

Ano XV

N.º 12

Dezembro 1938



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

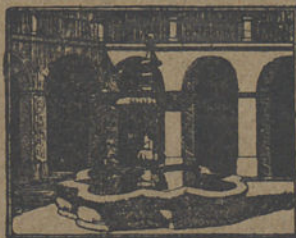
A. Almeida Dias

SECRETÁRIO ADJUNTO

Morais David

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes :

Ano, 60\$00

Colónias e estrangeiro :

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO : 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

Todos os assuntos referentes à administração e redacção devem ser dirigidos ao Dr. A. Almeida Dias, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica* — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Sala 12

Est.

Tab.

N.º 21

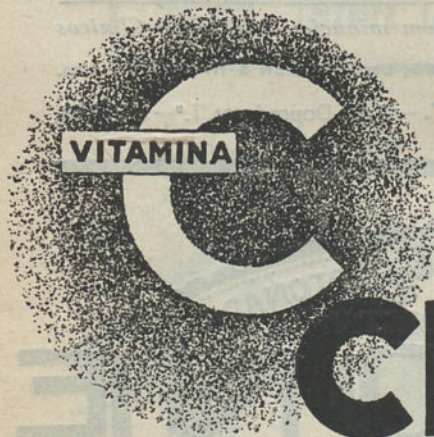


Nas nevralgias: ciática, nevralgias intercostais e do trigémio; polinevrites da gravidez, polinevrite alcoólica e diabética, mielose funicular, atonia intestinal, perturbações alimentares nas crianças

BETABION

Merck

*Comprimidos 1mg - Ampolas 2mg: 1 cc
Betabion forte - Ampolas 10mg: 1 cc*



Nas hemorragias internas, doenças infecciosas (gripe, pneumonia etc.), afecções gástricas e intestinais, afecções da boca e dos dentes, no período de gravidez e lactação, alimentação artificial dos lactantes

CEBION

Merck

*Comprimidos 0,05g - Ampolas 0,05g: 1cc e 0,1g: 2cc
Cebion forte - Ampolas 0,5g: 5cc*

E. MERCK · DARMSTADT

REPRESENTANTES PARA PORTUGAL: QUÍMICO-FARMACÊUTICA, LIMITADA

LISBOA

RUA GOMEZ FREIRE, 96

PORTO

RUA DO ALMADA, 59

INSULINA PROTAMÍNICA «A. B.»

(COM ZINCO) EM SUSPENSÃO (MARCA REGISTRADA)

A absorção de insulina injectada na forma de **Insulina Protamínica «A. B.»** (com zinco) em suspensão é mais prolongada e assemelha-se sobre-maneira à secreção natural de ilhotas do pâncreas.

Esta **Insulina** tem uma acção firme e regula melhor o metabolismo dos hidratos de carbone do que a insulina vulgar. Permite reduzir o número de injeções, requiere geralmente uma dosagem total mais baixa e os sintomas subjectivos da Diabetes melhoram notavelmente.

40 un. por cc. { 5 cc. (200 un.)
10 cc. (400 un.) 80 un. por cc. } 5 cc. (400 un.)

A **Insulina «A. B.»** tem reputação mundial pela sua esterilidade estritamente salvaguardada, força cuidadosamente estandardizada, ausência de reacções tóxicas e estabilidade em climas quentes.

Envia-se folheto com minúcias aos Ex.^{mos} Clínicos

Fabricantes: THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD. — ALLEN & HANBURYS, LTD.

Representantes: COLL TAYLOR, LDT. — R. dos Douradores, 1.º — LISBOA

COMBINAÇÃO IODO-PEPTONADA
GOTTAS, INJECTAVEL

I O D O N E

"ROBIN"

Arteriosclerose, Affecções cardiacas,
Obesidade, Rheumatismo, Syphilis

OS LABORATORIOS ROBIN
13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P. N.º 832
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

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

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilolaminoarsenofenol

ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneros

INALTERABILIDADE em presença do ar

(Injecções em série)

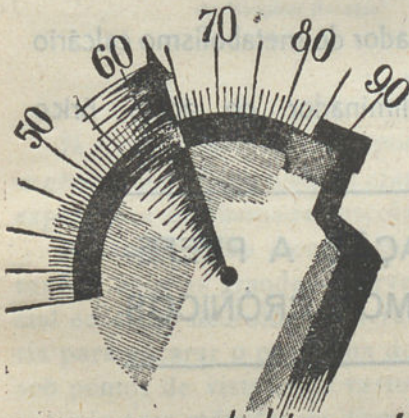
Muito **EFICAZ** na orquite, artrite e mais complicações locais de **Blenorragia, Metrite, Salpingite, etc.**

Preparado pelo LABORATÓRIO de **BIOQUÍMICA MÉDICA**

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVIIe)

DEPOSITÁRIOS
EXCLUSIVOS

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



o peso aumenta! tomando

NUTRICINA

TONICO PODEROSO PARA DOENTES,
VELHOS E CRIANÇAS

A' venda em todas as farmácias

Dep. Lisboa: Lab. Jaba, R. Actor Taborda, 5

Porto: Ern. Cibrão & C.ª, Ltd, R. Almada, 244

Coimbra: Luciano & Matos, Rua Sofia, 11



HICKS

GENUINO — AFERIDO

O TERMÓMETRO DE CONFIANÇA

DOS MÉDICOS

DA ÉLITE

DOS HOSPITAIS

MARCA  REGISTRADA

NAS BOAS FARMÁCIAS

Representantes:

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

Agente no PORTO — Farmácia
Sarabando — Largo dos Lóios, 35-37

A LYXANTHINE ASTIER

Granulado efervescente
anti - artrítico



Reune numa forma inédita
33°/o de princípios activos

Iodo
Enxofre } aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcáreo

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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

SUMÁRIO

Os próximos números do nosso Jornal, referentes aos meses de Janeiro e Fevereiro, consagrarse-ão exclusivamente à Colapsoterapia na Tuberculose Pulmonar, e serão constituídos pelas lições teóricas do Curso de Aperfeiçoamento que, conforme anunciámos, se inicia no dia 9 de Janeiro na Clínica de Doenças Pulmonares, do Hospital Escolar.

Chefe do Serviço de Neuro-Cirurgia
do Hospital Escolar

Assistente

I—PARTE

Já tivemos ocasião de expor as linhas gerais do tratamento de urgência dos traumatismos cranianos, segundo a lição colhida na experiência da chamada «escola neuro-cirúrgica» (2).

A consideração atenta dos fenómenos que se desenrolam durante e após as grandes intervenções intracranianas, e uma especial educação neurológica, deram aos neuro-cirurgiões competência para encarar o problema dos traumatismos crânio-encefálicos sob pontos de vista mais vastos, tendo os seus estudos dotado a cirurgia com métodos de diagnóstico mais exactos e terapêuticas, médica ou cirúrgica mais racionais e eficazes.

A condição de urgência não permite o tratamento imediato da maioria dos casos de traumatismos cranianos em serviços de neu-

(1) Entregue para publicação em Agosto de 1938.

(2) ALMEIDA LIMA. — «Traumatismos crânio-encefálicos agudos». *Lisboa Médica*. N.º 11. Novembro de 1936.

Enxofre (

Gluconato de calcio: modificador do metabolismo calcário

Bitartrato de lisidina: eliminador do ácido úrico

REALIZA A MEDICAÇÃO A PREFERIR NOS REUMATISMOS CRÓNICOS

Dose média: 1 a 2 colheres de chá em 24 horas

Literatura e amostras

LABORATOIRES ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche — PARIS
ou nos representantes

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



SUMÁRIO

Artigos originaes

<i>Tratamento dos accidentes tardios dos traumatismos crânio-encefálicos</i> , por Almeida Lima e J. Imaginário.....	Pág.	733
<hr/>		
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	•	783
<i>Noticias & Informaçoes</i>	•	LV

Instituto de Neurologia da Faculdade de Medicina de Lisboa
(Director : Prof. EGAS MONIZ)
(Chefe do Serviço de Neuro-Cirurgia : Dr. ALMEIDA LIMA)

TRATAMENTO DOS ACIDENTES TARDIOS DOS TRAUMATISMOS CRÂNIO-ENCEFÁLICOS (1)

POR

ALMEIDA LIMA
Chefe do Serviço de Neuro-Cirurgia
do Hospital Escolar

e J. IMAGINÁRIO
Assistente

I—PARTE

Já tivemos ocasião de expor as linhas gerais do tratamento de urgência dos traumatismos cranianos, segundo a lição colhida na experiência da chamada «escola neuro-cirúrgica» (2).

A consideração atenta dos fenómenos que se desenrolam durante e após as grandes intervenções intracranianas, e uma especial educação neurológica, deram aos neuro-cirurgiões competência para encarar o problema dos traumatismos crânio-encefálicos sob pontos de vista mais vastos, tendo os seus estudos dotado a cirurgia com métodos de diagnóstico mais exactos e terapêuticas, médica ou cirúrgica mais racionais e eficazes.

A condição de urgência não permite o tratamento imediato da maioria dos casos de traumatismos cranianos em serviços de neu-

(1) Entregue para publicação em Agosto de 1938.

(2) ALMEIDA LIMA.—«Traumatismos crânio-encefálicos agudos». *Lisboa Médica*. N.º 11. Novembro de 1936.

ro-cirurgia, o que só poderia ser conseguido mercê de organizações especiais, que talvez não sejam para desejar, pois a qualquer cirurgião competem os tratamentos de urgência.

Nos acidentes tardios parece-nos porém indispensável a colaboração de um cirurgião familiarizado com os métodos de diagnóstico, terapêuticos e de técnica operatória da grande cirurgia intracraniana.

Muitas das seqüelas dos traumatismos cranianos apresentam difíceis problemas de diagnóstico, exigindo um exame neurológico cuidado e esclarecido para, conscientemente, se planear a terapêutica adequada.

Freqüentemente o exame clínico necessita ser completado com exames radiográficos especializados: encefalografia, ventriculografia ou angiografia cerebral. Só em «serviços» onde êsses métodos sejam da prática corrente se podem executar com tôdas as condições de segurança e dêles tirar todos os ensinamentos que devem fornecer.

O grande número de problemas relacionados com o estudo das perturbações tardias nos traumatizados do crânio não nos permite tratá-los sistematicamente. A literatura vastíssima e dispersa, as opiniões contraditórias sôbre alguns assuntos, como, por exemplo, a patogenia do hematoma subdural e das cefaleias post-traumáticas, a complexidade da interpretação físiopatológica da epilepsia post traumática, o discutido e obscuro problema da relação do traumatismo com a patogenia de doenças evolutivas do sistema nervoso, paralisia geral (1) e outras meningo-encefalites, por exemplo, impossibilita-nos de entrar em minúcias e mesmo de abordar muitos dêsses problemas. Pretendemos encarar o assunto sob o ponto de vista de um cirurgião, isto é, o da aplicação imediata.

O cirurgião tem obrigação iniludível de conhecer em tôda a profundidade que lhe seja possível os problemas relacionados com o seu campo de acção, de ponderar as dúvidas e as lacunas dos conhecimentos, de comparar e criticar teorias, mas, sendo essencialmente um terapeuta, tem também o dever de uma vez êsses ensinamentos colhidos, por vezes inconsistentes e quantas vezes contraditórios, concretizar uma opinião que lhe sirva

(1) ALMEIDA LIMA e DIOGO FURTADO. — «Traumatismo e paralisia geral».

sem hesitações, de guia ao pôr em prática num dado momento a terapêutica mais proveitosa para o doente que se lhe confiar. A maneira como o cirurgião se desempenha dêsse dever coloca-o entre aquêles que honram a sua profissão ou rebaixa-o ao nível dos curandeiros. «O cirurgião que executa uma craniectomia sem ter cuidadosamente elaborado uma hipótese construtiva coloca-se no mesmo nível que o prático da idade da pedra» (1), disse PERCY SARGENT.

É a exposição das conclusões a que chegámos sôbre a conduta terapêutica a seguir em determinadas seqüelas de traumatismos cranianos o objectivo dêste nosso trabalho. Limitaremos, portanto, tôdas as discussões ou descrições que não sejam imediatamente pertinentes com as nossas conclusões. A pequena bibliografia escolhida, que apresentaremos no fim de cada capítulo, permitirá, a quem deseje controlar as nossas conclusões ou tirar as suas próprias, inteirar-se suficientemente dos assuntos tratados.

Deixaremos de lado, pelas mesmas razões, as lesões ainda actualmente fora dos recursos da terapêutica, ou cujo estudo está ainda tão incompleto e vago que não é possível chegar a conclusões definidas.

No decorrer da nossa prática neuro-cirúrgica temos tido já ocasião de observar o que, para o nosso meio, se pode considerar um avultado número de acidentes tardios de traumatismos cranianos.

Pudemos, assim, formar uma opinião pessoal sôbre a maioria dos principais tipos de acidentes traumáticos tardios do sistema nervoso, opinião que nos leva a uma conduta bem definida em cada caso.

É essa opinião pessoal, embora largamente baseada na experiência e estudos de outros, que tentaremos expor. Limitaremos, portanto, as discussões de pontos obscuros, seremos deliberadamente superficiais nas descrições anátomo-patológicas e desenvolveremos mais os assuntos dos quais os acasos da clínica nos forneceram maior prática.

A-pesar das limitações que nos propusemos e da superficiali-

(1) «The surgeon who performs a craniectomy without a carefully considered constructive hypothesis places himself on level with the practioner of the stone age».

dade com que estudaremos alguns problemas, o assunto é tão vasto que nos obriga a dividir o nosso trabalho em três partes: na primeira trataremos das cefaleias post-traumáticas e dos hematomas e higromas subdurais; na segunda consideraremos, principalmente, a epilepsia post-traumática, os aneurismas traumáticos, o pneumocéfalo e o pneumocrânio, e, num terceiro capítulo, as lesões sépticas: abscessos, osteomielites do crânio e meningite purulenta.

Não nos parece possível elaborar actualmente uma classificação das «seqüelas» dos traumatismos cranianos ao mesmo tempo cientificamente baseada e de valor prático. Uma sistematização de factos, puramente clínicos, englobaria dentro da mesma designação lesões muito diferentes; uma divisão assentando nos conhecimentos actuais da anatomia das lesões reuniria no mesmo capítulo alterações com expressão clínica muito diferente.

Limitar-nos-emos, pois, a uma enumeração dos quadros clínicos mais comuns nas seqüelas dos traumatismos cranianos, tendo como principal orientação grupar os casos com indicações terapêuticas semelhantes.

A — CEFALIAS POST-TRAUMATISMOS CRANIANOS

É freqüente, passado algum tempo após um traumatismo craniano violento, os acidentados queixarem-se de cefaleias, vertigens, inapetência e dificuldade em realizarem qualquer esforço físico ou intelectual.

Estes casos levantam uma grande variedade de problemas, clínicos, médico-legais e terapêuticos, onde os conhecimentos e o bom senso do médico são postos à prova.

Muitas vezes os acidentados são operários ou vítimas de acidentês de viação, com interêsse pecuniário em que a sua doença seja reconhecida. Daí a tendência, consciente ou não, para exagerar os seus males, dificultando a interpretação objectiva dos sintomas apresentados.

Temos visto, porém, muitos acidentados aos quais nenhum proveito viria da simulação, apresentarem o mesmo conjunto de sintomas subjectivos, o que nos tem levado a aceitar como sinceros a grande maioria dêstes doentes.

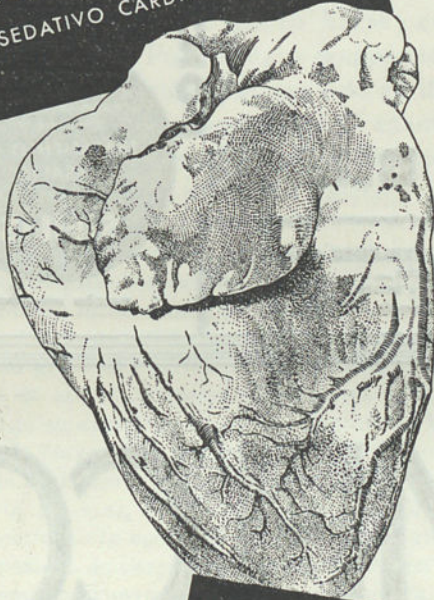
LISBOA MÉDICA

LABORATORIOS DEGLAUDE
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV^e)

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALISADOS

■
GIMENEZ-SALINAS & C^o
246, Rua da Palma
LISBOA

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

LISBOA MÉDICA

NOVARS

SONZONZON

BILLON

CONTINUA
A SER O
MEDICAMENTO DE
ESCOLHA DO
TRATAMENTO DE
ASSALTO
DA
SIFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
— Spécia —
MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"
84, rue Vieille de Temple, PARIS, 3^e

EMULCÃO STAL-VINOSAS

DMELCOS

Vecina estabilizada para o tratamento do Cancro Mole
e das suas complicações.

COMPOSIÇÃO : Emulsão estabilizada de bacilos de Ducrey de varias culturas
atredé a 225 milhões de corpos microbianos por centimetro cubico

APRESENTAÇÃO : Caixa de 6 empoles de capacidade crescente : 1 cc.,
1 cc. 5, 2 cc., 2 cc. 5, 3 cc.

MODO DE USAR : Injecção intravenosa. Injecta-se em doses progressivas
com dois ou tres dias de intervalo entre cada inoculação.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
marques "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"
21 rue Jean Goujon, PARIS, 8^e

Temos notas clínicas de vários casos que, embora não estudados encefalograficamente, apresentam quadros clínicos tão homogêneos e tão característicos do tipo de cefaleias post-traumáticas descritas por vários autores (SYMONDS (10); PENFIELD (3,4); VINCENT (11), etc.), que nunca tivemos dúvida, ao dar o nosso parecer pericial em vários destes casos, de estarmos em presença de seqüelas do traumatismo sofrido.

O traumatismo é, nestes casos, em regra, violento, com perda de conhecimento mais ou menos prolongada, mas quasi sempre de duração inferior a vinte e quatro horas; raramente, porém, há fractura do crânio. Por vezes o diagnóstico de fractura foi feito na ocasião do acidente, por ter sido verificada a existência de sangue no líquido céfalo-raquidiano. O exame radiológico não confirma porém, na maioria dos casos, o diagnóstico de fractura.

Os casos seguintes são exemplos típicos:

A. R., de 33 anos de idade. Colhido no desabamento de uma pedreira, mês e meio antes da nossa observação. Ficou soterrado, mas foi rapidamente socorrido. Encontrado inconsciente, foi rapidamente transportado a um hospital próximo. Apresentava várias escoriações e a-pesar-de não haver nenhum sinal de contusão grave das partes moles da cabeça, foi-lhe feita, em vista da permanência do estado de inconsciência, uma punção lombar, que mostrou líquido sanguinolento. Diagnóstico de fractura da base. O doente voltou a si passadas seis horas. Convalescença rápida e sem incidentes. Retomou o trabalho passada uma semana. Pouco tempo depois começou a queixar-se de cefaleias frontais, tonturas, cansaço e grande dificuldade em trabalhar. As cefaleias e as tonturas são agora permanentes, mas agravadas pelas mudanças bruscas de posição do corpo, sendo sobretudo incômodas quando o doente se curva ou executa movimentos rápidos com a cabeça. Abandonou o trabalho aproximadamente um mês após o traumatismo.

O exame neurológico objectivo não mostra quaisquer alterações do sistema nervoso e o exame radiológico demonstrou não haver fractura do crânio.

L. C., de 26 anos de idade. Operário. Atingido dois meses antes da nossa observação por uma pedra lançada pela explosão de uma pedreira. Perda imediata do conhecimento. Transportado a um hospital local, foi operado (?). Inconsciente durante quatro horas. Permanece no hospital quinze dias, donde sai, sentindo-se bem e apto a retomar o trabalho, embora de quando em quando tivesse cefaleias frontais, mais intensas do lado direito, onde fôra atingido pela pedra. Passadas duas semanas as cefaleias tornaram-se mais intensas e frequentes, sempre de localização frontal principalmente à direita. O trabalho tornou-se-lhe muito penoso, porque qualquer esforço intensificava a cefaleia. Por duas vezes a crise cefalálgica foi acompanhada de vertigens tão intensas que o doente teve de se amparar para não cair.

À data da nossa observação as queixas eram sensivelmente as mesmas, as cefaleias continuavam a ser por crises, acompanhadas ou não de vertigens, mas agora tão fáceis de provocar pelo menor esforço que o trabalho se tinha tornado impossível.

O exame objectivo mostrou uma cicatriz frontal de uns 6 cm. de comprimento, outra na região temporal, vertical à frente do trágus, por baixo da qual se palpa uma grande perda da substância óssea do crânio, certamente proveniente de uma trepanação descompressiva subtemporal. Exame neurológico não revela quaisquer alterações objectivas. O exame radiológico nada revela também além da perda de substância na escama temporal por traumatismo cirúrgico.

Maria A. P., de 38 anos de idade. (Maio de 1938). Há um mês sofreu um traumatismo (bateu com a cabeça na esquina dum móvel), ficou como que estonteada, mas não perdeu os sentidos, tendo continuado a trabalhar. No dia seguinte ainda voltou ao emprêgo, mas sentia-se mal, custando-lhe ver a luz, com grande dificuldade em fixar a atenção, e sentindo uma sensação desagradável de pêso na cabeça, principalmente quando a baixava. Teve que deixar de trabalhar e recolher à cama durante três dias, sem que sentisse quaisquer melhoras.

Temperaturas sempre à volta de $37^{\circ},4$ e grande agitação cardíaca e insónias. Sempre que se levantava, grandes arrepios de frio, empalidecida, agonias, aumentando os seus sofrimentos da cabeça, onde sentia repercutir violentamente as pulsações.

