

O MÉDICO

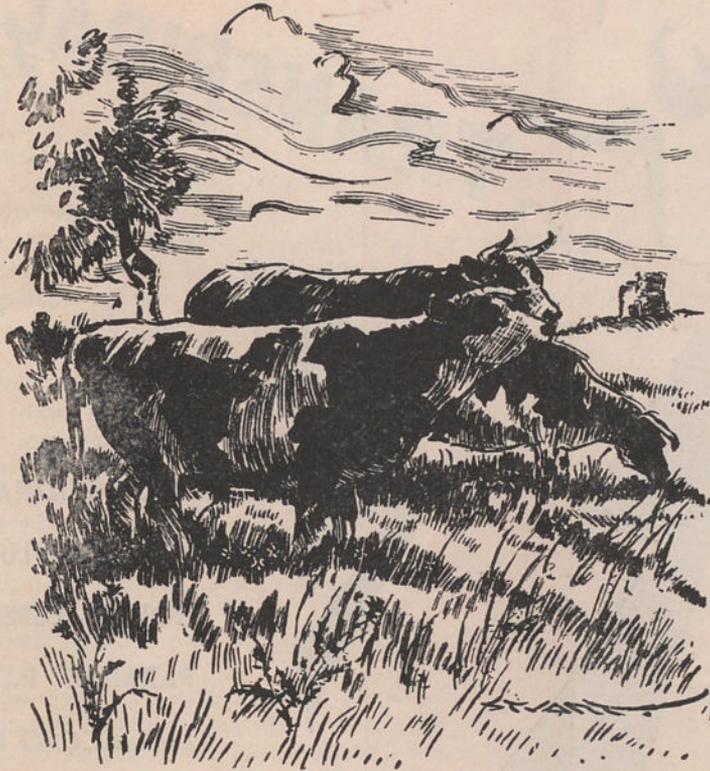
SEMANÁRIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

IV ANO — N.º 107
17 de Setembro de 1953

DIRECTOR E EDITOR:
MÁRIO CARDIA

VOL. I (Nova série)
Publica-se às quintas-feiras

APÓS O USO DE ANTIBIÓTICOS...



LACTOSAN

VITAMINADO

CULTURA PURA DE BACILOS BULGAROS ASSOCIADA
AOS FACTORES MAIS SIGNIFICATIVOS DO COMPLEXO B

CALDO • COMPRIMIDOS

Nas infecções intestinais, enterites, enterocolites e como
normalizador da flora intestinal após o uso de antibióticos



LABORATÓRIOS AZEVEDOS

MEDICAMENTOS DESDE 1775

SUMÁRIO

	Pág.	SUPLEMENTO	Pág.
WILHELM OSSWALD — <i>A propósito dum caso de eritrodermia congénita ictiosiforme</i>	771	<i>Há cinquenta anos</i> — Barros e Silva	725
JOSÉ FILIPE DA COSTA — <i>O critério conservador em cirurgia pulmonar</i>	773	<i>Ecos e Comentários</i>	726
MOVIMENTO MÉDICO — <i>LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES</i>	790	<i>Société Internationale D'Angiologi-Segond Congrès</i> — <i>Programme général</i>	728



HÁLITO?

TRANSPIRAÇÃO?

CLOROFILINAS, DERIVADOS
HIDROSSOLÚVEIS DA CLO-
ROFILA, ESPECIALMENTE PRE-
PARADAS PARA EXERCEREM
UMA ACÇÃO DESODORIZANTE

TUBO PLÁSTICO DE 10 GRAJEIAS

HALODEX



SERVIÇO DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA
DO DISPENSÁRIO DE HIGIENE SOCIAL DO PORTO



A propósito dum caso de eritrodermia congénita ictiosiforme

WILHELM OSSWALD

Esta dermatose foi descrita pela primeira vez por Brocq e logo a seguir por Rille; este último deu-lhe o nome de queratose rubra congénita.

Trata-se duma afecção rara, que tem também a designação de ictiose congénita vulgar tardia e que apresenta como sintoma morfológico predominante a eritrodermia.

Esta eritrodermia é constituída por um eritema mais ou menos extenso a todo o corpo, associado a uma descamação cutânea, mais ou menos acentuada. Naturalmente que a própria descamação toma aspecto diferente consoante a topografia da região; na cabeça toma aspecto furfuráceo, no tórax faz-se a descamação em lamelas e nas extremidades, mãos e pés, sob a forma de verdadeiras luvas. Outro carácter desta dermatose é ser congénita, isto é, surgir com o nascimento, posto que possa revelar-se mais tarde.

Em 1879, Buchanan Baster, atendendo apenas ao carácter eritrodérmico e exfoliativo de certas dermatoses dividiu-as em eritrodermias exfoliativas primitivas, secundárias a dermatoses anteriores como a psoríase, liquen ruber, etc., congénitas e dos recém-nascidos.

Foi neste último capítulo que foi colocada a eritrodermia congénita ictiosiforme.

Brocq supunha que todas estas dermatoses eram idiopáticas; esta ideia, porém, à medida que vão melhorando os processos de investigação científica, tem-se revelado errônea porquanto, vamos encontrar eritrodermias relacionadas com hematodermias (leucemides) e até com noxas diversas endo e exotóxicas; em muitos destes doentes foi possível isolar micro-bacilos de fendas epiteliais, folículos pilosos e glândulas sebáceas. Por outro lado, devemos considerar, ainda, as eritrodermias descamativas extensas devidas a arsenicais, ouro, prata, etc.

Dentro do capítulo da eritrodermia congénita de Brocq tem-se distinguido duas formas: o queratoma maligno difuso congénito, ictiose fetal ou «Arlequin phœtus» dos americanos que é incompatível com a vida, e outra forma benigna, correspondendo às designações de hiperqueratose ictiosiforme generalizada ou eritrodermia congénita ictiosiforme e que é o caso do nosso doente.

A primeira forma, ou seja a ictiose fetal, é caracterizada por uma membrana coriácea, seca, envolvendo toda a pele, com fissuras profundas que deixam a derme a nú, boca entre-aberta, ausência de nariz que está substituído apenas pelos 2 orifícios das narinas e conjuntivas ectrópicas; a morte surge por asfixia devido à rigidez torácica e impossibilidade de respiração.

A *eritrodermia congénita ictiosiforme* é caracterizada por aparecer com nascimento e haver vermelhidão extensa da pele que na face pode tomar aspecto dum verdadeiro «pele vermelha»; há hiperqueratose principalmente acentuada nas pregas cutâneas e regiões palmo-plantares e além disso existe crescimento exagerado dos cabelos e das unhas.

Esta displasia mantém-se toda a vida, sem alteração apreciável do estado geral. Em certas formas pode-se observar um desenvolvimento exagerado das papilas na nunca e pregas articulares fazendo lembrar a acantose nigricans.

Esta dermatose, pode apresentar um aspecto bolhoso, com bolhas epidérmicas cheias de serosidade opalina na qual tem sido possível encontrar estreptococos, localizadas, em geral, nas extremidades, aparecer mais no Verão que no Inverno, e mais nos sítios sujeitos a traumatismos, o que lhe dá certa analogia com a epiderme bolhosa.

Há ainda formas circunscritas desta afecção como a doença de Melada, que clínica e histologicamente pode ser considerada como uma forma localizada da eritrodermia ictiosiforme congénita.

A etiologia desta afecção constitue ainda hoje um capítulo obscuro. Seria esta afecção caracterizada pela queratinização anormal da camada córnea da pele, uma malformação devida a alterações endócrinas várias, consanguinidade dos pais ou até a infecções pre-existentes, como sejam a sífilis. O que apenas sabemos é ser uma doença hereditária recessiva, cuja transmissão se faz por indivíduos heterozigotos, aparentemente sádios; é portanto uma genodermatose.

Modernamente tem-se atribuído grande importância às alterações do metabolismo da vitamina A, e dos órgãos com ele directamente relacionados: fígado e tiroide.

O fígado serve de órgão do depósito e no hiper e hipotiroidismo há uma descida de taxa normal de vitamina A existente no sangue; a influência na eritrodermia congénita ictiosiforme do funcionamento tiroideo é posta em evidência pelo seguinte caso: numa negra com 20 anos de idade, surgiram bruscamente um adenoma tiroideo e uma eritrodermia congénita ictiosiforme.

A alteração da queratinização normal, em relação com um déficit de vitamina A parece iniciar-se já na vida intra-uterina, a partir do 4.º mês de gestação. Esta carência em vitamina A explica o facto de alguns doentes melhorarem ou até curarem sintomaticamente, quando se lhes administra doses elevadas desta vitamina A. As alterações endócrinas (tiroide e timo) justificam em certos doentes a desproporção existente entre o tórax e os membros excessivamente curtos.

Quanto a alterações histológicas, nada de característico se encontra nesta dermatose. Há hiperqueratose e paraqueratose em «ilhéus isolados», acantose e papilomatose; estas alterações histológicas lembram bastante a psoríase. Na derme encontra-se vaso-dilatação intensa dos capilares, com infiltrados linfo-histo-plasmocitários.

Esta dermatose tem que se distinguir em primeiro lugar da ictiose vulgar: a invasão das pregas articulares (respeitadas na ictiose) a hiperqueratose e hiperhidrose, coloração eritrodérmica e crescimento exagerado das unhas e cabelo, são características que nunca se verificam na ictiose vulgar. Quanto à ictiose fetal, distingui-la-emos pelo exame histológico, mostrando alongamento das papilas, alargamento do corpo mucoso e hipertrofia da granulose, localizada em focos, bem como paraqueratose em zonas extensas da camada córnea.

O eczema seborreico do recém-nascido, que em certos casos pode simular a eritrodermia congénita ictiosiforme, distingue-se porque as lesões são fugazes, cedendo facilmente à medicação apropriada.

Também devemos distingui-la da eritrodermia psoriásica. Neste caso, as lesões nunca aparecem com o nascimento e, além disso, são sempre localizadas; a generalização resulta, em regra, como consequência de terapêutica intempestiva.

Na pitiríasis rubra de Hebra Jadassohn, na qual pode haver vermelhidão e descamação, há atrofia nítida da pele.

No pênfigo foliáceo as bolhas aparecem sempre na pele sã, isoladas e aparecendo principalmente no tronco, abdómen e face e generalizando-se lentamente. As escamas formam-se no período de estado e têm características especiais: nos seus limites encontram-se sempre restos dum descolamento epidérmico em «colarinho».

Finalmente a eritrodermia congénita ictiosiforme deve

distinguir-se da dermite esfoliativa de Ritter von Rittershain. Nesta doença as lesões começam sempre pelos lábios e face, nas primeiras cinco semanas de vida e só depois são atingidas as extremidades; há ainda localizações nas mucosas que faltam na eritrodermia congênita ictiosiformes e temperatura elevada surgindo a morte em metade dos casos, o que se não observa na eritrodermia congênita ictiosiforme.

Há pouco tivemos ocasião de observar um caso de eritrodermia congênita ictiosiforme, a propósito da qual fizemos esta revisão.

Trata-se duma criança do sexo masculino que foi observada há quatro meses, tendo nessa altura 21 dias de idade. Nasceu de um parto entócico, segundo filho dum casal saudável sem nada de interesse nos seus antecedentes; ausên-



Eritrodermia ictiosiforme congênita

cia de consanguinidade, próxima ou afastada nos pais, bem como desconhecimento de qualquer dermatose familiar. Ao nascer pesava 3 Kgrs. portanto dentro do peso normal, e tinha a pele com o mesmo aspecto de agora: espalhadas por todo o corpo, e em especial na face, em torno aos orifícios naturais, tem escamas quadrangulares extensas, sobre um fundo eritematoso; tem ectropion acentuado que não lhe permite fechar os olhos pelo que dorme de olhos abertos (a mãe, para evitar a irritação da luz cobre-lhe os olhos com um pano escuro), as córneas estão secas e sem brilho e há espessamento apreciável da epiderme na planta das mãos e dos pés, estando a pele húmida e gordorosa; a cabeça está coberta por carapaça dura, córnea e de cor amarelada e apresenta ainda atrofia unguiais; as mucosas têm aspecto normal.

Fizemos os seguintes exames subsidiários: reacção de Chediak feita em Março de 1953 foi levemente positiva, e repetida em Fevereiro de 1953 foi negativa. O hemograma

feito em Fevereiro revelou leucocitose (14.000) com linfocitose elevada (61,5 %).

Fizemos exame histológico que revelou «espessamento moderado do corpo mucoso, descamação lameliforme da camada córnea e, em algumas zonas, leve infiltração edemática do corpo papilar. (Dr. Reis Figueira).

Quisemos determinar a taxa da vitamina A existente no sangue mas atendendo à pouca idade do nosso doente e a outras dificuldades, não foi possível fazê-lo.

Atendendo à elevada percentagem de linfócitos, e suspeitando a existência dum factor infeccioso que não foi possível averiguar, administramos 50.000 U. diárias de penicilina num total de 2.000.000 U. associadas a 50.000 U. diárias de vitamina A num total de 500.000 U.; como medicação externa aplicamos um soluto de argirol «Barnes» a 5 % nas conjuntivas, no corpo óleo de amêndoas doces com ácido salicílico a 4 %.

A pouco e pouco observamos uma manifesta melhora do aspecto da pele. e passado um mês, as lesões limitavam-se a um eritema atenuado e sem descamação. A criança tinha aumentado de peso, alimentando-se normalmente, e com bom estado geral. Fizemos novo hemograma que revelou diminuição dos leucócitos (13.000) bem como dos linfócitos (56 %). Analizando e comparando os dois hemogramas, verifica-se haver uma descida da taxa dos linfócitos. Suspendemos então o tratamento para apreciar o comportamento do organismo e um mês depois vimos o doente com recidiva do seu mal, ainda que mais atenuada. Resolvemos, então, fazer novo tratamento de penicilina com vitamina A nas doses acima indicadas. O doente voltou a melhorar consideravelmente. Um mês após terminado este tratamento, fizemos novo hemograma, que nos indicou nova subida de linfócitos (70 %).

CONCLUSÕES

Ponderado o aspecto clínico, julgamos poder firmar o diagnóstico da *eritrodermia congênita ictiosiforme*. As duas remissões clínicas verificadas com a terapêutica penicilínica e de vitamina A podem, todavia, ter sido independentes dela, porquanto é frequente esta doença ter remissões espontâneas e periódicas. Não podemos compreender bem a razão desta linfocitose que aumentou, em contraste com as melhoras do doente. Será esta genodermatose uma malformação devida a um defeito congénito da epiderme associada possivelmente a factor infeccioso da pele? Será pelo contrário o factor infeccioso que condiciona o aparecimento das lesões num organismo predisposto, ou será ainda um déficit congénito da vitamina A?

Creemos que não será fácil responder a estas ou outras dúvidas que possam surgir.

Dentro da hipótese de se tratar duma associação de deficiência da vitamina A com um factor infeccioso, estamos interessados em persistir periodicamente com a medicação até agora instituída.

BIBLIOGRAFIA

- Blanco, F. M. e Mazzini, M. A. — Dermatologia e Sifilologia — Machette S. A. — Buenos Aires, 228, 1943.
- Montgomery e Ormsby — Compêndio de Dermatologia. Ed. Gunabara. vol. I: 553-555, 1947.
- Brandão, N. e Oliveira, A. — Hiperqueratose ictiosiforme. Estudo de 2 casos — Trabalhos da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia, XI, n.º 1: 7-13, 1953, B-8.
- Gans, O. — Histologie der Haut Krankheiten — Julius Springer Berlin. II: 201-205, 1928.
- Sulzberger, M. B. e Baer, B. L. — Micose fungoide developing in Patient with Congenital Ichthyiforme Eritroderme Yearbook of Dermatology and Syphilology: 321-327, 1947.
- Laymon, C. W. e Murphy, R. — Congenital Ichthyiforme Eritrodermo — Yearbook of Dermatology and Syphilology: 217-273, 1948.
- Andrews, G. C. — Diseases of the skin, Ed. Saunders Company: 680-681, 1947.
- Jansion, H. — Eritrodermies — Enciclopedia Medico — Chirurgicale: 12067 (3-5), Out. 1936.

REVISÃO DE CONJUNTO

O critério conservador em cirurgia pulmonar

JOSÉ FILIPE DA COSTA

(Cirurgião dos Hospitais)

Certamente que num curso de aperfeiçoamento, um dos desejos comuns ao prelector e àqueles que o frequentam é que, ao final, as noções desenvolvidas a propósito da matéria estudada possam condensar-se num mínimo de ideias bem definidas, capazes de esclarecerem, tanto quanto possível, as dúvidas que o tema possa suscitar.

Semelhante desejo, porém, nem sempre é fácil de alcançar, quando aquele tem de cingir-se ao âmbito de lições teóricas para estudar assuntos de natureza essencialmente prática, como são em geral os problemas cirúrgicos.

Assim, este facto toma particular realce ao tratar de certos capítulos da terapêutica cirúrgica, cujo estudo feito através de simples prelecções não permite, a quem oiça, fazer uma justa apreciação das proporções em que na prática o cirurgião deve conjugar as orientações terapêuticas gerais e de índole até certo ponto teórica, com as possibilidades cirúrgicas peculiares a cada caso, o que, só em presença dos doentes pode devidamente avaliar-se.

Nestas circunstâncias e sendo impossível, dentro das condições habituais do nosso trabalho, assegurar-se com antecedência um determinado programa operatório, o cirurgião que colabore num curso desta natureza e não deseje deter-se em conceitos apenas teóricos, para objectivar as suas ideias sobre determinada matéria, terá necessariamente de recorrer à apresentação e discussão de casos clínicos da sua experiência pessoal.

De resto, o discutir relatórios clínicos de doentes já tratados constitui, em muitas circunstâncias, o único processo de que o cirurgião pode servir-se para mostrar o verdadeiro valor de certas técnicas cirúrgicas. E, também só assim, ele remediará em parte a habitual falta de convivência dos médicos com grande número de actos operatórios.

Ora, se é certo que o conhecimento perfeito das indicações cirúrgicas já deve merecer o interesse do clínico geral, não apenas para complemento da sua educação profissional, mas até por constituir mais um valioso elemento de autoridade moral para quem tem igualmente de propor intervenções, idênticos motivos só por si são suficientes para justificar a necessidade desses mesmos clínicos deverem possuir um conhecimento directo do valor técnico, vantagens e inconvenientes das várias intervenções a que os seus doentes possam ter de sujeitar-se.

Este conceito, que o próprio tempo se encarregou de instituir para certa cirurgia já bastante vulgarizada, como seja a cirurgia abdominal, deve quanto antes estender-se a todo o vasto campo cirúrgico moderno, onde estão incluídas a maioria das técnicas que se utilizam em cirurgia pulmonar.

Como tempo preparatório desta necessária familiaridade a criar-se entre o clínico geral e a cirurgia moderna, urge pois, que desta se faça larga e adequada divulgação.

Subordinados a estes princípios, decidimos apresentar em conjunto alguns casos clínicos que, embora compreendendo situações patológicas absolutamente dispareas, podem no entanto reunir-se num mesmo trabalho, dado o critério comum a que subordinamos as diferentes intervenções utilizadas no seu tratamento, que foi o de poupar sempre, não só o parênquima pulmonar considerado normal, mas também todo aquele que apresentava possibilidades de recuperação e que por tal motivo evitamos ressecar, proporcionando-lhe antes as condições necessárias para que pudesse retomar as suas funções. Daqui o título dado a este trabalho, de «o critério conservador em cirurgia pulmonar».

Esta dermatose, pode apresentar um aspecto bolhoso, motivo parecia dever sempre seguir-se, é contudo algumas vezes esquecido e outras desprezado por motivos vários, inclusive os de carácter técnico. E, embora se trate dum problema cirúrgico de ordem geral, a que já aludimos em trabalho anterior (a propósito da extirpação desnecessária de alguns órgãos, como o baço, em certas ressecções gastro-esofágicas por cancro), no

domínio da cirurgia torácica ele toma particular acuidade, não só pela existência de certas características anatómicas da região ou regiões em causa, mas também pelas maiores exigências técnicas que esta cirurgia exige e ainda pela preponderante influência que a função respiratória desempenha dentro da fisiologia geral do organismo.

De facto, a cirurgia pulmonar tem determinadas particularidades que, se nem sempre lhe são exclusivas, no entanto, raras vezes se verificam na cirurgia mais corrente, como a abdominal. Assim, enquanto, a irrigação dos órgãos do abdómen se faz, em geral, através de mais de um pedículo e a sua vascularização assenta em circuitos largamente anastomosados, permitindo ressecções a qualquer nível, a vascularização pulmonar é terminal, segmentar. Cada unidade ou segmento constitui, pois, sob o ponto de vista circulatório, um todo indivisível. Daí o facto do compromisso cirúrgico dum pedículo vascular do pulmão implicar irremediavelmente a extirpação de todo o segmento correspondente e, por motivo idêntico, uma ressecção pulmonar nunca poder interessar menos que um segmento ou um conjunto destes, isto é, um lobo ou o pulmão completo.

Óbvio é, pois, salientar o acréscimo de riscos e a maior gravidade destes (quer para a vida, quer simplesmente para a função respiratória) que as faltas de técnica ou o imperfeito conhecimento da anatomia podem ocasionar em cirurgia torácica, em comparação com os raros e remediáveis inconvenientes a que as mesmas faltas dão aso em cirurgia abdominal.

Como pormenor bastante importante da cirurgia do pulmão, queremos também referir que as dificuldades técnicas, assim como as probabilidades de complicações operatórias, crescem, por norma, em sentido inverso da extensão do parênquima ressecado, isto é, são por regra geral menores na extracção de todo o órgão do que na dum simples lobo ou na própria excisão segmentar.

Este facto, independentemente de qualquer erro tático que o cirurgião por ventura cometa, pode por si só explicar algumas das atitudes pouco conservadoras que se observam em cirurgia torácica. E, como corolário do que acabamos de dizer, justifica ainda que em cirurgia pulmonar, mais do que na cirurgia corrente, as exigências técnicas desempenham papel particularmente dominante entre os vários factores que orientam o cirurgião na escolha da tática e técnica operatórias a seguir nos diferentes casos.

É princípio geral em cirurgia que, ao executar um acto operatório, o cirurgião deve, antes de mais nada e com o sacrifício de tudo quanto for necessário, assegurar a vida do doente. Porém, salvaguardada esta, cabe-lhe a não menos importante obrigação de poupar ao doente todas as funções cujo compromisso não seja imposto pelo objectivo terapêutico final.

