

COIMBRA MÉDICA

ANO IV

MAIO DE 1937

N.º 5

SUMÁRIO

	Pag.
ETIOLOGIA E TRATAMENTO DA HOMO-SEXUALIDADE — Dr. Leonídio Ribeiro.	293
LA LIMPIEZA QUIRURGICA PRECOZ DE LAS HERIDAS Y SUS CONSECUENCIAS TARDIAS — Doctor Manuel G. Durán.	312
NOTAS CLÍNICAS — MEGA-ESÓFAGO — Dr. Luís da Providência.	329
UMA CONFERENCIA DO PROF. LEONIDIO RIBEIRO.	336
LIVROS & REVISTAS	339
SUPLEMENTO — NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES.	XXXIII

MOURA MARQUES & FILHO

COIMBRA

DIRECÇÃO CIENTÍFICA

Prof. Lúcio Rocha — Prof. Serras e Silva — Prof. Angelo da
Fonseca — Prof. Elísio 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 orreia 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



ETIOLOGIA E TRATAMENTO DA HOMO-SEXUALIDADE (*)

POR

DR. LEONIDIO RIBEIRO

PROF. DAS FACULDADES DE MEDICINA E DE DIREITO DO RIO DE JANEIRO

No século passado foi que o problema do homo-sexualismo começou a ser estudado por médicos e psiquiatras, interessados em descobrir as suas causas, afim de que os juristas e sociólogos pudessem modificar as legislações existentes, todas baseadas em noções empíricas e antigos preconceitos. As práticas de inversão sexual não podiam continuar a ser consideradas, ao acaso, como pecado, vicio ou crime, desde que se demonstrou tratar-se, na maioria dos casos, de individuos doentes ou anormais, que não deviam ser castigados, porque careciam antes de tudo de tratamento. A medicina havia libertado os loucos das prisões. Uma vez ainda, seria ela que livraria da humilhação êsses pobres individuos, victimas de suas taras e anomalias.

Os fenómenos homo-sexuais foram, então, descritos e caracterizados como um conjunto de modificações das tendências afectivas e dos gostos, com preferência, do ponto de vista sexual, latente ou declarada, por intenções, palavras, gestos, atitudes ou actos, que um individuo manifesta, de modo activo, passivo, ou mixto, por outro de igual sexo, quer seja homem ou mulher.

A teoria freudiana procura agora explicar a inversão sexual como a consequência da fixação da sexualidade na fase infantil e na dependência de traumatismos, por ocasião dos primeiros ensaios amorosos, ligados a defeitos de educação, desde a primeira fase da puberdade.

(*) Conferência realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Inversão sexual e glândulas endócrinas

Apesar de ser aceitável, até certo ponto, a teoria psicogenética, parece que é no campo da endocrinologia que está a solução definitiva do problema. Até há pouco, a questão da sexualidade tinha relações apenas com as glandulas genitais.

Hoje sabe-se que há outros órgãos da mesma natureza em cuja dependência estão também essas funções. É Coldschmidt quem afirma: «Os caracteres sexuais secundários não são todos regidos pelos hormonios sexuais. Há alguns que são influenciados por estes e outros que o não são. De modo geral pode-se dizer que todos os caracteres sexuais cíclicos — somaticos e psicicos — estão na dependência dos hormonios, do mesmo modo que as minucias dos órgãos copuladores. Mas não se conhece caso algum em que os hormonios pròpriamente ditos determinaram a diferenciação da gonada ou das vias genitais internas; só a evolução cíclica destes órgãos e a extensão do seu desenvolvimento são influenciados pelos hormonios.

O professor Pende, um dos creadores da endocrinologia, afirma que o desenvolvimento sexual não é determinado pelas secreções das glandulas genitais isoladas, porque sofre a influência e é estimulado ou inibido pelo complexo hormonal geral. É que existe verdadeira correlação entre as actividades de todos os órgãos de secreção interna, sem a qual não pode haver o funcionamento normal do organismo humano.

A constituição sexual, do ponto de vista morfológico, manifesta-se pelo aparecimento de caracteres anatomicos distintos, que se dividem em primários e secundários. Os primeiros são as gonadas sexuais e os órgãos genitais externos, de proporções diferentes, em cada individuo, variando com causas diversas e influindo na diminuição ou aumento de sua capacidade funcional, assim como no desenvolvimento satisfatório ou insufficiente do desejo sexual.

Os caracteres sexuais secundários são os que nos interessam aqui, mais de perto, visto como é por meio delos que é possível individualizar objectivamente os tipos humanos, de um e de outro sexo. Em regra, o aparelho locomotor, esqueleto, articulações e musculos, é mais forte e mais bem desenvolvido no ho-

mem que na mulher. A distribuição da gordura é também diversa nos dois sexos, predominando na mulher normal, sobre o sistema muscular, e distribuindo-se na região retromamaria, baixo-ventre, pubis, região glútea, enquanto no homem realiza-se, de habito, na metade superior do ventre ou do torax, pescoço e rosto. A pele do sexo feminino é mais lisa e delgada sendo muito raras as glandulas sebaceas e, por isso, menos comum o aparecimento, nas mulheres, de furunculos e antrazes. Bloch, refere que, assistindo, em Berlim, a baile de homo-sexuais, vestidos de mulher e com decotes exagerados, pôde notar a aparência da pele do dorso, hombros e peito, chamando especialmente sua atenção o facto da ausência de sinais ou cicatrizes de acné, tão freqüentes nos homens normais. Marañon, ao citar esta passagem do autor alemão, lembra que a abundância de glandulas sebáceas é sinal de virilidade (2).

Em relação com os pelos, cabelos, sobrancelhas, também há diferenças no que diz respeito à implantação, qualidades dimensões, e queda. A calvice é sinal de virilidade e está ligada com a vida sexual, não tendo na maioria dos casos, carácter patológico. O tipo mitológico do sátiro é calvo, barbado e peludo. Na guerra européia, os soldados mais valentes eram chamados, na França, de «poilus». Por outro lado, é sabido que os eunucos não ficam calvos.

No pubis masculino, os pêlos são mais abundantes, extendendo-se para o umbigo, coxas e perinco, em forma hexagonal, enquanto nas mulheres é triangular, de base bem delimitada e superior. O tronco e os membros são, em geral cobertos de pêlos, ao passo que estes não existem, nessas regiões, na quasi totalidade das mulheres.

Marañon encontrou a disposição feminina do sistema piloso em 75 % dos homo-sexuais, por êle examinados, isto é, escassez de pêlos no tronco e membros, implantação anormal dos cabelos na nuca e na frente, além do atrazo do aparecimento do bigode, assim como insuficiência de barba.

A mama se desenvolve, a partir da puberdade, de forma característica, nas meninas. Nos meninos é, às vezes, perceptivel, mas de efemera duração, durante a adolescencia.

A teoria constitucional endocrina tem recebido confirmações eloqüentes, sobretudo depois que Marañon demonstrou que cada

indivíduo é, ao mesmo tempo, portador de elementos dos dois sexos, caracterizando-se, na prática, cada um deles pela predominância de uns ou de outros, fazendo, afinal, pender a balança para êste ou para aquele lado. Sendo assim, não poderá existir, como realmente não existe, nem homem nem mulher ideal, com cem por cento do seu verdadeiro sexo. O que se encontra na prática são indivíduos com percentagens maiores ou menores, conforme o afastamento é mais acentuado para o extremo ou para o meio do tipo nitidamente intersexual.

Examinando 110 rapazes, Kryle (3) só encontrou dez deles com atributos normais de virilidade. Esta percentagem é confirmada por Voss, Trandler e Marañón (4). Schwartz mostrou que em 50 indivíduos adultos apenas um apresentava a sexualidade perfeita (5). Mathes foi mais longe e proclamou que «todo ser humano, no caso mais favorável, é um intersexual rudimentar» (6).

É Marañón quem explica: «A diferença entre os sexos seria para muitos como a origem de dois ramos diferentes do tronco comum e relativamente asexuado da infância, isto é a feminilidade e a virilidade, que cada vez mais haveriam de separar-se. É um erro, que precisamos rectificar. A diferenciação dos sexos não é uma divergência porque se resume na evolução de etapas sucessivas.

Em todo o ser humano, homem ou mulher, a sexualidade evolue assim: do período indiferenciado da infância se passa ao intermediário da feminilidade, seguindo-se a êste o terminal da virilidade, que acaba também numa fase de tendência indiferenciada, que é a senectude.

A diferença consiste no seguinte: a mulher passa, ao chegar à puberdade, à fase feminina, que dura toda a sua vida sexual, amadurecendo, lentamente, até ao estado climatérico, quando há um leve e atenuado período de virilidade. No homem, a puberdade começa com uma fase feminoide, brevíssima, espúria, apenas marcada, rapidamente superada pelo período viril, que dura toda a vida sexual, acentuando-se a princípio para depois declinar, no climatério.

Ninguém poderá mais assim, deixar de aceitar a ideia de que a homo-sexualidade é um fenómeno condicionado ao estado de bi-sexualidade do organismo, isto é, de um verdadeiro «estado inter-sexual». Era noção corrente que os sexos se distinguem

um do outro por seus caracteres distintos e nítidos, havendo oposição em cada indivíduo, entre o masculino e o feminino, ao ponto de se pensar na existência de um hormônio macho e outro fêmea, dotados de propriedades opostas. Viu-se, depois, que os dois sexos podiam coexistir no mesmo indivíduo, sendo que o próprio homem, que é neutro até ao segundo mês de vida intra-uterina, no momento de transpor a adolescência, para a idade adulta, passa por período de feminilidade, mais ou menos acentuado. Do mesmo modo, a mulher, na última fase da vida, depois da menopausa, adquire caracteres masculinos, o que prova exuberantemente que os elementos dos dois sexos subsistem, dentro de cada um de nós, em equilíbrio instável, que pode ser rompido, em diversas épocas do seu desenvolvimento normal, ou ainda em consequência de distúrbios morbidos.

Foi, sobretudo *Marañón* quem explicou como a homo-sexualidade é fenómeno condicionado pelo estado de bissexualidade do organismo humano. A teoria inter-sexual atribue ao homo-sexualismo uma base orgânica, de indiferenciação da sexualidade, em oposição às teorias morais e jurídicas, que consideram a inversão sexual como pecado ou delito, e as ideias exclusivamente psicológicas, segundo as quais se trata de estado degenerativo puro, tal como admitiu a princípio *Krafft-Ebing*.

Essas teorias são hoje históricas, e dois terços, pelo menos, dos homo-sexuais apresentam sinais físicos de inter-sexualidade. Depois de referir que, na puberdade, êsses indivíduos mostram estados orgânicos passageiros de inter-sexualidade, o mesmo autor conclue por afirmar que o número de homo-sexuais, com sinais morfológicos de inter-sexualidade, se aproxima de 100 % (7).

Reconhecendo a frequência da predisposição intersexual, nos invertidos, *Marañón* mostra, porém, a importância às vezes decisiva, dos factores externos, na produção dos estados homo-sexuais, especialmente para explicar o seu aparecimento em grupos de indivíduos às vezes com carácter epidémico, nos colégios, prisões, quartéis, ou ainda sob a influência da moda e do snobismo.

O endocrinologista de Madrid contesta a possibilidade de serem os homo-sexuais separados em congénitos e adquiridos: «Nestes tempos em que a Medicina se orienta fortemente no

sentido constitucional, é muito difícil admitir que uma alteração assim ligada à profundidade psicológica e instintiva como o homo-sexualismo, possa aparecer sem uma base de predisposição orgânica. Por sua vez já vimos como os factores condicionantes do meio têm influência decisiva no aparecimento ou na inibição daquela tendência. Que a perversão nos seja revelada desde o começo da vida ou somente no seu decurso — critério que serve para distinguir o invertido congénito do adquirido — dependerá unicamente da relativa intensidade com que actuam os dois factores da inversão: o constitucional e o ocasional. Isto quer dizer que um indivíduo dotado de forte lastro constitucional de intersexualidade, denunciará a alteração do seu instinto desde a infância; o outro, porém, com a intersexualidade latente, só evidenciará a sua inversão quando sobre ele actuarem, com inergia, as influências do meio. O primeiro poderá não chegar nunca a ser homo-sexual, apesar de sua tendência congénita, se os factores externos forem contrários ao seu desenvolvimento. Assim se explica como e porque muitos indivíduos de morfologia e psiclogia nitidamente inter-sexuais, têm sua libida normalmente desenvolvida, em consequência de boa acção inibidora do meio. Por sua vez, certos homens muito pouco predispostos, orgânicamente, podem inverter-se muito cedo, quando vivem em ambiente rico de sugestões desse género».(8)

Apesar de Freud declarar que «não aceita, de modo algum, que os homo-sexuais constituam um grupo de indivíduos à parte e com carateristicos distintos dos normais (9), Hirschfeld afirma: «Não encontrei, entre 1.500 homo-sexuais, um único que não fôsse possível distinguir, física ou moralmente dos homens comuns» (10), tal como Marañón, que sustenta o mesmo facto, quando diz haver encontrado, em dois terços deles, sinais físicos de inter-sexualidade, sendo que nos restantes 25 % não seria difícil descobrir, em sua puberdade, vestígios de feminilidade mais ou menos declarada» (11).

Krestchmer, o mestre da psiquiatria alemã, pensa que «em muitos casos de homo-sexualidade congénita, a perversão está ligada a anomalias da fórmula endocrínica. A hipótese de uma composição glandular híbrida, nem puramente masculina nem puramente feminina, é a que permitiria melhor explicar (pela acção hormonal endócrina) o facto dos indivíduos homo-sexuais

apresentarem, ao mesmo tempo que uma falsa atitude psíquica, em relação com a sexualidade, uma estrutura psíquica equivocada, igualmente feminina, masculina e eunucoide». Esse autor mais adiante, continua: «Não é possível estabelecer uma distinção nítida entre perversões endógenas e perversões psicogêneas, e menos ainda afirmar, dogmáticamente, que umas são unicamente do primeiro tipo e outras do segundo. Deve-se, antes de tudo, estudar, em cada caso particular, a parte que cabe aos factores constitucionais, do mesmo modo que indagar o que provém de influências psíquicas».

É ainda Lipschutz, com a autoridade que resulta de seus trabalhos experimentais quem afirma: «Sea cual fuera la causa real de la homosexualidad, debemos suponer, sin embargo, que es debida a trastornos de la función endocrina de las glándulas sexuales, de algunos otros órganos de secreción, o la inhibición de la función endocrina de dichas glándulas» (12).

O depoimento da clínica, é, aliás, no mesmo sentido. Nos casos de gigantismo, nanismo e acromegalia, quando está em causa a hipófise, a impotência é a regra. A insuficiência hipofisária do tipo adiposo-genital, em adolescentes, provoca diminuição da capacidade genital, que é aumentada nos casos de hiperfuncionamento dessas glândulas.

É até possível tornar precoce o aparecimento da puberdade, por meio da injeção do lobo anterior da hipófise.

A acção da tiroide sobre os órgãos genitais é hoje inconteste se bem que indirecta.

No mixedema, a aplasia de uma se acompanha de atrofia da outra.

Vidoni refere que o hipotiroidismo produz parada do desenvolvimento genital, com hipoplasia não só dos grandes lábios, do útero e dos ovários como ainda dos seios e do testículo. Na acromegalia, que tem por causa um adenoma eosinófilo da hipófise, aumenta o volume do pénis e do clitoris, com atrofia dos órgãos genitais internos. A insuficiência pituitária produz hipogénese, tendo provocado, num adolescente observado por Pende, sinais de carácter feminino. Nos casos de tumores da glandula pineal, em adultos, foi verificada a atrofia testicular, com impotência completa.

O professor Pende afirma que não se deve concluir que o

síndrome somático e psíquico dos invertidos sexuais possa estar subordinado exclusivamente a anomalias hormonais das glândulas genitais. E acrescenta: «Não devemos esquecer a intervenção, agora bem demonstrada pela clínica, de distúrbios funcionais de outras glândulas endócrinas, na génese dos desvios sexuais. É bastante recordar, no homem, o feminismo de alguns hipopituitários adolescentes, assim como a homo-sexualidade de jovens hipertímicos, e, na mulher, o masculinismo, em casos de hiperplasia e tumores da cortex suprarenal, do lobulo anterior da hipófise, que podem chegar até ao verdadeiro pseudo hermafroditismo externo. Na origem da homo-sexualidade dou grande importância à hiperfunção patológica do timo, depois da puberdade especialmente quando associada ao hipertiroidismo constitucional».

Outra glândula, cujos estudos modernos provaram ter papel primordial na explicação dos distúrbios de natureza sexual, é a supra-renal, cujas funções estão na dependência de duas porções bem definidas, a medular e a cortical, cada qual com origens e funções diferentes, a primeira actuando pelo seu sistema cromafino, especialmente por intermédio da adrenalina, e a segunda com acção directa sobre a morfologia genital.

Grande número de observações tem mostrado a influência da hiperplasia da cortex supra-renal sobre os caracteres viris do homem. Está provado que as lesões do tipo hipersecretor dêsse tecido provocam a exacerbação da virilidade dos indivíduos do sexo masculino, fazendo com que ela apareça também nas mulheres, constituindo o que se chamou «síndrome supra-renal genital». Por outro lado há a contraprova com o que ocorre no estado endocrino oposto, isto é, na insuficiência supra-renal crónica, doença de Addison, em que se verifica a atenuação da virilidade no homem, e aumento de feminidade, na mulher, indicando provavelmente que houve falta do impulso virilizante do cortex supra-renal.

É aqui o momento de recordar o caso conhecido de uma mulher cuja vida decorreu normalmente, até o dia em que o aparecimento de um tumor do cortex supra-renal provocou a transformação rápida e inesperada de sua morfologia, que se restabeleceu, afinal, depois de uma intervenção cirúrgica, numa contraprova interessante de valor quasi experimental. (Marañón).



IMPRESSO

ESTABELECIMENTOS

HEROLD LDA.

Taxa-40 ctvs.



