contraste fizeram-se radiografias em incidências oblíquas.

Em OAD nota-se a mesma depressão esofágica condicionada pelo arco aortico. Se em posição sagital já se notam o deslocamento para a esquerda e o aperto, tais modificações observam-se agora de maneira mais evidente. (Fig. IV).

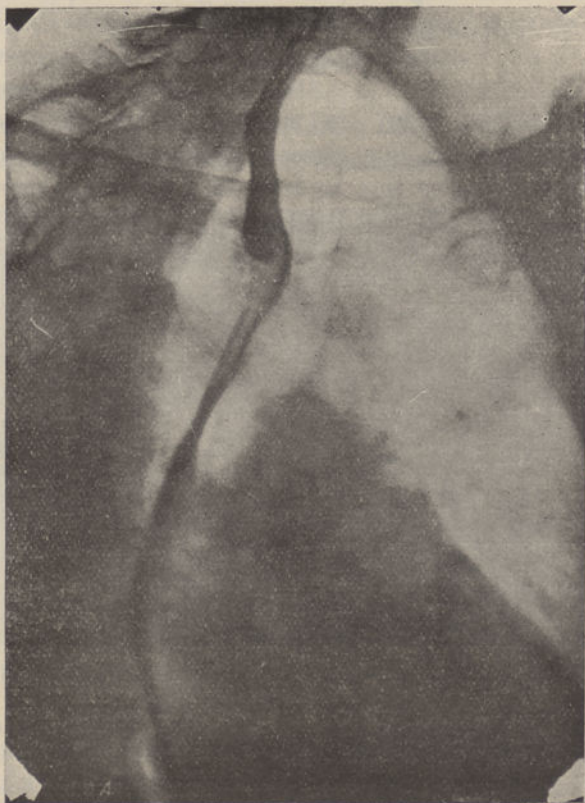


Fig. IV

O seguinte decalque de W. Evans põe melhor em relêvo a depressão esofágica determinada pelo arco aortico em posições sagital e OAD. (Fig. V).

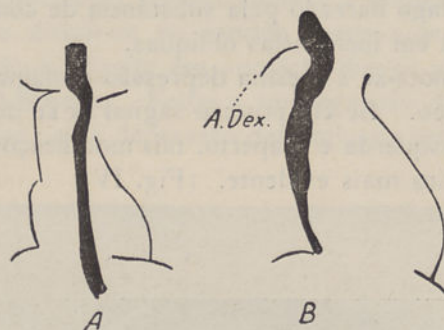


Fig. V (segundo W. Evans)

Nesta posição, além do aperto, observa-se o desvio do esófago da coluna o que parece melhor esclarecer o caminho seguido pela crossa e que se não afastará do que nos é esquematicamente indicado por Biedermann, segundo uma sua moldagem. (Figs. VI e VII).

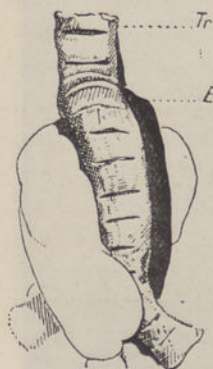
Fig. VI (Posição frontal)  
(segundo Biedermann)

Fig. VII (Posição OAD)

A aorta eleva-se à direita da traqueia, acima do grande bronquio direito, que cavalga. A porção horisontal da aorta desloca o esofago e a traqueia para a esquerda e para diante.

Em OEA que fizemos com e sem substância de contraste embora aqui os films não sejam reproduzidos, observa-se que a aorta ascendente sóbe adiante da traqueia até à região esterno claviclar direita e a descendente nota-se com nitidês adiante da sombra da coluna.



\* \* \*

Mas no coração do nosso doente, que sob conveniente regime se tem equilibrado, há ainda outras alterações:

O ECG revela a existência de bloqueio do ramo direito do feixe de His segundo o estabeleceu Carter e outros autores o confirmam devido a:

- a) — alargamento do grupo RS: no estado normal a distância  $QRS = 0,04 - 0,06$  de segundo; aqui  $0,10$  de segundo.
- b) — vertice chanfrado embora ligeiramente;
- c) — exagero de amplitude (RS);
- d) — oposição de T a RS em DI e DII;
- e) — curva de predomínio ventricular esquerdo. (Fig. VIII).

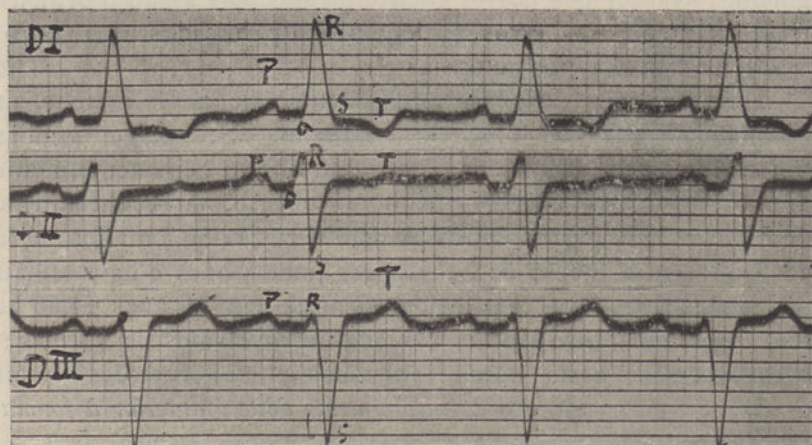


Fig. VIII

Algumas vezes, como elemento acessório e não indispensável, aparece o alongamento do espaço PR <sup>(1)</sup>. Repetido o traçado com o intervalo de 10 meses, êste não sofre a menor alteração, mesmo obtido sob a prova do esforço.

Não é raro que a crossa aórtica em situação direita — onde segundo a sua patogenia se podem distinguir algumas variedades —, venha reunida a outras anomalias cardíacas.

(1) Las maladies organiques du faisceau de His-Tawara, 1931, pág. 437.

Em uma observação de Assmann e Albracht e outra de Mohr havia um defeito sub-aortico do septo ventricular sôbre o qual cavalgava a aorta que tomava a origem dos dois ventrículos (1).

Mardersteig relata tambem um caso com igual anomalia aortica e com defeito do septo ventricular e persistência do buraco de Botal, reconhecidos por autópsia. Em todos êstes casos, porém, havia sopro sistólico, cianose, hiperglobulia, dedos hipocraticos, etc.

Mas as anomalias entrecusam-se; e, para exprimir as dificuldades de diagnóstico, ainda que com o auxílio da radiologia, Assmann diz a proposito das anomalias congenitas do coração e vasos, em geral, que por excassez do número de observações confirmadas por autópsia « não é fácil estabelecer conclusões gerais applicáveis a cada anomalia isolada; se o fizéssemos não conseguiríamos avançar nos nossos conhecimentos pois assim o demonstram os numerosos êrros de diagnóstico publicados e os poucos casos confirmados por autópsia » (2).

Haveria logar de pensar, no doente que apresentamos, na possibilidade de um bloqueio congénito. Schlessiger publica um caso clínico de bloqueio do ramo direito persistente, numa criança de 4 anos e meio. É o único caso, do conhecimento de Mahaim que parece depender com certeza duma malformação congénita. Mas o caso de Schlessiger tinha 4 anos e havia sinais de comunicação interventricular; o nosso tem 66 anos e não há tais sinais; por outro lado os estudos desenvolvidos de Moenckeburg assentam nesta noção: em todas as malformações septais o feixe é conservado e o *desenvolvimento dêste é anterior à formação dos septos*.

Acresce que em todas as observações conhecidas de Mahaim, até 1931, de lesão do ramo direito do feixe de His em uma só (Agostoni) é que não resultou de alterações arteriolares no território da interventricular anterior e mais directamente dependentes do *ramus limbi dextri de Gross*.

E se em 1935, (3) depois de mais extensa e amadurecida

(1) Assmann. *Diagnóstico roentgenologico de las enfermedades externas*, 1936, pág. 113.

(2) *Ibidem*, pág. 115.

(3) Nouvelles recherches sur les lesions du faisceau de His-Tawara *An. de Medecine*, 1935, vol. XXXVIII, pág. 185.



observação, torna extensiva a causa de bloqueio do ramo direito a possível endocardite septal, de origem mitral, capaz de atravessar o septo de lado a lado, nem por isso deixa de atribuir a maior responsabilidade a alterações coronarianas.

A malformação dos septos cardíacos não interferem, pois, na situação do feixe ou na sua integridade anatómica. Parece pois dever-se explicar aqui o bloqueio por alterações coronarianas e não por malformações septais pois quando as haja e com bloqueio, deverão para isso invocar-se lesões histológicas fortuitas, suplementares.

### RÉSUMÉ

Les AA rapportent une observation d'aorte en situation droite (*situs inversus, arcus aortae*). La radiologie montre la situation droite de l'aorte et l'inversion des rapports aorto-traqueo-aesophagiques chez le malade dont la symptomatologie était d'insuffisance cardiaque vulgaire, et ne donnant lieu à aucun symptôme particulier.

Les lésions cardiaques dont il est porteur montrent em ECG avec tous les signes de bloc de branche droite du faisceau His-Tawara.

## BIBLIOGRAFIA

O artigo de Routier, Joly e H. de Balzac em *An de Med*, Março 1937 reproduz uma larga bibliografia sôbre o assunto. Descobre-se o louvável intuito de citar todos os casos publicados. É omissa, como é natural; os dois casos portugueses de Hernani Monteiro, publicados em 1929, em *Arquivo de Anatomia e Antropologia*, vol. XIII, pág. 245, não figuram na lista bem como os seguintes que êste autor cita, todos conhecidos por autópsia, alguns com outras anomalias vasculares:

GARNIER e VILLEMIN — Sur une anomalie très rare des gros vaisseaux de la base de coeur chez un factus humain — *Bibliographie Anatomique*, t. XIX, 1909, pág. 286.

ANGEL — *Bibliographie Anatomique*, 1900, pág. 17.

BLACKHALL-MORISON — Case of cardiac malformation (*C. R. de l'Ass. des Anatomistes*, 1927, pág. 27.

