

PORTUGAL MÉDICO

(ARQUIVOS PORTUGUESES DE MEDICINA)

DIRECÇÃO CIENTÍFICA: AYRES KOPKE, prof. jubilado do Instituto de Medicina Tropical; EGAS MONIZ, prof. de Neurologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; FROILANO DE MELO, director da Escola Médico-Cirúrgica de Nova Gôa (Índia); J. A. PIRES DE LIMA, prof. director do Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina do Pôrto; ROCHA BRITO, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina de Coimbra; ROCHA PEREIRA, prof. de Clínica Médica na Faculdade de Medicina do Pôrto.

ALMEIDA GARRETT, prof. na Faculdade de Medicina do Pôrto — **REDACTOR PRINCIPAL**

REDACÇÃO: ALBERTO DE MENDONÇA, director de serviço de Oto-rino-laringologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; AMÂNDIO TAVARES, prof. de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina do Pôrto; ARMANDO NARCISO, prof. do Instituto de Hidrologia e Climatologia de Lisboa; COSTA SACADURA, prof. jub. de Obstetrícia na Faculdade de Medicina de Lisboa; FERNANDO MAGANO, prof. agregado de Cirurgia na Faculdade de Medicina do Pôrto; FERREIRA DA COSTA, director do serviço de Estomatologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa; FONSECA E CASTRO, prof. agregado de Pediatria na Faculdade de Medicina do Pôrto; LADISLAU PATRÍCIO, director do Sanatório Sousa Martins, Guarda; LOPES DE ANDRADE, prof. agregado de Oftalmologia na Faculdade de Medicina de Lisboa; VAZ SERRA, prof. de Patologia Med. na Faculdade de Medicina de Coimbra.

SUMÁRIO: 2.º Caso de Leptospirose ictero-hemorrágica diagnosticada na região de Coimbra, por A. DA ROCHA BRITO. Suécidos por submersão, por RAÚL TAVARES.

Movimento nacional — *Lisboa Médica* (Terapêutica ocupacional no Hospital de Júlio de Matos. Biologia do meningococo. Bacilos tuberculosos mortos e pleurisia. Um caso de doença de Rendu Osler. Encefalite nipónica. Hipertiroidismo e diabetes. Vólvulo intermitente do estômago. Exame cardiológico do desportista. Alimentação de ranchos migratórios.) *A Criança Portuguesa* (Influência do tipo morfológico dos lactentes na evolução das suas curvas de crescimento. Narcolepsia, catalepsia e onirismo. Assistência estomatológica nas escolas. A assistência psico-pedagógica nas clínicas de pediatria.) *Jornal do Médico* (Mobilização imediata nas operações abdominais.) *Livros e Opúsculos. Congressos e Sociedades Médicas.*

Notas várias — Tratamento da seborreia do couro cabeludo. Aplicações práticas da heparina. Tratamento dos edemas das grávidas. Caracteres terapêuticos da sulfamerazina. Abscesso de fixação nas formas graves da difteria. Diagnóstico precoce da poliomielite. Infiltração novocainica na enxaqueca. Sobre a sulfamidoterapia da meningite purulenta. Será de natureza tuberculosa o lupus eritematoso? Perigo do ácido láctico na alimentação dos lactentes. Valor clínico da cuti-reacção à tuberculina.

ANEXOS — Trinta anos de actividade jornalística, por A. GARRETT. O doutor da mula russa, por ARMANDO DE LUCENA. Notícias e informações.

ESTE NÚMERO CONTÉM O ÍNDICE ALFABÉTICO DE 1944

Composta e impressa na Tip. da "Enciclopédia Portuguesa,, L.ª — R. Cândido dos Reis, 47 — Pôrto

EDITOR: A. GARRETT — Rua Cândido dos Reis, 47 — PÓRTO

*Uma descoberta
considerável!...*

ANTERGAN

2339 R.P.

ANTI-HISTAMINICO DE SINTESE
ANTI-ALÉRGICO

*abre uma nova via
no tratamento da*

URTICÁRIA • DOENÇA SÉRICA
DERMATOSES POR SENSIBILIZAÇÃO
EDEMA DE QUINCKE • ECZEMAS
CORISA ESPASMÓDICA • ASMA
ESTADOS DE CHOQUE
INTOXICAÇÕES ALIMENTARES

APRESENTAÇÃO:

*Seringas doseadas a Ogr.10 (tubos de 50) — Empôlar de 2 cm³ de solução a 2,5%
" " Ogr.05 (tubos de 50) (caixas de 10).*

POSOLOGIA: *Dose média diária Ogr.40 a Ogr.80*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA — 21, RUE JEAN GOUJON-PARIS-8^e

Representante para Portugal
SOC. COM. CARLOS FARINHA, L.^{DA}
Rua dos Sapateiros, 30, 3.^o
LISBOA

Trinta anos de actividade jornalística

Com o presente número, esta revista completa trinta anos de existência. No nosso meio, é qualquer coisa, como demonstração de persistência de vontade de quem nela trabalha e de favor da classe a que se destina. Sem esses dois factores, teria acontecido ao «Portugal Médico» o mesmo que sucedeu a muitas revistas: uma vida curta. Com efeito, o «Portugal Médico» é hoje o segundo periódico médico, em antiguidade. Só a velha «Medicina Contemporânea» vem já de traz, pois vai completar a idade de 62 anos.

Atingido este marco, e mantendo a mesma vontade de persistir na senda logo de início traçada, quero, em primeiro lugar, agradecer, profunda e sinceramente aos colaboradores, sem os quais seria impossível dar a esta publicação o carácter de repositório de trabalhos originaes de médicos portugueses, dever indeclinável de todas as revistas da sua índole, pois uma das suas funções principais deve ser a de contribuir para o enriquecimento da literatura médica nacional. Igual agradecimento é devido aos leitores, antigos e modernos, sendo de justiça especialisar aqueles que desde a primeira hora, fielmente, nunca deixaram de a assinar sempre por ela manifestando penhorante interesse; tem sido esse acolhimento a razão de ser da continuidade da revista, porque tem dado alento aos esforços que é preciso dispendir para manter uma publicação que nunca teve intuítos comerciais, de lucro económico, não procurando, por isso larga publicidade de casas anunciadoras, que limita ao mínimo necessário para cobrir as despesas, e não sobrecarregando os leitores com aumentos de preço da assinatura.

Em segundo lugar, chegado a este ponto, é ocasião azada para examinar o que se tem feito, e verificar se é possível fazer melhor, em proveito dos leitores e para prestígio da medicina portuguesa.

Syphilis:

Bismogenol

Fama Mundial

Relativamente a trabalhos originais, tem-se excluído, sistemáticamente, tóda a colaboração estrangeira. Entendeu-se que as páginas da revista, pela força das circunstâncias em pequeno número, não podiam gastar-se com artigos de autores extranhos, por mais notáveis que estes sejam. Se os trabalhos tem manifesto interêsse para os médicos em geral, referênciã do seu teor é dada nas resenhas publicadas em outras partes da revista, reduzindo-se assim a linhas o que occuparia páginas. Com pesar se tem recusado artigos dèsses, como se tem excluído trabalhos originais portuguezes de grande especialização, os quaes terão lugar mais apropriado nas revistas dedicadas aos respectivos ramos das ciências médicas. Parece que esta orientação deve manter-se.

Em todos os números vem a seguir a secção «Movimento Nacional», e nela se procura dar conta de tudo o que em Portugal de medicina se publica. Tem ella dois fins: o de dar a conhecer aos leitores a actividade dos colegas, fornecendo-lhes um elemento de apreciação da vida científica nacional, indispensável a todo aquelle que presa a dignidade da medicina do seu país; e o de auxiliar a rebusca bibliográfica portuguesa, infelizmente tão descurada, ás vezes, pelos nossos, que citam nos seus escritos multidões de autores estrangeiros, freqüentemente com valia inferior aos portuguezes, omitindo estes. A seguir aos sumários das revistas e à citação de livros e opúsculos, tem-se dado extractos e resumos dos que interessam, pelo seu carácter geral ou prático, a todos os clínicos, e dos que, mais especializados, representam subsídios científicos a destacar. De congressos e reuniões em instituições médicas, dá-se apenas o título dos trabalhos ali apresentados, porque em regra são depois publicados, e terá então cabimento a respectiva referênciã. Também parece que esta secção deve continuar como até aqui.