Rua dos Douradores, 7

LISBOA

síndrome somático e psíquico dos invertidos sexuais possa estar subordinado exclusivamente a anomalias hormonais das glândulas genitais. E acrescenta: «Não devemos esquecer a intervenção, agora bem demonstrada pela clínica, de distúrbios funcionais de outras glândulas endócrinas, na génese dos desvios sexuais. É bastante recordar, no homem, o feminismo de alguns hipopituitários adolescentes, assim como a homo-sexualidade de jovens hipertímicos, e, na mulher, o masculinismo, em casos de hiperplasia e tumores da cortex suprarenal, do lobulo anterior da hipófise, que podem chegar até ao verdadeiro pseudo hermafroditismo externo. Na origem da homo-sexualidade dou grande importância à hiperfunção patológica do timo, depois da puberdade especialmente quando associada ao hipertiroidismo constitucional».

Outra glândula, cujos estudos modernos provaram ter papel primordial na explicação dos distúrbios de natureza sexual, é a supra-renal, cujas funções estão na dependência de duas porções bem definidas, a medular e a cortical, cada qual com origens e funções diferentes, a primeira actuando pelo seu sistema cromafino, especialmente por intermédio da adrenalina, e a segunda com acção directa sobre a morfologia genital.

Grande número de observações tem mostrado a influência da hiperplasia da cortex supra-renal sobre os caracteres viris do homem. Está provado que as lesões do tipo hipersecretor desse tecido provocam a exacerbação da virilidade dos indivíduos do sexo masculino, fazendo com que ela apareça também nas mulheres, constituindo o que se chamou «síndrome supra-renal genital». Por outro lado há a contraprova com o que ocorre no

Queiram enviar-me uma amostra de :

.....
Doutor em med. :

Rua :

Localidade :

(A letra bem legível facilitará a expedição)



F O S V I T A N O N

Homburg

Tónico

Sedativo

Estomáquico

Extracto de quina estandardizado

- » » sem. Cola recent. estand.
- » » Noz vómica estand.

Extractos estandard. de pistácia, viburno e lúpulo

Acido fosfórico-glicose

Sais de Cu.-Fe. e Mn.

Sal de Bromo-Magnésio.

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

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

Frascos de 200 e 1.000 c. c.

Da literatura sobre o FOSVITANON

Balmainn (Médico-chefe da Clínica de Doenças Internas no Hospital Municipal de Fudaa).

«...O a. empregou o «Fosvitanon» durante 5 meses, num grande número de casos, tendo sido sempre lentamente tolerado quer por adultos quer por crianças. Em média foi-lhe possível verificar ao fim da segunda semana, um aumento de 2 a 3 Kg. no peso e inclusivamente mais, em casos com graves afecções orgânicas, nomeadamente tísicos com cavernas, estados graves de esgotamento, afecções sépticas...».

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1932, Nr. 47)

Strauss (Médico da Comissão dos Inválidos de Viena).

«...O autor diz que como médico da Comissão dos Inválidos teve ocasião de receitar frequentemente o «Fosvitanon» aos seus doentes. Baseado nos seus ensaios, considera este preparado como um dos melhores tónicos que existem e que deve ser empregado em larga escala na clínica médica...».

(*Aerztliche Korrespondenz*, 1933, Nr. 17)

Undritz (Do Sanatório Bella-Luis, Montana).

«...Segundo as suas experiências o «Fosvitanon» é um tónico energético e um bom estimulante do apetite que está especialmente indicado nos casos de anorexia, fraqueza, esgotamento e diminuição de peso...».

(*Schweizerische Medizin. Wochenschrift*, 1934, Nr. 41)

Mejer (Director clinico do Instituto de Neurologia da cidade de Francfort s./Meno).

«...O a. descreve pormenorizadamente os diversos componentes do «Fosvitanon» e as suas propriedades farmacodinâmicas. Faz resaltar particularmente a excelente acção deste tónico no esgotamento precoce...».

(*Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933, Nr. 7)

Eisenstaedt e Smitovits (Do Sanatório popular de Genève-Montana-Vermala).

«...O «Fosvitanon» pela sua acção selectiva e complexa é considerado pelos autores, como um tónico predominante, indicado na inapetência tóxica e psíquica e alterações no metabolismo condicionadas pelo clima de altitude, colapso-terapia e neuroses vegetativas...».

(*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 1934, Nr. 43)

Burhaus e Reus.

«...No são aumenta a resistência ao esforço fisico e mental, no doente apoia favoravelmente o processo curativo, estimulando o appetite e melhorando o estado geral...».

(*Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1934, Nr. 25)

Reus (Do Sanatório de Francfort).

para crianças, em Bad Sodenhal).

«...Logo passados os primeiros dias após a administração do «Fosvitanon», foi possível ao a. constatar melhoras surpreendentes em todas as crianças tratadas, sobretudo na apetencia e estado geral. A maior diferença obtida no peso foi de 5,6 Kg. a média foi de 3,7 Kg....».

(*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1935, Nr. 20)

FABRICANTES :

Chemisch-Pharmazeutische A. G. Bad
Homburg, Frankfurt s./M.

REPRESENTANTES :

Estabelecimentos Herold, Lda.

Rua dos DouRADORES, 7

L I S B O A

Homo-sexuais profissionais. Estudos no Rio de Janeiro

Afim de poder realizar estudos nesse sentido, apurando até que ponto seria verdadeira a influência da endocrinologia, na explicação dos fenômenos homo-sexuais, pude recentemente reunir, no Laboratório de Antropologia Criminal do Instituto de Identificação do Rio de Janeiro, por mim dirigido e com a colaboração dos meus assistentes, 195 observações de homo-sexuais profissionais, detidos, pela Polícia, a nosso pedido e sob o pretexto de serem identificados.

Depois de fotografados e medidos, foram todos classificados, biotipologicamente, apurando-se os seguintes resultados:

Longilineos	56,41 %
Normolineos	38,46 %
Brevilineos	5,12 %

Entre os longilineos havia predominância dos indivíduos cuja longitipia era devida à deficiência do tronco (40 %), dos normocormicos apenas 6,15 %; dos microlongilineos 5,12 % e dos longilineos tipicos igualmente 5,52 %, não havendo nenhum do tipo macrolongilineo. Havia dos normolineos tipicos 23 % e apenas 1,5 % de micronormolineos.

Os brevilineos normocormicos foram encontrados na proporção de 3,58 %, sendo muito reduzida a percentagem dos brevilineos tipicos (0,51 %), não se chegando a encontrar um único indivíduo homo-sexual do tipo microbrevilineo.

De todos os casos que estudamos, apenas nove negaram a prática habitual de actos de pederastia, tendo apenas um procurado protestar judicialmente, contra essa suspeita alegada contra êle pela Polícia do Rio de Janeiro.

Havia apenas dois que eram casados e tinham filhos, sendo todos os demais solteiros. Eram de côr branca 223; pretos 9, e mestiços 63. Não tinham atingido a maioridade 74, tinham de 21 a 30 anos 101; de 31 a 40, 18; e apenas dois de mais de 40 anos.

A distribuição anormal dos pêlos foi encontrada em 99 casos sendo do tipo nitidamente feminino em 43 indivíduos, e 56 ape-

nas esboçada, na proporção, de mais de 50 %. Em 61, não havia absolutamente pêlos no torax, sendo apenas 3 os homo-sexuais que apresentavam exagero de pêlos nessa região. Em 8 casos os pêlos estavam completamente raspados. A bacia do tipo feminino apareceu em 37 casos, e a cintura feminina em 35. Ginecomastia franca e bilateral só ficou bem apurada em 4 casos, sendo, porém, esboçada em 20 deles.

Foi um facto importante e que corresponde ao bictico mais frequentemente encontrado, isto é o longilineo, a presença de hipotensão arterial em 99 dêsses indivíduos.

Pode-se, pois, concluir que do estudo feito no Rio de Janeiro, em 195 homo-sexuais profissionais, ficou bem claro que havia, em dois terços deles, pelo menos um sinal positivo de alterações objectivas da formula endocrínica individual, confirmando assim as observações realizadas, em outros países da Europa, especialmente na Alemanha, por Hirschfeld, e na Espanha por Marañón. Em nossas observações, tendo em vista a predominância de alterações da distribuição dos pêlos e da pressão arterial, é possível acreditar em distúrbios endócrinos principalmente correndo por conta das glandulas genitais e supra renais, talvez com participação de outras. Vou iniciar brevemente êsse estudo por meio da interferometria, único meio de diagnosticar, com elementos mais positivos, até que ponto vai a alteração desta ou daquela glândula.

Convém acentuar que em numerosos dêsses casos havia evidente exagero do desenvolvimento dos órgãos genitais externos, facto que não se deve atribuir a uma questão de raças ou ainda a distúrbios de natureza endócrina, sabido que a hipofunção da glandula pineal provoca um aumento considerável dos órgãos genitais, e sobretudo do pénis.

Tratamento da homo-sexualidade

Provado que o homo-sexualismo é, em grande número de casos, consequência de perturbações do funcionamento das glandulas de secreção interna, logo surgiu a possibilidade de seu tratamento. Era mais um problema social a ser resolvido pela Medicina. Ao pesquisador viennense Steinach coube o mérito de haver conseguido alterar os caracteres sexuais dos animais.

A partir de 1910, depois de castrar cobaias machos e enxertar a glandula do sexo oposto, provocou nêles o aparecimento de sinais físicos femininos. As mesmas experiências foram repetidas, em sentido inverso, com idênticos resultados. Sand, Pezard, Lipschutz confirmaram o facto, em outros animais. Champy tirou dessa lição a ideia da «ambo-sexualidade», que definiu como «fenômenos de desenvolvimento ou de comportamento, morfológicos ou funcionais, ligados à presença das glandulas genitais ou à sua maturidade, e que são comuns a um e outro sexo».

Esta noção modificou, radicalmente, a ideia até então aceita sôbre o assunto, permitindo explicar os fenômenos psicológicos, no mesmo sentido sexual que certos fenômenos morfológicos. Verificando-se, assim que era possível, no laboratório, não só masculinizar fêmeas e feminilizar machos, com a castração seguida de transplantações ovarianas ou testiculares, como ainda obter, no mesmo animal, o chamado «hermafroditismo experimental», estava indicado o verdadeiro caminho para o tratamento científico dos casos de inversão sexual.

O cirurgião americano Lespinasse foi o primeiro a realizar, no homem a transplantação testicular, num individuo que havia perdido num acidente, as duas glândulas, voltando afinal o paciente, depois do tratamento a possuir sua capacidade sexual normal.

Em 1916, operou Lichtenstern (13) um doente que havia perdido os dois testiculos, numa lesão traumática de guerra, apresentando sinais de castração, isto é, acumulação de gordura, ausência de barba, assim como configuração eunucoide dos pêlos pubianos, além de incapacidade sexual. Aproveitando a glandula testicular de outro doente, de quarenta anos, operado de hernia congenita dolorosa, com ectopia, êsse cirurgião fez-lhe um enxerto, para logo na segunda semana o paciente recobrar o desejo sexual, realizando a copula, seis meses depois. O aspecto físico do paciente voltou a ser completamente normal, realizando-se o seu casamento quinze meses mais tarde e conservando-se o matrimônio feliz, segundo noticias obtidas, mais de quatro anos decorridos. O mesmo autor descreve outros casos de individuos castrados e eunucoides, por êle operados, com êxito. Há ainda diversos casos publicados por Stocker (1916), Wildbolz

(1917), Muhsan (1920), Forster (1920), em que as transplantações testiculares puderam corrigir os defeitos da castração, eunucoidismo e inversão sexual (14). Mauclair, modificando a técnica conhecida de auto-transplantações, num velho de 72 anos, que recebeu enxerto de um individuo de pouca idade, obteve que, na terceira noite seguinte aparecesse a erecção completa, que não era possível desde muitos anos antes.

Há ainda o caso de Pfeiffer, citado por Ciampolini, de individuo de vinte e oito anos, homo-sexual, que sofreu a operação de enxerto de testículo humano e cujo resultado foi brilhante. Não estava ainda cicatrizada a ferida operatória e já o paciente sentia tendências para o outro sexo, devendo-se afastar a possibilidade de acção sugestiva, visto como êle só sabia ter sido operado da hernia de que sofria (15).

As hetero-transplantações, com testículos de carneiro, não deram resultados duradouros nem definitivos, até que Voronoff e Thorek, em 1923, com enxertos de testículos de grandes antropoides, conseguiram obter transplantações que permaneceram alguns anos, com resultados apreciáveis. Há uma observação recente de Dartigues, de Paris, de um nevropata de 33 anos, cujas antigas tendências homossexuais foram logo melhoradas, aparecendo mesmo o desejo sexual e a vontade de casar, dois meses depois da operação da transplantação.

Há outras observações publicadas por Marañón de casos idênticos, dos quais três em que aconselhou o enxerto, de acôrdo com a técnica de Voronoff, sendo que em dois deles as melhoras foram bastante significativas.

O problema do *tratamento da inversão sexual*, pela opoterapia, não é, porém, questão definitivamente resolvida, havendo ainda alguns autores que duvidam de suas possibilidades. Dentre êles se destaca Bauer, baseado nos casos negativos de Kreuter e Fischer. O assunto comporta considerações de ordem técnica para compreensão mais clara das dificuldades da solução do problema.

Ê que o êxito do tratamento depende de muitos factores, alguns dos quais não ainda suficientemente esclarecidos. Antes de tudo, é preciso insistir na necessidade de iniciar as medidas terapêuticas muito precocemente, sem esperar que as alterações somáticas se instalem definitivamente. Marañón, ao aconselhar

o método duplo da associação do enxerto com a opoterapia, diz que «a eficácia destes métodos deve ser procurada no período em que se instalam e constituem grande parte das perturbações inter-sexuais, isto é, imediatamente depois dos primeiros anos da puberdade. Por isso, devemos insistir junto dos educadores, e sobretudo, dos pais e das mãis, para que observem seus filhos, nessa idade, com o maior empenho e cuidado, especialmente em relação com a sua morfologia e conduta sexual, pois mais tarde, quando o jovem tiver suas perversões estabelecidas, ao chegar às mãos dos médicos, ou, talvez, quem sabe, dos juizes as coisas já tenham pouco remédio».

Outra autoridade, Hirschfeld, confirma o aparecimento precoce dos elementos capazes de permitir um diagnóstico: «Parece-me absolutamente certo que o homo-sexual mostra, desde cedo, sinais de sua peculiaridade somática e psíquica. Esta última se observa, em alguns deles, na mais tenra juventude, ao passo que está ausente em outros indivíduos educados no mesmo meio e de maneira idêntica. Todo o homo-sexual parece ter sido distinto, em sua meninice das demais crianças. Em muitos casos, este modo especial de ser, se manifesta, claramente, na idade escolar, embora a causa real ainda não seja conhecida.

Mais do que éle próprio, suas amizades e todos os que com éle têm relações conhecem, em sua conduta, certas peculiaridades do outro sexo» (16).

Em relação com o insucesso, referido por alguns autores, do tratamento opoterápico, Marañón explica: «Não há duvida que a ineficácia dos extractos testiculares se deve única e exclusivamente a uma questão de técnica.

Estamos, a este respeito, na mesma situação de alguns anos atrás, quando nós mesmos perguntávamos, cheios de perplexidade, porque razão os extractos do pâncreas eram inactivos, na diabetes, mesmo demonstrado como estava que a doença se devia a uma falta de increção pancreática, e que, experimentalmente, o enxerto de um pedaço de glandula suprimia o síndrome diabético nos animais. «Quando se descobrir um extracto pancreático activo e estável dizia eu então — estas perplexidades se desvanecerão.

É anti-científico querer tirar conclusões fisiológicas da falta de eficácia dos extractos actuais, pois tudo se deve a qualquer

êro de técnica». Realmente, pouco depois, era descoberta a insulina. Do mesmo modo, acredito que, em prazo não muito longo, se elaborará um extracto testicular útil, ou será isolado o hormonio específico da glandula» (17).

Peritz (18) publicou o caso de melhoras evidentes no metabolismo, morfologia e desenvolvimento sexual de um eunucoide depois da ingestão de testículo.

Brantome aconselha o uso do tecido testicular total fresco, hábito aliás comum na Espanha, segundo Marañón. Busquet obteve, experimentalmente, resultados excelentes, não só por meio de extractos testiculares como também com injeções de sôro sanguíneo extraído de animais novos e, por isso, rico de hormonios testiculares.

Os enxertos realizados no homem, com a técnica de Voronoff, de glandulas extraídas de macacos superiores, se bem que ainda não completamente eficientes, em todos os casos, demonstram a possibilidade de resultados favoráveis, em certos individuos, especialmente quando realizados muito precocemente. O próprio Bauer, que assinalou os fracassos de vários autores, nesse sentido, reconhece a sua eficiência indiscutível, quando realizados antes da puberdade.

É preciso, porém, recordar e insistir que não é só com extractos testiculares que se poderá actuar na terapêutica desses casos. Há outros recursos dentro da própria opoterapia, com os extractos não específicos, de natureza hipofisária, supra-renal e tiroideia. Em relação com este último, há casos eloquentes, publicados por numerosos autores. Marañón, entre outros, apresenta resultados magníficos, obtidos em rapazes de 20 anos, que perderam logo seus traços afeminados, recobrando os característicos viris do sexo.

Eis a conclusão desse autor: «Em muitos desses casos, conseguimos apenas provavelmente ajudar a evolução favorável da natureza, mas, em outros, temos a certeza de haver evitado desvios da sexualidade, que seriam de outro modo perduráveis».

Em resposta a Bauer, que procurou invalidar esses factos, diz Marañón: «Em outros, porém, não se poderá negar a boa influência da medicação, que modifica o metabolismo, desvanecendo os sinais de hipogenitalismo, com um ritmo mais acelerado que antes do tratamento. A prova está em que tais rapa-

zes se transformam em eunucoides ou homo-sexuais, quando são abandonados à sua evolução natural » (19).

As esperanças no tratamento da inversão sexual estão hoje partilhadas por outros autores e especialistas. Gina Lombroso pensa que das experiências de Steinach e dos resultados obtidos pelas intervenções cirúrgicas de Lichtersterne é lícito deduzir que se possa modificar ou ao menos atenuar êsses desvios dos caracteres somáticos e psíquicos dos psicopatas sexuais, quando devidos a alterações endócrinas (20). O prof. Mário Câmara, de Turim, que foi um dos primeiros a chamar a atenção para as origens orgânico-endócrinas da criminalidade sexual, acredita que o homo-sexualismo está condicionado por graves distúrbios hormonícos e dêsse modo deve-se acreditar na sua terapêutica, por meio de intervenções cirúrgicas ou de outros recursos, especialmente opoterápicos (21).