Consultou vários médicos, entre os quais um especialista de ouvidos, que nunca encontraram qualquer explicação para as suas queixas.

Dias depois notou uma certa diminuição da visão.

Tem vindo a piorar. Há dez dias começou a sentir umas dores na região parietal direita, sem vômitos nem náuseas, mas que parecem ser desencadeadas pela mais pequena falta de repouso.

Submetida à encefalografia gasosa, sentiu, passados quatro dias, ligeiras melhoras. As cefaleias, menos intensas e incômodas, continuam porém. A encefalografia mostrou haver na região parietal uma zona onde os espaços subaracnoideos não se enchiam de ar. A radiografia, feita quarenta e oito horas após a injeção de ar, mostra uma acumulação difusa de ar na mesma zona onde na primeira não se viam os espaços aracnoideos; trata-se provavelmente de ar acumulado no espaço subdural. Como veremos adiante, êste aspecto encefalográfico indica lesões do espaço subdural e constitue indicação para a intervenção de PENFIELD.

A doente não foi submetida a essa intervenção, por não ter passado ainda o tempo suficiente para apreciar os resultados terapêuticos da encefalografia.

Estes casos apresentam um certo número de aspectos que temos tido ocasião de encontrar várias vezes e que, considerados em conjunto, formam um quadro clínico portanto típico, cujas características principais nos parecem ser as seguintes :

1.^a — O traumatismo não é, em regra, muito grave, não provocando a maioria das vezes fractura do crânio, consistindo a única prova de lesões intracranianas, no momento do acidente, na perda de conhecimento e na presença, por vezes verificada, de sangue no líquido cé-alo-raquidiano.

2.^a — Há sempre um período latente entre a cura do estado agudo post-traumático e o aparecimento das cefaleias. Êste período oscila, nos nossos casos, entre duas e cinco semanas.

3.^a — O exame neurológico é negativo; observações cuidadas nunca nos permitiram, nos nossos casos, encontrar quaisquer sintomas reveladores de alterações sensitivas ou sensoriais, motoras, da coordenação ou reflexas.

4.^a — Os sintomas, exclusivamente subjectivos, consistem em cefaleias, vertigens e incapacidade para o trabalho físico ou intelectual. As cefaleias aumentam com as mudanças bruscas de posição e principalmente quando o doente tem que trabalhar curvado com a cabeça baixa. Menos freqüentes, mas não raros, são os «zumbidos», tonturas ou náuseas, por vezes com vômito. Num caso que observámos, o doente queixava-se de ver, quando a cefaleia era mais intensa, pontos brilhantes, tendo-nos ficado a impressão de que estes se manifestavam principalmente nos hemi-campos esquerdos.

SYMONDS distingue três variedades de cefaleias post-traumáticas que nos parecem corresponder à realidade clínica, embora se encontrem freqüentes formas mixtas e intermédias.

Na primeira: entre as queixas do doente predomina mais o mal estar, com sensação de pêsso ou pressão em volta da cabeça e de vazio intracraniano, do que pròpriamente dor. Estas sensações são agravadas por todos os estímulos psíquicos, quer internos, ansiedade pelo seu estado, por exemplo, quer externas, ruídos, luz intensa. Êste tipo de cefaleias é análogo ao encontrado em certos estados psicogénicos, ou psicoses (dos grupos depressivo e tóxico) e seriam para SYMONDS «a reflexão na consciência da incapacidade cerebral».

A segunda variedade, que julgamos a mais freqüente, é caracterizada por cefaleias, descritas pelo doente como latejantes, agudas ou «surdas», usualmente não localizadas, por vezes difusas, variáveis de intensidade, manifestando-se às vezes por crises

de curta duração. São quasi constantemente agravadas pela mudança brusca de posição, pelos esforços físicos ou intellectuais. Por vezes os doentes referem a cefaleia ao local do traumatismo inicial, apresentando mesmo nessa região dor à pressão das partes moles. Num dos nossos casos esta hipersensibilidade localizada era a principal queixa do doente; qualquer pressão na região frontal esquerda era extremamente penosa, não suportando sequer o pêso do chapéu.

Na terceira variedade, menos comum, as cefaleias post-traumáticas apresentam-se por crises de duração mais ou menos frequentes, muitas vezes acompanhadas de vômitos. As crises são desencadeadas em geral por um esforço físico, excessos alcoólicos ou emoções intensas. Não temos elementos para ajuizar qual a duração das cefaleias post-traumáticas deixadas à sua evolução terapêutica. A maioria dos nossos casos foram vistos num único exame pericial, não conhecendo a evolução ulterior; em outros as medidas terapêuticas alteraram possivelmente a marcha natural do syndroma. Se nos reportamos à literatura, verificamos que tôdas as possibilidades se podem dar: ou atenuação progressiva até à cura, ou agravamento até o sinistrado perder completamente o seu valor social, dominado pela cefaleia, ou, o que a nossa experiência clínica nos deixou a impressão de ser mais freqüente, a situação do doente mantém-se a mesma durante muito tempo. Um dos nossos doentes, dois anos após o traumatismo, e a-pesar-de sujeito a vários tratamentos, dizia sentir-se exactamente no mesmo estado.

Os casos mais graves, em que a capacidade de trabalho diminue progressivamente, nos quais o doente se deixa dominar inteiramente pela doença, parecem-nos ser consequência da constituição psíquica do doente, sendo os sintomas post-traumáticos a causa desencadeante de uma verdadeira psicose.

Parece haver uma certa relação entre a duração da perda de conhecimento após o traumatismo e a gravidade e duração do syndroma post-traumático.

As vertigens que acompanham por vezes as crises cefalálgicas não têm as características das crises labirínticas não são acompanhadas de nistagmo, não são em geral seguidas de vômito e os doentes não accusam movimentos aparentes dos objectos que os rodeiam.

Muitos dêstes doentes têm sido submetidos a exames otológicos mas os resultados não são concludentes, pois têm sido encontradas reacções labirínticas normais, e hiperexcitabilidade e hipoexcitabilidade labiríntica.

«Nos trabalhadores manuais, se a perda de consciência se prolonga mais de vinte e quatro horas após o traumatismo, a probabilidade de voltarem a trabalhar com a eficiência anterior não é mais do que um para três», diz SYMONDS.

Anatomia patológica. — O período que sempre decorre entre o traumatismo e o aparecimento das cefaleias, assim como o conjunto do quadro clínico aponta para a existência de lesões anatómicas como base do síndrome, que se estabeleceu progressivamente após o traumatismo. Os resultados obtidos com os processos terapêuticos que indicaremos a seguir mostram que essas lesões se podem suprimir ou remediar.

Há, porém, grandes dificuldades em determinar, com segurança, a natureza e extensão dessas alterações anatómicas. Tudo indica que se trata de lesões das leptomeninges, primárias ou secundárias, provocando perturbações da circulação do líquido céfalo raquidiano ou aderências mais ou menos extensas entre a aracnoideia e a dura-máter, com obliteração parcial localizada do espaço subdural, ou ainda aderência da aracnoídea aos grandes vasos corticais. Estas alterações anatómicas são porém difíceis, senão impossíveis de verificar nas autópsias. As colecções de líquido céfalo-raquidiano não são visíveis no cadáver (1). E as leves aderências do espaço subdural são alteradas e irreconhecíveis ao abrir a dura-máter. As alterações da aracnoídea, bem visíveis no vivo, perdem nas autópsias o aspecto característico.

Por isso até à generalização da prática de encefalografia e às recentes observações feitas no vivo pelos neuro cirurgiões, que permitiram afirmar a realidade dessas lesões, a sua existência era posta em dúvida por muitos, sendo os doentes com cefaleias post-traumáticas, sem outros sintomas neurológicos, considerados por muitos como simuladores, ou incluídos por outros na designação vaga de «funcionais».

(1) PENFIELD conseguiu demonstrar lesões do espaço subdural em animais de experiência, cortando, após congelação, toda a cabeça do animal em cortes seriados, compreendendo o crânio com o seu conteúdo não alterado.

Até há poucos anos a atenção dos patologistas, ao examinarem casos de cefaleias post traumáticas, que, devido a qualquer doença intercorrente, vieram a falecer, foi sempre focada para a investigação de alterações do parênquima nervoso, onde foram encontradas, com regularidade, lesões mais ou menos difusas, consistindo, principalmente, em cromatólise e degenerescência lipóide das células nervosas, degenerescência gorda da mielina e alterações disseminadas e difusas da macroglia e microglia (ROSENHAGEN).

Estas lesões, na maioria dos casos muito pouco intensas, não são de molde a fornecerem uma explicação dos fenómenos dolorosos. Não podemos aqui estudar, pois isso nos levaria muito longe, as bases anatómicas da dor intracraniana, embora o assunto fôsse pertinente com o problema que estamos encarando (1); resumiremos apenas os factos que são experiência comum e constante de todos que têm prática de cirurgia intracraniana.

Todos os cirurgiões que têm intervenido, sob anestesia local, na cavidade intracraniana, conhecem a insensibilidade dolorosa à tracção, ao corte e à excitação eléctrica, do parênquima nervoso e das leptomeninges. O corte da dura-máter também não provoca dor se nêle não fôr incluído algum ramo arterial importante. O corte ou pressão da meníngia média ou de algum dos seus ramos principais é, porém, sempre doloroso, acusando o doente uma dor aguda e em geral localizada com exactidão. Os grandes seios da dura-máter são também dolorosos à pressão directa, à tracção na dura-máter próxima ou nas grandes veias que para êles se dirigem. A dor provocada é mal localizada, sendo muitas vezes referida à região frontal. As grandes artérias cerebrais parecem também possuir uma certa sensibilidade dolorosa, mais embotada e não localizada. Em resumo, todo o testemunho da experiência da cirurgia intracraniana aponta para o facto que os únicos ór-

(1) Quem deseje ter uma informação mais completa do que actualmente se conhece sôbre o assunto, poderá consultar, com proveito, os trabalhos de PENFIELD e da sua escola, principalmente os seguintes :

W. PENFIELD. — «A contribution to the Mechanism of Intracranial Pain». *Rev. Nerv and Mental Dis.* N.º 15. 1934.

W. PENFIELD e NARCROSS. — «Subdural Traction and Posttraumatic Headache». *Arch. Neurol. and Psychiatr.* N.º 36. Julho de 1936.

gãos intracranianos susceptíveis de responderem com sensações dolorosas locais (1) a excitações directas são os grandes vasos intracranianos, principalmente as artérias meníngeas e os seios da dura-máter.

Os autores que estudaram cuidadosamente a dor intracraniana provocada, tendo escolhido doentes particularmente inteligentes e cooperativos, afirmam ser a dor provocada tão semelhante à dor espontânea, que parece lícito afirmar que as cefaleias comuns têm, como mecanismo fundamental, uma compressão, tracção, distensão ou constrição dos vasos da dura-máter arteriais ou venosos, possivelmente também das grandes veias corticais e artérias principais do encéfalo. Foram encontradas, durante intervenções intracranianas em doentes sofrendo de cefaleias post-traumáticas, aderências aracnoídeas e acumulações de líquido no espaço aracnoídeo ou subdural, que, sem dúvida, comprimiam ou repuxavam vasos meníngeos. É natural considerar estas lesões como causa das cefaleias. W. PENFIELD, intervindo em vários casos de cefaleias post-traumáticas, encontra aderências entre a dura-máter e a aracnoídea, na maioria.

«Em muitos dos doentes exercendo, com uma pequena espátula introduzida por um deminuto orifício feito na dura, uma ligeira pressão na superfície interna dessa membrana, provocava-se uma dor que, segundo o doente, se assemelhava, em intensidade e localização, à cefaleia habitual. Explorações análogas mostram que grandes extensões da dura são insensíveis. A dor provocava-se usualmente só num ou dois pontos, podendo reproduzir-se sempre que se deseje; êste facto sugere que a dor é produzida quando a pressão se exerce sôbre as artérias.»

Como se vê, PENFIELD entende que a lesão determinante das cefaleias post-traumáticas é essencialmente do espaço subdural, consistindo na aderência, mais ou menos extensa, da aracnoídea a dura-máter. Em apoio do seu modo de ver apresenta não só as observações directas das aderências aracnoíde-durais durante as intervenções, mas também as imagens encefalográficas.

Quando se executa a encefalografia, cuja técnica adiante descreveremos, o ar ou gás introduzido por punção lombar espa-

(1) É necessário não confundir a dor intracraniana com a dor de origem central.

lha-se nos espaços aracnoídeos, permitindo assim obter uma imagem radiográfica desses espaços. Com frequência, principalmente se não se usar uma técnica apropriada, o ar ou gás passa também aos ventrículos; mas a imagem ventricular não nos interessa agora. Das alterações da imagem normal dos espaços aracnoídeos, pode-se deduzir a presença de lesões dessa região, que adiante veremos (fig. 1). PENFIELD, realizando radiografias em dias sucessivos, verificou que, passadas aproximadamente quarenta e

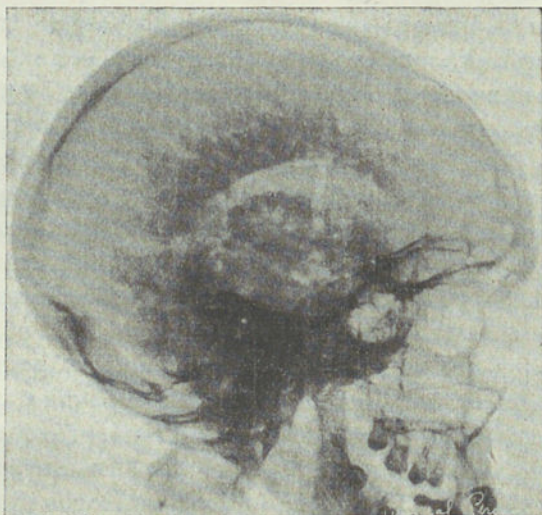


Fig. 1

oit horas, o ar ou gás introduzido nos espaços aracnoídeos passa para o espaço subdural (1).

Nos casos onde não há lesões dessa região o ar encontra-se aí em camada delgada contínua, dando na radiografia uma imagem difusa característica. Em muitos casos de cefaleias post-traumáticas encontra-se na radiografia uma série de manchas aproximadamente circulares, ocupando uma região em geral

(1) Como é possível, esta passagem não está, quanto a nós, bem esclarecida. PENFIELD admite uma pequena rotura da aracnoídea, pré-existente ou ocasionada pela própria insuflação. Seja como fôr, o exame das encefalografias não deixa dúvida de que o ar se encontra, no fim de dois dias, no espaço subdural.



EUPHORYL

DESSENSIBILIZAÇÃO POLIVALENTE

**Dermatoses
Pruridos
Anafilaxias
Intoxicações
A s m a**

3 hostias por dia
Casos agudos :
Injecções intravenosas

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA" - 18, AV. DAUMESNIL - PARIS



Euphoryl infantil

"A medicação das linguas saburrosas"
(Granulado solúvel)

**Perturbações digestivas
Dermatoses-Pruridos
Anafilaxias
Insuficiência hepática**

POSIOLOGIA :
1 colher das de chá por cada ano de idade

LABORATOIRES "ANA" - 18, AV. DAUMESNIL - PARIS



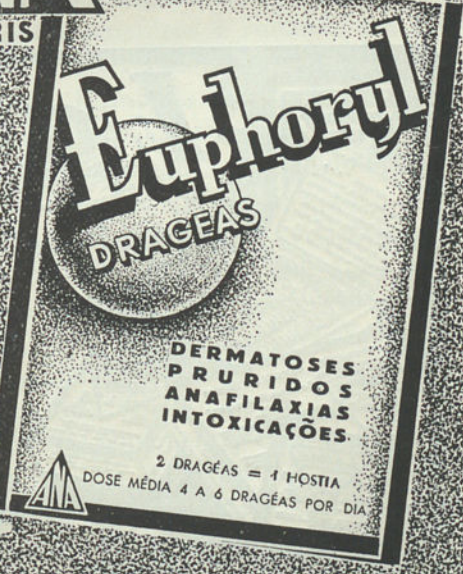

Hirudinase

DRAGÉAS A BASE DE EXTRACTO DE SANGUESUGAS
DOSE MÉDIA : 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA

**Insuficiências venosas
Infecções
Vasculo-sanguíneas
Flebites
Amenorreias**

Criado e experimentado nos Hospitais de Paris

LABORATOIRES "ANA" - 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS



Euphoryl DRAGEAS

**DERMATOSES
PRURIDOS
ANAFILAXIAS
INTOXICAÇÕES.**

2 DRAGÉAS = 1 HOSTIA
DOSE MÉDIA 4 A 6 DRAGÉAS POR DIA



VIATOL

D'BOUCARD

O VIATOL é um fortificante e reconstituente natural que melhora o rendimento da nutrição e equilibra as funções vitais. Contém elementos biológicos naturais, necessários à saúde e à vida, evitando as perturbações que a sua falta causa ao organismo.

INDICAÇÕES: — Doenças crónicas — Convalescências — Fadiga geral — Depressão — Excesso de trabalho — Gravidez — Amamentação — Crianças débeis — Diabetes — Tuberculose — Perturbações da assimilação — Estados de desnutrição.

Laboratório do Dr. BOUCARD
30, Rue Singer, PARIS XVI.
Representante em Portugal:
RAUL GAMA
Rua dos Douradores, 31 LISBOA

Lactéol

(BACIOS LÁCTICOS)

É apresentado sob as seguintes formas:

COMPRIMIDOS E LÍQUIDO (ampolas de 5 cc.) — Enterites agudas e crónicas. Colites. Febres tifoides e tódas as perturbações de origem intestinal. Afecções da pele.

LACTÉOL-PENSO (ampolas de 10 cc.) — Chagas supuradas e esfaceladas. Fleumões. Antrazes. Fistulas anais. Queimaduras. Chagas de diabéticos. Úlceras varicosas, etc.

LACTÉOL-ÓVULOS — Vulvo-vaginites. Leucorreias. Metrites. Ulcerações do colo e todos os estados inflamatórios.

LACTÉOL-SUPPOSITÓRIOS — Rectites. Prisão de ventre.

PULVI-LACTÉOL — Pensos das chagas e pensos ginecológicos em insuflações.

RHINO-LACTÉOL — Afecções nasais (Coriza. Rinites, Supurações, Ozena, etc.).

Laboratório do Dr. BOUCARD
30, Rue Singer, PARIS XVI.
Representante em Portugal: RAUL GAMA
Rua dos Douradores, 31, LISBOA

limitada, cuja interpretação não pode ser outra que não seja a que atribue essa imagem a acumulação do ar em locas do espaço subdural, formadas por aderências entre a dura e a aracnoídea. Se bem que nos pareça suficiente provada, em casos de cefaleias post-traumáticas a existência de lesões do tipo descrito por PENFIELD, não julgamos razoável admitir serem essas as únicas alterações anatómicas capazes de produzir o síndrome post-traumático que vimos considerando.

A maioria dos neuro-cirurgiões, pelo menos até ao aparecimento dos artigos de PENFIELD, consideravam a aracnoidite e a meningite serosa localizada como as lesões responsáveis pelas cefaleias post-traumáticas.

Nós mesmos temos, em vários casos de seqüelas post-traumáticas, verificado a existência de lesões da aracnoídea cuja etiologia não pode deixar de estar ligada ao traumatismo.

Estas lesões apresentam aspectos proteiformes, de que poderemos considerar três principais :

1.º — Formação de aderências entre a aracnoídea e vasos da superfície do córtex, tendo como consequência a obliteração mais ou menos extensa dos espaços aracnoídeos, tomando o aspecto da lesão vulgarmente designada por aracnoidite.

2.º — Obstrução dos espaços aracnoídeos e isolando em zonas aracnoídeas colecções de líquido céfalo-raquidiano, separadas da circulação liquidiana geral, formando uma lesão em tudo semelhante à chamada meningite serosa circunscrita.

3.º — Forma intermédia, com acumulações de líquido céfalo-raquidiano, e obliteração de espaços aracnoídeos.

Estas alterações aracnoídeas podem provocar cefaleias provavelmente pelo mesmo mecanismo que PENFIELD indica. As aderências podem facilmente exercer tracções ou compressões das grandes veias corticais, o que, como dissemos, se verificou durante as intervenções, provocando cefaleias, com a característica de serem difusas e mal localizadas. A acumulação limitada de líquido céfalo-raquidiano pode, evidentemente, comprimir tanto vasos meníngeos como corticais dando origem a cefaleias.

Se as lesões dêste último tipo são acentuadas, a colecção líquida comporta-se como qualquer outra lesão que ocupe espaço dentro do crânio, dando origem a um síndrome tumoral, sendo, como veremos, uma das lesões capazes de produzir a epilepsia

post-traumática. Aqui, como noutras seqüelas post-traumáticas, a natureza do síndrome clínico depende mais de um factor quantitativo e topográfico do que da qualidade da alteração anatómica.

Podemos, entrando aqui um pouco no domínio das hipóteses, dizer que as aderências aracnoídeo-duramerianas, provocando re-puxamento ou pressão numa artéria da dura-máter, constituem a lesão mais provável em casos de cefaleias bem localizadas, e que a aracnoidite, fazendo tracção ou comprimindo as grandes veias tributárias dos seios da dura, é, possivelmente, responsável pelo tipo de cefaleias difusas. Vimos que clinicamente se encontram dois tipos de cefaleias bem caracterizadas: as localizadas e as difusas; verificamos que a excitação directa das artérias meníngeas provoca uma dor localizada e a tracção sôbre os seios da dura-máter uma cefaleia difusa. Parece-nos racional aproximar os dois factos, embora não tenhamos disso provas directas. Como se compreenderá ao considerarmos a terapêutica das cefaleias post-traumáticas, esta nossa hipótese pode ter importância na escolha do tratamento.