Esta conduta, que cumpre sempre respeitar, adquire no entanto indiscutível e excepcional interesse quando está em causa a função respiratória, dada a preponderante influência desta sobre a fisiologia geral do organismo e, portanto, sobre as condições de resistência física do individuo de que depende o seu valor como elemento de trabalho. Assim o prova, de resto, o próprio estudo da função respiratória.

Em síntese, a respiração depende da coordenação funcional de três importantes sistemas: pulmões (incluindo toda a árvore brônquica), circulação pulmonar e caixa torácica (músculos, ossos, articulações, diafragma e mediastino).

A correlação entre estes sistemas é feita, como se sabe, por meio dum duplo mecanismo nervoso e humoral.

Todo e qualquer transtorno num destes sistemas terá imediata repercussão sobre a função respiratória; esta, por seu turno, desde que se observe uma integridade absoluta da caixa torácica e não existam alterações cardio-circulatórias, nem sobre ela influam outros quaisquer factores de natureza geral, ficará

na estricte dependência do grau de integridade funcional do parênquima pulmonar, isto é, de que neste não existam áreas privadas de arejamento: zonas de simples colapso ou atelectasia pulmonar.

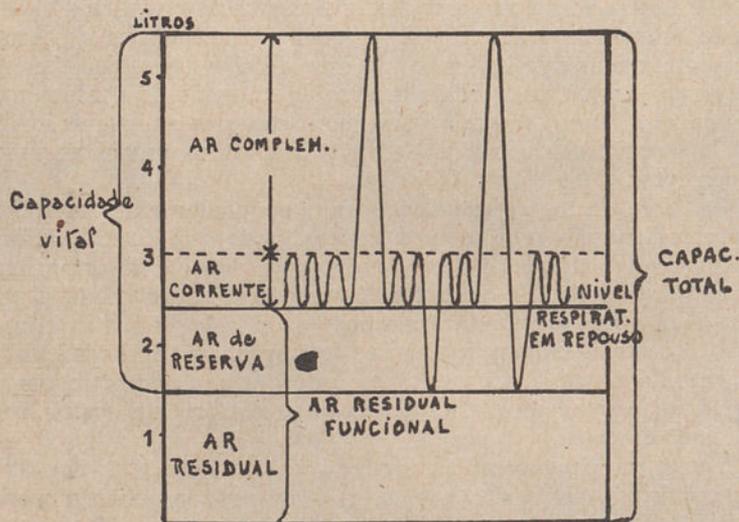
Caso estas apareçam, sobretudo as últimas, e independentemente não só das suas causas de origem (obstruções brônquicas, compressões concêntricas ou excêntricas), como da possível coexistência de alterações anátomo-patológicas ao seu nível, em qualquer caso, um simples compromisso regional do parênquima pulmonar ocasionará em proporções variáveis, mas desde o início do seu aparecimento, determinados desequilíbrios fisiopatológicos. Estes resultam, por um lado, da consequente diminuição da capacidade respiratória a que o referido transtorno dá imediatamente origem, por outro lado, do estado de anoxemia desencadeada pela entrada na grande circulação do sangue não oxigenado, proveniente da zona do pulmão privada de arejamento.

Ora, se é certo que estes dois transtornos (deficiência respiratória e anoxemia) têm de início características essencialmente diferentes — assim, por exemplo, enquanto o primeiro pode ser praticamente compensado pelo simples aumento da função respiratória do pulmão conservado, o segundo nunca beneficia de qualquer compensação, visto a oxigenação do sangue venoso ao nível dos alvéolos se fazer normalmente por saturação completa ou quase completa de oxigénio — apesar disso, os seus efeitos tardios são idênticos, pois ambos ocasionam graves insuficiências funcionais, a que depressa se seguem prejuízos orgânicos não menos importantes.

O conhecimento perfeito de todos estes transtornos e da maneira como eles devem ser reconhecidos e avaliados compete inteiramente ao cirurgião torácico, pois em tais dados terá ele de basear muitas das suas indicações operatórias.

O estudo da função respiratória, assenta como se sabe nas medições espirométricas e o valor da oxigenação sanguínea obtém-se pela oximetria.

É de todos conhecido o esquema do espirograma clássico indicando a repartição funcional do ar dentro das vias respiratórias.



Espiograma (Christie)

Em síntese, os conhecimentos e os dados espirométricos com mais directa utilização em cirurgia torácica, são os seguintes: a respiração normal corresponde à entrada e saída do chamado ar corrente, ao qual se junta, durante a situação de esforço, o ar complementar, na inspiração forçada, e o ar suplementar ou de reserva, na expiração profunda.

Este conjunto — ar corrente mais ar complementar e ar suplementar ou de reserva — denomina-se CAPACIDADE VITAL e constitui um dos principais índices de apreciação da função respiratória.

Outro factor de primordial importância é o chamado MÁXIMO VOLUME MINUTO (M. V. M.), isto é, a maior quantidade de ar que os pulmões admitem na unidade de tempo. O seu valor, que normalmente acompanha o da capacidade vital pode diminuir de maneira mais acentuada que aquele, quando a causa da insuficiência respiratória se instala ao nível das vias aéreas superiores (obstáculo respiratório alto).

Os desvio destes dois valores, no referido sentido, constitui, portanto, valioso elemento de desrinça, quanto à natureza e, sobretudo, à localização do mal.

A chamada RESERVA RESPIRATÓRIA, ou seja a diferença entre o valor do M. V. M. e o do ar corrente (ventilação em repouso) é também outra importante medida a ter em conta ao estudar-se a função respiratória.

Por último e como dado complementar dos anteriores, devemos referir que a capacidade respiratória se divide pelos dois pulmões em proporções desiguais, cabendo 55 % ao lado direito e 45 % ao esquerdo.

Se bem que outros valores possam ainda considerar-se, os que acabamos de referir são, além dos mais acessíveis na prática corrente, aqueles que convenientemente conjugados e interpretados mais orientam o cirurgião nos limites em que deve manejar as ressecções pulmonares.

A utilidade e o valor dos estudos espirométricos em todos os doentes em que se ponha a indicação operatória duma ressecção pulmonar, são bem demonstrados pela prática diária, sobretudo quando se trata de excisões extensas, em indivíduos de certa idade ou portadores de processos difusos pleuro-pulmonares crónicos, causas as mais frequentes de perda da elasticidade pulmonar.

Uma redução cirúrgica exagerada de parênquima pulmonar funcionante, baixando a capacidade vital para valores próximos dos da ventilação em repouso (ar corrente), cria situações de invalidez física que só por si inutilizam todo o êxito operatório. O doente, embora liberto da doença, ver-se-á, no entanto, inibido da mais moderada vida de relação, pelo exagerado cansaço a qualquer esforço, mesmo aos simples actos de falar e comer. E se é certo que todo o compromisso de parênquima pulmonar, criado por doença ou intervenção cirúrgica, é pouco a pouco compensado pelo duplo fenómeno de hipertrofia pulmonar (para alguns, aliás, não comprovado), e de distensão ou enfizema alveolar do parênquima restante, a verdade é que, este mesmo enfizema vicariante, quando atinge graus excessivos impostos pelas próprias necessidades fisiológicas da respiração, não deixa de corresponder igualmente a uma outra forma, não menos importante, de insuficiência respiratória.

O valor desta, que depende de um aumento excessivo do ar residual em relação à capacidade pulmonar total, ultrapassa em certos casos as médias normais de 20 a 30 % e atinge altas percentagens de 50 % e mais.

Ora, à quem destes casos extremos, podem observar-se uma infinidade de situações mais moderadas, mas em que as aptidões do indivíduo para o trabalho ficam sempre cerceadas, seja em grau quase que imperceptível, seja pelo contrário já bastante manifesto, impondo-lhe por exemplo o abandono da própria profissão. Assim sucedeu a um doente em que praticamos uma descorticação pulmonar, por empiema crónico post-gripal. Apesar de termos adoptado uma tática operatória conservadora para o pulmão e a despeito de ter-se conseguido uma reexpansão pulmonar rápida e perfeita, a quebra da função respiratória foi ainda bastante para que o doente se visse forçado a deixar a sua antiga profissão de mergulhador. (Caso n.º 1).

O segundo transtorno desencadeado pelo compromisso funcional duma zona de parênquima pulmonar, é, como atrás dissemos, um estado de anoxemia ocasionado pela entrada na circulação de sangue não oxigenado, proveniente da área de pulmão excluída da função respiratória.

Este estado de anoxemia, por vezes sem expressão clínica objectiva, pode, mesmo em tais circunstâncias ser identificado por meio das modernas técnicas da oximetria, que dão uma medida exacta do grau de saturação de oxigénio do sangue, colhido a vários níveis por simples punção ou cateterismo.

Em cada 100 c.c. de sangue humano normal existem 15 gramas de hemoglobina. Como 1 grama de hemoglobina contém 1,33 c.c. ou volumes de oxigénio, 15 gramas de hemoglobina, ou sejam 100 c.c. de sangue, correspondem a 20 c.c. ou volumes de oxigénio; quando essas circunstâncias se verificam diz-se que o sangue tem uma saturação de 100 % de oxigénio.

Normalmente, o sangue proveniente dos pulmões (cavidades cardíacas esquerdas e artérias) apresenta uma saturação de oxigénio quase completa — 90 % — em média, ou seja 19 volumes % (a pequena baixa em relação à saturação completa de 20 volumes % explica-se por causas variáveis, como sejam por exemplo curtos-circuitos pulmonares, anastomoses

POLIDELTA

Complexo de vitaminas, aminoácidos e sais minerais indispensáveis ao organismo

COMPOSIÇÃO

FÓRMULA A (Drageia branca)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		HIDROLIZADO DE PROTEÍNA (Amino-Ácidos em Miligrs.)	
Vitamina A (5.000 U. I.)	0,005	Arginina	1,425
Vitamina D ₂ (500 U. I.)	0,0125	Ácido glutâmico	8,175
Vitamina E	0,5	Histidina	0,94
Vitamina C	37,5	Leucina e Isoleucina	1,64
		Lisina	2,365
		Metionina	2,365
		Fenilalanina	1,465
		Trionina	1,5
		Triptofana	0,45
		Valina	2,965
SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)		Excipiente q. b. p. uma drageia	
Fosfato dicálcico.....50			

FÓRMULA B (Drageia corada)

VITAMINAS (Em Miligrs.)		SAIS MINERAIS (Em Miligrs.)	
Vitamina B ₁	1,5	Pirofosfato de ferro	30
Vitamina B ₂	1,5	Sulfato de cobre	1
Vitamina B ₆	0,1	Hipofosfito de Manganésio	3
Vitamina B ₁₂	0,001	Sulfato de cobalto	0,5
Vitamina PP	5	Sulfato de zinco	1
Pantotenato de Cálcio	1	Iodeto de potássio	0,1
Bitartarato de colina	50	Molibdato de sódio	1
Inositol	25		
Excipiente q. b. p. uma drageia			

APRESENTAÇÃO

Uma embalagem contendo um frasco de 25 drageias da fórmula **A** e um frasco de 25 drageias da fórmula **B**



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto—Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º—Telef. 21383
Deleg. em Coimbra—Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º—Telef. 4556

BISMUCILINA

Bial

INJECTÁVEL

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO
EM SUSPENSÃO OLEOSA COM MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. l.
BISMUTO 0,09 gr.

Por ampola de 3 c. c.

SÍFILIS (em todas as formas e períodos)
AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

SUPOSITÓRIOS

COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. l.
BISMUTO 0,09 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS

BISMUCILINA INFANTIL

SUPOSITÓRIOS

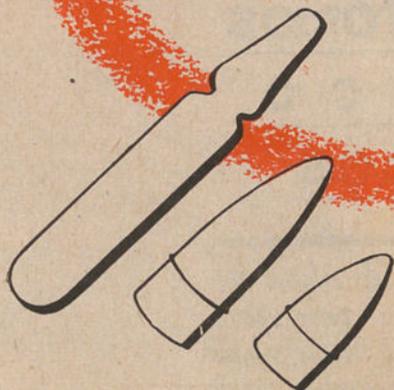
COMPLEXO DE PENICILINA G PROCAÍNA E BISMUTO

EQUIVALENTE A

PENICILINA 300.000 U. l.
BISMUTO 0,045 gr.

Por supositório

AMIGDALITES E FARINGITES AGUDAS



entre veias brônquicas e pulmonares, pequenas veias sistêmicas desembocando anormalmente na A. E., etc.).

O sangue arterial cede aos tecidos 22 % de oxigénio (5 volumes % aproximadamente), portanto o sangue venoso apresenta, em média, uma saturação de 72 a 75 % de oxigénio (14 a 15 volumes %).

A diferença entre o valor de oxigénio medido num sangue qualquer e o valor de 20 volumes % (máxima saturação possível de oxigénio, para o sangue humano), denomina-se grau de insaturação. Assim, e em conformidade com os números anteriormente expostos, este é de 0 a 1 para o sangue arterial e de 5 a 6 para o sangue venoso.

Nos capilares, o grau de insaturação, ou seja o valor da hemoglobina reduzida, é dado pela média da insaturação do sangue arterial e venoso:

$$\frac{1+6}{2} = 3,7 \text{ volume \%}$$

Admite-se como início de cianose fisiológica um grau de insaturação absoluta de 5 gramas % de hemoglobina. Contudo, só acima de 6,7 gramas % a cianose se revela clinicamente.

Ora, como os 5 gramas de hemoglobina reduzida, necessários para a existência duma cianose, exprimem um valor absoluto, correspondente a 1/3 da hemoglobina do indivíduo normal, compreende-se que nos doentes com hemoglobina alta, como seja uma situação de hiperglobulia com 20 gramas % de hemoglobina, por exemplo, basta que 1/4 da totalidade desta esteja reduzida para que apareça cianose — a sua identificação é portanto, relativamente rápida; pelo contrário, um caso de anemia, com um valor, por exemplo, de 10 gramas % de hemoglobina, esconde até certo ponto a cianose, visto que é necessário que a insaturação atinja metade do valor total da hemoglobina do doente, portanto, que a quantidade de sangue venoso não arterializado que entra na grande circulação seja muito abundante, para que a cianose se revele.

Daqui a necessidade que hoje há de se recorrer sempre aos exames laboratoriais, quando clinicamente se admita a existência duma simples cianose fisiológica, por si só bastante para causar graves perturbações.

Noutros casos, porém, a cianose é evidente e dispensa todas as provas complementares. Assim sucede, por exemplo, nos doentes com extensas supurações pulmonares localizadas, quer primitivas quer secundárias a obstruções brônquicas de qualquer natureza. Estas cianoses que, por vezes, são bastante extensas desaparecem rápida e completamente logo em seguida à intervenção, uma vez que nesta seja extirpado todo o tecido pulmonar que, embora privado de função respiratória, mantém contudo a passagem de sangue venoso proveniente do coração direito.

Como resumo das considerações feitas diremos: referimos, primeiramente, os principais efeitos nocivos que resultam do compromisso funcional ou cirúrgico duma zona de parênquima pulmonar — redução da capacidade respiratória e estado de anoxémia —; apontamos, de seguida, embora sumariamente, alguns métodos complementares de diagnóstico e apreciação dos citados transtornos.

Considerando no seu verdadeiro valor todas estas noções e não esquecendo os extraordinários recursos técnicos da cirurgia moderna, poder-se-á de algum modo avaliar as enormes obrigações e responsabilidades que recaem sobre o cirurgião pulmonar, forçado hoje a respeitar o duplo dever que lhe cabe de zelar simultaneamente pela vida do doente e pela máxima conservação possível da sua função respiratória. Para tal conseguir, o cirurgião, antes de decidir-se por uma conduta operatória, tem de ponderar muito cautelosamente cada caso particular e quando as possibilidades dum melhor resultado funcional dependerem, sobretudo, da utilização duma tática cirúrgica conservadora, nunca dela deverá desistir mesmo que, para isso, tenha de sujeitar o doente a mais do que uma intervenção.

Por regra, semelhante atitude conduz ao sucesso e simplifica, portanto, a própria solução cirúrgica do caso; porém, mesmo que assim não suceda, quer dizer, que o êxito não seja perfeito e imediato, nem por isso o doente deixará de ter ainda alguns benefícios finais.

Para exemplificar as vantagens do critério conservador

que vimos defendendo estudaremos, agora, os três seguintes grupos de casos clínicos:

- 1 — O colapso pulmonar por empiema crónico.
- 2 — O grande quisto hidático do pulmão.
- 3 — A atelectásia pulmonar crónica por corpo estranho brônquico, não extirpável pelos métodos broncoscópicos.

Depois de curtas considerações, de ordem geral, ilustraremos cada um destes casos com histórias clínicas que, embora apresentadas de maneira resumida, põem em manifesto destaque os méritos da cirurgia conservadora por que vimos pugnando e que já há muito praticamos.

1) O COLAPSO PULMONAR POR EMPIEMA CRÓNICO (DESCORTICAÇÃO).

Quando se desenvolve um empiema pleural, independentemente da sua etiologia e da natureza dos agentes produtores, dois importantes problemas locais se levantam à consideração do clínico: um, que é de início o dominante, a infecção; o outro, causa de riscos mais tardios, o colapso pulmonar, provocado pelo próprio derrame. Ambos evoluem em mútua dependência: a natureza do processo e a sua duração regulam, mais que qualquer outro factor, a possibilidade ou impossibilidade da reexpansão pulmonar; por seu turno, a inexpansibilidade do pulmão pode só por si manter a infecção pleural.

Compreende-se, pois, que, se a luta contra a infecção deve constituir a primeira preocupação do clínico que trata um empiema pleural, a sua atenção não poderá descurar, e desde o início da doença, o grau de evolução do colapso pulmonar.

Como nas demais localizações, o processo inflamatório da pleura desencadeia uma hiperemia difusa de toda a serosa, a qual origina uma transudação de soro e polinucleares e a formação dum exudado fibrinoso que cobre sobretudo o folheto visceral.

Este derrame, que de princípio é fluído e de fraca densidade, colapsando o pulmão em grau variável consoante o seu volume, torna-se pouco a pouco purulento e grosso.

Finalmente, com o decorrer do tempo, o exudado fibrinoso organiza-se, acabando por formar uma camada fibrosa e espessa que imobiliza simultaneamente o pulmão e a respectiva parede do hemitórax.

Ulteriores e progressivos processos de angioplasia (formação de capilares) e de fibroplasia (proliferação do tecido fibroso), consolidam definitivamente toda esta situação.

Pulmão e hemitórax transformados, desta forma, em elementos rígidos, perdem todas as suas funções. Por seu turno, o espaço pleural convertido numa cavidade supurante, constituirá uma séria ameaça para o organismo, como possível ponto de origem dum dos mais graves processos degenerativos que levam o indivíduo à morte — a amiloidose.

Esquemáticamente, sob o ponto de vista anátomo-patológico, são estas as várias fases por que passa o empiema pleural primitivo, quer originado pelos agentes banais da infecção, quer pelo próprio bacilo de Koch.

Dentro da orientação deste trabalho, não nos interessa considerar as situações particulares criadas pela concomitância de lesões crónicas pulmonares que, independentemente de poderem ser ou não o ponto de partida do processo pleural, pelo menos, complicam sempre a sua evolução.

O tempo de duração das várias etapas acima referidas depende fundamentalmente da natureza do agente patogénico. Contudo, embora se verifiquem por vezes diferenças apreciáveis nunca estas alteram, nas linhas gerais, a uniformidade de critério terapêutico que o clínico deve adoptar em tais circunstâncias, e que, a traços largos, se pode esquematizar da seguinte maneira: no seu início «fase aguda», o empiema será tratado medicamente por meio de punções e da administração dos antibióticos mais adequados ao agente patogénico em causa. A utilização dos antibióticos será feita simultaneamente como droga de efeito geral (per «os» ou por via parenteral) e em instilação pleural, praticada no final de cada punção evacuadora.

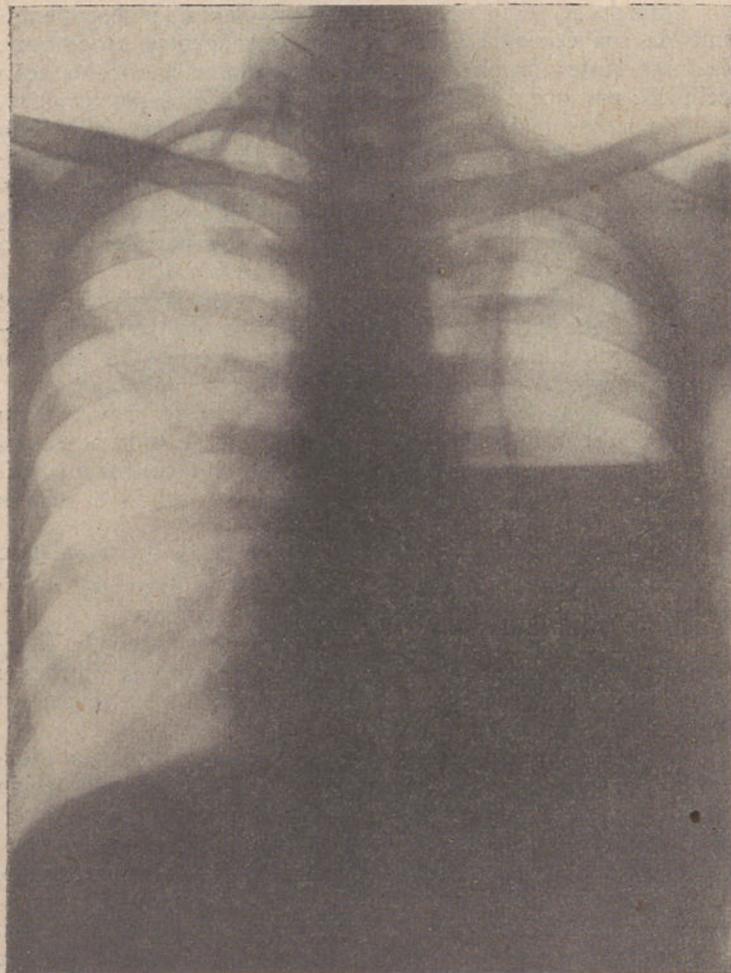
Mercê da enérgica acção local dos antibióticos, sobretudo quando judiciosamente escolhidos, o empiema pode incluir-se no grupo das lesões cirúrgicas que mais beneficiaram com os modernos progressos da terapêutica anti-infecciosa, razão

porque as indicações da simples drenagem por toracotomia quase desapareceram.

Regra geral, ao cabo de duas semanas de tratamento médico bem conduzido, o quadro infeccioso pleural deve estar dominado ou com tendência para tal, verificando-se portanto uma diminuição franca do derrame com a correspondente reexpansão pulmonar.