De quando em quando, tem saído artigos de conjunto sôbre diversos assuntos de actualidade. Devem interessar muito os leitores os trabalhos dèste género, ainda que não sejam mais que a reprodução de um capítulo de livro há pouco publicado, ou de artigo de publicação periódica. Não é fácil hoje, pela carestia das edições, cada médico ter os últimos tratados, com as matérias postas em dia. Esta razão conduz a julgar útil tornar habitual a inserção dèsses artigos de actualização; de agora em diante, todos os números do «Portugal Médico» trarão uma «Revista geral», original ou transcrição de autor nacional ou estrangeiro.

Fecha a parte científica de cada número a secção «Notas várias», na qual se inserem resumos, em regra curtos por se limitarem ao essencial, de artigos publicados em tóda a parte do mundo. Algumas vezes, são precedidos por transcrições de trabalhos sôbre assuntos de interêsse clínico, encimadas pela rubrica «Medicina prática». Estas duas secções tem por fim dar notícia dos progressos da ciência e arte médicas, ponndo os leitores a par do que, de mais saliente, se vem

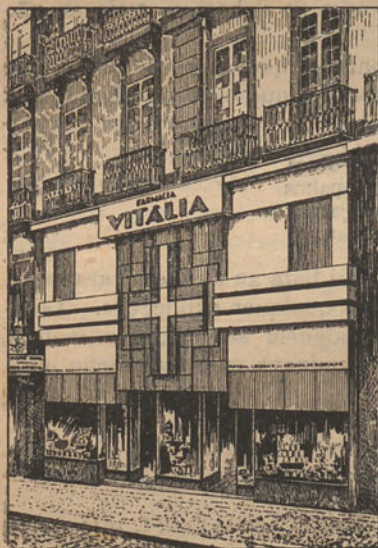
publicando lá fora. Sem dúvida, esta parte da revista é de grande interesse, e merece ser ampliada. A partir do próximo número, para evitar um inútil dispêndio de espaço, as duas secções serão fundidas numa, intitulada «Novidades científicas e notas clínicas», à qual se dará o maior desenvolvimento compatível com o número de páginas da revista.

Com diferente numeração, todos os meses algumas páginas são reservadas a assuntos de interesse profissional e curiosidades para-médicas. Tem-se procurado não prejudicar o texto científico, dando grande extensão a esta parte. No entanto, não há assunto de verdadeiro interesse e oportunidade, no que respeita ao exercício profissional, que nela não tenha sido versado. Continuar-se-á a proceder assim, para que a revista não perca o carácter que desde o seu nascimento tomou, de periódico essencialmente divulgador de conhecimentos científicos e técnicos. Proceder de outra forma, seria sacrificar elevado número de páginas a assuntos possivelmente muito interessantes, mas de menor importância para a manutenção do prestígio médico, apoiado numa boa cultura científica.

FARMÁCIA VITÁLIA

DIRECÇÃO TÉCNICA DO SÓCIO RIBEIRO DA CUNHA 34, PRAÇA DA LIBERDADE, 37—PÓRTO Telef.: 828 e 413
Telegr.: Farmácia VITÁLIA

Laboratórios de esterilizações, de produtos farmacêuticos e de análises
AVIAMENTO RIGOROSAMENTE CONTROLADO DE TODO O RECEITUÁRIO CLÍNICO



Alguns produtos injectáveis especializados
de reconhecido valor terapêutico:

Cálcio Vitália — Ampolas de 2, 5 e 10 c. c. de soluto estabilizado a 10 e 20 % de gluconato de cálcio quimicamente puro.

Cálcio-Vitacê — Ampolas de 5 c. c. de gluconato de cálcio a 10 % e de Vitamina C (1.000 U.I.).

Vitabê — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,005 (2.500 U.I.).

Vitabê forte — Ampolas de 1 c. c. de Vitamina B₁, doseadas a 0,025 (12.500 U.I.).

Vitacê — Ampolas de 1 e 2 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,05 (1.000 e 2.000 U.I.).

Vitacê forte — Ampolas de 5 c. c. de Vitamina C, doseadas a 0,10 (10.000 U.I. por ampola).

Evocado o caminho seguido e indicados os melhoramentos que é possível introduzir nesta revista, com a promessa de os efectuar e de atender tôdas as sugestões que benèvolamente lhe queiram fazer, remato estas laudas desejando a todos, amigos, colaboradores e leitores, umas boas-festas felizes e um novo ano cheio de prosperidades.

A. GARRETT

O DOUTOR DA MULA RUÇA ⁽¹⁾

Desde que me entendo, sempre ouvi falar no Doutor da Mula Ruça, applicando-se a expressão à guisa de ápodo, a propósito de qualquer indivíduo pretencioso a quem os méritos faltassem por completo. O Doutor da Mula Ruça seria pois o homem que aparentasse o que não era na realidade. Sem ser um embusteiro, pròpriamente dito, ou um mentiroso vulgar, o nosso homem aproveita-se, todavia, de certas condições favoráveis aos seus propósitos de grandeza, para se inculcar alguem, no sentido figurado do termo.

Quando o povo fazia expontâneamente essa classificação nunca era isenta de ironia, chegando mesmo à intenção despreciativa, ou, o que era mais freqüente, ao próprio despeito.

Com êste tipo isolado, diz o Dr. Teófilo Braga, no «Povo Português», criou-se entre o povo o tipo do doutor pedante, dum personagem do tempo de D. João III, o doutor da mula ruça.

Pelo visto a figura é já muito antiga, embora o Mestre nos não diga as razões, nem nos habilite a pensar se o homem teria ou não existido.

Sousa Viterbo, por seu lado, confessa que a única alusão que pode encontrar na literatura portuguesa é a que o poeta Chiado traz no Auto das Regateiras:

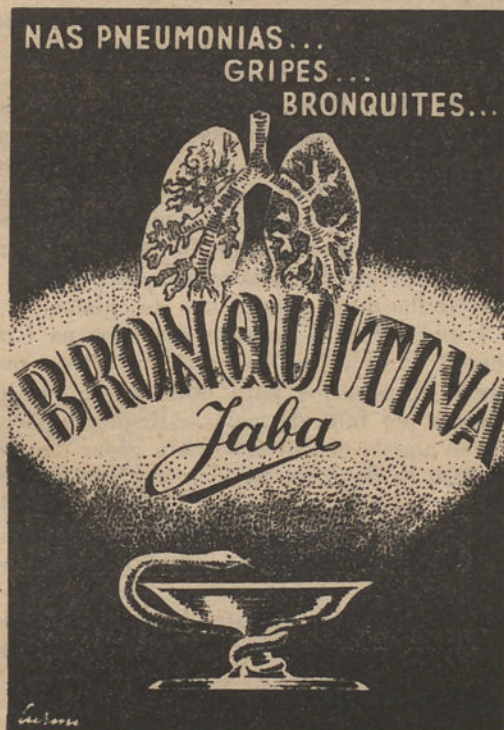
« O Doutor da Mula Ruça
vos dará são, como a palma,
ou o das sete carapuças,
que aqui anda vaganau.»

É um pouco sibilina a referênciã aqui feita ao das sete carapuças, não tendo o saúdoso arqueólogo tentado qualquer explicação. Lembro-me de quando na minha terra a alguêm se dirigia o motejo, chamando-lhe Doutor da Mula Ruça, terminava com êste fecho mais contundente ainda:

«Tire o seu chapéu:
Ponha a carapuça.»