A encefalografia gasosa revela também, por vezes com grande nitidez, a existência das lesões aracnoídeas mencionadas, vendo-se então uma zona onde os espaços aracnoídeos não se enchem com ar. Evidentemente a falta de ar numa porção de espaços aracnoídeos não é prova da existência de lesões da aracnoídea, pois uma lesão compressiva, tumoral ou outra, pode, por pressão, reduzir os espaços aracnoídeos a ponto de impedir que o ar nêles penetre. Nestes casos, porém, a sintomatologia clínica permite a maioria das vezes distinguí-los facilmente dos casos de simples aracnoidite.

A prova da existência de lesões como as que acabamos de mencionar em casos de cefaleias post-traumáticas, veio dar uma nova orientação ao problema terapêutico e médico legal desses casos. Por um lado permitiu planear medidas terapêuticas que se têm mostrado eficazes num número elevado de casos, por outro forneceu, por intermédio da encefalografia, uma prova objectiva da existência de lesões em casos onde até então apenas se encontravam sintomas subjectivos, simplificando os problemas médico-legais.

DIAGNÓSTICO ENCEFALOGRÁFICO E TERAPÊUTICA

A insuflação de ar nos espaços aracnoídeos é, nas cefaleias post-traumáticas, não só um método de diagnóstico, mas também um valioso processo terapêutico.

Parece-nos, pois, indispensável indicar alguns pormenores da sua técnica, limitando-nos, porém, ao estritamente essencial e directamente relacionado com o problema patológico que presentemente nos interessa (1).

A encefalografia gasosa, como hoje vulgarmente se denomina, desde que se têm empregado para a sua realização vários gases e não só o ar, como de início, foi introduzida por DANDY, em 1919. Inicialmente elaborada com o fim de auxiliar o diagnóstico dos tumores intracranianos, foi pouco depois abandonada pelo seu autor, quando êste conseguiu realizar a ventriculografia directa, certamente mais valiosa para êsse fim. Foi depois retomada pelo próprio e por vários outros, quando se reconheceu o seu valor no diagnóstico de lesões intracranianas que alteravam a forma dos espaços aracnoídeos. Ainda não foi mesmo abandonada por todos, no diagnóstico dos tumores intracranianos, visto que permite, se bem que inconstantemente, a introdução do ar nos ventrículos, e muitos médicos, não possuindo os conhecimentos técnicos necessários, têm o receio de praticar a punção ventricular. Julgamos isto um erro, pois se a encefalografia gasosa, ou subaracnoídeografia, como lhe chamou o seu autor, não oferece perigos apreciáveis em casos sem hipertensão intracraniana, o mesmo não sucede em casos de tumor, onde o seu emprêgo faz correr ao doente muito maior perigo, e traz menos elucidações do que a ventriculografia.

(1) Quem deseje inteirar-se das técnicas e dos resultados da encefalografia gasosa tem já uma numerosa literatura a consultar; encontrará, porém, o mais importante nas seguintes publicações:

W. DANDY. — «Roentgenography of brain after injection of air into spinal canal», *Annals of Surgery*. N.º 70. 1919, e *Practice of Surgery* (de LEWIS). 1932.

GLOVIS VINCENT, etc. — Relatório «Sur l'Encéphalographie Gazeuse par voie lombaire» 1933, e a série de artigos de DAVIDOF, no *Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, em 1935 e 1936, e de STEPHEN BOHN, na mesma publicação, em Dezembro de 1937.

Acentuaremos, pois, que não se deve usar a encefalografia como meio de diagnóstico diferencial entre casos de tumores cerebrais e outras afecções intracranianas, mas empregá-la apenas em casos onde estejamos razoavelmente seguros de que não existe hipertensão intracraniana.

A técnica que usamos é muito simples. Não julgamos necessário o emprêgo de aparelhos especiais aconselhados por alguns autores. Como instrumentos, apenas uma agulha de punção lombar do tipo corrente e uma seringa de 10 cc., que se adapta bem na agulha, e uma proveta graduada de 50 ou 100 cc. É conveniente dar ao doente, meia hora antes da execução da encefalografia, uma injeção de morfina, ou melhor, morfina-escopolamina (0,01 morfina, 0,00025 escopolamina); é nossa prática corrente dar, além disto, vinte centigramas de luminal, uma hora antes. O doente senta-se num banco colocado em frente da cabeceira da mesa de operação, graduando-se as posições relativas de modo que o doente possa apoiar a cabeça sobre os braços cruzados em cima da marquesa, sem que lhe seja necessário flectir muito a cabeça ou encurvar o dorso.

O operador senta-se também atrás do doente, tendo à mão a seringa que lhe vai servir para injectar o ar e um maço de compressas esterilizadas. Introduzida a agulha de punção lombar como habitualmente, deixa-se correr o líquido para a proveta graduada (1). Quando se tenham colhido 20 cc. de líquido, injectam-se 10 cc. de ar, que previamente se aspiraram para a seringa através do maço de compressas esterilizadas (2).

A experiência tem mostrado que nenhuma outra precauções de assépsia do ar introduzido são necessárias, além da rápida filtração através de compressas esterilizadas.

(1) Quando se queira aproveitar o líquido céfalo-raquidiano para análise citológica, deve usar-se logo esta primeira quantidade colhida, pois a introdução de ar nos espaços subaracnoídeos provoca uma linfocitose, reacção meníngea à acção irritativa do ar, que tira todo o valor às contagens citológicas.

(2) É preciso ter presente que o ar injectado está à temperatura ambiente e portanto aumentará consideravelmente de volume, quando dentro dos espaços aracnoídeos, a uma temperatura de mais ou menos 38°; é conveniente, por isso, quando a temperatura ambiente fôr baixa, aquecer ligeiramente a uma chama a seringa que se usa para a injeção do ar.

Injectados 10 cc. de ar, colhem-se mais 10 cc. de líquido, e assim sucessivamente, no mesmo ritmo alternado de injeções de 10 cc. de ar e a colheita de 10 cc. de *liquor*, até introduzir a quantidade de ar julgada necessária.

Qual a quantidade de ar necessária é, porém, difícil de avaliar. Difere muito de caso para caso; temos obtido encefalografias, demonstrando bem os espaços subaracnoídeos, com 60 cc. de ar, ao passo que em outros casos (em geral casos com hidrocefalia), 120 cc. são insuficientes. DANDY e FOERSTER aconselham levar a injeção de ar até esgotar o líquido nos espaços subaracnoídeos. As encefalografias que obtêm são de grande valor diagnóstico, mas só se conseguem à custa de grande sofrimento do doente, embora, segundo esses autores afirmam, o perigo não seja notavelmente maior do que quando se usam quantidades menores de ar.

Em geral, quando se tem já injectado 30 a 50 cc. de ar, os doentes começam a queixar-se de cefaleias, quasi sempre frontais, que vão aumentando de intensidade. O doente empalidece, cobre-se de suores profusos e o pulso aumenta de frequência, tornando-se pequeno e depressível; freqüentemente vomita. Êste estado acompanha-se de sensação de angústia, de insuportável mal-estar que, em geral, — pelo menos a nós assim nos sucede, — levam o cirurgião a não prosseguir muito mais a injeção de ar, embora saiba que a vida do doente não corre riscos e que as radiografias obtidas não serão tão elucidativas, nem os efeitos terapêuticos tão seguros.

Não é justificável nem conveniente usar anestesia geral para executar a encefalografia. Quando os sintomas vegetativos indicados se tornam muito acentuados e o doente começa a vomitar e a estar muito inquieto, suspendemos a introdução de ar. Em casos em que não há hidrocefalia, 60 a 80 cc. de ar é, em geral, o máximo que pode ser injectado sem grande desconforto para o doente.

Imediatamente em seguida o doente é radiografado, usando nós apenas as seguintes posições radiológicas: ântero-posterior com a nuca sobre a chapa, lateral direita e lateral esquerda centradas, como se fôra para radiografias da sela turca, radiografias estereoscópicas das posições laterais. Vários autores, principalmente radiologistas especializados na radiologia do crânio, como Lys-

HOLM, empregam muitas outras posições. A insuficiência das nossas instalações radiológicas e a falta de prática da interpretação de películas radiográficas em posições a que não estamos habituados, aconselham-nos a limitarmo-nos às indicadas, com as quais se colhem, em regra, os elementos necessários ao diagnóstico.

Depois de radiografado o doente é colocado em repouso no leito, com a cabeça baixa e aquecido. Alguns doentes sentem um certo alívio com o «capacete de gêlo», não havendo inconveniente em lhes ministrar analgésicos correntes. Passadas vinte e quatro horas, desaparecem já em geral as cefaleias, e outros incómodos determinados pela encefalografia, diminuindo também as cefaleias espontâneas, no caso de as haver anteriormente.

Num ou outro caso as perturbações post-encefalográficas prolongam-se durante três a quatro dias. A encefalografia executada com a técnica que indicamos tem a grande vantagem da simplicidade de execução, mas tem, por outro lado, vários inconvenientes, dos quais os principais são: inconstância da repartição do ar entre os ventrículos e os espaços subaracnoídeos, pois umas vezes o ar penetra tanto nos ventrículos como nos espaços subaracnoídeos, obtendo-se uma imagem mixta: encéfalo- e ventriculográfica; noutros o ar entra apenas para os ventrículos, o que sucede principalmente quando estes estão dilatados; só numa percentagem de casos se obtém a entrada de ar exclusivamente nos espaços subaracnoídeos, e só neste último caso se colhem ensinamentos diagnósticos e os efeitos terapêuticos que são de esperar da insuflação dos espaços subaracnoídeos. Evidentemente quando se obtém apenas visibilização dos ventrículos, alguns ensinamentos se podem colher em casos de seqüelas traumáticas, mas não nos casos que especialmente nos interessam aqui, pois as lesões determinantes das cefaleias post-traumáticas limitam-se, quando o síndrome é puro, a alterações dos espaços aracnoídeos e subdural, sem modificação apreciável da forma dos ventrículos.

O doente será radiografado diariamente nos três dias que se seguem à realização da encefalografia. Só passadas quarenta e oito horas se torna visível o ar no espaço subdural, apresentando, em muitos casos de cefaleias post-traumáticas, o aspecto característico, em manchas, já mencionado, revelador da existência de aderências, que dividem o espaço subdural, normalmente contínuo.

Para evitar a inconstância da entrada do ar para os espaços subaracnoídeos pode-se adoptar a posição do doente aconselhada por PENFIELD; esta tem o inconveniente de necessitar uma boa cooperação do doente, o que no nosso meio nem sempre é fácil.

A técnica, segundo a descrição do próprio autor, é a seguinte (1): «O doente é colocado de lado, numa mesa cuja cabeceira possa ser elevada à vontade, e a cabeça do doente é rodada de 45° em direcção ao tecto (fig. 2). Nesta posição o ar pode passar dos espaços aracnoídeos para a cisterna magna e daí para o ângulo ponto-cerebeloso e depois para a frente, para as cisternas basilares. Daí o ar atinge os espaços subaracnoídeos dos hemisférios, na zona que fica em situação mais elevada, que deve ser a área onde a cefaleia é mais intensa. Se a cabeça descair um pouco, de modo que o aqueduto de SYLVIVS fique inclinado para baixo, torna-se impossível encher os ventrículos. Ao passo que

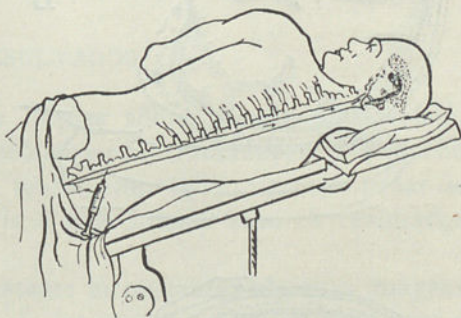


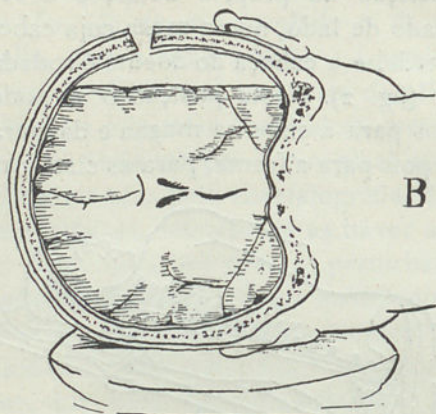
Fig. 2

o ar se eleva nas cisternas basais o líquido céfalo-raquidiano continua a sair dos ventrículos, até estes ficarem total ou parcialmente colapsados. Devemos colher primeiro 10 cc. de líquido céfalo-raquidiano, depois injectar ar e retirar o líquido alternadamente, em volumes de 10 cc. Quando se tenha retirado de 50 a 80 cc. de líquido céfalo-raquidiano, mede-se a pressão, e a injeção de ar continua-se até se atingir a pressão liquidiana inicial. Deve-se evitar a anestesia geral, pois provoca tumefacção cerebral. Para atenuar o desconforto provocado pela encefalografia poderá usar-se bromidrato de escopolamina injectado noventa minutos antes da insuflação, e morfina imediatamente antes. As radiografias são feitas imediatamente, repetindo-se nos dias seguintes. O doente deve ficar deitado com a cabeça baixa, e o maior tempo possível, nos dias seguintes, de tal modo colocado

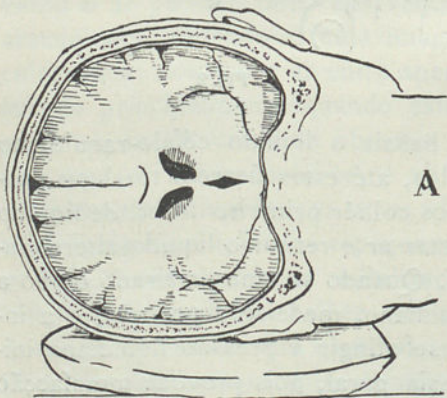
(1) W. PENFIELD e N. NORCROSS. — «Subdural Traction and Post-traumatic Headache». *Arch. of Neurol. and Psychi.* Julho de 1936.

que o ar se possa colectar na região onde é mais intensa a cefaleia.»

Seja qual fôr a técnica empregada, o ar ou gás insuflado por via lombar penetra nos espaços aracnoídeos, e só secundária e tardiamente passa ao espaço subdural.



B



A

Fig. 3

cautela, de modo a não ferir a aracnoídea. Nessa altura um ajudante executa a punção lombar; a evacuação do líquido céfalo-raquidiano esvaziando os ventrículos e os espaços aracnoídeos, faz com que os hemisférios se afastem da dura-máter, ficando um espaço entre a superfície externa da aracnoídea e a interna da dura-máter (fig. 3), para o qual o ar é automaticamente aspirado através do orifício executado na dura. A pequena ferida operató-

diamente passa ao espaço subdural. Se, como parece actualmente aceite, as lesões provocadoras das cefaleias post-traumáticas se encontram principalmente nos espaços subdurais, é explicável a ineficácia do método, em muitos casos. Para se obter um efeito terapêutico mais constante seria necessário insuflar directamente o espaço subdural. A intervenção planeada ultimamente por PENFIELD consegue atingir facilmente esse fim.

Não tivemos porém ainda oportunidade de a empregar, limitamo-nos por isso ao resumo da técnica descrita pelo seu autor.

Sob anestesia local, executa-se um pequeno orifício de trépano, de uns 2 cm. de diâmetro, sôbre a zona onde predominam as cefaleias.

Abre-se a dura com muita

ria é encerrada, como habitualmente em dois planos. Para verificação do resultado deve fazer-se em seguida uma radiografia. Se se julgar necessário, nos dias seguintes pode-se repetir a insuflação introduzindo uma agulha romba pelo orifício do trépano e executando a punção lombar. PENFIELD, nalguns casos, injectou ar sob pressão, ou mesmo, passando um instrumento (espátula curva e de bordos rombos), pelo orifício do trépano, tentou desfazer mecanicamente as aderências do espaço subdural. Estas manobras são porém perigosas, pois trazem o risco de romper alguma das veias que atravessam o espaço subdural. Efectivamente num dos casos do autor citado produziu-se, após a intervenção, um hematoma subdural.

RESULTADOS

Não seria razoável tirar ilações sôbre o valor da encefalografia gasosa, em casos de cefaleias post-traumáticas, do pequeno número de casos em que a temos empregado; mas, a-pesar-de limitada, a nossa experiência é concordante com os resultados registados por outros.

O valor diagnóstico é bastante inconstante; algumas imagens encefalográficas são difíceis de interpretar, não contando com a percentagem, bastante elevada, em que as deficiências técnicas o diminuem ainda. Nalguns casos as alterações dos espaços sub-aracnoídeos são evidentes, e tendo PENFIELD chamado a atenção para a passagem tardia do ar para o espaço subdural, revelando alterações dessa região, o interêsse diagnóstico é inegável, tanto mais que constitue o único sinal objectivo da lesão, facto que pode ter um grande interêsse médico-legal.

Contudo, senão fôra o valor terapêutico do método, parecer-nos que não seria de aconselhar como meio de diagnóstico, a não ser em casos especiais médico-legais onde fôsse necessário provocar a materialidade das lesões post-traumáticas(1). O valor doutrinário foi porém muito grande, mostrando a existência de lesões e chamando assim a atenção dos clínicos para as queixas dos doentes, que muitos tinham a tendência para encarar como «funcionais» ou mesmo «simuladores».

(1) Lembramos que encaramos o valor da encefalografia só no syndroma de cefaleias e vertigens post-traumáticas e não na epilepsia.

O valor terapêutico da encefalografia é inegável, a-pesar-de inconstante; segundo CLOVIS VINCENT, RAPPOPORT e BORDET as cefaleias e vertigens atenuam-se muito sensivelmente ou mesmo desaparecem completamente em 70 a 80% dos casos.

A-pesar do desconforto provocado pela insuflação de ar, entendemos que deve ser usado em todos os casos graves de cefaleias e vertigens post-traumáticas, tanto mais que as terapêuticas correntes, analgésicas e sedativas, são quasi uniformemente ineficazes, e que muitos destes doentes sofrem consideravelmente, chegando a não lhes ser possível executar os mais ligeiros trabalhos físicos ou intelectuais. As remissões espontâneas parecem ser muito raras.

Freqüentemente obtêm-se resultados logo após a primeira insuflação; mas em muitos casos deverá repetir-se duas ou três vezes, com um intervalo de uma semana a dez dias.

O mecanismo por que actua a insuflação do ar não está, quanto a nós, bem estabelecido; a maioria dos autores atribuem-lhe um efeito puramente mecânico, rompendo aderências e restabelecendo a normal circulação do líquido céfalo-raquidiano.

Provavelmente a reacção meníngea asséptica provocada pelo ar deve ser também considerada.

BIBLIOGRAFIA

- (1) RELATÓRIOS DO IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE MEDICINA E FARMÁCIA MILITARES. — «Sequelles des Traumatismes du crâne et leur traitement». 1927 (Resumos em *Presse Médicale*. 22 de Junho de 1927).
- (2) VILLARET, M. et BAILBY, J. — L'Avenir des traumatismes cranio-cérébraux. *Presse Médicale*. 5 de Março de 1927.
- (3) W. PENFIELD. — Chronic Meningeal (Post-traumatic) Headache and its Specific Treatment by Lumbar Air Insufflation. *Surg. Gynec. and Obst.* Vol. XLV. 1927.
- (4) — A Contribution to the Mechanism of Intracranial Pain. Relatório da Ass. par Research Nerv. and Ment. Dis. Vol. XV. 1934.
- (5) — Subdural Traction and Post-traumatic Headache. *Arch. of Neurol. and Psychi.* Vol. XXXVI. 1936.
- (6) BOYD, D. — Post-traumatic Headache Treated by Spinal Insufflation of Air. *Arch. of Surg.* Vol. VIII. 1930.
- (7) REICHERT, F. — Specific Treatment of Post-traumatic Localised Headache by Subarachnoid Pneumotherapy. *Surg. Clinic. of North America*. Vol. XI. 1931.

- (8) MONRAD-KROHN. — Experiences with Endolumbar Inflation of Air in Traumatic Headache. *Acta Psychiat. et Neurol.* Vol. VI. 1931.
- (9) LEWY, F. — Der Adhäsionskopfschmerz als Folge der Meningitis serosa adhaesiva circumscripta. *Ztschr. f. Klin. Med.* Vol. CXVI. 1931.
- (10) SYMONDS, C. P. — The effects of Injury upon the brain. *The Lancet.* Abril de 1932.
- (11) VINCENT, C., RAPPOPORT, F. e BERDET, J. — Sur l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire. Relatório à XIII Reunião Neurológica Internacional. Paris. 1933. Ed. Masson et C^{ie}.
- (12) JESSEN, H. — Treatment of Traumatic Headache by insufflation of Air. *Acta Psychiat. et Neurol.* Vol. VIII. 1934.

B — HEMATOMAS SUBDURAIS

O hematoma subdural é uma lesão freqüente. Em três mil e cem autópsias consecutivas, feitas no Hospital Psiquiátrico do Estado de Massachusetts, encontraram ALLEN, DALY e MOORE (1) duzentos e quarenta e cinco casos de hematomas subduraes, equivalente a uma percentagem de 7,9 %; no Hospital Geral de Hamburgo, WOLF (1) encontra 1,24 % de hematomas numa longa série de autópsias, número que deve indicar muito aproximadamente a freqüência desta lesão em relação a tôdas as entidades patológicas. Como veremos adiante, os sintomas mentais são freqüentes no hematoma subdural, explicando-se assim facilmente a sua percentagem mais elevada nas necrópsias provenientes de um hospital psiquiátrico.

O hematoma subdural é lesão conhecida há muito. AMBROISE PARÉ, citado na conhecida monografia de PUTNAM e CUSHING, atribue a morte de Henrique II de França (1559) a um hematoma da dura-máter, consecutivo a um traumatismo sofrido num torneio.