Idem — Cardiac malformation with vascular anomalies *Jorn. of Anatomy*, vol. LXII, pág. 227.

HURLEY e COATES — A case sight-sided aortic arch and persistent left superior vena cava *Jorn. of Anatomy*, vol. XLI, pág. 333.

RICHE — Anomalie de la crosse de l'aorte *Bull. de Mem. de la Soc. Anat. de Paris*, 1897, pág. 221.

ROUTIER e H. DE BALZAC em *Arch. Mal. du Coeur*, Julho de 1937, acrescentam além do seu novo caso, outro de

BEDFORD D. E. e PARKINSON J. — Right sided aortic arch. *Brit. J. Radiol.*, vol. 9, 1936, pág. 776. (n.º 108 Dez.).



SERVIÇOS DE TERAPÊUTICA MÉDICA CLÍNICA  
E MOLÉSTIAS INFECCIOSAS

*Director : Prof. João Porto*

---

A PROVA DAS CONCENTRAÇÕES GALACTOSÚRICAS  
NA TUBERCULOSE PULMONAR

POR

SERRA PRATAS

(COM A COLABORAÇÃO TÉCNICA DE LUIZ PAIVA)

Tendo sido convidado pelo Sr. Prof. Dr. João Porto a fazer um estudo sôbre a prova da galactosúria provocada, para início do nosso trabalho resolvemos verificar, — apesar de já existirem alguns trabalhos escritos sôbre o assunto, — o modo como se comportava o fígado explorado pela prova das concentrações galactosúricas nos tuberculosos pulmonares internados na Clínica de Moléstias Infecciosas.

Conhece-se a extrema freqüência com que se encontram lesões hepáticas na autópsia dos tuberculosos. Destas lesões, umas, em geral pouco extensas, são constituídas por processos específicos, foliculares; as outras, mais importantes, predominam, sendo constituídas por processos degenerativos — parenquimatosos, — cirróticos — intersticiais — e muito raramente hiperplásicos, mais ou menos associados entre si, revestindo uma morfologia extremamente variada. A maior parte das lesões hepáticas que sobrevêm nos tuberculosos são hepatites congestivas, hepatites degenerativas e lesões cirróticas. Destas, a hepatite gorda, é extremamente freqüente encontrar-se na autópsia dos tuberculosos.

Ora se é certo existirem conhecimentos tão desenvolvidos sôbre a anatomo-patologia da tuberculose hepática, a qual tem verificado a existência quási constante de lesões na autópsia dos bacilosos pulmonares, a clínica é, quási sempre, incapaz de nos revelar essas lesões, facto que não nos pode surpreender se atendermos a que, no meio do quadro alarmante da toxi-infecção bacilar, as lesões pulmonares conquistam o primeiro plano e a insuficiência hepática passa desapercibida no conjunto da sintomatologia geral apresentada pelo doente.

As perturbações digestivas, cutâneas, circulatórias e nervosas que constituem os clássicos sinais da pequena insuficiência hepática descritos por Glenard, nenhum valor nos podem merecer, pois que num tuberculoso todos êles podem traduzir sintomas de origem absolutamente diferente. A hepatomegalia é geralmente um sintoma do período terminal da doença; e a icterícia, extremamente rara, é, por via de regra, um sinal preagónico revelando uma rápida degenerescência do parênquima hepático.

Sendo a tuberculose uma doença cuja terapêutica está intimamente ligada às condições higieno — dietéticas do doente, facilmente se compreende a necessidade dum funcionamento, o mais perfeito possível do fígado, para assegurar um bom estado de nutrição. Êste órgão, além de ser, por excelência, o centro dos metabolismos alimentares, tem um papel primordial na fixação, destruição, neutralisação e eliminação de inúmeras substâncias tóxicas, sendo esta acção de defesa considerável na luta travada entre o organismo, dum lado, as toxinas bacilares e o B. K., do outro, como o demonstraram Fiessinger e Brcdin, baseando-se em provas anatomo-clínicas, biológicas e experimentais, verificando a baixa de resistência que sofre o organismo quando o fígado adocece, manifestando-se esta decadência pela diminuição ou negatificação da cuti-reacção à tuberculina (anergia hepática). Se a insuficiência primitiva do fígado pode, por êste motivo, precipitar a tuberculose, assim também esta, lesando aquele órgão, deve certamente agravar a evolução da lesão pulmonar.

Demonstrada, como está, a extrema frequência das lesões do fígado na autópsia dos tuberculosos, interessante seria verificar se, na verdade, as lesões hepáticas são sistematicamente constantes em todos os tuberculosos pulmonares ou se estas graves lesões, encontradas na autópsia, não serão antes resultado das descargas toxi-bacilares massiças operadas no período terminal da doença. Eis as razões porque numerosos autores têm recorrido à exploração funcional do órgão, não só para verificarem a frequência destas lesões, como também para avaliarem da possível relação existente entre o estado evolutivo da doença e o grau da insuficiência hepática.

Aubertin, Leuret e Aubertin, pelas explorações funcionais a que procederam, admitem que a insuficiência hepática persistente se encontra na tuberculose evolutiva grave, principalmente nas



# AUROTHERAPIA DA TUBERCULOSE

por via intravenosa

# CRISALBINE

TIOSULFATO DUPLO DE OURO E DE SODIO  
(titulando 37% de ouro metal)

AMPOLAS DOSEADAS A :

0 GR. 05 • 0 GR. 10 • 0 GR. 15

0 GR. 20 • 0 GR. 25 • 0 GR. 50

DE PRODUTO PURO CRISTALISADO

por via intramuscular  
ou sub-cutanea

# MYOCHRYSINE

AUROTOMALATO DE SODIO

(titulando 50% de ouro metal)

SOLUÇÕES AQUOSAS - SUSPENSÕES OLEOSAS

PARA CADA APRESENTAÇÃO :

AMPOLAS DOSEADAS A : 0 GR. 01 • 0 GR. 05

0 GR. 10 • 0 GR. 20 • 0 GR. 30 • 0 GR. 50

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIAL

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON, PARIS

O emprêgo da **Antiphlogistine** é com freqüência seguido de resultados brilhantes, no tratamento de

**Abcessos**

**Queimaduras**

**Ulceras Crônicas da Perna**

**Ulceras Associadas com Varizes**

e, certamente, em qualquer superfície minada.

**Antiphlogistine** é um emplastro antiséptico e possui acção bacteriostática sôbre os germes piogénicos comuns. Ela possui qualidades nutrientes e salutíferas que favorecem a granulação saudável e a regeneração do epitélio, deixando uma escara flexível e sem dôr, ou mesmo, ausência completa de cicatriz no tecido.



O seu emprêgo é quasi indolor, e a sua remoção não é difícil. A sua mudança pode ser feita diariamente, ou pode o emplastro permanecer no local por um período maior, sem o perigo de irritação.

**Amostra sob pedido**

# Antiphlogistine

**THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY**

**165 Varick Street — NOVA YORK**

**ROBINSON, BARDSLEY & Co.,**

**8, Caes do Sodré — LISBOA**



formas cavitárias (Fiessinger e Brodin, Aubertin, Paviot e Crozat), ulcero-caseosas, sendo geralmente de prognóstico fatal; que a insuficiência hepática transitória aparece principalmente em certas «poussées» evolutivas podendo precipitar a afecção pulmonar e que, finalmente, existem doentes que, durante um longo prazo de exame, nunca manifestaram insuficiência hepática: são doentes em fase não evolutiva, com tuberculose estacionária ou de tendência latente, apresentando lesões discretas ou, quando extensas, tórpidas, apiréticas ou fracamente febris, do tipo produtivo ou fibroso.

Thiébaut e Dierick verificaram concentrações galactosúricas elevadas em doentes com tuberculose pulmonar bilateral grave, alguns dos quais morreram pouco tempo depois da prova, tendo a autópsia revelado uma degenerescência gorda do fígado. Os autores pensam que a prova das concentrações galactosúricas seja o método mais prático de investigar a hepatite gorda dos bacilares.

Warneck, pela prova da injeção de bilirubina verifica a insuficiência hepática em varios tuberculosos em grave estado; Barbera, encontra sinais de insuficiência hepática em tuberculosos com menos de um ano de evolução; Raimondi e Amato verificaram, entre vários tuberculosos, alterações de algumas ou de tôdas as funções hepáticas; Alzona, estuda a prova da amino-acidemia provocada, encontrando-a positiva nas fórmias graves, cavitárias, muito tóxicas, com febre permanente; e Olivier, Sliosberg e Desnos, estudando a prova das concentrações galactosúricas em vários tuberculosos, verificaram 77 % de resultados patológicos nas fórmias extensas e evolutivas e apenas 49 % de provas patológicas nas formas pouco evolutivas, em doentes com bom estado geral.

\* \* \*

A prova da galactosúria provocada tem sido arduamente defendida por muitos autores; mas, enquanto que, a princípio e segundo o critério alemão, se atendia apenas à quantidade total de galactose eliminada, uma vez posto em evidência o papel do fígado no metabolismo da água (Gilbert, Lereboulet e Vilaret), os autores franceses (Fiessinger, Dierick, Thiébaud, Albot...) entraram em linha de conta com êste importante factor na prova,

substituindo o critério quantitativo pela determinação das concentrações urinárias da galactose. Dêste modo pretende-se estudar conjuntamente duas funções do fígado (função hidrocarbonada e aquosa), verificando os autores da prova que o diagnóstico e prognóstico da hepatite concordam com as concentrações urinárias e não com as quantidades de galactose eliminadas.

Para muitos autores o descrédito, tecido à volta dêste meio de exploração hepática, resultou da variabilidade dos valores adoptados para exprimir a taxa normal de açúcar eliminado e de se desprezar o ritmo aquoso, o qual, nas hepatites, sofre perturbações reveláveis pela oligúria e opsiúria.