(*) Do livro ARTE POPULAR, de Armando de Lucena; Vol. I, 1943.

DURANTE O INVERNO...



AMPOLAS — XAROPE

A «**BRONQUITINA**» ampolas, associando a **QUININABÁSICA** e as **ESSÊNCIAS ANTIS-SÉPTICAS**, usualmente empregadas nas afecções bronco-pulmonares, com a **VITAMINA «A»** (factor anti-infeccioso), é uma fórmula original que tem merecido os melhores elogios.

A «**BRONQUITINA**» xarope, combatendo o sintoma tosse que mantem em permanente irritação todo o aparelho respiratório, constitui um valioso auxiliar do tratamento.

PREPARAÇÃO DOS
LABORATORIOS JABA

Rua Actor Taborda, 5 — Lisboa N.

DELEGAÇÃO NO PÔRTO:
Rua dos Caldeireiros, 31

DEPÓSITO EM COIMBRA:
Avenida Navarro, 53

É possível que entre as duas frases alguma relação possa existir. A curiosa personagem, que a princípio parecia ter uma vida meramente simbólica, foi-nos mais tarde revelada sobre outro aspecto pela doutíssima investigação de Sousa Viterbo.

«O Doutor da Mula Ruça (explica-nos êle), não é contudo uma entidade de fantasia; teve uma realidade histórica, documentalmente comprovada. Chamava-se António Lopes, e residia em Évora na primeira metade do século XVI. Parece que êle se glorificava do seu epíteto popular, por isso que vem muito claramente expresso na sua carta de doutor. Por certo que o adquirira com tal ou qual honra, de modo a apregoá-lo jactanciosamente, doutra sorte não se compreende que êle lhe desse assim foros de cidade.

«António Lopes estudara durante dez anos na Universidade de Alcalá de Henares, onde se fez bacharel em artes e medicina, tendo tãda a suficiência e requisitos para obter o grau de doutor, o que todavia não realizou por falta de meios. Requereu portanto a El-Rei que lhe concedesse aquella qualificação para gosar das honras e privilégios que usufruíam os doutores da Universidade de Lisboa. El-Rei atendendo aos seus merecimentos científicos e aos serviços prestados não só na cura gratuita da gente pobre, mas na de outras pessoas gradas, acedeu favoravelmente, mandando-o examinar pelo físico-mór Dr. Diogo Lopes. Êste, efectivamente acolitado pelos Drs. António Mendes e Francisco Mendes, e Mestre Francisco Geraldês, procedeu ao respectivo exame e achando o candidato habilitado lhe passou a carta».

Êste documento de confirmação foi passado a 23 de Maio de 1534 e acha-se registado na chancelaria de D. João III, no livro das Doações.

Será fastidioso reproduzir aqui o texto integral do diploma, aliás pitoresco e muito representativo das fórmulas universitárias da época; todavia, não fujo à tentação de trasladar a parte mais importante.

«Eu el-Rey faço saber a vos doutor Diogo Llopes, meu fisico moor, que Antonio Llopes, fisico da mula ruça, morador em esta cidade, me dice per sua petiçã que elle estudou nove ou dez annos no estudo de Alcalaa de Anuares, que he hũa das boas universydades da cristimdade, e nella se fez bacharel em Artes e medicina e, per os gastos serem muito grandes, elle se nãm fez doutor na dita Universydade, posto que tivesse suficiencia e os cursos todos passados que se requeriam para elle e vendo que nãm tinha posybyldade pera os ditos gastos, se fez doutor per rescrito, pedindome per mercê que avendo respeito ha suas letras e suficiencia, de que cujo tinha enformaçam e asi de seus fisicos como doutras pessoas notaveis que em meu Regno tinha curado, ouvesse por pem lhe conceder de novo o grau de doutor ou que goze dos privilegios de que gozam os doutores que sam por mim feitos ou dos que se fazem em a Universydade de Lisboa».

Como se vê, a base da carta régia, foi simplesmente a palavra do impetrante. Bastou ao crédulo D. João III que António Lopes — o físico da mula ruça — lhe declarasse na sua petição que estudara nove ou dez anos na Universidade de Alcalá de Henares, para lhe conceder todos os títulos e prerrogativas inerentes à profissão que ilegalmente exercia.

Santos tempos em que tão valiosa era a palavra e tão simples a conquista dos diplomas.

A carta patente foi-lhe passada mais tarde com a confirmação real, perfeitamente em ordem, declarando o monarca: «ey por bom o dito grao e o aprovo como se na dita carta do físico moor contem e quero e me apraz que o dito doutor António Llopes goze de todollos privilegios, omras, liberdades, franquezas e excepções, que tem a ham os douctores feitos por exame na dita Universidade de Lisboa...».

Desta maneira se deve confirmar a realidade da curiosa figura conhecida pelo Doutor da Mula Ruça.

NOTÍCIAS E INFORMAÇÕES

Assistência hospitalar. — Procura o Governó resolver o problema hospitalar, e para tal nomeou comissões de estudo, que tem reunido com o sr. Ministro das Obras Públicas e com os srs. Sub-secretários de Estado da Assistência Social e das Obras Públicas. Aguardemos a vinda a público dos projectos que se elaborarem sobre tão importante assunto, que bem merece ser encarado com largas vistas.

Ordem dos Médicos. — Nas últimas sessões o Conselho Geral tem-se occupado especialmente da elaboração da lista dos especialistas que, pela documentação apresentada ou pelos cargos que exercem, podem desde já obter o titulo respectivo. Muitos requerimentos não puderam ser atendidos, por não virem sufficientemente instruidos.

O Conselho Regional do Pôrto, por motivo de discordância com o Conselho Geral em assuntos ainda relacionados com os successos occorridos por ocasião do conflito com a Misericórdia, convocou à Assembleia Regional, para o dia 3 de Janeiro, afim de perante ella declinar o seu mandato.

O Conselho Regional de Lisboa protestou contra um artigo publicado no Diário de Notícias, no qual, versando-se a dificuldade que há em se encontrar um médico que de noite acorra à chamada de um doente, se aludia à falta que fazem as consultas médicas nas farmácias, e se desejava que a classe médica de occupasse dos interesses dos doentes, sem esquecer que Lisboa é uma das cidades do mundo onde a assistência médica é em regra mais cara; o Conselho Regional declarou que a assistência não foi organizada pela classe, que não antepõe os seus interesses aos dos doentes, e que não é verdade a accusação de serem caros os serviços médicos.

Prémios Nobel de Medicina. — O de 1943 foi concedido ao Dr. Edward Doisy (americano) e ao Dr. Hnrik Dem (dinamarquês), pela descoberta da natureza química da vitamina K. O de 1944 foi para os investigadores americanos Joseph Erlanger & Herbert Ganer, que imaginaram o oscilógrafo de raios catódicos, primeira applicação electrónica à Fisiologia.

Médicos Militares. — Estão a concurso 6 lugares do quadro permanente de officiaes médicos. O aviso foi publicado no Diário do Governó, III série, de 27 de Novembro último.

Sociedade das Ciências Médicas. — Assumiu a presidência desta sociedade o Sr. Prof. Dr. Egas Moniz, sendo-lhe dada posse d'este cargo pelo presidente cessante Prof. Dr. Toscano Rico. O novo presidente fêz a costumada oração inaugural, falando sobre anciania e senilidade. Começou por definir os dois estados: o primeiro desenvolve-se no campo fisiológico, o segundo, quando o cérebro deixa de exercer as suas funções mais elevadas, entra no domínio da patologia.

Passou em seguida a enumerar e a descrever as doenças que são próprias dos velhos ao mesmo tempo que apontou certas imunidades mórbidas que possuem. Disse que se quis alicerçar nas dijunções de algumas glândulas de secção interna a causa da velhice e referiu-se ao rejuvenescimento que se tem tentado obter, mas nunca se conseguiu, com a transplantação de glândulas sexuais, tanto masculinas como femininas.