A-pesar-de há muito se conhecer a lesão e a sua freqüência, os tratados clássicos são muito insuficientes neste capítulo, não tendo a maioria dos médicos e cirurgiões presente as características patológicas do hematoma subdural, e muitas vezes, provavelmente, nem a possibilidade da sua existência. Só assim se explica a grande freqüência de casos não diagnosticados.

Este facto é particularmente lamentável, pois das várias «sequelas» dos traumatismos cranianos, é o hematoma subdural aquela em que um erro de diagnóstico, ou a demora em o estabelecer, têm mais graves conseqüências.

A lesão é perfeitamente acessível ao tratamento cirúrgico. Tratados a tempo, a grande maioria dos doentes curam-se, por vezes, mostrando benefícios imediatos, dos mais espectaculosos que é dado observar em terapêutica; abandonados à sua evolução, todos os casos são fataes.

O diagnóstico não é porém fácil, e mais difícil se torna quando, como acontece freqüentemente, o cirurgião não obteve uma história progressa completa e correcta. Até ao advento da ventriculografia e da angiografia cerebral, uma certa porção de casos era

(1) Citados por MORSIER.



NESTLÉ

*Cumprimenta V. Ex.^ª, Srz. Doutor, desejando-lhe
um Novo Ano muito próspero e feliz.*

NESTLÉ

recomenda à Ex.^{ma} Classe Médica

4 PRODUTOS PORTUGUESES 4

NESTOGÉNO	LEITE EM PÓ
ELEDON	BABEURRE EM PÓ
NESCAO	SUPER - ALIMENTO PARA GRANDES E PEQUENOS
FARINHA LACTEA NESTLÉ	VITAMINADA

PEDIDOS DE AMOSTRAS E LITERATURAS À

Sociedade de Produtos Lacteos

PORTO AVANCA LISBOA

certamente indagnosticável. Principalmente aquêles que, observados em cômá, não mostravam uma relação directa entre o estado em que eram observados e um traumatismo. Por isso muitos dos casos relatados até 1926 foram apenas «achado de autópsia». Actualmente, quando se disponha dos meios de diagnóstico acessórios utilizados em neuro-cirurgia, *todos* os casos devem ser reconhecidos, se bem que alguns ainda sejam por vezes «achados ventriculográficos ou arteriográficos».

A-pesar do grande número de casos já relatados e dos numerosos estudos e publicações (1) sôbre o assunto, ainda muitos problemas que lhe dizem respeito estão por resolver, e as opiniões ainda se dividem, irreconciliáveis, sôbre a patogenia e a anatomia patológica dos hematomas subdurais.

Felizmente os factos já assentes e aceites por todos são suficientes para esclarecerem o diagnóstico na maioria dos casos e apontarem a terapêutica.

Portanto os pontos em litígio são elementos secundários no problema que aqui principalmente nos interessa: o tratamento dos doentes com um hematoma subdural.

Não nos julgamos porém dispensados de abordar, se bem que superficialmente, alguns assuntos ainda controversos, tanto mais que, ao rotular as lesões que estamos estudando, de «hematoma subdural», comprometemos a nossa opinião, enfileirando com os autores que admitem que os hematomas se colectam sob a dura-máter, isto é, no espaço subdural, contra os que entendem que o sangue se acumula entre os folhetos externos e o folheto interno da dura-máter. Para estes últimos a lesão seria intradural, cabendo-lhe a designação de «hematomas da dura-máter».

A designação «paquimeningite hemorrágica» que a autoridade de VIRCHOW obrigou a adoptar durante muito tempo, e que ainda hoje, uma vez ou outra, encontramos, foi abandonada por todos os autores mais conhecedores do assunto, pois implica uma patogenia certamente falsa (2).

As relações do hematoma subdural com os traumatismos cranianos são universalmente reconhecidas. A divergência limita-se

(1) Indicamos no fim dêste capítulo uma relação escolhida das publicações que nos parecem mais importantes.

(2) Referimo-nos aos casos post-traumáticos.

apenas a que alguns, como DANDY, julgam que «todos» os hematomas subdurais têm uma origem traumática, ao passo que outros, como MORSIER, afirmam apenas que a maioria tem essa etiologia.

«O hematoma subdural aparece em seguida a um traumatismo. Apesar-de não ser possível revelar a existência de um traumatismo na história de certos doentes, é quasi inacreditável que um hematoma subdural se possa formar por outras causas» — escreve DANDY.

CUSHING e PUTNAM são da mesma opinião. MORSIER, após a citação de várias causas que julga suficientes para determinarem a formação de um hematoma subdural (infecções hemorrágicas, neoplasias, sífilis, etc.), diz:

«Contudo, entre as causas de hemorragias durais os traumatismos cranianos constituem a grande maioria.»

Podemos pois considerar como definitivamente assente que um traumatismo craniano pode determinar um hematoma subdural, e mesmo que a maioria senão todos têm uma origem traumática.

Traumatismo. — O traumatismo capaz de provocar a formação de um hematoma subdural é por vezes surpreendentemente pouco intenso. O acôrdo é geral sôbre êste ponto. Na grande maioria dos casos não houve fractura do crânio, nem sequer, em muitos, perda de conhecimento. Com grande freqüência trata-se de um acidente de aparência pouco grave, mas quasi sempre sufficientemente intenso para que o doente dêle se recorde e o refira espontaneamente como presumível causa do seu mal. Chamou-nos a atenção, ao ler as histórias de casos de hematoma subdural, a grande freqüência com que o traumatismo inicial tinha resultado de uma queda de bicicleta. Em ambos os casos que tivemos ocasião de tratar foi também um acidente dêsse género a causa do hematoma. É provável pois que um traumatismo com uma intensidade semelhante ao que resulta da queda de uma bicicleta (trata-se sempre de simples quedas, não de atropelamentos ou choques com outros veículos) seja do grau mais apropriado à formação de hemorragia subdural.

Intervalo livre. — Entre o traumatismo e o aparecimento dos sintomas de hematoma subdural decorre sempre um período de duração variável, durante o qual a maioria das vezes o doente está

completamente livre de sintomas, ou mais freqüentemente apresenta apenas queixas vagas mal definidas, como cefaleias pouco intensas, tonturas, inapetência e dificuldade de aplicação ao trabalho. Êste «intervalo livre» é um fenómeno semelhante ao que se encontra nos hematomas extradurais. A explicação é a mesma: o hematoma só dá sintomas clínicos quando atinge um volume suficiente para perturbar as condições de pressão intracraniana e comprimir as estruturas nervosas próximas. O hematoma extradural cresce rapidamente; por isso o intervalo livre é muito curto, de alguns minutos a poucas horas. O hematoma subdural cresce

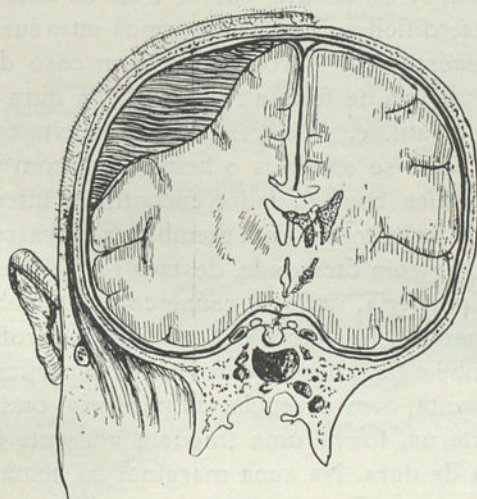


Fig. 4

lentamente; o intervalo livre é muito mais longo, podendo ir de alguns dias a quatro anos, sendo mais freqüente de três a quatro semanas.

Nos nossos casos os primeiros sintomas de hematoma apareceram, respectivamente, dois e seis meses após o traumatismo.

Localização. — O esquema da figura 4 mostra a localização típica do hematoma subdural. Assenta sobre a face externa de um, às vezes dos dois hemisférios, estendendo-se desde as proximidades do seio longitudinal superior até junto da fenda de SYLVIVS; quando pouco volumosos, limitam-se ao lobo frontal, mas com freqüência ocupam quasi tôda a superfície externa de um dos hemisférios, não sendo raro estenderem-se do polo fron-

tal ao occipital. Numa percentagem elevada de casos encontram-se dois hematomas, um em cada hemisfério, em posições simétricas e de volume igual; outras vezes um dos hematomas é de muito maior volume. É um facto que é necessário ter sempre presente no tratamento do hematoma subdural.

Se bem que um ou outro caso tenha sido descrito noutra localização: fossa cerebelosa, base do cérebro, etc., a localização indicada é de tal maneira preponderante que, certamente, é determinada por causas bem definidas. Como veremos ao tratar da patogenia do hematoma subdural, a explicação da localização do hematoma é fácil, se se admitir que se trata de uma lesão subdural, mas bastante difícil se a considerarmos intradural.

Aspecto macroscópico. — Ao intervir num caso de hematoma subdural vê-se, depois de feita a trepanação, a dura-máter tensa, em geral não pulsátil, e, se a trepanação foi feita correctamente sobre a região onde se encontra o hematoma, com um tom azulado. Aberta a dura com cuidado, encontra-se íntegra, a membrana própria do hematoma. Esta membrana é avascular, translúcida; rompendo-se com facilidade, destaca-se facilmente da dura, excepto na sua periferia, onde se reúne com a membrana, que limita profundamente o hematoma. A membrana profunda é constante, sendo também facilmente separável da superfície da aracnoídea, em que assenta, com excepção da periferia, onde, ligando-se à membrana externa, forma uma lingueta aderente à aracnoídea e à face interna da dura. Na zona marginal do hematoma encontram-se numerosos capilares, que da aracnoídea passam para a dura-máter ou vice-versa, atravessando a extensão da membrana do hematoma. Mais largo no centro, adelgaçando-se na periferia pela reunião das duas membranas, o hematoma tem uma forma lenticular (vide esquemas da fig. 5).

Rôta a membrana externa, o que sucede frequentemente logo ao abrir a dura, cai-se dentro da cavidade do hematoma, e, esvaziada esta, vê-se a membrana profunda, tão delgada nos casos que presenciamos, que deixam ver, por transparência, o desenho da superfície do córtex cerebral.

O conteúdo do hematoma varia conforme a «idade» da lesão. Nos casos que tivemos ocasião de operar, o hematoma era quasi completamente líquido; apenas alguns coágulos aderiram à periferia. A côr do líquido do hematoma é quasi sempre caracterís-

tica, vermelho-acastanhada, por vezes com uma tonalidade esverdeada. Em casos mais recentes o conteúdo do hematoma tem o aspecto de sangue normal, mas com a característica constante de não coagular, mesmo passadas vinte e quatro horas. Em casos de longa duração têm sido descritos líquidos transparentes castanho-amarelados ou apenas levemente xantocrômicos. Alguns autores descrevem casos em que o líquido do hematoma é completamente transparente. Parece-nos muito discutível se nestes casos se trata de hematomas ou apenas de higromas subdurais,

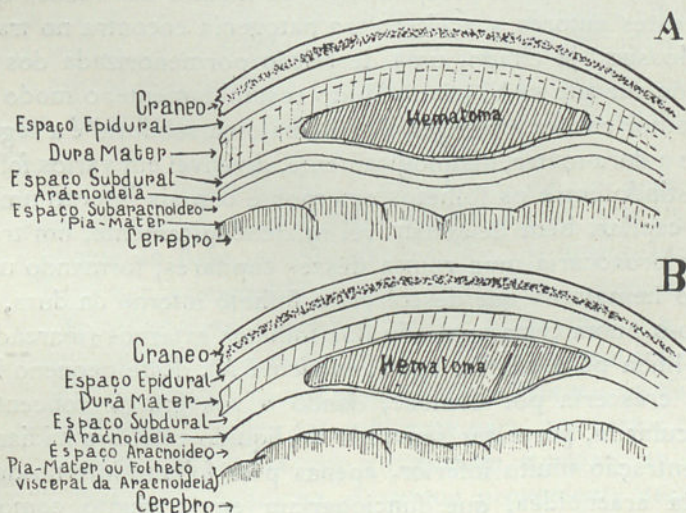


Fig. 5

isto é, de colecções de líquido céfalo-raquidiano nos espaços epidurais. Como hoje sabemos que existem, indubitavelmente, casos em que uma pequena rotura da aracnoideia permite a passagem do líquido céfalo-raquidiano para o espaço subdural, formando colecções líquidas de volume aproximado ao dos hematomas e dando perturbações semelhantes, julgamos a última interpretação a mais aceitável.

Quando se intervém precocemente pode-se encontrar o hematoma constituído quasi completamente por coágulos sem liquefacção apreciável. Em casos antigos os coágulos aderentes à periferia do hematoma podem organizar-se e mesmo calcificar-se a ponto de darem uma sombra na radiografia.

As diferentes colorações dos hematomas líquidos correspondem às alterações da hemoglobina, até à formação de pigmentos biliares, que explicam a coloração esverdeada que por vezes se encontra, e depois à diluição no líquido céfalo-raquidiano.

Patogenia. — Duas interpretações diferentes da patogenia do hematoma subdural dividem, como dissemos, os vários autores. Nos esquemas da figura 5 mostram-se, gráficamente, as duas concepções. A primeira (fig. 5, esquema A) é seguida principalmente por alguns autores de língua francesa. Não entraremos aqui em minúcias, mas quem deseje inteirar-se melhor das razões que levam estes autores a aceitar essa patogenia encontra no trabalho de MORSIER, já citado, uma descrição pormenorizada dos argumentos em que se baseiam. Muito resumidamente, o modo como êsse autor encara a patogenia do hematoma subdural é a seguinte: sendo a dura-máter, histologicamente, divisível em vários folhetos, e existindo entre os folhetos externos e o mais interno uma rica rede capilar, bem demonstrável microscopicamente, um traumatismo provocaria uma rotura dêsses capilares, formando um pequeno hematoma que descolaria o folheto interno da dura, separando-o numa certa extensão dos folhetos externos (marcada por uma linha pontuada na fig. 5, esquema A). Êste pequeno hematoma cresceria por osmose, dando a sua grande concentração molecular, e, por estar separado do líquido céfalo-raquidiano, de concentração muito inferior, apenas pelo folheto interno da dura e pela aracnoídea, que funcionariam em conjunto como uma membrana semi-permeável.

Aumentando assim, por osmose, o hematoma acentuaria a separação dos folhetos da dura, acarretando novas hemorragias capilares, formando-se um ciclo: hemorragia-crescimento por transudação osmótica de líquido céfalo-raquidiano, nova hemorragia, etc., o que explicaria o crescimento progressivo do hematoma.

A maioria dos neuro-cirurgiões acredita, porém, que a hemorragia se dá no espaço subdural, entre a dura e a aracnoídea (fig. 5, esquema B), embora as opiniões não sejam unânimes sôbre certos pormenores.

O nosso modo de ver, resultante da nossa experiência da cirurgia intracraniana, da observação de alguns casos de hematoma subdural — um dêles seguido de autópsia — e da consideração dos relatos de casos alheios, é a seguinte:

O espaço epidural é, em quasi tôda a sua extensão, muito reduzido, o que se convencionou chamar um espaço virtual, embora nos pareça provada a existência de uma delgada camada líquida entre a dura e a aracnoídea. É fácil, abrindo a dura com cuidado sob a face externa dos hemisférios (mais fácil ainda noutras regiões), deixar intacta a aracnoídea, vendo-se uma delgada camada de líquido, quasi apenas um induto, entre a dura e a aracnoídea, que em casos onde está anormalmente aumentada foi verificado (PENFIELD) ter uma coloração levemente amarelada. O espaço epidural é avascular. Tanto a superfície interna da dura como a face externa da aracnoídea, são desprovidas de vasos. Próximo da linha média, principalmente ao nível dos lobos frontais e parietais, o espaço é mais patente, sendo atravessado pelas grandes veias que da superfície cortical se dirigem ao seio longitudinal superior.

Quando de um traumatismo, a inércia impede que o encéfalo siga imediatamente o deslocamento do crânio. A dura, intimamente aderente ao osso, acompanhá-lo-á no seu movimento, do mesmo modo que a aracnoídea, ligada ao encéfalo, seguirá êste; o movimento relativo só é possível entre a aracnoídea e a dura-máter, que não têm ligações tão íntimas. Êste deslocamento, provavelmente mais acentuado nos traumatismos frontais ou da nuca do que nos laterais, parece ser suficiente para, em certos casos, provocar a rotura das veias que atravessam o espaço epidural. Íntegra a dura e a aracnoídea, o sangue proveniente desta hemorragia venosa acumular-se-á entre a dura e a aracnoídea, isto é, no espaço subdural.

O crescimento do hematoma assim formado, de cujo valor inicial não podemos ter conhecimento, é explicável pelos processos de osmose anteriormente referidos, sendo neste caso a membrana semi-permeável constituída apenas pela aracnoídea e mais tarde pela aracnoídea e pela membrana própria do hematoma.

Parece-nos indispensável admitir os fenómenos de osmose para explicar o crescimento e transformação do hematoma e a progressividade dos sintomas, pois clinicamente o hematoma subdural é essencialmente uma lesão crónica e progressiva. Atribuir grande parte da sintomatologia ao edema cerebral concomitante (DANDY), não nos parece em acôrdo com alguns factos bem estabelecidos. As principais objecções postas a êste modo de ver são:

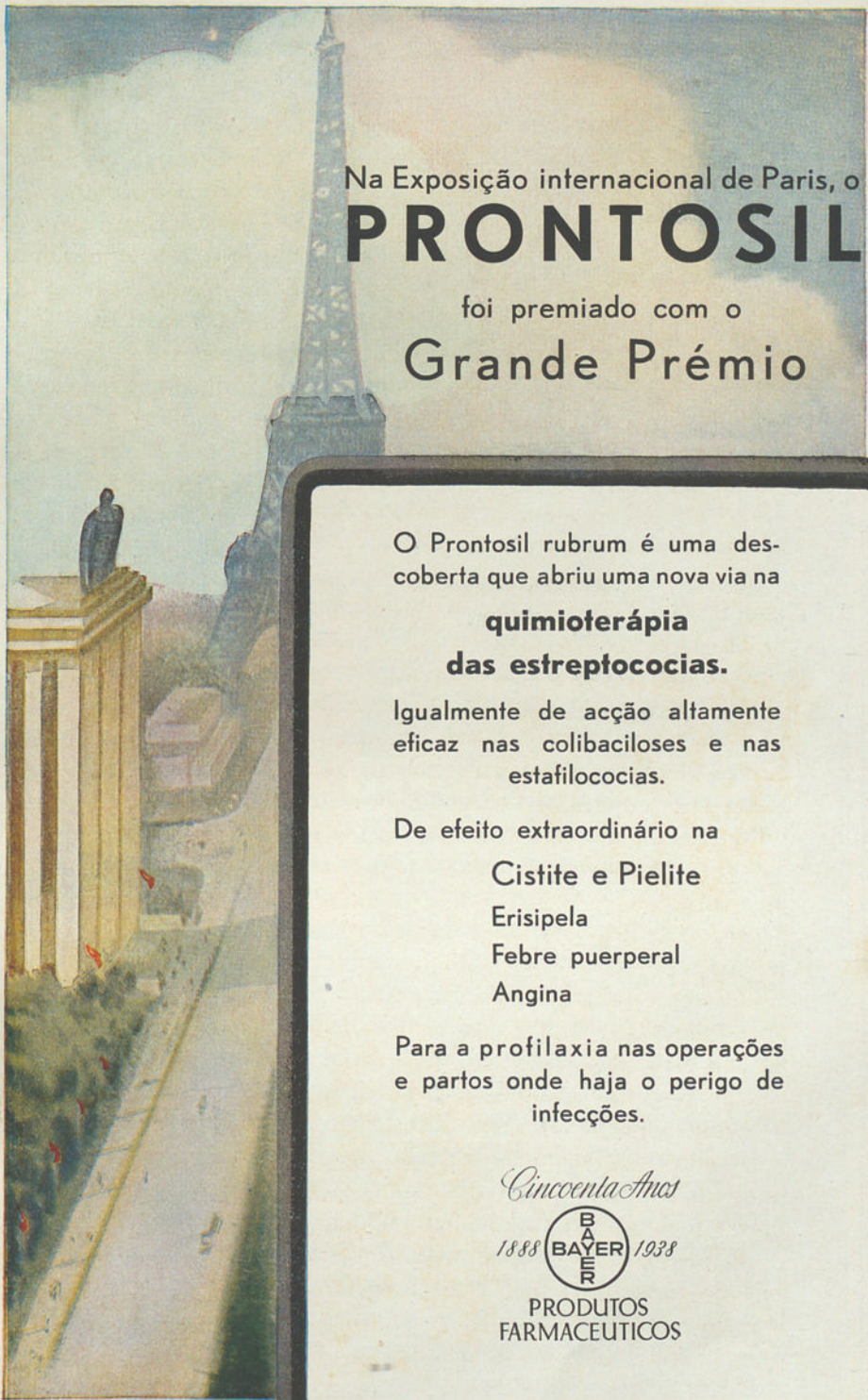
primeiro, que uma hemorragia que se dá para um espaço livre, como é o espaço epidural, deveria espalhar-se por todo êle e não colectar-se numa zona limitada, como sucede no hematoma subdural; segundo, que uma hemorragia venosa feita para um espaço livre deveria ser, de início, muito abundante, com uma sintomatologia precoce e aguda e não tardia e crónica, como de facto é.

Alguns factos observados em encefalografias cerebrais respondem à primeira objecção. A injeção de ar nos espaços subaracnoídeos mostra que em alguns casos o ar passa através de pequenas roturas da aracnoídea para o espaço epidural. O ar não se espalha, porém, uniformemente entre a dura e a aracnoídea, mas acumula-se, formando uma bolsa de ar bem visível nas radiografias. É, pois, razoável admitir que o mesmo possa suceder ao sangue.