Se dentro desta data, aproximadamente, tal não suceder a fibrina do derrame começará depositando-se sobre os folhetos pleurais — sobretudo no visceral — e, pouco a pouco, essa camada de exsudado fibrinoso, embora delgada e de fraca consistência, terá contudo a resistência bastante para fixar o pulmão na posição do colapso a que foi levado.

Esta fase que se denomina de «empiema crónico recente» manterá as suas características anátomo-patológicas durante um período aproximado de dois meses, durante os quais a única solução terapêutica será apenas a descorticação pulmonar, por



Radiog. 1

meio da qual no entanto, se pode assegurar ao doente um completo êxito terapêutico, «quoad vitam» e funcional.

Perdida esta oportunidade, os fenómenos de angioplasia, anteriormente referidos, desenvolver-se-ão de maneira progressiva e acentuada e com eles instala-se a situação do «empiema tardio» a que se segue, com o decorrer do tempo, o «fibrotorax» definitivo.

Nalguns casos de empiema crónico tardio (nas formas mais recentes, com certa mobilidade pulmonar) pode tentar-se, ainda, a descorticação. Contudo, as dificuldades técnicas já são grandes e os resultados bastante aliatórios, pelo que, em última análise, se terá então de recorrer à toracoplastia.

Quanto ao fibrotorax, apenas permite algumas ressecções atípicas da parede torácica com fracas possibilidades de cura clínica e sem interesse para o ponto que temos em vista.

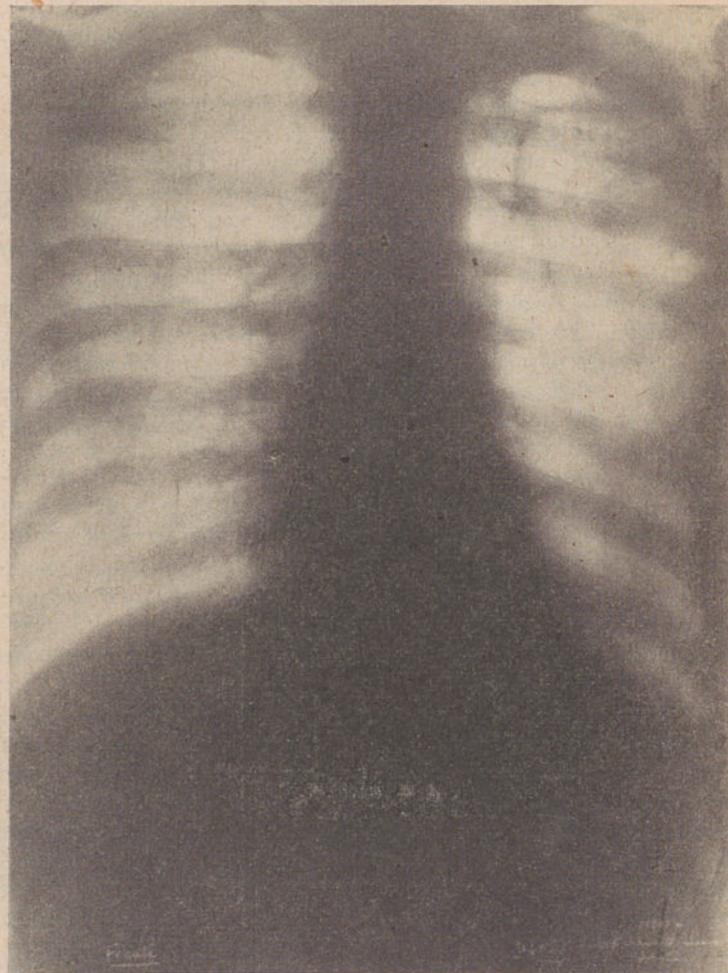
Esquematisadas assim as etapas clínicas do empiema pleural, os respectivos períodos da sua evolução e a diferença fundamental que existe entre as indicações terapêuticas de cada uma, compreende-se que, tal como referimos logo no início da nossa exposição, perante situações patológicas desta natureza, o clínico nunca poderá reter a sua atenção apenas no processo infeccioso local. Desde cedo, o máximo a partir da segunda semana, o

médico deve verificar muito cuidadosamente o poder de expansão pulmonar de modo a evitar que o processo atinja as etapas tardias da sua evolução.

Mas, para o cirurgião, propriamente, o problema dos empiemas apresenta-se em geral sob um aspecto diferente. O doente aparece-lhe, por via de regra, numa fase já mais avançada da doença. Raras vezes, podemos dizer, na fase sub-aguda; quase sempre e sobretudo depois do uso dos antibióticos, na fase de empiema crónico recente ou tardio.

Nestas circunstâncias, se o cirurgião se cingir a uma cega obediência aos limites anteriormente estabelecidos como média de duração de cada um dos períodos evolutivos do empiema, ver-se-á a maior parte das vezes compelido a executar apenas toracoplastias ou outras quaisquer técnicas também mutilantes.

Ora, a evolução geral dum empiema modifica-se apreciavelmente consoante a etiologia do processo, a qualidade dos



Radiog. 1 A

agentes em causa, a idade do doente e muitos outros factores, até de natureza constitucional, cada um deles com graus variáveis de influência, impossíveis de precisar num trabalho desta natureza.

Basta, porém, que tenhamos em conta o factor essencial, isto é, de que são múltiplos os factores que determinam as características evolutivas dum empiema pleural e que nunca se pode precisar a maneira de reagir de cada indivíduo e neste de cada tecido, para que, mesmo nos casos relativamente antigos, mas em que o estado geral do doente e a função do hemitórax atingido ofereçam determinadas garantias de resistência e de recuperação funcional, o cirurgião deva começar sempre por ensaiar as técnicas conservadoras, como a simples descorticação. Se por meio delas não solucionar por completo o problema, poderá contudo facilitá-lo, proporcionando ao doente recuperações parciais da sua função pulmonar, com o que reduz a utilização ou a extensão das técnicas mutilantes que a todo o tempo ainda venham a utilizar-se. Os limites em que podem variar as atitudes terapêuticas, dentro deste critério, só a prática os pode fixar.

Para exemplificação do que afirmamos, vamos apresentar três casos de descorticação pulmonar, praticadas em situações patológicas bastante diferentes umas das outras.

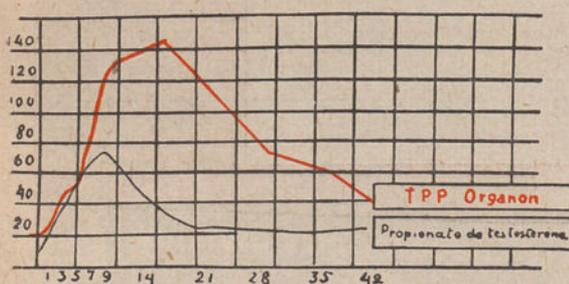


UM NOVO ÉSTER DA HORMONA MASCULINA

T.P.P. - ORGANON

FENIL . PROPIONATO DE TESTOSTERONA

- ACÇÃO MAIS PODEROSA de mais longa duração
- INJECCÕES MENOS NUMEROSAS, portanto tratamento mais económico
- SOLUÇÃO LÍMPIDA QUE SE INJECTA SEM DOR



Número de dias decorridos após a injeção

Peso da vesícula seminal (mgr.)

Comparação entre os efeitos exercidos sobre o peso das vesículas seminais de ratos impúberes castrados de um lado por uma injeção de 2,5 mgr. de T. P. P.—Organon e, de outro, de propionato de testosterona.

Apresentação

3 ampolas de 1 c. c. a 10 mgr.	23\$50
3 ampolas de 1 c. c. a 25 mgr.	43\$00
3 ampolas de 1 c. c. a 50 mgr.	74\$00

REPRESENTANTES:

UNIÃO FABRIL FARMACÊUTICA

Rua da Prata, 250-2.º — LISBOA / Rua Alexandre Braga, 138 — PORTO

AGORA... **Um grama** DOSES DIÁRIAS

CLORIDRATO DE **Aureomicina** CRISTALINA

Lederle



Empregada até ao presente em mais de 10.000.000 de casos clínicos, são superiores a 7.000 as comunicações que sobre a Aureomicina se publicaram, provenientes de todos os campos da prática médica mundial. Desde 1949 que a tendência destes estudos vem confirmando a eficácia na aplicação de doses mais reduzidas de Aureomicina, o antibiótico de espectro verdadeiramente amplo e actividade absolutamente uniforme.

Lederle ... uma marca de honra

O NOVO PLANO DE ADMINISTRAÇÃO DA AUREOMICINA EM DOSES REDUZIDAS:

Dose	Peso aproximado do paciente	Quantidade a administrar	Número de doses cada 24 horas
0,1 g. diário	8 quilos	Uma dose de 50 mg. duas vezes por dia, depois de comer.	2 doses
0,5 g. diário	40 quilos	Uma dose de 250 mg. duas vezes por dia, depois do almoço e do jantar.	2 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 3 ou 4 horas, depois das refeições.	5 doses
		Uma dose de 50 mg., com leite, cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,0 g. diário	80 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 4 horas, excepto durante 8 horas de noite.	4 doses
		Uma dose de 100 mg. cada 2 horas, excepto durante 4 horas de noite.	10 doses
1,5 g. diário	120 quilos	Uma dose de 250 mg. cada 3 horas, excepto durante 6 horas de noite.	6 doses

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
 AMERICAN Cyanamid COMPANY
 30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, N. Y.



Embalagens: CÁPSULAS — frascos de 8 e de 16, c/ uma com 250 mg.; frascos de 25, c/ uma com 50 mg. (infantil); frascos de 25, c/ uma com 100 mg. SPERSOIDS (PÓ DISPERSÍVEL) — frasco de 75 g. PASTILHAS — frascos de 25, c/ uma com 15 mg. POMADA — tubos de 14,2 e de 28,4 g. com 30 mg. por grama. OFTÁLMICA — Colírio — frascos conta-gotas com 25 mg.; Unguento — tubos de 3,5 g. a 1%. * INTRAVENOSA — frascos de 100 mg. com diluente de leucina. NASAL — frascos de 10 mg. FARINGETAS — caixas de 10 com 15 mg. c/ uma. PASTA DENTAL — boiões de 5 g. CONES DENTAIS — tubos de 12 com 5 mg. c/ um. ÓTICO — frascos de 50 mg. * PÓ VAGINAL — frascos de 5 g. a 200 mg. por g. * SUPOSITÓRIOS VAGINAIS — frascos de 8. * PÓ CIRÚRGICO — fr. 5 g. com 200 mg. por g.

* A introduzir brevemente.

Representantes Exclusivos para Portugal e Ultramar :
ABECASSIS (IRMÃOS) & CIA.
 Rua Conde Redondo, 64-3.º — LISBOA
 Rua de Santo António, 15 — PORTO

Caso n.º 1.—Descorticação em empiema post-gripal, praticada depois de 3 meses de evolução da doença.

J. A. L. de 41 anos, mergulhador.

Em fins de Abril de 1949, andando engripado sentiu uma dor súbita na metade superior da face posterior do hemitorax esquerdo, seguida de febre, anorexia e tosse com muita expectoração seromucosa. Apesar de algum tratamento caseiro sentiu progressiva dificuldade na respiração, piorando do estado geral, pelo que foi internado no Hospital dos Capuchos no dia 18 do seguinte mês de Maio. Por punção feita na enfermaria extraiu-se grande quantidade de pus cujo exame deu: Rivalta fortemente positivo (17 g. de albumina %₀); muitos glóbulos de pus, alguns linfócitos, células endoteliais e hemáticas. Colorações de Zieni e Gram negativas. Ulterior inculcação ao cobaio negativa.

Nos antecedentes apenas cancro duro aos 33 anos, de que foi irregularmente tratado.

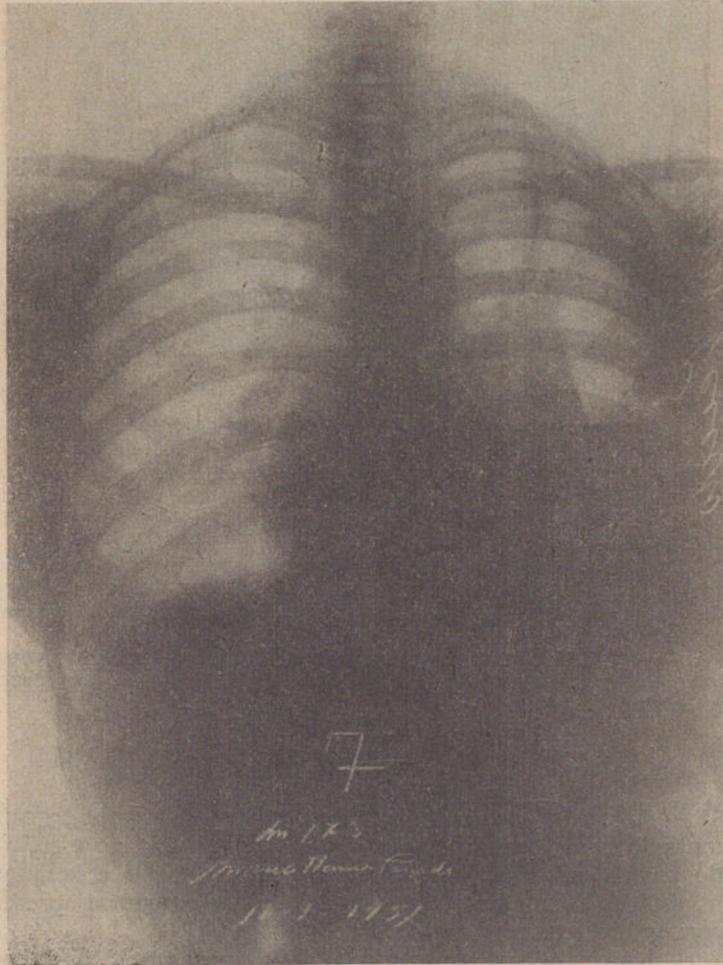
Urina com vestígios de albumina. RW e K negativas. Sensível grau de anemia: G. R. 3.200.000 e Hemog 67 % com 10.300 de brancos. Velocidade de sedimentação na 1.ª hora — 110 mm.

Durante o tempo que esteve internado em medicina foram-lhe feitas 7 toracenteses seguidas da introdução de 200.000 unidades de penicilina, de cada vez, além da que fazia em injeções diárias e duma intensa tonificação geral.

Com esta terapêutica o estado geral melhorou e a própria temperatura decaiu sem que, contudo, o derrame deixasse de se refazer. Foi transferido para cirurgia, onde o operamos, a 13 de Julho, isto é, cerca de 3 meses depois de iniciada a doença.

A radiografia n.º 1, feita em seguida a uma punção, mostra o grau de colapso pulmonar antes da operação.

Praticámos uma descorticação pleural, após toracotomia larga, com ressecção da 5.ª costela. A expansão pulmonar fez-se rapidamente como mostra a radiografia n.º 1 A, feita 8 dias depois da intervenção. Um mês depois o doente tinha alta completamente curado, embora o grau de deficiência respiratória com que ficou o tivesse obrigado a abandonar a profissão de mergulhador, tal como atrás já referimos.



Radiog. 2

Caso n.º 2.—Descorticação em empiema tuberculoso, (doente do Dr. Valadas Preto), praticada depois de 10 meses de evolução da doença.

M. R. P. de 14 anos, costureira.

No dia 29 de Julho de 1950, após curto período de astenia e anorexia, a doente adoeceu com uma pontada aguda no hemitorax esquerdo, febre e cefaleias. Não tinha dispnéia, tosse nem expectoração, mas sentia arrepios de frio e suores.

Sem antecedentes familiares bacilosos, diz ter sido sempre

fraca e refere sarampo, varicela e reumatismo com síndrome coreiforme.

No momento do internamento estava pouco febril, com pulso a 120 p.p.m. e tensões de 11,5-7 (Pachon). Não se palpavam gânglios. Redução da mobilidade do hemitórax esquerdo com diminuição do murmúrio ao nível da base, onde se ouvia o sopro pleurítico e pectoriloquia afona. Atritos na região axilar esquerda.

Análises sensivelmente normais, excepto velocidades de sedimentação de 95 mm. na 1.ª hora.

A punção pleural deu saída a bastante líquido sero-fibrinoso cujo exame cito-bacteriológico revelou: com coloração de Ziehl não se viram bacilos ácido-resistentes; alguns grupos de células Gram positivos dispostos aos pares, em curtas cadeias e outras vezes em pequenos cachos. As primeiras culturas foram negativas mas uma ulterior, feita a 21 de Fevereiro de 1951 pelo Sr. Dr. Neves de Almeida no Instituto Bacteriológico Camara Pestana, revelou determinada estirpe de B. de Koch, o que veio aliás confirmar a inculcação ao cobaio, muito antes positiva (20 de Janeiro de 1951).

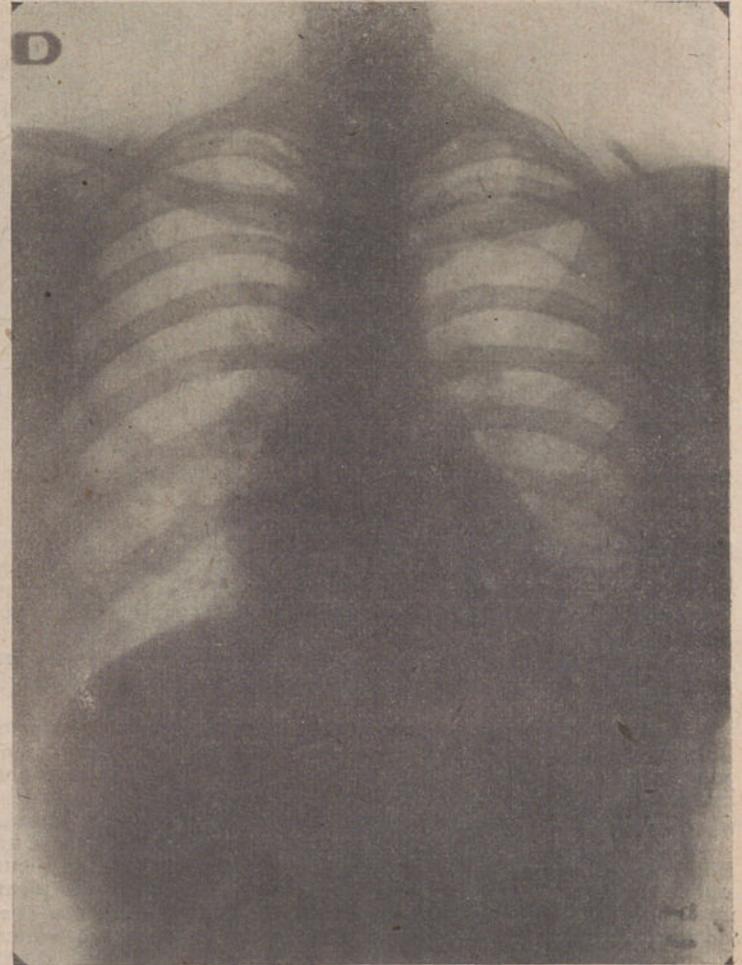
A primeira radiografia revelou logo enorme derrame pleural.

A doente iniciou o tratamento médico por tonificação geral apropriada e a administração de estreptomicina.

Apesar do estado geral melhorar o derrame refazia-se sempre e transformou-se em purulento, ao mesmo tempo que as punções se tornaram quase impraticáveis, dada a extraordinária espessura que a pleura tinha adquirido. De temperaturas sub-febris, que manteve muito tempo, a doente passou a um estado septicó grave que só melhorou com a administração de terramicina oral e em instilações pleurais. Apesar disso e tal como se verificava na radiografia n.º 2 (feita antes da operação e em seguida a uma punção), o colapso pulmonar mantinha-se inalterável.

Entregue aos nossos cuidados a doente foi descortificada a 25 de Maio do ano seguinte, isto é, dez meses depois do início do seu processo pleural. Embora trabalhosa a descorticação permitiu uma imediata expansão de todo o pulmão.

A cura foi rápida e perfeita, tal como o mostra a radiografia n.º 2 A. A doente tem continuado sob observação, sendo hoje uma rapariga forte e saudável.



Radiog. 2 A

Caso n.º 3.—Descorticação em empiema secundário a rotura de quisto hidático da face superior do fígado (?), praticada depois de 3 anos de evolução da doença (Doente do Dr. Artur Fevereiro).

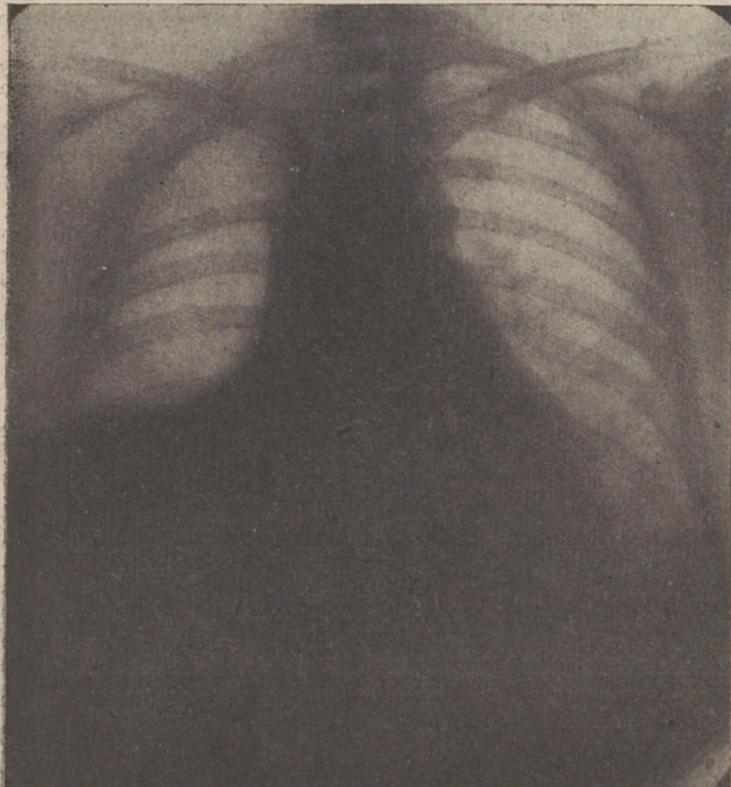
J. V. M. 50 anos. Doméstica (Clínica particular).