São estas as verdadeiras possibilidades actuais no campo da terapêutica dos males oriundos da inversão sexual, ligados a causas de natureza somática e resultantes do desequilíbrio da formula endócrina individual, de acôrdo com os partidários da teoria constitucional.

Examinemos agora ligeiramente as sugestões lembradas pelos que acreditam na influência decisiva do ambiente em que são creados e educados os homo-sexuais.

Eis a opinião de um dos mestres da psicanálise. Wilhelm Stekel: « Afirma que ninguém nasce homo-sexual, mas se torna homo-sexual, em virtude da educação errada. O meio e a influência nefasta é que os torna homo-sexuais.

Pais e pedagogos precisam saber que está em suas mãos, por meio de adequada educação e pela proibição de medidas perigosas, possibilitar aos filhos a sublimação de todos os instintos sociais. Posso provar, com exemplos frisantes, como a acumulação de êrros na educação de uma criança a empurra numa direcção homo-sexual. Minha experiência ensina, com fôrça de convicção, que a homo-sexualidade é curável e cede ao poder de uma direcção psicológica competente. Minhas observações e pesquisas de muitos anos me convenceram que as influências da mocidade são decisivas, para o aparecimento da homo-sexualidade.

Por isso, volto-me para os pais, afim de que evitem todos os êrros educacionais que privem a criança da sexualidade normal.

A relação de forças entre o pai e a mãe representa também um papel importante. Atrás da homo-sexualidade oculta-se o medo, em face da mulher.

Nos lares em que a mãe é senhora absoluta, pode-se formar, na alma do menino, uma tendência a nunca se submeter a uma mulher».

Essas providências, lembradas pelo psicanalista de Viena, são indispensáveis, sobretudo nos casos em que se mostram evidentes as influências do mau ambiente familiar, não só desencadeando, como alimentando ou agravando, as tendências e predisposições ligadas a causas de natureza congénita. Para isso, é indispensável o estudo preliminar e completo da personalidade da criança, por meio de especialistas, maximo das suas aptidões e do carácter, quer ela viva no seio da família, na escola ou em internatos. Só assim será possível o conhecimento de cada caso concreto, e sua classificação, de acôrdo com as modernas ideias das escolas constitucionalista e biotipologica, não só sob o ponto de vista físico, como mental e psicológico.

Em muitos casos, sobretudo quando está em causa o filho único, em que é predominante a influência materna, a solução, será o afastamento imediato do ambiente familiar, afim da criança poder privar com pessoas de sua idade e de sexo contrário, para aprender o seu futuro papel na vida e na sociedade com seus conflitos e lutas, perigos e dificuldades, desacostumando-se de regalias e privilégios a que estava afeita, sem os carinhos e facilidades do ambiente materno, especialmente quando se trata do «*Enfant gaté*», criado sempre na ignorância das noções mais elementares da vida sexual, ou o que é mais grave e prejudicial, aprendendo erradamente ou adquirindo ideias falsas e absurdas, sôbre problemas fundamentais relativos ao sexo. Em tais casos, é inútil a colocação em colégios internos, onde haja dormitórios colectivos sem uma fiscalização rigorosa e na convivência exclusiva com crianças do mesmo sexo. Essa situação é, em regra, agravada pela ausência absoluta de trabalhos profissionais ou exercícios físicos, cientificamente controlados, além da prática de esportes, adequados a cada caso concreto, depois de rigorosos exames médicos individuais.

Outro ponto fundamental do problema é a preocupação dominante, entre os invertidos sexuais, de conquistar por todos os

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

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^o)

Depositários
exclusivos

TEIXEIRA LOPES & C.^a, L.^{da}

45, R. Santa Justa, 2.^o
LISBOA

Livraria Moura Marques & Filho

19 - Largo Miguel Bombarda - 25

COIMBRA

Grande sortido em material cirúrgico, tais como:
Pinças, Bisturis, Tesouras, Sondas uterinas, Termocautérios, Forceps, Fonendoscópios, Bazzi-Bianchi, Stetoscópios, Ecoscópios, Termómetros, Estojos para Anatomia.
Grande sortido em estojos para seringas e ampolas.

INFLAMAÇÕES DA PELVIS

O resultado do tratamento com **Antiphlogistine** é algumas vezes maravilhoso, em casos de cervicites e salpingites.

Actuando sobre os tecidos pela indução de uma activa hiperemia, ela auxilia a melhorar a temperatura da viscera da pelvis, e a provocar a leucocitose local.

Depois de aquecida à temperatura que se deseja, a **Antiphlogistine** deve ser introduzida na forma de um tampão. Penetrando todas as concavidades e conformando-se a todas as depressões, esse medicamento vai ali exercer a sua acção suavizante e benéfica aos tecidos.

Antiphlogistine é altamente glicerizada (45%) e contém, além disso, ácidos bórico e salicílico, compostos de iodo óleos de gaulteria, eucalipto e hortelã pimenta, misturados numa base do mais fino silicato de alumínio anidro.

Amostra sob pedido

THE DENVER CHEMICAL MFG. COMPANY

465, Varick Street — NOVA YORK

ROBINSON, BARDSLEY & O.,

Cais do Sodré, 8 — LISBOA



Antiphlogistine

meios, novos adeptos de suas tendências anormais. E como é nos meios artísticos e literários que é mais frequente essa anomalia do instinto sexual, há os mais sérios perigos nesse proselitismo especialmente para a mocidade desprevenida, com relação aos livros e romances que exploram os desvios do amor, onde so contaminam com ideias e hábitos prejudiciais ao desenvolvimento normal das suas funções sexuais.

Conclusões Médico-Sociais

Quer se adopte, pois, a teoria psicogenética, quer se aceite a razão endocrínica, para explicar o homo-sexualismo em qualquer das duas hipóteses, é preciso modificar a nossa atitude diante dessa classe de indivíduos, cada vez mais numerosa, em todos os países civilizados, de tal modo que na Alemanha as estatísticas afirmam a existência de um deles para cada 30 indivíduos normais, isto é, cêrca de dois milhões de invertidos sexais. Os partidários da doutrina de Freud afirmam: «O castigo dos que sofrem de perversões sexuais é injusto e não tem a menor razão de ser, é pela educação e não pelas penalidades que se deve lutar contra êles. Os invertidos são como os criminosos neuróticos, entes hipermorais, pois suas perversões traduzem o horrôr ao incesto e o desejo de escapar ao conflito de Oedipo». Stekel, não obstante afastado do mestre ainda assim, neste ponto, está de acôrdo com êle: «A homo-sexualidade, durante muito tempo proibida como vício e severamente castigada, foi finalmente reconhecida como doença, portanto como anormalidade.

Sou de opinião que nenhum homem deve ser castigado pelas variações de sua vida sexual, desde que não faça mal aos outros e não provoque escandalos.

Marañón, defensor da explicação constitucional dessa anomalia do instinto sexual, declara textualmente: «Block diz que a Espanha foi a primeira a suprimir dos códigos a selvageria de punir os homo-sexuais. Devemo-nos orgulhar disso, já que se sabe que castigar um dêsses indivíduos não é sòmente uma insensatez, no campo científico, mas sobretudo táctica inútil, sob o ponto de vista social, porque, além de desumano, é praticamente ineficaz, dada a psicologia peculiar a êsses infelizes. Haja em vista a extraordinária recrudescencia da homo-sexualidade,

na Inglaterra, depois do escandaloso processo movido contra Oscar Wilde. O invertido é tão responsável, pela sua anormalidade quanto um diabético pela sua glicosuria».

No fim do século passado, referia Krafft-Ebing, que a estatística criminal mostrava o facto triste de, na civilização actual, os delitos sexuais crescerem progressivamente e, em especial, os actos de deboche com menores de 14 anos. E acrescenta: «O moralista vê nestes factos, uma decadência dos costumes gerais e chega à conclusão de que a grande doçura dos legisladores modernos na punição dos delitos sexuais, comparada ao rigor dos seculos passados, é, em parte, a causa dêsse aumento».

Explicando como novas causas de excitação da vida de hoje concorrem para forçar o aumento de tais perturbações, na esfera sexual, êsse psiquiatra chamava, desde essa época, a atenção dos juizes e legisladores para a importância da contribuição da ciência médica, na explicação dos actos sexuais tidos como monstruosos e paradoxais. E, por fim, concluia: «Uma justiça que só aprecia o acto isolado, e não o seu autor, arrisca de lesar interesses importantes, não só da sociedade como do próprio individuo. Em nenhum terreno criminal é mais necessário do que nos delitos sexuais que os estudos do magistrado e do médico-legista se completem, porque só o exame antropoclínico do paciente poderá trazer a luz». É mais ou menos o mesmo, se bem que outras palavras, o pensamento de Jiménez de Asúa: «As penalidades que alguns códigos e projectos modernos impõem aos actos homo-sexuais estão orientadas por falsissimas concepções médicas ou, melhor, pela ignorância dos problemas mais elementares de patologia sexual. Longe de afirmar-se hoje que o invertido é um delinqüente, procura-se uma interpretação científica, a cuja luz parece evidente que o amôr socrático e o amôr sáfico, não são actos delitivos, mas factos reveladores de transtornos constitucionais».

Tem pois razão o mestre Afranio Peixoto quando diz: «Em vez de anatematizar e fazer chover enxofre e saís sôbre Sodoma e Gomorra dos vícios contra a natureza, mais inteligente será compreendendo êsse êrro, tratar de corrigi-lo. Em vez de condenação, um diagnóstico e o devido tratamento». Esta atitude da sociedade estaria mais de acôrdo com a ciência, com a moral e com a justiça.

BIBLIOGRAFIA

1. Le déterminisme du sexe et l'intersexualité, Paris, 1932, pág. 138.
2. La evolución de la sexualidad, pág. 136, 2.ª ed., Madrid, 1930.
3. Wien, K. Woch., 1920, pág. 185.
4. Op. ct., pág. 3.
5. Klin. Woch., 1927, pág. 1023.
6. Biol. und Pathol. des Weibes, Halban und Söitz, III, Berlin, 1924.
7. Op. ct., págs. 131 e 138.
8. Op. cit., pág. 154.
9. Drei Adhandlungen zur Sexualtheorie, Wien, 1920.
10. Die Homosexualität, Berlin, 1913.
11. Op. ct., pág. 148.
12. Las secreciones internas, Madrid, 1928, pág. 250.
13. Munch, Med. Woch., 1918, pág. 6.
14. A. Lipschutz — Las secreciones internas, Madrid, 1928, pág. 83.
15. Sessualità e Medicina Legale, Milano, 1936, pág. 280.
16. Op. ct., pág. 252.
17. Arch. f. Fr. und Konst., 1927, 13, pág. 438.
18. Cit. de Vignes, Opothér, gén., Paris, 1927.
19. Op. ct., pág. 257.
20. La genesi e la cura dei reati sessuali nella endocrinologia, Roma, 1924.
21. Ender. y Criminal., Ruiz-Funes, Madrid, 1929, pág. 250.

TRABAJOS DE CIRUGIA DE GUERRA

LA LIMPIEZA QUIRURGICA PRECOZ DE LAS HERIDAS Y SUS CONSECUENCIAS TARDIAS

POR

DOCTOR MANUEL G. DURÁN

CAPITÁN MÉDICO JEFE DEL EQUIPO QUIRÚRGICO N.º 1

La limpieza quirúrgica vista a distancia resulta deformada, exagerada, aleatoria y siempre en pugna aparente con la cirugía reparadora o tardia de los heridos.

Efectivamente, vistos tardiamente los heridos sometidos a L. Q. en los Hospitales de Sangre, se puede pensar que el Cirujano del frente actuó con cierta ligereza, o por lo menos de un modo demasiado radical al someter, no importa que herida, a la limpieza con bisturí.

Se ven sin duda, en los Hospitales de retaguardia, heridos :
1.º—Con amplias heridas y enormes pérdidas de masas musculares que ocasionan una gran incapacidad. 2.º—Fracturas no consolidadas o amplias pseudo-artrosis por pérdida directa del tallo óseo; y toda la gama de fistulas residuales por osteomielitis fracturarias.
3.º—Secciones nerviosas que bloquean todo el funcionalismo de un segmento periférico. 4.º—Trastornos tróficos por déficit circulatorio o lesiones simpáticas. 5.º—Rigideces articulares y anquilosis. 6.º—Aneurismas traumáticos simples o arterio-venosos.
7.º—Amputaciones con muñones dolorosos cónicos, no protésicos, que obligan a reamputaciones. Esto y mucho más, en lo que se refiere a los miembros.

Pero además, se ven heridos con: 1.º — Hernias cerebrales por extensa pérdida de esqueleto craneal. 2.º — Deformidades tremendas por amplias fracturas de infra-maxilar. 3.º — Pleuresias rebeldes con deformaciones consecutivas; hernias de pulmón. 4.º — Hernias de pared abdominal por grandes metrallazos. En fin secuelas tardías de extensas heridas de sustancia parietal, de no importa que cavidad.

Ahora bien, éstas lesiones constituyen todo un extenso capítulo, que podremos englobar en el gran grupo de las llamadas afecciones quirúrgicas. Efectivamente la afección es una enfermedad, con la diferencia de que ésta se pone en marcha tan pronto como obra su causa sobre nuestro organismo, mientras que la afección es algo terminal o residual, en que aboca una lesión en éste caso particular, una herida que no ha evolucionado normalmente hacia su curación integral. Además la afección constituye algo permanente y invariable, que no tiende a evolucionar ni hacia la curación ni tampoco hacia la muerte.

Así por ejemplo, un aneurisma traumático constituye una afección o estado residual de una herida o lesión vascular: una hernia cerebral es una afección o consecuencia tardía de una pérdida craneal por herida penetrante de cráneo. Así pues, concretando, la cirugía de guerra de retaguardia se resume en una palabra, «afecciones», es decir, consecuencias tardías o secuelas de la cirugía de guerra del frente. Es natural por ello, que el cirujano de retaguardia proyecte siempre su raciocinio, al enjuiciar los problemas, con frecuencia muy difíciles que plantea una afección, hacia la conducta que los cirujanos del frente han seguido con no importa que herida, porque evidentemente ésta táctica quirúrgica de los Hospitales de Sangre, condiciona y imprime caracteres propios a la afección que se trata de corregir.

Existe evidentemente la tendencia muy explicable, en todo cirujano que se hace cargo de un antiguo herido, a reconstruir la historia traumática del combatiente caído, desde el momento mismo en que fué herido, hasta que llega a sus manos. Examina entonces la historia clínica que le acompaña, que forzosamente ha de ser muy simplificada, casi telegráfica, y con esos datos exigüos se ve obligado por un esfuerzo enorme de imaginación, a reconstruir la anatomía patológica pristina de aquella herida, tal como llegó al primer Hospital de Sangre. Si a ésto añadimos que de ordina-

rio el Cirujano que trata éstos antiguos heridos y exclusivamente basado en su práctica de paz, desconoce como «se fabrican» esas enormes heridas, producidas por los formidables elementos de combate modernos, tendremos explicado fácilmente como resulta muy difícil enjuiciar, sobre el verdadero valor de la L. Q. primitiva. Efectivamente, resulta muy difícil, no teniendo costumbre de examinar en «caliente» éstas heridas, formarse idea de la extensión, irregularidad, anfractuosidad y destrozos absolutamente caprichosos que presentan: en el fondo de una herida sucia llena de tierra y vestidos, con músculos desgarrados y contundidos, coágulos, cápsulas articulares al descubierto, arterias latiendo en el fondo, nervios destruidos etc. Éstas son las heridas que se ofrecen al Cirujano de un Hospital de Sangre y en las que la L. Q. ha de estar supeditada a una anatomía patológica absolutamente atípica y caprichosa. Tiene que dar por perdidos músculos de función muy activa, articulaciones básicas de un miembro, nervios que animan importantes grupos musculares, vasos que comprometen la vitalidad de un gran segmento de miembro, en fin, toda una serie de destrozos que de modo primitivo condenan al herido a la inutilidad, o la invalidez, y decimos todo ésto, para llegar a ésta conclusión: el Cirujano de retaguardia debe pensar que las lesiones irremediabiles, los trastornos enormes que aquejan los heridos, las incapacidades definitivas, no han sido determinadas de ningún modo por la L. Q. sino por el propio agente vulnerante, con su violencia y su fuerza explosiva insospechada actuando en incidencias a veces inverosímiles, y con formas irregulares y de aristas vivas y cortantes, y actuando de la manera mas increíble y absurda. — Y vamos a citar un caso concreto: Ingresa un herido con un metrallazo de rodilla; un orificio de entrada a nivel del tubérculo del tercer adductor y otro en la región súpero-externa, los orificios no son muy amplios pero la rodilla está distendida por un hemartros, y da la sensación de saco de nueces. Op —Evipán: desbridamiento de orificios previa monda de la zona tatuada, nos encontramos con tierra, restos de ropa y una pieza de mortero circular de unos 5 cm. de diámetro, incrustada en el espacio intercondíleo, fractura múltiple conminuta de epífisis femoral, cápsula ampliamente desgarrada. Es decir, un auténtico «estropeamiento interno» a pesar de lesiones superficiales inocentes. La amputación parecía imponerse, no obstante fuimos a la resec-

ción muy amplia y atípica, porque el destrozo femoral era enorme, pero el herido salvó el miembro, y es, que una idea fundamental debe estar muy gravada en el Cirujano del frente: ser conservador hasta la exageración, porque la experiencia nos ha demostrado, que miembros que se juzgaban perdidos, músculos que parecían sin fibras utilizables, vasos que teníamos condenados a ligadura, y nervios que reputábamos sin función, han sido restaurados con esa habilidad y ese sentido profundo que informa las cosas que realiza y condiciona la Naturaleza. Esta idea directriz conservadora es la primera fundamental condición, que ha de guiar todos los actos, todas las maniobras, y todas las intervenciones del Cirujano del frente.

Después de ésta idea fundamental conservadora, la estrategia quirúrgica, permítasenos la expresión, que ha de tener presente el Cirujano del frente, se resume en tres postulados: 1.º — Salvar vidas. 2.º — Procurar la recuperación en corto plazo y 3.º — Reducir al mínimo el enorme contingente de inútiles e inválidos.

Lo primero comporta las grandes intervenciones cavitarias; lo segundo la L. Q. seguida eventualmente de sutura primitiva, o secundaria; lo tercero, la cirugía mutilante, amputaciones, resecciones, desarticulaciones.