Terminou desejando que os velhos sem recursos sejam devidamente amparados na sua decadência vital. Contudo, o problema da protecção aos velhos não se resolve apenas com a criação de asilos. Muitos velhos preferem a fome a ser internados. Velhos andrajosos, em vagabundagem, vivendo em más condições higiénicas, dão-se melhor na vida aventureira das mais difíceis e intermináveis jornadas, cheias de privações, do que no repouso retemperante dos hospícios. Ali só devem ingressar os que o desejem. Os outros, os que preferem a liberdade no lar, devem ser socorridos sem lhes cortarem os hábitos de que não querem desarreigar-se.

Officiais médicos da Armada. — O Diário do Govêrdo, de 14 de Novembro, publicou uma portaria relativa a concursos para estes cargos.

Homenagens. — Ao atingir o limite de idade, o director do Hospital da Misericórdia de Famalicao, Dr. Adelino de Carvalho, foi alvo de uma homenagem de colegas e amigos, em sessão solene. A população de Almeida, também em sessão solene, prestou homenagem ao seu médico, Dr. Francisco Maria Soares de Vilhena. Por ocasião da inauguração da nova sede, a Associação dos Bombeiros Voluntários de Mangualde homenageou o Prof. Costa Sacadura. A título póstumo, foi agraciado com a ordem da Beneficência o Dr. Júlio César Lucas, que foi médico em Torres-Vedras. O povo de Estarreja acaba de saudar calorosamente o conterrâneo Prof. Egas Moniz, em sessão solene a que se seguiu um Pôrto de Honra.

Partidos Médicos a concurso. — Aldeia de Francos, Caldas da Rainha. Pereira, Montemor-o-Velho.

Curso de Sifilografia. — Efectua-se, de 3 a 5 de Janeiro, nos Hospitais Civis de Lisboa.

Médicos do Ultramar. — O Ministério das Colónias criou vários lugares, entre os quais 30 de médicos de 2ª classe para o quadro de Angola (Decreto n.º 34.172, de 6-VII-944)

Necrologia. — No Pôrto, os Drs. Francisco Licínio de Almeida Prado, nosso distinto leitor, e Dr. Daniel Mario Monteiro do Amaral. Em Freixo de Espada-à-Cinta, o nosso amigo e leitor, Dr. Júlio Meireles Guerra, antigo médico municipal. Em Coimbra e Tancos, respectivamente, o tenentes-coroneis médicos Drs. José Maldonado e António Rodrigues Moreira. Em Vila-Franca-de-Xira, o médico municipal Dr. Rodrigo dos Santos César Pereira. Em Lisboa, os Drs. João Quintino Travassos Lopes e Afonso H. do Prado e Castro Lemos. Em Crato, o facultativo municipal, Dr. José Moreira. No Pôrto, o Dr. Júlio César Madureira Guedes.

Aos Srs. Assinantes

Devolvidos por assinantes recebeu a administração do «Portugal Médico» três exemplares do número 8-9 (Agosto-Setembro de 1944) que haviam sido brochados com uma fôlha de texto repetida, faltando a fôlha que devia acupar esse lugar. Se a algum outro assinante sucede o mesmo, agradece-se a devolução do referido número, contra a qual imediatamente se enviará outro exemplar nas devidas condições.

VACINAS

DOS LABORATÓRIOS DO

Dr. P. ASTIER

COLITIQUE

VACINA ANTICOLIBACILAR

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTAVEL
FILTRADO

PHILENTÉROL

VACINA POLIVALENTE BEBÍVEL

COMPOSIÇÃO { COLIBACILOS
ENTEROCOCOS
ESTAFILOCOCOS

STALYSINE

VACINA ANTIESTAFILOCÓCICA

APRESENTAÇÃO { PER OS
INJECTÁVEL
FILTRADO

Laboratórios do **Dr. P. ASTIER**

PARIS ——— CHATEAUROUX

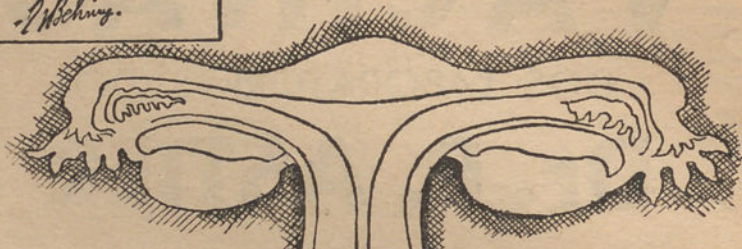
Representantes para Portugal e Colónias

GIMENEZ-SALINAS & C.^A

240, Rua da Palma, 246 ——— LISBOA

INSITUTO BEHRING
MARBURG-LAHN
FUNDADO POR E.V. BEHRING

Behring



**Nas afeções inflamatórias das trompas
e ovários de etiologia não específica**

Euflamina

(Vacina anti-anexitica Behring)

A Euflamina constitue um complexo antigénico específico-inespecífico e é usada nas fases seguintes das afeções anexiais:

Na profilaxia e terapêutica precoce, ao aparecimento dos primeiros sintomas para iniciar imediatamente a defesa;
Na fase sub-aguda precoce após a queda da temperatura;
No estado crónico para ativar o processo.

Embalagens originais:

Caixas com 6 ampolas de 1 c. c.

Euflamina fraca, concentrações I-VI.

Euflamina forte, concentrações VII-XII.

Behringwerke



Representantes

BAYER, LIMITADA

Largo do Bário de Quintela 11-2º LISBOA

PORTUGAL MÉDICO

(3.^a SÉRIE DAS ANTIGAS REVISTAS: GAZETA)
(DOS HOSPITAIS E VIDA MEDICA. ANO 36.^o)

1944

N.^o 12

2.^o Caso de Leptospirose ictero-hemorrágica diagnosticada na região de Coimbra

por A. DA ROCHA BRITO

Prof. de Clínica Médica na
Fac. de Medicina de Coimbra

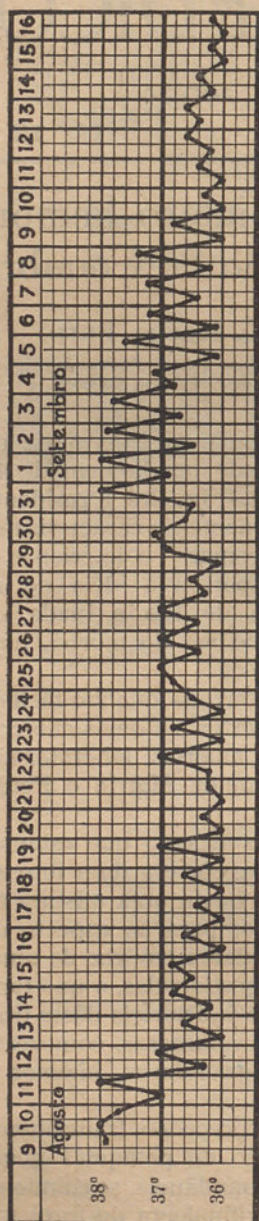
No dia 9 de Agosto dêste ano deu entrada na enfermaria de Clínica Médica dos Hospitais da Universidade um homem de 48 anos—A. L. da Fonte—natural da Póvoa-da-Figueira e residente em Souzaelas. A doença que motivou o internamento caracteriza-se essencialmente pela associação de dois síndromas—o icterico e o hemorrágico—associação que logo nos despertou a idéia de se tratar da enfermidade devida à *Leptospira* de Ido e Inada, os dois japoneses descobridores do parasita específico do morbo, hoje também conhecido por doença de Mathieu-Weil.

Esta hipótese inicial começou a ganhar terreno quando melhor observámos as características da icterícia e certos sintomas clínicos, bem como quando se averiguaram certas análises laboratoriais, acabando por se impôr em face da reacção de Martin e Pettit, fortemente positiva.

