

Ano XVII

N.º 3

Agosto 1940



LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECÇÃO

PROFESSORES

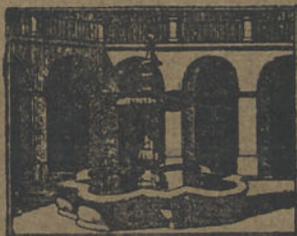
*Egas Moniz, Augusto Monjardino, Lopo de Carvalho,
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

Morais David

REDACTORES

*Morais David, Fernando Fonseca, Eduardo Coelho, José Rocheta, Almeida
Lima, Fernando de Almeida, Cândido de Oliveira,
Oliveira Machado e Carneiro de Moura*



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA
LISBOA

LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

Subsidiado no ano de 1939 pelo Instituto para
a Alta Cultura

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: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60,700

Ano, 80,700

NÚMERO AVULSO: 8,700 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. Morais David, Secretário da Redacção e administrador da *Lisboa Médica*, — Hospital Escolar de Santa Marta, Lisboa.

Injúrias
ocorridas
nos Tra-
balhos In-
dustriais
e no Atle-
tismo



Aplicando Antiphlogistine num entorce de cotovelo

Muitos médicos e cirurgiões tem-se expressado com entusiasmo a favor da Antiphlogistine, como emplastro cirúrgico. Os ferimentos, abrasões e contusões, tendem a melhorar sob o uso desse medicamento. Sendo um antiséptico, que exerce acção tónica sobre os capilares, traz auxílio ao processo curativo, protege contra maiores injúrias, e ajuda a prevenir qualquer infecção inherente na ferida. O seu emprego não causa dor.

Antiphlogistine

Sob pedido, enviaremos amostras aos srs. clínicos

The Denver Chemical Mfg. Company, Nova York

Robinson, Bardsley & Co.,-8, Caes do Sodré-Lisboa

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA
 GRANULADO, INJECTAVEL

NUCLÉARSITOL

"ROBIN"

Anti-tuberculoso, Doenças degenerativas, Lymphatisme
 Medicação de uma actividade excepcional

OS LABORATORIOS ROBIN
 13, Rue de Poissy, PARIS

App. pelo. D. N. S. P.

N.º 825-827
 26 Junho 1923

SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de metilolaminoarsenofenol
 ANTISIFILÍTICO-TRÉPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

VANTAGENS : Injecção sub-cutânea sem dor.
 Injecção intramuscular sem dor.

Adaptando-se, portanto, perfeitamente a todos os casos.

TOXICIDADE consideravelmente inferior aos seus
 similares

INALTERABILIDADE em presença do ar

(injecções em série)

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

Preparado pelos LABORATÓRIOS de BIOQUÍMICA MÉDICA
 19-21, Rue Van-Loo, PARIS (XVI^e)

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA PORTUGAL E SUAS COLÓNIAS:

Teixeira Lopes & Ca., Lda. (Farmácia)
 RUA ÁUREA, 154-156 / RUA DA VICTÓRIA, 75-79
 TELEFONE 2 4 8 1 6 / LISBOA

NEURINASE

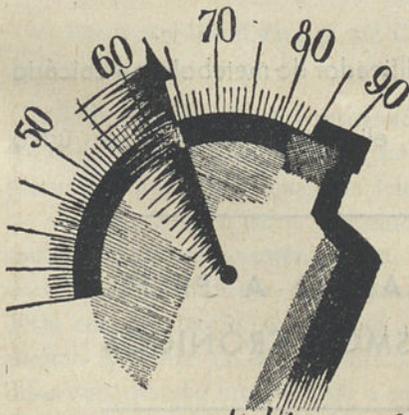
*provoca o
sôno natural*

℞

Insónia

Perlurbações nervosas

AMOSTRAS E LITERATURA
LABORATORIOS GÉNÉVRIER
45, Rue du Marché, NEUILLY-PARIS



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 & ... atos, Rua Setúbal, 11

TRATAMENTO FISIOLÓGICO DAS
PERTURBAÇÕES INTESTINAIS
PELO

SAPROXYL

complexo glucídico que favorece o
desenvolvimento das bactérias aci-
dogéneas antagonistas das floras
patológicas

INDICAÇÕES:

Infeções, Fermentações e
Putrefacções intestinais

Laboratoire PHYGIÈNE
7, Rue Lucien-Jeannin-LA GARENNE (Seine)

Para amostras e literaturas dirigir-se
aos representantes-depositários:

VASCONCELOS & C.ª
50-A, Rua Andrade, 50-B — LISBOA

A

LYXANTHINE ASTIER

**Granulado efervescente
anti-artrítico**



Reune numa forma inédita

33% de princípios activos

Iodo

Enxôfre

} aceleradores da nutrição vascular e articular

Gluconato de cálcio: 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

<i>Sôbre dois casos de Endoflebite Hepática Obliterante (E. H. O.), por Friedrich Wohlwill, L. de Castro Freire e Luiz Malheiro</i>	Pág.	481
<i>Aspectos médicos da colecistectomia, por Mário Rosa</i>	»	497
<i>A aspiração endocavitária de Monaldi — Sua Técnica e conduta de tratamento, por G. Bottari e Casa nova Alves</i>	»	514
<i>Sur l'occlusion intestinale experimentale chez le chien, por Mirabeau Cruz</i>	»	525
<i>Sôbre um caso de carbúnculo tratado pelo «Prontosil», por F. Castro Amaro</i>	»	528
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i>	»	530
<i>Notícias & Informações</i>	»	XXXIII

Prosectorado — Hospital Escolar (Prof. Wohlwill).

Serviço de Pediatria—Hospital da Estefânia (Prof. Salazar de Sousa)

*Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas—Hospital Curry Cabral
(Prof. F. da Fonseca)*

SÔBRE DOIS CASOS DE ENDOFLEBITE HEPÁTICA OBLITERANTE (E. H. O.)

POR

FRIEDRICH WOHLWILL, L. DE CASTRO FREIRE E LUIZ MALHEIRO

A E. H. O., lesão considerada de raridade, tem sido sobretudo estudada pelos anátomo-patologistas, visto como o diagnóstico, apenas presumível em vida, só pode ser feito com segurança depois da autópsia.

Assim, se o quadro anátomo-patológico está bem estabelecido, conhecendo-se relativamente bem, mercê dos trabalhos publicados, os seus aspectos evolutivos, outro tanto não acontece com a etiopatogenese desta curiosa afecção, onde reina a incerteza e obscuridade, parecendo mesmo dominar no estado actual da questão a idéia de que noxes diferentes deverão intervir para a sua produção, tais como factores constitucionais, mecânicos, anomalias congénitas formativas e fenómenos toxi-infecciosos.

Ainda sob o aspecto clínico, os casos divergem, como nitidamente o demonstram os dois que a seguir publicamos, podendo o processo em questão constituir a essência do quadro mórbido, e são o maior número dos casos conhecidos, ou a E. H. O. ser apenas o aspecto local, hepático, de um quadro mórbido mais complexo em que coexistem lesões de outros órgãos.



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

Justifica-se portanto o interêsse casuístico, e que, no desejo de contribuir para o conhecimento mais profundo do assunto e esclarecimento das obscuridades que subsistem em volta d'êle, se publiquem todos os casos que vão sucessivamente aparecendo.

Os dois casos que constituem a base do presente trabalho, — os primeiros que se registam na literatura médica portuguesa, se não estamos em êrro, — dizem respeito um a uma criança de 3 anos de idade, o outro a um adulto.

CASO N.º 1

R. M. C. Sexo masculino — Natural de Alhandra — 3 anos de idade. Foi observado pela primeira vez na Consulta de Pediatria do Hospital da Estefânia (Director Prof. Dr. Salazar de Sousa) em 17-11-39; o doente veio à consulta por queixas vagas do aparelho digestivo e por terem notado crescimento do ventre lentamente progressivo.

Antecedentes hereditários. — Sem importância. Pai nega lues e a mãe não refere abortos. Não há alcoolismo nos antecedentes.

Antecedentes pessoais. — Prematuro de sete meses. Criado ao peito. Desenvolvimento normal nos dois primeiros anos de vida, sem perturbações infecciosas ou transtôrno de nutrição dignos de nota. Não refere hábitos alcoólicos. Os pais, não precisando bem, indicam alguns meses antes da nossa primeira observação o início da doença actual, que começou a pouco e pouco, sem febre e sem perturbação acentuada do estado geral.

Na primeira observação nota-se criança com regular desenvolvimento e aspecto geral, chamando logo a atenção o exagerado volume do ventre. Há ligeiro tom ictérico da pele e conjuntivas, que se não acentuou nas observações seguintes e antes se desvaneceu para não mais tornar a aparecer. O ventre não é nitidamente doloroso à palpação; verifica-se a existência de ascite, aumento de volume do fígado, palpando-se bem o bordo inferior, adelgado; grande diastase dos rectos; baço não está aumentado de volume; rêde venosa abdominal acentuada; não existe anemia.

O exame torácico revela-nos bronquite difusa e tons cardíacos normais.

Observado novamente em 20-11-39, verifica-se que a reacção à tuberculina (adesivo) é nitidamente negativa. Análise de sangue:

Hemoglobina	78 %
Eritrócitos	4.200.000
Leucócitos	13.000



FÓRMULA

Monócitos	2 %
Linfócitos	23 %
Neutrófilos segmentados	65 %
» bastonetes	16 %
Metamielócitos	0 %
Mielócitos	0 %
Eosinófilos	8 %
Basófilos	0 %

Admitido no Serviço do Prof. Salazar de Sousa em 4-IV-39. Mantém-se bom estado geral; exame abdominal sensivelmente na mesma, parecendo-nos que, durante o mês e meio em que deixámos de ver o pequeno, o fígado se reduziu um pouco.

Repete-se a reacção à tuberculina, que é novamente negativa. Durante o tempo que esteve na enfermaria até à laparotomia exploradora não manifestou icterícia; apenas duas ou três vezes, inter-correntemente, apresentou pequenas elevações de temperatura e uma vez apenas esta subiu acima de 38°.

Análise de urinanormal, sob todos os aspectos

Reacção de Wassermann e Kahnnegativa

» de V. der Bergh
 { directa negativa
 { indirecta muito fracamente positiva

Canzonninegativa

Colesterinemia 3,80 o/oo

Curva da glicemia (sobrecarga de 20 gramas de glicose).

Jejum	0,67
1. ^a ½ hora	0,91
2. ^a » »	1,25
3. ^a » »	1,08
4. ^a » »	1,35

Mantoux a 1 % negativo

Radiografias ao tórax e ao abdómen não revelaram lesões tuberculosas ou calcificações ganglionares.

Nova análise de sangue em 14-IV-39:

Hemoglobina	80 %
Eritrócitos	4.200.000
Leucócitos	14.000

FÓRMULA

Monócitos	6 %
Linfócitos	35 %
Neutrófilos segmentados	50 %
Bastonetes	7 %
Metamielócitos	0 %
Mielócitos	0 %
Eosinófilos	2 %
Basófilos	0 %

Velocidade de sedimentação 2^{mm} na 1.^a hora.

26-IV-39 — Ascite tem aumentado consideravelmente. Paracentese; retiram-se cerca de 3 litros; líquido citrino, turvo, cujo exame revela:

Albumina, mais de 7^{er} 0/00

Rivalta positiva

Sedimento — Bastantes linfócitos; alguns monócitos e polinucleares. O líquido reproduziu-se rapidamente.

16-V-39. — Laparotomia exploradora supra-umbilical mediana sob anestesia geral pelo éter. (Dr. Abel da Cunha). Líquido amarelo-acastanhado em grande quantidade. Fígado aumentado de volume de cor vermelho-escura, superfície irregular, de consistência aumentada, sem nódulos. Vesícula volumosa, sem lesões parietais.

Baço — Palpa-se sem que haja impressão de alteração de volume ou consistência.

Peritoneu — Parietal e visceral, sem lesões. Tirou-se um fragmento do bordo anterior do lobo esquerdo do fígado para exame histológico. Sutura em 3 planos. Exame do líquido peritoneal sensivelmente igual ao exame acima referido.

Inoculação no cobaio — negativa.

18-V-39. — Nota-se transudação de líquido através da sutura, por reprodução rápida e abundante da ascite. Punção evacuadora.

20-V-39. — Fístula por um dos pontos superiores.

23-V-39. — Ao tirarem-se os agraes, com o choro e tensão do líquido, a criança faz evisceração. Reoperado 10 minutos depois; evacua-se a maior quantidade possível de líquido amarelo hemático; sutura cuidadosa da parede em 3 planos.

25-V-39. — Síndrome peritoneal agudo.

26-V-39. — Morte. Autópsia 3 horas depois.

Diagnóstico clínico provisório. — Cirrose hepática com ascite (líquido com aspecto inflamatório); etiologia obscura.

A biopsia do bordo do fígado revela: estase; infiltração gorda; inflamação subaguda e crónica dos espaços porta-biliares; não é possível fazer um diagnóstico de doença bem caracterizada.

Relatório microscópico da biopsia. — As zonas periféricas dos lóbulos hepáticos apresentam células hepáticas cheias de gordura. As partes centrais apresentam estase dos capilares e infiltração gorda das células hepáticas menos acentuadamente.

Todos os espaços de Glisson estão espessados, apresentando quer infiltrações linfoplasmocitárias, quer aumento de tecido fibroso. Este último é, em alguns dos triângulos de Glisson, muito rico em fibrocitos e fibroblastos, contendo também algumas plesmazellen e mastzellen. As veias interlobulares apresentam lumes estreitos e tortuosos, sendo apanhados por isso algumas vezes no mesmo triângulo.

O exame anátomo-patológico da autópsia conduz, no entanto, ao diagnóstico de endoflebite hepática obliterante.

A autópsia, feita 3 horas após a morte, deu o seguinte resultado:

Endoflebite produtiva das veias suprahepáticas. Trombose duma pequena raiz da veia suprahepática dir. Estrutura muito alterada do parênquima hepático com esclerose perivenosa. Ligeira tumefacção dura do baço. Ascite. Status post-laparotomia e biopsia tirada do lobo esq. do fígado. Peritonite difusa fibrino-purulenta. Bronquite difusa. Ligeira bronquiectasia no lobo inferior dir. com focos de broncopneumonia hemorrágica neste lobo. Unhas em vidro de relógio.

As alterações que mais interessam neste conjunto são as seguintes:

No tronco da veia suprahepática esq. encontram-se alguns espessamentos circunscritos da íntima, de superfície ligeiramente rugosa. Ao nível da primeira bifurcação a parede está bastante espessada. Uma pequena veia que desemboca neste tronco apresenta, no lume, uma pequena formação cilíndrica de côr avermelhada e de superfície sêca.

Veia-porta. — Tronco, raízes e ramos de calibre habitual, de lume livre e sem esclerose da íntima.

Conduitos biliares extrahepáticos. — Bem permeáveis, de calibre habitual com a mucosa fortemente côrada de bîlis.

Vesícula biliar. — Cheia duma bîlis muito rica em muco. Mucosa sem alterações.

Fígado: 21,5:15:16. Superfície externa um pouco irregular, sem ser pronunciadamente granulosa. Na superfície do lobo dir. existe um foco mais amarelo, do tamanho dum grão de painço. Consistência aumentada. Na superfície de secção a estrutura está bastante modificada, encontrando-se lóbulos grosseiros com veia central nítida e com os centros dos lóbulos esbranquiçados e as porções periféricas avermelhadas. Em volta de alguns lumes vasculares encontra-se um tecido esbranquiçado duro. No bordo do lobo esquerdo há uma sutura.

EXAME HISTOLOGICO

As ramificações principais extrahepáticas das veias suprahepáticas apresentam espessamento de tóda a parede, com proliferações da íntima muito intensas e constituídas por fibras conjuntivas de aspecto mucóide (coloração azulada na preparação de Hematoxilina-Eosina e amarelo-avermelhada na preparação de Unna-Pappenheim) e por fibras elásticas. Média talvez um pouco atrofiada. Adventícia espessada por fibras colagéneas espessas. Num ponto determinado há, no tecido periadventicial duma veia apanhada tangencialmente, uma acumulação circunscrita de células de várias espécies: predominantemente

granulócitos e fibroblastos; há também linfócitos, histiócitos e poucas plasmazellen. O lume duma das veias contém a formação trombótica mencionada no relatório macroscópico.

Tôdas as ramificações intrahepáticas das veias suprahepáticas apresentam proliferação do tecido da íntima, estreitando os lumes das veias maiores (veja Fig. 1) e obliterando por completo ou quasi por completo os das mais pequenas. Este tecido proliferado é pobre em células, mas mostra muitas fibras conjuntivas, tanto colagêneas como elásticas neoformadas, bastante finas. A média das veias de calibre médio apresenta-se em certas zonas, quer homogênea e bastante eosinófila, quer composta por tecido laxo e cromotropo.

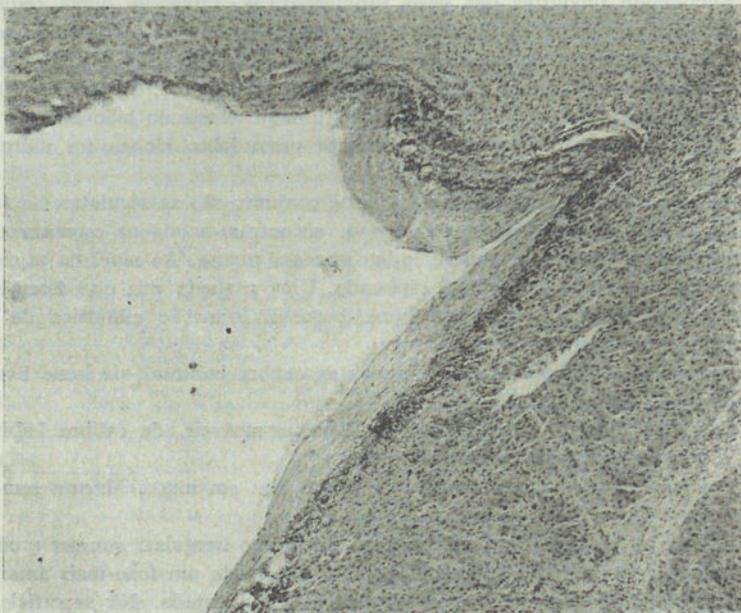


Fig. 1

Caso I — Formação de almofadas da íntima duma
veia suprahepática

Fígado — As veias centrais estão dilatadas, apresentando em lugar da simples membrana endotelial uma parede própria com fibras colagêneas e elásticas finas.

No tecido hepático há estase central intensa dos capilares. As trabéculas hepáticas aí situadas estão muito adelgadas. Mas há atrofia das trabéculas também em outros pontos, e isto em relação com as modificações do tecido intersticial. As «Gitterfasern» estão ligeiramente espessadas em toda a parte. Além deste espessamento difuso e igual, há zonas, a maioria delas em conexão com os vasos — quer veias centrais, quer, predominantemente, veias interlobulares — em que existem não só aumento das fibrilas reticulares, mas também

desenvolvimento de fibras colagêneas e até de fibras elásticas finas, se bem que não muito fortemente coráveis.

Neste tecido, aliás bastante pobre em células, encontram-se ainda alguns capilares, parte deles dilatados; a maioria, porém, desapareceu. Por outro lado, o tecido não só afasta as trabéculas hepáticas umas das outras, comprimindo-as e atrofiando-as, mas introduz-se também, em alguns pontos, entre as células hepáticas e isola-as. Resulta, nestas zonas, um aspecto um pouco semelhante ao da cirrose de Hanot. Há algumas, raras, hemorragias.

A estrutura geral do tecido hepático não está muito alterada. Os espaços de Glisson apresentam aumento de tecido fibroso, sem multiplicação de núcleos. Ramos da veia-porta e da artéria hepática sem alterações.

Baço. — Não se encontram nem lesões vasculares, nem processos esclerosantes, nem estase. Há muitas plasmazellen na polpa, quer dispersas, quer formando pequenas acumulações.

Dos casos publicados a maioria são de adultos, na idade média da vida; no entanto, alguns casos tem sido descritos em crianças (Gee, Schüppel, Lazarus Barlow, Penkert, Fabris, Hess, Burkardt e Vamos).

O caso de Gee é de uma criança de 17 meses e a maioria dos casos infantis anda à volta dos 2 ou 3 anos de idade.