Após a ingestão de 40 gramas de galactose, Bauer indicava, como taxa normal de eliminação, quantidades de galactose variando de 0 a 3 gramas. De 2 a 3 gramas havia suspeita e acima de 3 gramas lesão certa do fígado. Mas as divergências apareceram e Wagner e Chelong colocaram o limite de eliminação normal em 1 grama; Reiss e Jehn, Hatziegam e Steiger, em 2 gramas; Worner e Reiss entre 2 e 3 gramas; Banks, Sprague e Snell, Shay e Rodis, em 3 gramas e Jacoby não ligou importância à eliminação total da galactose, mas simplesmente à duração da excreção do açúcar.

As razões que levaram os partidários desta prova a utilizar êste açúcar para explorar a função hidrocarbonada do fígado, baseiam-se no facto de se considerarem os factores extra-hepáticos mais importantes que intervêm normalmente no metabolismo dos outros monossacaridos (factor tissular, pancreático...), como não intervindo sensivelmente no metabolismo da galactose, o que leva a supor êste como função específica da célula hepática. A estase gástrica (Banks, Sprague e Snell) e as lesões intestinais (Minc) susceptíveis de perturbar a absorpção da galactose, são factores praticamente desprezíveis, segundo pensa Thiébaud, tendo verificado êste autor que a ingestão de galactose por tubagem duodenal não altera sensivelmente os resultados da prova. A galactose não tem umbral renal; fazendo uma travessia intestinal, hepática, tissular e renal com mais facilidade do que a glicose e levulose,— como o demonstra a prova anfogira dos açúcares realizada por Fiessinger e Dierick,— passa com facilidade na urina, não estando sujeita às variações que lhe possa opôr o limiar do rim. Contudo, é preciso tomar sempre na devida conta o estado de permeabili-



dade renal pois que, dado o caso de estar diminuída, pode fazer baixar a eliminação de galactose e a concentração desta na urina (Fiessinger, Dierick, Thiébaud, Minc...) podendo ser também uma causa da eliminação lenta, prolongada. Nos doentes renais, albuminúricos, a prova deve ser, pois, interpretada com reserva.

O factor tissular que intervém no metabolismo da glicose tem uma acção mínima no metabolismo da galactose, se tomarmos em consideração as conclusões que podem deduzir-se das experiências de Foster, Schrupf, Fiessinger e Dierick realizando a prova arterio-venosa, — embora contestada por Labbé e Nepveux que dizem nunca ter podido reproduzir as curvas da galactosémia capilar e venosa de Foster, — Althausen e Brulé, Hughes e Schriwastava, estudando a glicémia na atrofia muscular e Lacqner e Meyer (experiências sobre o acidolactogenia muscular).

A prova das concentrações galactosúricas tem por fim, como atrás dissemos, avaliar conjuntamente duas funções hepáticas: função hidrocarbonada e função aquosa (metabolismo galacto-aquoso).

Como disse Fiessinger «a hepatite faz sair galactose sem fazer sair água». Contudo aquelas duas funções para Thiébaud, Chiray, Albot e Deparis, assim como para Bauer e Wozasek, não caminham paralelamente, não são absolutamente síncronas. A função aquosa parece, em geral, ser mais precocemente atingida do que a função hidrocarbonada, restabelecendo-se também, geralmente, mais cedo do que a segunda, sendo esta a razão porque, no período de melhoria de certas hepatites, as eliminações de galactose são ainda elevadas apesar das baixas concentrações urinárias que nos atestam uma evolução favorável. Certas hepatites podem perturbar a eliminação aquosa sem alterar sensivelmente a função hidrocarbonada. Estas dissociações podem recair umas vezes sobre a função aquosa, outras, sobre a função hidrocarbonada, de modo que, utilizando a prova das concentrações, podemos despistar estas dissociações funcionais. Nós próprios temos já tido ocasião de verificar essa assinergia funcional, quer verificando perturbações predominantes do metabolismo hidrocarbonado, factos observados no período de declínio de certas hepatites agudas (icterícias catarrais), quer perturbações do metabolismo aquoso com eliminações muito baixas de galactose (obs. 5).

Chiray, Albot e Deparis, num trabalho recente, consideram a prova das concentrações galactosúricas como merecedora de pos-

suir um valor igual, e talvez até superior, aos outros métodos de exploração funcional do fígado. Blanco Soler, Villalobos e Mataix pensam também que a prova da galactosúria provocada é um dos melhores métodos utilizados para fazer o diagnóstico da insuficiência hepática. Coste e Bolgert observaram nas icterícias catarrais e cirroses uma concordância excelente entre a clínica e as concentrações galactosúricas. Paschkis, citado por Du Bois, indica também a vantagem da prova da galactosúria como meio de investigar as perturbações funcionais do fígado.

René Picard e Paul Pérrin encontraram concentrações galactosúricas elevadas nas peritonites bacilares e pleurites da mesma natureza, sendo esta prova, na maior parte das vezes, o único processo susceptível de revelar a insuficiência hepática, pois a Rosa Bengala, von den Bergh, coeficiente de Maillard e o índice biliar plasmático apresentavam valores normais, paranormais e mais raramente patológicos, admitindo os autores a possibilidade de ser a insuficiência hepática que, criando um estado de anergia, facilite a invasão das serosas pelo B. K. (anergia hepática).

Recentemente Fiessinger encontrou taxas baixas de Rosa Bengala, inferiores a 3, em casos de hepatites gordas de tuberculosos cavitários.

A prova da galactosúria como método de exploração funcional do fígado na tuberculose deve ter vantagens sobre os outros meios de exploração funcional, porquanto na hepatite degenerativa dos tuberculosos avançados, quando o fígado se encontra gravemente lesado, lesões confirmadas histologicamente, obtêm-se galactosúrias elevadas com colémias normais e Rosa Bengala também normais, apesar das alterações graves do fígado.

Thiébaut (tése de Paris) considera a prova das concentrações galactosúricas como o método mais sensível e mais prático de investigar a insuficiência hepática. Segundo este autor, enquanto que o metabolismo azotado, apreciado pelo índice de clivagem, se encontra apenas perturbado nas hepatites duma certa gravidade, o metabolismo hidrocarbonado parece encontrar-se precocemente atingido em tôdas as hepatites.

Usando das palavras de Fiessinger, Thiébaut e Dierick, podemos dizer que todas as vezes que se verifica uma perturbação evidente do metabolismo azotado (apreciado pelo índice de clivagem e relação azotémica) igualmente o metabolismo hidrocarbo-



nado, apreciado pela prova das concentrações galactosúricas, se encontra perturbado. Pode, pelo contrário, observar-se uma insuficiência pigmentar e uma insuficiência hidrocarbonada sem elevação do índice de clivagem, isto é, a função hidrocarbonada parece ser a mais sensível, a mais precocemente atingida.

Fiessinger, Thiébaud e Albot, estudando a prova das concentrações galactosúricas nas hepatites litíasicas, colecistites, doença de Hanot, icterícias toxi-infecciosas e hepatites experimentais das cobaias, verificaram uma estreita relação entre a função galactopéxica, as lesões histológicas e a evolução mórbida, concluindo que a ausência de perturbação galactopéxica indica geralmente ausência de hepatite difusa e que toda a hepatite difusa determina perturbações da função hidrocarbonada reveláveis pela prova da galactosúria.

\* \* \*

Na prova das concentrações galactosúricas seguimos a técnica aconselhada por Fiessinger, Thiébaud e Dierick, a qual consiste no seguinte:

O doente fica em jejum desde a meia noite. Às 8 horas menos um quarto urina e às 8 horas toma 40 gramas de galactose (1) dissolvida em 200 cc. de água tépida, abstendo-se de toda a alimentação até ao meio dia e ficando para a tarde em dieta láctea (um litro e meio de leite) ou lacto-vegetariana (2) ou tomando as suas refeições habituais. No primeiro caso verificámos que rarissimamente as 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> amostras continham corpos reductores mesmo nos doentes com concentrações patológicas nas primeiras amostras; pelo contrário, tomando os doentes as suas refeições habituais para a tarde, verificámos bastantes vezes pequenas eliminações arrastadas ou somente vestígios de redução do licor de Fehling na 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> amostras. Por êste motivo, autores como Fiessinger, no caso dos doentes não poderem ser explorados a dieta láctea ou lacto-vegetariana, aconselham a não serem consideradas senão as duas primeiras amostras e a desprezar as últimas.

(1) Utilizamos a galactose Schering.

(2) Procedendo dêste modo colocamo-nos ao abrigo do êrro motivado pelos corpos reductores que se encontram na urina dos individuos que tomam as suas refeições habituais (ácido glicurónico, ácido úrico, creatinina...).

Uma grande parte das nossas provas foram feitas nos doentes com dieta láctea para a tarde; mas, por motivos que facilmente se compreendem, atendendo à natureza dos doentes, fomos levados a modificar a técnica nos restantes, — a maioria, — permitindo-lhes as suas refeições habituais depois do meio-dia.

As urinas foram colhidas em quatro urinois, os quais receberam respectivamente a diurése das 8<sup>h</sup> às 10<sup>h</sup> (1.<sup>a</sup> amostra), das 10<sup>h</sup> às 12<sup>h</sup> (2.<sup>a</sup> amostra), das 12<sup>h</sup> às 18<sup>h</sup> (3.<sup>a</sup> amostra) e das 18<sup>h</sup> às 8<sup>h</sup> do dia seguinte (4.<sup>a</sup> amostra). A galactose foi doseada pelo licôr de Fehling, após defecação com reagente de Courtonne.

Normalmente, apenas a primeira ou as duas primeiras amostras correspondentes às urinas das 10<sup>h</sup> e 12<sup>h</sup>, contêm galactose. As concentrações galactosúricas em cada uma delas não devem ser superiores a 6 ‰ e 1,5 ‰, respectivamente, e as correspondentes eliminações de galactose devem ser inferiores a 0,90 gr. (Fiessinger). Além das concentrações e eliminações parciais devemos atender também à concentração média global na urina de 24<sup>h</sup>, a qual normalmente não deve ser superior a 1,50 gr. ‰ (Benda e Salmona) (1). Quanto à eliminação global nas 24<sup>h</sup>, Minc considera como limite 1,50 gr. e, recentemente, Fiessinger, 1,20 gr., limites que devemos admitir com muitas reservas, bem entendido.