Na realidade esta icterícia não tinha o aspecto que estamos habituados a ver; no abdômen e membros a côr era dum intenso açafrão, mas nas faces já não era assim, pois havia uma mistura de amarelo, verde e vermelho, que Pagniez, compara ao aspecto da romã madura; além disso as conjuntivas oculares em vez de amareladas estavam vermelhas, intensamente congestionadas, o que tudo reunido constituía a curiosa e clássica máscara da icterícia dêste tipo. As urinas, muito carregadas em côr, pouco volumosas, com vestígios de albumina, tinham muitos cilindros granulados, hialinos e hemáticos.

Quanto ao síndrome hemorrágico, que precedeu francamente o icterico, principiou pelo aparecimento rápido de petéquias generalizadas aos membros e tronco em grande abundância, seguindo-se logo depois as gengivorragias e diarreia sangüinolenta de fezes um pouco descoradas. Acrescente-se que durante os dez dias últimos





que precederam a doença, a creatura esteve metida horas seguidas na água do rio Ramalhão (Souzelas), ocupado nas obras duma repêsa e que, dois dias depois de abandonado êste trabalho, sentiu, estando até aí perfeitamente bem, arrepios, febre cefaleias, mal estar geral, e sobretudo acentuadas dôres musculares e articulares nos membros, principalmente nas mãos e pés, vendo-se obrigado a meter-se na cama e, pouco depois, por conselho do seu médico, a procurar o hospital.

Um tal conjunto de sintomas convergentes é próprio da doença de Mathieu-Weil, que vamos ver confirmar-se pela seqüência da história clínica.

A curva térmica apresenta uma recaída, depois de estar uns dias apirética, o que sem ser de modo algum patognomónica da leptospirose é contudo bastante freqüente e característica, tendo por isso mesmo merecido a alguns autores, uma explicação patogénica, que apresentamos na nossa primeira comunicação publicada na Revista de Clínica, Higiene e Hidrologia, Abril de 1942, onde pretendemos fazer um estudo de conjunto da doença.

A taquicardia não é alta, 90 a 100 pulsações por minuto e harmoniza-se com a febre que também não é alta, 38° no máximo.

As tensões arteriais são Mx. 12; Mn. 6; I. O. 4. Há tosse e expectoração hemoptóica, revelando a auscultação a presença de sibilos, roncos, fervores crepitantes e subcrepitantes no terço inferior do hemitorax direito, situação mórbida que se tem descrito (e não é rara) na doença de Mathieu-Weil, havendo mesmo uma forma pulmonar pura da leptospirose.

A palpação abdominal desperta dores generalizadas a todo o ventre.

A duração total da doença andou por cêrca de um mês, tendo a creatura

abandonado a nossa enfermaria em franca convalescença e recobrado a antiga saúde, que foi sempre, no dizer do próprio, invejável. No entanto sempre lhe fui aconselhando moderação nos hábitos alcoólicos, que soubemos existirem.

Procedemos às seguintes observações laboratoriais:

Reacção de Wassermann no sangue: negativa (11-VIII).

Fórmula hemoleucocitária (10-VIII):

	H b	90 %		
	G. verm.	4.700.000		
	Leuc.	11.000		
	Plaquetas	86.600		
F. L.	{	Polinuc. neutr. em baston.	5 %	} 87 %
		Polinuc. neutr. segm.	82	
		Monocitos	3	
		Linfócitos	10	

fórmula esta que revela uma relativa leucocitose, com predomínio de neutrófilos, como é freqüente nesta doença e uma baixa acentuada de trombócitos, que, com outros factores, talvez explique o estado hemorrágiparo.

Cêrca de 15 dias depois, a fórmula torna-se sensivelmente normal com a subida das plaquetas para 255.000:

Fórmula hemoleucocitária (24-VIII):

	H C	95 %
	G. V.	4.560.000
	Leuc.	7.200
	F. L.	
	Polinul. neutrof.	64 %
	» eosinof.	4
	Monocitos	10
	Linfócitos	22

Exames hematológicos (10-XIII):

Tempo de coagulação (lâmina): 25 min. — (aumentado).

» » hemorragia: 3 min.

Sinal do laço: negativo.

Uremia (11-VIII): 1^{gr},65 /₁₀₀.

Esta avultava, como era de esperar, pois é sintoma freqüentíssimo na espiroquitose, traduzindo, para uns *deficit* funcional do rim, para outros *superavit* funcional do fígado, que se manifestaria também pela excessiva bilirrubinemia.

Uremia (23-VIII): 0^{gr},30 /₁₀₀, em plena normalização.

Bilirrubinemia (10-VIII): 100 miligr. $\frac{0}{100}$, de reacção directa, imediata (Van den Bergh). Como era de esperar, está muito aumentada e como também era de esperar é de reacção directa e imediata.

Bilirrubinemia (23-VIII): 24 miligrs. $\frac{0}{100}$, de reacção directa, imediata. Caminha para a normalização.

Tempo de protombina (10-VIII): 28 segundos.

Protombinemia: 34 $\frac{0}{100}$.

Esta baixa sensível da protombina pode explicar o estado hemorragíparo do doente. Em todo o caso esta descoberta levou-nos a administrar ao enfermo a vitamina K em injeccões e não por via oral, dada a existência da diarreia, que obstará à sua absorção.

Taxas vitamínicas na urina (10-VIII).

C	14 mg. $\frac{0}{100}$
P P	2,5 mg. $\frac{0}{100}$

Encontram-se no limite mínimo estabelecido, pelo que também demos ao doente estas vitaminas:

A 18-VIII, portanto, na boa altura (10 a 15 dias após o início da doença) fez-se a injeccão ao cobáio da urina assépticamente colhida no doente.

Até hoje o cobáio não morreu, o que não invalida o diagnóstico, por algumas das seguintes razões ou pelo seu conjunto.

1.^a — A espiroquiose do nosso caso, por ser relativamente benigna, seria devida a parasitas de pouca virulência;

2.^a — Como está escrito pelo nosso colega L. Figueiredo, os cobaios portugueses têm susceptibilidade relativamente fraca para a leptospira de Ido e Inada, como verificou para estirpes do parasita, não só portuguesas, mas provenientes dos laboratórios de Paris e Londres.

3.^a — Fez-se apenas uma prova de inóculoção urinária, quando os autores mandam repetir estas provas, visto que a eliminação urinária dos espiroquetas é no homem um fenómeno regularmente intermitente.

Por esta altura pedimos ao colega e amigo Prof. Fraga de Azevedo, Director do Instituto de Medicina Tropical, o favor de proceder à prova de Martin e Pettit, que é uma prova de aglutinação. Esta foi muito fracamente positiva.

Não desistimos, porém, e em 14 de agosto, tendo-lhe enviado uma nova amostra de sangue, obtínhamos a seguinte resposta:

«Agglutinação da leptospira *ictero-haemarrogiae* a um título superior a 1:3000, enquanto que a *L. Canicola* foi aglutinada a 1:600. O título elevado a que a reacção ocorreu é a favor da

especificidade da reacção com a leptospira clássica e, portanto, a favor do diagnóstico da Doença de Mathieu e Weil».

Agradecemos ao ilustre colega a valiosa cooperação, que confirmando o diagnóstico clínico, fecha com chave de ouro o nosso modesto trabalho, pois o sôro-diagnóstico de Martin e Pettit, para muitos autores, entre os quais os seus descobridores, dá uma positividade de 100 0/0, mesmo passados muitos anos sobre a cura da doença.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DO PORTO

Director: Prof. Dr. FRANCISCO COIMBRA

Suicídios por submersão

(Presença de corpos pesados ligados ao cadáver)

por RAÚL TAVARES

Assistente

... il est plus difficile sauver un
noyé par suicide que par accident.