Recentemente Wurm publicou oito casos de lactantes que considerou como de E. H. O.; êsses casos, que tiveram um decurso rápido, poucos meses de duração até à morte, foram por êle observados no curto espaço de três anos. Embora as lesões descritas se aproximem do quadro clínico e anátomo-patológico da E. H. O., fica-nos uma certa dúvida sobre se na verdade se trata do mesmo processo. Os casos de Wurm apresentam uma evolução, um decurso muito mais rápido e brutal. Há predomínio de lesões de estase no sistema-porta, com muito mais discreta participação das veias hepáticas, sem haver estreitamento do lume das veias, e caracteriza-os intensa infiltração serosa subendotelial, com verdadeiros descolamentos do endotélio venoso, aspecto que se não impõe nos casos anteriormente descritos de E. H. O., embora alguns AA. (Rössle, Inthorn, Coronini e Oberson) considerem uma fase de inflamação serofibrilar das paredes venosas, como fase inicial da E. H. O., e nisso se funda Wurm para estabelecer a identidade dos dois processos.

Por outro lado, surpreende o número de oito casos em três anos, tratando-se de uma manifestação rara, o que, junto ao aspecto semelhante de todos os casos, com a etiologia comum de infecção ou perturbação aguda gastro-intestinal, em lactantes criados artificialmente, faz pensar antes na possibilidade de lesões toxi-infecciosas, que electiva-

mente e por vizinhança se localizaram no sistema-porta e não propriamente na E. H. O.

O caso que referimos tem, clínica e anátomo-patologicamente, as características da E. H. O. e afasta-se dos casos de Wurm.

Sob o ponto de vista etiopatogénico, é êste caso bastante obscuro. Não existe base suficiente para nos apoiarmos em anomalias constitucionais ou defeitos formativos; não nos foi referido, por outro lado, além das banais perturbações alimentares e infecciosas da primeira infância, qualquer processo infeccioso, tóxico, de importância, que com o início das lesões directamente se prendesse; por outro lado ainda, pudemos pôr de banda, pelo exame clínico, confirmado depois pelo exame necròpsico, a existência de infecções crónicas, a tuberculose, a infecção cardiorreumática e a sífilis congénita, estas últimas apontadas como causa freqüente da E. H. O.

A ligeira icterícia que na primeira observação notámos e que depois se atenuou, indica-nos talvez, como mais provável, a etiologia tóxi-infecciosa, embora a não possamos indicar como certa. É um sintoma que pode aparecer fugaz, ou mais demorado, na evolução da E. H. O., mas não pertence em geral ao quadro mórbido.

Como noutros casos se tem observado, o exame do líquido de ascite tinha neste o carácter de exsudado; tal aspecto pode corresponder apenas ao início da afecção, perdendo-se mais tarde, nos casos de evolução arrastada, para tomar então, a pouco e pouco, o aspecto de transudado. Merece êste facto, a nosso ver, um certo relêvo para o diagnóstico diferencial com as cirroses hepáticas, cardio-hepáticas, síndrome de Banti, etc.

Pelo contrário, a hipercolesterinemia, a irregularidade da curva da glicemia e a reacção de V. der Bergh indirecta, fracamente positiva, tal como nós encontrámos no referido caso, são de achar em outras situações de lesão hepática infantil e destituídas, portanto, de significado diagnóstico.

Um ensinamento que devemos tirar ainda da nossa observação é a possível gravidade da laparotomia exploradora em tais casos, quando a tensão do líquido é grande e grande a rapidez de reprodução da ascite.

Dois dias depois da intervenção o líquido transudava através da sutura e, a-pesar-de nova punção evacuadora, não foi possível evitar a fístula, a eventração e subsequente peritonite, que vitimou a criança.

A E. H. O. é um síndrome que não encontrou ainda cabimento

nos tratados de pediatria, se exceptuarmos uma rápida referência no tratado de anatomia patológica infantil de Brüning e Schwalbe. E, no entanto, julgamos que, a-pesar da raridade, é um assunto que merece interessar os pediatras, devendo-se entrar em linha de conta com a E. H. O. no diagnóstico diferencial daquelas situações obscuras que se caracterizam essencialmente por ascite e hipertrofia do fígado.

CASO 2

A. C., de 39 anos de idade, entrada em 10 de Abril de 1939 no pavilhão n.º 4 do Serviço de Isolamentos do Hospital Curry Cabral.

Início da doença três meses antes, com cansaço progressivo, crises nocturnas de falta de ar, edemas dos membros inferiores e tosse persistente, com expectoração mucosa. Sensação penosa de enfartamento constante. Não refere qualquer doença anterior, não teve filhos nem abortos. Hábitos alcoólicos seguros. É uma doente envelhecida precocemente, pois embora tenha apenas 39 anos, o seu aspecto é o de uma pessoa de 55. Apresenta um estrabismo divergente do globo ocular esquerdo, que data, segundo a doente, desde a sua infância (10 anos). Apirética. Edemas dos membros inferiores. Artérias periféricas duras. Pulso de Corrigan, rítmico, com uma frequência de 64 pulsações por minuto. Submacissee e fervores de estase em ambas as bases pulmonares. Choque da ponta desviado para baixo e para fora. Sôpro sistólico no foco aórtico, sendo também audível um sôpro suave sistólico no foco mitral. Tensão arterial $Mx = 18$; $Mn = 3$.

Abdómen um pouco volumoso, com sinais evidentes de existência de ascite. Esta não impedia, porém, a palpação do fígado, aumentado de volume (bordo anterior situado uns quatro dedos abaixo do rebordo costal direito), de superfície não muito lisa e muito duro. O exame permitia também a palpação do baço, que descia dois dedos abaixo do rebordo costal esquerdo. Reflexos tendinosos e pupilares normais.

Foram feitos os seguintes exames laboratoriais: Análise de urina — normal. Reacção de Wassermann — fortemente positiva (++++). Doseamento de ureia no sangue: 0,40 grs. $\frac{\%}{100}$ de sôro. Reacção xantoproteica-negativa.

Análise citológica de sangue: leucócitos, 6600; glóbulos rubros, 3.200.000; hemoglobina, 55 %. Fórmula leucocitária: neutrófilos, 65 %; eosinófilos, 2 %; basófilos, 0 %; grandes mononucleares, 4 %; linfócitos, 29 %.

Fizeram-se: uma radiografia do tórax e vários electrocardiogramas. Estes últimos mostraram sinais de insuficiência coronária (abaixamento de S. T. na primeira derivação e T. negativo nas primeira e segunda derivações).

A doente esteve na enfermaria dois meses, durante os quais apresentou alternativas de melhoria e agravamento do seu estado, não chegando nunca porém a sair da fase de descompensação em que tinha entrado. Quinze dias antes de falecer, teve um edema pulmonar agudo, agravando-se progressiva e rapidamente a sua situação a partir dessa ocasião.

Clinicamente diagnosticou-se aortite luética, com insuficiência aórtica e cirrose hepática.

Como quasi sempre, a E. H. O. não entrou em consideração e só a autópsia revelou a sua existência. Se a dificuldade do diagnóstico desta doença é sempre enorme, mesmo nos casos em que ela constitue o único factor determinante do quadro patológico, facilmente se comprehende como essa dificuldade se torna maior ainda nos casos em que, como neste, se verifica a coexistência de outros factores capazes de criarem complexos sintomáticos análogos aos produzidos pela E. H. O.

Havia nesta doente uma symptomatologia circulatória predominante, criada pelas suas lesões cardio-aórticas. A-par dela, com uma expressão muito apagada na complexidade do quadro clínico no qual difficilmente se individualizava, havia também um conjunto symptomático que conduzia ao diagnóstico de cirrose hepática e ao qual não faltava a presença dos dois factores etiológicos existentes: alcoolismo e sífilis.

A autópsia, feita 13 horas depois da morte, deu o seguinte resultado:

Aortite sífilítica invadindo as sigmoideas aórticas. Insuficiência aórtica. Dilatação e hipertrofia de ambos os ventrículos, mais do esquerdo. Obstrução do orificio da coronária dir., estreitamento do da esq. Espessamento do endocárdio da aurícula esq. Cicatriz no músculo papilar posterior do ventrículo esq. Anasarca.

Endoflebite crónica (sífilítica?) obliterante da veia-cava inferior e da veia suprahepática esq. Obstrução da embocadura da veia suprahepática dir. Varizes das veias diafragmáticas do lado dir. Ligeira dilatação das veias esofágicas. Fígado de estase com remodelação intensa da estrutura. Ascite. Tumefacção do baço.

Trombose do plexo paravaginal. Aterosclerose da aorta e das artérias femurais. Esclerose dos ovários. Fócos hemorrágicos em ambos os pulmões.

Pudemos verificar especialmente as seguintes alterações:

Estômago e duodeno. — Com as mucosas muito congestionadas.

Vias biliares. — Sem acidente digno de nota.

Veia-porta. — Sem espessamento da íntima.

A *veia-cava inferior* apresenta immediatamente abaixo do diafragma um apêto anular bastante intenso, provocado por uma crista de tecido fibroso da íntima. Há um aspecto semelhante, mas ainda mais marcado, ao nível da desembocadura da veia suprahepática esquerda. Em vez da abertura do ramo principal dir. vê-se só um orificio muito pequeno, que não permite a passagem para o fígado. Existem muitas varizes das veias diafragmáticas do lado dir. Na porção da veia-cava situada abaixo do apêto a íntima apresenta um espessamento difuso e alguns focos amarelados, ligeiramente salientes, em forma de estrias longitudinais e transversais. As veias suprahepáticas que desembocam nesta porção da veia-cava estão bastante dilatadas.

Fígado: 24:17:9,5. Há aderências em forma de bridas com os órgãos vizinhos. A superfície externa apresenta-se grosseiramente bosselada e, além disso, tem grânulos muito finos. Consistência muito aumentada. Na superfície de

secção encontra-se uma estrutura muito atípica, com lóbulos de tamanhos muito variados e com zonas cicatriciais de côr esbranquiçada. A côr do próprio tecido hepático é amarelo-acastanhada.

EXAME HISTOLÓGICO

Veia-cava. — A crista descrita no relatório da autópsia é constituída por tôdas as camadas da parede venosa, mas predominantemente por feixes musculares, dissociados por edema e contém bastantes capilares de lumes estreitos, mas cheios de eritrócitos. A parede vascular ao-pé da crista apresenta uma saliência em forma de almofada, constituída por fibras colagéneas e elásticas. A camada elástica interna é, a êste nível, muitas vezes interrompida, estando as fibras enoveladas. Abaixo desta saliência, verifica-se neo-formação de várias camadas de fibras elásticas finas. No bordo da «almofada» a íntima está um pouco separada da média.

Fígado. — Remodelação intensa da estrutura, sem que se possa falar de formação de pseudo-lóbulos ou de cirrose anular.

O parênquima hepático é percorrido por trabéculas espessas dum tecido conjuntivo muito pobre em núcleos e quási isento de infiltrações inflamatórias. No entanto contém muitos capilares, sobretudo nas regiões onde se inserem na cápsula. O tecido conjuntivo que compõe estas trabéculas é constituído por fibras colagéneas côradas de alaranjado, na coloração de van Gieson e por numerosas fibras elásticas granulosas, grumosas, muitas vezes interrompidas e côradas duma maneira bastante apagada na coloração de Weigert.

Os feixes fibrosos contém: 1) pequenas ilhas de células hepáticas, quer bem conservadas, quer constituindo trabéculas muito delgadas e separadas umas das outras por tecido conjuntivo; 2) condutos biliares e os chamados «pseudotubulos», não muito numerosos; 3) pequenas veias apresentando os lumes completamente preenchidos pelo tecido fibroso e por isso só reconhecíveis nas colorações de fibras elásticas, as quais mostram os anéis das camadas elásticas interna e externa. (Veja Fig. 2).

Fora das trabéculas fibrosas encontram-se apenas poucas veias suprahepáticas. Teem lumes permeáveis, mas mostram saliências em almofadas compreendendo uma parte da circunferência e constituídas por tecido conjuntivo laxo, de aspecto mucoso (metacromasia), com raras fibras elásticas finas e muitas vezes interrompidas.

Os lóbulos de tecido hepático melhor conservado apresentam veias centrais de paredes ligeiramente espessadas. Em volta delas há estase dos capilares, não muito pronunciada, com atrofia das trabéculas hepáticas. Em alguns pontos verifica-se a confluência dos capilares dilatados, com desaparecimento das células hepáticas.

A rêde das «Gitterfassern» apresenta-se normal nuns pontos; noutros, as fibras estão fortemente espessadas, quer rodeando ainda capilares mais ou menos dilatados, quer comprimindo-os e mesmo substituindo-os («fibrose capilar»).

Os ramos da veia-porta não apresentam nenhuma alteração. Há infiltrações linfo-plasmocitárias muito escassas nos espaços de Glisson.

Ambos os casos descritos representam, anátomo-patologicamente, exemplos típicos da «Endoflebite hepática obliterante», descrita primeiro por Chiari, há 40 anos. Deve haver hoje 65 a 70 comunicações sobre esta doença. Parece pois tratar-se duma afecção bastante rara. No entanto, um estudo mais atento procurando também lesões só microscòpicamente reconhecíveis, talvez mostre que é mais freqüente do que se supõe.

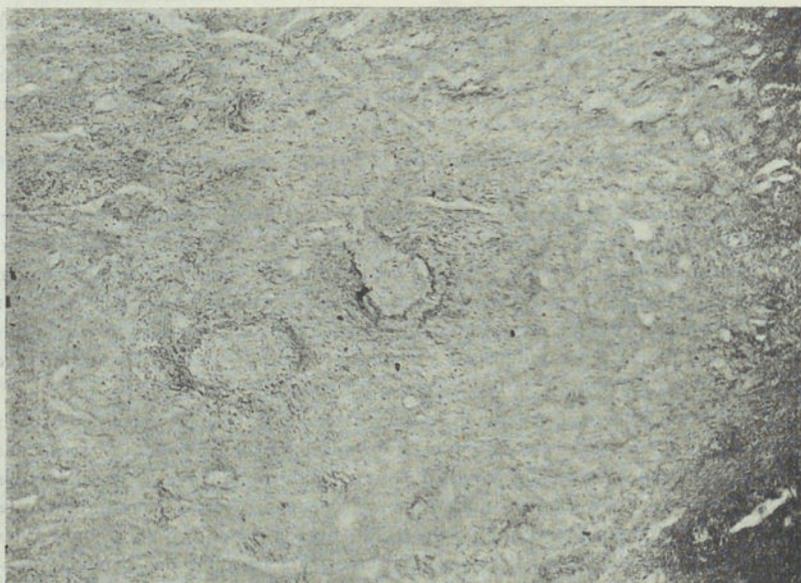


Fig. 2

Caso II — Tecido cicatricial com veias obliteradas

No princípio os casos observados e publicados eram quasi todos de adultos. Mas nos últimos tempos mostrou-se que a afecção atinge crianças não muito raramente. Se abstrairmos dos oito casos de Wurm, mencionados acima, assim como do caso publicado por Evers, — o qual diz respeito a um recém-nascido de 42 cm. de comprimento, apresentando porém algumas particularidades que deixam dúvidas sobre se deve ser incluído nesta entidade mórbida, — encontramos onze casos em que a morte se deu na infância (entre 16 meses e 13 anos de idade). Além disso, há dois casos entre os 16-18 anos, e, final-

mente, o caso dum doente que morreu na idade de 23 anos, mas com comêço da afecção na infância (Hutchinson e Levy-Simpson).

O facto do aparecimento da afecção em indivíduos muito novos levou até a modificar as opiniões sôbre a causa da doença. Chiari tinha suposto uma etiologia sífilítica, e esta hipótese foi aceite por vários autores, se bem que em casos de sífilis hepática certa o processo em questão ainda não tivesse sido verificado e que, por outro lado, a existência de sífilis apenas foi averiguada em seis casos de E. H. O. (Kühnel e Priesel, Satke, 1929). Autores posteriores e sobretudo Rössle e Coronini e Oberson, consideram a doença como manifestação duma reacção alérgica, baseando-se no facto da afecção ter, morfologicamente, muitas analogias com processos vasculares de natureza alérgica e especialmente reumatismal, verificando-se ainda poderem aparecer outros sinais de reumatismo tanto na história clínica como no exame necrópsico de tais doentes.

Os casos infantis deram origem a outras presunções. Por um lado, pensou-se na sífilis congénita, como agente, hipótese defendida sobretudo por Beitzke, que encontrou no fígado de recém-nascidos e lactantes sífilíticos lesões das veias semelhantes às de que estamos a tratar.

Por outro lado, foi imposta a idéia duma malformação. A falta completa, na maioria dos casos, de sinais de inflamação, a predilecção do processo pela região da embocadura das veias suprahepáticas na veia-cava inferior, a existência, a êste nível, duma membrana fina por vezes, crivada (Kraft), que obstrói o lume, e de pequenas covinhas na região da veia-cava, onde as veias suprahepáticas deviam desembocar (Gee, Penkert), parecem depor em favor desta hipótese. Dentro da mesma ordem de idéias Moore, Parkes Weber e H. Müller, Humphry Rolleston e outros, pensavam que o processo de obliteração fisiológica do conduto venoso de Arantius podia propagar-se para as embocaduras das veias suprahepáticas situadas muito perto daquele conduto. No entanto devemos lembrar que ninguém, até agora, verificou tal processo e que nos parece até pouco provável a sua existência. Outros autores, pelo contrário, objectaram à hipótese de malformação exactamente o facto de o conduto de Arantius se encontrar obliterado nestes casos, ao passo que seria antes para esperar que um apêrto congénito das veias suprahepáticas conduzisse à persistência do lume daquele conduto, em analogia com os factos observados em casos de apêrto congénito dos orifícios valvulares do coração e das grandes artérias.

Depõe ainda contra a hipótese de malformação primitiva a exis-

tência de casos, se bem que raros, em que, em contraste com as observações habituais, o processo não atinge a região da embocadura das veias, mas sim, primitivamente, os ramos intrahepáticos (Hart, Kraft).

É bem possível, como já dissemos, que este quadro mórbido, com unidade anátomo-patológica, tenha etiologias diferentes (Kraft).

Comparemos agora os resultados do exame anátomo-patológico nos nossos dois casos: O processo é, evidentemente, mais avançado na doente adulta. Na criança faltam as trabéculas espessas de tecido cicatricial que envolvem as veias suprahepáticas alteradas. Os ramos intrahepáticos destas últimas estão quasi todos elles completamente obliterados, no caso do adulto, ao passo que, na criança, existem apenas os espessamentos em almofada da íntima, conduzindo ao apêrto do lume, mas só excepcionalmente à sua obliteração completa. Conseqüentemente, a remodelação da estrutura do tecido hepático está mais avançada no caso adulto do que no da criança.

Por outro lado, a fibrose capilar, — achado muito característico nestes casos e pôsto em relêvo sobretudo por Coronini e Oberson, — é mais pronunciada na criança. Esta apresenta, pois, um processo mais recente, mas, a-pesar disso, mais extenso. É de notar que em ambos os casos a veia-porta e as suas ramificações, as quais em muitos casos publicados tomam parte na afecção, ficaram ilesas. Finalmente são curiosos os dois factos seguintes: 1.º) É na mulher sífilítica que existe aquela crista de tecido fibroso formando um diafragma incompleto no lume da veia-cava inferior, aspecto que poderia levar à hipótese duma malformação. 2.º) Ao passo que no conjunto faltam, em ambos os casos, os processos inflamatórios, de acôrdo com os resultados observados pela maioria dos autores (1), encontramos todavia, precisamente, na criança, um foco de inflamação pronunciada no tecido periadventicial duma veia. É difícil interpretar o significado desta inflamação; mas parece-nos forçado não aceitar qualquer conexão com o processo fundamental. Sendo assim, este facto deporia mais em favor duma afecção exogéna.

Teríamos então que admitir uma origem congénita no caso do adulto e uma afecção adquirida no da criança. Tal interpretação, se bem que pareça um pouco paradoxal, não tem nada de impossível. Evidentemente um processo congénito pode conduzir a conseqüências

(1) Só excepcionalmente se observam processos inflamatórios e até granulomatosos, como nos casos de O. Meyer, Gaspar, Burkardt.