Así pues, tenemos ya localizada la cuestión que intentamos desarrollar, que se resume en la L. Q. de los heridos del frente, como factor determinante de afecciones que se observan en los Hospitales de retaguardia.

* * *

Y antes de seguir adelante, vamos a citar un caso concreto: llega un herido al Hospital de Sangre, con una herida amplia, anfractuosa, irregular que interesa el espesor de partes blandas de región glútea; está tatuada por la metralla, que en parte está incrustada en el fondo de la herida, manchada de tierra y restos de vestidos, las masas musculares de los glúteos y pelvi-trocantéreos están destruidas y arrancadas por la metralla, el isquion, la cápsula coxo-femoral, están al descubierto, una amplia zona de contusión y estupor traumático constituye el subsuelo y bordes de

la herida. ¿Que hacer? Dos caminos se ofrecen, que examinaremos serenamente: cura clásica sin empleo del bisturí, y L. Q. propiamente dicha.

Efectivamente, una conducta muy sencilla y cómoda para el Cirujano, es la siguiente: lavado amplio con cualquiera de los antisépticos que merezca su preferencia arrastrando los cuerpos extraños, y restos de tejidos que estén desprendidos, limitarse a separar con tijeras los restos musculares y aponeuróticos, que aparecen en la herida, así como los puentes y piltrafas que bordean la herida, y finalmente aplicar una cura húmeda o seca, también según las preferencias del Cirujano.

Las consecuencias de ésta táctica no se hacen esperar; o bien estalla directamente una gangrena gaseosa que acaba rápidamente con el herido, o bien se instala una gran supuración mal oliente, de tipo anaerobio que destruye y deseca los restos musculares, labra grandes trayectos a distancia, que obliga a amplios desbridamientos y secciones musculares, los nervios son macerados, los vasos ulcerados, y las articulaciones invadidas. El estado séptico del herido es muy grave y termina por la muerte, o bien acaba por ser un inútil o un inválido. — Esta evolución desastrosa es algo que todos los Cirujanos del frente hemos observado una y otra vez, en aquellos heridos que por la gravedad del shock no era posible hacer nada quirúrgico sobre su herida. Se reponían del shock, pero sucumbían de G. G. o de septicemia, de hemorragia secundaria o de embolia pulmonar, con absceso metastático. Aquellos que salvaban este temporal en el Hospital de Sangre, eran evacuados hacia retaguardia caquectizados, con una herida ampliamente supurada y anfractuosa, que pelotean de uno a otro hospital y que consumen enormes cantidades de material de cura, y que terminan a la postre siendo inútiles o inválidos.

En algunos casos el Cirujano ante éstas heridas tan sucias, y con fragmentos de tejidos mortificados, supurantes y mal olientes, eliminando cuerpos extraños, tierra o fragmentos de metralla incrustados en partes blandas, se decide a tomar una iniciativa, e interviene extirpando lo mas afectado, un poco ciegamente, es cierto, pero ya le es muy difícil separar con certeza lo directamente muerto de lo que aun tiene vitalidad, pero en todo caso actúa ya en una zona peligrosa, y de ningún modo indiferente, desde el punto de vista de la lucha local contra la infección; ataca

precisamente la zona de las granulaciones conjuntivas embrionarias, muy vasculares y que constituyen como se sabe, la barrera leucocitaria y conectiva, que protege en gran parte el organismo contra las consecuencias de la infección. Lo que puede significar ésta maniobra, se puede valorar fácilmente si pensamos en lo que ocurre en la renovación de las curas de Ohrr en las osteo-mielitis; recrudescimiento febril, agravación del enfermo y variar complicándola la flora bacteriológica de la herida.

Pero se comprende claramente, que la evolución de éstas heridas con esos fragmentos de partes blandas mortificadas, constituyendo verdaderos secuestros blandos, que han de ser eliminados por un proceso superponible al de los secuestros óseos de las osteo-mielitis. Es decir, que esperar a la eliminación espontánea del «secuestro blando» supone perder un tiempo considerable hasta que sea digerido por los elementos macrófagos y fermentos bacterianos, al propio tiempo que sometemos al herido a la septicemia crónica con sus secuelas obligadas de degeneración amilodea, metástasis y bloqueo retículo endotelial.

Así pues, la evolución espontánea de una herida abandonada a sí misma, no es favorable. No tenemos experiencia sobre el método de Carrel, que en los Hospitales de primera línea, nos parece en todo caso poco práctico, porque inmovilizaría los heridos y distraería mucho personal, y sobre todo porque éstos heridos son precisamente los que han de ser evacuados hacia retaguardia.

Pero en términos generales, la acción desodorante y digestiva nos parece que en todo no resuelve de modo satisfactorio la esterilización de las heridas ampliamente supuradas. En general, se puede aplicar el juicio que en conjunto merecen todos los antisépticos, que aparte su acción mecánica, su poder bactericida es problemático; en todo caso discutible. Nosotros no hemos visto un solo caso, de modificación evidente de una herida por los antisépticos, y es que las combinaciones extraordinariamente complejas que se producen entre los antisépticos y las secreciones de las heridas, como se sabe modifican totalmente la composición del antiséptico convirtiéndole, en el mejor de los casos, en un producto inerte e inofensivo para los gérmenes bacterianos.

Nos parece que las curas retardadas, siempre que esté asegurado el libre desagüe del pus y secreciones en toda herida anfrac-

tuosa, constituyen en todo caso, un proceder más biológico, más económico, más humano, y sobre todo que puede modificar más hondamente la bacteriología de la herida, por simplificar gracias a los antagonismos microbianos, la fórmula bacteriológica. En definitiva, el principio de las curas retardadas con su máxima expresión en la cura de Ohrr, Baer, etc., nos parece más beneficiosas, que la consabida rutina de las curas diarias largas, dolorosas, complejas, dispendiosas, que constituyen la labor clásica fundamental de los Hospitales de Cirugía traumática.

Pero varios accidentes acechan constantemente, a éstas supuraciones interminables de las grandes heridas de guerra moderna, son las hemorragias secundarias, las neuritis infectivas, y luego las trombosis y hemorragias secundarias y los procesos metastáticos.

Este calvario que sufren los heridos, con amplias lesiones destructivas, y que se resumen en la septicemia crónica, para terminar en el mejor de los casos, aparte de las alteraciones locales en una bancarrota orgánica, con taras que disminuyen su coeficiente funcional hasta convertirles en verdaderos hombres rotos. — Se puede observar esta evolución en toda su pureza, en los shockados que, precisamente por su shock, no es posible hacer nada quirúrgico sobre sus heridas: se trata como se comprende, de enormes destrozos con amplios focos de destrucción, que precisamente determinan y condicionan el shock.

Pués bien, si el herido vence el «bache» que supone su shock y escapa a la G. G. queda condenado a una tremenda supuración, y una gravísima septicemia, con todas sus consecuencias.

Hemos de advertir, un hecho de observación indudable: que en los shockados, las infecciones aún de las heridas operatorias es inevitable, queremos decir lo siguiente: que si a un shockado con amplias heridas sangrantes practicamos una ligadura, o repuesto de su shock hacemos una amputación, para separar aquel miembro destrozado, hay las mayores probabilidades para que la herida se infecte. Esto que ya hicimos notar en nuestro Raport sobre cirugía de guerra, es una circunstancia que evidentemente viene a agravar el pronóstico de las heridas con amplios destrozos de los miembros. Tiene en todo caso el valor de algo experimental que demuestra como evolucionan las heridas sin L. Q.

* * *

Quisiéramos enjuiciar éste problema de la L. Q. primitiva con un criterio absolutamente objetivo, dejando a un lado toda disquisición teórica o doctrinal.

Para ello, nosotros seguimos la táctica siguiente: en una herida amplia y anfractuosa, hacemos en una mitad L. Q. clásica, y en la otra dejamos la evolución normal y espontánea, y observamos comparativamente la marcha en ambas mitades.

Sometemos la herida a helioterapia sistemática, empezado por media hora, que seguimos aumentando diez minutos cada día hasta hora y media. Nos faltaba un detalle para completar la observación: el exámen bacteriológico sistemático de la herida. Nos contentamos con el aspecto clínico, que en sí es bastante demostrativo.

Pués bien, la observación diaria de la herida nos demuestra lo siguiente: la zona sometida a L. Q. está sonrosada, tersa, limpia y bien pronto se cubre de mamelones conjuntivos embrionarios, duros y poco elevados del fondo, no sangrantes, en una palabra, granulaciones conjuntivas de buena naturaleza; además las secreciones de la herida disminuyen rápidamente. La zona no sometida a L. Q. está pálida y de color pardo oscuro, cubierta de un exudado pegajoso y fibrinoso: no existe ningún mamelón, sino un tejido fungoso uniforme blando y fácilmente sangrante, demostrando su mala calidad; las secreciones son abundantes y llenan las anfractuosidades y puntos declives de la herida: un olor sanioso y soso empapa el vendaje, donde fácilmente cultiva el pioiciánico.

Existen zonas musculares desvitalizadas de color más pálido, que persisten sin modificación alguna, esperando que se establezca el surco de eliminación.

Finalmente es más dolorosa que su homóloga y las hemorragias secundarias y las neuritis son desde luego frecuentes y tenaces. Los bordes cutáneos de la zona limpia tienden a adherirse a las granulaciones conjuntivas, que a su vez van rellenando con rapidez el fondo de la herida.

En cambio en la parte que evoluciona espontáneamente, los bordes tienen un color verdoso azulado, continúan desprendidos y tienden a grangrenarse, trayectos subcutáneos que retienen y obligan a desbridamientos amplios, que se infectan nuevamente. — Lo mismo ocurre con el fondo anfractuosa de la herida: el pus gana fácilmente los intersticios musculares profundos, particularmente el camino de los espacios peri-capsulares, donde puede ganar las cavidades articulares, produciendo artritis muy graves, que obligan con frecuencia a mutilaciones irremediables.

Pero aparte de esto, la lentitud de la reparación de la herida es desesperante; no ha y ninguna tendencia a la formación de granulaciones, que tiendan a rellenar y favorecer la aproximación de los bordes de la herida.

La observación atenta y diaria de la herida nos muestra mejor que todas las cosas la necesidad de ésta L. Q. Efectivamente, se ve en los bordes, una capa de unos cuantos mm. de espesor, absolutamente uniforme, de coloración verdosa y desvitalizada, que se va separando por un surco blanquecino, a modo de halo de la piel ambiente, y que se continua con una capa de «moho» que barniza toda la herida, y que señala hacia los cinco días precisamente, toda la monda que el Cirujano debió haber hecho desde un principio, y que la Naturaleza se encargó de hacer secundariamente.

Es posible que esta monda espontánea que hace la Naturaleza sea más hábil, más regular, y quizás más conservadora, que la practicada por el Cirujano desde el primer momento, pero es también, demasiado tardía y sobre todo, más peligrosa, particularmente porque la zona de supuración que se establece debajo, puede ulcerar vasos, disecar nervios y abrir cavidades próximas.

Esta experiencia, tan sencilla que cualquiera puede realizar, nos demuestra claramente los beneficios que a priori nos puede proporcionar la L. Q. primitiva. Y viene a punto ahora, tratar de una cuestión de máxima trascendencia en cirugía de guerra, que enunciamos así: ¿Que acción tiene la L. Q. primitiva, en la profilaxis de la G. G.? Esta terrible complicación de las heridas de las guerras modernas, es una constante preocupación del Cirujano del frente.

Las heridas producidas en su inmensa mayoría por artillería, mortero, granada de mano, aviación y mina tienen los caracteres

anátomo-patológicos absolutamente favorables para el desarrollo de la G. G. y sobre lo que no vamos a insistir nuevamente. Basta saber, que en su fondo están incrustados fragmentos de metralla, tierra y restos de vestidos, elementos todos vectores del complejo bacteriológico anaerobio, que en contacto con tejidos estuporados de un sujeto bloqueado por el shock abocan con la máxima facilidad a la G. G.

Claro que nos estamos refiriendo a la auténtica y temible G. G., con su edema, sus burbujas, su tinte bronceado y su tremenda intoxicación, casi absolutamente fatal cualquiera que sea lo que se intente. De ningún modo, incluimos aquí las supuraciones anaerobias que se instalan con mucha frecuencia en las heridas de guerra, y que no tienen nada que ver con aquella. Del mismo modo que los abscesos perineales gangrenosos, no son de ningún modo G. G. auténtica.

Pués bien, teniendo en cuenta el pronóstico casi absolutamente fatal de la G. G. su profilaxis tiene una importancia crucial, y nosotros pensamos que la L. Q. primitiva, seguida de helioterápia, o en su defecto lámpara de cuarzo, o ondas extra cortas son, junto al suero, las mejores armas de que disponemos.

Respecto al suero, tenemos la impresión de que su eficacia dista mucho de ser tan demostrativa, como la de su inseparable suero antitetánico, hasta el punto que la L. Q. y la helioterápia, nos parecen superiores. Em todo caso, no vemos ningún inconveniente en la asociación de éstos agentes.

Hemos observado casos de sedales exclusivamente de partes blandas de muslo y pierna, todo lo limpio y regular que se puede imaginar, sin lesión ósea, ni vascular, terminar por G. G. mortal, a pesar de 20 cc. de suero parenteral y en aplicación local.

En cambio, hemos visto heridas del peor aspecto, y con las mayores probabilidades para que estallara una G. G., terminar favorablemente tratadas por L. Q. y sol. — En aquellos casos en que la L. Q. no puede hacerse, por tratarse de individuos shockados, si el individuo vence su shock, queda amenazado de una G. G. a veces fulminante, a pesar del suero. Evidentemente ésto no quiere decir de ningún modo, que se prescindiera del suero, antes bien, es preciso emplearle y nosotros así lo hacemos en todos los casos de heridas sospechosas, en cuanto ingresan, pero pensando

que con ello solo, no ponemos al herido a cubierto contra la terrible infección, sino que hay que complementarle con las medidas indicadas. Y en éste sentido se comprende que la L. Q., la ronda de todos los tejidos contaminados por anaerobios, es altamente beneficiosa, por poner además al descubierto los recesos y anfractuosidades, de tal modo que se aireen los intersticios y llegue el sol hasta el fondo y subsuelo de la herida.

Así hemos tratado heridas con enormes destrozos de regiones particularmente expuestas a G. G. correspondientes a raíz de muslo, escroto y periné, haciendo una limpieza ordenada, amplia, económica y pensando siempre en el porvenir funcional del individuo.

Ahora bien, ésta intervención que pudiera creerse como de cirugía menor, es por el contrario una maniobra delicada, que requiere tener un conocimiento anatómico muy preciso de la región, de las condiciones anatómopatológicas especiales de la herida, y luego saber la profundidad a que podemos llegar.

Como anestésico empleamos siempre que podemos y tenemos disponibilidades, el evipán sódico, previa inyección de morfina-escopolamina. Este anestésico aparte de su aplicación casi específica para la cirugía de cabeza, cuello y tórax, lo consideramos así mismo un excelente agente para L. Q.: es de fácil aplicación y produce un sueño muy agradable, tranquilo y rápido, no modifica apenas la tensión, tiene una duración suficiente para una limpieza quirúrgica ordinaria, y sobre todo, es casi el único anestésico posible en los shockados que pueden tolerar una intervención. A veces se observa un corto temblor un poco molesto, pero desaparece haciendo inhalar unas gotas de cloroformo, en cuyo caso actúa como auténtico anestésico de base. En éstos casos de shock, la anestesia general nos parece muy tóxica, la local y loco-regional insuficiente y la raquí peligrosa por la hipotensión. Tiene además el evipán la ventaja de que el sueño se prolonga a veces una hora después de la intervención, lo que proporciona un excelente alivio al herido.

Después de anestesia, hacemos hemostasia por tubo, para conservar la máxima visibilidad de la herida.

Nosotros regamos ampliamente la herida con agua oxigenada que separa las inmundicias más groseras y deterge los tejidos, secamos cuidadosamente la herida y sus alrededores, embadurnamos con iodo y limitamos el campo.

Recortamos los bordes cutáneos en una anchura de 4 5 mm. La anchura de uno a dos mm. nos parece demasiado escasa para éstas heridas de bordes tan sumamente contundidos y desgarrados. Además en los casos de evolución espontánea, hemos visto que se delimita una faja de un espesor que no baja de medio cm. Luego seguimos escindiendo con mucho tino los tejidos contundidos y desgarrados; pero sobretodo ponemos al descubierto los nervios y vasos de la región para evitar su lesión involuntaria, rapando la vaina conjuntiva que esté sucia. Asimismo es preciso disecar con ahinco las anfractuosidades y recovecos que pueden existir en tejido subcutáneo y paredes de la brecha traumática, y que son muy peligrosos porque suelen alojar metralla con restos de vestido. Poco importa que hayamos mondado toda la herida, si dejamos un recesus con cuerpos extraños donde con gran facilidad puede prender la G. G.

Naturalmente, que tanto las incisiones de la piel, como de las demás partes blandas han de ser siempre longitudinales y siguiendo los intersticios anatómicos conocidos.

Particularmente conviene desbridar ampliamente la aponeurosis, que muy frecuentemente embrida y oculta destrozos subaponeuróticos; además el tejido fibroso constituye como se sabe un verdadero cuerpo extraño que se defiende muy mal contra la infección, por su nutrición precaria, por ello los colgajos aponeuróticos deben separarse inmediatamente. Lo mismo ocurre con los tendones que quedan absolutamente libres, como cuerdas de guitarra atravesando la herida: faltos de su sostén conjuntivo se desnutren, caen casi fatalmente en necrosis y se eliminan. Se exceptúan los casos en que podemos intentar un cierre primitivo de la herida, en cuyo caso podemos ser conservadores aunque sin hacernos grandes ilusiones sobre su conservación definitiva.

Respecto a los músculos, unos están parcialmente destruidos, otros lo han sido totalmente y el vientre muscular está seccionado faltando en una cierta extensión. También aquí la sutura muscular a distancia o bien a contacto es del todo problemática y aleatoria. Nosotros lo hemos intentado cuando fuimos a la sutura primitiva, pero éstos puntos abandonados en la herida, constituyen verdaderos cuerpos extraños donde prende fácilmente el microbismo residual, que naturalmente siempre queda en la herida.