FODERÉ

Dos sinais que podem levar o perito ao diagnóstico de suicídio por submersão — difícil de distinguir do acidente e do homicídio por suprêsa — citam-se, a existência, no cadáver do submerso, de ligaduras, simples ou complexas, dos membros, a presença de corpos pesados, freqüentemente volumosas pedras, atadas ao corpo, geralmente ao pescoço, por cordas ou objectos semelhantes e, ainda, o aparecimento nos bolsos do vestuário da vítima de corpos pesados, tais como pedras, fragmentos metálicos, etc., isto é, medidas tendentes a impedir movimentos de defeza ou a dificultar a flutuação do corpo.

Na ausência de outra causa de morte e excluída a hipótese de intervenção de terceiros, êstes factos, isolados ou em conjunto, levam a maioria dos autores a considerá-los como bom sinal de suicídio visto constituírem, de parte da vítima, uma medida de segurança e de certeza na consumação do acto; todavia, se assim é para grande parte dos autores, alguns há que dêstes sinais nada dizem como BALTHAZARD, FIGA, A. PEIXOTO, etc., e, outros, como por exemplo, CARRARA e ROMANESE, não lhe atribuem valor para o diagnóstico de suicídio.

Se são muitos os autores que se referem a êstes sinais, relativamente poucos são os casos de observação directa que se encon-

tram registados, sobretudo se se atender ao elevado número de suicídios por submersão que as diferentes estatísticas apontam; assim se justifica aqui deixarmos registados, sem outros comentários, os casos semelhantes arquivados no nosso Instituto e de os precedermos duma nota bibliográfica daqueles que são citados, referidos ou descritos nos diversos trabalhos consultados.

HOFMANN autopsiou o cadáver dum afogado que apresentava, no pescoço, uma corda dupla prêsa a uma pedra com muitos quilos de pêso; êste mesmo caso é citado por LAUGIER.

Dos seis casos que G. TOURDES relata, cinco dizem respeito a suicidas que antes de se lançarem à água ligaram, isolados ou em conjunto, quer os membros superiores, quer os inferiores; o caso restante é muito curioso não só pela natureza dos laços, constituídos por ramos de salgueiro (*salix alba*) — que se encontravam à volta do pescoço, punho direito e coxa esquerda — mas também porque o estudo das fôlhas que êles apresentavam permitiu determinar a data muito aproximada em que se dera a submersão.

MASCHKA refere que um suicida se atirou à água, sendo portador dum cinto que continha, em chumbo, cêrca de 9 quilos (20 libras).

Numa observação de CASPER, o cadáver dum homem, retirado da água, tinha as pernas fortemente apertadas com uma tira de couro.

CASPER-LIMAN relataram o caso dum afogado que apresentava duas cordas, uma das quais ligava em conjunto as pernas e, a outra, atada ao punho direito, dava volta à cinta para de novo se prender àquele punho.

Uma corda, guarnecida de nós corredios, ligando o pescoço, pernas e pés foi encontrada no cadáver duma mulher, retirado da água, como referem BRIAND & CHAUDÉ, caso êste que deve corresponder, pela data e local de onde foi retirado, a um dos apresentados por TAYLOR, que descreve ainda outro, bastante semelhante na disposição e particularidades da corda.

BROUARDEL apresenta-nos três observações de ligaduras mais ou menos complexas, em que as cordas passavam pelo pescoço e membros, uma das quais muito curiosa porque passando a corda pelo pescoço e pelas pernas, obrigava o corpo a uma grande flexão; noutra observação dêste mesmo autor sòmente os punhos se encontravam ligados.

M. TOURDES descreveu o caso dum estudante que se afogou depois de ter atado ao pescoço um pêso de cêrca de 11 quilos (25 libras).

STRASSMANN, que se refere ao mesmo caso a que aludem Briand & Chaudé e Taylor e ainda ao de Casper-Liman, descreve dois casos da sua observação, sendo um de ligadura dos punhos

e, o outro, curioso porque o suicida depois de ligar os pés com um lenço, fletiu fortemente as pernas sôbre as coxas e estas sôbre a bacia, atando a mão esquerda aos pés com muitas voltas duma corda.

Um amputado do braço esquerdo, conta SOREL, afogou-se depois de atar ao pescoço um lenço, o qual se ligava, por um nó, a outro lenço muito apertado em volta do punho direito; noutro caso os braços estavam encostados ao longo do tronco por uma corda, em cintura, as coxas fortemente unidas, acima dos joelhos, por outra corda, e, finalmente, uma terceira corda ligava o punho esquerdo à laçada anterior ⁽¹⁾.

LACASSAGNE & MARTIN reproduzem a fotografia de dois cadáveres retirados da água, um dos quais tem os punhos e as pernas atados com cordas e, o outro, apresenta, além de ligaduras semelhantes na localização, um saco cheio de pedras prêso ao pescoço.

Tejolos ligados aos pés do cadáver dum afogado foram encontrados por DITTRICH.

FILIPPI observou um caso de auto-ligadura em que a corda, prêsa ao punho direito, vinha formar duas voltas em tórno do têrço superior das pernas, que assim ficavam encostadas, depois de passar pela face anterior das coxas.

No cadáver dum afogado encontrou GIRI uma corda que ligava os pulsos às coxas e estas entre si.

CARRARA & ROMANESE referem-se a dois casos, num dos quais se observava unicamente ligaduras das mãos, enquanto que, no outro, uma pedra de 19,850 quilos se encontrava atada ao pescoço por um laço apropriado.

Entre nós, LOPES VIEIRA diz ter observado casos desta natureza e ASDRÚBAL DE AGUIAR refere-se a três, observados no Instituto de Lisboa, um apenas com ligaduras dos membros e, os dois restantes, apresentando volumosas pedras prêsas ao pescoço dos cadáveres; o primeiro caso observado no Pôrto foi apontado por COSTA JÚNIOR, caso êste com que inicio a descrição dos quatro que se encontram arquivados no nosso Instituto, tendo CARLOS LOPES aludido já ao terceiro.

1.º CASO — Processo 494 :

Em Abril de 1904 deu entrada na então Morgue o cadáver dum individuo do sexo masculino, de 50 anos de idade, o qual apresentava um cadeado, dos que geralmente se empregam para prender cães, o qual estava colocado ao tiracolo e, contornando as partes inferior e lateral direita do pescoço, descia por baixo da axila esquerda, dando duas voltas

(1) Êste mesmo autor descreve a exumação do cadáver dum afogado que immobilizou os membros superiores ao longo do tronco, vestindo a camisa e o colete, sem enfiar aquêles nas respectivas mangas.

em tórno do tronco e passando a tranquiilha por uma argola do mesmo cadeado. A esta argola estava prêsa uma corda de 12 milímetros de diâmetro que tinha sido cortada. Da participação oficial consta «que a mola do cadeado achava-se prêsa à argola dum pêso aferido de 20 quilos e da extremidade da corda, que passava pela mesma argola pendia também o mencionado pêso que estava metido dentro dum sacco cosido a fio do norte bastante grosso».

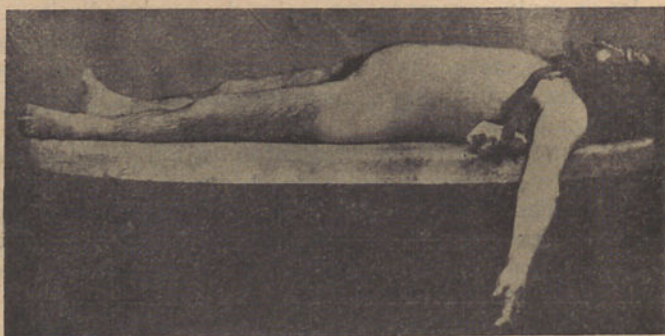


Fig. 1

2.º CASO — Processo 2356 :

Ainda na Morgue foi recebido, em Abril de 1913, o cadáver dum indivíduo do sexo masculino, de cêrca de 40 anos de idade, o qual, ao ser retirado da água, apresentava, como consta da participação oficial, uma corda amarrada ao pescoço por uma das extremidades e, pela outra, a uma pedra.