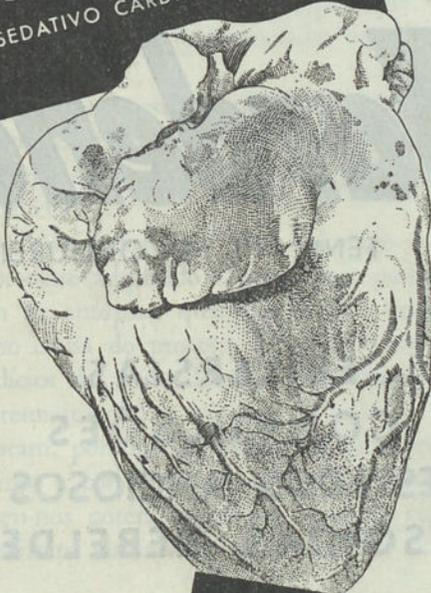
LISBOA MÉDICA

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

■
MEDICAMENTOS CARDIACOS
ESPECIALIZADOS

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

SPASMOSEDINE
SEDATIVO CARDIACO



DIGIBAÏNE
TONICO CARDIACO

os 2 medicamentos cardiacos essenciaes

LISBOA MÉDICA

veriqueim

Gardénal

FENIL ETIL MALONILUREIA

EPILEPSIAS
CONVULSÕES
ESTADOS ANCIOSOS
INSONIAS REBELDES

EM TUBOS DE COMPRIMIDOS
a 0 gr. 10 0 gr. 05 0 gr. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA

MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE . PARIS . 3^{ÈME}

graves só numa idade avançada: as perturbações clinicamente verificáveis devem atribuir-se muitas vezes não à afecção primitiva, mas sim à formação de trombos recentes (Satke, Hilsnitz) ou à propagação do processo para o território da veia-porta.

É verdade que estas duas alterações não se observaram no nosso caso do adulto. Em compensação existia nêle uma afecção sifilítica da aorta, que, pela perturbação circulatória geral, podia ter comprometido também a circulação hepática e de tal maneira que a certa altura se tornou manifesta a insuficiência circulatória, existente neste território, mas até então compensada. Esta compensação verificou-se pela formação de veias colaterais (pronunciadas varizes das veias diafragmáticas e esofágicas).

Mas é justamente esta aortite sifilítica que nos leva a duvidar dum processo de malformação. Vimos que a origem sifilítica da E. H. O. é admitida por muitos autores. Tratar-se-ia no nosso caso de mera coincidência?

Por outro lado, é claro que num indivíduo novo de 3 anos já pode existir um processo adquirido. Todavia não pudemos verificar nem na história nem na autópsia, qualquer afecção exogéna que pudesse ser acusada como causa do processo flebítico, e especialmente não havia nenhuns indícios das duas doenças mais importantes a êste respeito: a sífilis e o reumatismo.

Não bastam, portanto, infelizmente, as observações por nós feitas para chegarmos a conclusões certas com respeito à etiologia dos dois casos. Pareceu-nos porém vantajoso expor as possibilidades e dificuldades que existem ainda neste problema.

BIBLIOGRAFIA

I — Tabela dos casos em crianças e adolescentes :

<i>Autor</i>	<i>Idade</i>	<i>Publicado em :</i>
EVERS, H.	Recem-nascido	<i>Frankfurter Zeitschr. f. Pathol.</i> 51, p. 203, 1938.
WURM, H.	8 casos de lactantes	<i>Klin. Wochenschr.</i> : 1939, Nr. 48, p. 1527.
SANTI, E.	16 meses	<i>Arch. Sci. med.</i> 55, p. 166, 1931.
GEE,	17 meses	<i>St. Bartholomews Hosp. Rep.</i> 7, 1871, (cit. por PENKERT).
PENKERT,	22 meses	<i>Virchows Archiv</i> 169, p. 337, 1902.

VAMOS, G.	2 anos	<i>Zentralbl. f. Pathol.</i> 71, p. 1, 1938.
BUDEY,	2 anos	<i>Erd. Mus. Egyesül</i> 28, Nr. 1/3 1906 (cit. por VAMOS).
BURKARDT, L.	2 1/4 anos	<i>Frankf. Zeitschr. f. Pathol.</i> 52, p. 567, 1938.
FISHER, T.	3 anos	Cit. por PARKES WEBER E MUELLER.
BOETTIGER, E.	3 anos	<i>Acta pediatr.</i> 5, p. 144, 1926, (cit. por WEBER E MUELLER).
LAZARUS-BARLOW	13 anos	Cit. por PARKES WEBER E MUELLER.
HESS,	?	<i>Amer. Journ. Med. Sciences</i> 130, p. 986, 1905 (cit. por PARKES WEBER E MUELLER).
SCHUPPEL.	?	<i>Ziemssens Handb.</i> Vol. 8, 1880 (cit. por SCHMINCKE).
FABRIS, A.	16 anos	Cit. por PARKES WEBER E MUELLER.
GASPAR, ST.	18 anos	<i>Virchows Archiv</i> 265, p. 31, 1927.
HUTCHINSON E } LEVY - SIMPSON }	Começo na infancia	<i>Arch. Dis. Childh.</i> 5, 167, 1930 (cit. por PARKES WEBER E MUELLER).

II — Outras publicações

BEITZKE, H.: *Zieglers Beitr.* 84, p. 317, 1930. — CHIARI, H.: *Zieglers Beitr.* 26, p. 1, 1899. — CORONINI e OBERSON: *Virchows Arch.* 298, p. 251, 1936. — HILSNITZ, FR.: *Zentralbl. f. Patholog.* 36, p. 101, 1925. — HUMPHRY ROLLESTON: *Diseases of the liver.* 2 Ed. 1912, p. 51 (cit. por PARKES WEBER E MUELLER). — INTHORN, W.: *Endophlebitis hepatica obliterans unter dem Bilde rheumatischer Wandveraenderungen.* In. Diss. Berlin, 1932. — KRAFT E.: *Frankf. Zeitschr. f. Pathol.* 29, p. 148, 1923. — KUEHNEL E PRIESEL, A. *Med. Klin.* 1921, 5. — MOORE, CR.: *Med. Chronicle* 36, p. 240, 1902. (Cit. por PARKES WEBER E MUELLER). — PARKES WEBER, F. E MUELLER, H.: *Zentralbl. f. Pathol.* 62, p. 370, 1935. — ROESSLE, R.: *Virchows Archiv* 288, p. 781, 1933. — SATKE, O.: *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 165, p. 330, 1929. — SCMINCKE, A.: *Handb. d. allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie d. Kindesalters (Brüning-Schwalbe)*, Vol. 2, AbA. III, p. 1224.

Serviço da 2.^a Clínica Médica
(Director: Prof. PULÍDO VALENTE)

ASPECTOS MÉDICOS DA COLECISTECTOMIA

Lição feita durante o Curso de Aperfeiçoamento na Faculdade
de Medicina de Lisboa. Abril de 1940.

POR

MÁRIO ROSA

Assistente de Clínica Médica

As colecistopatias são hoje em dia muito freqüentes, certamente a causa mais comum da sintomatologia abdominal superior. As estatísticas publicadas em diferentes países mostram-nos claramente a sua extrema freqüência, bastando porém assinalar-lhes uma de autores americanos, afirmando que 24 % da população adulta apresenta coleditiase e que igual número sofre de colecistite sem cálculos, quer dizer, 40 a 50 % dos adultos apresentam perturbações do colecisto, sem contar com os distúrbios meramente funcionais. Nós, os internistas portugueses, em abôno das estatísticas estranhas, criámos a impressão clínica de que as colecistopatias se vêm tornando cada vez mais freqüentes, agora melhor identificadas com os modernos métodos de diagnóstico. Temos mesmo de considerá-las como uma das causas mais comuns de deficiência física, merecendo bem a nossa atenção médico-social. Na verdade os doentes colecistopáticos, além dos seus sofrimentos dolorosos e dispépticos, fatigam-se facilmente, comem mal e dormem mal, caindo por vezes em estado de depressão nervosa. Tôdas as manifestações estão ligadas ao metabolismo defeituoso ou à toxemia progressiva, que acompanham a doença. As colecistopatias e em especial a coleditiase devem merecer o máximo interêsse dos clínicos, instituindo-se um tratamento precoce e eficaz.

Salvo os casos de imediata indicação cirúrgica, começamos pela terapêutica médica, combinando o tratamento dietético com o medicamentoso. Da sua aplicação e dos seus resultados não nos compete falar nesta lição, fixando apenas que, sem dúvida, alguns casos não se resolvem com a medicina, chegando então o momento em que o próprio doente pergunta se não deve ser operado. A oportunidade da operação

é assunto muito discutido e muito baralhado entre internistas e cirurgiões. A operação precoce, que preenche a chamada indicação social, não é aceite por todos os autores. Assim, se não há sintomas inflamatórios agudos, devemos em geral esperar. E só as condições individuais do doente nos podem dizer quanto tempo. Uma especial indicação para a operação nos casos não complicados é também a gravidez. A maioria dos autores pensa pois que deve praticar-se a colecistectomia e não interromper a gravidez. O perigo do morfínismo, hoje diminuído pelo emprêgo de sucedâneos menos tóxicos que a morfina, constitue uma indicação para o tratamento cirúrgico.

A colecistectomia era praticada quasi exclusivamente nos casos de coleditiase; durante, porém, os últimos anos tem aparecido na literatura vários artigos sobre a colecistectomia na vesícula sem cálculos. Os resultados operatórios são geralmente considerados menos satisfatórios neste tipo de doentes. Aqui os erros de diagnóstico são mais frequentes, havendo um grande número de casos de vesículas não calculosas que estão no limite entre doença orgânica e funcional. São estes os casos de diagnóstico difícil e nos quais a colecistectomia deve resultar desfavorável. A ablação da vesícula, quando é inútil, não só não beneficia o doente, como também acarreta certos inconvenientes. Nas colecistites simples temos pois de ser extremamente prudentes, só resolvendo depois de um estudo completo, para excluirmos tôdas as outras possibilidades que podem explicar a sintomatologia apresentada. Nas colecistites não calculosas a colecistectomia só se impõe quando haja lesões importantes das paredes. Todos nós, internistas, temos tratado medicamente um certo número de casos de colecistopatias, mas, sem dúvida, durante o mesmo período de tempo fomos obrigados a recorrer à cirurgia em algumas ocasiões. Se a cirurgia biliar fôsse uma boa solução para todos os casos, se a mortalidade fôsse nula, se ela atacasse o problema nas suas origens em lugar de remover os resultados finais, não teríamos, certamente, necessidade de utilizar a terapêutica médica. A medicina não deve manter nenhuma contenda com a cirurgia, que por vezes é indispensável e que frequentemente é brilhante nos seus resultados. Há porém um numeroso grupo de doentes com perturbações mínimas, e que muitas vezes são só de ordem funcional, nos quais a cirurgia não está indicada. No segundo grupo estão os casos de vesículas sem cálculos e cujos resultados operatórios são mais incertos. Finalmente há um grupo de doentes que recusam decisivamente a intervenção cirúrgica.



As complicações da cirurgia biliar são de ordem mecânica, química, metabólica e infecciosa. Aquelas que sobrevêm dentro das primeiras 24 horas depois da operação, ou aquelas que se instalam mais ou menos precocemente e que podem levar o doente à morte, interessam particularmente o cirurgião. Ao internista dizem respeito os casos que não ficam resolvidos pela cirurgia biliar, quer dizer, os doentes que continuam com os seus sintomas, ou apresentam um novo síndrome, depois da intervenção cirúrgica. Ao médico compete não só escolher a operação, como também indicar a preparação pré-operatória e a terapêutica post-operatória. Os cuidados pré-operatórios para o doente destinado a sofrer uma operação da vesícula biliar devem basear-se nos seguintes pontos:

- 1) A circulação;
- 2) As funções hepáticas;
- 3) As funções renais;
- 4) O sangue;
- 5) A infecção activa.

Especialmente nos doentes acima de 40 anos de idade, deve-se estudar as condições circulatórias, incluindo o estado do miocárdio. Se há disfunção circulatória, poderá ser necessário um período de repouso completo e de digitalização, alguns dias antes da intervenção cirúrgica. De reduzida contra-indicação é a hipertensão arterial sem lesões miocárdicas e com bom funcionamento renal. Devemos dar boa atenção ao pulso freqüente, seja ligado ao hipertiroidismo, seja a lesões miocárdicas, determinando a verdadeira causa da taquicardia.

Há anos considerava-se a angina-de-peito uma contra-indicação absoluta. Actualmente não são raros os doentes que vêm melhorar definitivamente a sua doença coronária pela colecistectomia. Da maior importância é o estado do fígado. A multiplicidade das funções hepáticas e a falta de provas que nos informem capazmente tornam o conhecimento pré-operatório do estado do fígado extremamente difícil.

As funções renais tem que ser, evidentemente, estudadas cuidadosamente. Não devemos porém contra-indicar a intervenção em alguns casos que se nos afiguram graves, pois que somos surpreendidos por uma grande melhoria depois de um período de repouso, de dieta e de medicação.

O estudo do sangue é de capital importância na cirurgia da vesícula

biliar e principalmente nos doentes com icterícia. As hemorragias post-operatórias representam nestes doentes um perigo formidável.

Outro factor que entra na selecção dos doentes é a presença duma infecção activa, especialmente nas vias respiratórias superiores, requerendo um tratamento local ou geral até debelação da infecção. Sem dúvida, muitas das doenças crónicas viscerais que acompanham a coleditiase não são agora consideradas contra-indicações para a operação. Com a asma, por exemplo, tem-se observado mesmo a cura depois da colecistectomia. Os cuidados pré-operatórios e post-operatórios, a anestesia preferida e uma melhor técnica operatória, tem diminuído os riscos da colecistectomia.

O problema fisiológico da supressão da vesícula biliar data das pesquisas de Oddi, em 1888, tendo êste autor feito as primeiras colecistectomias experimentais em cães. Das suas experiências resultaram duas afirmações: a dilatação das vias biliares e a formação de uma neo-vesícula. Sôbre estas duas questões tem baseado os outros autores as suas experiências. Actualmente a formação de uma neo-vesícula deve apenas ser considerada um facto contingente, ligado por vezes a uma má técnica operatória. Interessa-nos sobremaneira a possível repercussão da colecistectomia sôbre as funções gástricas, pancreáticas e intestinais. Os clínicos admitiam que a ablação da vesícula biliar não modificava os fenómenos digestivos, mas os estudos experimentais parecem mostrar-nos o contrário. No estômago a repercussão resume-se no aumento da secreção da pepsina, aumento característico que não se observa em qualquer outra situação. Deve ser considerado como um mecanismo vicariante dum funcionamento deficitário do pâncreas. As funções pancreáticas são, com efeito, atingidas de uma maneira notável, podendo dizer-se que o efeito principal da colecistectomia consiste numa má utilização das gorduras. No período que segue a operação cêrca de 30 % das gorduras ingeridas passam inabsorvidas nas fezes, em lugar de 10 % em circunstâncias normais. A percentagem vai baixando e ao cabo de um ano está em 20 %. Temos que admitir uma função reguladora da vesícula biliar sôbre a digestão das gorduras, pela produção de uma substância que possui um alto poder de activação para a lípase pancreática. Esta substância, estudada inicialmente por Pribram, em 1935, comporta-se como uma hormona e é conhecida por «colecistomona» ou «colecismona», isto é, a hormona vesicular. Com efeito, Pribram consegue extrair da parede essa substância cuja falta deve,

segundo a sua opinião, ser a causa de algumas perturbações post-operatórias. Com a hormona vesicular obtém bons resultados nos transtornos depois da colecistectomia, especialmente na diarreia pancreática e nos distúrbios hepáticos. Esses bons efeitos foram mais tarde confirmados por outros autores e mais recentemente no serviço do prof. Bergmann. Pribram apresentou as propriedades da hormona vesicular, baseadas num estudo analítico completo, verificando que esta hormona é activadora exclusivamente para as lípases, não mostrando pois qualquer efeito activador sobre os outros fermentos digestivos. A vesícula pode pois produzir uma substância activadora específica, que faltará na bÍlis hepática. O extracto da parede duma vesícula extirpada mostra-nos uma acção activadora muito mais forte sobre a lípase pancreática do que a bÍlis contida no colecisto. Com a colecistomona podemos pois substituir a vesícula no seu papel de activadora da digestão das gorduras. Não devemos confundir esta hormona vesicular com a substância isolada pelos autores americanos, produzida pela acidificação da mucosa duodeno-jejunal e que actua sobre a contractilidade vesicular. Esta substância, mal definida, designada por «colecistoquinina», é próxima da secretina e seria pois a hormona da contracção vesicular. Diversos trabalhos, clínicos e experimentais, tem confirmado a existência dessa hormona, de efeitos mais ou menos específicos sobre a parede da vesícula biliar. O mecanismo da evacuação vesicular não está porém perfeitamente elucidado, tendo-se levantado sérias objecções às idéias expostas. ¿Haverá outros factores além do hormonal?

Tem-se estudado como as vias biliares, em especial o colédoco, podem suprir a falta da vesícula nas funções de evacuação e de concentração. Este poder de concentração, isto é, a transformação da bÍlis A hepática em bÍlis B concentrada, é duma importância capital. Ora, das pesquisas no animal e no homem tem-se podido concluir que, depois da colecistectomia, o colédoco começa a adquirir certas propriedades para suprir a vesícula ausente. Assim, depois de um certo tempo de adaptação, 8 meses pelo menos, a função vicariante está realizada, esvaziando-se o colédoco de maneira rÍtmica no momento da digestão e podendo concentrar a bÍlis. A adaptação faz-se porém sempre com as suas repercussões, mas que nós combateremos com o tratamento médico. O poder da bÍlis B concentrada sobre as bactérias é considerável. Se esta bÍlis é suprimida, observaremos uma exaltação da virulência dos germes do duodeno. A colecistografia pode, em determinadas circunstâncias, elucidar-nos sobre a existência da bÍlis B concen-

trada, visto que se a vesícula não é visível aos raios X depois do te-traiodo e excluídas as outras causas da não visualização, é porque perdeu o poder de concentração e portanto não deve haver bÍlis concentrada. Neste caso as perturbações de adaptação depois da colecistectomia não serão notáveis, atendendo a que a adaptação já começara muito tempo antes. Ao contrário, se há ainda uma bÍlis B bastante concentrada, operar-se-á num meio relativamente pouco séptico, mas os distúrbios post-colecistectomia serão muito marcados. Graças à vicariação da vesícula pelas vias biliares principais, depois de um período de adaptação mais ou menos longo e com mais ou menos perturbações, tudo entra no estado normal.

A vesícula biliar não deve ser apenas considerada como um órgão capaz de armazenar e concentrar a bÍlis, mas também como parte do sistema circulatório que constitue a chamada circulação entero-hepática. Foi Schiff, em 1861, quem primeiro revelou a observação que algumas substâncias eliminadas pelo fígado através dos canais biliares e transportadas com a bÍlis no intestino, podem ser então reabsorvidas e levadas pelo sangue da veia-porta ao fígado, para de novo serem eliminadas. Hoje podemos dizer que a circulação entero-hepática desempenha um grande papel. Interessar-nos-ia particularmente conhecer a função da vesícula biliar como reguladora da circulação entero-hepática. Alguns autores julgam, com efeito, que o colecisto tem um papel importante no determinismo desse sistema circulatório.

O fígado e o tubo digestivo estão pois íntimamente ligados por duas vias: a porta e a biliar. A aferente ou a veia-porta drena quasi todo o tubo digestivo, quere dizer, desde as veias do esófago até às hemorroidárias superiores. O colecisto é, no fundo, um divertículo no curso do trânsito biliar. Demais o fígado tem também o papel de barreira, uma barreira extremamente importante entre o sistema-porta, por um lado, e o sistema da veia-cava inferior, pelo outro. Assim, podemos construir as diferentes vias para as afecções da vesícula biliar: via circulação entero-hepática, via circulação geral, via linfática, via ascendente do duodeno.

O principal objectivo desta lição é apresentar-lhes os sintomas que persistem depois da colecistectomia. Em geral admite-se que a colecistectomia, quando executada com uma boa indicação, é uma operação que conduz a um êxito. Os autores americanos teem obtido bons resultados em 80 a 95 % dos casos de colelitíase. A mesma percentagem

é apresentada na colecistite não-calculosa, desde que se escolham com acêrto os casos, em obediência ao acôrdo estabelecido de que quanto menos avançadas forem as lesões menos favoráveis serão os resultados finais. Aqui não pode subsistir o princípio geral de operar a doença o mais precocemente possível, para se obterem os melhores efeitos.

Com respeito à mortalidade, os resultados teem melhorado nos últimos anos, existindo mesmo estatísticas com uma percentagem abaixo de um por cento. As estatísticas publicadas são numerosas e não podem ser comparáveis, visto que a sua composição é diferente. Podem referir-se só às operações interjacentes ou também incluírem os casos de complicações graves, consideradas mortais. Para alguns autores a idade é um factor muito importante, considerando que a partir dos 40 anos a mortalidade aumenta rapidamente. Para outros, como Finsterer, a idade tem menos importância do que o estado da vesícula. Sobre a anestesia parece assente excluir-se o clorofórmio e o éter, empregando-se antes a raquianestesia.