Finalmente, na interpretação dos resultados, devemos tomar em conta as palavras de Fiessinger, Walter e Thiébaud: «Pour conserver à la galactosurie toute sa signification, il importe de ne pas tenir compte des variations minimales qui rentrent dans les possibilités physiologiques. Seules les variations de concentration, nettes, importantes et dûment contrôlées doivent être prises en considération».

Nas hepatites agudas obtêm-se concentrações muito elevadas de galactose na primeira ou nas duas primeiras amostras com descida brusca de concentração nas seguintes.

Nas hepatites crónicas obtêm-se concentrações iniciais muito mais baixas, as quais descem lentamente nas amostras seguintes

---

(1) Embora Olivier, Sliosberg e Desnos, utilizando esta mesma técnica em doentes igualmente tuberculosos, só considerem patológicas as concentrações globais superiores a 2,5 ‰ e as concentrações da 1.<sup>a</sup> amostra superiores a 10 ‰.



(eliminações prolongadas em degraus). Se numa hepatite crónica se desenvolve um processo agudo, observa-se uma concentração elevada na primeira amostra, traduzindo a hepatite aguda, e concentrações prolongadas em degraus, traduzindo a hepatite crónica. Finalmente nas ictericias por obstrução (cálculos, cancro, etc.) obtêm-se de início concentrações normais. Aqui a galactosúria pode servir para fazer o diagnóstico diferencial entre icterícia por obstrução e icterícia por hepatite. Mas passado certo tempo, a estase biliar, lesando a célula hepática, determinará o aparecimento da insuficiência hepática e a prova tornar-se-á positiva. Nas colecistites o prognóstico depende também em grande parte do modo como se comporta a prova; a colecistite complicada de hepatite dará concentrações patológicas.

\* \* \*

No presente trabalho praticámos a prova das concentrações galactosúricas em 28 doentes atingidos de tuberculose pulmonar os quais foram escolhidos ao acaso na Clínica de Molestias Infecciosas.

Em muitos destes doentes as provas foram repetidas passado certo tempo (um a dois meses). Dêste modo em alguns doentes conseguimos pôr em evidência uma perturbação do metabolismo galacto-hídrico que, num primeiro exame, não se havia manifestado.

Dos doentes examinados apresentamos alguns daqueles em que as provas galactosúricas foram francamente patológicas:

Obs. 1 — Júlio S..., de 48 anos. Doença iniciada há 18 anos. Estado geral, regular. Apirético desde há alguns meses. Baciloscopia negativa. Tuberculose estacionária, fibrosa, bilateral, interessando todo o pulmão direito, o lobo superior e a região para-hilar esquerda, fechada, sem cavernas.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	127 cc	19,60 ‰	2,49gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	85 cc	2,56 ‰	0,22
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	170 cc	—	—
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	280 cc	—	—
Total . . . . .	662 cc	4,09 ‰	2,71gr.

Obs. 2 — Joaquim F . . . , de 50 anos. Tuberculose de evolução tórpida desde há 8 anos, ulcero-fibrosa, bilateral, interessando os dois lobos superiores do pulmão direito e todo o pulmão esquerdo, aberta, com cavernas no vértice esquerdo.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	94 cc	17,25 ‰	1,62gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	66 cc	17,25 ‰	1,14
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	295 cc	2,10 ‰	0,62
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	655 cc	—	—
Total . . .	1.110 cc	3,05 ‰	3,38gr.

Obs. 3 — Inácio V . . . , de 20 anos. Tuberculose evolutiva do lobo superior direito, exudativa, aberta, sem cavernas, iniciada há 6 meses com febre elevada.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	200 cc	18,53 ‰	3,71gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	180 cc	2,74 ‰	0,49
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	310 cc	—	—
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	590 cc	—	—
Total . . .	1.280 cc	3,28 ‰	4,20gr.

Obs. 4 — António S . . . , de 22 anos. Tuberculose evolutiva, exudativa (ulcero-caseosa), bilateral, interessando totalmente os dois pulmões, com densas e extensas lesões pleurais à esquerda, aberta, com uma caverna ao nível da região axilar direita.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	50 cc	33,35 ‰	1,67gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	210 cc	2,50 ‰	0,53
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	240 cc	2,00 ‰	0,48
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	860 cc	—	—
Total . . .	1.360 cc	1,97 ‰	2,68gr.



Obs. 5 — Francisco C..., de 21 anos. Tuberculose francamente evolutiva, exudativo, bilateral, aberta, sem cavernas. Muito mau estado geral. Prognóstico desfavorável.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	46 cc	9,79 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,45gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	36 cc	10,99 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,40
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	100 cc	—	—
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	180 cc	—	—
Total . . .	362 cc	2,35 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,85gr.

Obs. 6 — Raquel M... Tuberculose muito evolutiva, exudativa (ulcero-caseosa), bilateral, com febre ética a 40°, interessando todos os lobos pulmonares, com uma caverna na base direita, aberta.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	75 cc	26,19 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,96gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	45 cc	6,50 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,29
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	125 cc	—	—
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	75 cc	—	—
Total . . .	320 cc	7,03 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	2,25gr.

Obs. 7 — Belmira C... Tuberculose pouco evolutiva, do tipo exudativo interessando os dois lobos superiores direitos e discretamente o lobo superior esquerdo, com uma caverna na região infra-clavicular direita, aberta.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	150 cc	10,99 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,65gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	200 cc	—	vestígios
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	160 cc	—	—
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	420 cc	—	—
Total . . .	930 cc	1,77 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,65gr.

Obs. 8 — José M... Tuberculose evolutiva, exudativa (ulcero-caseosa), bilateral, interessando os dois lobos superiores direitos e todo o pulmão esquerdo, com escavações volumosas no lobo superior direito, aberta. Febre ética 39°. Prognóstico francamente desfavorável. Morte 9 semanas após a prova.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	125 cc	14,46 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,81gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	não	urinou	—
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	295 cc	2,89 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,85
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	460 cc	—	—
Total . . . . .	880 cc	3,02 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	2,66gr.

Obs. 9 — João L... Tuberculose evolutiva produtiva, bilateral, aberta, sem cavernas, interessando os dois lobos superiores direitos e o lobo superior esquerdo. Mau estado geral.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	68 cc	15,70 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,07gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	66 cc	19,58 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,29
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	100 cc	1,56 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,16
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	230 cc	1,45 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,33
Total . . . . .	464 cc	6,14 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	2,85gr.

Obs. 10 — António R... Tuberculose evolutiva, fibro-caseosa, bilateral, interessando discretamente o pulmão direito e todo o pulmão esquerdo, onde existem extensas lesões pleurais, aberta, sem cavernas.

1. <sup>a</sup> amostra . . . . .	56 cc	20,00 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	1,12gr.
2. <sup>a</sup> amostra . . . . .	27 cc	3,00 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,08
3. <sup>a</sup> amostra . . . . .	275 cc	2,00 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,55
4. <sup>a</sup> amostra . . . . .	275 cc	1,80 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	0,50
Total . . . . .	633 cc	3,55 <sup>0</sup> / <sub>100</sub>	2,25gr.



Como se vê, o tipo das concentrações galactosúricas na tuberculose pulmonar caracteriza-se, em geral, por taxas de concentração elevadas na primeira amostra (mais raramente nas duas primeiras amostras) as quais descem bruscamente na amostra seguinte, podendo existir, nalguns casos, eliminações arrastadas nas duas últimas amostras, factos estes que dependem em grande parte do doente tomar as suas refeições habituais para a tarde.

Em certos casos pode somente encontrar-se uma concentração elevada na primeira amostra, sem eliminações nas seguintes ou, quando muito, vestígios de redução na segunda amostra (obs. 7).

Estes tipos de concentrações aproximam-se mais dos tipos vulgares das hepatites agudas (icterícias catarrais) do que do tipo da hepatite crónica (eliminações prolongadas em degraus).

As eliminações globais de galactose são, por vezes, muito baixas, recaindo nêstes casos a perturbação somente sobre a função hídrica (assinergia funcional). Esta dissociação entre as duas funções, — hídrica e galactopéxica, — é bem evidente num dos nossos doentes que eliminava 0,77 gr. de galactose, apresentando 14 ‰ de concentração na 1.<sup>a</sup> amostra, 2,26 ‰ de concentração média global e eliminando 341 cc de urina, contraste flagrante com uma doente também tuberculosa que, no período de declínio duma icterícia catarral, eliminava 6,04 gr. de galactose com concentrações urinárias quasi normais, em virtude da poliúria existente.

Os 28 casos observados eram constituídos por tuberculosos assim distribuídos :

Lesões bilaterais francamente evolutivas: 16 casos dos quais 13 com provas patológicas.

Lesões francamente evolutivas, unilaterais: 2 casos, ambos com concentrações patológicas.

Lesões pouco evolutivas: 4 casos dos quais 3 com provas patológicas.

Lesões estacionárias e de tendência latente: 6 casos dos quais 2 com concentrações patológicas.

A prova das concentrações galactosúricas revelou-se patológica em 20 dos 28 doentes observados (71,4 ‰) se bem que a maior parte dêles apresentavam lesões evolutivas e extensas, formas que, infelizmente, abundam nos nossos Serviços.

As concentrações parciais das primeiras amostras nestes 20

doentes variaram entre 8,10 ‰, a mais baixa, e 33,35 ‰, a mais elevada, sendo em 16 casos superiores a 10 ‰. As concentrações médias globais ficaram compreendidas entre 1,17 ‰ e 7,03 ‰, sendo em 9 casos superiores a 3 ‰. As eliminações globais variaram de 0,77 gr. a 4,20 gr., não incluindo neste número um caso de icterícia catarral em declínio, sobrevivida numa doente tuberculosa, que acusava uma forte eliminação de 6,04 gr.

Em muitos dos nossos doentes as provas foram repetidas passado certo tempo tendo nós verificado que aquelas que anteriormente eram positivas persistiam positivas nos exames ulteriores, exceptuando uma prova positiva que se revelou numa doente estacionária a qual apresentou durante um certo período uma «poussée» febril relacionada com uma diarreia, tendo as concentrações voltado ao normal após o desaparecimento da febre e das perturbações digestivas.