Quanto à segunda objecção, parece-nos não ser necessário admitir que a hemorragia inicial seja muito pequena; de facto em todos os casos operados, mesmo precocemente, e nalguns logo após o traumatismo, se encontram hemorragias importantes. O período livre, ou quasi, de sintomas, é explicável pela adaptação fácil da tensão intracraniana a um aumento notável de volume dentro do crânio, e porque a pressão, exercendo-se uniformemente numa área extensa, e estando o córtex protegido pela aracnoídea e líquido subaracnoídeo, não sofre irritação ou pressão localizada capaz de dar sintomatologia focal. Como veremos mais adiante, as manifestações clínicas do hematoma raramente traduzem a presença de lesões cerebrais focais; a sintomatologia é, pelo contrário, muitas vezes tão difusa que torna impossível distinguir, clinicamente, se o hematoma se encontra no hemisfério direito ou no esquerdo. Só quando o hematoma atinge grandes proporções, no seu crescimento progressivo, ultrapassadas as possibilidades de compensação da tensão intracraniana, aparecem os sintomas de compressão.

Sendo o espaço subdural avascular, também não são de esperar as reacções gerais, que se encontram nos hematomas com outras localizações (subaracnoídeos, intraparenquimatosos).

É provável que a hemorragia inicial do hematoma subdural seja de certa importância; mas como se acumula e não se espalha difusamente no espaço epidural, cria um aumento local de pressão suficiente para suspender a hemorragia, impedindo assim



Na Exposição internacional de Paris, o

PRONTOSIL

foi premiado com o

Grande Prémio

O Prontosil rubrum é uma descoberta que abriu uma nova via na

**quimioterapia
das estreptococias.**

Igualmente de acção altamente eficaz nas colibaciloses e nas estafilococias.

De efeito extraordinário na

Cistite e Pielite

Erisipela

Febre puerperal

Angina

Para a profilaxia nas operações e partos onde haja o perigo de infecções.

Cincoenta Anos



PRODUTOS
FARMACEUTICOS

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela 11,2º, LISBOA.

Um caminho completamente novo
no tratamento da

blenorragia

pela aplicação oral de

ULIRON

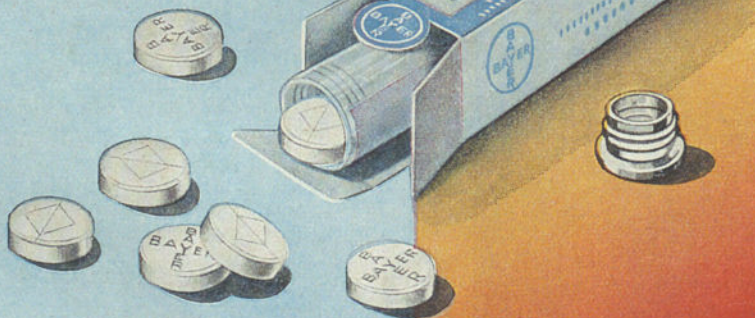
o quimio-terapeutico especifico.

O tratamento de choque garante
a máxima acção terapeutica e
uma tolerância optima.

A acção do Uliron em todas as
estafilococias é igualmente segura.

Embalagem original:
Caixa com 24 comprimidos de 0 gr. 50

Cincoenta Anos
1888  1938
PRODUTOS
FARMACEUTICOS



que atinja valores suficientes para determinar uma sintomatologia de grande hemorragia aguda.

Os pequenos hematomas observados histològicamente entre os folhetos da dura, e considerados por alguns como o ponto de partida do hematoma subdural, são, provàvelmente, lesões independentes.

A hipótese patogénica que adoptamos parece-nos explicar claramente a localização predilecta do hematoma, exactamente na região onde se encontram as veias que atravessam os espaços subdurais.

Também as trocas osmóticas necessárias ao crescimento do hematoma são mais facilmente explicáveis se o líquido céfalo-raquidiano estiver separado dèle apenas pela aracnoídea e a membrana própria do hematoma, do que se os separar a aracnoídea e o espaço epidural, provàvelmente contendo líquido, e ainda um folheto da dura-máter (vide fig. 5).

Também não se nos afigura fácil de compreender a razão porque uma pequena hemorragia entre dois folhetos da dura, bastante vascularizados, não é prontamente absorvida, facto facilmente explicável numa região desprovida de circulação, como é o espaço subdural.

São estas, muito resumidamente, as razões que nos levam a considerar a lesão de que estamos tratando como sendo uma hemorragia no espaço subdural e a preferir a designação de hematoma subdural.

O crescimento do hematoma é explicável, como vimos, pela adição de líquido céfalo-raquidiano; nalguns casos porém dão-se novas hemorragias na cavidade do hematoma já formado, provàvelmente partindo da zona de vascularização neoformada na periferia do hematoma. Também em alguns casos se encontra uma certa vascularização anormal na superfície da dura, em contacto com o hematoma (antiga paquimeningite hemorrágica interna de VIRCHOW), donde podem partir hemorragias secundárias.

Estas hemorragias secundárias dão-se principalmente quando diminue bruscamente a tensão dentro do hematoma e explicam a rápida neoformação do hematoma, às vezes em poucas horas depois de uma intervenção, como succedeu num dos casos que operámos.

Certas condições acessórias, mal conhecidas, entre elas, pro-

vavelmente, uma tensão liquidiana baixa, facilitam a formação do hematoma subdural.

Sintomatologia — Diagnóstico e Diagnóstico diferencial. — Uma simples enumeração dos sintomas encontrados em vários casos de hematoma subdural seria apenas uma longa lista das mais variadas manifestações de alterações das funções cerebrais e dos nervos cranianos, de que seria difícil destacar um quadro clínico de valor diagnóstico. Por isso, apesar de certos sintomas encontrados em casos de hematoma subdural serem muito interessantes para a interpretação de algumas funções cerebrais, pois a pressão lenta e progressiva permite uma dissociação da sintomatologia cortical que não é fácil encontrar em quaisquer outras afecções, deixá-los-emos de parte, procurando apenas salientar aquêles de maior importância para o diagnóstico.

A *cefaleia* abre, em geral, o cortejo sintomático, nuns casos aparecendo bruscamente, noutros sendo apenas uma acentuação de cefaleias já existentes, mais ou menos intermitentes desde o traumatismo. A cefaleia não tem características especiais; as mais das vezes é difusa ou de localização frontal.

As *perturbações mentais* são também precoces e muito frequentes. São variáveis de aspecto e intensidade. Por vezes pouco acentuadas, exigem, para se despistarem, um cuidadoso interrogatório das pessoas que lidam com o doente. Muitas vezes estas notaram uma certa alteração na personalidade do doente, de que não sabem dar pormenores, nem citar factos concretos, mas que exprimem com a frase: «já não parece a mesma pessoa, está diferente», ou outras semelhantes, como se vê na história do segundo caso que relatamos a seguir.

As perturbações mnésicas, indiferença, apatia, irritabilidade, acções bizarras, desorientação, são sintomas frequentes.

Por vezes síndromas mentais mais complexos podem simular a paralisia geral, a psicose alcoólica ou outros quadros psiquiátricos, levando alguns desses doentes aos manicómios, onde, como indicámos anteriormente, os hematomas subdurais são achados de autópsia relativamente frequentes.

É vulgar encontrar nestes doentes uma acentuada sonolência. Em ambos os doentes que operámos a sonolência foi um sintoma precoce e inicialmente predominante. Num deles, o hematoma, depois de tratado, voltou a reproduzir-se; uma nova inter-

venção foi seguida de segunda reprodução, e ainda de uma terceira; após cada intervenção em que se esvaziava o hematoma o doente saía do cõma em que se encontrava, a ponto de ficar bem consciente, respondendo correctamente. À medida que a lesão, após a intervenção, se reformava, o doente tornava-se indiferente, sonolento, respondendo com lentidão a quanto se lhe perguntava; a pouco e pouco a sonolência acentuava-se e o doente mergulhava progressivamente no cõma.

Esta evolução, que foi rápida neste doente, parece ser frequente, mas mais demorada, em muitos casos de hematoma subdural. Uma sonolência progressiva, desde uma ligeira apatia ao cõma profundo, pode constituir todo o quadro clínico aparente.

Os sintomas neurológicos focais registados são muito variáveis, parecendo-nos ser mais característica do quadro clínico dos hematomas subdurais a falta de certos sintomas do que o aparecimento dos muitos que se podem encontrar, tantos êles são, sem predominância nem aglomeração característica.

Os fenómenos convulsivos são raros; são também excepcionais as paralisias isoladas de tipo cortical. O fenómeno motor mais frequente é a hemiplegia global progressiva (caso II). A evolução da hemiplegia observada no doente a que diz respeito a obs. II, semelhante à descrita em observações de outros autores, parece-nos bastante característica do hematoma subdural, sendo certamente muito invulgar noutras lesões. Em vinte dias foi-se instalando, lenta e progressivamente, uma hemiplegia esquerda, sem fenómenos convulsivos, igual em intensidade no braço, na perna e na face. Na ocasião da observação a paralisia motora era quasi completa, mas sem fenómenos espásticos. Pelo interrogatório soube-se que foram os movimentos da mão os primeiros atingidos.

A hemiplegia é, em geral, do lado oposto ao do hematoma, mas têm sido apontados vários casos de hemiplegia ipsilateral, explicáveis pela compressão do hemisfério oposto de encontro à parede do crânio.

Nalguns casos, principalmente quando se trata de hematomas bilaterais, podem verificar-se, precocemente, fenómenos de disfagia e dispneia, acompanhados de alteração da marcha, que toma o tipo chamado «passo miudo», realizando um quadro sintomatológico muito semelhante ao do síndrome pseudo-bulbar. Os sin-

tomas da série vestibular parecem ser freqüentes, mas pouco característicos. As vertigens são freqüentes e por vezes precoces. As provas vestibulares têm sido executadas por alguns autores, que têm encontrado várias alterações, que não se constituem porém num conjunto com valor para o diagnóstico diferencial.

A rigidez da nuca é freqüente. Encontramo-la nos nossos casos; não tem a significação de um sintoma de meningite, aliás é desacompanhado dos outros sinais da série (KERNIG, BRUDZINSKI, etc.). É sintoma freqüente em todos os casos de hipertensão intracraniana, sendo certamente provocado pelo encravamento das amígdalas cerebelosas.

O *exame do fundo do olho* mostra, na maioria dos casos, uma papila normal; numa certa percentagem, variável, segundo os autores, de 25 a 40%, encontra-se estase papilar mais ou menos desenvolvida. Também aqui é o facto negativo da falta de estase que nos parece ter valor diagnóstico. Um doente com sintomas de compressão cerebral progressiva, mas sem apresentar estase papilar, deve fazer pensar sempre na possibilidade de hematoma subdural.

O *líquido céfalo-raquidiano* é, com grande freqüência, de composição e de tensão normal. A tensão líquidiana é mesmo, em muitos casos, inferior à normal. Num ou noutro caso a tensão tem sido encontrada nitidamente elevada. Paralelamente ao que sucede com a observação do fundo do olho, é a conjunção de sintomas clínicos da compressão cerebral, com uma tensão líquidiana normal ou baixa, que tem valor diagnóstico. A freqüência das tensões líquidianas baixas levou alguns autores a pensar que seria precisamente o facto de estes indivíduos terem constitucionalmente uma tensão baixa de líquido céfalo-raquidiano, que facilitara a formação do hematoma subdural.

O *liquor* é, na maioria dos casos, límpido, nalguns levemente xantocrómico. Nunca se encontram hemátias. As análises citológica e química mostram, quasi sem excepção, valores normais.

Percorremos assim, resumidamente, os sintomas clínicos que se nos afiguram de maior valor para o diagnóstico do hematoma subdural. A maioria são incaracterísticos e não se agrupam em quadros definidos; a importância dos «sintomas negativos», se esta designação é permissível, é sempre difícil de avaliar; por isso não é para admirar que DANDY afirme que, «sem história de

traumatismo, o diagnóstico clínico pré-operatório de hematoma subdural é impossível», e que um grande número de casos registados na literatura sejam casos de autópsia.

Tôda a sintomatologia clínica toma porém uma significação mais definida quando se estabelece a sua correlação com um traumatismo craniano.

A falta de nitidez dos quadros clínicos obriga a recorrer, em todos os casos suspeitos, aos processos radiográficos.

Ventriculografia, encefalografia e angiografia cerebral. — A radiografia simples do crânio não traz qualquer auxílio ao diagnóstico, a não ser nos casos extremamente raros de hematomas antigos, em parte calcificados.

A *ventriculografia* pode revelar a presença de uma lesão ocupando um volume dentro do crânio, mostrando a obliteração de um dos ventrículos e a deslocação do sistema ventricular em massa para além da linha média (fig. 4), o que permite pôr logo de parte as lesões difusas e disseminadas, mas não eliminando a possibilidade de um tumor ou abcesso cerebral, que são exactamente as lesões que mais freqüentemente apresentam grandes dificuldades no diagnóstico diferencial com os hematomas subdurais.

O maior valor da ventriculografia está, quanto a nós, no facto, várias vezes verificado, de ao tentar punccionar os ventrículos se encontrar no caminho da agulha o próprio hematoma, que freqüentemente atinge o polo occipital, tornando evidente o diagnóstico.

A *encefalografia*, visibilização dos espaços aracnoídeos por injeção de ar ou de outro gás por via lombar, — de que demos alguns pormenores de técnica e interpretação ao tratarmos das cefaleias post-traumáticas, — pode, mostrando numa certa zona cortical a falta das sombras correspondentes aos espaços subaracnoídeos da região, apontar para a presença de uma lesão cortical localizada, tornando mais provável o diagnóstico de hematoma subdural. As imagens que temos visto não nos parecem porém mostrar elementos suficientes para o diagnóstico diferencial, não só com os tumores e abcessos, mas também com as meningites serosas e outras lesões leptomenígeas. ДУКЕ descreveu (1) um

(1) Ver bibliografia N.º (5).

aspecto encefalográfico que julga patognomónico do hematoma subdural. Essa imagem radiográfica é, segundo êsse autor, produzida pela entrada de ar no próprio hematoma; implica pois uma rotura da aracnoídea, o que deve ser eventualidade rara, e, portanto, mesmo que o sinal fôsse típico, a pouca freqüência com que se deve encontrar tira-lhe grande parte do seu valor.

A angiografia cerebral é dos métodos radiográficos auxilia-

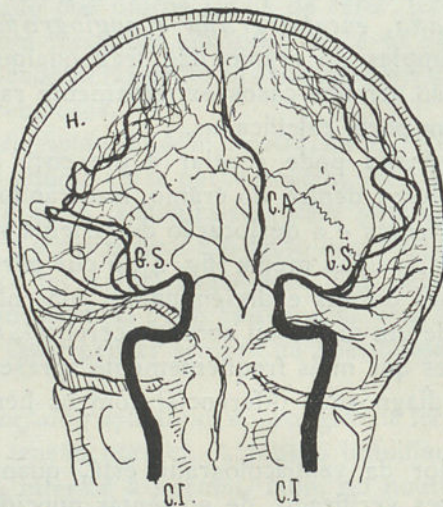


Fig. 6

res o único que permite obter imagens que merecem bem a designação de patognomónicas.

O exame do esquema da figura 6 e das arteriografias das figuras 7 e 8, que extraímos dos trabalhos de TONNIS e LÖHR, dispensa qualquer descrição. A arteriografia típica é a colhida em posição ântero-posterior (nuca sôbre o *chassis*). Nas radiografias laterais a imagem é muito menos elucidativa, e, como sucede com a ventriculografia e encefalografia, não permite diagnóstico diferencial com os tumores e abscessos. A arteriografia ântero-posterior, mostrando o descolamento do córtex da parede craniana, desenha a forma lenticular do hematoma de modo tão característico (comparar as figs. 4, 7 e 8) que torna imediatamente evidente o diagnóstico.

O diagnóstico diferencial terá de ser feito principalmente

com a hemorragia aracnoídea e os tumores e os abscessos cerebrais. Verifica-se que nalgumas observações houve uma certa dificuldade em destrinçar o diagnóstico de paralisia geral e hematoma subdural crónico, noutros casos foram diagnosticadas certas formas de encefalite e meningite localizada, síndromas pseudo-publares ou doenças puramente psíquicas.

Actualmente, com os conhecimentos clínicos que possuímos e

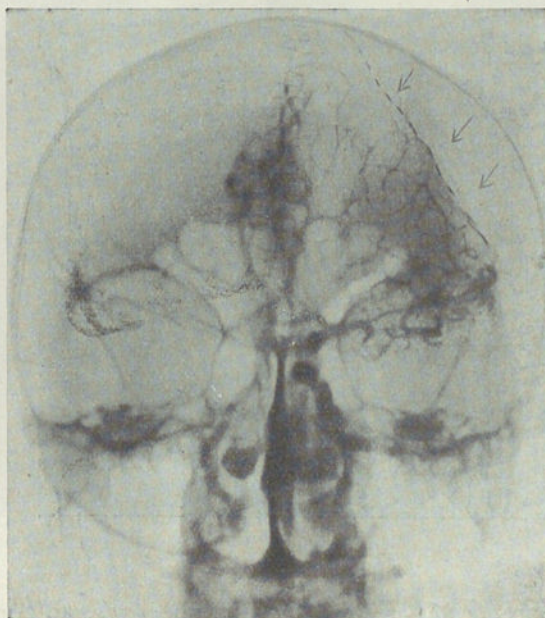


Fig. 7

dispondo dos meios auxiliares de diagnóstico correntemente empregados nos serviços de neuro-cirurgia, parece-nos que só as lesões primeiramente indicadas podem apresentar reais dificuldades de diagnóstico diferencial.

A hemorragia aracnoídea, por rotura de um aneurisma ou hemorragia tardia de um vaso cortical, após um traumatismo, tem, em geral, um início brusco, freqüentemente ictiforme, embora no período de estado o quadro possa semelhar de muito perto o de hematoma subdural. Os sinais de irrigação cortical (epilepsia) são mais freqüentes, e a punção lombar, revelando a presença do sangue no *liquor*, esclarece imediatamente o diagnóstico.

Os abscessos cerebrais post-traumáticos são, em geral, consequência de traumatismos graves, com fracturas do crânio, frequentemente da base, susceptíveis de verificação radiográfica, o que raramente sucede nos casos de hematoma subdural.

Os sintomas gerais de uma afecção séptica, se bem que inconstantes nos abscessos, permitem, em muitos casos, o diagnóstico correcto. A tensão liquidiana elevada, a leucocitose do *liquor*



Fig. 8

e a estase papilar são frequentes nos abscessos, ao contrário do que sucede nos hematomas subdurais.

Os tumores cerebrais põem porém um problema de diagnóstico diferencial, quanto a nós insolúvel em muitos casos, a não ser pelo estudo angiográfico. A história, curta, da afecção, desenrolando-se em geral nalgumas semanas, raramente ultrapassando dois meses, fala em favor do hematoma subdural. O diagnóstico torna-se mais provável quando não haja estase papilar. A tensão liquidiana baixa é rara nos tumores, mas este elemento de diagnóstico não será observado em muitos casos, pelo menos por aquêles que, como nós, julgam pouco prudente a realização de punções lombares, nos casos suspeitos de tumores intracranianos. O diagnóstico pode tornar-se ainda mais embaraçoso se existir num caso de tumor cerebral a história de um trauma-

ACIDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

COM A

**B
A
BAYER
E
R**

Cruz-Bayer

O SINAL
DA
CONFIANÇA

APRINA
COM-FRAL
ATEBRINA
AVERTINA
HYPOPHYSINA
SUPRARENINA
PRONTOSIL
CAFIASPIRINA
FUADINA
FESTAL
EVIPAN
UNDEN
PROLAN
ERUGON
GRAVITOL
HELMITOL
MITIGAL
RIVANNI
SOLARSIN
TRYPFLAVINA
CHOLEFLAVINA
AMPHOTROPINA
ELITYRAN
PADUTINA
NOVOCAINA
NOVALGINA
OPTARSON

PER-ABRODIL
PROTARGOL
CAMPOLON
PELLIDOL
GARDAN
YATREN
CANTAN
LUTREN
SALYRGAN
DEVEGAN
HYDRONAL
ADALINA
INSULINA
SELVORAL
PANGAINA
LISINOCINA
TONOFOSFAN
THEOMINAL
SAIODINA
PRELOBAN
ELDOFORMIO
LACARNOL
GRESIVAL
PANFLAVINA

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2º, LISBÔA.

ACIDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

COM A



**B
A
Y
E
R**

Cruz-Bayer

O SINAL
DA
CONFIANÇA

ATEBRINA

AVERTINA

HYPOPHYSINA

SUPRARENINA

PRONTOSIL

CAFIASPIRINA

FUADINA

FESTAL

EVIPAN

UNDEN

PROLAN

ERUGON

GRAVITOL

HELMITOL

MITIGAL

RIVAROL

SOLARON

TRYPFLAVINA

CHOLEFLAVINA

AMPHOTROPINA

ELITYRAN

PADUTINA

NOVOCAINA

NOVALGINA

OPTARSON

INDOCETINA

ARONIL

ZEFIROL

PER-ABRODIL

PROTARGOL

CAMPOLON

PELLIDOL

GARDAN

YATREN

CANTAN

LUTREN

SALYRGAN

DEVEGAN

HYDRONAL

ADALINA

INSULINA

SELVORAL

PANTOCAINA

SAFIOCHINA

TONOFOSFAN

THEOMINAL

SAIODINA

PRELOBAN

ELDOFORMIO

LACARNOL

CRESIVAL

PANFLAVINA

BAYER, LIMITADA, Largo do Barão de Quintela, 11,2°, LISBÔA.

tismo, algum tempo depois do qual se começa a desenrolar o quadro sintomatológico. É relativamente freqüente, temo-lo visto em vários casos de tumores intracranianos, os doentes marcarem como início da sua doença um traumatismo, ao qual atribuem a origem do mal: uma crise epiléptica, com perda de consciência, sem fenómenos convulsivos, ou uma vertigem, são, freqüentemente, os primeiros sintomas de um tumor cerebral. Qualquer destas perturbações pode arrastar a queda com traumatismo craniano. Os doentes atribuem ao traumatismo os padecimentos que arrasta o crescimento da neoplasia, confundindo a causa com o efeito, insistindo, ao contarem a sua história, no traumatismo sofrido, trazendo grandes embaraços ao diagnóstico. É necessário portanto fazer um interrogatório pormenorizado, investigando se, anteriormente ao traumatismo, haveria já alguns sintomas ligeiros, que o doente não conte espontaneamente e que permitam marcar o início da evolução da doença anteriormente ao traumatismo. Evidentemente, em muitos casos, o agregado sintomatológico é tão característico de certos síndromas tumorais que, a-pesar-de uma história de traumatismo, não deverá haver dificuldade no diagnóstico. Não obstante, ainda são freqüentes os casos em que só na intervenção foi corrigido o diagnóstico. O erro não é porém muito grave, pois a indicação cirúrgica é comum às duas lesões; contudo, o plano da intervenção é diferente e o conhecimento pré-operatório de hematoma subdural comanda a conduta do cirurgião, como veremos a seguir.

O tratamento do hematoma subdural é sempre cirúrgico. A indicação operatória é formal, logo que se tenha estabelecido o diagnóstico. Todos os casos não operados terminam fatalmente. A mortalidade é muito pequena nos casos operados e estamos certos que se poderá ainda reduzir, quando todos os cirurgiões tiverem bem presente a freqüência destes casos, para os diagnosticarem a tempo e horas e conhecerem melhor a maneira de conduzir o tratamento.

Na maioria dos hematomas recentes o esvaziamento através de uma pequena trepanação de uns 2 ou 3 cm. de diâmetro é suficiente para se obter a cura definitiva.

É muito aconselhável, após ter encontrado o hematoma, fazer outra pequena trepanação a certa distância, mas ainda dentro da zona do hematoma, por onde se injectará sôro fisiológico quente

(38 a 40 graus), de modo a fazer uma lavagem da cavidade, arrastando um ou outro coágulo que nêle ainda se contenha e favorecendo a hemostase.

A incisão da dura-máter não se deve encerrar.

Quando se abre a dura com cuidado, consegue-se conservar intacta a membrana do hematoma, e só rasgada esta se esvazia o conteúdo daquele, que a maior parte das vezes é completamente fluido. Esvaziado o hematoma vê-se, em geral, por baixo da dura, uma grande cavidade, no fundo da qual se percebe, coberta pela membrana profunda do hematoma, a superfície do córtex cerebral. A pouco e pouco o cérebro vai retomando a sua posição normal e, depois de bem irrigada com sôro a cavidade do hematoma, a superfície cerebral vem quasi ao contacto com a dura-máter, preenchendo, com surpreendente rapidez, cavidades por vezes enormes. Estes são os casos favoráveis. Curáveis pela simples lavagem, onde não nos parece necessário, como aconselham alguns neuro-cirurgiões, usar um retalho ósteo-plástico sufficientemente extenso para permitir a extracção completa das membranas do hematoma. Como dissemos anteriormente, os bordos do hematoma onde a membrana anterior e posterior se reúnem, são aderentes à aracnoídea e à dura-máter e em geral neovascularizados, de modo que o descolamento periférico é difícil ou arriscado, pois pode provocar novas hemorragias.

Nos casos de longa duração o problema terapêutico é muito mais difícil. No nosso caso I, como se vê na respectiva história clínica, o doente, quando chegou a ser operado, estava já em cômá havia perto de oito dias, e os sintomas de hematoma datavam de perto de dois meses. A intervenção foi planeada, como dissemos acima, e o hematoma esvaziado. Ainda sôbre a mesa de operações, o doente emergia do cômá, mostrando-se consciente e respondendo correcta e prontamente. No dia seguinte porém o doente voltou ao estado anterior, necessitando novo esvaziamento do hematoma, repetido ainda uma terceira vez. Resolvemos então usar um retalho craniano osteoplástico que nos permitisse extirpar completamente as membranas do hematoma. Contra a nossa expectativa, encontrámos uma enorme cavidade, cheia de sangue líquido e de coágulos. O descolamento das membranas do hematoma foi fácil, tendo apenas deixado as porções periféricas mais aderentes. Vimos então perfeitamente a superfície do

córtex cerebral, que mostrava uma coloração anormal, amarelo-esverdeada, e que, tocado com uma espátula, apresentava uma consistência muito maior do que a do cérebro normal. Não mostrava tendência alguma a expandir e a obliterar ou reduzir o espaço que mediava entre o córtex e a dura. Julgando que o cérebro acabaria por retomar a posição normal, e seguros de uma hemostase razoável, repusemos o retalho ósseo e encerrámos a ferida operatória. Do mesmo modo que na primeira intervenção, o doente melhorou espantosamente e, poucos momentos depois, conversava com perfeita lucidez. Passadas vinte e quatro horas, voltou novamente ao côma, falecendo pouco depois. A autópsia revelou apenas um pequeno hematoma subdural, e grande hematoma extradural.

Este caso parece-nos muito instrutivo, pois mostra que, em certos casos antigos, as alterações do tecido cerebral são tão intensas que já não é possível dar-se a expansão do cérebro e a obliteração espontânea da cavidade do hematoma. A permanência da cavidade não só facilita a reformação do hematoma subdural, como também, deixando a dura-máter sem apoio, facilita o seu descolamento do osso, com a consecutiva formação de hematomas extradurais. Parece-nos que o único meio de tratar estes casos é sacrificar deliberadamente todo o retalho ósseo, sempre que não se verifique uma rápida repleção da cavidade do hematoma, de modo que as partes moles, colapsando-se para dentro do espaço vazio, o obliterem de fora para dentro. Não tivemos ainda ocasião de adoptar esta técnica, que aliás também nunca vimos apontada por outros cirurgiões; parece-nos porém que a ela se deve recorrer quando em presença de casos semelhantes ao que acabámos de citar.

É, no tratamento cirúrgico dos hematomas subdurais, necessário ter sempre presente a relativa freqüência dos hematomas bilaterais; por isso todos recomendam como boa prática, depois de ter encontrado e esvaziado um hematoma, fazer uma pequena trepanação exploradora do lado oposto. O hematoma subdural não é raro nos lactantes; encontram-se na literatura vários casos relatados, provocados por quedas do colo das amas; neste caso o esvaziamento far-se-á por simples punção através das fontanelas.

CASO I. — Armando R., de 46 anos de idade.

ANAMNESE :

Doença actual. — Em Janeiro passado caiu de uma bicicleta e fêz vários ferimentos na face, tendo estado meia hora sem sentidos ; em seguida levantou-se e foi por seu pé para casa ; nos dias seguintes foi sempre sòzinho receber curativo aos ferimentos da face, no hospital da sua terra. Sentiu dores na face, do lado direito, e cinco dias depois do traumatismo deitou sangue pela narina direita. Nos fins de Janeiro estava curado e desde então, até há oito dias, passou bem e trabalhou normalmente. Há oito dias começou a queixar-se de dores de cabeça, tonturas, perturbações mnésicas, grande apatia e marcha cambaleante, desviando-se quási sempre para a direita. Há dois dias piorou ; durante a noite teve muitos vômitos, dores de cabeça mais fortes e ficou com perturbações da marcha mais acentuadas ; entrou para o hospital em 10 de Março de 1936 ; encontra-se num estado de grande apatia ; só muito solicitado responde ao interrogatório e de maneira imprecisa ; desorientado no tempo e no espaço ; não fornece informação alguma acêrca do seu estado. Não pode andar desamparado por ter uma acentuada retro-pulsão. Os membros do lado direito estão paresiados. Não obtive reflexo radial direito. O reflexo rotuleano direito é mais vivo que o esquerdo. Sinal de BABINSKI bilateral e mais nítido à direita. Não encontrei sinais meníngeos.

11-III-936. — O doente encontra-se em grande torpor, como se estivesse dormindo um sono muito profundo. Não fala espontaneamente, nem responde quando solicitado, mas move, de vez em quando, os membros do lado esquerdo, boceja por vezes e engole o leite. Os membros do lado direito não se movem. Pupilas desiguais e com fraca reacção à luz. E. < D.

12-III-936. — Torpor mais acentuado. Flacidez muscular. Não consegui obter hoje os reflexos radiais, rotuleano e aquiliano do lado direito. Paralisia facial direita.

Vai ser operado com o diagnóstico de hematoma subdural.

INTERVENÇÕES

Retalho osteoplástico. Trepanação subtemporal, esvaziamento do hematoma, extirpação do sacco.

Particularidades notáveis :

- I — Enorme extensão do hematoma, ocupando o hemisfério direito do polo frontal ao polo occipital.
- II — Rápida reformação após as primeiras evacuações do líquido do hematoma.
- III — Grande hematoma extradural, formado após a intervenção radical.

1.ª INTERVENÇÃO

Orifício de trépano na região frontal direita. Introduce-se uma agulha de punção ventricular, obtendo-se grande porção de líquido acastanhado, típico

do hematoma subdural (+ — 100 cc.) sob grande tensão. Lavagens abundantes com sôro quente.

O doente estava em cômá e hemiplégico à direita; responde imediatamente, após a evacuação do líquido, e recupera os movimentos dos membros.

2.^a INTERVENÇÃO

Punção através do orifício já executado (o doente tinha, dois dias após a primeira intervenção, voltado a cair em cômá), obtem-se novamente líquido sob tensão, mas um pouco mais avermelhado do que a primeira vez. Mesmos resultados: o doente sai do cômá e responde razoavelmente ao que se lhe pergunta.

3.^a INTERVENÇÃO

Passados três dias o doente volta a cair em cômá, o pulso torna-se lento.

Trepanação descompressiva subtemporal, abertura da dura, que se sutura às partes moles; por baixo da dura um coágulo espesso, que se tira em parte, ficando a cavidade do hematoma largamente aberta para o exterior.

4.^a INTERVENÇÃO

Passados seis dias o doente volta ao estado comatoso anterior.

Resolvi-me à intervenção radical.

Sem anestesia faço um largo retalho osteoplástico lateral direito, que engloba no seu centro a incisão da trepanação descompressiva.

Aberta a dura, vê-se um enorme coágulo envolvido por uma membrana, sendo a parede que encosta à dura muito mais espessa do que a que encosta à superfície cerebral.

Consegue-se tirar, sem grande dificuldade, todo o saco do hematoma, que se estende do polo frontal ao polo occipital e até à linha média, para baixo; não chega porém à fossa temporal. Após a extirpação nem a superfície, pia aracnoídea, nem a face interna da dura sangram. Há porém um enorme espaço livre entre a superfície cerebral e a dura. Resolvo sacrificar grande parte do retalho ósseo para permitir que a depressão das partes moles preencha, pelo menos em parte, êste espaço. Sem o que uma nova hemorragia seria de prever.

Nota. — O doente faleceu no dia seguinte, mostrando, na autópsia, uma grande hemorragia *extradural*.

A cápsula do hematoma pesa 60 grs.

CASO II. — A. F., ♂, de 48 anos de idade. Hematoma subdural. Intervenção. Cura.

Há seis meses, antes da nossa observação, caíu de uma bicicleta. Ao des-

viar-se doutro veículo, foi chocar com uma árvore que bordava o caminho. Sentiu-se desfalecer e julga que teria perdido os sentidos por alguns momentos, mas depressa se restabeleceu, voltando a montar a bicicleta e regressando a casa, distante uns 12 quilómetros do local do acidente. Passadas aproximadamente umas três semanas, começou a ter cefaleias freqüentes, quasi sempre frontais, acompanhadas, por vezes, de vertigens. Às cefaleias veio juntar-se uma sensação indefinida de mal-estar, e, passados dois meses após o acidente, abandonou o trabalho. A família notava-lhe uma profunda modificação no «modo de ser» do doente, que se mostrava sempre sonolento, apático, desinteressado pelo seu trabalho e negócios.

Foi nessa altura chamado o médico, que instituiu um tratamento anti-sifilítico, com o qual o doente melhorou nitidamente; as cefaleias abrandaram e readquiriu a sua vivacidade intelectual (1).

Passado algum tempo, tudo voltou, porém, ao estado anterior. Três meses após o traumatismo, começou a aperceber-se de uma fraqueza progressiva na perna esquerda. A dificuldade da marcha, a sonolência e apatia foram-se acentuando, e o doente recolheu ao leito, onde se manteve até à nossa observação.

À observação encontrámos um doente extremamente sonolento, adormecendo enquanto o examinávamos, mas facilmente despertável, respondendo então correctamente às nossas perguntas, mas com lentidão e só laboriosamente se consegue a história da doença, recorrendo o doente constantemente a pessoas da família para confirmação ou recordação dos factos.

Leve parestesia facial esquerda do tipo central. Nenhuma alteração patológica no domínio dos nervos cranianos; nomeadamente o exame do fundo do olho mostrava uma papila, bem irrigada e contornada, de coloração normal.

Acentuada diminuição de força nos membros esquerdos. O doente não usa espontaneamente a mão esquerda, mas, se insistirmos em que faça movimentos, consegue executar todos os movimentos, embora com pouca força.

Reflexos tendinosos mantidos e iguais de um e outro lado. Reflexos abdominais conservados. Reflexos plantares: em flexão à direita, à esquerda o reflexo é duvidoso, havendo, por vezes, uma nítida extensão.

Em resumo: trata-se de um doente que tendo sofrido, há seis meses, um traumatismo craniano, atravessa um período de saúde de mais ou menos um mês, após o qual se manifestam sintomas vagos, sonolência, apatia, desinte-

(1) Não queremos deixar de chamar a atenção para êste pormenor da história do doente. As melhorias notadas foram, certamente, devidas à acção hipotensiva das drogas ministradas como anti-sifilíticas. Os mercuriais, principalmente, graças às suas propriedades diuréticas, baixam notavelmente a tensão intracraniana, e os sintomas de hipertensão, sonolência, apatia e a estase papilar podem atenuar-se ou mesmo desaparecer. Infelizmente a maior parte dos clínicos interpretam mal estes fenómenos, e tomam-nos como confirmação do errado e vago diagnóstico de sífilis, com grave prejuizo dos doentes.

rêsse pelo trabalho, melhorados temporariamente por um tratamento hipotensivo, seguidos de hemiplegia progressiva esquerda, sem estase papilar.

O diagnóstico de hematoma subdural à direita, provavelmente na sua localização típica, impunha-se.

O hematoma foi encontrado no local previsto e esvaziado através de um pequeno orifício do trépano. A cavidade teria aproximadamente uns 80 cc. de líquido acastanhado e alguns pequenos coágulos aderentes à membrana do hematoma.

No dia seguinte à intervenção o doente estava, por assim dizer, livre de sintomas, bem disposto, conversador, os movimentos e fôrças dos membros paresiados quasi restabelecidos ao normal.

Dois dias depois reapareceu a sonolência e a hemiparesia. Êste agrava-mento era, certamente, devido a uma hemorragia na cavidade do hematoma.

Reoperando, alargou-se um pouco a trepanação primitiva, verificando-se que, de facto, havia uma notável hemorragia, com tôdas as características de ser recente na cavidade quística que, no entanto, era de muito menores dimensões do que quando da primeira intervenção. Esvaziou-se a cavidade e lavou-se abundantemente com sôro quente. A dura-máter foi suturada à periferia da trepanação.

Em seguida a esta segunda intervenção registaram-se, como na primeira, as mesmas melhoras rápidas e espectaculosas, mas desta vez mantendo-se. Ao fim de um mês o doente considerava-se inteiramente curado, e não apresentava sintomas objectivos. Passados dois meses, retoma a sua actividade profissional. Segundo as últimas informações que recebemos do doente, a cura mantém-se perfeita, três anos após a intervenção.

BIBLIOGRAFIA (1)

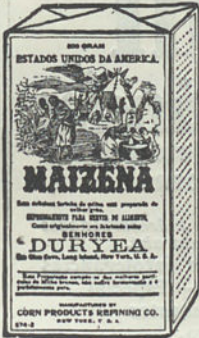
- (1) WOHLWILL. — Paquimeninte hemorrágica de Virchow. *Arch. Path. Anat.* N.º 214. 1913.
- (2) PUTNAM e CUSHING. — Chronic subdural haematoma, its pathology relations do pachimeningitis haemorrhagica, and surgical treatment. *Arch. Surg.* Vol. II. 1925.
- (3) W. DANDY. — Subdural Haematoma (Erroneously called Pachymeningitis Haemorrhagica). Art. em *Lewi, Practice of Surgery*. 1932.
- (4) FRITZ CROWER. — A note on the Occurrence and significance of Air in the

(1) A bibliografia do hematoma subdural é, actualmente, muito extensa. Não nos foi possível compulsá-la tôda; julgamos ter percorrido o mais importante e fundamental. Aqui indicamos apenas as publicações em que principalmente nos aportámos ao redigir o nosso artigo, e as que, por fundamentadas ou bem esclarecidas, possam ser úteis a quem, sem se perder em longas pesquisas bibliográficas, se queira melhor inteirar do assunto. Na monografia de PUTNAM e CUSHING encontra-se uma bibliografia muito completa de tudo que até 1926 se refere ou interessa ao estudo dos hematomas subdurais.

Subdural Space after Encephalography. *Bull. of the Neurol. Inst. of New-York*. Março de 1934.

- (5) CORNÉLIUS DYKE. — A Pathognemonic Encephalographic Sign of Subdural Haematoma. *Bull. of the Neurol. Inst. of New-York*. Agosto de 1936.
- (6) W. LÖHR. — Hirngefäßverletzungen in arteriographischer Darstellung *Zbl. f. Chirurg.* N.º 63. 1936.
- (7) M. ZEHNDER. — Die Subduralen Hämatome. *Zentralblatt für Neurochirurgie.* N.º 5 e 6. 1937.
- (8) G. MORSIER. — Les Hématomes de la dure-mère. *Revue Neurologique.* Novembro de 1937.
- (9) TÖNNIS. — Die bedeutung der «Angiographie cérébrale». *Lisboa Médica.* Dezembro de 1937.

MAIZENA DURYEA



Sem qualquer agente químico.

A mais pura de todas.

90 % d'Hidrato de carbono.

3.550 calorias por kilo.

Perfeita e rápida digestibilidade
ainda ao estômago mais delicado.

80 anos de sucesso em todo o mundo

TRATAMENTO ESPECIFICO DE HIPOFUNÇIONAMENTO OVARICO

HORMOVARINE

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Empôlas tituladas a 250 U. I.
Comprimidos doseados a 250 U. I.
Solução (Gôtas) a 1.000 U. I. por cc.

Tratamento intensivo:

BENZOATO de DI-HYDRO FOLICULINA BYLA

Empôlas de 1 cc. tituladas a 1.000 unidades internacionais
» » 10.000 » »
» » 50.000 » »

Etablissements BYLA—26, Avenue de l'Observatoire,—PARIS

Amostras e literaturas nos Representantes:

Gimenez-Sallinas & C.ª — 240, Rua da Pama, 246 — LISBOA

”
Ceregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Tratamento específico completo das **AFECÇÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

C — HIGROMA SUBDURAL

O higroma subdural tem, freqüentemente, uma etiologia traumática, podendo também, ao contrário do hematoma subdural, ser consecutivo a uma lesão inflamatória.

Não tendo experiência pessoal, e sendo grandes as divergências na interpretação da anatomia patológica destas lesões, limitar-nos-emos a apontar, em linhas muito gerais, o que hoje nos parece estar assente sobre este tipo de lesões post-traumáticas.

Chama DANDY higroma subdural às colecções de líquido céfalo-raquidiano que por vezes se encontram formando um quisto entre a dura e a aracnoídea.

A forma, localização e sintomatologia do higroma são muito semelhantes às do hematoma subdural.

Tôdas as considerações anatómicas e clínicas referentes ao hematoma subdural podem transferir-se, quasi sem alteração, ao estudo do higroma, com a diferença apenas de em vez de sangue se encontrar líquido céfalo-raquidiano no quisto subdural.

Como já dissemos, alguns autores consideram o higroma como uma fase muito avançada da evolução de um hematoma. As observações de DANDY não podem deixar dúvidas que se trata de uma lesão independente. Este autor afirma mesmo ser uma alteração post-traumática muito freqüente, tão freqüente como o hematoma. Não nos parece que mais nenhum autor tenha confirmado a tão grande abundância de higromas subdurais. Pela nossa parte, nunca tivemos ocasião de ver nenhum caso. DANDY mostra-nos, numa das suas publicações, um exemplo da existência, no mesmo doente, de um hematoma e de um higroma subdurais post-traumáticos.

A patogenia do hematoma subdural parece-nos estar bastante obscurecida pela confusão freqüente entre esta lesão e as «meningites serosas». Muitos autores têm tendência a dar esta última designação a tôdas as colecções de líquido céfalo-raquidiano localizadas, sem atenderem cuidadosamente à sua posição anatómica.

O estudo das «meningites serosas» tem sido difficil, indeciso e obscuro, porque, segundo julgamos, se baseia em muitos casos onde evidentemente houve erros de observação e de interpretação.