A 4 de Novembro de 1946 começou sofrendo de crises dolorosas do fígado que melhoraram com tratamento médico. Cinco meses depois (24 de Março de 1947) adoeceu repentinamente com dor aguda na base do hemitorax direito, tosse e estado gripal. Foi-lhe

diagnosticada uma pleurisia e aconselhado tratamento por ondas curtas, além da aplicação de revulsivos locais. A sintomatologia calçou, diminuindo a grande dispneia que de início sentia, mas as melhoras eram contudo reduzidas. Fez então uma radiografia do tórax que mostrava um grande derrame direito. Por punção extraíram-se seis decilitros de líquido citrino cuja natureza não pôde ser esclarecida pelo simples exame cito-bacteriológico. Inoculações ao cobaio desse mesmo líquido foram negativas. Entretanto continuara os tratamentos de ondas curtas que preferiram um total de 75 sessões.

Os médicos que então a tratavam insistiram no tratamento tonificante geral e aconselharam-lhe mesmo uma estadia na Serra da Estrela, tendo a doente engordado extraordinariamente (cerca de 15 quilos).

A 9 de Setembro de 1947 consultou um médico na província que lhe fez uma punção pleural, extraíndo-lhe uns escassos centímetros cúbicos de líquido purulento, mas cujo exame deu «quisto hidático» «sic». Uma análise de Casoni feita nessa ocasião foi fracamente positiva. Porém, como a doente passasse bem e apresen-



Radiog. 3

tasse mesmo um óptimo estado geral, o mal foi praticamente esquecido, para não dizer abandonado, durante mais de um ano.

A 10 de Março de 1950 recaí com dores no hemitorax direito febre e anorexia. Consultou de novo o seu médico de Lisboa que, informado do que o colega da província havia identificado (quisto hidático da cavidade pleural direita) a aconselhou a consultar-nos.

Foi apenas nesta data — Março de 1950 — que tivemos, pois, ocasião de a observar pela primeira vez.

Tratava-se duma doente com regular estado geral, sub-febril, com grande derrame pleural direito que lhe provocava enorme dispneia.

Repetimos a punção para aliviar a doente e para apreciarmos o grau de colapso pulmonar que era praticamente total, como o mostra a radiografia n.º 3. O exame do líquido confirmou o diagnóstico de quisto hidático (scolex).

Análises habituais de sangue e urina sensivelmente normais.

Tratava-se, portanto, dum empiema direito consecutivo a uma hidatidose pleural. Era a formação parasitária primitiva da pleura, ou secundária? Por norma estas situações ao nível da pleura, são quase sempre secundárias. Além disso, dado a descrição que a doente fez da doença — crises dolorosas do fígado e cinco meses depois um acidente doloroso agudo na base do hemitorax direito, com tosse e estado infeccioso, tudo leva a crer que se tratara na verdade da rotura dum quisto hidático do fígado para a cavidade pleural direita. Esta hipótese valoriza-se ainda, pelo achado operatório de múltiplas vesículas hidáticas misturadas com o líquido pleural (o quisto hidático pulmonar primitivo é em geral único).

Após adequada preparação a doente foi operada no dia 5 de Abril de 1950 (portanto, 3 anos depois do início do seu processo), sem que tivéssemos de ante-mão decidido o que iríamos fazer.

Praticada uma larga toracotomia, por ressecção da 5.ª costela e esvaziado o conteúdo pleural — pus e múltiplas vesículas hidáticas — quizemos primeiramente observar o que se conseguiria com uma simples descorticação. Diga-se na verdade, com certa admiração da nossa parte, ao terminar a descorticação verificámos que o pulmão, quando expandido com força pelo anestesista, quase que preenchia todo o espaço pleural existente, espaço este que já se encontrava

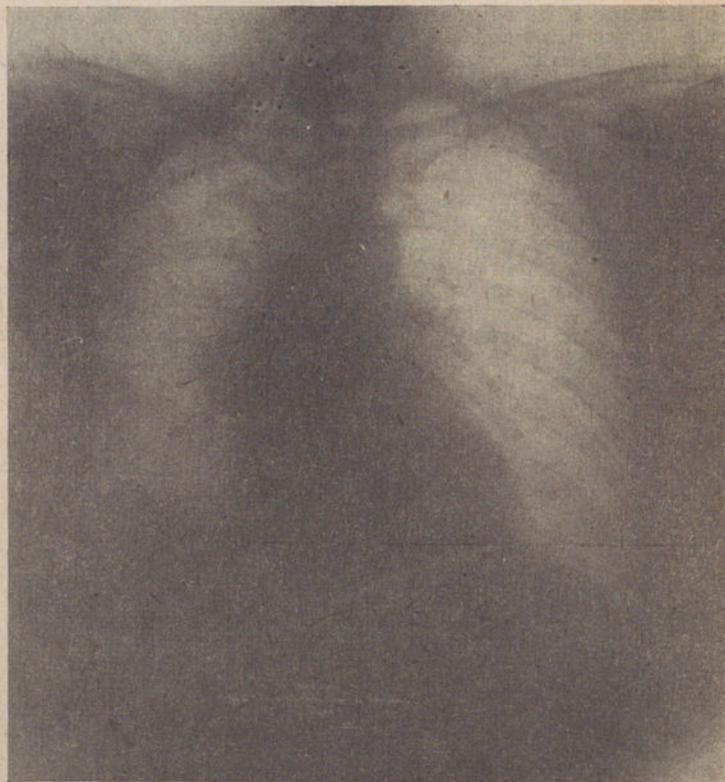
de resto apreciavelmente reduzido pela própria esclerose inerente à natureza e antiguidade do processo inicial.

Em virtude disto nada mais fizemos neste tempo cirúrgico.

A evolução post-operatória foi perfeita e pouco a pouco o pulmão preencheu, quase por completo, a cavidade pleural. Ulteriores exames radiológicos mostraram, de facto, que apenas se mantivera uma pequena loca pleural residual junto da goteira costo-vertebral, fistulizada para a parede torácica junto da cicatriz da toracotomia.

Por meio duma pequena intervenção, tipo Schede, praticada cerca de dois meses depois da descorticação, extinguiu-se por completo esta cavidade, conferindo assim à doente uma cura clínica definitiva.

A radiografia n.º 3 A mostra claramente as vantagens do critério conservador que adoptámos. Embora com reduzidas dimensões, aliás condicionadas pela própria antiguidade do processo, o hemitorax direito foi mantido e com ele a correspondente função pulmonar. Se uma toracoplastia tivesse sido praticada, semelhante operação, além de ter destruído a importante parcela de parenquima



Radiog. 3 A

respiratório de que o doente continua dispondo, nunca poderia garantir que se conseguisse a obliteração completa do espaço pleural correspondente, dado o extraordinário grau de fibrotorax já existente.

O caso presente demonstra bem claramente que, a associação «descorticação-toracoplastia», como técnica parcialmente conservadora, será de ensaiar em casos desta natureza, sempre que seja realizável.

A doente, que se tem mantido sob a nossa vigilância, nunca mais referiu quaisquer queixas em relação com o seu processo inicial.

2) O GRANDE QUISTO HIDÁTICO DO PULMÃO.

Além dos graves problemas técnicos que levanta, quando múltiplo e infectado, o simples quisto hidático hialino e solitário do pulmão ainda hoje suscita frequentes dúvidas e hesitações no espírito de alguns operadores, sobretudo quando se apresenta com grandes dimensões.

Doença essencialmente cirúrgica, o seu tratamento, como não poderia deixar de ser, beneficiou de maneira extraordinária com os progressos da moderna cirurgia torácica.

Assim, abandonada a fase da intervenção em dois tempos, com o advento das novas técnicas anestésicas, o quisto hidático do pulmão, independentemente das suas dimensões e localização, passou a ser abordado, por rotina, através de uma larga toracotomia. Este mais directo contacto com a lesão, em vida do doente, veio por seu turno enriquecer os conhecimentos que então existiam sobre a anatomia patológica da doença.

Entre os novos conhecimentos assim adquiridos, destacaremos dois:

Primeiro, sob o ponto de vista cirúrgico, não há quistos

hidáticos pulmonares periféricos e centrais. O quisto hidático pulmonar corticaliza-se sempre, seja ao nível do grande espaço pleural, seja nos interstícios sisurais ou na face mediastínica do pulmão.

Para o cirurgião, portanto, os quistos hidáticos pulmonares são todos periféricos, o que significa, sob o ponto de vista operatório, que todos eles são igualmente acessíveis.

O quisto hidático a que outrora se negava indicação operatória, por ser pequeno e de localização central, deixou de existir na patologia cirúrgica dos nossos dias.

Segundo, no espaço perivesicular (espaço virtual existente entre o quisto e o próprio parênquima pulmonar espessado — membrana adventícia), encontram-se, em regra, um ou vários brônquios abertos. Por consequência, se depois de extraído o quisto, estas fístulas não forem encerradas, a cavidade pleural fica em continuação directa com a árvore brônquica, permitindo portanto o duplo inconveniente de se poder infectar a pleura e de haver passagem livre de sangue e líquido hidático para os brônquios.

Este facto explica as pertinazes fistulas bronco-cutâneas a que davam aso as antigas intervenções á dois tempos, utilizadas para o tratamento do quisto hidático do pulmão (1.º tempo — marsupialização do pulmão à parede torácica, ao nível do quisto; 2.º tempo — extracção deste e drenagem da cavidade residual com tubos) e ainda alguns dos acidentes post-operatórios que se seguem á quistectomia, quando, em vez dum encerramento em separado das fistulas brônquicas postas a descoberto pela extracção do quisto, o cirurgião se limita a uma simples e pouco cuidadosa captonage do espaço pulmonar, onde se acantonava a formação parasitária.

Assim, desde que se tornou possível e segura a abertura ampla do torax, e depois que foram reconhecidos e considerados os factos anteriormente descritos, o tratamento cirúrgico ideal do quisto hidático do pulmão passou a ser a quistectomia simples, por toractomia larga — extracção do quisto seguida de perfeita aerostase por sutura das fistulas brônquicas existentes e captonage da cavidade pulmonar; reexpansão do pulmão e encerramento do tórax sem drenagem.

A despeito, porém, dos excelentes resultados obtidos com esta intervenção, a quistectomia não se eximiu a todas as críticas e assim, nos últimos anos, a ressecção pulmonar apareceu como intervenção preferida por certos operadores, sobretudo para os quistos de grandes dimensões.

Os AA. que tal defendem, justificam o seu ponto de vista da seguinte maneira:

- 1.º — a conservação da adventícia pulmonar origina frequentes complicações post-operatórias tardias, persistência de cavidades residuais, esclerose do tecido pulmonar, etc.
- 2.º — as deformações da árvore brônquica (incurvações e modificações de calibre) e a compressão pulmonar, nos segmentos em contacto com o tumor, ocasionam invariavelmente lesões bronco-pulmonares irreversíveis. A simples quistectomia, por consequência, nunca pode evitar o aparecimento de complicações tardias, como bronquiectasias.

Ora, se estes inconvenientes se verificassem sempre, sem dúvida que o tratamento cirúrgico do quisto hidático pulmonar e em particular do grande quisto, não poderia deixar de ser, sistematicamente, a ressecção.

Contudo, tal nem sempre sucede, e a experiência mostra-nos mesmo que, dentro de limites relativamente largos, o parênquima pulmonar, desde que se lhe proporcionem as condições necessárias, pode recompor-se por completo dos vários transtornos que toda a compressão temporária ocasiona ao nível das suas estruturas essenciais.

Nestas circunstâncias, como pode o médico desvendar os casos e precisar o momento em que simples alterações morfológicas da árvore brônquica ou do próprio parênquima pulmonar, já estão convertidas ou ocasionaram lesões orgânicas definitivas?

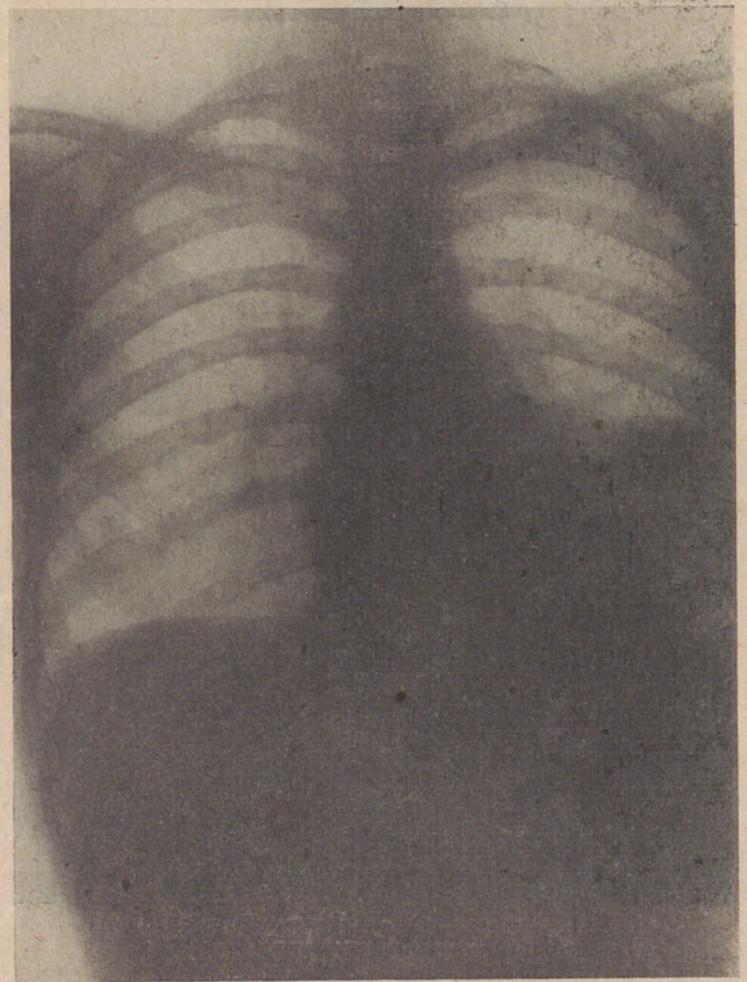
Teremos, por ventura, algum meio de asseverar desde quando as deformações brônquicas identificadas em broncografia como lesões muito acentuadas, secundárias ao desenvolvimento dalguns quistos hidáticos do pulmão, já não podem regressar?

Semelhantes informações são, na verdade, impossíveis de obter, pelo menos com a precisão necessária para que se possa fazer com segurança a escolha da conduta operatória, mais apropriada, a cada caso particular.

Na impossibilidade, portanto, de evitar estas dúvidas, o cirurgião, ao ter de optar por um dos processos cirúrgicos indicados para o tratamento do quisto hidático do pulmão, sobretudo do quisto de grandes dimensões (o que também significa, em geral, longa evolução), terá de forçosamente debater-se entre os receios de praticar uma simples quistectomia, e assim sujeitar o doente a sequelas tardias dum processo de bronquiectasias, possivelmente já em curso, e os inconvenientes duma ressecção pulmonar, intervenção bastante mais grave que a anterior, e que, dada a mutilação do parênquima respiratório a que corresponde, terá como consequência certa um compromisso tão variável como definitivo da resistência física do indivíduo e, portanto, do seu próprio valor como unidade social.

Pela nossa parte, quando nos tivemos de defrontar com estas mesmas hesitações, decidimos recorrer aos ensinamentos já então colhidos noutros vários capítulos da cirurgia pulmonar.

Assim, um dos factos que mais nos havia impressionado,



Radiog. 4

desde que nos iniciamos nas descorticações pleurais, tinha sido o extraordinário poder de recuperação anatómica e funcional que o parênquima pulmonar sempre nos tinha revelado (1).

Assistimos, por exemplo, a que pulmões imobilizados durante meses e até anos, uma vez convenientemente libertos, retomaram pouco a pouco a sua função, por vezes até em alto grau, sem que se notasse o aparecimento de transtornos ligados ao longo período de imobilidade sofrida pelo órgão ou aos consequentes vícios de posição a que todas as suas estruturas tinham estado sujeitas, durante esse mesmo período de tempo.

É evidente que as possibilidades de uma recuperação desta natureza nunca podem prever-se, pois elas dependem de vários factores; porém, sabemos que em determinadas circunstâncias

(1) Esta noção foi em grande parte demonstrada experimentalmente num trabalho recente de Webb e Burford (Arch. of Surgery, Junho 1953).

podemos contar com elas e, o que é ainda mais importante, que tais circunstâncias são bastante mais frequentes do que se julga.

Baseados no que expusemos, desde cedo nos convencemos de que, sempre que as condições gerais do doente e as características da doença não levantem uma contra-indicação formal, e à semelhança do que se passa com as demais situações que comprometem apenas temporariamente a função duma parcela de tecido pulmonar são, o tratamento cirúrgico do quisto hidático do pulmão, mesmo quando de grande dimensões, deve limitar-se às intervenções económicas e conservadoras, deixando só para último lugar as técnicas mutilantes. De resto, já noutra lugar o dissemos, quando o resultado das primeiras não seja inteiramente satisfatório, o cirurgião disporá sempre de recursos bastantes para remediar os seus inconvenientes.

Estes pontos de vista, por nós há muito adoptados, como se verifica pelas datas das nossas intervenções, estão largamente defendidos no excelente trabalho que o Prof. Victor Ugon, de



Radiog. 4 A

Montevideo, publicou no n.º 3 do Jornal Internacional de Chirurgia de 1952.

O primeiro caso de lobectomia (do lobo inferior esquerdo) por quisto hidático, por nós operado, foi um rapaz cujas broncografias demonstravam acentuadas deformações (incurvação, desvio e dilatação) dos principais brônquios inferiores.

Caso n.º 4. — Lobectomia do lobo inferior esquerdo por quisto hidático.

E. C. C., de 17 anos.

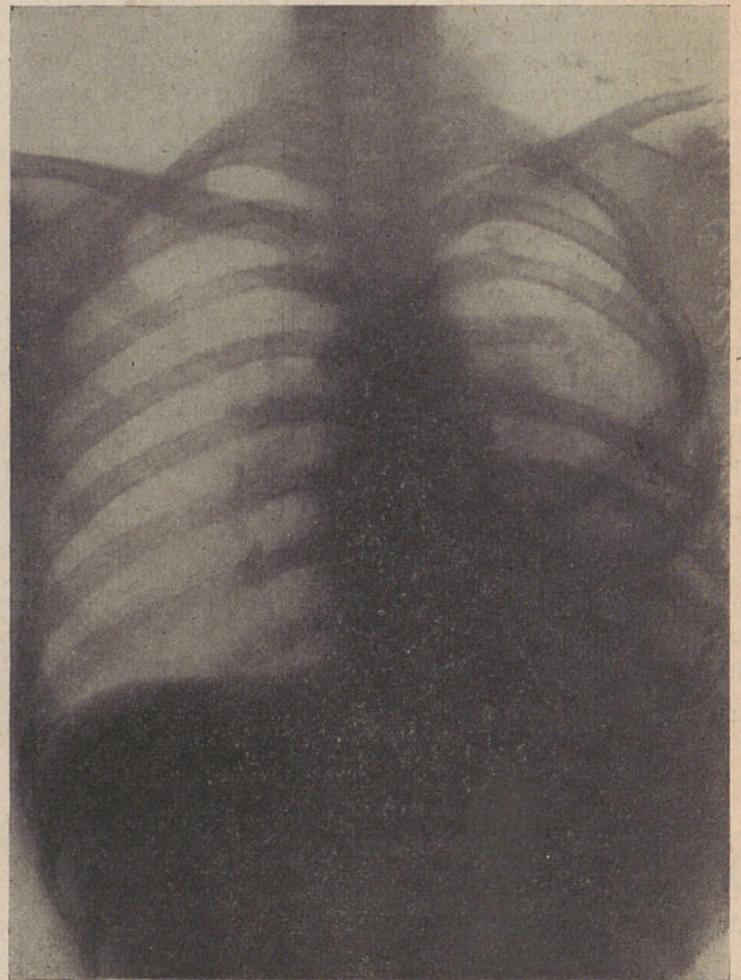
Há 4 meses começou sentindo uma moimha na base do hemitórax esquerdo acompanhada de tosse e expectoração amarela e fluida. Não tinha febre. Observado em radioscopia levantou a suspeita de quisto hidático do lobo inferior esquerdo, diagnóstico confirmado pela radiografia n.º 4, respectivas análises e reacções serológicas.

Nos antecedentes refere uma pleurisia esquerda há 4 anos e apendicectomia há 7.

Uma broncografia, embora tènicamente bastante imperfeita (radiografia 4 A) mostrou um extraordinário desvio e deformação dos brônquios lobares inferiores esquerdos. Em virtude deste aspecto decidimos fazer uma lobectomia do lobo inferior esquerdo.

A radiografia 4 B foi feita aproximadamente na altura em que o doente teve alta, curado.

Terminada a intervenção, que decorreu normalmente e foi seguida de cura completa do doente, praticámos uma dissecação cuidada de todos os elementos anatómicos contidos no parênquima ressecado. Não foi pequena a nossa admiração ao verificarmos o aspecto praticamente normal de todas as estruturas contidas na peça extirpada, aspecto portanto em flagrante contraste com a impressão que o exame clínico e sobretudo o estudo bronco-gráfico nos havia feito prever. Ficamos, pois, nesse momento, com a certeza de termos praticado uma mutilação pulmonar desnecessária.



Radiog. 4 B

O pouco ou nenhum valor que por este facto adusimos à broncografia no quisto hidático pulmonar e os riscos a que a sua execução expõe estes doentes em virtude dos fortes ataques de tosse que tantas vezes lhes provoca, fizeram com que de há tempos para cá façamos por evitar tal exame no estudo complementar destes casos clínicos.

Este e os restantes factos anteriormente relatados, levaram-nos, desde então, a considerar a quistectomia como o tratamento cirúrgico de eleição para o quisto hidático hialino do pulmão, mesmo quando de grandes dimensões.

Tentaremos objectivar os bons resultados que esta técnica pode proporcionar, através da documentação dos dois seguintes casos:

Caso n.º 5. — Quisto hidático do lobo superior esquerdo.

A. M. de 47 anos, trabalhador.

Há cerca de dois anos (1948), em virtude de rouquidão de que sofria desde criança, fez-se observar por um médico. Este verificou

ESTREPTOMICINA

HIGIENE

ASSOCIAÇÃO, EM PARTES IGUAIS, DE SULFATOS DE
ESTREPTOMICINA E DIHIDROESTREPTOMICINA
COM EQUIVALÊNCIA A 1g DE BASE

ATENUAÇÃO DOS EFEITOS NEURÓTÓXICOS DESTE ANTIBIÓTICO
SEM PREJUÍZO DA SUA ACÇÃO TERAPÊUTICA E DA TOLERÂNCIA LOCAL

APRESENTAÇÃO:

EMBALAGENS DE	1 DOSE
EMBALAGENS DE	5 DOSES
EMBALAGENS DE	10 DOSES

A CADA DOSE CORRESPONDE 1 AMPOLA DE 5 Cm³ DE SORO FISIOLÓGICO

ESTE PRODUTO PODE SER ADQUIRIDO NAS FARMÁCIAS
COMO QUALQUER OUTRO MEDICAMENTO

LABORATÓRIOS DA COMPANHIA PORTUGUESA HIGIENE



Lactil-Lab

Um medicamento de eleição na terapêutica das infecções intestinais que alargou o seu campo de acção com o aparecimento dos antibióticos

Para evitar e combater as perturbações intestinais provocadas pela acção dos antibióticos sobre a flora intestinal necessária a uma boa digestão.