As provas repetidas no mesmo doente assemelharam-se frequentemente às anteriores quer nas eliminações, quer nas concentrações.

Assim o doente da obs. 5 que apresentava 14 ‰ de concentração na 1.<sup>a</sup> amostra, 2,26 ‰ de concentração média global, 0,77 gr. de eliminação global e 341 cc de diurése, apresentava 2 meses depois os valores que transcrevemos atrás, sensivelmente iguais, como se vê.

Factos idênticos sucederam com outros doentes.

Nas formas francamente evolutivas (unilaterais e bilaterais), constituídas por 18 doentes, a prova foi positiva em 15 (83,3 ‰ de provas patológicas).

Nas formas pouco evolutivas, estacionárias e de tendência latente, constituídas por 10 doentes, a prova foi positiva em 5, isto é, 50 ‰ de provas patológicas.

Não são somente as formas graves, extensas ou datando de há longos anos que se acompanham de concentrações galactosúricas anormais. Lesões unilaterais (2 observações), recentes (datando respectivamente de 4 meses e 6 meses), não ultrapassando uma delas o lobo superior direito (obs. 3), evolutivas, podem acompanhar-se já neste período inicial, como nos dois casos presentes, de concentrações galactosúricas elevadas.

Não há relação precisa entre a gravidade das lesões e o valor das concentrações. Uma forma bilateral extensa, exudativa e



evolutiva, muito grave, pode dar concentrações anormais relativamente pouco elevadas, enquanto que uma forma fibrosa estacionária (obs. 1) ou uma forma recente, susceptível de ser colapsada com êxito, como a da obs. 3, podem dar concentrações mais altas.

Estamos convencidos, em face dos resultados obtidos, concordantes com a demonstrada freqüência das lesões do fígado nos tuberculosos, de que a prova das concentrações galactosúricas nos revela as perturbações funcionais do fígado na tuberculose pulmonar, quer nos períodos iniciais, quer nos períodos mais ou menos avançados da sua evolução, e que, como tal, esta prova nos parece digna de ser considerada em hepatologia corrente, como meio de investigar, em geral, a insuficiência hepática.

## BIBLIOGRAFIA

- AUBERTIN — Le foie et la tuberculose — Tèse de Bordéus, 1921-22.
- BRULÉ ET ALTHAUSEN — Recherche de l'insuffisance hépatique par différentes épreuves basées sur le métabolisme des hydrates de carbone — C. R. Soc. de Biologie, 1931 — 18 de Julho, T. CVII, pág. 1431.
- BRULÉ ET ALTHAUSEN — Valeur comparée des épreuves au glucose et au galactose dans l'étude de l'insuffisance hépatique — C. R. Soc. de Biologie, 1931 — 18 de Julho, T. CVII, pág. 1434.
- BRULÉ ET ALTHAUSEN — Exploration fonctionnelle du foie par divers procédés d'épreuve de la fonction glyco-régulatrice — Presse Médicale — 30 de Janeiro de 1932.
- BANKS, SPRAGUE ET SNELL — Valor clinico da prova da galactosúria — Maladies du foie, 1933 — pág. 447, extraído de The journal of the American Medical Association.
- BENDA ET SALMONA — Renseignements pratiques fournis par l'épreuve de la galactosurie provoquée chez les tuberculeux pulmonaires soumis à la crysothérapie — Soc. Méd. des Hop. de Paris, — 1936 — pág. 945.
- CHIRAY, ALBOT ET DEPARIS — La valeur des concentrations galactosuriques provoquées dans la pratique gastro-enterologique courante — Annales de Médecine, 1936, n.º 1, Junho — XC.
- COSTE ET BOLGERT — Sur l'épreuve du galactose — Soc. Med. des Hop. de Paris — 1933 — pág. 447.
- DIERICK ET THIÉBAUT — L'hépatite graisseuse tuberculeux décelé par la galactosurie provoquée — Rev. Tub. — n.º 3, pág. 256 — 1932.
- DU BOIS (ALBERT H.) — Physiologie et Physiopathologie du système réticulo-endothélial — Paris — Masson — 1934.
- FIÉSSINGER, WALTER ET THIÉBAUT — L'épreuve au galactose chez le sujet normal — Soc. Med. des Hop. de Paris — 1932 — pág. 693.
- FIÉSSINGER ET BROcq — Encyclopédie Medico-Chirurgicale — Foie.
- FIÉSSINGER, THIÉBAUT ET DIERICK — L'épreuve de la galactosurie dans les ictères — Annales de Medecine — fevereiro de 1932, pág. 219.
- FIÉSSINGER, THIÉBAUT E ALBOT — Rapports entre les troubles de la fonction galactopéxique et les lésions histologiques des hepatites — Annales de Medicine — pág. 297, n.º 3, 1932 — T. XXXI.
- FIÉSSINGER ET DIERICK — L'épreuve sucrée anphogyre — Annales de Médecine — n.º 2, Fevereiro de 1931, pág. 123.
- FIÉSSINGER ET BRODIN — L'anergie hépatique dans la tuberculose — Annales de Médecine — n.º 6, pág. 474, 1922.
- HARRY SHAY ET EUGENE SCHLOSS — Maladies du foie — 1932, pág. 468.
- LEURET ET AUBERTIN — L'insuffisance hépatique des tuberculeux pulmonaires — Revue de la tuberculose — n.º 5, Outubro de 1922.



- LABOUCAIRÉ (JEAN) — De quelques tests usuels de l'insuffisance hépatique — Tèse de Toulouse — 1932.
- MARCEL LABBÉ ET NEPVEUX — L'épreuve de la galactosurie et le diagnostic de l'insuffisance hépatique — Annales de Medecine — 1935 — XXVII — pág. 80.
- OLIVIER, SLOSBERG ET DESNOS — L'épreuve du galactose au cours de la tuberculose pulmonaire — Rev. de la Tub. — 1932, pág. 500.
- RAIMONDI E AMATO — A função hepática na tuberculose pulmonar — Arq. de Tisiol. Buenos Aires, t. 10 — Transcrito na Rev. de la Tub. 1935, n.º 7
- RENÉ PICARD ET PAUL PÉRRIN — Insuffisance hépatique appréciée par l'épreuve de la galactosurie au cours des polysérites bacillaires — Maladies du foie — 1936, pág. 144.
- THIÉBAUT (F.) — L'exploration fonctionnelle du foie dans les ictères — Tèse de Paris — 1931.
- THIÉBAUT ET DIERICK — L'hépatite graisseuse tuberculeuse décelée par la galactosurie provoquée — C. R. de la Soc. Biolog. — 1931 — T. CVIII — pág. 960.
- THEODORO MINC — Contribution à l'étude de l'épreuve de galactosurie provoquée dans les cirrhoses — Tese de 1935.
- VILLARET — L'intervention physiologique et pathologique du foie dans la diurèse — Presse Medecale — n.º 79 de 3 de Outubro de 1934.

## LIVROS & REVISTAS

Les variétés de baciles tuberculeux à colonies lisses et leurs propriétés prémunisantes vis-a-vis d'une infection tuberculeuse expérimentale chez les animaux de laboratoire et le singe, por L. Nègre e J. Bretey, *La Pr. Méd.* n.º 39-1937.

As variedades de bacilos tuberculosos de colónias lisas, artificialmente atenuadas por sementeiras sucessivas em meios de cultura, introduzidas por via sub-cutânea ou intra-venosa no organismo da cobaia, do coelho, ou do macaco, provocam nêstes animais uma infecção benigna cujas manifestações histológicas são transitórias, mas que parece prolongar-se mais tempo pela presença dos bacilos no organismo.

Êstes animais, após essa infecção passageira, passam a apresentar uma manifesta resistência a uma infecção tuberculosa de prova. Essa resistência é particularmente acentuada no macaco depois de 3 injeções intra-venosas respectivamente de 0,01 mgr., 0,1 mgr. e 1 mgr. de bacilos de colónias lisas, feitas com um mês de intervalo umas das outras.

Das observações feitas por um dos AA. juntamente com J. Valtis e A. Bonnefoi resulta que, das duas variedades, lisa e rugosa, dum bacilo avirulento, é a variedade lisa que apresenta, com uma maior riqueza em lipidos, um poder premunisante mais acentuado.

Sabe-se que o B. C. G. se distingue dos bacilos virulentos dos tipos humano e bovino por uma maior riqueza nestas substâncias.

Podemos perguntar-nos se, da mesma forma que o bacilo homogêneo de Arloing, que não é mais que uma variedade lisa de bacilo tuberculoso e foi seleccionado por cultura em profundidade num meio líquido, também para o B. C. G. terá havido selecção no meio biliar duma variedade lisa do bacilo bovino virulento de que Calmette e Guérin partiram; o B. C. G. ter-se-ia depois dissociado em variante rugosa não virulenta.

J. Bordet expôs recentemente a idéa de que os processos de atenuação dos bacilos empregados por Pasteur para preparar vacinas facilitam talvez simplesmente a preponderância dos gérmenes menos virulentos duma cultura. Se esta hipótese se confirmasse para o B. C. G., tôdas as vacinas que teem dado os resultados mais demonstrativos quanto ao seu poder premunisante seriam, na sua origem, variedades de bacilos tuberculosos de colónias lisas, seleccionados por processos diversos.

Mas enquanto que para o B. C. G., talvez por causa do seu contacto



prolongado com a bilis, nós temos hoje a certeza que nenhum regresso à virulência é de temer, o mesmo não acontece com as variedades de bacilos tuberculosos de colónias lisas cujas propriedades exactas, sob este ponto de vista, ainda não são suficientemente conhecidas.

BRITO SUBTIL.

**Toxicité expérimentale comparée de quelques substances antistrepto-cocciques**, por B. N. Halpern e R. L. Mayer, *La Pr. Med.*, n.º 40-1937.

Os AA. com este trabalho tem por fim chamar a atenção para a toxidês diferente de três anti-estreptocócicos químicos: a *sulfamido-crisoidina* (4-sulfamido-2. 4-diaminoazobenzeno), o 1162 F. (p-amino-fenil-sulfamida) e o 46 R. P. ou Septazine (benzil-amino-fenil-sulfamida).