Muitas vezes o diagnóstico de meningite serosa tem sido feito certamente, apenas como último recurso para explicar um síndrome de hipertensão intracraniana, onde não é possível fazer

outro diagnóstico mais satisfatório, e tem servido como justificação de muitos erros de diagnóstico, tanto mais quanto a lesão é muito difícil de demonstrar na autópsia. Estas e outras razões, que não nos cabe aqui expor, tornaram o estudo das meningites serosas bastante confuso, e, a-pesar-de muito se ter escrito sobre esse capítulo da patologia, não conhecemos nenhuma exposição compreensiva e clara do problema.

A obscuridade que envolve o problema das meningites serosas atinge o higroma subdural, pois as duas lesões têm sido confundidas por alguns, consideradas idênticas por outros e estudadas em conjunto por muitos.

Parece-nos suficiente afirmarmos aqui que estamos convencidos tratar-se de uma lesão independente, nitidamente diferenciada da meningite serosa. A nossa convicção baseia-se principalmente nas observações dos neuro-cirurgiões americanos (DANDY, SACHS, PENFIELD), na experiência que temos de vários casos de meningite serosa, e das freqüentes alterações dos espaços subaracnoídeos na vizinhança de tumores cerebrais, e de outras doenças do sistema nervoso central.

O higroma subdural forma-se entre a dura e a aracnoídea; a meningite serosa é uma lesão da aracnoídea e do sistema dos espaços aracnoídeos, sendo a maior parte das vezes, como o seu nome indica, uma lesão inflamatória.

Não se pode porém tirar da etiologia um critério para a separação nítida das duas lesões, pois a meningite serosa pode ter uma origem inflamatória, tóxica ou puramente mecânica, e lesões inflamatórias das meninges moles, perturbando a circulação do líquido céfalo-raquidiano nos espaços subaracnoídeos, com formação de um hidrocefalo externo, podem dar origem a coleções de líquido no espaço subdural. Em casos de reacções meníngeas localizadas, como, por exemplo, sucede nas mastoidites, encontram-se, além das lesões típicas da meningite serosa localizada, acumulações de líquido por vezes consideráveis no espaço subdural.

O *diagnóstico diferencial* é dado às incertezas da patologia bastante difícil, e certamente impossível com o hematoma subdural traumático, mas o erro é de pouca importância, visto as indicações terapêuticas serem idênticas. O diagnóstico topográfico deve ser feito pelo emprêgo das mesmas técnicas e métodos indicados para o hematoma subdural.

Revista dos Jornais de Medicina

As artrorises no tratamento das sequelas da paralisia infantil. (*Les arthrorises dans le traitement des séquelles de la paralysie infantile*), por CHRISTIAN ROCHER (Bordeaux). — *Librairie Delmas*. Bordeaux. 1937.

É um magnífico trabalho, feito na orientação eminentemente prática da escola do Prof. Rocher, de Bordéus, apoiado nas observações e na experiência do autor e nos documentos clínicos fornecidos amavelmente por cêrca de setenta especialistas de todo o mundo, distribuídos por dezassete nações. A grande característica dêste trabalho é o seu vasto estudo anatômico, fisiopatológico e mecânico, a fisiopatologia da articulação paralítica e mecanismo de acção das artrorises, cujas diversas técnicas historia, descreve e comenta, acompanhado de gravuras elucidativas.

Os resultados destas operações, tôdas elas com vantagens, são, quasi sempre, função da evolução anatômica das cunhas ósseas enxertadas, da correcção da técnica e da táctica ortopédica. Perro de trezentas observações ilustram o trabalho de Christian Rocher, um dos mais interessantes livros de técnica cirúrgica ortopédica publicado em França nos últimos anos, focando um problema de valor terapêutico recentemente afirmado, e escrito com a elevação de linguagem com que se trabalha na escola bordelesa.

MENESES.

Investigações da fórmula leucocitária obtida pelo método de Arneth-Schilling em cêrca de 100 doentes com doenças ósseas e articulares, sobretudo de natureza tuberculosa. (*Investigations on the leucocytic blood picture determined by the Arneth-Schilling method in approximately 100 Patients with bone or joint diseases chiefly of tuberculous nature*), por EILER GRAGER. — *Acta Orthopaedica Scandinavica*. Vol. IX. Fasc. I. Págs. 60-71.

Nos estudos sôbre a fórmula leucocitária do sangue, numa centena de doentes sofrendo de tuberculose cirúrgica, encontrou o A. que, duma maneira geral, a fórmula sanguínea seguia a evolução da doença, como na tuberculose pulmonar, mas as modificações manifestavam-se mais lentamente.

A fórmula leucocitária mostra modificações mais precocemente do que a sedimentação globular e as flutuações do exame do sangue são mais rápidas. Estas pesquisas confirmaram os resultados do investigador alemão Stein, que

afirmam que este método é superior ao da sedimentação em 20 a 30 % dos casos.

Em certos casos de tuberculose cirúrgica, a fórmula leucocitária pode apresentar modificações sensíveis, antes que seja possível diagnosticar a doença por qualquer outro método.

As modificações da fórmula sanguínea que se manifestam nas lesões tuberculosas articulares diferem, num certo grau, das que aparecem nos estados não tuberculosos (septicemia focal, artrite deformante, osteíte fibrosa).

MENESES.

Três casos de fractura do sacro. (*Three cases of fracture of the sacrum*), por SNORRI HALLGRIMSSON (Aarhus, Dinamarca). — *Acta Orthopaedica Scandinavica*. Vol. IX. Fasc. I. Págs. 100-114.

Conclue-se da literatura que a fractura do sacro é muito rara: cinqüenta e cinco casos ao todo estão referidos. Mas é para duvidar que seja tão rara, na realidade, porque as possibilidades de êrro de diagnóstico são relativamente numerosas.

O A. acentua que o exame radiológico não dá aqui a mesma certeza que quando se trata de outras fracturas. Pela projecção frontal só, quando há uma deslocação bastante considerável se pode ver uma fractura transversal.

Como é muito raro encontrar assim uma deslocação bastante grande dos fragmentos na fractura do sacro, nunca nos devemos contentar com radiografias frontais, e devem fazer-se sempre radiografias com incidência lateral (perfil). Se bem que estas dêem indicações muito melhores do que as imagens frontais, é preciso, no caso em que se não conseguiu confirmar a existência duma fractura, que o exame clínico seja decisivo no que respeita à fixação do diagnóstico.

Os sintomas clínicos são as dores na região do sacro, irradiando para cima, no dorso, e para baixo, nas pernas. Não é raro que se observem perturbações da bexiga e dos intestinos, mas as perturbações da sensibilidade são extremamente raras.

Esta lesão pode ser muito fortemente invalidante, porque pode dar lugar, nos casos não tratados, a uma pseudartrose dolorosa.

O prognóstico parece ser favorável quando o tratamento — quatro a cinco semanas de rigoroso repouso na cama — fôr instituído imediatamente após o acidente.

MENESES.

Técnica e aparelho do autor para alongamento das pernas. (*Leg lengthening with author's technique and apparatus*), por GEORGE ANOPOL (Nova York). — *Cirurgia Ortopédica y Traumatologia* (La Habana, Cuba). Vol. VI. N.º 2. Págs. 51-58. Abril-Maio-Junho de 1938.

Para igualar os membros interiores nos casos em que, por encurtamento do membro, é necessário alongá-lo em quantidade apreciável, o A. recomenda

um aparelho de sua invenção, com o qual obteve resultados bons e uniformes. É simples, fácil de vigiar, não prejudica os tecidos dos membros e é barato.

O aparelho combina-se com um gêsso e o alongamento conseguido foi desde polegada e meia até três polegadas, que é o máximo. Consta de dois pregos de Steinman e duas peças isométricas, que servem de simples guia, cada uma delas consistindo num tubo de secção quadrada telescópico, calibrado em polegadas e com um tensor entre os extremos do aparelho, permitindo aumentar a distância entre os dois pregos, medida também num tubo calibrado.

Á técnica do A. junta-se uma osteotomia a céu aberto, de ambos os ossos da perna, feita entre dois pregos previamente colocados. O peróneo é osteotomizado na união do terço médio com o inferior. É necessária a tenotomia do tendão de Aquiles se não é um caso de paralisia.

O A. pormenoriza os tempos e a técnica da intervenção. Os casos mais apropriados para este processo são os de osteomielite que tenha feito parar o crescimento das epífises, a tuberculose da anca e do joelho e a poliomielite anterior. Os casos operados pelo A. oscilavam entre os 11 e os 36 anos de idade.

MENESES.

A doença lipofágica do joelho (sinovite lipofágica e granuloma lipofágico), um novo quadro mórbido do joelho como também das articulações em geral. (*Die lipophage Erkrankung des Kniegelenks (lipophage Synovitis und lipophages Granulom), ein neues Krankheitsbild des Kniegelenks wie der Gelenke überhaupt*), por M. BIEBL. — *Archiv f. Klin. Chirurgie*. Vol. CXCI. Fasc. II-III. Págs. 237-326. 1938.

O A. descreve largamente dois casos de doença lipofágica do joelho, de aparição post-traumática, que se manifesta com derrames recidivantes. Segundo o A., trata-se duma doença até agora não conhecida, se bem que o granuloma lipofágico de sede não articular seja bastante conhecido. Expõe as noções conhecidas da literatura sôbre a clínica, anatomia patológica, etiologia, morfologia, morfogênese e localização da doença lipofágica em geral, onde estão incluídos os chamados parafinomas — vaselinomas e o oleogranuloma (dos auto-lesionistas), como também as transplantações livres de gordura.

A gênese causal e morfológica demonstra-se de modo claro pelo quadro mórbido da doença lipofágica do joelho com as suas formas especiais de sinovite lipofágica e granuloma articular lipofágico, pelo que se puderam obter novos conhecimentos sôbre aquela entidade nosológica. Assim, o A. afirma que as formações de pequenas cavidades quísticas típicas do granuloma lipofágico são, em parte, de origem linfogénea e que a scisão anormal das gorduras (notável nesta doença) se inicia sempre com a libertação do núcleo gorduroso de um pigmento lipogéneo, livre de ferro.

O A. conclue que o chamado lipoma arborescente do joelho quasi com certeza não é tuberculoso, mas sim um granuloma lipofágico múltiplo, e que qualquer caso descrito como sinovite vilosa crónica ou hemorrágica é verosimil-

mente de génese lipofágica; emfim, alguns quadros descritos como xantomas ou xantogranulomas intra-articulares, como tumores gigante-celulares xantomatosos ou sarcomas gigante-celulares da cápsula do joelho e da tibia-társica, são, provavelmente, casos não reconhecidos de doença articular lipofágica, mas não lipóide.

Esta doença lipofágica da articulação deve provavelmente—segundo o A.— derivar de um óleo, ou melhor lipohemartrose traumática. A terapêutica pode ser conservadora ou operatória. Como tratamento profilático o A. aconselha precocemente a punção do derrame hemático articular e mais tarde a artrotomia nos derrames recidivantes que depois de dois ou três meses não regressam com o tratamento sintomático.

MENESES.

Existe uma osteocondrite isquio-púbica? (*Existe-t-il une ostéochondrite ischio-pubienne?*), por A. VAUDEUVRE, R. HYRONIMUS e M^{ME} HYRONIMUS.— *Bull. de la Soc. Belge d'Orthopédie*. Vol. X. N.º 2. Págs. 83-87. 1938.

Em crianças e em adolescentes, os AA. observaram uma imagem radiográfica especial na parte média do ramo isquio-púbico: trata-se de uma «neoformação» de forma ovalar, do volume duma noz pequena. Os AA. produzem algumas histórias clínicas e duas radiografias.

Segundo os AA., seria a expressão radiográfica de um processo de osteocondrite ligado à ossificação terminal do ramo isquio-púbico, para o qual propõem o nome de osteocondrite isquio-púbica. Em alguns dos doentes observaram mais tarde uma doença de Perthes. Com esta e com outras distrofias ósseas da adolescência, como a coxa vara, a epifisite vertebral, a doença de Schlatler, a de Köhler, etc., ligam os AA. este novo quadro clínico. A duração dêle variaria de alguns meses a um ano; a sintomatologia inicial pode confundir-se com a da coxite; o tratamento é o repouso.

MENESES.

Investigações sobre a possibilidade de transmissão da tuberculose por crianças. (*Untersuchungen über die Möglichkeit der Tuberkulose-übertragung durch Kinder*), por A. VIETHEN.— *Klinische Wochenschrift*. N.º 34. 1938.

Sabe-se hoje que o número de crianças tuberculosas eliminadoras de bacilos é muito grande e não só em formas graves, cavernosas, da doença, mas também em formas benignas. O A. apresenta uma tabela dos resultados por êle obtidos em duzentas e setenta e duas crianças até à idade de 7 anos, onde se vê que o líquido da lavagem do estômago continha bacilos de Koch, comprovados por meio de pesquisa no animal, numa grande percentagem dos casos de certas formas de doença: grandes processos infiltrativos e tuberculose hematogénea; ao contrário de outros investigadores, só raramente os encontrou nas adenopatias hilares, nas infecções inactivas e nas crianças apenas tuberculino-positivas.

Se todos estes eliminadores de bacilos podem ou não transmitir a doença, é um problema mais sério. O A. descreve em seguida os meios de investigação que empregou neste sentido e os resultados a que chegou.

Fêz esfregaços do exsudado laríngeo em cento e quarenta crianças tuberculosas de tôdas as idades e examinou o material obtido não só microscôpicamente como também empregando meios de cultura. Em sessenta e sete crianças até aos 5 anos de idade obteve vinte e três vezes resultados positivos em doentes que também tinham bacilos no líquido de lavagem do suco gástrico e os restantes casos foram negativos, embora em cerca de um terço houvesse bacilos no suco gástrico.

A explicação disto está no facto de todos os casos em que foi possível encontrar bacilos na laringe serem de doentes com grandes infiltrações tuberculosas, ao passo que nunca se encontraram nos de tuberculose dos gânglios brônquicos e pequenos infiltrados péri-hilares.

Nos outros setenta e três casos, crianças em idade escolar, com restos inactivos de foco primário, tuberculose dos gânglios brônquicos e infiltrados não febris, todos os exames laríngeos — com excepção de dois casos especiais — foram negativos, a-pesar dos freqüentes achados positivos no suco gástrico.

Disto o A. conclue que o perigo de contágio não existe em tôdas as crianças eliminadoras de bacilos, mas só naquelas que apresentam bacilos também no esfregaço laríngeo, isto é, em crianças pequenas com vastas infiltrações tuberculosas que, por isso, devem ser isoladas.

OLIVEIRA MACHADO.

Acérca do exame da possibilidade de operação. (*Zur Prüfung der Operationsfähigkeit*), por H. DIETEL e J. HERRMANNSEN. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 35. 1938.

O operador precisa sempre de avaliar a capacidade operatória do seu doente e, sobretudo, se a circulação é suficientemente forte para suportar a operação, especialmente a narcose; para isso, serve-se de diferentes meios, mas a experiência mostra que, a-pesar dum trabalho aparentemente bom do coração e dos pulmões, sobrevêm acidentes durante a operação, que são, em grande parte, de origem cardíaca.

O método ergométrico, introduzido especialmente pelos trabalhos de Knipping e outros, tenta obter uma indicação da capacidade de rendimento do coração e pulmões, registando os valores da ventilação em repouso e em trabalho, para o que é decisiva a determinação do consumo de O e do volume-minuto da respiração em repouso e sob trabalho doseado.

Os AA. estudaram sobretudo o consumo de O em repouso e o seu aumento sob trabalho e examinaram, neste sentido, mulheres destinadas a intervenção cirúrgica por doença ginecológica; a respiração fez-se por meio de uma máscara ligada ao espirómetro de Knipping.

Os valores obtidos para o consumo de O em repouso, 250 e 400 cc. por minuto, nada revelaram de especial, mas com os valores de oxigénio máximo já os AA. conseguiram obter duas ordens de resultados, que expõem em tabelas. Na primeira, trata-se de casos que decorreram sem complicações durante

a operação e nos quais os valores de consumo de O — sob carga — sempre ultrapassaram 1000 cc. por minuto. Na segunda, mostram a coincidência de freqüentes complicações com valores diminuídos de O, sempre abaixo de 1000 cc. por minuto.

Com estes resultados os AA. «julgam possuir, na determinação do consumo de O sob carga, um meio de avaliação das condições respiratórias e circulatórias no que diz respeito à capacidade operativa dos doentes».

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre o problema da meningite linfocitária benigna. (*Zur Frage der gutartigen lymphocytären Meningitis*), por HANS GLATZEL. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 39. 1938.

O A. começa por citar o quadro clínico descrito por Roch com o nome de «meningite linfocitária benigna», baseado em muitas publicações, cujo número tem sido acrescido recentemente. Para Roch trata-se de uma afecção epidémica que começou depois da grande guerra e cujo ponto culminante foi em 1929-31, regressando a partir de então.

Segundo este autor, a doença evoluciona em duas semanas e os sintomas clínicos mais importantes são: começo agudo, especialmente freqüente nos homens e durante o outono, com sinais meníngeos (cefaleias e vômitos), transtornos digestivos, frio, febre, bradicardia e a punção lombar dando *liquor* claro, estéril, de tensão aumentada, com 100 a 600 elementos por milímetro cúbico (linfócitos), albumina aumentada, cloretos e açúcar de valores normais.

O A. descreve a seguir, pormenorizadamente, três casos clínicos, todos curáveis, cujos sintomas confronta com os apresentados por Roch na sua meningite linfocitária benigna (asséptica). No primeiro e segundo casos não é possível decidir se se trata seguramente de meningites linfocitárias, nos entido da de Roch, e também não se pode pensar que fôsem casos abortivos de poliomielite, visto terem aparecido fora duma epidemia desta doença.

O terceiro caso, de sintomatologia análoga à da meningite descrita por Roch, de etiologia desconhecida, depõe a favor da hipótese de a meningite linfocitária benigna ser um síndrome nosológico, de etiologia não uniforme.

OLIVEIRA MACHADO.

Sobre a quimioterapia da pneumonia e da septicemia pneumocócica. (*Zur Chemotherapie der Pneumonie und der Pneumokokkensepsis*), por B. KEMKES e A. STEIGLER. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 40. 1938.

Anteriormente já um dos AA. (Kemkes) provara, além de uma acção bactericida *in vitro* dos preparados de quinina sobre pneumococos dos tipos I, III e X, idêntica acção *in vivo* em infecções por pneumococos do rato branco. Isto confirma a experiência clínica de ser a quinina um meio activo de tratamento das afecções pneumocócicas, especialmente a pneumonia, no homem.

Mas, como há casos de esta terapêutica falhar, pergunta-se qual será a razão disso.

Os AA. citam os trabalhos de outros investigadores e descrevem as pesquisas que fizeram empregando diversos preparados de quinina (solvochin, chinínglutaminat e chininlactat) e culturas de diferentes bactérias que também podem provocar pneumonias no homem: estreptococos, estafilococos, enterecocos, bacilos de Friedländer e da influenza. As pesquisas feitas primeiramente *in vitro* mostraram que os citados preparados exerciam sôbre tôdas as culturas uma acção bactericida.

Em ratos brancos, empregando apenas — é claro — as espécies que para êles são patogenias (estreptococos hemolíticos e bacilos de Friedländer), a influência terapêutica da aplicação dos preparados de quinina foi quasi nula ou nula mesmo e os AA. julgam, por isso, que as falhas do tratamento pela quinina em certos casos de pneumonia no homem se devem attribuir ao facto de não se tratar de pneumonias por pneumococos, mas, sim, por agentes diferentes, sôbre os quais a quinina não exerce acção apreciável.

Estudaram depois a influência dos mesmos preparados sôbre casos de septicemia pneumocócica, que provocaram em coelhos, e a impressão que colheram das suas observações é a de que «parece conveniente empregar — em casos de sepsis a pneumococos — uma terapêutica pela quinina endovenosa».

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca do valor da administração rectal de glicose no homem. (*Ueber den Wert Rectaler Traubenzucker Zufuhr beim Menschen*), por J. HANS TORNACK. — *Klinische Wochenschrift*. N.º 40. 1938.

Já muitos autores afirmaram que da administração rectal de glicose — em clister gota a gota — pouco proveito terapêutico se pode esperar. Pressmann, por exemplo, encontrou no homem, apenas em dois casos de sete observados, pequenos aumentos da glicemia após administração rectal de glicose, demonstrou que uma considerável parte do açúcar é destruído no intestino grosso por processos de fermentação e negou a êste processo terapêutico qualquer valor.

O A. descreve experiências que fêz e é levado à mesma conclusão, pois, quer empregando a dextrose, quer a galactose, nunca conseguiu obter aumentos do valor da glicemia que indicassem uma reabsorpção útil.

Administrando o açúcar por meio de sonda, directamente no duodeno, conseguiu o A. verificar que basta a quantidade de 2 grs. de glicose para aumentar a glicemia de 15 a 20 mgrs. ‰. Só a pequena quantidade de 1 gr., dada pelo duodeno, não provocou nitido aumento da glicemia.

Êste resultado prova quanto o nível da glicemia é um sensível indicador da reabsorpção do açúcar e, se, pela administração dêste por via rectal, não se dá o menor aumento daquela, é porque a reabsorpção ao nível do recto ou do intestino grosso ou não se dá ou só muito lentamente e em quantidades sem valor prático.

OLIVEIRA MACHADO.

A plastia de quatro ou cinco costelas com omoplata intratorácica. (*Die Vier oder Fünfrippenplastik mit intrathorakaler Skapula*), por G. MAURER. — *Acta Davosiana*. Outubro de 1938.