Sempre que se usem antibióticos por largo tempo; durante e após o tratamento

Lactil-Lab

CALDO • COMPRIMIDOS

Laboratórios LAB - Avenida do Brasil, 99 - Lisboa - Norte
Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

LABORATÓRIOS SICLA

DIGISTANDAR - Comprimidos

Tubos de 15 comprimidos equivalendo a 0,1 gr. de pó de dedaleira (Padrão Internacional de 1936).

GEOBAINA - Gotas

Frasco de 10 grs., contendo por 50 gotas 4 miligramas de g-estronfantina (ubaína).

GEOBAINA - Injectável intramuscular

Caixa de 6 ampolas de 2 c. c., contendo por ampola, 1/2 miligr. de g-estrofantina.

GEOBAINA - Injectável intravenosa

Caixas de 6 ampolas de 1 c. c., contendo por ampola, 1/4 miligr. de g-estronfantina.

OLIODATUM - Injectável (1 ou 2 c. c.)

Caixas de 10 ampolas de 1 c. c. ou de 2 c. c., contendo óleo iodado a 20 % (F. P. 1946) - 20 % de iodo em peso.

SALIDRIL - Injectável (1 ou 2 c. c.)

Caixas de 5 ampolas de 1 c. c. ou de 2 c. c., contendo soluto injectável a 10 % de acetato mercúrio salicil-alilamido o-acetato de sódio a 5 % de Dimetiloxantina.

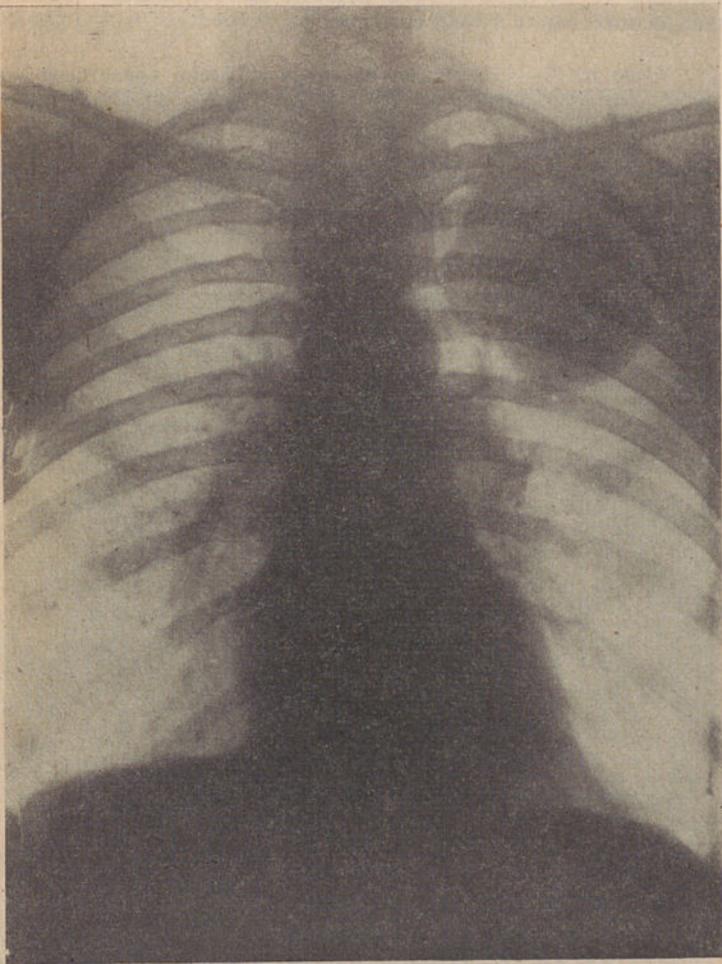
Laboratórios SICLA - Campo Grande, 298 - LISBOA

Direcção Técnica: PINTO FONSECA

em radioscopia a existência duma sombra do lobo pulmonar superior esquerdo que a radiografia n.º 5 e exames laboratoriais identificaram como quisto hidático.

Nos antecedentes refere gripes ligeiras e algumas hemoptises, a que nunca ligara importância.

Admitido no Hospital a 25 de Julho de 1950 foi por nós operado de quistectomia a 18 de Agosto. Após uma evolução post-operatória, sem acidentes, curou rapidamente com uma recuperação pulmonar perfeita, tal como se verifica na radiografia 5 A.



Radiog. 5

Caso n.º 6. — Quisto hidático gigante do lobo pulmonar inferior esquerdo. (Doente do Dr. Alberto Ruela).

A. O. T. C. de 21 anos, trabalhador.

Há já 5 meses, que emagrecia bastante (13 quilos), sem causa aparente. Conservava o apetite, não tinha febre nem tosse. Há 3 meses, porém, depois dum ataque de tosse repentino teve uma hemoptise, o que de então para cá se tem repetido quase diariamente. Por esse motivo, em Agosto de 1951 consultou um médico que, após uma observação clínica cuidada, lhe fez o diagnóstico de quisto hidático do lobo inferior do pulmão esquerdo Radiog. 6. Também por essa altura o doente teve uma grande crise urticariforme, com intenso prurido que cedeu no entanto à medicação habitual.

Hospitalizado a 19-7-51 foi por nós operado a cinco de Setembro seguinte. Em virtude da experiência que já havíamos adquirido na matéria e tratando-se dum doente muito novo, embora com um estado geral bastante afectado pela doença, praticamos uma simples quistectomia.

A cura foi tão rápida quanto perfeita e definitiva, pois, em todas as observações ulteriores, a última bem recente, não voltou a referir qualquer queixa em relação com o seu processo pulmonar inicial. A radiografia 6 A, tirada depois da operação, mostra uma reconstituição perfeita do campo pulmonar esquerdo.

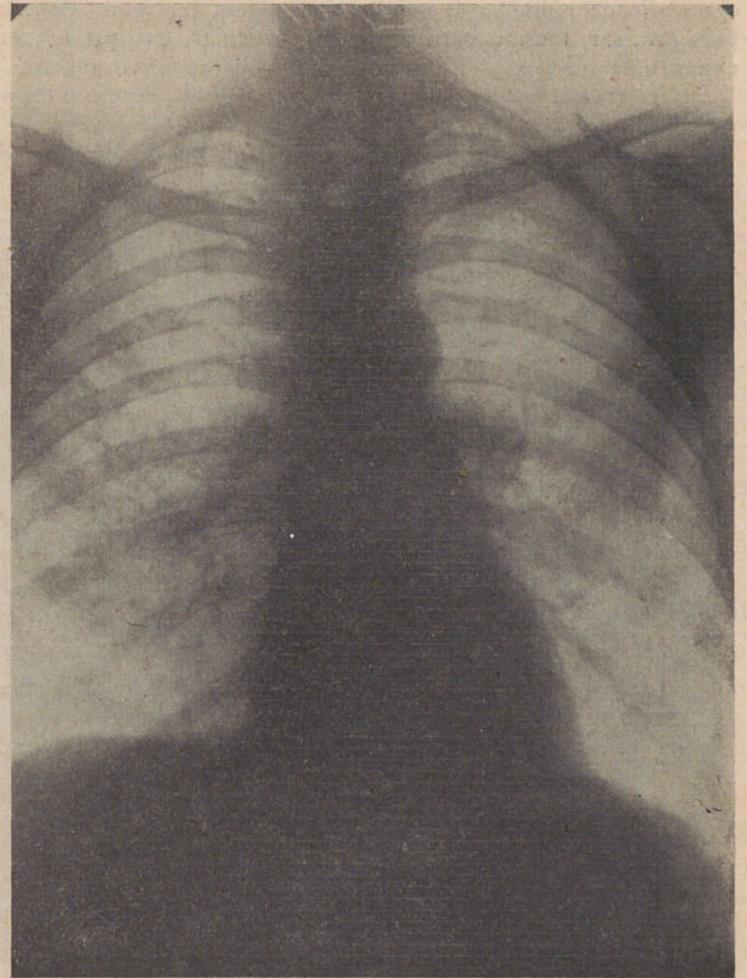
3) A ATELECTASIA PULMONAR CRÓNICA POR CORPO ESTRANHO BRÔNQUICO, NÃO EXTIRPÁVEL PELOS MÉTODOS BRÔNCOSCÓPICOS.

Embora a entrada de corpos estranhos para os brônquios não constitua um acidente raro, sobretudo nas crianças, poucas

vezes esta situação exige a interferência do cirurgião.

Duma maneira geral o broncologista resolve radicalmente o problema, retirando o corpo estranho por meio de pinças apropriadas que introduz na árvore respiratória através do broncoscópico.

Excepcionalmente, a extracção pode não ser necessária, como num caso por nós recentemente observado, em que o próprio formato e dimensões do corpo estranho (pequeno alfinete



Radiog. 5 A

de cabeça) permitiu uma localização definitiva, com boa tolerância, num delgado brônquio terminal.

Algumas vezes, contudo, embora a extracção se imponha tanto pelo volume como pela natureza do corpo estranho, o broncologista, a despeito dos mais porfiados esforços não consegue realizá-la — umas vezes porque não pôde localizar o corpo estranho, cuja posição ultrapassa os limites do horizonte visual do broncoscópico; outras porque, a despeito duma aspiração perfeita, se mantêm abundantes secreções. Já, porém, sob a sua vista e ao alcance mesmo dos instrumentos, ainda pode ter enormes dificuldades na sua extracção, quando o corpo estranho é duma matéria que se fragmenta muito facilmente; por último, uma consistência dura, determinados formatos e exageradas dimensões do corpo estranho, podem não permitir um perfeito ajustamento deste às garras da pinça e inutilizar assim todas as tentativas feitas para a sua extracção.

Neste último caso, que é sem dúvida uma das principais circunstâncias em que um doente, com um corpo estranho das vias respiratórias inferiores, é obrigado a passar do fôro do broncologista para o do cirurgião torácico, quando deverá o cirurgião actuar e qual o critério cirúrgico que deve seguir?

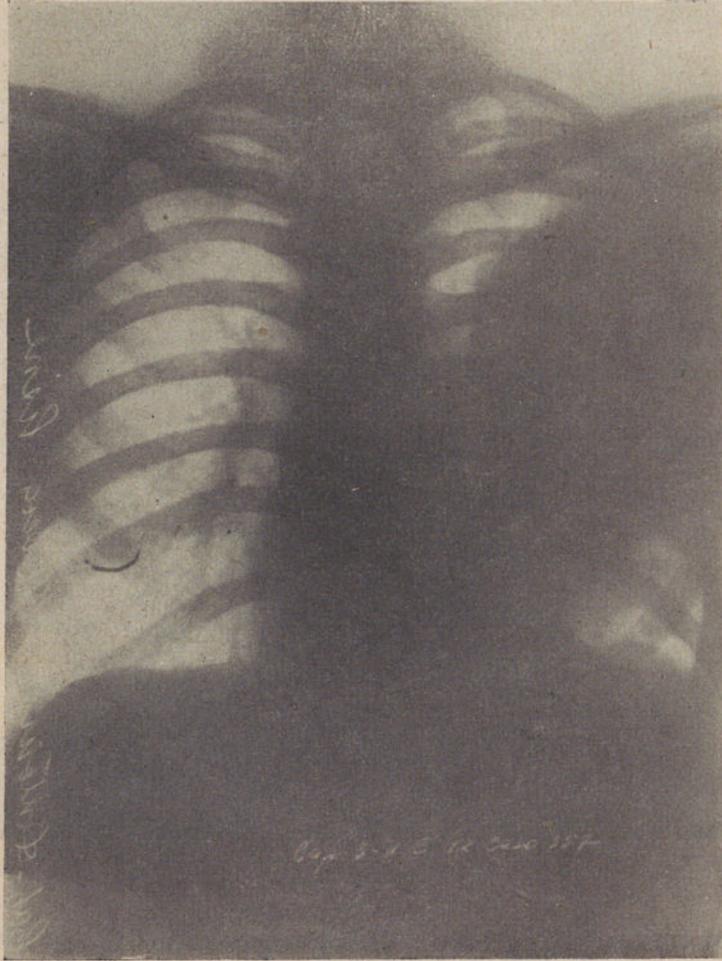
A iminência duma supuração pulmonar, que a simples obstrução brônquica cria, impõe uma indicação de urgência formal, tanto ao broncologista como ao cirurgião. Assim, portanto, uma vez que o primeiro tenha perdido as esperanças de resolver o problema por simples métodos endoscópicos, cabe ao cirurgião actuar de seguida e o mais rapidamente possível.

Mas, para encararmos os factos com a necessária objectividade, transponhamos para datas precisas ou pelo menos aproximadas, as várias expressões relativas a tempo que temos utilizado (urgência, rapidamente, etc.).

O doente pode viver afastado dum centro médico onde existam recursos apropriados. Este facto, junto ao tão vulgar desmazêlo dos doentes, que os leva a procurar o médico em geral tarde, constituem as primeiras causas de atrazo com que logo se deve contar em todas as situações de urgência.

Chegado ao hospital, se o broncologista não conseguir extrair o corpo estranho à primeira tentativa, deverá insistir ainda algumas vezes, e sempre com intervalos apropriados, dado o traumatismo local que as suas manobras ocasionam e os accidentes broncopulmonares agudos que podem acarretar. Difícil é pois precisar, mesmo para um caso particular, em que número e dentro de que espaço de tempo estas tentativas devem repetir-se.

A verdade é que, por um lado o justificado desejo e incon-



Radiog. 6

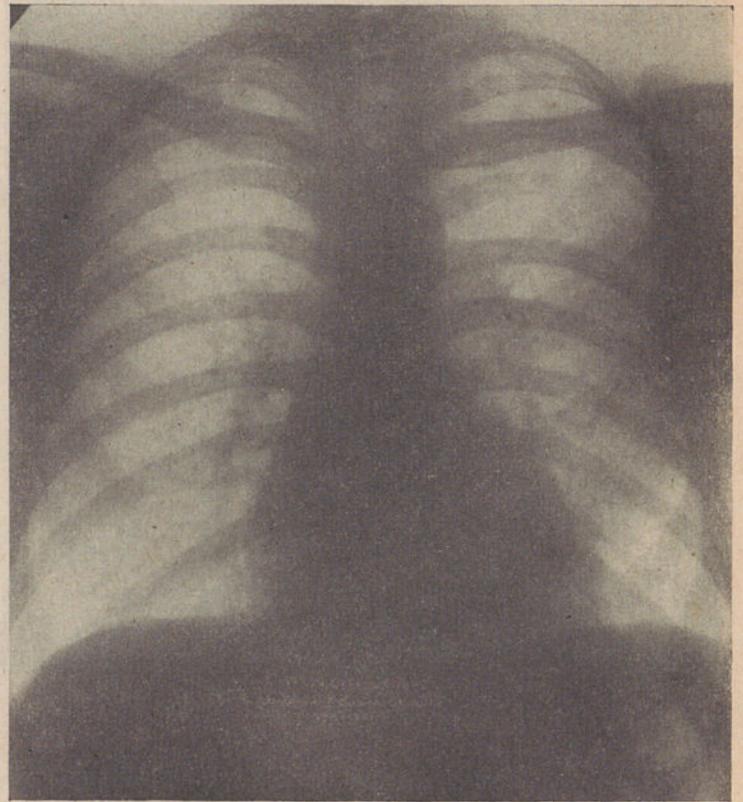
com o doente (idade, constituição, etc.) e as ligadas à própria evolução da doença (natureza do corpo estranho, sua localização, extensão da zona de atelectasia, existência ou não de processos agudos bronco-pulmonares, etc.)?

O relato da seguinte história clínica, dum doente por nós operado há cerca de 2 anos, parece-nos não só esclarecer suficientemente a pergunta formulada como demonstrar ainda as enormes vantagens que podem advir, nestes casos, da aplicação dum dos princípios que temos vindo a defender: sempre que as condições o permitam, deve preferir-se a conduta operatória mais económica.

Caso n.º 7. — Extracção de corpo estranho (parafuso) dum brônquio, por broncotomia. (Doente do Dr. Francisco Calheiros).

A. S. A., 13 anos.

Em Novembro de 1950, estando a brincar com um parafuso na boca, na sua terra natal (Madeira), teve um soluço que provocou



Radiog. 6 A

testáveis vantagens de que o problema se resolva pelos simples meios endoscópicos, por outro lado e sobretudo no nosso meio, a pouca convivência que ainda hoje existe entre médicos (incluindo especialistas) e o cirurgião torácico, fazem com que o doente chegue às mãos deste decorridas já várias semanas e até meses sobre o seu acidente, quando o quadro clínico já apresenta aspectos completamente diferentes daquele que teve no início.

Assim, o corpo estranho mantido num brônquio durante um longo período e mesmo que não se tenham verificado sinais clínicos de infecção, provoca invariavelmente um certo grau de reacção inflamatória nos tecidos circunvizinhos. Por seu turno, estes dois elementos — corpo estranho, pela sua localização, e reacção inflamatória, pela sua extensão — regulam o maior ou menor grau de atelectasia que se desenvolve e que ora interessa um lobo inteiro, ora, apenas, algum dos seus segmentos.

Ao enfrentar o novo problema clínico, portanto, o cirurgião terá de considerar separadamente a extracção do corpo estranho e a atitude a tomar perante o lobo ou segmentos que, embora com a função já comprometida, pode, contudo, não ser ainda sede dum processo inflamatório declarado. Assim sucedeu, por exemplo, no caso que apresentamos.

Perante tão delicada situação, como deve o cirurgião proceder? Ressecar imediatamente toda a zona atelectasiada ou recorrer a uma intervenção conservadora para tentar a recuperação dessa mesma área de parênquima pulmonar, uma vez que sejam favoráveis as múltiplas circunstâncias em relação directa

a passagem de quele corpo estranho para a traqueia e fortes ataques de tosse. Uma radiografia, feita logo em seguida, mostrou que o parafuso se alojara no brônquio lobar superior esquerdo.

Foram-lhe feitas várias tentativas de extracção, as primeiras ainda na Madeira e as seguintes em Lisboa, contudo só uma vez a cabeça do parafuso foi vista através do broncoscópio e mesmo nessa ocasião em tais condições que não conseguiu extrair-se.

Ulteriores radiografias, como a que reproduzimos com o n.º 7, mostraram que o parafuso se havia fixado definitivamente com a rosca dentro do ramo da lingula e a cabeça ao nível do orifício do brônquio lobar superior, propriamente dito, provocando uma atelectasia e enorme retracção do lobo pulmonar correspondente.

Como elemento compensador deste processo aparece também um nítido enfizema vicariante do lobo inferior, que acabou por preencher o próprio vértice pleural (veja esquema da radiografia n.º 7).

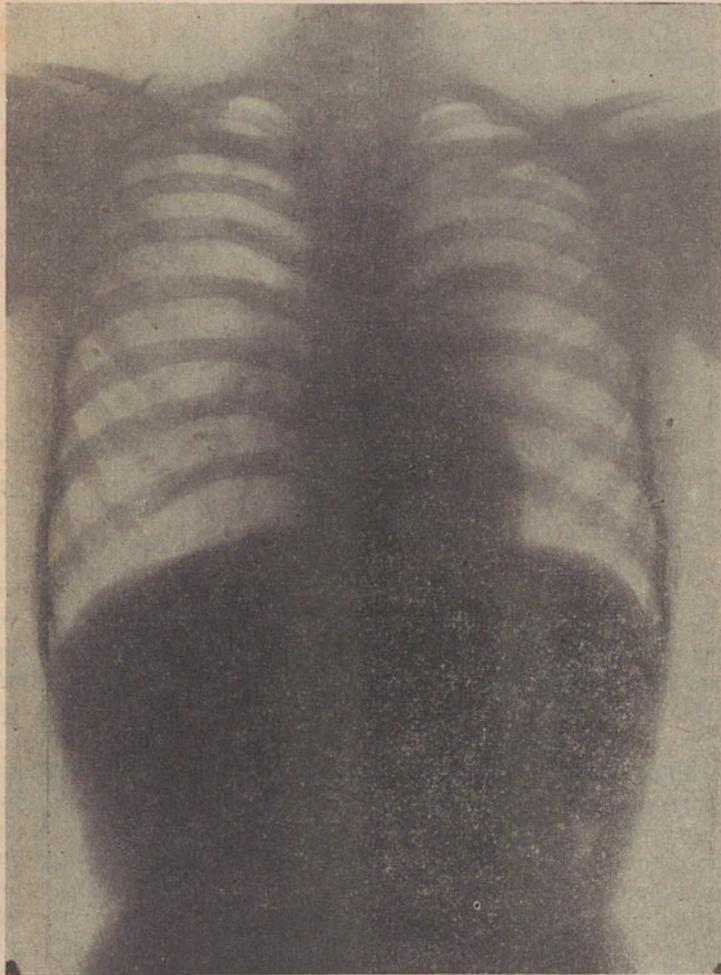
Reconhecido pelo nosso distinto colega Dr. Francisco Calheiros que a extracção do corpo estranho por simples endoscopia era impossível e que a situação não podia manter-se por mais tempo sem graves riscos para a própria vida do rapaz, foi este gentilmente entregue aos nossos cuidados com o fim de se tentar a solução operatória mais adequada.

Depois de convenientemente preparado, o doente foi por nós operado no dia 11 de Junho de 1951, cerca de 9 meses depois do acidente.

Feita uma larga toracotomia com ressecção da 5.ª costela, o que logo nos permitiu confirmar os aspectos radiográficos — atelectasia completa do lobo pulmonar superior que se encontrava reduzido a um pequeno côto pulmonar, de cor escura, espalmado sobre um lobo inferior muito distendido, que preenchia portanto a quase totalidade do espaço pleural — projectámos o pulmão para a frente e incisámos longitudinalmente a pleura mediastínica posterior, para expor o brônquio principal. Este foi incisado, também em sentido longitudinal, junto da sua bifurcação e o corpo estranho

extraído com relativa facilidade. Muito cautelosamente e utilizando uma pequena colher de raspagem, destruimos e retirámos o tecido fibroso que se havia desenvolvido em volta do parafuso e, depois de aspirarmos as secreções retidas e algum sangue que corra dos próprios bordos da incisão do brônquio, suturamos estes a pontos separados de linha de seda fina.