Nas crises agudas, especialmente com complicações graves, está absolutamente indicada a operação. Nos intervalos a maior parte das vezes há uma indicação menos absoluta, que torna a colecistectomia aconselhável nos casos de cólicas repetidas e incompletamente debeladas, nos doentes que permanecem febris, nos doentes que vão emmagrecendo progressivamente e em algumas situações de ordem económica ou social. Nenhum cirurgião tem o direito de operar imediatamente um doente que apresente, sem complicações, a primeira cólica no hipocôndrio direito, que talvez seja devida a colecistite calculosa. O direito é outro se o doente já desde há anos, e a despeito de tratamento médico, vem suportando cólicas repetidas que o impossibilitam de fazer a vida habitual e que não sendo operado pode acabar no morfínismo ou numa complicação grave. Nos estados agudos é importantíssima a temperatura. Se esta é baixa, digamos inferior a 38°, se não há sintomas peritoneais locais, podemos esperar. Se, porém, a temperatura está a subir, com sinais locais, é preciso operar imediatamente, porque não podemos conhecer os progressos da inflamação da parede, se haverá já gangrena, que ocasionará a perfuração dentro de horas.

Julga-se impossível distinguir, na prática clínica, a colecistite aguda da colecistite gangrenosa, porque aqui, ao inverso do que se passa na apendicite gangrenosa, a frequência alta do pulso não acompanha muitas vezes o estado de gangrena. Nos velhos devemos ainda ser mais intervencionistas, porque nêles a gangrena se estabelece mais rápida-

mente. Alguns internistas afirmam que a colecistectomia não traz ao doente a desapareção definitiva dos transtornos, porque não se trata de uma afecção local da vesícula biliar, mas sim duma alteração geral do metabolismo, que não desaparece com a ablação da vesícula. Para êles a maioria dos doentes apresentam de novo perturbações. Umber, por exemplo, diz-nos que só cêrca de 45 % dos operados fica livre de sofrimentos. Sem dúvida, se no decurso da doença sobrevêm complicações graves ou o tratamento médico não resolve suficientemente o caso, temos de recorrer à cirurgia.

As indicações para a operação podem dividir-se em absolutas e relativas. As absolutas pertencem, em primeiro lugar, o empiema da vesícula biliar, o íleo por cálculo biliar e a obstrução do colédoco. Nesta situação, se há febre, operar imediatamente; sem febre, esperar algum tempo, que é variável desde uma a seis semanas, conforme os autores. Então, estabelece-se a luta no espírito do clínico entre a boa vontade de poupar o doente a uma intervenção e as eventuais alterações do lado do fígado, do pâncreas e do sangue, que forçosamente vêm prejudicar o êxito operatório. Poder-se-á dizer que nem muito nem pouco tempo, o necessário, porém, para o clínico se convencer da oportunidade. Como sabemos, vários são os factores que podem modificar para bem ou para mal a sorte do operado. Impossível se torna criar um esquema orientador.

Sobre as indicações relativas, devemos ainda salientar que as grandes cólicas isoladas, principalmente sem febre, indicam menos a intervenção do que um sofrimento prolongado sub-febril. Inteiramente falsa é a indicação de que calculose diagnosticada radiològicamente deve ser calculose operada. Todos nós conhecemos os chamados portadores de cálculos, que vivem sem o menor incômodo. Não pode, pois, ser respeitado o conceito expresso na locução latina «ubi calculus, ibi evacua». De resto, as tentativas de evacuação dos cálculos pelas vias naturais resultam geralmente inúteis ou podem provocar um encravamento dos cálculos no colédoco, situação que modifica em absoluto o prognóstico da doença. A persistência dos sintomas pré-operatórios e o aparecimento de novos sintomas podem ser atribuídos simplesmente a erros de diagnóstico ou à má selecção dos casos, constituindo as razões mais frequentes por que os doentes não são curados pela colecistectomia. Não basta ter a certeza da existência das lesões do colecisto, mas também averiguar se a colecistopatia é responsável por todos os sintomas do doente, e, sendo responsável, se estes são suficientemente importantes para justificarem uma colecistectomia.

Múltiplas são as fontes de erro de diagnóstico, ocasionando por vezes sérias dificuldades diagnóstico-diferenciais. A tarefa pertence ao internista e só um critério clínico bem orientado nos proporcionará uma eficaz selecção dos casos, aumentando assim a percentagem dos resultados favoráveis.

As lesões dos outros órgãos, acompanhando a colelitíase ou a colecistite, constituem a segunda causa mais comum da sintomatologia post-colecistectomia. Há sempre alterações da parede do colédoco e cerca de 20 % de todos os doentes com colecistopatias importantes apresentam lesões associadas hepáticas e pancreáticas, que podem ser suficientes para explicar os sintomas presentes. Não há paralelismo entre a extensão das lesões e a sintomatologia apresentada, verificando-se que os doentes com as mais extensas lesões hepáticas teem poucos ou nenhuns sintomas depois da colecistectomia e outros com lesões mínimas podem sofrer grandes perturbações, incluindo cólicas e icterícia. A estenose do colédoco como causa de icterícia por retenção post-colecistectomia é, felizmente, rara. O mecanismo pode ser de natureza traumática ou infecciosa. A icterícia constitue muitas vezes um problema difícil de resolver. Ao lado da icterícia por hepatite, transitória, estão as icterícias por retenção, crónicas e motivadas fundamentalmente por obstrução ou compressão do colédoco. O maior embaraço advem do síndrome doloroso que aparece nos doentes operados, a chamada cólica «post-colecistectomia». Esta pode sobrevir imediatamente a seguir à operação e é então designada como cólica «convalescente». Os outros tipos são devidos à colecistectomia incompleta, a cálculo do colédoco e a estreitura do canal. As chamadas cólicas convalescentes são geralmente menos intensas que as anteriores à operação, vão diminuindo progressivamente de intensidade e acabam por desaparecer.

Alguns cirurgiões da clínica Mayo estudaram o mecanismo dessas cólicas, utilizando um aparelho para medir a pressão no colédoco, nos casos em que se colocava um tubo em T no canal, com fins de drenagem biliar prolongada. Verificaram então que no momento das crises a pressão intra-biliar acusava 160 mm., de água, ao passo que, ordinariamente, variava entre 0 e 20 mm. Há, pois, hipertensão biliar. A injeção subcutânea de morfina ocasionava um aumento de pressão, que começava dois a cinco minutos depois da administração e atingia um valor de 200 a 300 mm., dez minutos mais tarde. Ao contrário, o nitrato de amilo produzia uma imediata baixa de pressão intra-biliar para 0, com alívio da dor, que contudo voltava alguns minutos depois.

Iguais resultados se obtinham com a administração de trinitrina, ainda que mais moderadamente. Por outro lado constatavam que se os doentes recebiam morfina por outra qualquer razão, sobrevinha uma crise dolorosa pronta e completamente debelada pela administração de trinitrina. Os ditos autores observaram os mesmos efeitos em alguns casos não operados e portadores de colecistite calculosa averiguada. A morfina exagerava a cólica, inversamente a trinitrina de-pressa a debelava, querendo isto dizer que a morfina prolonga ou aumenta a pressão intra-biliar. A explicação provável é que uma vesícula funcionando normalmente pode manter a pressão a um nível normal por absorpção de líquidos e relaxação do seu músculo; uma vesícula doente perdeu, porém, essa função. A cólica atribuída à colecistectomia parcial é rara e o seu mecanismo é o mesmo que antes da operação. A causa mais freqüente da cólica post-colecistectomia é a presença de um cálculo ou geralmente vários cálculos no colédoco, sendo esta também a causa mais comum de operações secundárias. Os cálculos do colédoco podem ter passado despercebidos na primeira operação; podem formar-se nos canais intra-hepáticos e eventualmente passarem para o colédoco ou então formar-se no próprio canal. Há, porém, um certo número de casos em que não há cálculos e então os sintomas devem ser atribuídos à hepatite, à pancreatite e à angiolite. Esta é considerada uma das complicações mais alarmantes. Aparecem então os sintomas: febre com arrepios de frio, dores sobrevindo à maneira de crises e icterícia intermitente. A sintomatologia não sobrevem enquanto a fístula biliar se mantém aberta, mas logo que esta feche aparecem as cólicas, acompanhadas dos outros sintomas descritos, e que só desaparecem depois do restabelecimento de fístula ou então pela drenagem cirúrgica ou médica. As dores, por hipertensão biliar, cessaram rapidamente, bem como os outros sintomas.

A angiolite pode apresentar-se sob duas formas: a precoce e a tardia e crónica, ambas ligadas a uma infecção das vias biliares, existente ou não antes da operação. A primeira instala-se imediatamente depois da intervenção; a outra alguns meses mais tarde, quando o doente se julga bem curado da doença que o levou à colecistectomia. Mas também sucede que nenhuma das causas mencionadas pode ser demonstrada e então temos de admitir uma perturbação neuromuscular do colédoco, com espasmo do esfíncter e obstrução transitória, a que chamaremos fisiológica. No fundo a explicação será dada pela teoria da disquinésia biliar, defendida por Westphal e por outros autores, agora

aplicada aos doentes colecistectomizados. Alguns investigadores descrevem mesmo a esfínterite de Oddi ou «oddite». Os doentes deste tipo são quasi exclusivamente mulheres de tendências neuróticas e as suas cólicas são inteiramente semelhantes às cólicas dos litíasicos, mas ordinariamente não se acompanham de calafrios, febre, icterícia ou leucocitose.

Tudo o resto, repetimos, é semelhante, e, nalguns casos, com sintomas intensos, tem-se indicado a operação, verificando-se depois que a disquinésia biliar foi apenas agravada com a ablação da vesícula biliar. As medidas internas, por outro lado, resultam por vezes pouco ou nada eficazes e, assim, o tratamento de tais doentes será bastante difícil.

Nas colecistites calculosas a colecistectomia é, para alguns cirurgiões, a operação de escolha, qualquer que seja o grau das lesões vesiculares. Pensam que guardar uma vesícula calculosa sob o pretexto que as suas paredes estejam pouco alteradas, conservando um certo valor funcional, é, evidentemente, expor o doente a recidivas litíasicas, bem mais sérias que as possíveis seqüências que pode ocasionar a colecistectomia. De resto as perturbações residuais encontram-se também na colecistostomia e nas anastomoses bilio-digestivas.

Para nós, a colecistostomia só tem indicações de necessidade, só devendo ser executada quando, pelo estado geral ou local, se nos afigura contra-indicada a operação radical.

Para alguns cirurgiões a resposta à pergunta — ostomia ou ectomia — é muito simples: colecistostomia nos estados agudos graves, colecistectomia nos estados agudos ligeiros e nos estados crónicos.

Do exposto se pode concluir que a colecistectomia é uma boa operação, à qual todavia não devemos pedir mais do que ela pode dar. Ela é excelente quando se tira uma vesícula que constitue, ou pelo seu conteúdo ou pelas suas paredes, um corpo estranho mais ou menos agressivo para o organismo. Igualmente se pode concluir que depois da colecistectomia há duas espécies de seqüelas: as falsas e as verdadeiras. Nas primeiras é a afecção visceral coexistente que continua a manifestar-se. Estas afecções coexistentes, geralmente a hepatite e a apendicite, são agora, depois da ablação da vesícula doente, mais favoravelmente influenciadas pelo tratamento médico. Um lugar particular merece a úlcera do duodeno, cuja sintomatologia vem criar por vezes um grande embaraço no estabelecimento do diagnóstico diferencial e da terapêutica a aplicar.

Como é sabido, a vesícula, o duodeno e o apêndice mantem as

maiores ligações patológicas, formando um grupo a que os autores anglo-saxões chamam «the abdominal trinity». As seqüelas verdadeiras dividem-se em grandes e pequenas seqüelas. Aquelas são raríssimas, desde que o cirurgião tenha uma prática suficiente da cirurgia das vias biliares. As pequenas seqüelas resultam, quási sempre, da supressão da vesícula biliar, que é um órgão que produz hormonas e que contém uma bílis especial. Por isso se afirma que a colecistectomia não é uma operação fisiológica. Não o será, mas pergunta-se se a maioria das operações viscerais são mais fisiológicas que a colecistectomia. Bem entendido, temos de contar sempre com a adaptação das vias biliares à nova situação criada, adaptação que pode demorar mais ou menos tempo, conforme os doentes, por vezes indo a alguns anos. Torna-se necessário que os doentes saibam esperar, seguindo o tratamento médico auxiliar até obterem uma cura completa. Demais, a ablação da vesícula afasta a possibilidade da neoplasia. Segundo Aschoff, encontramos o cancro da vesícula biliar em cêrca de 7 % de todos os casos de colelitíase. Todavia a associação de neoplasia e de colelitíase é enormemente freqüente, em 94 % dos casos, segundo a estatística da clínica Mayo, e daqui o admitir-se que a litíase será, na maioria dos casos, secundária a uma vesícula neoplásica infectada. Deixando as estatísticas, uma boa regra clínica ensina-nos que num antigo litiásico devemos pensar sempre no cancro das vias biliares ou no cancro da cabeça do pâncreas.

Mas ¿então a vesícula biliar faz falta? Ainda que os dados experimentais pudessem demonstrá-lo, a observação clínica revela-nos que a sua supressão não acarreta prejuízos definitivos, desde que tôdas as condições, antes, durante e depois da operação, sejam rigorosamente previstas.

Certos autores preconizam a drenagem interna, as chamadas anastomoses bílio-digestivas. Para êles a colecistectomia e a colecistostomia são operações condenáveis. As anastomoses fazem-se geralmente com a vesícula ou com o colédoco, em comunicação com o estômago ou com o duodeno. Assim, temos as colecisto-anastomoses e as colédoco-anastomoses. Julgamos que a anastomose mais vezes praticada entre nós tem sido a colecisto-gastrostomia. Nas anastomoses bílio-digestivas, duas conseqüências podem sobrevir: a estase e o refluxo, que prejudicam o êxito operatório. Recrimina-se também às anastomoses a coarctação secundária da bôca, que pode ser espontânea ou consecutiva à técnica. A insuficiência de permeabilidade, que pode ir até à impermeabilidade, é, evidentemente, o máximo insucesso. A comunicação deixa então de

“
eregumil
Fernández

Alimento vegetariano completo á base
de cereais e leguminosas

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

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

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

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

Granulos de Catillon STROPHANTUS

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Prova que za 4 pordia produzem **diurese prompta**, reanimam o **coração debilitado**, dissipam **ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA**, Lesões **MITRAES, CARDIOPATHIAS** da **INFANCIA** e dos **VELHOS**, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

Granulos de Catillon a 0,0001 STROPHANTINE CRYST.

TONICO do **CORAÇÃO** por excellencia, **TOLERANCIA INDEFINITA**

Muitos **Strophantus** são inertes, as tinturas são infeis; exigir os Verdadeiros Granulos **CATILLON** Premio da Academia de Medicina de Paris para **Strophantus** e **Strophantine**, Medalha de Ouro, 1900, Paris.

3, Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS.



UM PRODUTO SÉRIO

ANÁLISE-TIPO

MATÉRIA GORDA.	78 0/0	FIDRATOS DE CARBONO SOLUVEIS	
PROTEÍNAS.	13,5 0/0	LACTOSE.	} 55,6 0/0
AMIDO.	19,5 0/0	SACAROSE	
CINZAS	2,1 0/0	MALTOSE-DEXTRINA	
ÁGUA	1,5 0/0		

CALORIAS 436 POR 100 GRAMAS

A MARCA DE CONFIANÇA

FARINHA LACTEA NESTLÉ

PREPARADA PELA

SOCIEDADE DE PRODUTOS LACTEOS

Concessionária exclusiva dos

PRODUTOS NESTLÉ

PORTO

AVANCA

LISBOA

existir, como tem sido verificado nas reintervenções ou nas autópsias. As anastomoses devem ficar como operações de recurso, parecendo-nos que a sua principal indicação será a obstrução do colédoco, directamente irremediável, praticando-se talvez como melhor a colédoco-duodenostomia. Visto que há sempre estase e eventualmente infecção, o que é preciso é drenar, utilizando as drenagens externas ou internas. De-certo devemos considerar que a colecistectomia por vezes não bastará, sendo necessário então recorrer à drenagem complementar, externa ou interna, preferindo-se a colédoco-anastomose.

Resumindo: as orientações em cirurgia das vias biliares tem sido baseadas no estudo da fisiopatologia. Primeiro, quando se julgava que o cálculo constituia tódã a doença, a simples drenagem do colecisto, com evacuação dos cálculos, era considerada suficiente. Estávamos na época da colecistostomia. Depois, as atenções foram dirigidas para as paredes da vesícula, cujas alterações manteriam a doença. Entrámos então na segunda fase da cirurgia vesicular, defendendo-se a colecistectomia. Verificadas a seguir as seqüelas depois de colecistectomia, surgiu o sinal de alarme dado por Kehr, que declarava ser necessário drenar sistematicamente o colédoco. Mas a breve trecho o entusiasmo pela drenagem sistemática de Kehr começa a afrouxar, ficando então como basilar a colecistectomia e, como complementar, a drenagem. Por outro lado, aparecem os adeptos das anastomoses bilio-digestivas, os quais pretendem resolver desta maneira os diversos casos de cirurgia das vias biliares.

O doente operado de colecistectomia não deve ser abandonado, mas sim confiado imediatamente depois da intervenção a um médico, melhor: o médico assistente, que tem de prescrever o tratamento post-operatório auxiliar. Como nas operações do estômago, na cirurgia vesicular deve existir uma estreita colaboração entre o cirurgião e o médico. Este deve enviar o doente em tempo útil ao cirurgião, que o entregará, depois da operação, ao médico para o tratamento ulterior. Graças a esta colaboração, o perigo reduzir-se-á ao mínimo e os resultados serão satisfatórios, tanto para o doente, como para o clínico. Como muito bem diz Bergmann: «Es gibt kein Grenzgebiet zwischen Chirurgie und Medizin, es gibt nur ein gemeinsames Gebiet ärztlichen Könnens». Ao internista compete, pois, saber prevenir e tratar as seqüelas post-colecistectomia. Sabemos hoje que a célula hêpatica, abundantemente provida de glucogénio, resiste melhor a todos os ataques nocivos e por isso a administração de glucose, sob qualquer forma, é considerada indispen-

sável para prevenir ou melhorar as lesões hepáticas, latentes ou evolutivas. Um fígado pobre em glucogénio é um fígado deficitário, abrindo também a barreira para a formação de corpos cetónicos. Seja-nos permitido afirmar singelamente que a glucose é o melhor tónico do fígado. Ora as afecções colecísticas são geralmente associadas com lesões do parênquima hepático, latentes ou em evolução, e por isso é vantajoso administrar glucose antes e depois da intervenção cirúrgica. A glucose dá lugar ao glucogénio e este glucogénio, acumulado, transforma-se depois novamente em glucose, consoante as necessidades do organismo. Algumas hormonas (tiroídea, hipófise, supra-renais) estimulam a transformação do glucogénio acumulado em glucose. Ao inverso, a insulina inibe essa transformação, favorecendo pois a síntese do glucogénio e a sua fixação no fígado. Daqui o tratamento basilar pela associação insulina-glucose. Esta terapêutica foi denominada por Umber «Parenchymschutztherapie der Leber», isto é, terapêutica protectora do fígado. Se nos casos sérios devemos recorrer aos clisteres e às injecções intravenosas de sôro glucosado, nos outros bastará aconselharmos uma alimentação rica em hidratos de carbono, utilizando o açúcar em larga quantidade. A glucose pode substituir com vantagem a sacarose para adoçar os alimentos, não esquecendo todavia que o poder edulcorante da glucose é inferior ao da sacarose cêrca de duas vezes e meia. Este facto permite-nos enriquecer melhor o fígado de glucogénio. Ao lado desta preparação para aumentar as reservas glucogénicas do fígado, devemos melhorar o estado intestinal e hepato-biliar. Iguais bases nos servirão para o tratamento médico post-operatório. A terapêutica das seqüelas não é diferente da indicada para as afecções colecísticas. Devemos lembrar-nos que a maior parte das seqüelas são devidas não à colecistectomia per se, mas à persistência dos transtornos que existiam anteriormente à intervenção.