Dêstes três produtos, a sulfamido-crisoidina foi primeiro reconhecida como o agente específico anti-estreptocócico; mas trabalhos ulteriores mostraram que essa propriedade quimioterapêutica era devida ao núcleo p-amino-fenil-sulfamida e assim apareceu o 1162 F. Dêste derivam numerosas substâncias sintéticas, umas conservando a sua ligação com o azoico, o que dá corpos corantes, outras suprimindo essa ligação, o que pode dar corpos brancos. Entre essas numerosas substâncias destaca-se a Septazine ou 46 R. P. que se diferencia do 1162 F. pela ausência completa de sabor e menor toxidês.

Comparando entre si os resultados experimentais a que os AA. chegaram, vemos que a sulfamido-crisoidina e a p-amino-fenil-sulfamida tem uma toxidês que, embora fraca, não é para desprezar, enquanto que o 46 R. P. não determina perturbações mesmo com doses relativamente elevadas.

A diferença de toxidês entra a Septazine e o 1162 F., (menor na Septazine) parece ser devida à benzilação da p-amino-fenil-sulfamida. A fenil-sulfamida seria o núcleo tóxico do 1162 F.; a sua aminação, dando este derivado, diminui a sua toxidês, terminando pela desintoxicação completa do núcleo fenil-sulfamida.

Uma outra razão poderia ser invocada para explicar a diferença de toxidês entre o 1162 F. e a Septazine: a sua diferente solubilidade. A Septazine é, de facto, menos solúvel que o 1162 F; pesquisas em curso permitirão saber se a esta diferença de solubilidade corresponde uma diferença de absorção.

Quanto ao coeficiente terapêutico  $\frac{C}{T}$ , ou seja a relação entre a dose curativa e a dose tóxica, considerando como T a dose que produz sinais de intoxicação manifesta mas não fatalmente mortal, é, segundo os AA., de 1/10 no ratinho para a p-amino-fenil-sulfamida ou 1162 F; de 1/4 para o derivado azoico, sulfamido-crisoidina; e de 1/40 para o derivado benzílico, Septazine ou 46 R. P.

BRITO SUBTIL.

Étude de l'action de «Digitalis Lanata» E H R en médecine expérimentale, por Jean Schunck de Goldfiem, *La Pr. Méd.*, n.º 40-1937.

A *Digitalis lanata* é uma planta muito mais activa que a *D. Purpúrea* e também muito mais estável, porque a cultura não altera sensivelmente a sua riqueza em princípios bioquímicos. O complexo extraído das folhas de *D. lanata* apresenta uma toxidês relativamente elevada, quando empregado em altas doses; uma inocuidade constante para as doses terapêuticas; elimina se perfeitamente, sem acumulação; não esclerosa as paredes vasculares; possui uma acção cardiotónica muito grande, rápida, intensa e cíclica; e não provoca nenhuma seqüela patológica nem digitalismo.

A melhor forma de aplicação é a solução a 1/1000 do extracto total dada *per os*, à razão, durante as 24 horas, de:

- IV gotas como cardiotónico
- X gotas como sedativo cardíaco
- XXX gotas como diurético
- L a C gotas como anti-assistólico.

dando as altas doses de hora a hora e distribuídas por 10 horas, e as pequenas e médias por uma só vez. As injeções intravenosas a 1/10 e 1/4 de mgr. são muito bem suportadas.

BRITO SUBTIL.

Influenza. Revue générale. Du simple rhume à l'influenza épidémique, por A. Bécélère, *La Pr. Méd.*, n.º 44-1937.

A coriza banal e a influenza epidémica, apesar das diferenças dos seus sintomas, das suas lesões, da sua evolução e do seu prognóstico, não parecem ser entidades mórbidas inteiramente distintas. A sua causa parece ser um mesmo agente infra-visível e filtrante. Quando actua só, este virus apenas produz, no homem, um ligeiro e inofensivo estado mórbido, uma coriza. É a associação a este virus de uma ou mais bactérias visíveis entre as quais desempenha o principal papel o bacilo de Pfeiffer, que, transformando esse estado mórbido, dá lugar à sua gravidade e perigo.

A diversidade dos quadros clinicos da doença pode atribuir-se a três factores principais diferentemente combinados: o poder patogénico do virus, variável em limites muito estreitos; o poder patogénico das bactérias associadas, muito mais variável e importante; e a existência em maior ou menor quantidade, no sangue dos doentes, de substâncias anti-virulentas e neutralisantes, devidas a ataques anteriores, ligeiros ou sérios, recentes ou antigos, da doença.

BRITO SUBTIL.



Le mode d'action du p-aminophénylsulfamide et les dérivés azoïques dans les septicémies strepto-cocciques expérimentales, M. e M<sup>me</sup> J. Tréfonel, F. Nitti e D. Bovet, *La Pr. Méd.*, n.º 45-1937.

No estado actual da quimioterapia anti-estreptocócica parece demonstrado que os diferentes corpos empregados, quer azoicos, quer incolores, actuam libertando p-amino-fenil-sulfamida (1162 F.). É certo que o modo de acção dêste derivado não está ainda completamente determinado, mas isso não impede que êste corpo seja, por enquanto, o mais activo da série pelo menos no animal. É bactericida, *in vitro*, para o estreptococcus, e o sangue dos doentes e dos animais tratados por êle adquire a mesma propriedade.

Os resultados obtidos na clinica com a amino-fenil-sulfamida e o seu derivado benzilado, a Septazine, confirmaram as experiências no animal e mostraram a utilidade que há em prosseguir essas primeiras experiências sistemáticas de quimioterapia microbiana.

BRITO SUBTIL.

Vaso-dilatation et vaso-distension veineuses et coronariennes, por Ch. Champy e Jacques-Louvel, *La P. Méd.*, n.º 46-1937.

Muitas vaso-dilatações de aparência paradoxal não são muitas vezes, na realidade, mais do que vaso-distensões. Assim é que, fazendo actuar a adrenalina sôbre um mesentério de rã, vemos contraírem-se as artérias, os capilares e as veias. Mas se provocarmos uma resistência à circulação de retôrno, vemos que as veias dão a impressão de se dilatarem. Esta dilatação é devida, na realidade, à pressão do sangue que, expellido pela contracção adrenalínica dos vasos mais musculados, vai distender os vasos de paredes mais fracas.

Trata-se dum factor hemo-dinâmico cuja acção é considerável sôbre a circulação coronária e que deve intervir quasi exclusivamente na vaso-dilatação, ou melhor vaso-distensão, do tronco primitivo das coronárias do cavalo. Êste primeiro segmento arterial é, de facto, de estrutura elástica, quasi completamente desprovido de fibras musculares e, portanto, passivo, incapaz duma reacção vaso-motriz apreciável.

Ao contrário, os ramos inter-ventriculares apresentam uma estrutura composta essencialmente por dois sistemas musculares antagonistas: um, formado por fibras circulares, constrictivas; outro, mais excêntrico, por fibras longitudinais cuja importância e desenvolvimento testemunham o predomínio do potencial vaso-dilatador.

Nas artérias intra-ventriculares, dissecadas imediatamente após o sacrificio dos animais, a adrenalina, substância simpático-mimética por excelência, pode determinar por acção exclusiva sôbre as fibras circu-

lares uma ligeira vaso-constricção, e por acção exclusiva sôbre as fibras longitudinais uma vaso-dilatação de maior amplitude. Encontramos assim uma concordância notável entre os resultados da análise histológica e os da análise fisiológica dos factos.

Esta anfetonia muscular lisa de predomínio vaso-dilatador, sob a influência da adrenalina, aparece-nos de acôrdo com a lógica finalista: uma abundante irrigação sendo necessária ao coração na sua luta contra as resistências periféricas acrescidas pela substância hipertensiva (Tournade).

A fraqueza relativa das fibras circulares constrictivas comparada com a potência das fibras longitudinais dilatadoras, esbate a noção do espasmo na patogenia de certas insuficiências coronarianas.

Antes faz entrever o papel provável, no momento do esforço do coração, duma carência funcional ou orgânica do aparelho dilatador, incapaz de elevar o débito circulatório até à altura de necessidades por vezes muito consideráveis, urgentes e imperiosas.

---

BRITO SUBTIL.

Le pneumothorax extra-pleural thérapeutique, por E. Hautefeuille e Dreyfus-Le Foyer, *La Pr. Méd.*, n.º 46-1937.

Nem sempre é possível a realização dum pneumotórax artificial. Uma sinfise pleural extensa pode torná-lo impossível; uma sinfise parcial pode torná-lo ineficaz. Recorre-se então aos métodos cirúrgicos e especialmente à toracoplastia que, para um certo número de casos, permitem, apesar de tudo, obter um bom colapso das lesões. Há, porém um grande número de tuberculosos, com sinfises pleurais, em que não podemos fazer logo de entrada a toracoplastia. Em muitos casos, o tempo que somos obrigados a esperar é suficiente para se estabilisarem e podermos então intervir; mas noutros, muito numerosos, assistiremos impotentes à evolução e às complicações das suas lesões que escapam a qualquer terapêutica. Há ainda um certo número de lesões apico-mediastinais que se arriscam a sofrer um mau colapso com a toracoplastia.

Para êstes doentes todos, em que a toracoplastia não pode ser indicada duma maneira formal, e em que o pneumotórax artificial é ineficaz ou impossível, uma outra forma de colapsoterapia se encontra indicada: o *pneumotórax extra-pleural*.

Praticado pela primeira vez há dois anos e meio por Graf, em Dresde-Coswig, o pneumotórax extra-pleural terapêutico é um método que se propõe obter o colapso das lesões pulmonares pela criação cirúrgica duma cavidade entre a parede torácica e a pleura parietal, aproveitando o plano de clivagem do fascia endotorácico. É êste o primeiro tempo, cirúrgico, da intervenção. O segundo, médico, consiste na manutenção do colapso por meio de reinsuflações de gaz como para o pneumotórax vulgar, intra-pleural de Forlanini.