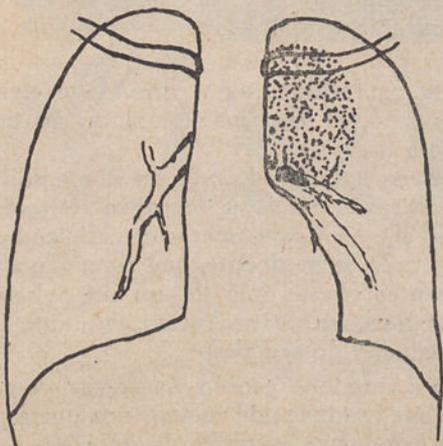
Como a insuflação pulmonar praticada nesta ocasião pelo anestesista mostrasse que o lobo superior expandia, embora incompletamente, e que a sutura brônquica estava estanque, optámos decididamente por uma atitude cirúrgica conservadora e limitámo-nos por isso a reconstituir os restantes planos anatómicos (pleura



Radiog. 7

mediastínica posterior e parede costal), deixando apenas a drenagem do hemitorax no ponto de maior declive e uma aspiração contínua no 2.º espaço intercostal anterior.

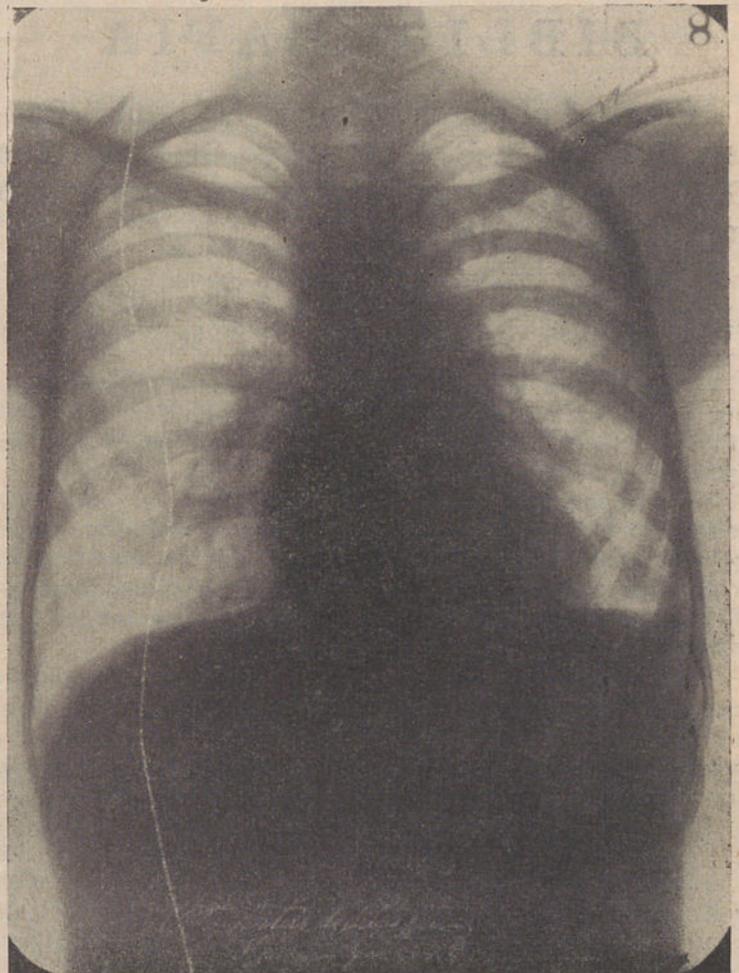
O post-operatório decorreu sem acidentes e a expansão do lobo superior, quase que acompanhando a do restante parênquima pulmonar do mesmo lado, fez-se de maneira rápida e completa como o certifica a radiografia n.º 7 A.



Esquema da Rad. 7

Independentemente do extraordinário benefício que representa para a vida do doente — rapaz de 13 anos — o termos podido conservar-lhe os seus dois campos pulmonares normais, o presente caso clínico objectiva de maneira irrefutável o enorme poder de recuperação anatómico e funcional de que dispõe o parênquima pulmonar, privilégio este que o cirurgião deve saber sempre aproveitar em benefício dos doentes.

Nas linhas que aqui terminam defendemos um conceito que reputamos muito importante, dentro da cirurgia pulmonar:



Radiog. 7 A

o cirurgião deve ter sempre em muita conta o grau da função respiratória que consiga manter ao doente depois de operado, pois dele dependem algumas das condições essenciais da vida do indivíduo, por exemplo, no campo profissional. Sempre que com este objectivo e tendo em linha de conta o grande poder de recuperação do parênquima pulmonar, lhe for possível utilizar uma técnica conservadora, o cirurgião poderá ter a certeza de que simplificou o problema operatório e assegurou ao doente os melhores resultados terapêuticos finais.

Para justificar estes pontos de vista descrevemos, primeiro, os fundamentos teóricos em que assentam as vantagens do critério conservador em cirurgia pulmonar e tentamos objectivar, depois, através da apresentação e discussão de algumas histórias clínicas de doentes por nós operados, com situações patológicas bastante diferentes, todo o valor prático dos métodos preconizados.

Se no final das considerações feitas e dos resultados cirúrgicos apresentados, tivermos conseguido demonstrar o que foi nosso objectivo neste trabalho, seguramente que também teremos esclarecido algumas dúvidas que podem levantar-se no espírito do clínico geral, quanto ao que já hoje pode esperar-se da cirurgia, no campo da patologia pulmonar.

(Lição proferida no V Curso de Aperfeiçoamento Médico Sanitário, organizado pelo Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, Novembro de 1952).

MOVIMENTO MÉDICO

(Extractos e resumos de livros e da imprensa médica, congressos e outras reuniões, bibliografia, etc.)

LIVROS E OUTRAS PUBLICAÇÕES

BIBLIOGRAFIA

Practice of psychiatry por William S. Sadler, M. D., F. A. P. A., Chicago, St. Louis, The C. V. Mosby, Company, 1953, 250 mm. × 170 mm., 1183 páginas.

Num volume com 1183 páginas o leitor habituado aos psicopatologistas alemães esperaria maior profundidade de conceitos.

Antes, pois, de apreciarmos o livro temos de considerar que é uma obra com finalidade essencialmente prática, nascido no Novo Continente, que é sobretudo importador de ciência psiquiátrica.

Essa importação nem sempre, a nosso ver, terá sido feita nos moldes mais selectivos, mas, seja como for, há nestes países novos e dinâmicos, de que os E. U. da América são o paradigma por excelência, um sentido pleno de oportunidade, concretismo e frescura, mesmo para os temas mais abstrusos.

A «nossa» psiquiatria, se por um lado prima na análise psicopatológica, fazendo nascer no seu seio sábios e eruditos, enferma porque não está em ritmo de fácil aprendizagem e pronto manejo junto do doente. O salto que medeia entre o conhecimento das técnicas biológicas correntes, em poucos meses conseguido, e o conhecimento psicoterápico com as exigências mínimas preconizadas pelos grandes mestres é, nos moldes da boa cultura germânica, verdadeiramente abismático. Há mesmo mestres de renome que apenas se dedicam à crítica destas várias técnicas de sentido psicológico sem nunca as terem praticado...

É aqui que temos de abdicar nos nossos pergaminhos de europeus, fazendo franca justiça à presente obra.

Não podemos crer que todos os candidatos à psiquiatria sejam super-dotados e por isso apelemos para aqueles outros que se contam nas «élites» afim de que tragam aos que labutam na clínica o contributo duma actualização prática e renovada, sob pena de se dissolver o espírito psiquiátrico numa época em que ele se promete dominador, coordenador e o querem mesmo fazer pesar 50 % de toda a patologia.

Quem conhecer, mesmo a traços longos, a história da psicoterapia, verá que a psicossomática é um interesse cultural vetusto. Se foi na realidade re-descoberta, foi-o para os não-psiquiatras; mas importa que nós psiquiatras façamos em moldes psicológicos o que eles não sabem fazer, pois o simples estudo compreensivo das relações psico-funcionais percebe indistintamente a todos os médicos.

É esta, sem rodeios, a minha magna justiça à obra de Sadler.

Que um livro tão extenso dedique pouco mais de 20 páginas à esquizofrenia, não cite Bumke, Jaspers, Lange nem Kleist, já são factos de outra ordem que não podemos deixar escapar.

Sobre personalidades normais e patológicas poderia ser acerba a nossa crítica, ainda pela omissão ou desconhecimento de autores que sem controvérsia estão na vanguarda dos problemas. Mesmo na apreciação de personalidades históricas e políticas o autor devia ser mais circunspeto.

Duma maneira geral parecem-me mais evoluídas as classificações nosológicas habitualmente seguidas entre nós do que a que Sadler apresenta.

O extenso capítulo de psicoterapia, que é a bem dizer a parte nuclear do livro, tem temas da maior oportunidade e do mais premente sentido humano. Não respondemos, positivamente, pelos seus vários conteúdos, como não perfilhamos a doutrinação psicanalítica de que o livro está tão impregnado; mas isto é um aspecto pessoal.

Um apêndice sobre escolas psiquiátricas e um glossário, são dois contributos de valia que esta obra ainda encerra.

Porto, Julho de 1953.

AZEVEDO FERNANDES.

Principles and Practice of Surgery, by Jacob K. Berman. The C. V. Mosby Company—Ste Louis. 1950.

Livro moderno e actualizadíssimo com um único defeito: o de sintetizar excessivamente os assuntos, pela preocupação louvável e da qual resultou uma qualidade, a de meter nas suas 1350 páginas o máximo de conhecimentos. De aí resultam certas passagens do texto escritas em estudo telegráfico que o torna por vezes de difícil digestão.

Outra característica marcante é o uso, iríamos dizer abuso, dos aforismos. Também aqui um defeito, o da extrema dogmatização numa ciência tão instável como a medicina, tem o seu lado benéfico que é o de imprimir certos princípios fundamentais no espírito de quem se inicia, mesmo quando o futuro obrigar ulteriormente a reedificar esses princípios. Diríamos que para todos os actos da nossa vida necessitamos de firmeza a qual só nos pode advir da crença, em princípios que, nesse momento temos como verdadeiros.

Não resistimos à tentação de transcrever alguns dos aforismos do capítulo de introdução histórica e que bem revelam os excelentes princípios que orientam o A.:

— «Um bom cirurgião é um internista que realiza operações».

— «Quanto mais amadurecido e preciso for o diagnóstico menos terá o cirurgião que explorar. Portanto, diagnóstico médico e cirurgico cuidadoso é essencial».

— «Mais importante é com quanta cautela e com quanto cuidado o cirurgião trabalha que a velocidade com que trabalha».

— Trata os feridos com «carinho» e eles cicatrizarão com igual carinho. É esta uma máxima tão importante em cirurgia como a assepsia».

— «O risco operatório pode ser diminuído pela realização de uma operação em 2 ou 3 tempos se necessário».

— «Não há nenhuma operação suficientemente valiosa para ser realizada num doente que a não possa suportar».

— «Doentes obesos não devem ser submetidos a operações abdominais, salvo urgência, enquanto não se tiver obtido uma redução do seu peso».

— «Um cuidadoso estudo da forma como os animais curam as suas feridas pode ensinar-nos que o principal para o cirurgião é estudar os métodos da natureza e ajudá-los em vez de contrariá-los».

— «É tão importante saber quando não se deve operar um doente como saber quando se deve operá-lo».

— «Toda a operação pode perigar a vida ou ser seguida de sequelas desagradáveis».

— «Salvo quando absolutamente necessário, não se devem operar os indivíduos histéricos ou mentalmente anormais».

— «O cirurgião nunca deve deminuir os perigos da cirurgia, nunca deve prometer o impossível ou, mesmo, não provável; nunca deve «vender» (no sentido forçar) uma operação a um doente».

— «A moderna tendência em cirurgia é para o conservatismo».

— «As doenças funcionais exacerbam-se quando se chama para ela a atenção dos doentes».

— «O desejo tácito ou implícito do doente na mesa operatória é: a minha vida está em vossas mãos — sêde cauteloso; usai toda a habilidade, conhecimento e acuidade que possuis para me curar, se possível, e para me restituir aos meus entres queridos».

E, os cuidados pre e post-operatórios:

— «A cirurgia exige atenção cuidadosa a todos os detalhes».

— «O tubo digestivo, e não as veias, foi feito para comer e beber. É preferível hidratar de menos que de mais».

— «A -sidose é preferível a alcalose».

— «Excesso de tratamento é uma sobrecarga desnecessária para o doente e pode ter sérias consequências».

Aconselhamos, sem receio, o presente livro aos «estudantes estudiosos» e com paciência para ler, reler e meditar.

Catálogo das obras da Coleção Portuguesa de 1825 a 1910 — Da fundação das Régias Escolas de Cirurgia à das Faculdades de Medicina.

Faculdade de Medicina de Lisboa — Biblioteca. 1952. *Brochado*, 545 páginas.

É grande a riqueza bibliográfica da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Lisboa. O seu conhecimento e catalogação tem uma enorme importância para os estudiosos de história de Medicina. Publicou Athios há 10 anos um volume contendo o catálogo das obras portuguesas publicadas até à fundação das Régias Escolas de Cirurgia (1825).

Passaram-se 10 anos, e surge agora o volume das obras portuguesas compreendidas entre 1825 e 1910.

Dirige a publicação o professor bibliotecário, Dr. Jorge da Silva Horta, que foi coadjuvado na sua organização pelo conservador da Biblioteca, sr. Ramiro Barros e Silva.

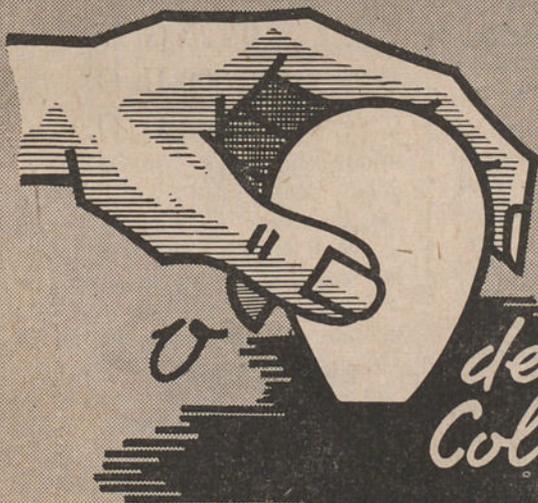
Não sendo, como é óbvio, tão rico este período em obras raras, como o período compreendido no catálogo anterior, dá uma impressão consoladora de vitalidade e prestígio de classe, e simples leitura dos títulos.

Os problemas mais importantes médico-sociais, passados durante todo um século, são estudados em numerosos livros e nas preciosas coleções de periódicos médicos que estão catalogados.

São bem justas as palavras do Prof. Horta no prefácio:

«Julgo que a leitura dos trabalhos a que este catálogo se refere fortalecerá o ânimo dos que pugnam pela dignidade da classe e talvez consiga abalar os extraviados e derrotistas em face do exemplo daqueles que nos precederam e tanto prestigiaram a Medicina Portuguesa e com ela o próprio País».

J. A. L.



Uma concepção nova
na terapêutica das
verminoses

Lisoverm



O medicamento que não intoxica os vermes, mas que os digere.

Vantagens: Eficaz contra áscaris, oxiuros e tricocéfalos — absolutamente inócuo — bem tolerado — tratamento completo em poucas horas.

DEPOSITÁRIOS: FERRAZ, LYNCE, LDA. — TRAV. DA GLÓRIA, 6-2.º — LISBOA

DELTAMICINA

2 estreptomicinas e 2 penicilinas em associação sinérgica para anular os efeitos tóxicos e exaltar o seu poder antibiótico

COMPOSIÇÕES

ADULTO

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,25 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

INFANTIL

Cada dose contém :

Estreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,125 Grs.
Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,125 Grs.
Procaína Penicilina G Cristalizada	300.000 U. O.
Penicilina G potássica cristalizada	100.000 U. O.
Soro fisiológico apirogénico	3 c. c.

APRESENTAÇÃO

Embalagem de 1 dose Adulto	Esc. 19\$50
Embalagem de 1 dose Infantil	Esc. 14\$00



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
Biológicos

Avenida Elias Garcia — MASSAMA-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24875
PROPAGANDA—Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º—Lisboa—Telef. 24604
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Magalhães, 32-1.º — Telef. 4556

S U P L E M E N T O

H Á C I N Q U E N T A A N O S

Julho a Setembro de 1903

II

Escassa foi a produção literária da Medicina em Lisboa, nos meses de Julho a Setembro de 1903.

Aníbal Bettencourt e Carlos França fizeram à Sociedade das Ciências Médicas uma comunicação sobre «Aglutinação do diplococo de Weichselbaum pelo soro dos meningíticos», que terminava com as seguintes conclusões:

«O soro dos indivíduos atacados de meningite cérebro-espinal epidémica possui a propriedade de aglutinar o diplococo de Weichselbaum, agente específico da doença. Esta propriedade persiste nos indivíduos curados, podendo observar-se mesmo mais de um ano depois.

«O número ainda restrito de observações que até esta data possuímos não permite afirmar categoricamente, de um modo científico, que se trate de uma reacção específica. Todavia, o conhecimento do que acontece noutras doenças infectuosas, a existência constante do fenómeno nos seis doentes que vimos e a precocidade dele; o facto da persistência das aglutininas em indivíduos curados e aquilo que a experimentação animal ensina, falam muito em favor da natureza da reacção aglutinante de meningíticos.

Bombarda discutiu, na mesma Sociedade, o trabalho de Carlos França, «Soro leucotóxico e raiva», que «muito apreciou», mas «notou que, mesmo aceita a ideia teórica do A.», «o caminho que ele próprio tem traçado não visava senão a um dos lados do problema, deixando o outro todo a descoberto. Se a acção dos leucócitos sobre as células nervosas enfraquecidas é culpada de uma parte da sintomatologia, não pode haver dúvida de que o primeiro ponto de partida da doença vem do estado mórbido de determinadas células nervosas, e sob esta nenhuma acção o próprio A. pretende para o soro leucotóxico.»

«Os factos expostos pelo sr. França — disse — são muito impressionantes, mas é preciso apreciá-los a sangue-frio... O facto anatómico, que para o sr. França é capital — as duas coroas leucocitárias sobre as células nervosas, uma de leucócitos doentes e outra de leucócitos são, verificadas em coincidência com as fases por que determinado caso passou — esse facto precisa ser apreciado directamente e pena foi que o sr. França não tivesse trazido as respectivas preparações para que a Sociedade pudesse fazer um juízo mais fundamentado.»

França respondeu: — «Pensava estar o alcance dos factos que até então tem reconhecido no atrasamento comunicado à marcha da doença e, portanto, na possibilidade de se prologar uma acção vacínica, que ainda chegasse a tempo de contrariar a evolução do mal».

E, entre França e Reis Martins, trocaram-se explicações por causa da asserção do primeiro de que os animais danados têm horror aos indivíduos da mesma espécie do que o inoculou, asserção que Bombarda tinha lançado à conta de uma provável lenda, como são tantas — afirmou — as que enchem a história da raiva nos animais.

Na sessão seguinte da Sociedade, reclamou Carlos França contra as reflexões que Bombarda fizera. Foi eleito presidente da Sociedade o Dr. Gregório Fernandes.

Bombarda publicou na «Medicina Contemporânea» dois artigos sobre loucos e criminosos, em um dos quais dizia que a necessidade de intervenção médica nos processos criminais se impunha com toda a eloquência das conquistas científicas em matéria de antropologia criminal.

Falou da «ousadia com que os tribunais, civis e militares, funcionários togados e não togados falam em nome da ciência psiquiátrica, como se ela não tivesse bases que só se alcançam com muito estudo e observação, como se ela não tivesse desenvolvimentos que a tornam em verdadeira ciência, como se, enfim, fosse coisa à maneira de terreno neutro, dando a todos entrada e servindo à discussão de todos. E é ver ainda a prosápia com que, por vezes, se armam quesitos, com pretensões a grande sabedoria, mas falhos da mínima técnica especial, e a maneira com que se ensarilham com a lei para arrastar peritos à opinião favorável — meter um doido numa penitenciária.»

Insurgiu-se a «Medicina contemporânea», na sua secção «Actualidades» contra a «abominável instalação da Morgue», de então, pugnando pela ideia de um instituto provido de laboratórios bem montados, de salas de autópsias espaçosas, de anfiteatros de curso — como, anos decorridos, o Prof. Azevedo Neves havia de conseguir dos poderes públicos, com a construção do actual edificio do Instituto de Medicina Legal de Lisboa.

Vergílio Machado publicou um artigo — «Breves reparos sobre urologia clínica», interessante estudo de química;

Mário Moutinho relatou um caso de papilo-retinite e tumor cerebral; Carlos França voltou à questão do soro leucotóxico e raiva com um novo artigo, intitulado «Raivas», que a «Medicina» publicou com a epígrafe «Raivinhas», numa nova secção «Pollémicas» que Bombarda comenta.

O «Boletim do Hospital de S. José e Anexos» insere um trabalho de Carlos França sobre meningite cérebro-espinal epidémica, em que apresenta 78 casos clínicos.

Isto, quanto a Lisboa. Deram - nos, porém, os jornais médicos do Porto e Coimbra» mais numerosa contribuição (sem discussões nem polémicas).

Na «Medicina Moderna», publica o guarda-mór de Saúde, Cardia Pires, uma série de artigos sobre «Os acidentes da vacinação», em que estuda e critica a respectiva patologia, a etiologia, a profilaxia; e propõe a vacinação obrigatória, dizendo que o Estado que a promulgue incorre no dever de a fiscalizar severamente.

Ferreira de Castro discute o emprego da Cotoína — flicósido extraído da casca do Coto, planta usada pelos indígenas da Bolívia, contra a diarreia; Martins da Silva descreve um caso de perfuração traumática do intestino com hemorragia interna, que operou com ressecção da ansa afectada a êntero - anastomatosa, obtendo a cura.

O «Movimento Médico» dá-nos: «A virulência do «Micrococcus de Neisser», trabalho do estudante Afonso A. Pinto; «As alterações dos centros nervosos na meningite cérebro-espinal epidémica», pelo também estudante, J. Marques dos Santos, «As teorias microbianas», de Nogueira Lobo; «Aglutinação do «Micrococcus intra-celularis meningitibus» pelo soro dos indivíduos atacados e curados de meningite cérebro-espinal epidémica», de Aníbal Bettencourt e Carlos França; «Fractura intra-uterina dos ossos da perna produzida por queda da mãe» — pseudo - artrose consecutiva — operação aos 10 meses de idade», por Sousa Refoios; «Valor antisséptico de alguns solutos de bicloreto de mercúrio», do aluno Aurélio da Costa Ferreira.