Resta-nos falar das aderências, que freqüentemente servem para explicar as dores e as perturbações dispépticas. Nalguns casos a periviscerite é estenosante, sob a forma de pericoleodocite, periduodenite, ou pericolite estenosante, por vezes graves, exigindo então uma reintervenção para resolver a complicação post-operatória. Com o fim de evitar as possíveis lesões do leito da vesícula e obter um campo operatório absolutamente sêco, sem sangue nem bÍlis, Pribram imaginou uma técnica a que chamou mucoclase. O princípio do método consiste em queimar e destruir a mucosa com a sonda eléctrica, depois da abertura da vesícula. Pribram e os adeptos da mucoclase preferem esta operação,

sempre que não possam executar a ablação subserosa, a chamada colecistectomia ideal.

O operado de colecistectomia deve, pelo menos durante os primeiros meses, observar uma dieta própria e tomar regularmente os medicamentos para a drenagem das vias biliares, que agora encontra uma boa indicação. O interêsse da drenagem médica seria desprezível no tratamento da litíase biliar se a colecistectomia nos desse 100 % de exitos e se o único tratamento dos cálculos fôsse a sua evacuação cirúrgica. As coisas não se passam assim e há, evidentemente, doentes que não podem ou que não devem ou que não querem ser operados.

Meltzer, depois dos seus estudos experimentais da drenagem biliar com o sulfato de magnésio, sugeriu o emprêgo do método para facilitar a saída dos cálculos alojados a montante da ampola de Vater. Ulteriormente a escola de Bergmann aconselha a pituitrina, visto que esta substância ocasiona um peristaltismo intenso das vias biliares. Assim se estabeleceu a drenagem médica biliar no tratamento da litíase da vesícula e do colédoco. Então na obstrução calculosa do colédoco a drenagem tem sido utilizada duma maneira brutal, injectando-se no duodeno 300 c.c. dum soluto de sulfato de magnésio a 15 % a 38°, constituindo o método de Allard. Êste clínico alemão viu o seu processo defendido ou condenado por vários autores, mesmo na própria Alemanha. Nos países anglo-latinos considera-se geralmente um método brutal e perigoso que, em virtude das contracções enérgicas das vias biliares, pode provocar acidentes graves, indo até à perfuração da vesícula ou do cístico, cujas paredes se encontram adelgaçadas e distendidas pelos cálculos. Sem cair na brutalidade do método de Allard ou no emprêgo da pituitrina, julgamos todavia aconselhável a drenagem médica suave, sistemáticamente feita antes de recorrer à cirurgia. Em todos os casos, a quantidade do colecistoquinético deverá ser proporcionada com a sensibilidade da vesícula doente. Demais, nas tentativas de eliminação dos cálculos podemos não só provocar o seu encravamento, como também aumentar o sofrimento do doente. Para alguns autores melhor vale pois deixar em quietude os cálculos, respeitando o «Schlaf der Gallensteine», como pitorescamente dizem os autores alemães. Nas seqüelas da colecistectomia, a drenagem médica é praticada em três circunstâncias: 1) para reeducação do esfíncter de Oddi, cujo disfuncionamento por hipertonia ocasiona perturbações dolorosas; 2) para drenar as infecções residuais das vias biliares; 3) para activar a oclusão das fistulas biliares operatórias. Ao lado desta drenagem podemos em-

pregar a medicação colerética. De resto, pensamos hoje que não há uma distinção absoluta entre colagogos e coleréticos. Por definição, os primeiros aumentam a excreção e exageram a eliminação da bÍlis, enquanto que os segundos únícamente excitam a célula hepática. Admite-se porém que muitos farmacos colagogos teem uma acção colerética, julgando mesmo alguns autores que não existem colagogos ou coleréticos puros. O colagogo mais velho é, sem dúvida, o sulfato de sódio, sendo Glauber que no século XVII chamou a atenção para o valor dessa substância e que desde então foi designada «sal de Glauber». Depois o sulfato de sódio entrou na fórmula de Bourget, a chamada fórmula dos três sódios, que tão prescrita tem sido por todos os clÍnicos. Últimamente tem-se dado a preferêncÍa ao sulfato de magnésio, associado à peptona, que constituem a base das diversas especialidades que se encontram no comércio. Além da terapêutica protectora do fÍgado e da drenagem médica biliar, indicada estÁ também por vezes a desinfecção das vias biliares. Os processos mecânicos, representados pela drenagem, são talvez os mais eficazes. As substâncias que se eliminam pela bÍlis pretendem criar um meio refractário à infecção, actuando como anti-sépticos pròpriamente ditos (anti-sépsia química) ou modificando o pH da bÍlis (anti-sépsia iónica). Com efeito, sabe-se hoje que os micróbios, como tódas as células vivas, teem uma extrema sensibilidade as variações do pH do seu meio. Da larga lista dos anti-sépticos biliares fica-nos como melhor a urotropina, sobretudo em injecções intra-venosas. Tem-se aproveitado a anti-sépsia iónica, fazendo desviar o pH da bÍlis para a alcalinidade, visto que a acidificação da bÍlis, contrariamente ao que sucede com a urina, se torna práticamente impossÍvel de realizar. Pela alcalinização da bÍlis, como pela acidificação da urina, criamos um meio impróprio para a pululação das bactérias. Os doentes são submetidos ao tratamento alcalino pelo carbonato de sódio, utilizando a tubagem duodenal ou as cápsulas insolúveis no suco gástrico. Sem dúvida, não alcançamos a esterilização das vias biliares infectadas, mas conseguiremos atenuar ao menos a infecção, diminuindo a pululação e a virulência dos germes. Para o médico o problema da anti-sépsia é pôsto duma maneira diversa que para o bacteriologista.

Certas seqüelas da colecistectomia são devidas, como já dissemos, ao obstáculo funcional por espasmo do esfÍncter de Oddi. Este espasmo tem, na realidade, a máxima importância na patologia dessas perturbações e pertence à cirurgia evitÁ-lo, provocando no acto operatório a

dilatação do esfíncter, segundo uma das técnicas descritas. Depois da operação utilizaremos os meios médicos, particularmente a drenagem biliar. O uso de antispasmódicos imediatamente depois da intervenção pode ser altamente benéfico, prevenindo os transtornos ligados ao disfuncionamento do esfíncter de Oddi.

Com o fim de auxiliar a drenagem biliar deve prescrever-se um regime alimentar de pequenas refeições e repetidas durante o dia. Trata-se de uma boa prática, constituindo um colagogo fisiológico, que os clínicos não devem olvidar. Para beneficiar a drenagem e a colerese não deve ser esquecido o tratamento hidro-mineral, aconselhando-se uma cura geresiana ou alcalina.

Em conclusão: permitir que um doente colecistectomizado passe a comer e a beber de tudo, sem o menor resguardo, não indagar das possíveis perturbações post-operatórias, é desconhecer a etio-patogenia da doença que motivou a colecistectomia, é contribuir assim para o cepticismo dos clínicos e dos doentes.

A ASPIRAÇÃO ENDOCAVITÁRIA DE MONALDI SUA TÉCNICA E CONDUTA DE TRATAMENTO

POR

G. BOTTARI

Assist. do Instituto Carlo Forlanini
(Roma)

CASANOVA ALVES

Assist. da Clínica de Doenças Pulmonares
(Lisboa)

Na presente nota pretendemos descrever todos os pormenores de técnica e a conduta que é necessário conhecer-se para boa aplicação do método de aspiração endocavitária proposto por Monaldi para o tratamento das cavernas pulmonares, segundo a experiência fornecida pelos 250 casos tratados na Clínica de Tisiologia da R. Universidade de Roma — Instituto «Carlo Forlanini».

Nos *Anais do Instituto*, Ano III, N.º 5-6, pág. 365-373, 1939, descreveram Bottari e Babolini, após o período experimental dos primeiros cem casos, o instrumental por êles ideado e as normas fundamentais da técnica para a actuação prática do processo.

Por julgarmos conveniente, começaremos por descrever as partes essenciais dêsse instrumental operatório, que, para melhor compreensão, reproduzimos nas figuras 1 e 2.

Fundamentalmente compõe-se de duas partes: um trocarte e um mandril. O trocarte, cilíndrico, com uma secção que varia, segundo os quatro tamanhos construídos, de 2 a 12 mm., mede 20 cm. de comprimento. Lateralmente, na sua extremidade distal (Fig. 3), encontra-se um orifício circular destinado a recolher as variações de tensão endocavitárias e a transmiti-las a um manómetro que se adapta por intermédio de um tubo de borracha à sua extremidade proximal. Um ramo colateral, partido da porção vizinha desta extremidade, destinado à recepção e passagem do mandril, marca no sentido da extremidade distal e desta para o ponto de referência, o início duma gradação de 1 a 14 cm. É neste ponto também que se encontra uma pequena placa metálica, que pode fixar-se com o auxílio dum parafuso a alturas diferentes da extremidade, consoante os dados fornecidos pela estratigrafia, quanto

à distância da caverna à grelha costal. Finalmente, entre este ramo de bifurcação, que faz tomar ao trocarte a forma de um Y, e a placa, estão fixados de um e de outro lado dois anéis que permitem segurar o trocarte com o auxílio dos dedos indicador e médio da mão direita.

O mandril, constituído por um fino fio de aço, apresenta como característica principal a forma da sua ponta terminal. Esta, de base arredondada e de circunferência igual à da luz do trocarte, em que está contido, tem a forma duma pirâmide triangular. A sua espessura e

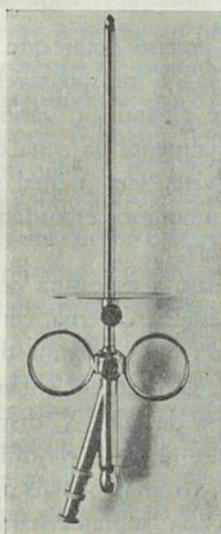


Fig. 1

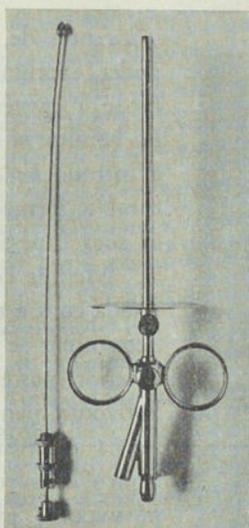


Fig. 2

comprimento são construídos de modo a permitir a passagem do ar intra-cavitário pelo pequeno orifício circular lateral da extremidade distal do trocarte a que já fizemos referênciã.

Faz parte ainda do instrumental a sonda destinada à aspiração. Consoante as dimensões das cavidades a que se destinam e em correspondência com os trocarteres já referidos, distinguem-se quatro tipos de sondas, que só diferem entre si no seu calibre. A primeira é destinada a cavidades particularmente pequenas; a segunda e a terceira a cavidades maiores (são as mais usadas) e a quarta excepcionalmente empregada. Conforme mostra a figura 4, é uma sonda graduada em cen-

tímetros, que apresenta junto da sua extremidade e lateralmente a esta, dois orifícios alongados e dispostos diametralmente, destinados a dar passagem aos produtos intra-cavitários.

Com o fim de permitir a substituição da sonda no decurso do tratamento, como teremos ocasião de referir, Bottari construiu ainda um fino condutor metálico de extremidade bifurcada perfeitamente adaptável à extremidade da sonda.

Conhecidas as características do instrumental, vejamos agora os pormenores da técnica.

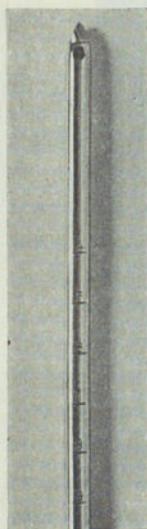


Fig. 3

Antes de mais nada é preciso notar que, para se poder executar a intervenção, é indispensável constatar-se a existência de sínfise pleural em vários pontos do hemitórax e muito especialmente na zona destinada a introdução da agulha-trocarte, sem a qual seria natural a formação dum pneumotórax espontâneo, com as suas funestas conseqüências.

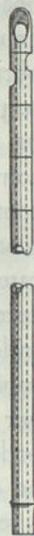
Medida com um compasso a espessura do tórax e fixada com a tomografia a sede da caverna, consegue-se determinar se esta se encontra mais próxima da parede anterior, posterior ou lateral. O doente é então deitado horizontalmente sobre a mesa de raios X, disposta por forma a permitir em qualquer altura o contróle radioscópico, e colocado de modo a tornar o mais apreciável possível os espaços intercostais supra-cavitários. Para escolher o ponto de penetração faz-se uso da radioscopia, utilizando o raio central, servindo como referência uma pequena marca de chumbo que corresponde à sua projecção sobre a caverna. Recentemente encontra-se em estudo um dispositivo especial, que permite fixar, no espaço intercostal escolhido para a penetração, um pequeno tubo de aço destinado a dar passagem e a orientar com segurança o trocarte, tubo que projecta sobre a caverna um pequeno anel de referência. A via de penetração, como já foi dito, pode ser anterior, posterior ou lateral. Bottari e Babolini operaram em tôdas as regiões, excepto na zona situada acima da primeira costela; julgam que o espaço supra-clavicular é particularmente perigoso, não só durante a intervenção, como ainda depois desta efectuada com êxito, pois a permanência da sonda e a constituição dum tracto fistuloso poderia ser prejudicial a vasos e nervos de certa importância. Na região para-hilar

é necessário agir com muita prudência, estudando bem as relações entre a parede costal, caverna e mediastino. Na região basal é indispensável examinar cuidadosamente as relações entre a caverna e o diafragma. A parede anterior, melhor do que a lateral e esta melhor do que a posterior, apresenta, como se sabe, os espaços intercostais mais afastados, sendo, portanto, mais fácil a penetração do trocarte. No terço superior da via anterior as costelas possuem uma disposição que tende a impor ao trocarte uma direcção de cima para baixo, o que contraria a orientação a utilizar para a punção das cavernas do ápice. Portanto, o operador, em semelhantes casos, deve primeiramente penetrar no primeiro espaço intercostal e em seguida obliquar o trocarte de maneira a dirigi-lo para cima. Pelo que respeita à via axilar, diremos apenas que esta foi a primeira via escolhida por Bottari e Babolini. Ficou, porém, apenas para as cavernas laterais inferiores e foi rejeitada para as cavernas altas, devido ao facto de constituir a região axilar um trajecto relativamente longo, formado por bastantes camadas de tecidos moles, que oferecem, durante a intervenção, sensação de falsas pressões, dando lugar, além disso, à fácil deslocação da sonda e à ulterior inquinação do trajecto. A via posterior, considerada nos primeiros tempos difícil, demonstrou-se depois ser relativamente fácil, qualquer que seja a região escolhida. Tornando-se sempre necessário estudar cuidadosamente as relações da caverna com a parede e mediastino, é conveniente afastarmos o mais possível da coluna vertebral. É claro que a intervenção é mais fácil e menos perigosa para as cavernas inferiores do que para as superiores, em virtude da presença da omoplata, que obriga a atingi-las pelas regiões inter-escapulo-vertebral ou supra-espinhosa.

Uma vez escolhida a via de penetração e fixada a posição do doente, determina-se com o auxílio da radioscopia, utilizando o Fig. 4 raio central, o ponto de penetração, tendo em conta que a direcção que deve dar-se ao trocarte deve ser perpendicularmente à mesa de raios X e não ao plano cutâneo do tórax.

Vejam agora como se procede à intervenção e os cuidados que é necessário ter presentes:

Desinfectada a pele com tintura de iodo ou álcool pícrico, pratica-se a anestesia com 5 ou 6 cc. dum soluto de novocaina a meio por cento, procurando evitar a penetração da agulha num vaso ou em parênquima



pulmonar, a-fim-de não lançar na circulação o soluto anestésico. Procede-se depois à punção exploradora com uma agulha de aço muito fina, de 14 cm. de comprimento, montada em seringa estéril, bem sêca, de 2 cc. Este tempo é fundamentalmente importante, porque, uma vez executado, o operador fica sabendo a direcção que depois deverá ser dada ao trocar. Desnecessário seria repetir que a direcção da agulha deve ser perpendicular à mesa de Raios X e não ao plano cutâneo do tórax. Ao introduzir a agulha tem-se em certo momento, quando se penetra no parênquima, a sensação duma certa resistência, seguida da sensação de vazio, idêntica à que se sente, quando se perfura a cavidade dum empiema. Se essa resistência resulta da parede da caverna, desde que a agulha se encontra em plena cavidade, a seringa aspira facilmente ar endocavitário. Para nos certificarmos da boa posição da agulha, podemos convidar o doente a fazer uma forte expiração; cria-se assim na caverna um forte regimen hipertensivo que obriga o êmbolo da seringa a elevar-se. Atendendo a que êste facto se pode também verificar quando a extremidade da agulha se encontra na luz de um brônquio, Bottari aconselha a deslocá-la um pouco e a convidar o doente a repetir a experiência. Se se estava num brônquio, com o deslocamento da agulha, a seringa deixou de funcionar, não acontecendo o mesmo quando a zona perfurada era a cavidade. No caso de não se conseguir entrar com a agulha na caverna, convém, antes de se fazerem quaisquer manobras perigosas, recorrer ao contrôlo radioscópico. A punção exploradora, que alguns autores julgam supérflua, consideramo-la nós de grande utilidade. Não representando por si perigo algum, quando manobrada com prudência e técnica exacta, pode indicar-nos uma melhor escôlha da via ou ponto de penetração, no caso de cavidade irregular, uma eventual permeabilidade pleural e a resistência que opõem os diferentes estratos que é preciso atravessar. Quando se encontra ar de aspiração dentro da seringa, deve-se ter presente que o deslocamento do êmbolo pode, facilmente, determinar uma embolia gasosa; isso obriga a não o deixarmos livre. Finalmente devem-se evitar excessivas manobras, pois são causa de escarros hemoptóicos e por vezes até de hemoptises.

Feita a punção com a agulha, segue-se a introdução do trocar. Esta tem de ser praticada sob pressão suave e constante e não com movimentos irregulares. Conservando a direcção precedentemente tomada, o operador tem nítida sensação dos estratos que vai atravessando e especialmente da parede cavitária, quando esta é constituída por abun-

dante tecido actelectásico ou esclerosado. Pelo manómetro que está ligado ao trocarte, podemos, durante a introdução, tomar conhecimento de tôdas as variações de tensão encontradas no decorrer do seu percurso. Assim, no caso de existir permeabilidade pleural que tivesse passado despercebida à agulha exploradora, podem-se constatar pressões negativas, sendo neste caso perigoso continuar o tratamento. Se a pressão aumenta progressivamente, poderá então tratar-se duma hemorragia. As pequenas oscilações à volta do zero, quando indecisas e de pequena amplitude na respiração forçada, podem indicar que o trocarte se encontra em pleno parênquima. Se são variáveis e o manómetro desce a zero com a paragem da respiração, deve nesse caso tratar-se duma cavidade brônquica que se perfurou. Às vezes, nas grandes cavernas com brônquicos estenosados podem colher-se pressões endocavitárias de grande amplitude e até com notável pressão negativa em inspiração, mas, regra geral, com valores positivos expiratórios. Em todos os casos, convidando o doente a soprar ou a fazer uma inspiração um pouco profunda, é possível certificarmos-nos com garantia, se estamos ou não dentro da caverna. Em caso de dúvida, pode ser útil um ligeiro deslocamento do trocarte no sentido do seu eixo.

Pelo que respeita ao ponto em que deve ser atingida a caverna, Bottari pensa ser conveniente o centro da mesma e não o ponto de mais declive, não só porque permite influenciar homogêneamente a superfície endocavitária, como ainda porque se torna mais favorável a recolha das secreções; de-facto, a sonda introduzida no ponto de mais declive dirige a sua embocadura para cima e o material intracavitário retido tem toda a probabilidade de progredir ao longo do trajecto, inquinando-o.

Dadas as características construtivas do trocarte, êste determina uma ferida perfurante, que, em geral, não provoca escarros hemoptóicos ou hemoptises. Além disso, a compressão exercida pelo tubo do trocarte, durante a intervenção, sobre as paredes do trajecto, permite facilmente a hemostase de eventuais vasos que se atravesse (Bottari — Hemoptise e aspiração). Pode, é certo, determinar hemoptises, mas só quando fere vasos aneurismáticos, trabéculas fortemente vascularizadas endocavitárias ou grossos vasos parenquimatosos.

Se o operador não executar manobras irregulares, pode estar seguro de que não provocará qualquer embolia.

Nos 250 casos tratados no Instituto Forlanini, só um doente morreu por embolia, durante a intervenção, e isso devido ao facto de o

operador errar a direcção do trocarte e de procurar alcançar a caverna com manobras irregulares de vaivém e de lateralidade.