As vantagens do pneumo extra-pleural consistem na sua semelhança com o pleumo intra-pleural habitual. Assegura uma liberação completa e harmoniosa da parte supra-hilar do pulmão, cujo colapso mantém por meio duma bolsa gasosa, elástica e de pressões modificáveis.

É uma operação pouco chocante, que conserva a função expectorante, e limita a sua acção ao vértice respeitando a base.

Os AA. descrevem a técnica operatória e as seqüências habituais e são de opinião que êste modo de obter o colapso pulmonar merece um estudo aplicado por parte dos tisiólogos.

BRITO SUBTIL.

Des règles à suivre dans le traitement des fractures articulaires par infiltration novocaïnique des ligaments et mobilisation active immédiate, por René Leriche, *La Pr. Méd.*, n.º 47-1937.

A infiltração pela novocaína deve ser feita tanto quanto possível imediatamente após o acidente, mas só depois duma radiografia que dirá se ela está ou não indicada. Emprega-se uma solução de novocaína a  $\frac{1}{100}$ , sem adrenalina. É preciso injectar 10 a 20 cc ao nível do ponto traumatizado e infiltrar também o lado oposto. Pode também empregar-se uma solução a 0,5 %. É preciso injectar os ligamentos e o periósteo. É inútil injectar dentro da articulação.

A solução de novocaína não deve conter adrenalina porque esta provoca uma vaso-constricção que vai contra o fim que se pretende atingir, ou seja suprimir o reflexo vaso constritor. Além disso, as soluções adrenalizadas provocam uma viva reacção dolorosa passadas umas três ou quatro horas. As soluções mornas, sem adrenalina nunca provocam, em regra, dores tardias.

Uma vez terminada a infiltração deve-se aconselhar o doente a tentar movimentos activos, deixando-o proceder à sua vontade e não procurando nunca forçar os movimentos. Não se fazem massagens, nem diatermia. Caso seja preciso, depois de passadas 1 ou 2 horas, colocar-se-à um aparelho para imobilização provisória. Nunca deve proceder-se à mobilização passiva; é perigosa nestes casos.

No dia seguinte recomeça-se a infiltração e a mobilização activa. Não se faz mobilização passiva nem massagem; a execução destas manobras clássicas expõe os doentes a ossificações para-articulares, a rigideses tardias, às vezes mesmo à anquilose; os osteomas após luxação do cotovêlo costumam aparecer sobretudo após a massagem e mobilização forçada.

Renovar-se-ão as infiltrações tantas vezes quantas as necessárias até que o movimento tenha sido integralmente recuperado. São precisas, em regra umas 6 a 10. É inútil continuar mais tempo, salvo indicação especial.

Durante todo o tempo de tratamento devem evitar-se absolutamente: massagens, balneação quente e mobilização passiva.

BRITO SUBTIL.

## PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

Notícias Farmacêuticas - Ano III - N.ºs 9 e 10.

Este volume da interessante revista científico-profissional, propriedade de 4 professores de farmácia da nossa Universidade, é exclusivamente dedicado a *gases de guerra*.

Em Junho último, o corpo redactorial da revista, de colaboração com a direcção da *Escola de Farmácia*, promoveu uma sugestiva *Exposição de material anti-gás*, que teve o condão de salientar a necessidade de se prepararem as populações civis contra o perigo dos ataques aéreos por meio de agressivos químicos.

Pode dizer-se que, na hora de dolorosa tensão em que vivemos, é um problema palpitante, momentoso, êste da defesa passiva contra os gases de guerra.

Como complemento da *Exposição*, proferiram-se, na Escola de Farmácia, quatro conferências. São essas lições que se encontram reunidas em *Notícias Farmacêuticas* rematadas com indicações utilíssimas sobre o manejo das máscaras, tipos militar e de população civil, etc.

Para melhor se aquilatar do valor e oportunidade da doutrina exposta, com brilhantismo, transcrevemos o sumário:

a) — *Conferências*.

I — A Arma química e a futura guerra.

II — Agressivos.

III — Coimbra e a guerra aero-química

b) — *Exposição*.

Bibliografia da exposição.

c) — *Anexos*.

1 — Nomenclatura e descrição oficial do equipamento individual de protecção anti-gás E. P. E. M/ 1936.

2 — Instruções sobre o manejo das máscaras anti-gás:

I — Modelo militar.

II — " de população civil.

a) Puretha.

b) Degea.

3 — Cuidados a ter com o aparelho de protecção.

4 — Desinfecção de máscaras.

5 — Tratamento das lesões dos gases vesicantes.

6 — Material mínimo para um abrigo sanitário.

7 — Material mínimo para um abrigo de população civil.



A obra empreendida por *Notícias Farmacêuticas*, é digna dos maiores encómios pois presta altos serviços à Nação — procurando divulgar os conhecimentos indispensáveis para uma protecção eficiente.

Se a matéria focada interessa especialmente os farmacêuticos não deixa de despertar a atenção dos médicos, como aliás de todos os portugueses.

É um número digno da maior propaganda por Liceus e Escolas diversas, Bombeiros, etc., para não fenecerem iniciativas desta ordem, com um fim patriótico.

X.







## NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

### **Faculdades de Medicina**

De Coimbra — O conselho da Faculdade de Medicina elegeu a lista triplice para a nomeação do director dos Hospitais da Universidade, constituída pelos srs. Professores Angelo da Fonseca, Fernando de Almeida Ribeiro e João Duarte de Oliveira e a proposito exarou na acta um voto de louvor ao sr. dr. Angelo da Fonseca pelos brilhantes serviços prestados áqueles hospitais e á assistência durante o último quinquenio.

O conselho da mesma Faculdade conferiu as seguintes classificações académicas :

*Cadeira de Bacteriologia e Parasitologia — Época de Junho-Julho de 1937 :*

Francisco Ribeiro Vinte e Um Mendes, accessit.

*Higiene, Epidemiologia e Toxicologia forense — Época de Junho-Julho de 1937 :*

Francisco Manuel Santos de Ibérico Nogueira, accessit.

*Cadeira de Dermatologia e Sifilografia — Época de Junho-Julho de 1937 :*

Eduardo de Albuquerque, accessit; João Pedro Miller Pinto de Lemos Guerreiro, accessit; Mário Denis Pôrto, accessit.

*Cadeira de Patologia Médica — Época de Junho-Julho de 1937 :*

Domingos Machado, prémio; Elísio Mendes Ferreira de Melo, accessit; José Nunes da Costa, accessit; Mário Augusto Miranda e Silva, accessit.

*Cadeira de Therapeutica médica clinica e Semiótica radiológica — Época de Junho-Julho de 1937 :*

Domingos Machado, prémio; Deolinda da Costa Martins, accessit; Elísio Mendes Ferreira de Melo, accessit; José Nunes da Costa, accessit; Mário Augusto de Miranda e Silva, accessit.

*Clinica Obstétrica e Ginecológica — Época de Junho-Julho de 1937 :*

João Vasco Gonçalves Marques dos Santos, accessit.

*Medicina legal, Psiquiatria forense e Deontologia profissional — Época de Junho-Julho de 1937 :*

Domingos Machado, accessit; Elísio Mendes Ferreira de Melo, accessit; Francisco Manuel dos Santos de Ibérico Nogueira, accessit; José Nunes da Costa, accessit; Mário Augusto Miranda e Silva, distinto com honras de accessit.

*Cadeira de Clínica Cirúrgica — Época de Junho-Julho de 1937.*

Diolinda da Costa Martins, accessit; João Vasco Gonçalves Marques dos Santos, accessit.

*Curso de Oftalmologia — Época de Março de 1937 :*

João Pedro Miller Pinto de Lemos Guerra, 1.º accessit; Mário Denis Pôrto, 2.º accessit.

## Instituto de Medicina Tropical

Prestaram as suas provas para professores efectivos do Instituto de Medicina Tropical, sendo aprovados por unanimidade, os srs. drs. Luís A. Fontoura de Sequeira (3.ª cadeira), e Manuel Máximo Pratas (4.ª cadeira).

## Sociedades Científicas

**Academia das Ciências** — O sr. Prof. F. Wohwal fez, na Academia das Ciências uma conferência subordinada ao tema «Sôbre a história da anatomia histológica do sistema nervoso».

— O sr. Prof. Sabino Coelho fez uma comunicação acérea dos novos estudos sôbre infecções.

**Sociedade das Ciências Médicas** — A esta Sociedade, foram apresentados os seguintes trabalhos :

Dr. Fernando Correia, «Alguns aspectos do problema da Assistência»; Prof. Francisco Gentil e dr. Ermindo Alvarez, «Raquianestesia pela percaína»; dr. Manuel Bento de Sousa, «Um caso de sarcoma da laringe».

## Conferências

Durante o 2.º período da escola de oficiais médicos milicianos, realizaram-se as seguintes conferências no Hospital Militar de Coimbra :

«Guerra química e gazes de combate», pelo sr. dr. António de Almeida Figueiredo; «Feridas dos tecidos moles», pelo sr. dr. António Saraiva Castanheira; «Feridas penetrantes do craneo», pelo sr. dr. Alexandre da Silva; «Soros e vacinas», pelo sr. dr. Antonio dos Santos Andrade; «Feridas do torax», pelo sr. dr. Hermes Gois; «Feridas dos vasos», pelo sr. dr. José Dias Serra Pratas; «Infecções anacrobias», pelo sr. dr. Henrique de Oliveira.

— No Curso de Férias da Faculdade de Letras de Lisboa, o sr. dr. Eduardo Coelho realiso uma conferência sôbre «O cepticismo de Francisco Sanches, filosofo e médico de Quinbentos».

— Subordinada ao tema «A acção rutilante do sol», o sr. dr. Adriano Bourguete, fez uma conferência na Sociedade de Geografia.



### **Direcção Geral de Saúde**

A Direcção Geral de Saúde publicou a seguinte nota officiosa :

«A proposito da epidemia do passado ano, informou, então, a Direcção Geral de Saúde que, segundo os dados epidemiologicos permitiam deduzir, poderia o País voltar a ser atingido em 1937 pela poliomielite epi lêmica, em qualquer região e desde norte a sul.