Algo parecido ocurre con los nervios; cuando no existe mas

que sección sin pérdida de sustancia, hacemos constantemente sutura pues vale la pena de correr el albur de una cicatrización per primam. Lo hicimos en cubital, radial y ciático y desde luego alguna de éstas heridas han cicatrizado por primera intención. De paso diremos que en una sutura de radial, hemos observado claramente sensibilidad protopática al día siguiente de la sutura. De los resultados definitivos no podemos juzgar por ser evacuados los heridos.

Cuando hay pérdida de sustancia nerviosa, nos limitamos a hundir los extremos nerviosos en los vientres musculares vecinos, para al menos alejarlos del foco traumático supurado, que le englobaría en la cicatriz con el consiguiente neuroma. — Con los vasos de gran calibre hay que ser muy respetuosos pero sin olvidar que esos vasos que laten en el fondo de la herida, constituyen un serio peligro: flebitis, trombosis y hemorragias secundarias por eliminación de escara. Ello comporta un taponamiento prudente de la herida y una vigilancia constante. Pero si los vasos están lesionados, podría plantearse la cuestión de sutura vascular: en general, la cirugía vascular conservadora en éstas heridas de hecho infectadas, es de resultados muy dudosos. Nosotros la hemos realizado como otros Cirujanos del Frente, pero por lo que a nosotros respecta, nos parece mucho más prudente y segura la ligadura. Hay sin embargo, que hacer notar que precisamente en estas heridas con grandes destrozos vasculares, están bloqueadas las arteriolas capilares de los músculos y por tanto la circulación colateral compensadora en el sentido expuesto por Leriche puede estar formalmente comprometida. En todo caso nos parece que la ligadura in situ, es preferible a la clásica, para bloquear al *mínimum* las vías de compensación circulatoria.

En el hueso solo extirpamos las esquirlas que han perdido toda conexión con el esqueleto del miembro, y están incrustadas en las paredes de la herida: Así mismo, deben regularizarse los extremos óseos puntiagudos que sobresalen en la herida. — Terminada la limpieza en el curso de la cual debe cambiarse con frecuencia de instrumental, regamos la herida con éter, y viene la cuestión de resolver si debe suturarse la herida o dejarla a cielo abierto.

En términos generales interviniendo antes de las 6 horas, si la herida no está primitivamente muy sucia, y si quedamos satisfechos de la limpieza practicada, vamos directamente a la



PRODUTOS SANDOZ

**SANDOZ**

De prescrição exclusivamente médica

SANDOZ

Produto e composição	INDICAÇÕES	Posologia média diária
ALLISATINE 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
BELLAFOLINE 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 empolas por dia
BELLADENAL Complexo alcalóidico integral da beladona fresca (Bellafoline) + feniletilmalonilureia	Sedativo dos casos resistentes. Epilepsia, asma, angina de peito, vômitos incoerentes, enxaquecas, dismenorrea, ansiedade, etc.	2 a 4 (até 5) comprimidos por dia.
BELLERGAL Associação de fracas doses: <i>Bellafoline</i> : Inibidor tipo do vago. <i>Gynergene</i> : frenador eléctrico de simpático. <i>Feniletilmalonilureia</i> : Sedativo de acção central	Medicação estabilizadora do sistema neuro-vegetativo	3 a 5 drageas por dia
CALCIBRONAT Combinação bromo-cálcica orgânica.	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
CALCIUM-SANDOZ Sal orgânico de cal, eficaz por via gástrica. É o produto melhor tolerado pela via venosa. Injeçável por via intramuscular em doses eficazes	Descalcificação, raquitismo, estados tetanigêneos, espasmo-filia, 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)
DIGILANIDE 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
CYNERGENE Tartarato de ergotamina Stoll; alcalóide, principio específico da cravagem do centeio sob forma estável e cristalizada	Atonia uterina, hemorragias obstétricas e ginecológicas. Sedação do simpático: Basedow, taquicardia paroxística, enxaquecas, etc.	(muito individual e segundo os casos) 1 a 2 comprimidos ou XV a XXX gotas 2 vezes por dia ou 1/4 a 1 cc. de cada vez
OPTALIDON Nova associação antineuralgic e sedativa	Todas as dores: nevralgias, ciáticas, dores reumáticas, dores de dentes, etc.	2 a 6 drageas
SCILARENE Complexo glicosídico, cristalizado e estabilizado do bolbo de Scila	Diurético azotúrico, cardiotónico de sustento (acumulação débil), nefrite, oligúria, assistolia, aritmia, coração senil, miocardite	2 a 6 comprimidos, ou XI. CXX gotas por dia, ou 1/2 a 1 empola por via endovenosa.

Fabrique de Produits Chimiques — ci-devant SANDOZ, Bâle (Suisse)

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

À EX.^{MA} CLASSE MÉDICA

Vidago, Melgaço & Pedras Salgadas

Recorda que as suas reputadas Estâncias Termas de
**Vidago, Vidago-Salus,
Pedras Salgadas, Melgaço**

são oficialmente abertas em 1 de Junho (Salus abrirá em 1 de Julho) e funcionarão até 30 de Setembro.

Agradecem que os Ex.^{mos} Médicos, ao enviarem os seus clientes para as Termas, os façam acompanhar de uma sua carta ou cartão dirigida ao respectivo Director Clínico, que estará ao dispor dos seus colegas para qualquer informação que desejarem.

ÁGUA DA CURIA

A **água da Curia**, tomada internamente, não exerce apenas uma acção lixiviante ou d'arraste dos produtos de intoxicação.

Estudos recentes reconheceram na **água da Curia** um poder **zimosténico**, estimulante da actividade fermentativa, e uma **acção filatica** de defesa contra todos os venenos endógenos e exógenos (Congresso de Hidrologia de Lisboa).

E, pelo seu **ião cálcio**, (Vittel, cálcio 0,29 por litro-Curia, cálcio 0,55 por litro), é um poderoso agente de mobilização do ácido urico tissular, devido à combinação **uro-calcica**, que se forma no organismo (Inst. d'Hid. de Paris, Prof. Degrès).

sutura primitiva, cerrando en un solo plano la piel simplemente, sin drenaje alguno. Consideramos el drenaje de los miembros, particularmente cuando se trata de heridas profundas que interesan el propio hueso, como contraindicado. Evidentemente se producen hematomas que hay que vaciar inmediatamente, pero el drenaje supone casi fatalmente a infección. En algunos casos de heridas muy sangrantes en sábana recurrimos al drenaje que llamamos nosotros cerrado; una o varias mechas apiladas en el hueco de la herida suturando encima la piel, al segundo o tercer día son retiradas soltando uno o dos puntos, que se reponen inmediatamente con agrafes.

Si la piel no llega, recurrimos a las incisiones liberatrices.

Este proceder es particularmente beneficioso cuando se trata de fracturas y heridas articulares. Es verdaderamente halagador ver fracturas abiertas y heridas articulares después de tratadas por la L. Q. y sutura primitiva de la piel exclusivamente, evolucionar como si fueran cerradas. Y hemos observado casos de fragmentos de metralla intra-articulares de codo y rodilla, tratados por resección primitiva de bordes y sutura en un solo plano de piel, evolucionar normalmente. Es sin duda éste proceder, sobre el que tanto conviene insistir, una excelente conquista de la sutura primitiva, y que viene a corroborar los modernos conceptos sobre la patogenia de las artritis.

En todo caso un herido sometido a sutura primitiva, requiere una vigilancia estrecha e inteligente. Nosotros no evacuamos nunca a éstos heridos, hasta pasados 7-8 días por dos razones: 1.º, porque el reposo absoluto de la región, lo estimamos absolutamente indispensable, para favorecer la lucha contra la infección; y 2.º, porque al evacuar el herido, esa vigilancia necesaria se pierde pues toda evacuación supone naturalmente cambios en la dirección médica, o retraso en la asistencia conveniente. Esta es la causa por la que llegan a retaguardia heridas tratadas con sutura primitiva en condiciones desastrosas: Los puntos tensos, los bordes rojos, gran reacción inflamatoria a veces flemones difusos, fiebre y fenómenos tóxicos generales que han desacreditado en parte la sutura primitiva. Efectivamente, si hay gran acumulación de heridos que obligan a evacuaciones forzadas, nos parece más prudente renunciar directamente a la sutura, antes de ocasionar mayores perjuicios al herido.

Lo mismo debemos hacer en caso de heridas intervenidas mas allá de las 6 horas: o están muy sucias, con grandes zonas de contusión y en las que la L. Q. ha sido deficiente; éstas heridas las abandonamos a cielo abierto, o damos a lo sumo algunos puntos de aproximación a lo Klaap que se retiran a los 4-5 días.

Las heridas que van acompañadas de fractura las inmovilizamos sistemáticamente con yeso, abriendo una ventana al día siguiente, y evacuandoles directamente al Hospital para su tratamiento definitivo.

En algunos casos los heridos no han podido ser evacuados hasta las 24-36 horas, llegan entonces al Hospital de Sangre con las heridas muy sucias de tierra, vestidos, y metralla, de color pardo verdoso, con olor fétido y sanioso. Hay trayectos fistulosos profundos que corresponden a otros tantos cascos de metralla incrustados en masas musculares sub-aponeuróticas y por donde rezuma un líquido icoroso y mal oliente. ¿Que hacer? La simple limpieza con antisépticos es evidentemente insuficiente y aleatoria. Es preciso actuar con el bisturí, desbridando ampliamente sobre todo la aponeurosis llegando hasta los planos musculares, para retirar la metralla y cuerpos extraños, extirpar las porciones musculares mortificadas y contundidas, perseguir los intersticios y poner al descubierto los trayectos profundos. No obstante esto, en los días siguientes la herida supura ampliamente con olor fétido muy desagradable, pero sin ningún signo de gangrena; una serie de infinitos abscesos miliáres se fraguan en los espacios inter-musculares y en los fascículos conectivos intra-musculares, que llegan a fundir materialmente todo el elemento conjuntivo del musculo, de tal modo que aparece deshilachado y reducido a su componente muscular estricto.

De éste modo los músculos están sueltos, las fibras aisladas; ha desaparecido todo el armazón conjuntivo de la región por la supuración masiva que todo lo invade. — En éste caso en que no se ha podido hacer la L. Q. precoz, se ha producido una infección linfática de todo el tejido conjuntivo, que abocó a una supuración total de verdadera linfangitis y abscesos linfangíticos, que transforman la región de la herida en una gran esponja de pus. La L. Q. que se hubiera intentado al ingresar el herido, extirpando una capa mas o menos profunda de toda la superficie cruenta, no hubiera bastado para yugular la infección que habia

ganado ya zonas demasiado profundas, que no sería prudente reseca por un mondado demasiado radical.

Como conclusiones formularemos las siguientes: 1.º — La L. Q. nos parece absolutamente indicada en todas las heridas de guerra, excepto en los shockados que no podrían resistir la menor intervención. En éstos casos hay grandes probabilidades para que estalle una G. G. 2.º — Esta L. Q. no puede nunca, cuando se hace con la corrección técnica obligada, ser la responsable de la serie de afecciones que trata el Cirujano de retaguardia. Queremos decir, que tanto las pérdidas de sustancia musculares, óseas, o de vasos y nervios no son nunca imputables a una L. Q., cuando se hace con el rigor técnico indispensable. Esos destrozos hay que achacarlos al propio agente vulnerante. — 3.º — La L. Q. precoz constituye ante todo, una excelente profilaxia de uno de los peligros mas grandes que acechan a los heridos, la G. G. Pensamos que ésta profilaxis es más eficaz si se hace seguir la L. Q. de helioterapia, aparte, naturalmente, el suero. 4.º — La técnica de la limpieza quirúrgica es algo delicado, que no todo el mundo está en condiciones de practicar correctamente. El principiante tiene tendencia a realizar una monda excesiva sacrificando inutilmente masas musculares, esquirilas, a veces quizás vasos dejando materialmente rapada la región, y como consecuencia bloqueado el funcionalismo de un miembro, o abierta una cavidad articular o visceral.

Pero por ello no puede condenarse una intervención, que bien ejecutada no puede acarrear al herido ninguna consecuencia funesta, y sobre todo es inadmisibile achacar a esa limpieza las lesiones vasculares, musculares, nerviosas que pueden encontrar los Cirujanos de retaguardia. Pues sería el mismo error que condenar la colecistectomía por cometer errores groseros de técnica.

5.º — Después de la L. Q. la sutura primitiva constituye el complemento ideal, siempre que aquella se realice antes de las 6 horas y la herida no fuese muy sucia y la monda pudiera realizarse de un modo completo. En todo caso, precisa dejar al herido en reposo y someterle a una vigilancia muy estrecha.

6.º — En caso de que la L. Q. no pueda practicarse antes de las 6 horas, la herida sea muy sucia, y la limpieza con bisturí no pudiera ser todo lo completa posible, desde luego debe renunciarse a la sutura primitiva, y hacer cura a cielo abierto, para ir a una reunión secundaria cuando la bacteriología de la herida lo permita.

7.º — Donde la L. Q. seguida de sutura puede ser mas beneficiosa es indudablemente en las fracturas y lesiones articulares abiertas. En éstos casos la sutura primitiva cerrando el foco de fractura, y la articulación abierta, mejora enormemente el pronóstico. Y la experiencia demuestra, que ésto es posible aun en casos de metrallazos intra-articulares.

8.º — La L. Q. hecha tardiamente por evacuación retrasada de los heridos, es de resultados muy aleatorios, y de ordinario no puede evitar de ningún modo la supuración de todo el tejido conectivo, inter e intra muscular por los abscesos linfangíticos múltiples que disecan materialmente los músculos.

NOTAS CLINICAS

Mega-esófago

Há afecções que são relativamente raras mas não tanto que possa justificar-se o nosso desprezo pelo seu conhecimento. Estão neste caso as afecções do esófago. De entre os males de que enferma êste segmento do aparelho digestivo há um que, não sendo o mais freqüente, é um dos mais curiosos e tem sido alvo de estudos numerosos mas que, não conseguiram ainda uniformizar as opiniões sôbre a sua etio-patogenia.

Quero referir-me ao mega-esófago, afecção que ainda usufrui os nomes de cardiospasma, frenospasma, dilatação congênita do esófago, dilatação idiopática do esófago, dôlico-esófago, denominações estas que envolvem, como se vê, significados etio-patogénicos diferentes.

No dia 12 de Março do corrente ano tive ocasião de observar uma doente portadora de mega-esófago o qual, já pelas dimensões, já pela disposição que tomava dentro da caixa torácica, é um exemplar particularmente curioso.

História clínica: M. T. de 56 anos, casada, natural da Conraria, doméstica. AH. AC. e AP. sem interesse.

HP. Há 25 anos, estando grávida, começou a sentir um ardor retro-esternal e a ter a impressão de que os alimentos não progrediam para o estômago e se acumulavam para cima do apêndice xifoide. Com a ingestão de grandes quantidades de líquidos e realizando inspirações profundas, conseguia que os alimentos progredissem. A ingestão de substâncias sólidas provocava dôr retro-esternal, e a ingestão de líquidos ácidos ou alcoólicos, ardor intenso. Regurgitava freqüentemente.

Esta sintomatologia nunca mais a abandonou, agravando-se por vezes. Já chegou a regurgitar alimentos ingeridos quatro dias antes.

EA. Mantem-se a sintomatologia descrita. O estado geral é rasoável. Consegue alimentar-se ingerindo alimentos de consistência líquida ou pastosa. A auscultação revelou ligeiros sinais de bronquite e os tons cardíacos batidos, em especial o segundo tom aórtico.

O pulso batia 72 vezes por minuto e a tensão arterial era de: Mx. 17, Md. 13, Mn. 8, IO, 3 (Recklinghausen). Um electro-cardiograma revelou predomínio ventricular esquerdo, sem quaisquer outras alterações.

Feito o exame radiológico, êste mostrou uma formidável dilatação do

esófago acompanhada de aumento de comprimento. Com efeito o esófago na sua descida torácica dirigia-se para a direita, atingia o diafragma à direita da sombra cardíaca, incurvava-se depois para a esquerda, encontrando-se a parte terminal da sua porção torácica deitada sobre o diafragma. O coração transmitia intensamente as suas pulsações ao conteúdo do esófago. Para se fazer uma ideia do calibre deste mega-esófago basta dizer que, tendo a doente ingerido uma quantidade de papa dupla da que se costuma empregar para o exame radiológico do estômago, não se conseguiu impregnar tódo o esófago.

Alguns segundos após a ingestão começou a passar papa em pequena quantidade, mas regularmente, para o estômago.

A doente tinha feito já um exame radiológico em tempos, e a comparação dos dois aspectos radiológicos é deveras interessante. Na radiografia mais antiga nota-se que o esófago, embora muito dilatado, desce quasi verticalmente para o diafragma sem apresentar o aspecto em esquadro que se observou no último exame radiológico.

Daqui se conclui que o dôlico-esófago observado é secundário e é lícito admitir que pelo menos parte dos dôlico-esófagos observados, e que tem sido tomados como primitivos, sejam afinal secundários, não tendo sido diagnosticados como tais, por terem sido observados tardiamente.

A sintomatologia desta afecção encontra-se bem resumida na história clínica da doente.

Etio-patogenia. Antes de entrar no capítulo da terapêutica, seja-me permitido resumir o que tem sido dito sobre etiopatogenia.

Cardiospasmo primitivo. Mikulicz defendeu a teoria do cardiospasmo, teoria que tinha sido proposta já por Leichtenstern e Rolleston.

Para êle, o mega-esófago tinha a sua origem numa estenose espasmódica primitiva do cardia, e os alimentos acumulados acima desse espasmo eram os factores da dilatação esofágica. Não se compreende bem como possa existir um espasmo dessa ordem sem que exista um *substractum* anatómico que o provoque. Há no entanto quem admita a possibilidade de êstes espasmos se produzirem como consequência de uma auto-sugestão em indivíduos psicopatas. Se é verdade que algumas vezes as crises de disfagia parece serem despertadas por uma comoção violenta, não é menos certo que a maior parte das vezes tal factor não pode ser admitido.

Cardiospasmo secundário. Sencert e outros admitem o espasmo secundário, tendo invocado para o explicar várias causas, tais como: fissura do cardia, variz esofágica aberta com reacção inflamatória local, esofagite de origem alcoólica ou tabágica, ingestão de alimentos mal mastigados, etc. Têm sido apontadas como causa de cardiospasmo, ainda, afecções a distâncias como: pleurisias, litíase renal, litíase biliar, litíase ureteral, certas afecções do fôro ginecológico, e, principalmente, as úlceras gástricas. A excitação dos centros bulbares pode também despertar espasmos. Nos intoxicados pelo álcool, pelo chumbo, pelos venenos

microbianos (na escarlatina, febre amarela, febre tifoide) podem ainda manifestar-se espasmos.