Uma vez o trocarte dentro da cavidade, tira-se o mandril e, através do orifício, a que estava adaptado o manómetro, introduz-se a sonda rapidamente. Pode esta não progredir por a extremidade do instrumento estar muito encostada à parede da caverna, o que acontece facilmente quando é anfractuosa; nestes casos, porém, confirmando, sob contróllo radioscópico a boa posição do trocarte, podemos imprimir a êste um ligeiro movimento de lateralidade ou no sentido do seu eixo e isso facilitará, sem dúvida, a introdução da sonda.

Como o comprimento de todos os trocartes é de vinte centímetros, facilmente se deduz a porção da sonda entrada na caverna. Uma vez introduzida, retira-se com o maior cuidado o trocarte, por forma a que a sonda não seja removida da cavidade, para o que se torna necessário o auxílio dum ajudante, que, com duas pinças, fará progredir a sonda para dentro do tórax com o mesmo ritmo com que o operador extrai o trocarte.

Resta, finalmente, fixar a sonda à parede torácica, o que se consegue fazendo-a passar entre os fios duma trancinha de sêda, cujas extremidades são mantidas com adesivo. Desinfecta-se o campo operatório com tintura-de-iodo, faz-se um penso aséptico e verifica-se com o manómetro se a sonda se mantém na cavidade. Por último envolve-se a extremidade da sonda, previamente dobrada num pouco de gaze esterilizada, e fixa-se com adesivo à parede torácica. Ao fim de 24 horas, espaço de tempo durante o qual o doente se mantém em repouso, faz-se uma aspiração com uma seringa vulgar de 10 cc., a-fim-de evitar possíveis estagnações da secreção, e aplica-se em seguida um sistema aspirativo. No caso de se tratar de cavernas de notáveis dimensões é conveniente fechar a extremidade da sonda com uma pinça de Mohrs e aspirar a secreção, de 8 ou de 10 em 10 horas. Quando, no acto da punção, se produziu certa quantidade de sangue, é de boa norma retardar de dois dias a aspiração com a seringa.

O sistema aspirativo é constituído por dois frascos comunicantes colocados em desnível (Fig. 5), fazendo-se a aspiração pela passagem de água do frasco superior para o inferior. A sonda introduzida na caverna está ligada pela sua extremidade distal a um balão de Erlenmeyer, destinado a recolher os produtos intracavitários; êste balão está, por seu turno, ligado ao frasco superior do sistema aspirativo. É fácil pensar-se que poderia estabelecer-se um sistema aspirante contínuo e igual.

Para isso bastaria introduzir no sistema uma válvula de segurança, por meio da qual poderia ser mantida constante a depressão. Foi o que Bottari e Orsi, do Sanatório de Vilalba, em Milão, experimentaram. Porém, Monaldi, Babolini e o próprio Bottari pensam que é preferível o uso de um sistema aspirativo desigual e descontínuo.

Para evitar o trabalho do enchimento do frasco que está ligado à sonda, Bottari construiu uma câmara de aspiração, por meio dum motor eléctrico, controlado por uma válvula-manómetro; o próprio doente pode excluir, por meio duma torneira, o sistema geral aspirativo.

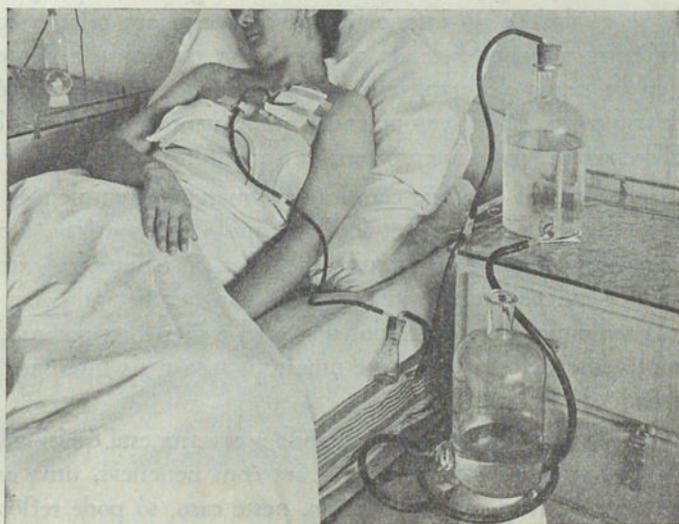


Fig. 5

Pelo que respeita à intensidade de aspiração, pode dizer-se que é variável de caso para caso e que depende também dos vários períodos do tratamento.

Duma maneira geral, convém começar por pressões de-5-10 e aumentar progressivamente, nos dias seguintes, a-20-30-40, sendo regra geral suficiente, na maioria dos casos, uma depressão endocavitária entre-15-30, sempre que não determine qualquer dano ou perturbação.

Depressões fortes não nos parecem convenientes, porquanto podem prejudicar o tecido pericavitário quando fôr sede de lesões activas

ou mesmo determinar hemoptises traumáticas. A dificuldade está pois em conseguir reestender o tecido actelectásico sem prejudicar as lesões da vizinhança. Quando, o que raramente acontece, julgamos oportuno recorrer a uma depressão mais elevada, é útil fazê-la, mas mais descontinuaamente. Parece de boa regra, nestes casos, actuar-se temporária e intervaladamente com regimen de pressões elevadas, limitando-nos, no resto do tempo, a manter um grau de aspiração notavelmente mais baixo. Dissemos acima que a intensidade de aspiração não é a mesma para todos os casos. De-facto, deve variar segundo as características da caverna, dos seus brônquios de drenagem, do parênquima pericavitário e ainda das condições gerais do doente. Como o grau de aspiração efectiva que se estabelece no interior da caverna está em relação com a diferença entre a quantidade de ar que entra na unidade de tempo através do brônquio de drenagem e a quantidade que sai através da sonda de aspiração, é fácil compreender que, quanto maior fôr o brônquio de drenagem, mais intensa terá de ser a fôrça aspirativa.

O estado do anel cavitário condiciona a marcha e regimen da aspiração. Se a caverna é de tipo retráctil, porque o seu contôrno é essencialmente constituído de parênquima elástico, a redução é extremamente fácil e até por vezes muito rápida, não necessitando, por isso, de grande aspiração. Pelo contrário, se o anel é inerte ou por qualquer razão fracamente deformável, exige uma aspiração mais intensa e mais prolongada.

Também no período terminal, quando a caverna está quási colapsada, pode empregar-se, sem prejuízo e até com benefício, uma aspiração mais elevada, visto que a sua acção, neste caso, só pode reflectir-se numa zona extremamente limitada; não se deve, porém, esquecer que esta aspiração localizada, dada a presença de tecidos mais lábeis, pode provocar uma hemorragia e, conseqüentemente, uma suspensão temporária do tratamento.

Como mostra a Fig. 6, podemos avaliar a pressão endocavitária interpondo um manómetro entre a sonda e o sistema aspirativo. Durante o tratamento, mas só durante as horas de aspiração, os doentes são obrigados a reter-se no leito ou numa cadeira de cura, podendo nos intervalos mover-se à vontade. Monaldi aconselha fazer 8 ou 9 horas de aspiração nas 24 horas, em 3 ou 4 sessões.

Se a sonda sair do trajecto antes que a caverna esteja totalmente colapsada, pode fazer-se reentrar, utilizando os estiletos de Bottari, dos quais um, graduado, é destinado a explorar o trajecto, e o outro, bifur-

cado, a conduzir a sonda no seu percurso. Não devemos reocar a persistência posterior duma fístula, pois, na verdade, a caverna, uma vez fechada aquela, cura-se em poucos dias.

Resta-nos agora falar do contróllo radiológico e estratigráfico. Habitualmente julgamos conveniente fazer-se uma radiografia todos os 10-15 dias para seguir a gradual modificação da caverna e das condições pulmonares homo-e controlaterais, assegurando-nos ao mesmo tempo da exacta posição da sonda.

Se esta estiver em grande parte enrolada dentro da caverna, é neces-

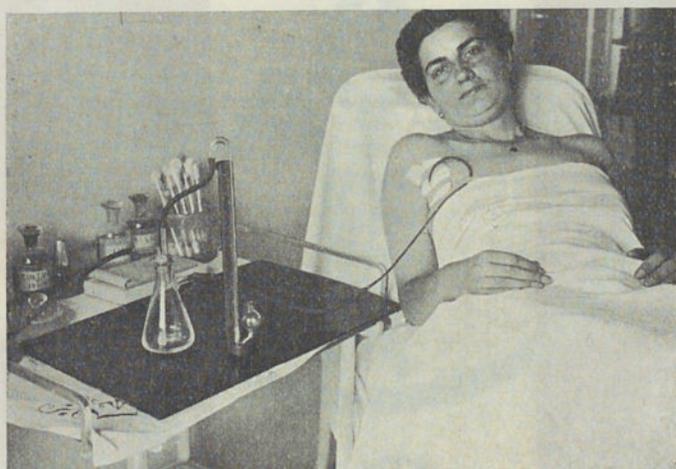


Fig. 6

sário corrigir-se a sua posição, pois de outro modo impediria com a sua presença a boa retracção da mesma.

Se a caverna já estiver reduzida ou se a exacta posição da sonda não puder ser definida pela radiografia, torna-se útil fazer-se uma tomografia.

Finalmente, é ainda conveniente, para o bom prosseguimento do tratamento, fazer-se todos os 20-30 dias a renovação da sonda, o que se consegue facilmente, com auxílio dos estiletos de Bottari, visto o trajecto já estar estabelecido. Quanto à extracção da sonda no fim do tratamento, parece de boa regra, antes de a extrair, conservá-la durante algum tempo sem aplicação do sistema aspirativo e observar, por exames estratigráficos em série, o comportamento da caverna.

Para terminar, diremos que a existência de cavernas nos dois campos pulmonares impõe, segundo o conselho de Monaldi, intervenções sucessivas e não simultâneas.

BIBLIOGRAFIA

- G. BOTTARI e G. BABOLINI. — «Strumenti e tecnica per l'attuazione pratica del procedimento di aspirazione endocavitaria di Monaldi. *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano III, n.º 5-6, pág. 365, 373. 1939.
- V. MONALDI, G. BOTTARI e G. BABOLINI. — «Alcune Osservazioni sulla condotta del procedimento di Aspirazione endocavitaria. *Annali dell'Istituto «Carlo Forlanini»*. Ano III, n.º 5-6, pág. 374, 382. 1939.



ACIDOL-PEPSINA

PYRAMIDON

MEDICAMENTOS

EDULCININA

CAFFA RAL

PAROXIL

ATEBRINA

ZEFIROL

AVERTINA

COM A

PER-ABRODIL

HYPOPHYSINA

PROTARGOL

SUPRARENINA

CAMPOLON

PRONTOSIL

PELLIDOL

CAFIASPIRINA

GARDAN

PUADINA

YATREN

FESTAL

CANTAN

EVIPAN

LUTREN

UNDEN

SALYRGAN

PROLAN

DEVEGAN

ERUGON

HYDRONAL

GRAVITOL

ADALINA

HELMITOL

INSULINA

MITIGAL

SELVORAL

RIVANTOL

PANTOCAINA

SOLARON

MOCHINA

TRYPAFLAVINA

TONOFOSFAN

CHOLEFLAVINA

THEOMINAL

AMPHOTROPINA

SAIODINA

ELITYRAN

PRELOBAN

PADUTINA

ELDOFORMIO

NOVOCAINA

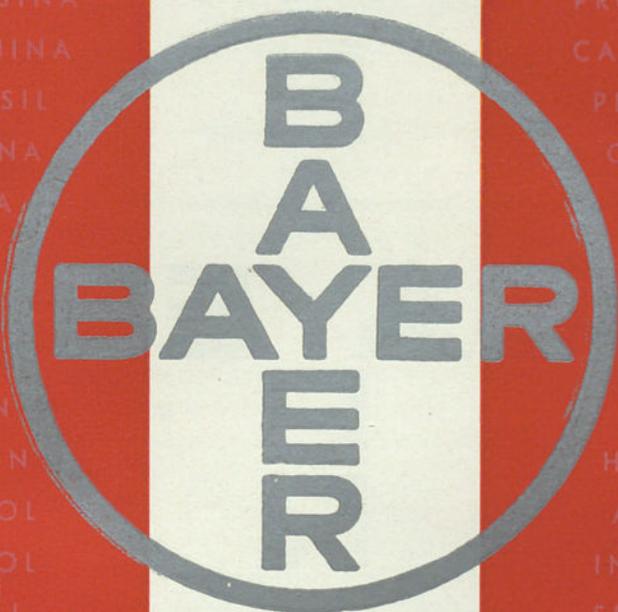
LACARNOL

NOVALGINA

CRESIVAL

OPTARSON

PANFLAVINA



Cruz-Bayer

O SINAL
DA
CONFIANÇA

ACIDOL-PEPSINA

MEDICAMENTOS

COM A

**B
A
BAYER
E
R**

Cruz-Bayer

O SINAL
DA
CONFIANÇA

PYRAMIDON

ETIDROPIA

PAROXIL

ZEFIROL

PER-ABRODIL

PROTARGOL

CAMPOLON

PELLIDOL

GARDAN

YATREN

CANTAN

LUTREN

SALYRGAN

DEVEGAN

HYDRONAL

ADALINA

INSULINA

SELVORAL

PANTOCAINA

PROCHINA

MONOFOSFAN

THEOMINAL

SAIODINA

PRELOBAN

ELDOFORMIO

LACARNOL

CRESIVAL

PANFLAVINA

ASPIRINA

COMBRIAL

ATEBRINA

AVERTINA

HYPOPHYSINA

SUPRARENINA

PRONTOSIL

CAFIASPIRINA

FUADINA

FESTAL

EVIPAN

UNDEN

PROLAN

ERUGON

GRAVITOL

HELMITOL

MITJGAL

RIVANOL

SOLARON

TRYPFLAVIN

CHOLEFLAVINA

AMPHOTROPINA

ELITYRAN

PADUTINA

NOVOCAINA

NOVALGINA

OPTARSON

Institut Rocha Cabral, Lisbonne

SUR L'OCCLUSION INTESTINALE EXPERIMENTALE CHEZ LE CHIEN

PAR
MIRABEAU CRUZ

Il est généralement accepté que l'occlusion intestinale revêt un caractère d'autant plus grave que l'obstacle siège plus haut dans l'intestin. Cette conception est confirmée par des observations cliniques et par des expériences sur des animaux; cependant d'autres expériences ont abouti à des résultats opposés. Ainsi:

Draper Maury (1) a constaté que la survie des chiens chez lesquels on pratique une occlusion intestinale mécanique est beaucoup plus longue lorsque l'occlusion a lieu au-dessus de l'abouchement des voies biliaire et pancréatiques que lorsqu'elle siège au-dessous. Dans une série d'expériences, il a effectué la transplantation de l'abouchement soit des voies biliaires, soit des voies pancréatiques, de leur place habituelle vers un point situé au-delà de l'obstacle. Il a vérifié que la survie des animaux se prolonge dans les cas de transplantation de la voie pancréatique jusqu'à trois ou quatre semaines et plus, tandis que dans les cas de transplantation de la voie biliaire les conséquences de l'intervention s'ensuivent comme si aucun changement anatomique n'avait eu lieu. On pourrait croire à une action nuisible exercée par le suc pancréatique au niveau du segment de l'intestin en avant de l'obstacle.

Jenkins (2) a employé une autre méthode. Il a effectué une occlusion intestinale haute et établi le drainage du duodénum et de la partie supérieure du jéjunum par un abouchement à l'iléon. Le reste de l'intestin occlus a été anastomosé à l'estomac. Les chiens soumis à cette intervention ont survécu 12 à 33 jours; ils ont maigri progressivement et eu quelques vomissements accidentels. Le taux des chlorures du sang est tombé aussi progressivement.

D'autres auteurs, comme Eisberg et Draper (3), ont obtenu des survies de 17 jours. Morton et Pearse (4) sont arrivés à des résultats semblables.

White et Fender (5) chez deux chiens, en introduisant les matières

vomies par des chiens ayant de l'occlusion intestinale par la bouche de l'entérostomie exécutée avec le bout distal de l'intestin, ont observé des survies de une ou deux semaines, sans constater des signes de toxémie.

Enfin Hill et O'Connell (6) ont procédé à la section de l'intestin au-dessus des voies biliaires. Le bout central était fermé et avec l'autre bout on pratiquait une entérostomie. Par cette bouche, ils introduisaient du suc duodéal (provenant d'autres chiens par gastrostomie et sondage du duodénum). Des chiens subissant la même opération, mais sans recevoir du suc duodéal, ont servi de témoins. À ceux-ci on ne donnait rien ou seulement des injections de sérum physiologique. Les résultats ont été négatifs.

Comme préliminaire à l'étude de l'occlusion intestinale, il nous a semblé nécessaire d'effectuer quelques tentatives dans le but d'établir l'influence du suc pancréatique sur la durée de la survie des animaux en état d'occlusion.

Nous avons choisi des chiens sur lesquels nous avons exécuté les deux types d'occlusion intestinale, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous des voies biliaire et pancréatiques.

L'anesthésie étant obtenue par l'éther, on effectuait l'occlusion en coupant l'intestin à quatre travers de doigt du commencement du jéjunum, pour les cas d'occlusion au-dessous des voies biliaire et pancréatiques, et immédiatement en amont de la voie biliaire pour les cas d'occlusion au-dessous de ces voies. Cette dernière intervention est plus difficile parce que la voie biliaire se termine à quelques centimètres à peine du pylore. Nous ne réalisons donc pas une véritable occlusion intestinale, mais plutôt gastrique.

Après la section de l'intestin, on fermait les deux bouts par deux sutures et on les couvrait par l'épiploon. Rien de remarquable dans la suite pendant les premiers jours. Les animaux buvaient de l'eau sucrée, ne vomissaient que très rarement, leurs selles étaient normales et les urines abondantes. On constatait une légère hyperthermie; mais pas de ballonnement ni aucun signe objectif de péritonite.

Deux à trois jours avant le décès, les animaux se montraient tristes et étaient presque toujours couchés dans un état d'adynamie qui a augmenté jusqu'à la mort.

Voici les résultats obtenus:

Chiens	Type d'occlusion	Survie
1 ^{er}	au-dessous	6 1/2 Jours
2 ^e	>	6 >
3 ^e	>	6 >
4 ^e	>	21 >
5 ^e	>	17 >
6 ^e	>	17 >
1 ^{er}	au-dessus	3 >
2 ^e	>	5 >
3 ^e	>	3 >
4 ^e	>	4 >
5 ^e	>	4 >
6 ^e	>	7 >

On voit par ce tableau que l'occlusion du premier type permet une survie de 6 à 21 jours, tandis que dans celle du deuxième type la survie n'est que de 3 à 7 jours. Ces résultats ne s'accordent pas avec ceux des auteurs ci-dessus.

La nécropsie nous a donné toujours les mêmes résultats: distension légère de la partie de l'intestin en amont de l'obstacle avec rétrécissement de la partie en aval. Aucun signe macroscopique de péritonite. Par l'examen histologique du foie et du pancréas, nous avons constaté que leur structure était conservée intacte avec quelques foyers congestifs dans le parenchyme.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) — DRAPER MAURY — *Death in Acute intestinal Obstruction and kindred conditions is due Physiologic disturbance* J. A. M. A. 54: 5 (Jan. 1) 1910.
- (2) — JENKINS — *Experimental ileus I. high obstruction with the biliary pancreatic and duodenal secretions shortcircuited below the obstructed point.* Arch. Surgery 19: 1072 (Dec.) 1929.
- (3) — EISBERG AND DRAPER — *Intestinal Obstruction* J. A. M. A. 71: 1834 (Nov. 16) 1918.
- (4) — MORTON AND PEARSE — *Similarity in the effect of experimental high intestinal obstruction and high complete intestinal fistula.* Ann. Surg. 94 263. 1931.
- (5) — WHITE AND FENDER — *Cause of death in uncomplicated high intestinal obstruction the experimental evidence to show that the death is due not to toxemia but to the loss of digestive fluids and salts.* Arch Surgery 20; 97 (June) 1930.
- (6) — HILL AND O'CONNELL — *Experimental administration of duodenal contents to dogs with acute high intestinal obstruction.* Arch. Surgery 37:311-315 (aug) 1938.

NOTA CLÍNICA

SÔBRE UM CASO DE CARBÚNCULO TRATADO PELO «PRONTOSIL»

(Hospital de Curry Cabral — Secção de Isolamento)

POR

F. CASTRO AMARO

Vitória do Sacramento, de 32 anos de idade, viúva, operária dum armazém de peles, natural e residente em Lisboa. Baixa ao Hospital a 15 de Abril de 1940, queixando-se de grande inchaço da face e febre.