Os factos, porem, não estão confirmando essa provisão, visto que, nesse caso, já teria tempo de irem aparecendo, a partir de Março, alguns focos de doença, e assim não sucedeu.

Em todas as hipoteses convém, todavia, acentuar que não existe razão alguma para se supor que esta ou aquela zona do País esteja em condições de maior ameaça epidémica em relação às outras».

### **Direcção Geral de Saúde Escolar**

Foram renovados os contratos dos seguintes médicos escolares: dr. Flavio dos Santos, do Liceu Fialho de Almeida, de Beja; dr. José Jacinto Sousa Forjaz de Sampaio, do Liceu Mousinho de Silveira, de Portalegre; dr.<sup>a</sup> Eugénia Candida da Silva, do Liceu Maria Amalia de Carvalho, de Lisboa.

— Foi contratado para médico escolar da Escola de Regentes Agrícolas de Santarem, o sr. dr. João Pereira Gomes.

### **Várias notas**

O sr. Prof. Azevedo Neves, foi agraciado com a Grã-Cruz da Ordem de Instrução Pública.

— Tomou posse de médico municipal de Castelo de Paiva, o sr. dr. José de Freitas Carvalho.

— Foi aprovado o projecto e orçamento para a construção de um dispensário e assistência médica no Lubango.

— Tomou posse do cargo de director do Hospital da Misericórdia do Porto, o sr. dr. Angelo das Neves.

— Os doentes do Sanatório da Quinta dos Vales inauguraram ali o retrato do director daquele estabelecimento de assistência, sr. dr. Armando Leal Gonçalves.

— Vai ser construida junto do Hospital Central de Lourenço Marques, uma enfermaria para indigenas, com todae as condições higienicas.

### **Falecimentos**

Vitima de um desastre de automóvel, faleceu o distinto urologista sr. dr. Artur Ravara, figura de especial relevo na ciência portuguesa. O saudoso extinto que era cirurgião dos hospitais de Lisboa, contava 64 anos de idade.

— Três dias após a morte do sr. dr. Artur Ravara, a ciência sofreu outro rude golpe com a morte do também distinto urologista, sr. dr. Henrique Bastos.

A vida de profissional do extinto, que nasceu em 1873, em Lisboa, e se formou na Escola Médica em 1898, é das mais brilhantes. Cirurgião dos hospitais a partir de 1900, exerceu, depois o cargo de enfermeiro-mór dos hospitais civis e era à data da sua morte director do Serviço de Urologia do Hospital do Desterro. Tomou parte em vários congressos nacionais e internacionais de Urologia, onde apresentou notáveis trabalhos científicos, publicando numerosas descobertas da sua especialidade, que lhe valeram justo renome em Portugal e no estrangeiro.

O sr. dr. Henrique Bastos era presidente da Associação Portuguesa de Urologia e membro da Academia das Ciências e da Sociedade de Ciências Médicas e membro honorário da Academia Espanhola de Ciências e Artes, da Associação Espanhola de Urologia, da Associação Francesa de Urologia e das Sociedades Internacionais de Cirurgia e Urologia.

Possuía as comendas de S. Tiago, de Izabel a Católica e de Carlos III.

— Também faleceram : em Lisboa o sr. dr. António da Costa Freire, médico em Lisboa, tio do sr. dr. Eugénio de Castro, director da Faculdade de Letras de Coimbra, e o sr. dr. Bettencourt Raposo, professor aposentado da Faculdade de Medicina de Lisboa e publicista muito distinto; no Porto, os srs. dr. Carlos Fortes, que foi clinico do Hospital da Misericórdia; dr. José Candido Pinto da Cruz e Costa; dr. Luís António Costa Real de Carvalho; e dr. António Maria Esteves Mendes Correia; em Fafe, o sr. dr. João Soares, médico naquela vila; em Monção, o sr. dr. Joaquim Pereira; em Valadares do Minho, o sr. dr. Joaquim Pereira, médico aposentado de Arcos de Val de Vez; em Cabo Verde, o sr. dr. Francisco Augusto Regala.

— Estão de luto, o sr. tenente-coronel médico, dr. António de Vasconcelos, pela morte de sua esposa, sr.<sup>a</sup> D. Ermelinda Aurelia Moniz Coelho de Vasconcelos; o sr. dr. Augusto de Sousa Rosa, antigo director do Hospital Militar do Porto, pelo falecimento de sua esposa, a sr.<sup>a</sup> D. Maria Adelaide de Barros Ribeiro de Magalhães.

— Em Aveiro faleceu o sr. Jacinto Agapito Rebocho, pai do clinico sr. dr. Emanuel Rebocho de Albuquerque, médico em Ilhavo; em Vila Real, a sr. D. Maria Olinda Campos, irmã do clinico sr. dr. Domingos Campos; em Ponte do Lima, o pai do sr. dr. António de Oliveira Barreto, médico em Ponte do Lima; e em Coimbra, a sr.<sup>a</sup> D. Rosa de Freitas Costa, irmã do sr. dr. Francisco de Freitas Cardoso e Costa.

Às famílias enlutadas apresenta *Coimbra Médica* sentidas condolencias.





## MOURA MARQUES &amp; FILHO

19 — Largo de Miguel Bombarda — 25

COIMBRA

## ULTIMAS NOVIDADES:

- Barbellion** — La Blennorrhagie chez l'homme et chez la femme. Méthodes actuelles de Diagnostic et de Traitement. Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Deuxième édition. 1 vol. 380 pages, 3 planches en couleurs, 73 figures en noir. (N) — Frs. 60,00
- Bégouin** — Précis de Pathologie Chirurgicale. 6<sup>e</sup> Édition refondue. Tome I. Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus. 421 $\frac{1}{2}$  pages, 434 figures. (M) — Broché 90 fr. Cartonné toile 120 fr.
- Tome V. Appareil génital de l'homme. Pathologie urinaire, gynécologie. 1300 pages, 413 figures. (M) — Broché, 90 fr. Cartonné toile 120 fr.
- Bérard** — Les méthodes chirurgicales du traitement de l'angine de poitrine. Evolution et résultats. 390 pages. (M) — Frs. 60.
- Bourdelle et Wicart** — Anatomie et physiologie bucco-dentaires (Anatomie dentaire comparée). 1 vol. de 614 pages, avec 266 figures. (B) — Frs. 45.
- Brocard** — Physio-Pathologie de l'Innervation Hépatique. Les hépatites expérimentales d'origine sympathique. 1 vol 296 pages avec 22 figures. (V) — Frs. 60,00.
- Chaumet** — Traité de Radiodiagnostic. Tube Digestif et glandes annexes. Appareil urinaire. Organes Génitaux. Recherches des corps étrangers. Troisième volume. 1 vol. avec 98 figures et 96 planches. (V) — Frs. 90,00.
- Guilliermond** — La Sexualité, le cycle de développement, la phylogénie et la classification des leures, d'après les travaux récents. 72 pages, 24 figures. (M) — Frs. 18.
- Joyeux et Sicé** — Précis de Médecine coloniale. Deuxième édition refondue. 1 volume de 1250 pages avec 240 figures. Cartonné toile. (M) — Frs. 170.
- Leguen et Papin** — Précis d'Urologie. 1 vol. de 750 pages, avec 511 figures ou radiographies. (N). — Broché, frs 125. Cartonné toile. Frs. 140.
- Lemierre** — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies infectieuses 80 pages. (M) — Frs. 24.
- Leriche** — La Chirurgie de la douleur. 1 volume de 428 pages avec 13 figures. (M) — Frs. 65.
- Marcel Ombrédanne** — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) en oto-rhino-laryngologie. (M) — Frs. 24.
- Mauriac** — La Pathogénie des Oedèmes. Confrontation des théories à la Clinique. 1 vol. de 88 pages. (M) — Frs. 16.
- Nobécourt et Maillet** — La Thérapeutique du Nourrisson en Clientèle. Troisième édition. 1 vol. 1020 pages relié. (N) — Frs. 110,00.
- Nobécourt et Marcel Baillet** — La Thérapeutique du Nourrisson en clientèle. 1 vol. de 1020, cartonné toile. (N) — Frs. 110.
- Ombrédanne et Mathieu** — Traité de Chirurgie Orthopédique. Tome V. (et dernier). Bassin. Membre inférieur (suite et fin). Techniques générales, Législation des Séquelles et Invalidités. (M) — Broché 270 fr. Relié 300 fr.
- Pasteur Vallery-Rodot** — Quelques vérités premières (ou soi-disant telles) sur les maladies des reins. 72 pages. (M) — Frs. 24.
- Pichon et S. Borel-Maisonnay** — Le Bégaiement. Sa nature et son traitement. (Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications N° 9). 100 pages. (M) — Frs. 18.
- Singer** — Le point cervical supérieur droit dans les affections douloureuses hépato-biliaires. 1 vol. 32 pages. (V) — Frs. 8,00.
- Van Bogaert, Scherer et Emile Epstein** — Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée. Type particulier de lipidose à cholestérine. 184 pages, 61 figures. (M<sup>s</sup>) — Frs. 45.
- Vigne** — Maladies des femmes enceintes.
- I—Affections du Tube digestif. 1 volume de 318 pages avec 34 figures. (M) — Frs. 40.
- II—Affections du Foie, du Pancréas. Maladies de la Nutrition, Parois abdominales. Péritone. 1 volume de 206 pages. (M) — Frs. 25.
- III—Affections de la Peau. 1 volume de 202 pages. (M) — Frs. 28.
- IV—Affections des Muqueuses génitales. 1 vol. de 126 pages. (M) — Frs. 24.

Disenteria bacilar,  
Enterite,  
Enterocolite muco-  
membranosa,  
etc.

*Biolactina*

LABORATÓRIO NORMAL — 50, rua Bernardo Lima — LISBOA

LABORATÓRIO NORMAL

*"Transpneumol"*

INDICAÇÕES: Broncopneumonia, Pneumonias post-operatórias, mesmo nos casos graves com focos bronco-pneumónicos extensos. Profilaxia das pneumonias hipostáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de cama). Bronquiectasia. Bronquite aguda e crónica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares, Broncrréa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

(Em empolas de 1 e 2 c.c.)