Dilatação congénita. Para os que dão ao mega-esófago a denominação de dilatação idiopática ou dilatação congénita, está em causa uma anomalia constitucional que pode passar despercebida durante muito tempo, para só se manifestar mais tarde, quando surgem fenómenos de esofagite e conseqüentes espasmos. Na Escola Militar Sanitária de Varsóvia tem sido observados acidentalmente indivíduos portadores de mega-esófago sem qualquer sintomatologia subjectiva. Parece que, pelo menos algumas vezes, esta etiologia terá de ser admitida.

Dòlico-esófago. Uma modalidade de teoria congénita é a de Oettinger que admite como causa um alongamento anormal do esófago—dòlico-esófago — o qual por ser desproporcionado ao comprimento da caixa torácica seria obrigado a descrever curvaturas que entravariam o trânsito alimentar. A observação atrás referida prova que nem sempre os dòlico-esófagos observados podem ser tomados como primitivos.

Acalásia. Para muitos autores o mega-esófago é devido a acalásia, isto é, a uma perturbação da abertura do cardia. Para explicar êsse defeito do funcionamento do cardia tem sido admitidas várias hipóteses, algumas das quais originaram estudos recentes.

Acalásia de causa mecânica. Para alguns a acalásia seria devida a falta de tonicidade das fibras longitudinais, por tal facto incapazes de abrir o cardia. Em desacôrdo com esta hipótese está a anatomia patológica que não revela atrofia da musculatura em questão.

Acalásia de causa nervosa. Atribuiu-se a acalásia a lesão dos pneumo-gástricos; atribuíram-na outros a lesões dos plexos nervosos inter-musculares e sub-mucosos (correspondentes aos plexos de Auerbach e Meissner do intestino).

a) *Por paralisia do pneumogástrico.* A secção dos pneumogástricos ao nível do pescoço despertou, nos animais de experiência, um espasmo do segmento inferior do esófago e atonia das paredes a montante. São as seqüências dos animais operados que fornecem a crítica à hipótese posta. Com efeito, passado algum tempo, os fenómenos regressam; sabe-se que o mega-esófago típico é uma afecção de evolução crónica, que não regressa. Além disso, nos doentes com mega-esófago não se observam as perturbações gravíssimas a que daria origem uma secção ou paralisia dos pneumogástricos.

b) *Por lesão dos plexos nervosos intra-parietais.* Estudos recentes revelam empobrecimento acentuado dos plexos nervosos intra-parie-

tais ao nível da porção dilatada, e ausência dos mesmos ao nível do cardia.

A dilatação do esófago seria então devida a atonia das paredes e esta a alteração grave dos plexos que no esófago são os representantes dos de Auerbach e Meissner.

O mega-esófago dos intoxicados pela Ypirite. Observou-se durante a Grande Guerra que alguns soldados intoxicados pela Ypirite apresentavam, passado algum tempo, manifestações clínicas e radiológicas de mega-esófago.

Em alguns exames anátomo-patológicos feitos não se encontraram estenoses cicatriciais, estenoses aliás frequentes devido à acção cáustica da Ypirite, que pudessem ser tomadas como causa de dilatação a montante.

O mega-esófago destes gaseados é interpretado como resultante da intoxicação dos plexos nervosos intra-parietais; de forma idêntica são explicadas as enormes dilatações brônquicas observadas no decurso destas intoxicações. Estes casos podem pois incluir-se nos de acalásia de causa nervosa. A predilecção da Ypirite pelo sistema nervoso tem sido posta em relêvo pelos trabalhos de muitos autores entre os quais Loeper, Teuliers Dufour, Gess e outros, que descreveram nevrites nos membros, atrofia optica bi-lateral, nevrite optica retro-bulbar, neuro-retinite, etc.

Terapêutica. Pelo que diz respeito à terapêutica há a considerar os meios médicos de tratamento e a terapêutica cirúrgica.

A terapêutica médica é geralmente considerada insuficiente para com ela se obter a cura. Não deve no entanto ser desprezada.

São aconselháveis as *lavagens com solutos alcalinos e antisépticos fracos*, por meio de tubagem, o que combate eficazmente os fenómenos de esofagite responsáveis pela dôr e pelo agravamento do mal, provocando espasmos.

O tratamento pelos *anti-espasmódicos* está também indicado, podendo empregar-se para tal o *benzoato de benzilo*. A beladona não deve ser empregada pois é capaz de provocar espasmos. Guns com os seus trabalhos mostrou que a injecção de 0,001 gr. de sulfato de atropina era capaz de provocar nos indivíduos normais um aperto de porção frénica do esófago, revelável pelo exame radiológico, com acumulação a montante da papa opaca. Conclui este autor que a beladona não tem acção paralisante, mas pelo contrário tem acção espasmódica sobre o aperto frenocardiaco. Observações de Delbet e de Oberthar estão de acôrdo com estes factos.

Os *raios ultra-violetas*, cuja acção tem sido posta em relêvo na tetania, são também preconizados, podendo associar-se aos *sais de cálcio e extractos para-tiroides*.

O *cateterismo dilatador* é um meio que deve ser empregado sob o contrôle da esofagoscopia. Por vezes é particularmente difficil atingir o cardia quando o esófago tem curvaturas acentuadas, se encontra aumen-

tado de comprimento e tem a porção inferior deitada sobre o diafragma.

A terapêutica cirúrgica compreende grande número de intervenções, algumas caídas em desuso, outras merecendo a simpatia dos cirurgiões actuais.

Gastrostomia. A gastrostomia é uma intervenção indirecta, que contorna a dificuldade, e permite alimentar o doente pela bôca gástrica.

Muitas vezes será uma operação preliminar destinada a melhorar o estado geral do doente, tornando-o assim apto a suportar intervenções de maior vulto.

Dilatação digital. A dilatação digital tem sido empregada algumas vezes com êxito por cirurgiões como Starr, Greenle, Vinson e Maconie.

Após uma gastrotomia procura fazer-se a dilatação digital retrógrada do cardia, tal como na prática obstétrica se faz a dilatação digital do colo pela técnica de Bonnaire.

Divulsão do cardia. É um método violento e traumatizante. A dilatação obtem-se à custa de pinças especiais introduzidas no cardia.

Produz com frequência hemorragias, roturas, mediastinites, o que tem feito a abandonar esta técnica.

Dilatação sem fim. Neste método empregam-se olivas presas a uma sonda fina ou conductor filiforme que passa pelo esôfago, exercendo-se tracções pelo topo gástrico depois de prévia gastrostomia.

As olivas são de calibres sucessivamente crescentes e assim se obtém uma dilatação progressiva.

Esôfago-gastrostomia. Nesta intervenção liberta-se o esôfago ao nível da porção diafragmática, procede-se ao abaixamento de uma parte do esôfago torácico, e faz-se a anastomose com o estômago, na grande tuberosidade. Heyrovsky que empregou o método em 1912 actuava por via abdominal; Sauerbruch seguia a via torácica, praticando uma toracotomia trans-pleural esquerda. Lambert em 1913 preconizou outra técnica: depois de realizar uma laparotomia sub-costal esquerda e de proceder ao abaixamento do esôfago, pratica-se uma gastrotomia, juxtapõe-se o esôfago abaixado à grande tuberosidade e introduz-se um clamp do qual um dos ramos penetra no esôfago e o outro na grande tuberosidade, O clamp fica durante 20 dias, sendo apertado progressivamente.

Técnica de Kummel. Este cirurgião realizou a técnica seguinte: anastomose da terminação do esôfago ao jejuno; anastomose do estômago, depois de um trajecto sob a pele do torax, com o esôfago cervical.

Abaixamento abdominal do esôfago torácico. Sancert, atribuindo as responsabilidades da afecção a um alongamento anormal do esôfago

torácico, empregou como terapêutica cirúrgica o abaixamento do esôfago torácico, mas fez ao mesmo tempo uma cárdio-plastia. Doentes operados por outros cirurgiões simplesmente com abaixamento do esôfago não obtiveram bons resultados.

Intervenções com o fim de moderar o vagotonismo. Alguns cirurgiões atribuíram o mega-esôfago a um tonus exagerado do pneumogástrico e, actuando de acôrdo com esta interpretação, praticavam a secção de todos os ramos que o pneumogástrico fornece à porção inferior do esôfago torácico. As observações atrás referidas, de Guns, sôbre o acção da atropina, e a técnica referida estão em desacôrdo flagrante. Não admira pois que os resultados não tenham sido brilhantes.

Toraco-freno-tomia extra-serosa por via posterior. Braine, baseado na hipótese de que o obstáculo ao trânsito alimentar reside na porção diafragmática do esôfago, preconiza uma técnica complicada visando a atingir o esôfago por via extra serosa, pelo mediastino posterior, sendo o tempo principal, sob o ponto de vista da terapêutica, o alargamento do orificio diafragmático seguido ou não de esôfago-plastia.

Nesta técnica, que já de si é morosa e complicada, corre-se o risco de encontrar uma pleura parietal aderente, o que pode ocasionar lacerações de conseqüências desagradáveis. No entanto tem sido empregada com êxito por vários cirurgiões entre os quais se encontram Grégoire, Braine, Lardenois, Lefevre, Chenu e Parcelier; Amândio Pinto realizou também esta intervenção com êxito, embora tivesse havido rotura da pleura e pleurisia a complicar as sequências operatórias.

A via de acesso seguida nesta intervenção estará, no entanto, indicada em individuos longilíneos, de torax estreito, em que o acesso por via abdominal é mais difficil por o esôfago abdominal estar altamente situado em relação ao rebordo costal.

Esôfago-cárdio-plastia. Realizada em 1903 por Gottstein e Mawdel, consiste em fazer uma incisão longitudinal do cardia, interessando tôdas as tûnicas, incisão que em seguida é suturada transversalmente.

Esôfago-cárdio-plastia extra-mucosa. É talvez a intervenção realizada com mais frequência nos últimos tempos para tratamento do mega-esôfago.

É uma intervenção idêntica à de Fredet para a estenose hipertrófica do piloro. Faz-se uma incisão que abranja o cardia e uma pequena extensão do esôfago e do estômago: a incisão interessa todas as tûnicas à excepção da mucosa. Isto tem a vantagem, sôbre a cardioplastia por exemplo, de pôr o doente ao abrigo da infecção secundária que ameaça os doentes em quem se faz a abertura da mucosa.

BIBLIOGRAFIA

ALÍPIO CORREIA E EDUARDO ETZEL — Le méga-oesophage et le méga-colon devant la théorie de l'achalasia. Rev. Sud-Amer. de med. et. cir. Julho de 1934.

AMANDIO PINTO — Méga-esófago Medicina Contemporânea Abril de 1934.

BRAINE — Les deux formes anatomo-cliniques des méga-oesophages. Arch. des Mal. de l'Ap. Digest. et de la Nutr. 1932, pág. 671

GRÉGOIRE — Pathogénie et traitement de la dilatation idiopathique de l'oesophage. Idem Junho de 1924.

GUNS — Phrenospasme ou Cardiospasme dans les méga-oesophages. Idem 1927, pág. 1091.

DESPLAS, AIMÉ — Un cas de sténose hypertrofique du cardia avec dilatation difuse de l'oesophage. Idem 1933, pág. 817.

OBERTHUR — Traitement cirurgical de la dilatation dite idiopathique de l'oesophage. Idem 1931, pág. 648.

MASSION ET CRABBÉ — A propos de deux cardiopasmes traités par la dilatation pluri-bougiraire. Idem 1933, pág. 123.

PERPÈRE — Contribution à l'étude du mégaoesophage. Tèse de Bordeus 1934.

MAX EINHORN — Sur le cardiospasme et la dilatation de l'oesophage. Idem 1935, pág. 152.

SOUPAULT ET HAMBOURGER — Résultat éloigné d'une œsophago-cardiotomie pour rétrécissement œsophagien. Idem 1933, pág. 103.

STERLING OKUNIEVSKY — Nouvelle observation de dilatation idiopathique de l'oesophage guérie par le procédé de Starck. Idem 1931, pág. 213.

TAMYA KAWASHIANA, INADA, E FUZIMURA — Étude radiologique de l'action pharmacodynamique de certains médicaments sur la paroi de l'oes. et le cardia dans la dilatation idiopathique. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg. in Arch. des Mal. de l'ap. Digest. Fevereiro de 1929.

SCHINDLER — Sur 13 cas de cardiospasme traités par la dilatation brusque (méthode de Stark).

WORMS ET LEROUX-ROBERT — Les séquelles œsophagiennes des intoxications par les gás de combat. La Presse Médicale 21 de Abril de 1934.

SOUPAULT ET HAMBOURGER — Rétrécissement œsophago-cardiaque dit essentiel opéré et guéri Arch. des Mal de l'ap. Digest. 1932, pág. 418.

UMA CONFERÊNCIA DO PROF. LEONIDIO RIBEIRO

Deu-nos no passado dia 26 de Abril o prazer de uma visita a Coimbra, onde realizou uma conferência cultural o eminente Professor fluminense Dr. Leonidio Ribeiro, catedrático de medicina legal das Faculdades de Medicina e de Direito do Rio de Janeiro.



Foto do Prof. Rocha Brito

O Prof. Leonidio Ribeiro X acompanhado de alguns professores e assistentes da Fac. e do Presidente da Associação Académica de Coimbra

Embora nos tempos que passam se note uma certa exaltação de nacionalismos em assuntos de política e de economia social, nota-se, por oposição, nos domínios da cultura e da inteligência uma crescente internacionalização, tratando cada qual e da melhor maneira porque o possa fazer, de cambiar ideias, de rectificar ou difundir conheci-

mentos, de rever doutrinas, de mover estímulos, de cimentar amizades, sem respeito pelas fronteiras dos diversos países numa deambulação constante e apenas movido pela mesma fé, o mesmo fervor e veneração comum do mesmo acto de cultura profissional ou de investigação científica.

O sabio professor fluminense dignou-se ser um dos factores da descentralisação operada na produção da ciência, vindo até nós, mais na grata intensão de entretecer os laços sentimentais e culturais das duas nações irmãs. Se é sempre o mesmo o Oceano que nos separa, parece ser cada vez mais próximo o espírito que une as almas dos dois povos, que se exprimem pela mesma língua — que é a língua de Camões — que se regem por costumes semelhantes, que adoram o mesmo Deus, que são alentados pelo mesmo sangue e subordinados a história que durante tantos anos os conduziu segundo destinos comuns. De dois povos que são quasi, se pode dizer, o mesmo povo.

São as cátedras brasileiras ocupadas por figuras do maior relêvo mental e não é raro na medicina depararem-se nos homens que, no dizer de alguém, gosam de bifrontismo de Jáno, com cultura e sabedoria antiga e moderna, homens que traduzem Horácio ou Tito Livio e passeiam pelos domínios da história helénica com a mesma segurança e a mesma soberana confiança com que dentro das paredes das suas clínicas, dos seus Laboratórios ou Institutos cultivam, com rigôr e perfeição, os dados positivos da ciência. O Prof. Leonidio Ribeiro pertence a êste escol.

Na festa de homenagem que a Faculdade de Medicina lhe ofereceu quiz o eminente professor manifestar o apreço que lhe mereceu a acolhedora terra portuguesa com as seguintes gentis palavras:

« Em minha rápida passagem por vosso país, reservei Coimbra para último estágio, antes da partida. É que ela significava, para mim, a visão mais bela desta viagem, e dela eu queria levar uma impressão intacta.

Porisso depois de passar por vossas cidades à beira-mar, onde o oceano preside aos destinos da vida local, chamando sua gente para fóra, trazendo-lhes gentes de outros continentes e imprimindo, nos que não podem partir, a nostalgia do desconhecido; depois de ter tido, em vosso campo, o primeiro contacto íntimo com a terra, vendo os fortes braços portugueses preparar as culturas, que significam a vossa riqueza, acompanhando assim de perto o ritmo de vossa vida;

depois de mergulhar no fausto do nosso passado, traduzido pelos monumentos de arte espalhados pelo país todo; faltava-me vêr Coimbra, berço do espiritualizado, tão cantado por poetas, tão sonhada por todos.

Mas como uma imagem idealizada traz o perigo de não corresponder, muitas vezes, à verdadeira tão fartamente a fantasia a vestiu, ao avistar as doces águas do Mondêgo, temi pelo meu sonho.

Mas vi logo que êle fôra mesquinho ante à realidade. Coimbra appareceu-me de fóra como uma visão acolhedora e risonha manchando de branco o verde da paisagem. Ao penetrar, porém, na cidade, é que lhe pude sentir o encanto todo, feito talvez da complexidade de seus aspectos: raizes tão profundas no passado e uma tão forte vida no presente, que se projecta no futuro.

E, para completar êsse enlêvo, não me faltou o prazer do vosso convívio intelectual, vós, o próprio eixo da vida da cidade, de onde irradia, pelo país a fóra, através da mocidade que por aqui passa, a cultura portuguesa.

Deveis avaliar, pois, a minha emoção, em face desta festa íntima, onde tão intensamente sinto o parentesco espiritual que nos liga».

J. P.

LIVROS & REVISTAS

De l'action du suc gastrique sur la sécrétion gastrique, por Léon-Meunier — *La Pr. Méd.* n.º 15-1937.

Entre as várias substâncias que tem sido usadas com o fim de actuar, por injeção, sobre as úlceras gástricas ou duodenais, a pepsina apresenta, sobre as outras, as seguintes vantagens: ser um coloide positivo e, como tal, ter um poder de choque como as proteínas, e ser um coloide específico e, portanto poder ser empregado como os extractos glandulares.

Resolveu o A., de preferência a usar uma pepsina comercial qualquer, utilizar uma pepsina humana, fornecida pelo próprio doente, e que obtém usando a seguinte técnica:

Estando o individuo em jejum, injecta na região nadegueira 1/2 cc. duma solução de histamina a 1 mgr. por cc. Passados alguns minutos, quando o doente começa a mostrar sintomas de vaso-dilatação, fá-lo beber 50 cc. de sôro fisiológico. A extracção desta mistura gástrica (sôro e suco gástrico) é feita com o doente na posição horizontal. O liquido extraído é examinado quanto à sua riqueza em pepsina (tubo de Mette após acidificação constante). O liquido filtrado é esterilizado por tindalização a 60º e, antes de o injectar, neutralizado por uma solução isotónica de bicarbonato de sódio esterilizado.