Anamnese — Doença actual. — A doente conta que três dias antes, quando trabalhava com peles não curtidas, sentiu uma picada junto ao ângulo externo da fenda palpebral esquerda.

No dia seguinte tinha a cara inchada, a partir do ponto picado, que era assinalado por uma pequena mancha avermelhada, pruriginosa.

Ao segundo dia o edema era mais extenso, a mancha mais pronunciada e começou a sentir mal-estar geral, com arrepios de frio e febre. Como piorasse a seguir, resolveu baixar ao Hospital de S. José, a 15 à tarde, donde foi enviada nesse mesmo dia para a Hospital de Curry Cabral.

Diagnóstico de admissão feito no Banco de S. José. — Carbúnculo (?). Injecção preventiva (vias subcutânea e intramuscular) de 40 cc. de sôro anti-carbunculoso.

No dia seguinte, pela manhã, já no serviço de Isolamentos do Hospital de C. Cabral, a doente apresenta um extenso edema duro, indolor, de tódia a face, a ponto de lhe tapar ambos os olhos, mais acentuado porém à esquerda, onde se vê, um pouco para fora do ângulo externo da fenda palpebral, uma pequena pápula avermelhada, apresentando no centro um ponto negro.

Temperatura de 40°. Língua saburrosa. Polipneia. Taquicardia.

Diagnóstico clínico. — Carbúnculo da face.

Tratamento. — 50 cc. de sôro anti-carbunculoso e aplicações locais quentes, de papas-de-linhaça.

No dia seguinte a temperatura mantém-se a 40° e o estado geral da doente é francamente pior.

Aos sintomas precedentes juntam-se agora cefaleias violentas, vômitos, agitação psíquica, pulso muito freqüente e hipotenso. Localmente o edema estendeu-se a tódia a cabeça e pescoço e a pústula apresenta-se agora mais larga, invadindo as pálpebras, com vesícula central cheia de um líquido sero-sanguinolento. Ambos os olhos continuam completamente tapados pelas pálpebras, muito tumefactas.

Um esfregaço de serosidade, colhida na pústula, confirma o diagnóstico clínico, pois mostra abundantíssimas bacterídeas ao exame microscópico. Também a inoculação de um cobaio provocou a morte dêste por septicémia carbúnculosa.

Administrou-se nova dose de 50 cc. de sôro, por via intramuscular, e uma dose II de 914. Tonificação cardio-vascular. No dia imediato persiste a mesma situação grave, com um edema que se estende à parte superior do tórax, pelo que se injectam mais 100 cc. de sôro por via intramuscular e 30 cc. por via endovenosa. A 19, de manhã, a doente não apresenta melhoras, a temperatura mantém-se no nível elevado desde princípio, a pústula está maior, atingindo o ângulo interno da fenda palpebral e mesmo a raiz do nariz, e resolve-se, então, instituir nova terapêutica. Administra-se «Prontosil», na dose de 2 comprimidos de 2 em 2 horas, isto é, 12 gramas diários, e logo nesse mesmo dia à tarde a temperatura desceu, pela primeira vez, a 38°.6.

No dia seguinte, ao meio dia, a doente está apirética e o estado geral consideravelmente melhorado. Nos dois dias que se seguem acentuam-se rapidamente as melhoras, mantém-se a apirexia e em redor da pústula, já nitidamente demarcada, começa a formar-se um sulco de eliminação. Volta a febre durante alguns dias, temperaturas sub-febris, atribuível à infecção secundária, purulenta, da extensa lesão cutânea, para desaparecer por completo passados mais 5 dias. A 29 baixa-se a dose de «Prontosil» para 6 comp. ao dia e depois para 4, até que em 9 de Maio se suspende esta medicação por terem aparecido cefaleias violentas, primeiro sinal de intolerância apresentado pela doente.

Entretanto fizera-se a eliminação total de escara e a cicatrização prosseguia em boas condições.

Análise em 19 de Abril. — Hemoglobina, 70 %; glóbulos vermelhos, 3.810.000; glóbulos brancos, 13.600. Fórmula: neutrófilos, 93; eosinófilos, 0; basófilos, 0; gr. monócitos, 2; linfócitos, 5.

Análise de urina, em 24. — Nada de anormal.

Análise de sangue em 2 de Maio. — Hemog., 65 %; gl. verm., 2.800.000; gl. br., 6.900.

Fórmula — neutróf., 77; eos., 1; bas., 0; gr. monóc., 4; linf., 18.

A apresentação dêste caso tem apenas o objectivo de chamar a atenção dos clínicos da provincia para uma nova terapêutica do carbúnculo, aliás já empregada com êxito noutros países, e prometedora dos melhores resultados.

BIBLIOGRAFIA

- A. RAVINA — Traitement du charbon par les sulfamides. *La Presse Médicale*, n.º 36 e 37: 17-20-4-40.
- A. FERENCZI — Über eine neue Behandlung des Milzbrands. *Deutsche Mediz. Wochenschrift*, n.º 16: 19-4-40 — pág. 435.

Revista dos Jornais de Medicina

A-PROPÓSITO DE UM CASO DE NANISMO MONGOLÓIDE E GRAVIDEZ.

(*Su di un caso di nanismo mongolóide e gravidanza*), por Stefano Bertino.

— *Ann. di Obstetricia e Ginecologia*. Ano LXII. N.º 3. Março de 1940.

Trata-se de um caso de nanismo mongolóide, diagnosticado clínica, radiológica e endocrinologicamente pelo A. em uma grávida de 23 anos. Tinha de altura 1^m,18 e pesava 35,900 kg.

A primeira menstruação apareceu-lhe aos 15 anos; as seguintes foram escassas e intercaladas com períodos de amenorreia de 3 a 4 meses. A gravidez foi levada a termo; em virtude da desproporção feto-pélvica, foi-lhe feita cesariana; feto vivo, aparentemente normal, que, no entanto, veio a falecer 2 meses mais tarde, por debilidade congénita.

O curioso do caso reside não só no funcionamento, embora irregular, do aparelho genital, mas também em ter sido possível manter-se a gravidez até ao fim.

F. de Almeida

CONCEITO ACTUAL DO ESTIOMÉNIO VULVAR, por Aurélio Monteiro —

An. Bras. de Gin. Ano V. Vol. 9. N.º 3. 1940.

Resumo da história do estioménio e sua etio-patogenia. Admite que este «processo úlcero-hipertrófico da vulva» é, na grande maioria, causado pela linfogranulomatose e, em grau decrescente, pela sífilis e pela tuberculose (*lupus vulvar*); há ainda casos provocados pela filária ou por uma infecção crónica. Por isso as lesões em questão só deverão levar o nome de estioménio, enquanto se não acertar na causa do síndrome.

Pode apresentar-se sob duas formas (Arenas): processo hipertrófico secundário a uma ulceração mais ou menos crónica, e hipertrofia primitiva com ulceração secundária. O apêrto do recto e a elephantiasis, que caracterizam o E., são causados pela estase consecutiva à obstrução dos gânglios perirectais.

Clinicamente, o A. admite os três tipos de Huguier: superficial, perfurante e hipertrófico.

O diagnóstico diferencial a fazer será com a úlcera aguda da vulva e com o granuloma venéreo.

A evolução é crónica (3 a 10 anos); a sintomatologia difere com a variedade; prognóstico desfavorável, dada a cronicidade do processo, tendência invasora, fistulas, etc.

O A. contribue para a casuística com um caso no qual as R. de Wassermann e Kahn eram fortemente positivas. R. de Frei positiva. Foi-lhe feito tratamento pela sulfanilamida e em 12 dias a doente ingeriu noventa e seis comprimidos (não diz a como era doseado cada comprimido) sem qualquer resultado. Depois foi-lhe injectado 914 e aos 3,60 gramas o processo tinha desaparecido completamente. No entanto, a R. de Frei, depois da cura clínica, era fortemente positiva. Evidentemente o estioménio era de origem luética.

F. de Almeida

A DRENAGEM ABDOMINAL NAS APENDICITES AGUDAS PERFURADAS E GANGRENOSAS. (*Il dremaggio addominale nelle appendiciti acute perforate e cancrenose*), por Balice. — *Il Policlinico* (sez. chirurgica). Ano XLVI. N.º 10. Outubro de 1939.

O A. considera inútil e prejudicial a drenagem abdominal nas afecções abdominais agudas, especialmente na apendicite. Sòmente acha permitido fazê-la quando não fôr possível obter uma peritonização satisfatória ou hemostase completa ou se não puder extirpar um órgão infectado ou se temer o derrame de líquidos infectados, na cavidade peritoneal.

O A. tratou assim, pela sutura imediata, 12 casos de apendicite aguda, perfurada ou gangrenada, com peritonite aguda circunscrita; sòmente esvaziou as colecções purulentas e fechou o peritoneu.

F. de Almeida

OS CORPOS ESTROGÉNIOS SINTÉTICOS. (*Les corps oestrogènes synthétiques*), por J. A. Schockaert & J. Ferin. *Bruxelles Médical*. N.º 14. Fevereiro de 1940.

Os AA. fizeram um estudo pormenorizado do assunto, tanto sob o ponto de vista experimental, como clínico. Declaram não ser possível diferenciar qualitativamente a acção desenvolvida pela foliculina artificial (estilbesterol) da da foliculina natural.

O estilbesterol, até 2,5 gramas por dia, em injeção intra-muscular, é bem suportado na maioria dos casos; deu bons resultados, em ingestão, para fazer cessar a secreção láctea. As altas doses (5 a 10 mgramas diários), quando necessárias, poderão ser dadas, mas tendo sempre em vista o perigo de intoxicação. É bom recordar que a intolerância ao produto se manifesta por mal-estar geral, náuseas, vómitos, anorexia e sensação de peso, queimaduras e cólicas no epigastro.

F. de Almeida

A ANESTESIA DO PLEXO BRAQUIAL EM CIRURGIA DE GUERRA. (*La anestesia del plexo braquial en cirugia de guerra*), por Soldevilla — *Clinica y Laboratorio*. Ano XXII. T. XXX. N.º 170. Maio de 1940.

A anestesia a usar, em cirurgia de guerra, tem que levar em conta vários factores, como economia de pessoal, necessidade de actuar com rapidez em

doentes chocados e que em tempo de paz poderiam ser convenientemente preparados, etc. As anestésias gerais pelo éter ou clorofórmio muitas vezes não poderão ser praticadas; a anestesia por via intravenosa não dura o tempo que com frequência seria necessário que durasse; a anestesia local não convém em regiões infectadas, etc.

O A. usou a anestesia regional sempre que pôde e resume os resultados que obteve, em especial com a anestesia do plexo braquial.

A princípio o A. lutou com dificuldades para obter novocaína em pó, pois o efeito da anestesia feita com soluto preparado na ocasião ou já de há tempo conservado em ampolas, é completamente diferente.

Usa diluições a 2 e a 3 por cento; a quantidade total eleva-se até 1 e mesmo 2 gramas sem inconveniente. O soluto é feito em soro fisiológico, depois levado à ebulição; quando tiver arrefecido junta-lhe X gotas de adrenalina.

Os melhores resultados foram obtidos pelas vias supra-clavicular e axilar.

Para a via supra-clavicular, coloca-se o doente em decúbito dorsal, com a cabeça um pouco pendurada e voltada para o lado oposto àquele onde se vai fazer a anestesia. Com um dedo procura-se o centro da clavícula, depois o bordo superior e deixando escorregar o dedo para o espaço supra-clavicular até encontrar a pulsação da sub-clavia; imediatamente para fora dêste ponto enterra-se a agulha de fora para dentro e de diante para trás até encontrar a primeira costela; retira-se a agulha um pouco e desvia-se para a direita e para a esquerda até o doente sentir como que uma caimbra em todo o braço. Enquanto não se produzir este fenómeno, não se injectará líquido algum, mas, uma vez provocado, injectar-se-ão 50 c. cúbicos. Passados dez minutos, deverá haver analgesia e termo-anestesia, algumas vezes paralysia no membro; o tacto raras vezes desaparece.

Se a anestesia falhar, ou se repete a inecção, ou se procura outra via.

Para a anestesia por via axilar, o doente é também deitado em decúbito dorsal; o braço em questão é colocado em abdução e em posição horizontal. Com o indicador e médio esquerdos, procura-se, por baixo do coraco-braquial, a pulsação da artéria axilar; empurra-se a artéria um pouco para cima e introduz-se a agulha junto a ela; injectam-se 10 c. cúbicos, depois, manobrando a agulha, injectam-se outros 10 c. cúbicos para fora da artéria, mais 10 para dentro e outros dez por detrás e por cima.

O A. ainda usou mais as vias infra-clavicular e para-vertebral. A primeira é bastante difficil de praticar, pois é necessário seguir uma linha imaginária, que vai do tubérculo de Chassaignac ao bordo interno da apófise coracoideia, o que é difficil em pessoas obesas ou musculadas.

Para a via para-vertebral é necessário atingir os buracos de conjugação por onde saem os quatro últimos cervicais e o primeiro dorsal. Procuram-se as respectivas apófises espinhosas, com o doente deitado em decúbito lateral, direito ou esquerdo, conforme quisermos anestésiar à esquerda ou à direita. A agulha é introduzida três dedos para fora de cada uma das apófises até a 4 ou 5 cm. encontrar resistência óssea; procura alcançar-se o bordo inferior do osso e, seguindo um ângulo de 25°, empurra-se a agulha para a linha mediana e injectam-se 10 c. cúbicos. Repete-se, introduzindo idéntica quantidade de líquido, para cada um dos hervos do plexo braquial. Este método necessita, por con-

seqüência, muitos pontos de referência e repetidas picadas, bastante dolorosas e desagradáveis.

Dos quatro métodos usados pelo A., os dois primeiros são os mais simples. Com alguma prática, a infiltração é fácil e rápida; é necessário não esquecer que, uma vez terminada, é preciso esperar 10 a 15 minutos para começar a operar.

O A. usou a anestesia do plexo braquial em 167 casos e termina aconselhando-a para a cirurgia óssea, nervosa e dos tendões, redução de fracturas, mobilização de articulações rígidas, luxações, etc.

F. de Almeida

SACRALIZAÇÃO DOLOROSA DA QUINTA VÉRTEBRA LOMBAR. (*Sacralización dolorosa de la quinta vértebra lumbar*), por Viar y Flores. — *Clinica y Laboratorio*. Ano XXII. T. XXX. N.º 170. Maio de 1940.

Por a coluna vertebral se achar ainda em período de adaptação à posição bípede, encontram-se, freqüentemente, vértebras diferentes das normais nas várias zonas de transição de uns segmentos para os outros. A sacralização lombar, segundo êste critério, representa um «desenvolvimento hiperdiferencial de superevolução».

A sacralização pode ser a causa de dores nas regiões lombar e sagrada, mas nem tôdas as dores dessas regiões são causadas por aquela anomalia. Chama a atenção para os trabalhos de Putti sôbre as variações de orientação das apófises articulares das vértebras. Assim, pode suceder que uma das articulações lombo-sagradas esteja disposta segundo um plano frontal e a outra em um plano sagital; no período de desenvolvimento há uma adaptação que não deixa a anomalia manifestar-se, mas mais tarde aquêle «conflito cinético» é causa de irritação e dor.

Descreve as várias manifestações que podem originar sintomatologia semelhante à da sacralização dolorosa; êste diagnóstico só deverá ser feito quando as modificações ósseas originadas pela anomalia forem irritar o nervo à saída do buraco de conjugação ou quando a articulação formada pela apófise transversa e a asa do sacro, fôr sede de artrite.

O estudo radiológico da região deve ser feito com todo o cuidado, pois em muitos casos a interpretação é difícil.

Partindo do princípio que geralmente as dores são devidas à artrite acima referida, o A. começa por fazer tratamento pelas ondas curtas e repouso; se não der resultado, aconselha a apofisectomia, de que descreve as várias técnicas usadas.

O A. descreve cinco casos com sintomatologia de sacralização, que existia em alguns, mas em outros tratava-se de calculose renal e de fractura da apófise transversa da quinta lombar com artrite, etc.

F. de Almeida

O VALOR DA ESTEREOSCOPIA NO ESTUDO PNEUMOGRAFICO PARA O DIAGNÓSTICO E LOCALIZAÇÃO DOS CÁLCULOS RENAIIS E URETERAIS. (*The value of stereoscopic pneumographic studies in the diagnosis and localization of renal and ureteral calculi*), por W. W. Scott, J. A. Benjamin e M. D. Rochester. — *New York State Journal of Medicine*. Fevereiro de 1940.

Acentua-se neste artigo a insuficiência, tantas vezes manifesta, dos exames habituais radiológicos para afirmar uma litíase, ou então em precisar seguramente a sua localização.

Com a idéia de determinar com precisão êsse diagnóstico, os AA. são partidários da pneumopielografia, acentuando as suas vantagens, em especial quando se põe o problema do cálculo permeável aos raios X, e lembrando até que a insuflação do ar pelo cateter é, sem dúvida alguma, o meio de contraste mais económico que se pode usar. A técnica pielográfica dos autores é muito segura, o ar é injectado por seringa ao cateter, mas passa previamente num tubo em T, que comunica com o manómetro.

O interesse dêste artigo, em que a pneumopielografia é tão defendida, e com justiça, é que os AA. encontram ainda neste método dificuldades na localização dos cálculos que só êle visualisa. É então que empregam a estereoradiografia, que permite um diagnóstico de localização certo.

Carneiro de Moura

O DIAGNÓSTICO PRECOCE DOS TUMORES RENAIIS. (*La diagnosi precoce dei tumori renali*), por Paolo Capaci. — *Archivio Italiano di Urologie*. Vol. XVII. Fevereiro de 1940.

O diagnóstico precoce dos tumores do rim é um problema delicado, insólvel ainda em parte e merecendo portanto que lhe seja votado grande interesse por parte dos cirurgiões. Mas êsse diagnóstico precoce é ainda impossível na maior parte dos casos — a *pielografia ascendente* representa, sem dúvida, o meio porque êsse diagnóstico precoce possa ser realizado. Necessita todavia ser feita com uma técnica muito rigorosa e interpretada correctamente. O A. é um pouco severo para os radiologistas, pois partilha em absoluto a opinião de Wiget, que dizia que para se ter um diagnóstico precoce à custa duma pielografia não basta, para a sua interpretação, a ciência quotidiana dum radiologista geral, necessitando em absoluto a experiência especializada dum urologista.

É certo que os erros são múltiplos na interpretação dessas imagens e o A. cita-os completamente. Mas se se tem na pielografia um meio capaz de fazer o diagnóstico precoce dos tumores do rim, é justo dizer que para a realizarmos é preciso que o doente se queixe de algum sintoma.

Esse é, em grande número de casos, a hematuria, que continua ainda a ser o sinal por que nos trazem os doentes, mas infelizmente a hematuria nem sempre é um sintoma inicial. Pode aparecer pela primeira vez e já num estado avançado da doença, tendo os tumores evoluído num decurso silencioso ou quasi.

O interesse dêste artigo, que se deve considerar bastante completo sôbre o capítulo que procurou tratar — o diagnóstico precoce — reside na estatística apresentada (34 tumores, todos operados de Serviço de Lasio, de Milão) e nas pielografias que a acompanham.

Da maior parte dos casos são apresentados numa mesma placa — a pielografia ascendente, o seu esquema exemplicado na minúcia, a pielografia de peça *post-nefrectomia*, e a fotografia do tumor.

As conclusões pielográficas e a descrição de tôdas as deformações susceptíveis de aparecer estão em perfeito acôrdo com o relatório recente de Ross Mintz, obtido à custa dum material abundantíssimo e apresentado ao Congresso Anual da Associação Americana de Urologia.

Carneiro de Moura

VOLUMOSO ABCESSO DA PAREDE GÁSTRICA CURADO PELA RESSECÇÃO DO ESTÔMAGO. (*Voluminoso abcesso della parete gastrica guarito con la resezione dello stomaco*), por E. Malan. — *Annali Italiani di Chirurgia*. Vol. XIX. Janeiro-Fevereiro de 1940.

As infecções supuradas da parede do estômago, representando ainda uma raridade, justificam para o A. a publicação do caso, observado no Serviço de Dogliotti.

Um homem de 28 anos, pouco tempo depois de ter uma amigdalite, aparece com febre alta e uma dor muito aguda no epigastro, e em pouco tempo estabeleceu-se um quadro de lesão aguda supurada de quadrante superior direito de abdômen.