No entender do A., a maioria dos insucessos da toracoplastia apical resulta principalmente de dois factos: primeiro, ausência do efeito da pelota que a omoplata realiza, quando se reúne com as sete primeiras costelas na plastia superior, e segundo, pela tracção horizontal, que é exercida pelas costelas regeneradas, que se soldam à costela imediatamente inferior à zona ressecada, tracção naquele sentido devido à posição própria do arco costal que não é atingido pela demolição; esta última circunstância é particularmente nociva para as cavernas apicais anteriores, que são arrastadas, em geral, para o chamado espaço morto anterior. É em virtude de estas insuficiências que o A. propõe uma nova modalidade de toracoplastia, na qual procura somar a vantagem duma ressecção pouco extensa — das quatro ou cinco primeiras costelas — com a acção de apoio que a omoplata pode fornecer. A intervenção é realizada em duas sessões: na primeira, e com uma incisão cutânea que não excede em altura a sexta apófise espinhosa, para não ultrapassar em baixo a linha axilar posterior — incisão de Roux modificada por Picot —, resseca o sexto e o sétimo nervos intercostais, num comprimento de 2 cm., e a seguir faz a ressecção da quinta costela num comprimento mínimo de 14 cm., e do mesmo modo da quarta. Termina o primeiro tempo com ressecção do periósteeo correspondente a estas duas costelas, nervos, vasos e músculos correlativos.

A segunda intervenção pode ser realizada no tempo que se deseje, visto que não há regeneração óssea, nem as porções ressecadas alteram duma maneira sensível a respiração costal; quando se intervém, reincisa-se a cicatriz da primeira operação, e ao nível do bordo superior da sexta costela descola-se a pleura parietal da fascia endo-torácica, até ao nível da oitava. Cria-se uma bolsa posterior, por colapso da zona pulmonar correspondente, que permite, com a elevação forçada da omoplata, um campo suficientemente amplo para atingir as três primeiras costelas; resseca-se assim a terceira costela, num comprimento de pelo menos 12 cm., depois a segunda em 10 cm., e finalmente a primeira em 5 cm., sem ressecção do periósteeo nem dos nervos intercostais. Por último é introduzida a omoplata na bolsa que mencionámos atrás.

Para Maurer a execução da toracoplastia, tal como a acabamos de descrever, obedece aos seguintes princípios: a primeira intervenção, devido a pequena porção costal ressecada, não representa para o paciente uma sobrecarga, nem para o aparelho respiratório nem para o aparelho circulatório; o próprio choque operatório é ínfimo e do mesmo modo se deve encarar a acção excitante, não específica, que pode ser provocada sobre o foco tuberculoso pelas proteínas dos tecidos seccionados ou dos transudatos. Em segundo lugar, a primeira intervenção, ao mesmo tempo que representa a preparação para a segunda, que é a mais importante, constitue um elemento de capital importância para avaliar do estado geral do doente e da sua disposição reaccional; da observação post-operatória se conclue o período da segunda intervenção e a orientação do seu plano operatório. Por sua vez o choque opera-

tório da segunda operação é pequeno, mas o colapso que se obtém com o descolamento já referido, ajudado pelo apoio fornecido pela omoplata, permite um resultado tão eficaz como qualquer outra plastia mais extensa e mais mutilante. E, a-pesar disso, fica ainda bastante tecido pulmonar, para permitir um pneumotórax contra-lateral, se fôr necessário, numa accidental disseminação do outro pulmão.

A plastia de quatro costelas difere destas, pelo facto de atingir, na primeira intervenção, a quarta e a terceira costelas. Com qualquer destas duas plastias, a omoplata move-se dentro do tórax, praticamente tão bem como na sua posição normal; forma-se uma sólida cápsula entre o pulmão e a parede torácica, que evita qualquer perturbação mecânica de um possível foco tuberculoso situado na superfície pulmonar.

J. ROCHETA.

Drenagem irreversível no empiema pleural. (*Drenaje irreversible en el empiema pleural*), por I. G. MORENO. — *La Prensa Médica Argentina*. Ano XXV. N.º 43. 1938.

Apresenta o A. uma estatística de dezóito casos de pleurisia méta-pneumónica, tratados com os melhores resultados pela drenagem pleural irreversível, que considera indispensável para a boa marcha da doença, pois dêste modo evita tôdas as perturbações mecânicas da respiração, como aconteceria com a drenagem aberta, tais como o adejo mediastínico e o ar pendular; defende, além disso, o princípio de não intervir precocemente, especialmente na pleurisia gripal estreptocócica, e acentua a utilidade das punções evacuadoras prévias, como tratamento de espera. Descreve, com muito detalhe e acompanhada de numerosas gravuras, tôda a técnica cirúrgica para a drenagem; aconselha a ressecção ao nível da nona costela, abaixo do ângulo da omoplata, com divulsão do grande dorsal e a seguida do grande dentado, que se entrecruzam, de maneira que, uma vez retirado o dreno, rapidamente se faz a cicatrização, sem tendência para a formação de hérnia pulmonar.

J. ROCHETA.

Alguns casos de tuberculose cavitária bilateral curados pelo pneumotórax bilateral. (*Some healed cases of cavernous pulmonary tuberculosis treated by bilateral pneumothorax*), por I. STAHLÉ. — *Acta Médica Scandinavica*. Vol. XCVII. Fasc. I-II. 1938.

Acentua o A., logo nos primeiros capítulos, a diferença de prognóstico entre a tuberculose não cavernosa e a cavernosa, bastante pior para a última, mesmo admitindo a cura espontânea de algumas cavidades, em geral possível quando estas não excedem o volume duma cereja. Apresenta tal conceito, para acentuar a necessidade imperiosa dum tratamento activo nestes casos, criando o colapso pulmonar o mais rapidamente possível, por qualquer dos métodos à nossa disposição. A estatística apresentada refere-se a dez casos com tuberculose cavitária bilateral e tratados todos por pneumotó-

rax; em alguns casos o início das insuflações foi bastante precoce, por ainda se não terem formado aderências, e esta circunstância é a mais favorável de todas. Quando porém assim não acontece, e as aderências existentes são, no todo ou parcialmente, acessíveis ao corte, há que executá-lo, independentemente da presença ou ausência de bacilos na expectoração ou de qualquer outro sintoma de actividade. A cauterização deve também ser precoce, em média, quatro a seis semanas após o início do pneumotórax; um período maior pode dificultar o acto operatório, ou porque as aderências se tornaram mais resistentes ou pelo aparecimento de exsudatos pleurais, que de resto não devem constituir contra-indicação quando são pequenos ou estacionários.

Durante o tratamento com o pneumotórax bilateral, a capacidade vital dos doentes variou entre um mínimo de 1.100 a 1.200 cc. e um máximo de 2.700 a 3.000 cc. O tempo de tratamento variou entre seis meses e quatro anos. Todos os doentes se curaram e voltaram à sua vida profissional.

J. ROCHETA.

A acção das injeções intrapleurais de soluto glucosado hipertónico na pleurisia exsudativa e no empiema. (*Die Wirkung intrapleuraler Injektionen hypertonischer Zuckerlösungen bei Pleuritis exsudativa und Empyem*), por BAUER. — *Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin*. 104. Band, 3 Heft. 1938.

O grande número de métodos terapêuticos que nos últimos anos têm sido propostos para o tratamento da pleurisia exsudativa, do derrame post-pneumotorácico e do empiema, mostra claramente que ainda se não encontrou o processo ideal que permita a resolução de grande número. Tal circunstância, no entender do A., justifica a idea da aplicação de mais tentativas para a cura daquelas afecções; partindo do ponto de vista de Lexer, que recomendava a pulverização de açúcar à superfície de feridas purulentas e átonas, de modo a provocar um fluxo líquido dos tecidos vizinhos, que muitas vezes arrastava rapidamente as massas purulentas que cobriam a ferida, criando assim óptimas condições para uma granulação inflamatória eficaz, teve Bauer a idea de empregar o soluto glucosado hipertónico nos casos de derrames pleurais e empiemas. Este soluto, além de impedir, devido à sua alta concentração, o crescimento das bactérias, provoca, pela mesma razão, um aumento da pressão osmótica intra-pleural, de modo a chamar dos folhetos pleurais uma corrente líquida que permita uma rápida fluídificação do derrame e portanto maior facilidade da sua extracção; além de que é de esperar que a pleura e os tecidos vizinhos sejam melhor irrigados e por isso contribuem para uma mais pronta regeneração da camada endotelial daquela.

Como solução, empregou o A. soluto de dextrose a 50 0/0, numa quantidade média de 40 a 60 cc., e em várias vezes no mesmo caso, conforme as circunstâncias. Devido à pequena casuística que o A. apresenta, não é possível tirar quaisquer conclusões gerais; pode dizer-se que a dextrose exerce uma excitação pleural de fraco grau, que provoca um aumento do derrame, o qual é, por sua vez, mais rapidamente reabsorvido. Parece, pois, aumentar

a capacidade de reabsorpção da pleura que, pela análise química do líquido pleural a que o A. procedeu, não parece ser igual para todos os elementos, mas sim electiva para alguns dêles.

J. ROCHETA.

Trajecto da embolia pulmonar experimental. (*Bewegungsablauf der experimentellen Lungenembolie*), por TH. NAEGELI. — *Journal International de Chirurgie*. Tômoo III. N.º 4. 1938.

O problema das embolias pulmonares está na ordem do dia, não só pelo que respeita ao mecanismo da sua acção, mas ainda pelo que se refere à terapêutica a aplicar. O A. conseguiu, por meio da radiocinematografia, visualizar o decurso das embolias provocadas em gatos, desde a veia femural até às artérias pulmonares. Dum modo geral, pode dizer-se que a velocidade do trajecto depende, fundamentalmente, do poder aspirativo do coração direito; quando, pelo contrário, aquêlo poder diminue, como pode acontecer por aumento da pressão intra-torácica, por exemplo, na respiração artificial com hiper-pressão, então a marcha do êmbolo é retardada e pode até ser retrógrada. Menor influência têm os movimentos do diafragma, mas para que aquela seja evidente não basta a paralisia dum só hemi-diafragma, mas sim a de ambos. Uma vez no coração, o êmbolo comporta-se de diversas maneiras: quando é de pequeno volume, rapidamente atravessa êste órgão e atinge um ramo da artéria pulmonar; quando é maior, permanece algum tempo no coração, por vezes aí fica mesmo aderente, mais freqüentemente no ventrículo que na aurícula, mas em geral quebra-se em fragmentos mais pequenos, que são, por sua vez, arremessados para a pequena circulação, sempre para ramos de segunda e terceira ordem, e de preferência para os lobos pulmonares inferiores. Uma embolia grave leva sempre, mais ou menos rapidamente, para uma dilatação do coração direito, com a insuficiência respectiva, e nesta circunstância também se observa do mesmo modo o movimento retrógrado dum êmbolo consecutivo.

É esta dilatação e insuficiência ventricular esquerda que levam à morte, e as tentativas feitas para se obter uma influência terapêutica benéfica, por meio da função do coração dilatado, não têm dado resultado.

J. ROCHETA.

O significado prognóstico da investigação pré-operatória da capacidade vital. (*The prognostic significance of preoperative investigation of the vital capacity*) e A influência das diversas operações e complicações post-operatórias na capacidade vital. (*The influence of various operations and of postoperative complications on vital capacity*), por H. K. LASSEN. — *Acta Chirurgica Scandinavica*. Vol. LXXXI. Fasc. IV. 1938.

No primeiro artigo refere o A. os resultados que obteve com a medição da capacidade vital, efectuada nuns quinhentos doentes do serviço de cirurgia, a que pertence; quási todos êles eram portadores de afecções graves,

que exigiram operações importantes. Além dêste exame, foi feito também a alguns pacientes um exame electrocardiográfico e radiográfico. Fazendo a comparação dos resultados post-operatórios com os elementos obtidos nas diversas provas antes da operação, chega Lassen às conclusões seguintes: o aparecimento da pneumonia post-operatória é independente dos valores da capacidade vital; pelo contrário, uma redução desta parece aumentar as possibilidades de flebite, infarto ou embolia. Em metade dos doentes que fizeram conjuntamente os três exames referidos, morreram dez com insuficiência circulatória; desta circunstância tira o A. algumas ilações curiosas: assim, o exame clínico ordinário do coração podia, quando muito, prever um caso de morte, a electrocardiografia cinco casos, ao máximo, a radiografia sete e a medida da capacidade vital, oito. A redução da capacidade vital é, pois, um elemento que permite calcular com mais segurança o prognóstico dos doentes a operar, visto que, quando aquela se verifica, a mortalidade por insuficiência circulatória é 5,2 vezes maior do que quando é normal. Por sua vez, quando tôdas as provas são patológicas, a mortalidade por insuficiência circulatória é, aproximadamente, 12 vezes maior do que quando as provas são tôdas normais.

No segundo artigo trata o mesmo A. da influênciã que exercem os diversos tipos de intervenção sôbre a capacidade vital; particularmente interessante é o facto daquela diminuir tanto mais quanto mais alta fôr a incisão abdominal, e, por outro lado, não ser influenciada pelas operações das extremidades ou pouco influenciada, quando não há complicações pelas diversas espécies de anestesia. As complicações, tais como bronquite, pneumonia ou infarto, diminuem ainda mais a capacidade vital e proporcionalmente à sua extensão; por sua vez, conclue o A., a dor ao nível da região operada desempenha um papel de menor importância no abaixamento da capacidade do que aquêlê que é provocado pelo espasmo muscular reflexo.

J. ROCHETA.



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdade de Medicina do Pôrto

Para o cargo de assistente do 1.º grupo (histologia e embriologia) da Faculdade de Medicina do Pôrto, contratou-se o Dr. Eugénio Côrte-Real.

Hospitais

Escolar

Está aberto concurso para o provimento de um lugar vago de analista da 1.ª clínica cirúrgica do Hospital Escolar.

Civis de Lisboa

Nos Hospitais Civis de Lisboa tomaram posse os novos internos dos internatos geral e complementar.

— Terminou, no dia 23 de Dezembro, o prazo para entrega de documentos para o concurso de médicos analistas contratados.

Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica

No dia 30 de Dezembro reuniu-se a Sociedade Portuguesa de Radiologia Médica, presidida pelo Dr. Aleu Saldanha.

O Dr. José de Pádua mostrou modelos seus de pinças de suporte de películas, dum selector de comando electrificado e dum acessório de comando eléctrico automático para o aparelho de planigrafia.

O Dr. Paiva Raposo falou sôbre o cancro da laringe e seu tratamento radioterápico.

O Dr. Aires de Sousa tratou do problema das hiperostoses frontais internas.

O Dr. Aleu Saldanha apresentou casos de bronquiectasias atelectásicas.



Instituto Português de Oncologia

Para comemorar o 15.º aniversário da fundação do Instituto Português de Oncologia reuniu-se, no dia 29 de Dezembro, naquele estabelecimento, todo o pessoal que ali trabalha. O seu director, Prof. Francisco Gentil, pronunciou uma conferência intitulada «Origens, presente e futuro do Instituto Português de Oncologia».

Congresso das Bruceloses

No Congresso das Bruceloses, que se realizará em Oran, de 3 a 5 de Abril de 1939, por iniciativa da Federação das Sociedades de Ciências Médicas da África do Norte, apresentar-se-ão os seguintes relatórios:

1.º — Epidemiologia das Bruceloses: *a*) em geral, pelo Prof. Lisbonne (Montpellier); *b*) na Argélia, pelo Dr. Mercier (Oran); na Tunísia, pelos Drs. Burnet e Balozet (Tunis); em Marrocos, pelos Drs. Vélú (Casablanca) e Faure.

2.º — Identificação bacteriológica das Brucelas, pelo Prof. Lisbonne (Montpellier).

3.º — Diagnóstico bacteriológico das Bruceloses, pelo Dr. Duffau (Oran).

4.º — Formas clínicas das Bruceloses, pelos Drs. Parienté e Méchali (Oran).

5.º — Complicações das Bruceloses: *a*) médicas, pelo Dr. Gillot (Alger); *b*) cirúrgicas, pelo Prof. Constantini e Dr. Raynal (Alger).

6.º — Tratamento das Bruceloses: *a*) bioterápico, pelo Prof. Lebon (Alger); *b*) quimioterápico, pelo Dr. Anduze (Oran).

7.º — Bruceloses animais, pelos Drs. Vélú e Zottner (Casablanca).

8.º — Profilaxia das Bruceloses: *a*) na Tunísia, pelo Dr. Burnet; *b*) em Marrocos, pelos Drs. Vélú e Faure; *c*) na Argélia, pelo Dr. Jaury.

Organizar-se-ão conferências por professores da Metròpole.

Por ocasião do Congresso realizar-se-ão viagens turísticas, em caminho-de-ferro, para Marrocos e Argélia; de automóvel, para o sul de Oran, e duas viagens de avião para o Grande Erg Ocidental e para Hoggar.

Informações: secretário geral, Dr. René Solal, 16 Bd. Joffre, Oran.

X Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares

O X Congresso Internacional de Medicina e Farmácia Militares deverá realizar-se em Washington, de 7 a 15 de Maio de 1939, presidido pelo general Reynolds, cirurgião-chefe do exército americano. A inscrição está aberta para todos os oficiais dos serviços médicos do Exército, Marinha, Aviação e serviço colonial, forças territoriais e serviço de saúde pública.

O programa científico do Congresso é o que segue :

1.º — Organização e função dos serviços médicos nas expedições coloniais. Relatores : Itália e Estados-Unidos da América.

2.º — Ocorrências prováveis na guerra e métodos de cálculo. Relatores : Alemanha e Estados-Unidos da América.

3.º — Métodos práticos de anestesia e analgesia em cirurgia de guerra. Relatores : Brasil e Estados-Unidos da América.

4.º — Organização e função do serviço químico-farmacêutico militar. Relatores : Argentina e Checoslováquia.

5.º — Tratamento de urgência e aparelhos primários para fracturas dos maxilares, durante a guerra.

6.º — Especialização técnica dos serviços administrativos médicos. Relatores : México e Estados-Unidos da América.

7.º — Oxigenoterapia e seu uso prático nas tropas em serviço activo. Relatores : Bélgica e Estados-Unidos da América.

*

I Congresso Brasileiro de Oto-Rino-Laringologia

Realizou-se, no Rio de Janeiro, o I Congresso Brasileiro de Oto-Rino-Laringologia, tendo assistido mais de cem oto-rino-laringologistas brasileiros, entre os quais os professores catedráticos de oto-rino-laringologia das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro, Recife, Baía, S. Paulo, Pôrto Alegre e Belo Horizonte.

Entre os especialistas estrangeiros presentes contavam-se os representantes das Faculdades de Medicina de Buenos-Aires e Montevideu, da Sociedade Argentina de Oto-Rino-Laringologia e da Academia Nacional de Medicina.

Foi o primeiro Congresso de oto-rino-laringologistas de língua portuguesa.

*

Cursos médicos sôbre tuberculose

O corpo clínico do Sanatório do Caramulo está a realizar cursos gratuitos de especialização médica sôbre tuberculose pulmonar.

*

Saúde pública

O Dr. Henrique Jorge Niny foi nomeado inspector adjunto de sanidade terrestre.

— Abriam-se concursos, por trinta dias, para provimento de dois luga-



res de facultativo municipal, com sede, respectivamente, em Feira Nova e Livração (Marco de Canavezes).

— Para o cargo de delegado de saúde no concelho de Santiago de Cacém nomeou-se o Dr. José Baptista Brás.

— Pelo prazo de trinta dias, a contar do dia 16 de Janeiro, foram abertos concursos para o provimento das vagas existentes de delegado de saúde, substituto, do quadro do pessoal técnico da Inspeção de Saúde do Pôrto, inspector de sanidade marítima do Funchal, guarda mor da mesma inspecção e inspector de sanidade marítima de Ponta Delgada, e ainda das que se verificarem dentro do prazo de dois anos, a contar da data da publicação da classificação dos candidatos. Publicou-se já no *Diário do Governo* o programa destes concursos.

— A Liga Portuguesa de Profilaxia Social enviou ao Ministro da Agricultura uma representação no sentido de se melhorar e tornar mais eficaz a legislação relativa ao cartão profissional passado pela Inspeção Técnica das Indústrias e Comércio Agrícolas a todos os empregados na manipulação e distribuição de numerosos géneros alimentícios.

— Para constituírem a comissão encarregada de elaborar o formulário especial para o fornecimento de medicamentos às associações de socorros mútuos, nomearam-se os Drs Bernardino Álvaro Vicente de Pinho, José Tomaz de Aquino, Costa Júnior, Brás de Jesus Nogueira, Miguel Fadon Lizaso e Adolfo Teixeira.

Saúde colonial

Agruparam-se numa só as delegações de saúde do Pombo e Cuango e as de Maiombe e Cacongo, da colónia de Angola, que se denominarão, respectivamente, delegações de saúde de Cuango-Pombo e de Cacongo-Maiombe, devendo os respectivos delegados de saúde residir, alternadamente, em cada uma das sedes das delegações que entram nos mesmos agrupamentos.

Homenagem

O povo de Tarouca prestou homenagem, em sessão solene, ao Dr. Vítor Osório de Gouveia, delegado de saúde do concelho.

Necrologia

Faleceram: em Lisboa, os Drs. José de Oliveira Serrão de Azevedo, coronel-médico, e Luiz Eugénio da Fonseca Rosado Baptista; e no Funchal, o Dr. Aureliano Corsino Dias.





PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.^o — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

A AMIGDALITE

envolve todo o sistema linfático da garganta, pois que as amígdalas representam em si unidades importantes dêsse sistema.



O estímulo dessa cadeia de capilares por meio de generosas aplicações de

Antiphlogistine

sobre todo o pescôço, é quâsi sempre o tratamento que se requer para remover as toxinas, aliviar o desconforto e reduzir prontamente a inflamação

SOLICITEM AMOSTRAS E LITERATURA MÉDICA A



The Denver Chemical Mfg. Co.

163, Varick Street

Nova York, E. U. A.

Robinson, Bardsley & Co., Lda.

Cais do Sodre, 8, 1.º

L I B R O A

Sala

Est.

Tab

N.º