Fig. 2

3.º CASO — Processo 10111:

Em Agôsto de 1939 observámos o cadáver dum indivíduo do sexo masculino, de 27 anos de idade, que apresentava, em torno do pescoço, uns suspensórios, formando um laço, tendo prêsa a uma das extremidades, por meio duma corda de dois metros de comprimento e sinais de bastante uso, uma pedra com 1970 gramas de pêso (Fig. 1).

4.º CASO — Processo 11716:

Autopsiámos, em Abril de 1943, o cadáver dum homem de 35 anos de idade, que apresentava, em torno do pescoço, um falso sulco, putrefactivo, completo, de direcção sensivelmente horizontal, de sete milímetros de largura e dois milímetros de profundidade máxima; adaptando-se a êste sulco via-se uma tira de couro, de cento e sessenta centímetros de comprimento e sete milímetros de largura, com um nó correddio à direita, tendo prêsa na extremidade livre, onde formava ansa, cujo nó era cego e duplo, uma pedra de forma paralelipipédica, de dezassete quilos de péso (Fig. 2). (1)

Os cadáveres, respeitantes aos casos referidos, foram todos retirados da água, encontravam-se em avançado estado de putrefacção, motivo porque nos limitamos a apresentar a parte de interesse para o assunto desta nota e, em nenhum dêles se encontraram sinais indicativos de que a morte não pudesse ter sido devida a submersão.

Para terminar, quero ainda dizer que existem casos descritos em que, além das precauções de imobilização dos membros ou de medidas para impedir a flutuação do corpo pela junção de corpos pesados, o suicida precede a submersão de outros meios de supressão da vida, ferindo-se, por exemplo, com arma branca, arma de fogo, etc., de que não observámos ainda nenhum caso no Instituto.

BIBLIOGRAFIA

- E. HOFMANN — *Nouveaux Éléments de Médecine Légale*. Trad. de E. LÉVY, pág. 406, Paris, 1881.
- MAURICE LAUGIER — *Submersion* in *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, t. XXXIV, pág. 30, Paris, 1883.
- G. TOURDES — *Submersion* in *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. 3.ª Série, t. XII, pág. 546, Paris, 1883.
- MASCHKA — Cit. por G. TOURDES, idem, idem.
- J. L. CASPER — *Traité Pratique de Médecine Légale*. Trad. de G. BAILLIÈRE, t. II, pág. 425, Paris, 1862.
- Fritz STRASSMANN — *Manuale di Medicina Legale*. Trad. de M. CARRARA, pág. 381, Torino, 1901.
- CASPER-LIMAN — Cit. por Fritz STRASSMANN, idem, idem.
- J. BRIAND & E. CHAUDÉ — *Manuel Complet de Médecine Légale*, t. I, pág. 443, Paris, 1879.
- ALFRED SWAINE TAYLOR — *The Principles and Practice of Medical Jurisprudence*, vol. II, pág. 33, London, 1894.
- P. BROUARDEL — *La Pendaison. La Strangulation. La Suffocation. La Submersion*, págs. 504, 537, 547, 548 e 555, Paris, 1897.
- M. TOURDES — Cit. por P. BROUARDEL, idem, idem, pág. 504.
- E. SOREL — Du suicide par submersion avec auto-ligotage. Cas particulier d'un mutilé de guerre amputé du bras gauche. *Annales D'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, t. XXXII, pág. 267, Paris, 1919.

(1) Da leitura do processo e da informação colhida, a corda (que se vê na fotografia) em tórno da cinta e dos membros inferiores, deve ter sido aplicada com o fim de retirar o cadáver da água.

A. LACASSAGNE & ÉTIENNE MARTIN — *Précis de Médecine Légale*, pág. 440, Paris, 1921.

PAUL DITTRICH — *Lehrbuch der gerichtlichen Medizin für Ärzte und Juristen*, pág. 148, Prag, 1921.

FILIPPI — Cit. por LORENZO BORRI, ATTILIO CEVIDALLI, FRANCESCO LEONCINI in *Trattato di Medicina Legale*, vol. II, pág. 678, Milano, 1924.

E. GIRI — Un caso interessante di autolegatura in suicida per annegamento. Ref. in *Archivio di Antropologia Criminale Psichiatria e Medicina Legale*, vol. LVI, pág. 237, Torino, 1936.

CARRARA & ROMANESE — Asfissologia Forense, in *Manuale de Medicina Legale*. Diretto dal Prof. MARIO CARRARA, vol. I, pág. 106, Torino, 1938.

A. X. LOPES VIEIRA — *Medicina Judiciaria e Pericial. Jurisprudencia Medica*, pág. 226, Coimbra, 1908.

ASDRÚBAL DE AGUIAR — *Medicina Legal — Traumatologia Forense*, pág. 499, Lisboa, 1941.

FRANCISCO DA SILVA e CASTRO JÚNIOR — *Morte por submersão* (Breve Estudo Medico-Legal), pág. 89, Pôrto, 1904.

CARLOS LOPES — *Guia de Pericias Médico-Legais*. (Clínica e Tanatologia), pág. 241, Pôrto, 1942.

MOVIMENTO NACIONAL

REVISTAS E BOLETINS

LISBOA MÉDICA, XXI, 1944. — N.º 1 (Jan.): *Alterações da empola e veias de Galeno nas dilatações ventriculares*, por Egas Moniz e L. Manso Preto. N.º 2 (Fev.): *A biologia do meningococo*, por J. Cândido de Oliveira. N.º 3 (Março): *Bacilos tuberculosos mortos e pleurisia*, por Alberto de Carvalho e Carlos Vidal; *Experiências da terapêutica ocupacional no Hospital de Júlio de Matos*, por Barahona Fernandes (conclusão dos n.ºs 1 e 2). N.º 4 (Abril): *Sobre a alimentação dos ranchos migratórios na região de Aguas de Moura*, por F. C. Cambournac e J. M. Pitta Simões; *Encefalite nipónica (Panencefalite)*, por Diogo Furtado; *Hipertiroidismo e diabetes*, por Alda Pamplona. N.º 5 (Maio): *Sobre a morfologia dos meningiomas*, por Almeida Lima e Lôbo Antunes; *Actinomicose pulmonar*, por Alves de Sousa; *Um caso de doença de Rendu Osler*, por H. Ferreira da Fonseca. N.º 6 (Junho): *Um caso de vólvulo intermitente do estômago*, por A. E. Mendes Ferreira; *Os grupos sanguíneos dos Açoreanos*, por J. Horta e F. Conceição Ferreira; *O exame cardiológico do desportista*, por Arsénio Cordeiro. Em todos os números: *Prática anatomo-clínica*, por F. Wohlwill.

Terapêutica ocupacional no Hospital de Júlio de Matos. —

A ocupação sistemática e medicamente orientada dos doentes e o conjunto de acções psicológicas exercidas pelo ambiente e pelo regime de vida, assinalaram-se, em síntese, nos seguintes resultados: 1.º papel assistencial decisivo no meio hospitalar, transformando completamente

a estrutura e funcionamento dos serviços e as condições de vida e de trabalho dos doentes; acção terapêutica notável, modificando favoravelmente grande número de síndromas psicopatológicos, favorecendo e fixando a acção curativa dos outros tratamentos e tendo sobretudo um extraordinário efeito psicoterápico e educativo; interessante motivo de estudo e análise das doenças mentais, promotor de novas aquisições e progressos.

Criadas boas condições para o emprêgo da ergoterapia, tanto de organização material como de pessoal, todos os doentes (com as poucas excepções dos casos em que é impossível, apesar de persistência, a socialização do enfermo) devem ser submetidos ao regime geral de trabalho, orientado individualmente dentro do ritmo da vida colectiva. Com o processo reduz-se consideravelmente o emprêgo de medicações calmantes, limita-se o tempo de isolamento do qual só se colhem benefícios quando for muito transitório, e procura-se obter o mais depressa possível o regresso do doente à vida social independente.