As injeções são dadas todos os dias, na dose de 4 cc. na região nadegueira, por via cutânea ou sub-cutânea.

Conclusões: Após injeção a um doente do seu próprio suco gástrico esterilizado e neutralizado, verifica-se:

1.º Uma diminuição da dôr nos hipersecretores, quer essa hipersecreção seja ou não acompanhada de lesão ulcerosa aparente,

2.º Esta sedação da dôr parece estar de acôrdo com uma diminuição de acidês avaliada em *acidês constante* pelo processo da dupla diluição;

3.º Estes fenómenos podem explicar-se por uma dessensibilização do individuo, que arrasta uma diminuição clorídrica e, consecutivamente, uma modificação do elemento doloross;

4.º No entanto, tôdas as remissões dolorosas e todos os abaixamentos da riqueza clorídrica verificados não permitem deduzir daí a cura anatômica duma úlcera gastro-duodenal.

BRITO SUBTIL.

De l'hypertension artérielle maligne, por Riser, Couadau, Planques e Valdiguie — *La Pr. Méd.* n.º 20-1937.

Depois de fazerem um resumo e de compararem as duas concepções que admitem uma esclerose hipertensiva maligna ou hipertensão arterial maligna individualizada — concepção americana de Keith, Wagener e Kernohan, e a de Volhard e Fahr — os A. A. estudam sucessivamente as distinções entre a hipertensão maligna e a hipertensão habitual, de longa duração, benigna, e a glomerulo-nefrite crónica, e ainda o mecanismo da papilo-retinite dos hipertensos e terminam pelas conclusões seguintes:

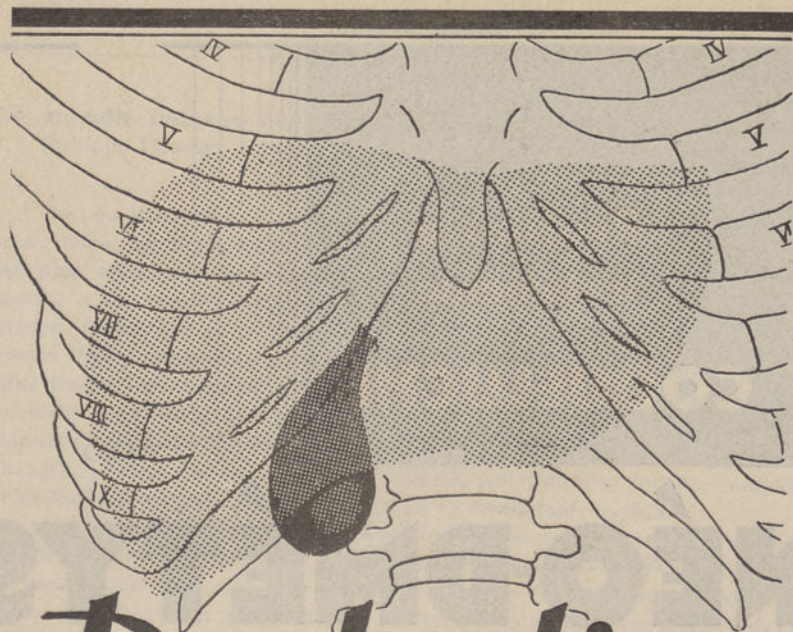
As concepções de Wagener e Volhard referem-se a um mesmo síndrome anátomo-clínico tendo como base um estado de arterio-esclerose aguda ou subaguda primitiva, difusa, panvisceral, periférica e ocular, realizando uma hipertensão constante, com perturbações cárdio-cérebro-renais e oculares, rapidamente predominantes, evolução para a morte em poucos anos ou mesmo em alguns meses. Esta seria a hipertensão maligna ou esclerose maligna que aquêles autores pretenderam individualizar. Esta autonomia não parece, porém, demonstrada, pelas razões seguintes: o síndrome precedente não pode ser separado, duma forma absoluta, da doença hipertensiva banal; esta pode conservar-se latente durante muito tempo e tornar-se bruscamente maligna; os A. A. observaram todos os graus intermediários entre as duas.

Também não existem diferenças fundamentais entre a hipertensão maligna e a glomerulo-nefrite crónica; as perturbações vâsculo-retinianas não devem ser separadas duma forma absoluta das descritas por Wagener e Volhard na «hipertensão maligna».

A papilo-retinite dos hipertensos é complexa e representa geralmente, um conjunto de factores: as perturbações vasculares locais e a hipertensão craneana, de mecanismos muitos variáveis, são os seus dois principais agentes. Não podemos separar os acidentes oculares das glomerulo-nefrites, das hipertensões inicialmente malignas e das hipertensões benignas que mudam de carácter evolutivo tornando-se então malignas. A patogenia comum, embora complexa, de tôdas estas papilo-retinites é um facto importante.

Em suma, a autonomia duma « hipertensão maligna ou esclerose maligna » não está talvez perfeitamente demonstrada. Trata-se mais provavelmente duma forma clínica, dum síndrome maligno da doença hipertensiva habitual. Esta conserva-se muitas vezes latente e é bem tolerada, mas comporta numerosos factores, variáveis, de malignidade, ocupando os primeiros lugares as degenerescências pan-vasculares e, mais particularmente, cérebro-óculo-renais.

BRITO SUBTIL.



Decholin

*augmenta consideravelmente
a secreção hepática
causando uma lavagem intensa
das vias biliares. —
Impede a formação de calculos.*

Comprimidos de 0,25 gr.

*Injeções endovenosas e intramusculares
de 10 cc.*



J. D. RIEDEL - E. de HAËN A.G. BERLIN

J. D. RIEDEL — E. DE HAEN A. G., BERLIN

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:

No Norte:

JOÃO MANUEL LOPES & C.A, L.DA

Galeria de Paris, 102 — PORTO

No Sul:

FRIEDR. STÜHLMACHER, L.DA

Rua Aurea, 124 — LISBOA

Profilaxia
e tratamento
da
COQUELUCHE

PELO

NÉO-DMÉTYS

STOCK-VACINA ATÓXICA

Não provoca dor local

Não provoca reacção
nem mesmo nas
crianças de tenra idade

EM CAIXAS DE
6 EMPOLAS DE 1 cc

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—

MARQUES **POULENC Frères & "USINES du RHONE"**
21, rue Jean Goujon, PARIS-8°

Dalville

La maladie palustre dans ses rapports avec la thérapeutique, por
Philippe Decourt — *La Pr. Méd.* n.º 21-1937.

Um medicamento pode actuar sôbre os esquizontes por três mecanismos: pode ter uma *acção esquizonticida*, isto é, destruir o parasita; pode ter uma *acção anti-esquizogónica* que, sem matar fatalmente o parasita, destroi a sua função de reprodução; e, finalmente pode ter uma *acção disgónica*, impedindo ao mesmo tempo, a evolução esquizogónica e a transformação dos esquizontes em gametos, e, de certo modo, imobilizando os parasitas numa vida vegetativa. Esta última acção terapêutica, suspendendo a evolução parasitária, dá lugar a um estado que recorda os estados refractários clássicos, mas difere dêles por ser criado artificialmente e momentâneamente. Da mesma forma que os estados refractários, pode também ser interrompido pelos fenómenos que provocam um falha da imunidade orgânica.

As acções disgónica e anti-esquizogónica teem por característica comum actuarem sôbre a função de reprodução assexuada mas os fenómenos que se passam são diferentes nos dois casos: a acção disgónica *suspende* a evolução parasitária em geral, durante um tempo limitado e sem a suprimir; a acção anti-esquizogónica *destroi* definitivamente a função de produção assexuada.

É assim que um medicamento como a quinina pode ter uma forte acção esquizonticida e uma acção anti-esquizogónica muito limitada, enquanto que a praequina, por ex., possui uma poderosa acção anti-esquizogónica.

A terapêutica anti-palúdica, depois de ter sido principalmente sintomática, com a quinina, tornou-se etiológica com o aparecimento dos compostos sintéticos; e, assim, procura destruir electivamente cada forma parasitária por meio do medicamento apropriado. Acontece, porém, que nem tôdas as formas parasitárias teem a mesma importância na evolução da doença palustre, a acção medicamentosa é menos electivamente específica do que se pensava, e essa acção varia consideravelmente com a evolução da vida parasitária no decurso da sua passagem através do homem. A terapêutica curativa anti-palúdica vai assim para uma terceira fase que podemos chamar biológica.

Visa menos a vida dos parasitas que a sua função reprodutora. Só accessoriamente se interessa tanto pela variedade como pela forma parasitária. Pelo contrário, vai basear os seus métodos no estudo da biologia celular do parasita, especialmente na evolução sofrida pelas gerações sucessivas de esquizontes e no estudo das reacções do organismo em relação ao parasita.

Terminando, o A. propõe-se mostrar brevemente com que cada um dos medicamentos específicos do paludismo pode contribuir individualmente para a sua terapêutica e como as noções que ficaram expostas puderam servir de base aos métodos curativos e profiláticos que têm proposto nestes últimos anos.

BRITO SUBTIL.

Le foyer congestif tuberculeux rapidement curable, por Jean Minet, H. Warembourg e Delannoy — *La Pr. Méd.* n.º 26-1937.

Supõem certos autores que no determinismo dos focos congestivos tuberculosos rapidamente curáveis, deve considerar-se a acção não do próprio bacilo de Koch, mas das suas toxinas.

Segundo os A. A. esta maneira de vêr é aceitável em certas circunstâncias: em particular, é capaz de explicar o carácter congestivo, fluxionário, dos fenómenos e a sua desapareição completa e rápida. Mas não basta para esclarecer todos os factos que se encontram na clínica e em especial aqueles em que a congestão pulmonar é acompanhada de aumento ou de reaparição de expectoração bacilifera. É evidente que, neste caso, as lesões congestivas observadas estão sob a dependência directa do próprio agente microbiano. De resto, Dufourt e Brun obtiveram em meio de Löwenstein, culturas positivas a partir dos produtos de punções feitas em parenquima epítuberculoso.

Para explicar os caracteres anatómicos e clínicos que apresentam os focos tuberculosos congestivos, a noção da natureza do agente agressor parece não ser suficiente, devendo considerar-se também a questão do terreno em que êsse agente evolue.

O estado de hiper-sensibilidade, de alergia, de hiperergia, em tais doentes, não pode ser negado. Explica as duas características essenciais dos focos que estudamos: em 1.º lugar, a sua extensão, a sua evolução dramática, devidas à reacção dum organismo hipersensível; em 2.º lugar, a sua evolução rapidamente favorável, em relação com o processo de imunidade mais ou menos eficaz que muitas vezes acompanha a hiper-sensibilidade aos produtos bacilares.

Um ponto que parece de grande importância é a identidade clínica e anatómica dos focos bacilares congestivos, qualquer que seja o estado da tuberculose em que aparecem. Quer pertençam ao período primário, secundário ou terciário da doença. affectam sempre o mesmo tipo e parecem corresponder ao mesmo processo íntimo.

BRITO SUBTIL.

Le rôle des corrélations cortico-diencephaliques et diencephalo-hypophysaires dans la régulation de la veille et du sommeil, por A. Salmon. — *La Pr. Méd.* n.º 27-1937.

Três factores dominam a fisiologia do sono: os núcleos diencefálicos, a hipófise e o córtex. Os núcleos diencefálicos representam o principal centro regulador da vigília e do sono; activam, pela sua natureza simpática, os processos metabólicos, as reacções psico-affectivas da vigília, e são conside-

rados como o fóco principal da vida emotiva e afectiva; muitas observações experimentais e patológicas mostraram que a depressão funcional ou a destruição destes núcleos provoca o sono. É de presumir, portanto, que o próprio sono normal se ligue a uma depressão funcional destes núcleos.

Segundo o A. a causa desta depressão explica-se pelas estreitas correlações que unem os núcleos diencefálicos e a hipófise. Admite-se que as hormonas desta glândula exercem uma acção moderadora sobre a actividade do diencefalo, favorável ao sono; têm-se notado que as injeções intra-ventriculares de extractos retro-pituitários, pelas suas propriedades vaso-constritoras, provocam uma forte sonolência; este sintoma foi verificado também após a administração do mesmo medicamento por via nasal; têm-se assinalado vários casos de hipersonia consecutivos a hiperfuncionamento da post-hipófise, bem como numerosos casos de insónia ligados a alterações estritamente localizadas a este lóbo e que melhoram pela administração de extractos post-hipofisários. A idéa de que a depressão diencefálica que dá lugar ao sono ordinário se liga a uma vaso-constricção de origem hipofisária, não só está de acôrdo com o facto de o sono ser de ordinário procedido por sinais de anemia cerebral (bocejo, perda de atenção), como ainda pode explicar a reversibilidade do sono quotidiano, dada a sensibilidade particular dos fenómenos vaso-motores aos estímulos sensitivos, emotivos; a reversibilidade do sono falta, pelo contrário, quando aquêlê fenómeno se segue a uma vigília muito prolongada que determinou uma intoxicação diencefálica.

Os trabalhos de Zondek e Bier mostraram que a hipófise é muito rica em bromo e que as suas hormonas bromadas são muito abundantes na região diencefálica. A insónia dos individuos atacados de psicose depressiva parece ligada à diminuição destas hormonas e melhora pela administração de extractos pre-hipofisários.

Estes trabalhos estão de acôrdo com os numerosos casos relatados nos trabalhos do A. sobre o sono, em que lesões muito graves da hipófise eram acompanhadas de insónia que desapareceu pelo tratamento hipofisário. Estes factos militam a favor da tese que diz que a hipófise, pelas hormonas vaso-constritoras do seu lóbo posterior e pelas hormonas bromadas do seu lóbo anterior, exerce uma acção moderadora sobre os núcleos diencefálicos hipno reguladores e constitue, por este motivo, um dos factores principais do sono.

As relações entre a vigília e o sono são muito íntimas. A vigília pode ser considerada como a causa do sono, do mesmo modo que este fenómeno predispõe para a vigília. A vigília implica uma intoxicação continua e progressiva do organismo atingindo a hipófise, muito sensível aos produtos tóxicos do metabolismo, donde aumento das hormonas hipofisárias hipnógenas; o sono, por seu turno, arrasta uma diminuição do metabolismo, com diminuição dos seus produtos tóxicos e das secreções hipofisárias; dá-se assim um esgotamento da função hipnica que favorece o regresso à vigília.

Estas noções estão de acôrdo com a patologia do sono, que nos ensina que as perturbações hipnicas têm a sua origem quer em alterações diencefálicas, quer em lesões corticais, hipofisárias, genitais, tiroideias, etc., reflec-

tindo-se directa ou indirectamente sôbre a função diencefálica hipno-reguladora.

Eis a transcrição do resumo do interessante trabalho de Albert Salmon, de Florença.

BRITO SUBTIL.

L'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales et spécialement dans les tumeurs des hémisphères, por J. A. Chavany e A. Placa — *La Pr. Méd.* n.º 30-1937.

A hemiplegia no decorrer da evolução dum tumor dos hemisférios pode ser devida a uma alteração directa ou indirecta da via motriz piramidal, o que é a regra, ou a um cone de pressão temporal.

Um tumor que altera a via motriz piramidal pode ter a sua séde em plena zona motriz ou na sua visinhança; neste último caso, as perturbações motrizes são secundárias e tardias.

Um tumor que altera directamente a via motriz denuncia-se em primeiro lugar por sinais motores; o syndroma de hipertensão é mais ou menos tardio.

Clinicamente, opõem-se dois quadros clínicos: o dos tumores benignos e o dos tumores malignos.

Uma hemiplegia que aparece no decurso de um syndroma de hipertensão evidente deve fazer discutir a hipótese dum tumor extra-piramidal que lese a via motriz por propagação, por compressão, ou pelo mecanismo do cone de pressão temporal.

Certas hemiplegias instalam-se bruscamente, fazendo pensar numa afecção vascular. Trata-se, as mais das vezes, de metástases, por vezes de tumores ordinariamente malignos mas em cujo decurso a estase falta durante muito tempo. O carácter progressivo e não regressivo da perturbação motriz deve levar à ventriculografia.

A longa fase de crises Bravais-Jacksonianas que prelidiam os tumores malignos, deve permitir, graças à ventriculografia directa, operar os doentes não paréticos nas melhores condições.

Deve sempre proscrever-se a punção lombar nos indivíduos suspeitos de tumores cerebrais para lhes evitar graves accidentes, especialmente o estrangulamento do mesocéfalo pelo cone de pressão temporal.

BRITO SUBTIL.

Le brome dans le suc gastrique, por Mlle. Camille Chatagnon — *La Pr. Méd.* n.º 35-1937.

No suco gástrico normal existe uma pequena quantidade de bromo. Após a ingestão de brometo de sódio verifica-se um aumento considerável de bromo na secreção gástrica. Este aumento da taxa do bromo é função

da riqueza em cloro do organismo. Dá-se, qualquer que seja o caso considerado, uma substituição parcial de HCl por HBr.

A percentagem do bromo gástrico é em geral mais elevada que a do bromo sanguíneo. Além disso podemos opôr as variações dos equilíbrios bromo/cloro do suco gástrico à constância relativa e notável do cloro sanguíneo apesar do afluxo de bromo (êstes pontos foram estabelecidos no decurso de estudos sôbre a eliminação do bromo).

A A. insiste sôbre a existência duma secreção fisiológica ou normal do bromo ao nível da mucosa gástrica e sôbre o seu aumento notavelmente tolerado (após administração terapêutica de medicamentos bromados) pelo organismo humano. Estes factos não teem apenas um valor fisiológico. Tôda a medicação bromada pode ser considerada como susceptível de aumentar ou de reforçar a acidês gástrica. Deve ter-se em conta esta noção nas prescrições a ulcerosos ou dispépticos; da mesma forma, na administração repetida, e, principalmente, na prolongada, de doses médias de bromo (quer sob a forma de sais, quer de compostos orgânicos), como acontece em patologia nervosa, o clínico não deve nunca esquecer não só os fenómenos de intolerância que podem sobrevir mas ainda os acidentes possíveis ao nível da mucosa gastro-duodenal devido a uma hiper-acidês muito prolongada.

BRITO SUBTIL.