Foi operado com o diagnóstico de «empiema da vesícula biliar». A intervenção revelou um volumoso abcesso da parede do estômago aderente ao fígado, ao epiplon e ao cólon. Depois de aberto o abcesso durante as manobras de descolamento, terminou-se por uma ressecção gástrica.

O post-operatório foi ótimo e seguiu-se uma cura completa.

O A. descreve depois o aspecto anátomo-patológico das lesões (que, é justo dizer-se, poucas vezes terá sido estudado em peças operatórias) e o exame histológico confirmou o diagnóstico operatório. A sede do abcesso era na suberosa e na camada muscular.

O A. pensa que o início dos fenómenos inflamatórios se terá dado na submucosa e que se terá propagado às outras camadas por contigüidade ou por via linfática. A via hematogênea deve ter sido a maneira como os germens chegaram à parede gástrica, devendo a amigdalite corresponder à porta de entrada.

O A. emite, por fim, considerações de ordem diagnóstica e prognóstica sôbre a doença em estudo e expõe os motivos que o levaram a fazer a ressecção do estômago neste caso.

Carneiro de Moura

FLEIMÕES DA PAREDE ABDOMINAL COMO COMPLICAÇÃO DA APENDICECTOMIA (NOS PROCESSOS AGUDOS). (*Flegmones de la pared abdominal como complicación de la apendicectomia (en los procesos agudos)*, por J. Jorge e C. de Nicola. — *Boletines y Trabajos de la Academia Argentina de Cirugia*. — Sessão de 8 de Maio de 1940.

Sempre foi uma preocupação dos cirurgiões, quando operam uma apendicite aguda, evitar, na medida do possível, a infecção secundária da parede abdominal. Muito se tem dito sobre o assunto e vários factos tem sido apontados como sendo a causa desta desagradável complicação.

Tem-se atribuído uma importância fundamental à maneira como é tratado o côto apendicular.

Ultimamente os cirurgiões da América do Sul, depois de muito terem discutido sobre o assunto, tem defendido o processo da não invaginação do côto apendicular, método defendido, há já muitos anos, por T. de Martell.

Todavia as opiniões não são ainda unânimes sobre o processo a empregar, e continua a haver um grande número de cirurgiões que seguem fiéis ao velho método da invaginação do côto apendicular, no qual se alista o A.

Qualquer dos processos é sujeito, todavia, a crítica. A invaginação pode provocar a formação dum abcesso em cavidade fechada; a não invaginação pode dar em resultado a fistula estercoral e a peritonite generalizada.

Duma maneira geral pode dizer-se que as fistulas estercorais são mais frequentes nos casos em que se não invaginou.

As possibilidades do abcesso em cavidade fechada não são muito frequentes e na imensa maioria dos casos, se aquê se forma, abre-se para dentro do coecum.

É por isso que o A. aconselha fazer a invaginação com material de reabsorção lenta («catgut» cromado) ou mesmo não reabsorvível (fio de linho ou sêda), contrapondo-se ao material da laqueação do apêndice, que deve ser um «catgut» simples n.º o.

É esta a técnica do A., com a qual quasi não tem accidentes supurativos da parede. Por outro lado, quando se operam processos agudos avançados, estendidos ao coecum, impossibilitando uma correcta peritonização do côto apendicular, produzem-se, com frequência, fistulas estercorais.

Quanto às outras causas responsáveis das supurações da parede, o A. põe duas eventualidades: operação em que há exsudado na cavidade peritoneal, ou quando êste não existe.

Na primeira eventualidade, o A. liga grande importância à técnica empregada.

O uso dum bisturi muito afiado é indispensável; traumatiza menos os tecidos, é necessário hemostasia perfeita (não esquecer nunca o vaso que existe na transição das fibras aponevróticas para as musculares do grande oblíquo), dissecação mínima, tudo são factores que deixam a ferida em melhores condições de defesa, contra a eventual infecção. Antes de abrir o peritoneu devem suturar-se os bordos aponevróticos a compressas que protegem assim o tecido celular subcutâneo. Aberta a serosa, isolamento do foco séptico, com compressas cobertas com cautchú, ou com tela, impermeável. Realizada a apen-

dicetomia, devem-se mudar luvas e instrumentos e fechar a parede em pontos separados.

O A., que é partidário da anestesia local para a apendicetomia, não vê que ela aumente o número de supurações da parede.

Na segunda eventualidade, isto é, quando existe já um exsudado turvo na cavidade, a infecção da parede é, por assim dizer, fatal, a-pesar-de tôdas as precauções que se possam tomar.

A prática de ressecar os bordos da aponevrose do grande oblíquo, como profilaxia da infecção, não parece aconselhável, pois não põe ao abrigo de infecção os novos bordos de aponevrose e favorece uma maior eventração futura.

O A. não aborda, nesta comunicação, o problema da drenagem.

Um dos factores principais da infecção da parede é ainda o tubo de drenagem. A drenagem da cavidade peritoneal deve limitar-se, e usá-la só em presença de zonas de esfacelo, nas peritonites purulentas e em abscessos apendiculares. Hoje, ao contrário do que anos atrás se dizia, quando existem dúvidas entre drenar ou não drenar, deve-se fechar o peritoneu. A drenagem deve ser usada correntemente, mas é nos planos superficiais.

Ainda sôbre a invaginação do côto apendicular, que tantas discussões tem dado, em especial na Argentina:

Numa sessão da Sociedade de Cirurgia de Buenos-Aires, o prof. Ivanishevich dizia haver opiniões inexplicáveis, contraditórias e até desconcertantes, e citava a opinião do seu mestre Arce.

«Arce sustenta que o côto apendicular se deve invaginar, por isso o faz sempre; porém êle próprio é uma experiência favorável à opinião contrária, pois nós quando o operámos de apendicite aguda, fizemos, de acôrdo com o nosso critério, esmagamento e dupla laqueação, sem invaginação».

Carneiro de Moura

DIABETES MELLITUS E ANEMIA PERNICIOSA. (*Diabetes mellitus und perniziöse Anämie*), por W. Beckert — *Münchener Mediz. Wochensch.* N.º 9. 1 de Março de 1940.

A coexistência destas doenças é, para Naegeli, muito rara. Descrita pela primeira vez em 1910, por Parkinson, outros autores se ocuparam depois d'êste assunto, cada um explicando o facto de sua maneira. O certo é que no decurso da diabetes aparece, muitas vezes, como se sabe, uma aquilia gástrica. Bodatjan e Ostrowidow verificaram a existência de anacidez em 54 % dos diabéticos observados. Katsch e Fenz viram também, em alta percentagem de casos, aquilia ou hipoacidez. O mesmo foi comprovado pelo A. Para Thiele é a gastrite que acompanha a diabetes o elo de ligação entre esta afecção e a anemia perniciosa.

Entre os 900 diabéticos tratados pelo A. constatou-se em nove doentes (isto é, 1 %) a coexistência de uma anemia perniciosa; d'êstes, em cinco casos, verificou-se claramente que a diabetes já existia anteriormente (3 a 7 anos), não se tendo conseguido nos restantes quatro descobrir qual das doenças fôra a primeira a aparecer.

Não foi possível ver, no decorrer de anos, qualquer influência recíproca de ambas as afecções, o aparecimento da anemia agravando a diabetes ou a existência desta condicionando desfavorável reacção à anemia. Também a anemia não é especialmente grave nos casos de diabetes grave e o A. julga que apenas os sintomas espinhais aparecem nos diabéticos mais frequentemente e em maior grau do que habitualmente.

A terapêutica não oferece qualquer particularidade.

Em seguida o A. expõe pormenorizadamente um caso clínico de diabetes e mielose funicular grave por anemia perniciosa latente, chamando a atenção, a-propósito deste caso, para tôdas as nevrites diabéticas resistentes ao tratamento e devidas, afinal, não à diabetes, mas a uma mielose por anemia latente.

Oliveira Machado

A DOSE MÍNIMA DE VITAMINA D₂ E D₃ COMO DOSE ÚNICA, DE CHOQUE, NA PROFILAXIA E TRATAMENTO DO RAQUITISMO.

(Die minimaldosis von D₂- und D₃- Vitamin als einmalige Stossgabe in der Prophylaxe und Therapie der Rachitis), por W. H. Heisler — *Münchener Nudiz. Wochensch.* N.º 10. 8 de Março de 1940.

O emprêgo de grandes doses de D₂ e D₃, dadas de uma só vez (a chamada terapia de choque), no tratamento do raquitismo, é de utilidade reconhecida por muitos autores e a tentativa de empregar o método também como profilático tem, desde Brockmann, da clínica do A., merecido largas observações.

Misslbeck e Harnapp obtiveram com êle os melhores resultados. O A., utilizando um abundante material de contrôlo, interessou-se por descobrir a dose mínima de protecção, de efeito profilático seguro, dando a crianças vitamina concentrada em alta dose e de uma só vez no princípio do inverno. Ao mesmo tempo tentou esclarecer também o problema discutido da dose mínima, única, de choque, como dose terapêutica e examinou ainda qual das vitaminas — D₂ ou D₃ — tinha efeito superior.

Para isso, a 260 crianças de idade de 8 semanas até 20 meses, que nunca tinham tomado Vigantol ou qualquer preparado de óleo-de-figado-de-bacalhau, administrou o A. uma dose de choque de Vitamina D₂ ou D₃ (5 mgr.; 7,5; 10 ou 15 mgr.). Observou depois as crianças durante períodos de tempo cuja duração média foi de cento e dez dias e conseguiu obter informações seguras, susceptíveis de conclusões definitivas, em 236 casos.

As 121 crianças utilizadas para a experiência de profilaxia ou eram sãs ou tinham sido internadas por qualquer doença, nunca existindo sinais de raquitismo.

Para o estudo da dose terapêutica foram empregadas 115 crianças com craneotabas, dilatação das epífises, etc.

Radiografou-se a tôdas os ossos do corpo e determinou-se o nível do fósforo anorgânico do sôro e, em alguns casos, também do cálcio.

Considerando os resultados obtidos nota-se o seguinte:

Tratamento específico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

Veinosine

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

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

AMOSTRAS e LITTERATURA : **SALINAS**, Rua da Palma, 240-246 — LISBOA

TRATAMENTO ESPECÍFICO DO
HIPOFUNCIONAMENTO OVARICO

HORMOVARINE

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Ampólas tituladas a 250 U. I. por cc.

Comprimidos, idem a 120 U. I. por comprimido

Gôtas, idem a 1.000 U. I. por cc.

Pílulas, idem a 1.000 U. I. por pílula

Para tratamentos intensivos utilizar a

HORMOVARINE B } benzoato de di-hidro-
HORMOVARINE B forte } -foliculina

em Ampólas de 1 cc., tituladas respectivamente a 10.000 u. b. e 50.000 u. b., em forma oleosa.

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

Amostrs e literaturas nos Representantes :

Gimenez-Salinas & C^a — 240, Rua da Palma, 246 — LISBOA

LISBOA MÉDICA

GLEFINA

PODEROSO RECONSTITUINTE



LASA

TÓNICO PARA OS BRONQUIOS



CLAVITAM

FORTIFICANTE RECALCIFICADOR



KUSKUS

ALIMENTO RECONSTITUINTE



HALIBUT

PODEROSO

ANTI-RAQUÍTICO



LABORATÓRIOS

ANDRÓMACO

RUA ARCO DO CEGO, 90

TELEF. 4 0804

LISBOA

TERMAS DO ESTORIL

Estabelecimento-Hidro-Mineral e Fisioterápico

Banhos de água mineral, do mar, quentes,
carbo-gasosos, duches e inalações

ONDAS CURTAS — Raios ultra-violetas e infravermelhos,
correntes electricas, massagens, mecanoterápica e ginástica

Tratamento do reumatismo, gota, doenças das senhoras
e da circulação. Linfatismo e escrofulose. Obesidade.

Informações detalhadas: SOCIEDADE PROPAGANDA DA COSTA DO SOL — ESTORIL

a) quanto a profilaxia, provou-se que basta uma dose de 7,5 mgr. de vitamina administrada de uma só vez a todo o lactante e que D₂ é superior a D₁, pois registaram-se, respectivamente, 98,2 % contra 90 % de êxitos. Rietschel e os seus colaboradores recomendaram igualmente uma dose profilática, de choque, de 7,5-8 mgr.

b) quanto ao efeito terapêutico, o A. chega a resultados semelhantes aos de outros investigadores; bastam 7,5-10 mgr. como dose de choque mínima para curar um raquitismo, e também aqui D₂ se mostrou bastante superior a D₁ (94,6 % contra 75,5 % de êxitos).

Oliveira Machado

A REACÇÃO DE COSTA NA TUBERCULOSE. (*Die Costasche Reaktion bei der Tuberkulose*), por Hans Lipp. — *Münchener Mediz. Wochenschrift*. N.º 10. 8 de Março de 1940.

O A. começa por transcrever opiniões diversas sôbre o valor da reacção de sedimentação sanguínea no diagnóstico de tuberculose pulmonar. Concordam tôdas em que se trata de uma reacção de fraco valor, não devendo tirar-se dela conclusões diagnósticas ou prognósticas sem o exame do caso em questão. Nem mesmo as modificações do método de Westergreen, segundo Linzenmeier ou Fähraeus, ou o emprêgo de sangue oxalitado, em vez de citratado, como recentemente foi recomendado, conseguem compensar as fontes de êrro da reacção de sedimentação.

Descrita em 1923 por Costa como sendo positiva em diversas doenças e de resultados já no ano seguinte confirmados por trinta publicações italianas, existe uma outra reacção sanguínea que o A. vê estudada recentemente num trabalho no qual se lhe atribue um papel prático extraordinário no diagnóstico de tuberculose pulmonar.

Isto leva o A. a descrever detalhadamente a técnica, muito simples, da referida reacção, devida a Costa, realizável facilmente e sem aparelhagem especial pelo médico prático e capaz de substituir com vantagem evidente a reacção de sedimentação sanguínea na determinação da actividade dum processo patológico, especialmente da tuberculose pulmonar.

Trata-se de um meio rápido e seguro de fiscalizar a evolução da doença.

Oliveira Machado

SOBRE UM NOVO TRATAMENTO DO CARBÚNCULO. (*Über eine neue Behandlung des Milzbrands*), por Alexander Ferenczi — *Deutsche Mediz. Wochenschrift*. N.º 16. 19 de Abril de 1940.

O A., depois de citar as vantagens, nem sempre seguras, na opinião de alguns, e os inconvenientes de terapêutica do carbúnculo pelo sôro, expõe os resultados das suas experiências com um novo método de tratamento. Consiste êste no uso das sulfamidaz, que o A. administrou sob a forma de uma para

amido benzolsulfamida (Deseptyl), correspondente ao Prontosil álbum, utilizando a via oval (6 comprimidos diários) e a injeção por vias intramuscular e endovenosa. Em 4 casos clínicos, que descreve, obteve sempre o melhor resultado não só sobre a evolução local da pústula como também, e principalmente, sobre o estado geral dos doentes, que logo no dia imediato ao de iniciar-se o tratamento se modificou sensivelmente.

Em vista do êxito obtido o A. incita os clínicos ao uso desta nova terapêutica por forma a que possam comprovar-se, em larga escala, os seus benefícios.

Oliveira Machado



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

Faculdades de Medicina

de Lisboa

Foram exonerados dos cargos de assistentes da cadeira de Patologia cirúrgica os drs. Pedro Monjardino, Fernando de Almeida, António Mendes Ferreira, António Nunes de Almeida e Joaquim Nunes de Almeida Junior.

de Coimbra

A seu pedido, foi exonerado de bibliotecário da Faculdade de Medicina de Coimbra o prof. Alberto Rocha Brito.

Hospitais

Escolar de Santa Marta

Abriu uma consulta externa de pediatria no Hospital Escolar, dirigida pelo prof. Castro Freire.

da Marinha

Encerrou-se provisoriamente a consulta externa de dermatologia e sífilografia.

Civis de Lisboa

Atendendo à necessidade de que os médicos internos dos Hospitais Civis estejam habilitados a fazer as análises cuja urgência se não compadeça com demoras, criou-se um curso de análises clínicas de urgência, que funciona no Laboratório Central de Análises Clínicas dos Hospitais Civis. O referido curso, que será de carácter prático, realizar-se-á durante o mês de Janeiro, excepto no corrente ano em que se efectuou no mês de Julho findo.

Ordem dos Médicos

Na última reunião do Conselho Geral da Ordem dos Médicos, o prof. dr. António Flores, Bastonário da mesma Ordem, comunicou o resultado das suas conferências com os ministros do Interior e das Colónias e Subsecretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

Segundo essa comunicação solucionou-se a situação difícil em que se encontravam os médicos que não tinham podido frequentar o Curso de Medi-

cina Tropical por motivo de demolição do edifício onde estava instalada a sede da respectiva escola. O curso está agora a funcionar provisoriamente no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana e na Faculdade de Medicina da Lisboa.

Adiou-se por dois meses o cumprimento da circular sobre médicos municipais.

O Conselho Geral ocupou grande parte da sua reunião no estudo das bases a apresentar à Comissão Revisora do Código Administrativo.

Saúde das colónias

Em Moçambique foi proibido expressamente a qualquer médico ou cirurgião dentista dar o seu nome a um consultório dentário sem que nele pessoal e continuamente exerça clínica.

— Deixou o cargo de director dos serviços de Saúde da provincia de Benguela o dr. Alfredo Gomes da Costa, que foi substituído pelo dr. F. Simões de Amaral.

Sociedade das Ciências Médicas

Na sessão do dia 16, da Sociedade das Ciências Médicas, a que presidiu o prof. Augusto Monjardino, pronunciou o prof. Costa Sacadura uma conferência intitulada: «A propósito da derrota da França».

Médicos Municipais

Abriu-se concurso documental, por trinta dias, na Câmara Municipal do Funchal, para provimento dos lugares de três médicos municipais das freguezias de S. Martinho, Santo António e S. Roque.

Escola de Enfermagem Artur Ravara

Os alunos que terminaram este ano o curso de enfermagem na Escola Artur Ravara prestaram homenagem ao director da Escola, prof. Costa Sacadura, e aos professores drs. Jorge Silva Araújo, Matos Chaves, Olímpio Dias e F. Cabral. Após a homenagem, ofereceram à Escola uma estufa eléctrica para esterilização de ferros.

Conferências

Na Faculdade de Medicina de Lisboa, realizou o dr. René Reding, director de Investigações Cancerológicas do Hospital Bruyman de Bruxelas (Fundação Boel), a seguinte série de conferências: I — Determinação do valor etiológico do estado geral de receptividade do cancro. 1.^a conferência dia 17 de Julho — Fisiologia patológica do organismo canceroso, valor patológico das perturbações gerais. 2.^a conferência dia 19 — Etiologia das perturbações gerais e sua reprodutibilidade experimental. Produção de tumores espontâneos no animal colocado experimentalmente em estado geral de receptividade. II — Medidas, imediatamente realisáveis, profilaxia social anticancerosa. Dia 24.

Viagem de estudo

Em viagem de estudo, foi a Filadelfia, o dr. Vasco Palmeirim, director do Instituto de Medicina Tropical e dos Serviços de Saúde da Província de Moçambique. Acompanha-o, como adjunto, o dr. Manuel da Cunha Pinto.

Louvor

Louvou-se o médico municipal e delegado de saúde do concelho de Alcoutim, dr. João Francisco Dias, pelo seu esforço profissional e pelas iniciativas de benemerência.

Necrologia

Faleceram: em S. Pedro do Estoril, o dr. João Bentes Castel-Branco, médico naturista; em Coimbra, o dr. Uriel Salvador; e, em Lisboa, o dr. Pompeu de Carvalho Mirabeau, coronel médico reformado.



PANBILINE

nas DOENÇAS DO FIGADO

são
os
aneis
de uma
mesma cadeia:

RECTOPANBILINE

na PRISÃO DE VENTRE

HÉMOPANBILINE

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA AMOSTRAS

LABORATOIRE DU D^r PLANTIER ANNONAY (Ardèche)
FRANCE

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

Sulfana

WANDER

O novo produto, cujo corpo activo é a **amida do ácido sulfánilico**, ou **para-aminofenilsulfamida**, para tratamento de todas as infecções

estreptocólicas,
estafilocólicas,
meningocólicas
e colibacilares

Tubo de 20 comprimidos contendo cada 0,30 grs. de **para-aminofenilsulfamida** a Esc. 28\$00.

DR. A. WANDER S. A. — BERNE

Únicos Concessionários em Portugal

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

RUA DOS CORREIROS, 41-2.º

LISBOA

Sala

Est.

Tab.

N.º