(Continua)

ECOS E COMENTÁRIOS

APRENDIZ DE FEITICEIRO

Um médico francês, proprietário de um castelo no Eure-et-Loire, via com tristeza os seus campos devastados por milhares de coelhos, para os quais caçadas, armadilhas e venenos nada resultavam dada a sua extraordinária multiplicação.

A sua ciência fez com que conhecesse a luta contra os terríveis roedores, tão simpáticos quando poucos, mas insupportáveis quando pelo número constituem verdadeira praga. Na Austrália, os coelhos levados da Europa para alimento da população conseguiram fazer desaparecer enormes áreas de cultura até ao dia em que se descobriu uma doença própria, transmitida por um vírus — a Mixomatose do coelho — que provoca entre eles uma terrível mortalidade.

Os animais sob a acção do vírus e após uns dias de incubação, apresentam-se com a cabeça inchada e facies leonino, tornam-se paráliticos, surdos e cegos morrendo na quase totalidade. Tornam-se altamente contagiosos pela saliva e pela urina, conservando-se as pastagens conspurcadas com os dejectos e infectando os insectos.

O clínico, aprendiz de feiticeiro, inoculou dois coelhos da sua propriedade e com esses exterminou-os a todos, levando à Academia de Agricultura uma comunicação gloriosa sobre a sua técnica. Mas, esquecido que os muros da sua quinta não tinham as propriedades isoladoras dos mares que envolvem a Austrália, a doença alastrou às propriedades vizinhas para, como uma mancha de óleo, em poucos meses dizimar os coelhos de 29 departamentos de França. Como o vírus não é conhecedor de fronteiras está pegando a epizootia aos países vizinhos e devemos pensar que em breve chegará a Portugal, não tão rapidamente como as epidemias humanas, pois o coelho ainda não conhece os nossos transportes rápidos, mas com a segurança das coisas terrenas.

Agora o nosso aprendiz de feiticeiro vê-se a braços com um processo instaurado pelo Governo Francês e o ódio de caçadores, industriais e até dos «gourmets».

Alguns resultados inesperados: 90 % dos 1.800.000 caçadores franceses tiveram que pousar as espingardas, pois o coelho era a grande vítima dos pequenos caçadores. A principal fábrica de cartuchos francesa vai licenciar os seus 700 empregados. Os industriais de peles calculam perder 9.000.000.000 de francos.

Ao contrário, os lavradores já não

têm que se queixar das colheitas comidas pelos terríveis roedores. Para variar passaram a queixar-se da seca!

J. A. L.

ANTIBIÓTICO QUE ACTUA CONTRA O CANCRO?

Da imprensa diária:

ROMA, 8. — O Prof. Waksman, que descobriu a estreptomicina, declarou no Congresso Mundial de Microbiologia,

que preparou um novo antibiótico que tem efeitos positivos sobre o cancro.

Explicou que descobrira esse produto, que tem o nome de actinomicina, há uns doze anos, mas que até agora o seu emprego fora perigoso. Passados anos de estudos, a toxicidade do produto pôde ser eliminada. Fizeram-se experiências, com êxito em animais. Recentemente um sábio alemão, o Dr. Christian Hackmann preparou uma fórmula que foi possível experimentar no homem. Nos 150 casos tratados, acrescentou o Prof. Waksman, registaram-se êxitos muito importantes. Tumores malignos, principalmente do sistema linfático, desapareceram por completo e sem reincidência depois de um curto tratamento.

O Prof. Waksman concluiu que ainda é cedo para se concluir definitivamente quanto ao êxito do produto, mas as experiências feitas estão cheias de promessas. — (F. P.)

RECTIFICAÇÃO

Publicamos, no último número, nesta secção, com o título O «prestígio do médico e da medicina», excertos dum artigo de «O Século». Por lapso da tipografia, não foi, porém, mencionado que se tratava dum transcrição, do que pedimos desculpa.

II Reunião da Sociedade Internacional de Angiologia

Realiza-se em Lisboa, de 18 a 20 do corrente mês, a II Reunião da Sociedade Internacional de Angiologia. Embora esta Sociedade seja puramente cirúrgica e, praticamente, todos os cirurgiões portugueses que se dedicam à cirurgia vascular já sejam membros efectivos da mesma, é possível a inscrição de membros aderentes à Reunião — privilégio que é concedido aos médicos do país em que se realiza a Reunião.

As inscrições de membros aderentes devem ser feitas junto do Secretário da Comissão de Recepção, Prof. Jaime Celestino da Costa — Rua Nova de Santo António, 8-2.º — ou na Sede provisória da Secretaria local, na 1.ª Clínica Cirúrgica do Hospital Escolar de Santa Marta. A cada inscrição corresponde uma quota no valor de 150\$00, pagáveis no Secretariado português, onde serão fornecidas todas as indicações úteis.



POR COMPRIMIDO:

Ácido Glutâmico . . .	0,5 gr
Fosfato bicálcico . . .	0,05 gr
Cloridrato de tiamina . . .	0,001 gr

ATRASOS MENTAIS E DEFICIÊNCIAS PSÍQUICAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

EPILEPSIA (PEQUENO MAL)

ANTICONVULSANTE

NOS PERÍODOS DE INTENSO TRABALHO INTELLECTUAL



LABORATÓRIOS
DO
INSTITUTO
PASTEUR DE LISBOA

PENI-14 A PENICILINA

EM SUSPENSÃO ORAL, EM COMPRIMIDOS
OU INJECTÁVEL, FORMAS IGUALMENTE
EFICIENTES SOB O ASPECTO CLÍNICO

DOS
14
DIAS



SUSPENSÃO

300.000 U. O. de N,N'-dibenzil-
etilenadiazina dipenicilina G
Em regra uma colher de chá
cada 6 horas

COMPRIMIDOS

300.000 U. O. N,N'-de dibenzil-
etilenadiazina dipenicilina G
Em regra um comprimido
cada 6 horas

900 INJECTÁVEL

N,N'-dibenziletilenadiazina dipenicilina G	500.000 U. O.
Procaina Penicilina G	300.000 U. O.
Penicilina G cristalizada	100.000 U. O.

Em regra uma ampola por semana

LABORATÓRIO SANITAS



SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'ANGIOLOGIE

SEGOND CONGRÈS

18, 19 et 20 Septembre 1953

PROGRAMME GÉNÉRAL

NOVO HOSPITAL ESCOLAR
CAMPO GRANDE
LISBONNE — PORTUGAL

BUREAUX DE LA SOCIÉTÉ
ORGANISATION CENTRALE:

President d'honneur:
René Leriche, Paris

President:
Emile F. Holman, San Francisco
Vice-President:
A. M. Boyd, Manchester
Geza De Takats, Chicago
Fernando Martorell, Barcelona
Sécretaire Général:
Henry Haimovici, New York

CHAPITRE EUROPÉEN

President:
René Leriche, Paris
Vice-Presidents:
Reynaldo dos Santos, Lisbonne
Sir James R. Learmonth, Edinburgh
Sécretaire:
Georges Arnulf, Lyon
Trésorier:
Raoul Riveaux, Strasbourg

CAPITRE NORD AMERICAIN

President:
Geza De Takats, Chicago
Vice-President:
Reginald H. Smithwick, Boston
Sécretaire:
Henry Haimovici, New York
Trésorier:
Jere W. Lord, Jr., New York

CHAPITRE SUD-AMERICAIN

President:
Alfonso R. Albanese, Buenos Aires
Vice-Presidents:
Bernardo Milanes Lopez, Habana
Arturo Domingo Pinto, Santos
Sécretaire:
Vicente F. Pataro, Buenos Aires

COMITÉ DE PROGRAMME

G. de Takats, Chicago
M. E. DE BAKEY, Houston
G. Bauer, Mariestad
J. Cid dos Santos, Lisbonne
A. R. Albanese, Buenos Aires
J. B. Kinmonth, London
H. Haimovici, New York, *Sécretaire*
Général, Ex Officiel

COMITÉ DE RÉCEPTION

President:
J. Cid dos Santos
Sécretaire:
J. Celestino da Costa
Membres:
J. Filipe da Costa
E. Lima Basto

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

I — SIÈGE DU CONGRÈS

Toutes les sessions de notre Congrès auront lieu au Nouveau Hôpital-Faculté dont les services cliniques ne fonctionnent

pas encore; seuls les amphithéâtres sont ouverts.

Moyens d'accès:

Autobus: Départ	C Sodré Rossio Restauradores	N.º 1	Arrivée au Campo Grande des taxis seront disponibles pour la conduction à l'Hôpital (3.5 esc.)
Tramways: Départ	Restauradores - N.º 2 et 2A		
Taxis (nombreux):	Restauradores - Hôpital - environ 15 esc.		

II — SECRETARIAT

Le Secrétariat du Congrès est installé dans le Grand Hall de l'Hôpital, à côté de celui du Congrès de la Société Internationale de Chirurgie. Les Services du Congrès fonctionneront dès le dimanche 13 à 10 heures. Ils seront ouverts tous les jours de 9 à 13 heures et de 14h.30 à 18 heures. Telephone 75171 (Ext. 240).

MM. les Congressistes sont invités à se présenter dès leur arrivée à l'Hôpital, au Secrétariat pour faire son inscription. Le prix d'inscription a été fixé en 170\$00 (environ 6 dollars) soit pour les membres effectifs, soit pour les membres adhérents.

Au moment de l'inscription les Congressistes recevront l'insigne, la carte de congressiste, les invitations ainsi que d'autres documents d'intérêt touristique.

En s'inscrivant MM les Congressistes sont instamment priés de bien vouloir indiquer, s'ils ne l'ont pas encore fait, l'adresse de leur résidence pendant leur séjour à Lisbonne.

III — COMMODITÉS OFFERTES AUX CONGRESSISTES

1) Un Bureau de renseignements, de tourisme et de voyages est installé au hall de l'Hôpital (transports, excursions, voyages, hôtels, restaurants).

2) Un Bar (rés-de-chaussée) et un Restaurant (Terrace) seront installés dans l'Hôpital. Des salons de repos et de correspondance seront mis à la disposition des Congressistes (à côté du Bar).

3) Un Bureau de Change officiel est aussi installé au hall de l'Hôpital.

4) Un Bureau de Poste, Télégraphe et Téléphone fonctionnera à côté du Secrétariat et peut être utilisé soit pour l'envoi, soit pour la réception de correspondance des Congressistes. Des cabines téléphoniques seront mises à la disposition des Congressistes.

IV — ORGANISATION DES SÉANCES

Toutes les séances du Congrès auront lieu à l'Hôpital soit au Grand Amphithéâtre d'Anatomie suivant les indications du programme.

MM. les Congressistes trouveront une signalisation spéciale pour chaque amphithéâtre. Les communications des deux Symposium (Anévrysmes et Chirurgie de la valve mitrale) auront traductions simultanées en français, anglais et allemand (langues choisies par la Société Internationale de Chirurgie).

Des séances opératoires et des démon-

Tratamento das ENTERITES, COLITES e ENTEROCOLITES

SEM PROVOCAR AVITAMINOSES B

LACTANO

(Cloridrato de tiamina + Riboflavina + Vitamina PP + Lactobacillus bulgaricus e acidophilus + Streptococcus lactis)

MODIFICADOR DA FLORA INTESTINAL

APRESENTAÇÃO:

Frascos de 150 c. c. de caldo
Tubo de 20 comprimidos
Caixa de 3 tubos de 20 comprimidos

LABORATÓRIO FIDELIS

COMPRIMIDOS ROTER

COMPOSIÇÃO: Subnitrato de bismuto, carbonato de magnésio, bicarbonato de sódio, córtex rhamni frang., rhizoma calami.

EFEITO REAL

na úlcera, mesmo nos casos resistentes, crónicos.

MAIOR CAMPO DE ACÇÃO

pois é tão eficaz em casos de úlcera do duodeno como do estômago (mesmo em doentes idosos).

SEM ELEVAÇÃO PARADOXAL DA ACIDEZ

reduz a acidez do suco gástrico, não estando contra-indicado por causar hipoacidez.

3 VANTAGENS

no tratamento da úlcera péptica, que não possuem as substâncias de acção principalmente espasmolítica.

EMBALAGENS ORIGINAIS

Lata com 40 comprimidos de 1,1 g.

Lata com 120 comprimidos de 1,1 g.

Lata com 640 comprimidos de 1,1 g.

Literaturas e amostras à disposição da Ex.^{ma} Classe Médica

PHARMACEUTISCHE FABRIEK "ROTER"
HILVERSUM-HOLLANDA

Representante Exclusivo para Portugal

NÉO-FARMACÊUTICA, LIMITADA

Avenida 5 de Outubro, 21, r/c., Esq.º — Telef. 51830 — LISBOA



ROTER

trations angiographiques sont prévues à la lère Clinique Chirurgicale (Prof. Cid dos Santos) de l'Hôpital Santa Marta du 15 au 19 Septembre. D'autres séances opératoires seront organisées et leur liste affichée.

V — EXPOSITION D'ANGIOGRAPHIE

Le lundi 14, à 14.45, sera inaugurée dans l'Hôpital (Hall inférieur) une exposition d'angiographie du service du Prof. Cid dos Santos commémorant le 25ème anniversaire des premières aortographies et artériographies des membres faites par le Prof. Reynaldo dos Santos.

VI — CINEMA

Des démonstrations de films chirurgicaux auront lieu aux amphithéâtres B et D. Les programmes seront affichés.

COMITÉ DES DAMES

Un programme spécial pour les dames sera organisé et communiqué aux Congressistes lors de leur inscription. Un bureau spécial pour les dames fonctionnera au Secrétariat.

PROGRAMME GENERAL DU CONGRÈS

(Pour les détails concernant les rapports et les communications voir le programme complet aux pages suivantes; les réceptions et le banquet sont communs au Congrès de La Société Internationale de Chirurgie).

Lundi, 14 Septembre

14.45 — Inauguration de l'Exposition d'Angiographie

Mardi, 15 Septembre

12 h. 30 (Déjeuner) — Réunion du Comité Central de la Société

18 h. — Réception à la Estufa Fria (Serre Froide) offerte par M. le Maire de Lisbonne

Jeudi, 17 Septembre.

12 h. 30 — Déjeuner offert par le Comité de Réception aux Membres des Bureaux et aux Délégués

16 h. — Réunions des trois Chapitres et du Bureau Central de la Société au NOVO HOSPITAL ESCOLAR — AMPHITHÉÂTRE I

18 h. — Séance d'ouverture du Congrès à l'amphithéâtre d'Anatomie, sous la présidence de Son Excellence de Ministres de l'Education Nationale

Vendredi, 18 Septembre

9 h. 30 — Symposium sur les anévrismes (séance commune avec la Société Internationale de Chirurgie) au Grand Amphithéâtre de l'Hôpital

13 h. 45-14 h. 30 — Assemblée générale de la Société à l'Amphithéâtre d'Anatomie

15 h. — Discussion des rapports du matin et communications sur les anévrismes

21 h. — Banquet des Congrès de Chirurgie et d'Angiologie (par inscription) au CASINO de Estoril

Samedi, 19 Septembre

9 h. 30 — Symposium sur la chirurgie de la valvule mitrale au Grand Amphithéâtre

14 h. 30 — Continuation du symposium sur la chirurgie de la valvule mitrale et discussion

18 h. — Réception offerte par Son Excellence le Ministre de l'Éducation Nationale et Son Excellence le Ministre des Affaires Étrangères à la Forteresse de S. Julião da Barra (Oeiras).

Dimanche, 20 Septembre

9 h. 30 — Forum d'Angiologie: deux sessions simultanées au Grand Amphithéâtre et à l'Amphithéâtre d'Anatomie

14 h. 30 — Forum d'Angiologie (Continuation) au Grand Amphithéâtre

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

President, Emile F. Holman, San Francisco

Vendredi, 18 Septembre: SYMPOSIUM SUR LES ANEVRYSMES (traductions simultanées)

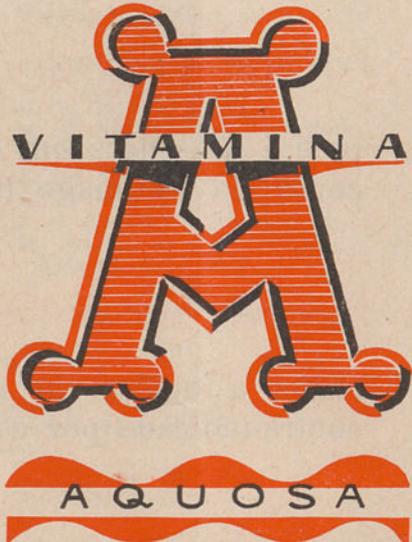
President: Reynaldo dos Santos—Lisbonne — *Chirurgie*

Emile F. Holman — San Francisco — *Angiologie*

Sessions du matin: 9 h. 30

Temps limité à 20 minutes

1. Homage to Professor RUDOLPH MATAS — I. Cohn, New Orleans
2. Aneurysms: General Considerations — G. Da Takats and C. L. Pirani, Chicago
3. Anévrismes des Membres: Mise au Point Générale — J. Cid dos Santos, Lisbonne



VITAMINA

AQUOSA

- MAIOR FACILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO
- MAIOR RAPIDEZ DE ABSORÇÃO
- MAIOR TOLERÂNCIA

1 CC DE SOLUTO 35 GOTAS = 50.000 U. I. DE VIT. A

CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 50.000 U. I. (FRACA)

CADA AMPOLA DE 1 CC (INJECT.) = 300.000 U. I. (FORTE)

FRASCO DE 10 CC COM CONTA-GOTAS

CAIXA DE 6 AMPOLAS (SÉRIE FRACA)

CAIXA DE 3 AMPOLAS (SÉRIE FORTE)

LABORATÓRIOS

DO

INSTITUTO

PASTEUR DE LISBOA

4. Fundamental Principles Governing the Care of Traumatic Arteriovenous Aneurysms — E. F. Holman, San Francisco
5. Congenital Arteriovenous Aneurysms of the Extremities — D. J. Robertson, London
6. Anévrismes Artério-Veineux de l'Artère Pulmonaire — F. G. D'Allaines, Paris
7. Aneurysms of the Aorta — A. Blake-more, New York
8. Aortenaneurysma — F. Spath, Graz
9. Trattamento Chirurgico degli Aneurismi Endocranici — F. Visalli, Rome

Session de l'après-midi: 15 h.

Discussion des communications du matin temps limité à 10 minutes

1. Tests for and Means of Improving the Collateral Circulation in Cases of Aneurysms and Arteriovenous Fistulas — H. B. Shumacker, Jr., Indianapolis
2. Algunos Puntos Referentes a la Patogenia de los Aneurismas — M. Lopez Esnaurizar, Mexico
3. L'Interruption de l'Innervation Vasomotrice Complément du Traitement de Certains Anévrismes — A. de Sousa Pereira, Porto
4. Anévrismes des Membres — P. Moure Paris
5. Surgical Obliteration of Popliteal Aneurysms — L.G. Herrmann, Cincinnati
6. Contributions à l'Étude des Anévrismes Traumatiques de Guerre — Mitar Mitrovitch, Belgrade
7. Aneurismas de la Raiz de los Miembros — R. Finochietto y V. F. Pataro, Buenos Aires
8. Su Alcuni Casi di Aneurismi — R. Paulucci, Rome
9. Congenital Arteriovenous Aneurysms of Limbs — C. R. Macnab, London
10. Quelques Aspects des Anévrismes Poplites — J. Celestino da Costa, Lisbonne
11. Anévrismes Artério-Veineux: Un Cas de Ligature du Tronc Artériel Brachio-céphalique — E. Hernandez Lopes, Grenade
12. Sur le Traitement des Anévrismes Traumatiques par les Méthodes Classiques — B. Kouriss, Athens
13. Anévrismes Artério-Veineux — R. Fontaine, A. Kim, B. Kieny et L. Holderbach, Strasbourg
14. Aneurysms of the Aorta — J. C. White, Boston
15. Arterial Shunts: a Technique for replacing Segments of Large Vessels — H. Mahorner and R. Spencer, New Orleans
16. Aneurismas de la Aorta: Tratamiento Quirúrgico — J. A. Taiana y E. Schiepati, Buenos Aires
17. Anévrismes de l'Aorte — C. Duboest, Paris
18. The Use of Blood Bessel Grafts in the Repair of Major Vessels — F. Gerbode, San Francisco
19. Treatment of Aneurysms of the Aorta by Resection and Restoration of Continuity with or without Aortic Graft — M. E. DE Bakey and D. A. Cooley, Houston
20. Aneurismectomia com Reconstrução da Aorta e Artoria Iliaca Esquerda por Sutura Continua Reforçada com Enxerto de Pele Total — M. Degni, São Paulo
21. Anévrismes de l'Artère Pulmonaire — F. Santy, Lyon
22. Aneurismas Arteriovenosos Pulmonares — A. R. Albanese, Buenos Aires
23. Surgical Aspects of Dissecting Aortic Aneurysms — A. Blain III, Detroit
24. Anévrismes Multiples des Artères de la Base du Cerveau — A. Jentzor, Geneve
25. Traitement Chirurgical des Anévrismes

NOVIDADE!**2 ANTI-HISTAMÍNICOS
EM 1 COMPRIMIDO****Antistina*****Piribenzamina*****Dibistina***

SERÃO MUITO MAIS EFICAZES
NUM MAIOR NÚMERO
DE DOENTES

APRESENTAÇÃO:

Frasco de 20 drageias
(50 mg de Antistina e 25 mg de Piribenzamina)

mes Artériels Cérébraux P. Wertheimer et J. Avet, Lyon

Samedi, 19 Septembre: SYMPOSIUM SUR LA CHIRURGIE DE VALVULE MITRALE (Traductions simultanées)

President: Emile F. Holman, San Francisco

Session du matin: 9 h. 30
Temps limité à 15 minutes

1. Introductory Remarks — E. F. Holman, San Francisco
2. Etiologic and Pathologic Considerations — E. Dorra, Dusseldorf
3. Evolutions Anatomico-Cliniques des Sténoses Mitrales en Fonction des Indications Chirurgicales — P. Santy, R. Froment, P. Marion et J. Gravier, Lyon
4. Critères Hémodynamiques pour le Sélection Chirurgicale des Malades Atteints de Sténose Mitrale et Résultats Post-Opératoires — J. Gevaerts, J. Lequime et H. Danolin
5. Demonstration of the Function of the Mitral Valve (Film) — E. S. Hurwitt, New York
6. The Selection of Patients for Mitral Valvular Surgery — F. Gerbods, San Francisco
7. Indications for Valvulotomy in Mitral Stenosis — P. Valdoni and V. Puddu, Roma.
8. Technique de la Valvulotomie Mitrale — P. Santy, Lyon
9. Estenosis Mitral; Cirugía — A. R. Alvanese, Buenos Aires
10. Decorso post operatorio e risultati della Comissurotomia Mitralica A. M. Doglietti, Turin
11. Indications and Surgical Management of Patients with Mitral Stenosis — C. P. Bailey, H. E. Bolton and M. G. DE Almeida, Philadelphia
12. Evaluation of Results in Operations for Mitral Stenosis D. E. Harken, Boston