Contribution à l'étude des ictères survenant au cours du traitement arsenical, por Marcel Graffar — *La Pr. Méd.* n.º 35-1937.

A patogenia da ictericia que sobrevém nos sifilíticos durante a tratamento arsenical têm dado lugar, durante êstes últimos quinze anos, a numerosas discussões. Para uns, trata-se duma ictericia tóxica; para outros, duma monorecíviva hepática provocada pelo tratamento pelo salvarsan e comparável às neuro-recídivas e á reacção de Herxheimer. Foi também emitida a hipótese de se tratar duma ictericia infecciosa banal que ataca um figado enfraquecido pelo virus específico e pelo arsénio.

O A. examinou as observações de 7.000 doentes que passaram pela consulta de sifilografia do prof. Jacqué, de Novembro de 1919 a Novembro de 1932. O estudo da estatística destas 7.000 observações mostrou que:

1.º 6 % dos doentes tratados pelo neosalvarsan fôram atacados de ictericia.

2.º A ictericia aparece com freqüência igual em todos os estados da sífilis.

3.º Coexiste as mais das vezes com uma reacção de Wassermann negativa.

4.º Os ictéricos, tratados pela interrupção do tratamento arsenical, curaram sem complicação; no entanto a continuação do tratamento pelo

salvarsan, mesmo durante a icterícia, foi suportada sem perigo por alguns doentes.

5.º Podem sem receio voltar a tratar-se os doentes com neosalvarsan após a cura da icterícia; as recidivas são pouco frequentes.

O estudo do A. confirma certos argumentos anteriormente publicados em apoio da hipótese da natureza infecciosa da icterícia post-arsenobenzólica. Põe em evidência dois factos importantes: a igual freqüência da icterícia em todos os estados da sífilis e a raridade das recidivas após um novo tratamento. Este último facto, que parece não poder ser desde já interpretado, será objecto de trabalhos ulteriores.

BRITO SUBTIL.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

De Coimbra — O sr. dr. Manuel Gomes de Matos Beja, foi nomeado ajudante de clínica da cadeira de Ginecologia — «Diário do Governo» de 28 de Abril.

O Conselho da Faculdade de Medicina votou as seguintes classificações académicas :

«Anatomia descritiva 1.ª parte» — Época de Julho de 1936: Afonso Neves de Paiva, accessit; Arménio Barata Salgueiro, accessit.

«Anatomia descritiva 2.ª parte e Anatomia topográfica» — Época de Julho de 1936: Eduardo de Albuquerque, accessit; Mário Deniz Porto, accessit.

«Fisiologia e Quimica fisiológica» — Época de Outubro de 1936: Joaquim Lopes Godinho, accessit.

«Terapêutica Médica e Semiótica Radiológica» — Época de Outubro de 1936: Henrique de Oliveira, prémio; António Henriques Abrantes Amaral, accessit.

«Patologia Médica» — Época de Julho de 1936: Ilidia Adelaide Duarte Ribeiro, prémio; Francisco António Gonçalves Perreira, accessit.

«Patologia Médica e História da Medicina» — Época de Outubro de 1936: Henrique de Oliveira, prémio; António Henriques Abrantes Amaral, prémio.

«Clínica Médica, Molestias Infecciosas e Pediatia» — Época de Julho de 1936: Ilidia Adelaide Duarte Ribeiro, prémio; Francisco António Gonçalves Ferreira accessit.

Época de Outubro de 1936: Henrique de Oliveira, prémio; António Henriques Abrantes Amaral, accessit.

«Clínica Cirúrgica» — Época de Outubro de 1936: Francisco António Gonçalves Ferreira, accessit; António Henriques Abrantes Amaral, accessit.

«Clínica Cirúrgica, Patologia Cirúrgica e Medicina Operatória» — Henrique de Oliveira, prémio.

«Medicina Legal, Psiquiatria Forense e Deontologia Profissional» — Época de Julho de 1936: Henrique de Oliveira, prémio; Ilidia Adelaide Duarte Ribeiro, prémio.

António Henriques Abrantes Amaral, accessit; Francisco António Gonçalves Ferreira, accessit.

De Lisboa — Foi nomeado assistente extraordinário da cadeira de farmacologia da Faculdade de Medicina de Lisboa, o sr. dr. Francisco José de Carvalho Ferreira Crespo — «Diário do Governo» de 9 de Abril.

— O sr. dr. Francisco Pinto de Miranda, foi contratado para a regência do curso de ortopedia da Faculdade de Medicina de Lisboa — «Diário do Governo» de 26 de Abril.

Do Porto — Foram nomeados para o presente ano escolar, assistentes voluntários de radiologia e de anatomia descritiva e topográfica (1.º grupo), da Faculdade de Medicina do Porto, respectivamente os srs. drs. António Coelho de Sousa Oliveira Junior e Jorge Alberto Martins de Alte. — «Diário do Governo» de 9 de Abril.

Reuniões médicas

Nas reuniões médicas da Faculdade de Medicina, realizadas em Abril, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, foram apresentados os seguintes trabalhos:

Prof. Geraldino de Brites — «Aspectos morfológicos dos aneurismas do coração»

Prof. Vaz Serra — «Sobre perfurações gástricas».

No curso de aperfeiçoamento para médicos, organizado pela Faculdade de Medicina de Lisboa, em comemoração do centenário da Escola Médico-Cirúrgica da mesma cidade, foram feitas as seguintes lições:

Prof. Francisco Gentil — «Apendicite»; dr. Oliveira Machado Trincão — «O exame funcional dos rins»; dr. Cascão de Anciães — «Patologia e clorénia».

Prof. Reinaldo dos Santos — «Sobre injeções hemotogénias»; Prof. Eduardo Coelho — «Tratamento do bocio e as respectivas indicações cirúrgicas»; Prof. Egas Moniz — «Radio-diagnóstico de contraste em neurologia»

Professores Gentil e Parreira — «O cancro no colo uterino».

Serviços de Assistência

O sr. dr. José Alberto de Faria foi nomeado director geral da Assistência.

Reuniu-se a comissão nomeada para colaborar com o sr. dr. José Alberto de Faria, no estudo de vários aspectos que interessam à orientação dos serviços de assistência, a qual é constituída pela sr.ª condessa de Rilvas e pelos srs. drs. Sousa Gomes, Guilherme Possolo, Azevedo Soto, Colares Pereira e Fernando Correia e srs. Alberto Mira Mendes, Artur Barró e Julio Macédo.

Conferências

O ilustre Prof. sr. dr. João Porto, realizou na Associação Académica de Coimbra, perante uma assistência muito distinta, uma notável conferência subordinada ao tema «As concepções médicas na obra de Descartes».

Fez a apresentação do Conferente, o sr. Miller Guerra, presidente daquela associação, que se referiu ao ilustre professor nos termos mais honrosos. O sr. dr. João Porto foi calorosamente aplaudido no final do seu brilhante trabalho.

— Também realizaram conferências: no Porto, o sr. dr. Alfredo de Magalhães, «Influência da Escola Médica no meio social português»; dr. Reinaldo dos Santos, «O doente e a sua falta de recursos»; o Hospital e os seus meios de tratamento; os médicos e as exigências especiais do seu papel nos hospitais (exigências clínicas, pedagógicas, científicas e económicas); e o problema da enfermagem».

e «Nova sistematização da patologia arterial; os syndromas das três tunicas»; em Bragança, o sr. dr. Francisco José Martins Morgado, «A dôr... mestra da vida».

Comemorações

- 1937 — Centenário do nascimento de Bouchard, de Cornil e de Terrier.
— Centenário da morte de Alibert.
1938 — Centenário da morte de Broussais.
1939 — Centenário do nascimento de Dieulafoy e de Cohnheim (de Leipzig).
1940 — Centenário do nascimento de Kernaing (de S. Petersbourg), de Erb (de Heidberg).
1941 — Centenário do nascimento de Farabeuf, de Hayem, de Le Dentu, de Kocher, (de Bâle), d'Astley-Cooper (Inglaterra), de Hansen (Noruega).

Várias notas

O capitão de fragata médico sr. dr. Jaime de Nobrega Salgueiro foi exonerado do cargo de presidente da Junta de Saúde Naval, com as funções de inspector de saúde da marinha; o capitão de fragata médico, sr. dr. João Teodemiro Ligorio de Carvalho Miranda, foi exonerado do cargo do sub-director do Hospital da Marinha e de suplente à presidência da Junta de Saúde Naval e nomeado para exercer o cargo de presidente da Junta; o capitão de fragata médico, sr. dr. António Ruival Seavedra, foi exonerado do cargo de chefe da Repartição de Saúde Naval com as funções de inspector de saúde de marinha, que estava exercendo interinamente, e nomeado para exercer o cargo de sub-director do Hospital da Marinha e suplente à presidência da Junta de Saúde Naval.

— Foram encarregados em comissão gratuita do serviço público, durante noventa dias, de visitar as clínicas cirurgicas dos Hospitais dos Estados Unidos da América do Norte e da Inglaterra, os srs. drs. Armando Formigal Luzes e Adelino José da Costa, assistentes do serviço clinico (serviço geral de clinica cirúrgica) da Faculdade de Medicina de Lisboa.

— Foi aprovado o projecto de nova captagem da nascente de águas minero-medicinais denominadas Pisões-Moura, situada na freguesia de Santo Agostinho, concelho de Moura, distrito de Beja. — «Diário do Governo» de 27 de Abril.

— Foram condecorados com o grau de grande oficial da Ordem de Benemerência, os srs. dr. António da Cruz Rodrigues dos Santos, médico, sub-director do Instituto Clínico da Junta da Provincia da Estremadura, e dr. Benjamim Jorge Mendonça Santos, médico do mesmo Instituto.

— O eminente Prof. sr. dr. Elisio de Moura, foi encarregado pelo Senado Universitário, de representar a Universidade de Coimbra no Congresso de Neuro Psiquiatria, a realizar em Julho do corrente ano em Nancy.

— Na Faculdade de Medicina do Porto, foi inaugurado o busto do saudoso Prof. dr. Tiago de Almeida.

— Em Alpedrinha, e na vivenda do seu condiscipulo, sr. dr. Alvaro de Gamboa, reuniu-se o curso médico, que concluiu a sua formatura na Faculdade de

Medicina de Coimbra e do qual faziam parte os professores da mesma Faculdade, srs. drs. Alvaro de Matos, Fernando de Almeida Ribeiro e Geraldino Brites.

— No Porto reuniu-se o curso médico de 1893-1894.

— Retomou o serviço de radiologia do Hospital Militar Principal do Porto, funções de que esteve afastado por motivo de um acidente, o coronel médico, sr. dr. Guilherme de Serra Cabral.

Falecimentos

Faleceram: em S. Martinho do Bispo, áros de Coimbra, o sr. dr. Francisco Tomás Simões de Carvalho. O saudoso clínico contava 39 anos e era natural de Amoreira, concelho de Almeida; no Porto, o sr. dr. Afonso Carlos Barbedo Pinto, de 77 anos, natural de Sinfães; a sr.^a D. Maria Antonia Costa Pacheco de Morais, esposa do clínico, sr. dr. Armindo de Morais; dr. Abilio Tavares de Castro, sub-delegado de saúde e médico municipal do concelho do Maia; o sr. António José de Oliveira Ferraz, pai do sr. dr. António José de Oliveira Ferraz e sogro do sr. dr. Alberto de Ataíde Malafaia Baptista, assistente da Faculdade de Medicina do Porto; a sr.^a D. Henriqueta Guilhermina Macêdo Leite, mãe do clínico, sr. dr. Pinto Leite, e avó do também clínico, sr. dr. Pinto Leite, Filho; em Vila Meã, o sr. dr. Torquato Ernesto Leite Brochado; em Celorico de Basto, o capitão médico, sr. dr. António Joaquim Ferreira, natural de Moncórvio; em Chaves, o sr. dr. Matos Campos, director do Hospital Militar daquela cidade; em Agueda a s.^a D. Maria da Silva Pinto, tia do clínico desta cidade, sr. dr. Manuel Pinto; em S. Vicente de Cabo Verde, o coronel médico, sr. dr. Francisco Augusto Regala.

— Em Vila Flôr, faleceu o sr. Maximino Correia, tio do distinto professor da Faculdade de Medicina de Coimbra, sr. dr. Maximino de Morais Correia.

A «Coimbra Médica» apresenta ao seu distinto colaborador, sentidas condolências.

Exposição Internacional de Paris 1937

A Societé Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA, organizou especialmente destinado aos Médicos estrangeiros que vão a Paris durante a época desta Esposição, um «Serviço de Recepção» que será um meio de lhes facilitar o seu alojamento em Paris, sua introdução nos Serviços Hospitalares que pretendam visitar e bem assim a visita às suas instalações industriais de Paris e de Lyon. Igualmente lhes prestará todos os esclarecimentos relativos à Exposição, de que careçam.

Os Senhores Doutores que tenham a intenção de ir a Paris por ocasião desta importante manifestação e que desejem beneficiar dos bons officios do «Serviço de Recepção Specia», poderão dirigir-se ao Sr. Carlos Farinha, 30, Rua dos Sapateiros, Lisboa, que, com o melhor prazer lhes entregará, antes da sua partida, a carta de apresentação necessária para a sua representada Societé Parisienne d'Expansion Chimique SPECIA.



ULTIMAS NOVIDADES :

- Chigot** — L'Enchevillement central des fractures diaphysaires. 104 pages. 29 figures. (M) — Frs. 25.
- Claoué et Bernard** — Plastique Mammaire. Considérations médico-chirurgicales. 1 vol. avec 73 figures. (N) — Frs. 40,00.
- Daniel (Gaston) et Daniel (Albert)** — Arts et Techniques de la Santé. Deux grands volumes avec 51 planches. (D) — Frs. 300,00.
- Debray** — La Pratique de la Gastroscopie dans le Diagnostic et la Conduite du Traitement de l'Ulçère de l'Estomac. 1 vol. 218 pag. avec 3 pl. et 6 fig. (N) — Frs. 40,00.
- Degrais et Bellot** — Traité pratique de curiethérapie (premier volume). 1 vol. de 160 pages, avec 36 figures. (B) — Frs. 36.
- Fiessinger et Gadjos** — Urticaire et Histamine. 1 vol. 108 pag. avec 7 fig. (V) — Frs. 22 00.
- Garot** — Méthodes actuelles de Puériculture. Hygiène et alimentation du nourrisson. Soins généraux en cours de maladie. Eléments de prophylaxie. Deuxième édition. 1 vol. 292 pag avec 30 fig. (V) — Frs. 30,00.
- Hautant et Labarraque** — Hygiène de la voix et du chant chez l'enfant et chez l'adulte. 1 vol. 93 pages, (D) — Frs. 13,50.
- Herrmann et Morel** — Précis d'Anatomie Pathologique. 3^e édition revue par Tapie et Morel. 1 vol. 700 pag avec 378 fig relié. (D) — Frs. 130,00.
- Murez** — Le traitement des bronchopneumonies infantiles. 1 vol. de 69 pages. (B) — Frs. 16.
- Lemaire** — Le traitement des manifestations cardiaques de la maladie de Basedow. 1 vol. de 45 pages. (B) — Frs 14.
- Lenornant, Menegaux, Patel, Sénèque et Wilmoth** — Précis de Diagnostic Chirurgical. Ouvrage complet en 4 volumes. (Collection de Précis Médicaux). (M) — Broché frs. 300,00. Cartonné frs. 390,00.
- Leriche** — La Chirurgie de la douleur. 1 vol. 428 pages. (M) — Frs. 65,00.
- Lœper et Perrault** — Le traitement des intoxications alimentaires. 1 vol. 74 pages. (B) — Frs. 14.
- Nageotte-Wilbouchewitch** — Traitement des déviations de la colonne vertébrale et de l'insuffisance respiratoire. 1 vol. de 80 pages avec 67 figures. (B) — Frs. 20.
- Pinchenzon** — La dérivation auriculaire S5 et la trémulation auriculaire. 1 vol. de 80 pages avec 9 figures. (B) — Frs. 20.
- Poucel** — Le tabac et l'hygiène. 1 vol. de 100 pages (Collection Hygiène et Thérapeutique par les méthodes naturelles). (B) — Frs. 14
- Pruche** — La cardiologie du praticien, 2^e volume : Les troubles du rythme du cœur. Notions élémentaires d'Electrocardiographie. Comment déterminer la valeur fonctionnelle du cœur. La cardiodynamométrie clinique. 1 vol. de 42 pages avec 42 figures et 8 planches. (B) — Frs. 36.
- Rathery** — Néphropathies et néphrites: leçons cliniques, 2^e série (1934-1936). 1 vol. de 356 pages avec 30 figures. (B) — Frs. 60.
- Rouvière et Valette** — Physiologie du système lymphatique. Formation de la lymphe. Circulation lymphatique normale et pathologique. 160 pages. 38 figures. (M) — Frs. 45.
- Sainton, Simonnet et Brouha** — Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale. 832 pages. 158 figures. (M) — Frs. 130.
- Stéphani** — Sémiologie Radiographique Pulmonaire. Interprétation de Radiographies pulmonaires. 1 vol. 120 pag. avec 155 figures. (D) — Frs. 36,00.
- Torret** — La surcharge minimale de l'aorte, anatomie et physiologie. 1 vol. de 242 pages. (B) — Frs. 45.
- Troisième Congrès International de Pathologie comparée. Athènes 1936. Tome II. Comptes-rendus et Communications. 662 pages, avec figures, et 1 planche en couleurs. (M) — Frs. 92.
- Valléry-Radot** — Traitement des migraines. 1 vol. de 42 pages. (B) — Frs. 10.
- Vittoz** — Le traitement des Psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral. 1 vol. de 146 pages. (B) — Frs. 15.

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^e Édition refondue. Tome I. Pathologie chirurgicale générale, maladies des tissus. 1214 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 levures, 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 Maillet** — 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-Maisonny** — Le Bégaiement. Sa nature et son traitement. (Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications N° 9). 100 pages. (M) — Frs. 48.
- 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^s) — 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. Péritoine. 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 hepáticas (nas pessoas idosas que permaneçam de casa). Bronquiectasia. Bronquite aguda e crónica. Bronquite fétida. Gripe e suas complicações pulmonares. Broncorrêa. Abscessos pulmonares. Catarro concomitante da tuberculose pulmonar. Profilaxia das doenças pulmonares que possam sobrevir em consequência dum ataque de gripe.

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