Session de Vaprès-midi: 14 h. 30
Temps limité à 15 minutes

1. Evolución Clínica de los Mitrales Valvulotomizados — A. Perreta, R. Zambrano y E. J. Sales
2. Late Results of Mitral Valvulotomy — R. C. Brock, London
3. Indications and Surgical Management of Patients with Mitral Insufficiency — C. P. Bailey, H. E. Bolton and M. C. DE Almeida, Philadelphia
4. The Surgical Correction of Mitral Insufficiency — D. E. Hearken, Boston
5. Expérimentation d'Une Prothèse Intra-Cardiaque en vue du Traitement de l'Insuffisance Mitrale — P. Chalnot, R. Benichoux et C. Chardot, Nancy
6. *Discussion* to be opened by: P. Soulié, Paris, J. Lenègre, Paris; O. Lindenschmidt, Hamburg; O. Bayer, Dusseldorf; F. G. D'Allaines and C. Dubost, Paris; F. E. Tricerri and A. C. Taquini, Buenos Aires; E. G. Ortiz, Madrid; F. da Costa et E. Coelho, Lisboa

Dimanche, 20 Septembre: FORUM D'ANGIOLOGIE

Sessions du matin: 9 h. 30
Temps limité à 15 minutes

A — GRAND AMPHITHEATRE — *President:* René Leriche, Paris

1. Quelques considérations sur la Chirurgie du Sympathique — R. Leriche, Paris
2. Surgery of Coronary Heart Disease — G. Murray, Toronto
3. Traitement de l'Angine de Poitrine par la résection du plexus Pré-Aortique (films) — G. Arnulf, Lyon
4. Experimental and Clinical Observations on the Clôsure of Cardiac Septal Defects — H. B. Shumacker, Jr. Indianapolis
5. Observations on the Etiology of Cons-

- trictive Pericarditis — G. H. Humphreys II and R. A. Deterling, Jr., New York
6. Replacement of Essential Intra-Abdominal Arteries by Expendable Arteries — E. S. Hurwitt, New York
7. A Comparative Study by an Electronic Method of the Vasodilating Effect of Various Drugs — S. S. Samuels, New York
8. Lymphatic Circulation in Lymphedema — J. B. Kinmonth, London
9. Estudio Clínico de la Phenylindanodiene en el Tratamiento de las Enfermedades Tromboembólicas — B. Milanes Lopez, Havana

B — AMPHITHEATRE D'ANATOMIE — *President:* J. Cid dos Santos, Lisboa

1. Improvements in aortography — J. Cid dos Santos, Lisboa
2. Aortografía abdominal y arteriografía de los miembros inferiores simultáneas D. Grinfeld y B. Javkin, La Plata
3. Aorto-arteriography — A. Coito, Lisboa
4. The importance of Serial Aortographies in Angiologic Diagnosis and Therapy — K. E. Loose — Itsehyo — Holst
5. Conception of phlebography — J. Cid dos Santos, Lisboa
6. Phlébographie rétrograde des veines iliaques — F. Oliveira Pinto et M. Korn
7. Banco de Injertos Vasculares: Evolución Experimental y Clínica — A. A. Lazzarini, Buenos Aires
8. Reabsortion of arterial embolus — A. Coito, Lisboa
9. Amputations conservatrices du pied chez les endartéritiques — A. Frago, Lisboa
10. Tratamiento Quirúrgico de la Hipertensión Arterial Nefrôgena — A. Mazzucco, R. Bueno, R. J. Latorre y A. Perretta, Buenos Aires

Session de Vaprès-midi: 14 h. 30
Temps limité à 15 minutes

C — GRAND AMPHITHEATRE — *President:* René Leriche

1. The Diagnosis and Management of Obliterative Vascular disease of the Lowes Extremities — A. M. Boyde, Manchester
2. El Síndrome de Obliteración de los Troncos Supraaórticos — F. Martorell, Barcelona
3. Obliteration of supra-aortic branches and Martorell's Syndrome — J. Celestino da Costa and J. J. Mendes Fagundes, Lisboa
4. Experimental Stenosing Arterial Thrombosis: Physiopathologic Considerations — H. Haimovici, New York
5. Arteriopatias Estenosantes de la Iliaca y de la Femoral — E. C. Palma, Montevideo
6. Thrombo-Endarterectomy: A Clinical Appraisal — E. J. Wylie, San Francisco
7. Resection of Aortic Bifurcation With Graft Replacement — O. C. Julian, W. Grove and W. S. Dye, Chicago
8. The Surgical Treatment of the Post-phlebotic Syndrome with Ulceration of the Lower Extremity — R. R. Linton, Boston
9. Reseccion de la Vena Poplitea en el Período Augudo como Profilaxis de las Secuelas Postflebiticas — E. D. Diez y H. A. Ferrando, Buenos Aires

NOVO E ORIGINAL

AlgiDerma

Rumatismo
Artrismo
Dores musculares
Pleurodinias
etc.

algiDerma
CREME ANALGÉSICO ANTIFLOGÍSTICO
E ANTI-REUMÁTICO

Savi
LISBOA

ENTEROBIÓTICO

Antibiótico-sulfamidoterápia associada para tratamento entérico

COMPOSIÇÃO

Dihidroestreptomicina base (Sob a forma de sulfato)	0,015 Grs.
Bacitracina	600 U. I.
Sulfato de Neomicina	0,0075 Grs.
Ftalilsulfacetimida	0,500 Grs.
Excipiente q. b. p.	1 comprimido

Em virtude de nenhum dos componentes do Enterobiótico ser absorvível pela corrente sanguínea em extensão apreciável, permite que seja utilizado em doses maciças sem qualquer perigo de efeitos tóxicos.

APRESENTAÇÃO

Tubo de 20 comprimidos **Esc. 42\$00**



LABORATÓRIOS
QUÍMICO
BIOLÓGICOS

Avenida Elias Garcia — MASSAMÁ-QUELUZ-Telef. QUELUZ 27
EXPEDIENTE — Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º — Lisboa — Telef. 24875
PROPAGANDA — Rua dos Fanqueiros, 121, 2.º — Lisboa — Telef. 24604
Delegação no Porto — Rua Ramalho Ortigão, 14-1.º — Telef. 21383
Deleg. em Coimbra — Av. Fernão de Maralhões, 32-1.º — Telef. 4556

V I D A M É D I C A

EFEMÉRIDES

Portugal

(De 6 a 12 de Setembro)

Dia 6 — Em Lisboa, reúnem-se, à noite, no Clube de Ténis de Monsanto, num jantar de confraternização, cerca de 50 membros da Sociedade de Esclerose em placas, que vêm a Lisboa tomar parte no Congresso de Neurologia.

— O Subsecretário da Assistência, Dr. Ribeiro Queirós, inaugura o Hospital subregional de Castelo de Paiva. Entre as várias individualidades presentes figuram os Bispos do Porto, Governador Civil de Aveiro, autoridades locais, Provedor e mesários da Misericórdia. Tem duas enfermarias com 11 camas cada e mais 4 para doenças infecto-contagiosas. É seu director clínico o Dr. José Freitas de Carvalho. As cerimónias inaugurais revestem grande brilho.

7 — Inaugura-se em Lisboa o Congresso Internacional de Neurologia, sob a presidência do Chefe do Estado.

«O Médico» dará notícias circunstanciadas do acontecimento, que tem como patronos os nomes de von Monakow e Ramon y Cajal.

Na Estufa Fria o Presidente do Município de Lisboa homenagea os congressistas com uma merenda muito concorrida e animada.

— Em Lisboa e incluída nos trabalhos preparatórios do Congresso Internacional de Neurologia, efectua-se, de manhã, a primeira reunião da Liga Internacional Contra a Epilepsia, que tem gabinete privativo no Hospital Escolar.

— Está no Porto o Dr. Carlos Alvim Lopes da Cunha que durante anos chefiou os Serviços de Saúde de Goa.

8 — Primeiro dia de trabalhos científicos do Congresso de Neurologia reunido em Lisboa.

— No Hospital Escolar de Lisboa inicia-se, sob os auspícios do Comité Internacional de Organização das Ciências Médicas, um curso superior de neurologia que é regido por alguns dos mais afamados neurologistas presentes no congresso.

— O cortejo de oferendas a favor da Misericórdia de Marvão rendeu cerca de 100 contos.

— São integradas na Misericórdia de Lisboa, por despacho ministerial, as instituições de assistência denominadas «Associação Infantil de S. José» e «Lactário da Freguesia de S. José».

9 — Regressa a Lisboa a excursão rea-

lizada a favor da Liga portuguesa contra o Cancro.

— Discute-se o III tema do Congresso de Neurologia: Lobo parietal.

— Continua o Curso Superior de Neurologia com lições dos Profs. von Bogaest e Obrador Alcalde.

— Em Lisboa, no Hospital Escolar, no anfiteatro de Anatomia, reúne-se a Liga Internacional contra a Epilepsia, que trata de vários temas da especialidade, sendo também exibidos diversos filmes científicos.

— Ainda em Lisboa, cerca das 17 horas, reúne-se, na Sala dos Delegados Nacionais, a Sociedade Luso-Espanhola de Neurologia, presidida pelo Dr. Vasconcelos Marques, durante a qual são tratados diversos assuntos relativos à sua actividade.

10 — Segue para Madrid e Barcelona, o Dr. Manuel Assunção Teixeira, director do Instituto Português de Reumatologia, que, em missão oficial de estudo, vai prosseguir nas suas visitas às clínicas de reumatismo no país vizinho.

— São concedidos às Santas Casas da Misericórdia de Mogadouro, para construção do seu novo hospital, 539.500\$00, e de Vila Flor, para construção de um posto hospitalar (2.ª fase-reforço), 26.400\$00 e à Santa Casa da Misericórdia de Castelo de Vide, para remodelação e ampliação do seu hospital 14.350\$00.

— A Santa Casa da Misericórdia da Lousã para obras de ampliação do seu hospital (reforço) 49 contos.

— O Congresso de Neurologia termina os seus trabalhos com a apresentação do IV tema: Doenças metabólicas do cérebro.

— Continua o Curso de Neurologia com lições dos Profs. Deolindo Couto e Raymond Garcia.

11 — Além das sessões de trabalhos do Congresso de Neurologia realiza-se no Estoril um banquete seguido de baile.

12 — Regressa à Índia Portuguesa o Dr. Pacheco de Figueiredo, director da Escola Médica de Goa que, em missão da Organização Mundial de Saúde, percorreu diversos países europeus e participou, em Londres, no Congresso Internacional do Ensino Médico.

— Parte para Madrid, o Prof. Dr. António Flores, presidente do Congresso Internacional de Neurologia, que vai participar nas comemorações do centenário de Ramon y Cajal, que começam amanhã na capital do país vizinho.

— Em comboio especial que sai do Rossio às 8 horas da manhã, seguem para Madrid os restantes congressistas que vão tomar parte nas comemorações de Ramon y Cajal.

AGENDA

Portugal

Concursos

Estão abertos:

Está aberto concurso documental para o provimento do lugar de especialista de anatomia patológica do Sanatório de D. Manuel II.

— Para habilitação ao provimento do lugar de médico auxiliar do Dispensário Antituberculoso de Faro.

— Para habilitação ao provimento do lugar de especialista de anatomia patológica do Sanatório D. Manuel II.

NOTICIÁRIO OFICIAL

Diário do Governo

(De 3-9 a 8-9-953)

4-9

Dr. João de Matos Ferreira Romãozinho, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 da Guarda Nacional Republicana (Castelo Branco).

— Dr. Augusto Lopes Furtado, médico civil — contratado para prestar serviço no batalhão n.º 5 de Guarda Nacional Republicana (Covilhã).

— A Câmara Municipal de Prouença-a-Nova declara que para provimento do cargo de médico do 3.º partido, com sede em S. Pedro do Esteval, do referido concelho foi nomeado o Dr. Jorge da Silveira Damião Brígida.

5-9

Dr. Augusto Salazar Leite, médico analista, chefe de serviço dos H. C. L. — autorizado a ausentar-se do País de 6 de Setembro a 10 de Outubro próximos, sendo de 6 a 13 de Setembro e de 3 a 10 de Outubro em comissão gratuita de serviço por missões do Instituto de Alta Cultura em Roma e Madrid.

8-9

Dr. Angelo Flecha Ançã — exonerado, a seu pedido, do lugar de médico de 2.ª classe do quadro médico comum do ultramar português, colocado na Guiné.

— Dr. Carlos Alvim Lopes da Cunha, médico inspector do quadro médico comum do ultramar português — transferido, por conveniência de serviço, do Estado da Índia para a província de Moçambique, indo ocupar a vaga resultante da promoção a médico-chefe do Dr. Joaquim Ferreira da Silva.

— Dr. Fernando Carlos de Magalhães Mendonça Pimentel, médico-inspector do quadro médico comum do ultramar português — transferido, por conveniência de serviço, da província da Guiné para a de Moçambique, indo ocupar a vaga resultante do falecimento do Dr. Rodolfo Fernandes do Amaral.

— Dr. António Pinto Valente Gonçalves, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — promovido a médico inspector, e colocado no Estado da Índia, indo ocupar a vaga resultante da transferência para Moçambique, do Dr. Carlos Alvim Lopes da Cunha.

— Dr. Rui Randolph Roucou, médico de 1.ª classe do quadro médico comum do ultramar português — promovido a médico inspector, e colocado na província da Guiné, na vaga resultante da transferência para Moçambique, do Dr. Fernando Carlos de Magalhães Mendonça Pimentel.

MARTINHO & C.ª



*Tudo o que interessa
à medicina e cirurgia*

RUA DE AVIZ, 13-2º PORTO
TELEF. P.P.C. 27583 • TELEG. "MARTICA"

O MÉDICO

SEMANARIO
DE ASSUNTOS MÉDICOS
E PARAMÉDICOS

Publica-se às quintas-feiras

COM A COLABORAÇÃO DE:

Egas Moniz (Prémio Nobel), Júlio Dantas (Presidente da Academia de Ciências de Lisboa)

A. de Novais e Sousa (Dir. da Fac. de Med.), A. da Rocha Brito, A. Meliço Silvestre, A. Vaz Serra, Elísio de Moura, F. Almeida Ribeiro, L. Morais Zamith, M. Bruno da Costa, Mário Trincão e Miguel Mosinger (Profs. da Fac. de Med.), Henrique de Oliveira, (Encar. de Curso na Fac. de Med.), F. Gonçalves Ferreira e J. J. Lobato Guimarães (1.ª assist. da Fac. de Med.), A. Fernandes Ramalho (chef. do Lab. de Rad. da Fac. de Med.), Carlos Gonçalves (Dir. do Sanat. de Celas), F. Serra de Oliveira (cir.), José Espírito Santo (assist. da Fac. de Med.), José dos Santos Bessa (chef. da Clin. do Inst. Maternal), Manuel Montezuma de Carvalho, Mário Tavares de Sousa e Renato Trincão (assistentes da Fac. de Med.) — COIMBRA
Toscano Rico (Dir. da Fac. de Med.), Adelino Padesca, Aleu Saldanha, Carlos Santos, A. Castro Caldas, A. Celestino da Costa, A. Lopes de Andrade, Cândido de Oliveira, Carlos Larroudé, Diogo Furtado, Fernando Fonseca, H. Barahona Fernandes, Jacinto Bettencourt, J. Cid dos Santos, Jaime Celestino da Costa, João Belo de Moraes, Jorge Horta, Juvenal Esteves, Leonardo Castro Freire, Lopo de Carvalho, Mário Moreira, Reynaldo dos Santos e Costa Sacadura (Profs. da Fac. de Med.), Francisco Cambournac e Salazar Leite (Profs. do Inst. de Med. Tropical), Augusto da Silva Travassos (Dir. Geral de Saúde), Emílio Faro (Enf.-Mor dos H. C. L.), Brigadeiro Pinto da Rocha (Dir. Geral de Saúde do Exército), Alexandre Sarmiento (Dir. do Labor. do Hosp. do Ultramar), António Mendes Ferreira (Cir. dos H. C. L.), Armando Luzes (Cir. dos H. C. L.), Bernardino Pinho (Inspector Superior da Dir. Geral de Saúde), Elísio da Fonseca (Chefe da Rep. dos Serv. de Saúde do Min. das Colónias), Eurico Paes (Endocrinologista), Fernando de Almeida (Chefe de Serv. do Inst. Maternal), Fernando da Silva Correia (Dir. do Inst. Superior de Higiene), J. Oliveira Machado (Médico dos H. C. L.), J. Ramos Dias (Cir. dos H. C. L.), Jorge da Silva Araújo (Cir. dos H. C. L.), José Rocheta (Dir. do Sanatório D. Carlos I), Luís Guerreiro (Perito de Medicina do Trabalho), Mário Conde (Cir. dos H. C. L.), R. Iriarte Peixoto (Médico dos H. C. L.) e Xavier Morato (Médico dos H. C. L.) — LISBOA

Amândio Tavares (Reitor da Universidade do Porto)

António de Almeida Garrett (Dir. da Fac. de Med.), Américo Pires de Lima (Prof. das Fac. de Ciências e de Farm.), J. Afonso Guimarães, A. Rocha Pereira, A. de Sousa Pereira, Carlos Ramalhão, Ernesto Moraes, F. Fonseca e Castro, Joaquim Bastos, Luís de Pina, Manuel Cerqueira Gomes (Profs. da Fac. de Med.), Albano Ramos (Encar. de Curso na Fac. de Med.), Alcino Pinto (Chefe do Serv. de Profilaxia Antitrombotomosa do Dispen. de Higiene Social), Álvaro de Mendonça e Moura (Guarda-Mor de Saúde), António da Silva Paúl (Chefe do Serv. de Profilaxia Estomatológica do Disp. de Higiene Social), Aureliano da Fonseca (Chefe do Serviço de Dermatovenerologia do Disp. de Higiene Social), Carlos Leite (Urologista), Constantino de Almeida Carneiro (Médico Escolar), Braga da Cruz (Deleg. de Saúde), Emídio Ribeiro (Assist. da Fac. de Med.), Fernando de Castro Pires de Lima (Médico do Hosp. de S.to António), Gregório Pereira (Dir. do Centro de Assist. Psiquiátrica), João de Espregueira Mendes (Dir. da Deleg. do Inst. Maternal), Jorge Santos (Tisiologista do Hosp. Semide), J. Castelo Branco e Castro (Urologista do Hosp. de S.to António), José Aroso, J. Frazão Nazareth (Chefe do Serv. de Estomat. do H. G. de S.to António), Manuel da Silva Leal (Gastroenterologista) e Pedro Ruela (Chefe do Serv. de Anestes. do Hospital de Santo António) — PORTO
Lopes Dias (Deleg. de Saúde de Castelo Branco), Ladislau Patrício (Dir. do Sanat. Sousa Martins da Guarda), Júlio Gesta (Médico do Hosp. de Matozinhos), J. Pimenta Presado (Portalegre), Joaquim Pacheco Neves (Vila do Conde), José Crespo (Sub-deleg. de Saúde de Viana do Castelo), M. Santos Silva (Dir. do Hosp.-Col. Rovisco Pais — Tocha), Montalvão Machado (Deleg. de Saúde de Vila Real)

DIRECTOR: MÁRIO CARDIA

REDACTORES:

COIMBRA — Luís A. Duarte Santos (Encar. de Cursos na Fac. de Med.); — LISBOA — Fernando Nogueira (Médico dos H. C. L.) e José Andresen Leitão (Assist. da Fac. de Med.); PORTO — Waldemar Pacheco (Médico nesta cidade).

DELEGADOS: MADEIRA — Celestino Maia (Funchal); ANGOLA — Lavrador Ribeiro (Luanda); MOÇAMBIQUE — Francisco Fernandes J.º (Lourenço Marques); ÍNDIA — Pacheco de Figueiredo (Nova Goa); ESPANHA — A. Castillo de Lucas, Enrique Noguera, Fernan Perez e José Vidaurreta (Madrid); FRANÇA — Jean R. Debray (Paris) e Jean Huet (Paris); ALEMANHA — Gerhard Koch (Munster)

CONDIÇÕES DE ASSINATURA (pagamento adiantado):

Portugal Continental e Insular: um ano — 120\$00; Ultramar, Brasil e Espanha: um ano — 160\$00;
Outros países: um ano — 200\$00

Assinatura anual de «O MÉDICO» em conjunto com as duas revistas «Acta Endocrinologica Iberica» e «Acta Gynecologica et Obstetrica Hispano-Lusitana»:

Portugal Continental e Insular — 170\$00 Ultramar — 220\$00

As assinaturas começam em Janeiro; no decorrer do ano (só para «O Médico») aceitam-se assinaturas a começar em Abril, Julho e Outubro (respectivamente, 100\$00, 70\$00 e 40\$00).

Delegações de «O Médico»: COIMBRA: Casa do Castelo — Arcos do Jardim, 30 e R. da Sofia, 49 — ANGOLA, S. TOMÉ E PRÍNCIPE, ÁFRICA FRANCESA E CONGO BELGA — Publicações Unidade (Sede: Avenida da República, 12, 1.º Esq. — Lisboa; deleg. em Angola — R. Duarte Pacheco Pereira, 8, 3.º — salas 63-64 Luanda). — LOURENÇO MARQUES: Livraria Spanos — Caixa Postal 434 — NOVA GOA: Livraria Singbal.

VENDA AVULSO — Distribuidores exclusivos: Editorial Organização, L.da — L. Trindade Coelho, 9-2.º — Lisboa — Telefone 27507.

Intogine



ÓVULOS

DE PEQUENAS DIMENSÕES
E COM INTERMÉDIO HIDROSSOLÚVEL

PENICILINA G POTÁSSICA 50.000 U. I.
SULFANILAMIDA 0,5 g.
SULFATIAZOL 0,5 g.

Por óvulo

Caixas de 6 e de 12

INFECÇÕES GENITAIS FEMININAS
VULVITES, VAGINITES, VULVO-VAGINITES
CERVICITES, ULCERAÇÕES DA VAGINA
ULCERAÇÕES DO COLO, LEUCORREIAS