Biologia do meningococo. — Dêste estudo, uma parte interessa ao clínico: a que se refere à variedade de estirpes dêste micróbio, as quais, porém, podem reduzir-se a duas, que são os tipos ou grupos I e II de Branham. O grupo I é o epidémico; é o agente dêste tipo que, na naso-faringe dos portadores de bacilos, dá a êstes o poder de disseminar a doença. O grupo II é o agente da meningite meningocócica endémica.

Bacilos tuberculosos mortos e pleurisia. — Os autores pensam, de acôrdo com muitos investigadores, que os bacilos tuberculosos mortos são incapazes de provocar a generalização de um processo local, mas que êste pode ser por êles produzido. Em 16 cobaias, a inoculação intraperitoneal de suspensão de bacilos, de procedência bovina ou humana, em soro fisiológico ou óleo de vaselina, provocou peritonite adesiva em 9, e em 1 derrame peritoneal e pleural.

Um caso de doença de Rendu Osler. — Interessante caso observado num homem, que desde a segunda infância sofre de epistaxis freqüentes e duradouras, determinadas por causas anteriores, tendo feito variados tratamentos locais, sem sucesso. Um tal caso leva a pensar em 3 afecções: hemofilia, trombopenia e trombo-astenia familiar. A anamnese e o exame minucioso do doente levaram ao diagnóstico de doença de Rendu Osler, a qual é caracterizada pelos seguintes elementos:

1.º Epistaxis — Começa a aparecer na puberdade, quer espontaneamente, quer provocadas por pequenos traumatismos, com maior ou menor intensidade, dependente do desenvolvimento das telangiectasias, mas podendo atingir proporções difíceis de coibir. Elas não são a única manifestação hemorrágica desta doença. Podem-se encontrar hemoptises de repetição sem causa orgânica apreciável; hematemeses, equimoses freqüentes por pequenos traumatismos e hemorragias

oculares com descolamento da retina. Ao quadro hemorrágico, devem-se juntar manifestações na juventude de distonia neuro-vegetativa (labilidade emocional, palpitações, sufocações, acrocianose, enxaqueca, estado nauseoso e lipotimias).

2.º Telangiectasias -- Em certos casos pode encontrar-se telangiectasias na pele, que se localizam mais electivamente nas regiões malares e na parte inferior do tórax, sobretudo abaixo do mamilo no homem, e na mulher por detrás na espádua, num prolongamento das linhas escapulares. Estas telangiectasias tornam-se mais aparentes pela vitropressão. Os membros inferiores são também sede de eleição de telangiectasias que com o tempo vão aumentando, podendo tornar-se o nódulo de aparição de varicosidades.

3.º Hereditariedade — O factor hereditário é dominante e não ligado ao sexo.

Encefalite nipónica — Depois da epidemia europeia de encefalite letárgica, decorrida no fim da outra grande guerra, surgiram vários outros tipos de encefalite, distintos por aspectos clínicos, epidemiológicos e histopatológicos. Uma dessas formas é a panencefalite, chamada encefalite nipónica por ter sido descrita a quando de uma epidemia, em 1924, no Japão, país onde outras epidemias depois se sucederam. A doença é muito mais mortífera que a letárgica, mas em compensação as seqüelas são menos graves. Também diverge em ser epidémica no verão, em vez de se disseminar no inverno. O quadro clínico é notavelmente atípico, e nele predominam as manifestações nervosas.

A doença começa com sintomas gerais, tais como febre, inquietação motora, cefaleias, mau estado geral, insónias. Frequentemente aparecem sintomas meníngeos: rigidez na nuca, Kernig e Brudzinsky, anúria e retenção de fezes. Um número elevado de casos foi tido de entrada por meningite epidémica. Apar dos sintomas meníngeos, são também muito frequentes os sintomas de natureza cortical. Crises convulsivas (encontradas sobretudo na infância), paralisias incompletas espásticas ou flácidas, alterações da palavra, sintomas de irritação piramidal, abolição dos abdominais, encontram-se em muitos casos. Os casos com inquietação motora permanente são frequentes. Algumas vezes, esta inquietação motora alterna com estados de verdadeiro estupor catatónico. Abalos mioclónicos, tremores generalizados e mesmo eventualmente hipercenésias do tipo coreo-atetósico, têm sido descritos tanto nos casos japoneses epidémicos como nas formas esporádicas europeias. O exagêro do tónus muscular é freqüente, talvez mesmo a mais freqüente manifestação apontada; faz-se umas vezes no sentido de espasmo com a hiper-reflexia correspondente, outras vezes no sentido de rigidez extrapiramidal. Atitudes anormais dos membros, complicadas às vezes de movimentos atetóides, reacções de prensão forçada e prensão persecutória, fenómeno da opposição,

reflexos de sucção, estados de contratura da musculatura facial, encontram-se com elevada frequência. Da mesma forma, é freqüente a amimia de tipo parkinsonico, tanto durante como após a doença. A hiperestesia cutânea, muito intensa, com fortes reacções afectivas no sentido de uma verdadeira hiperpatia, é extremamente freqüente, tanto nas formas epidémicas como nas esporádicas. Os sintomas oculares, muito longe da regularidade com que se verificam na encefalite de Economo, aparecem ainda em raros casos: fotofobia, diplopia por paralisias dos musculos extrínsecos, ptose palpebral, relentamento e até abolição das reacções pupilares. Os núcleos bulbo-protuberanciaes participam na afecção, com frequência muito maior do que os oculomotores, notando-se então paralisia facial, perturbações da deglutição e da articulação, manifestações que podem chegar a um adiantado quadro pseudo-bulbar, com anartria e impossibilidade de deglutição.

Quási constantemente existe alteração profunda do psiquismo dos doentes. Uns casos evolucionam através de um estado de torpor e embotamento psiquico para um coma terminal; noutros, êste coma é precedido de periodos de intensa agitação, confusional e onírica umas vezes, puramente maniforme outras. Certos casos em que o síndrome psíquico domina o quadro clínico, com muito escassas ou nulas alterações neurológicas objectivas e curso quási apirético, têm sido interpretados *intra vitam* como formas puras de psicose. A sua sintomatologia psíquica é o mais proteiforme possível, sendo muito freqüentes os quadros intensamente delirantes, com produção alucinatória e ilusionar muito rica, o síndrome de Korsakoff e os quadros psicomotores híper- ou acinéticos de tipo catatónico. O síndrome amencial prolongado encontra-se também nas formas arrastadas da doença.

São de acentuada importância os sintomas vegetativos, que existem tanto na E. N. epidémica como nas formas esporádicas. Crises de sudação intensa, cianose das mãos e dos pés, relentamento do pulso, irregularidades respiratórias, encontram-se num número considerável de casos.

O curso da febre é muito variável, geralmente o mais irregular e atípica possível.

O exame do líquido cefaloraquidiano, mostra também alterações inconstantes. Existe geralmente linfocitose não muito elevada (até 100 células p/mm³, máximo) podendo ser por vezes substituída de entrada por pulinucleares, com aumento moderado da albumina e por vezes do açúcar. A tensão do liquor é freqüentemente elevada. Nêle se encontra, muitas vezes já na fase inicial da afecção, o vírus. No sangue aprecia-se leucocitose, que pode atingir 20.000, com polinucleose relativa.

Êste quadro clínico, extremamente atípico, não toma possível o diagnóstico, fora de periodos de epidemia, a não ser pela identificação

do virus ou pela verificação post-mortem de um quadro pato-morfológico característico, no qual se encontram: lesões nodulares, constituídas principalmente por elementos gliais, distribuídas pelo conjunto da substância cinzenta do cérebro e da medula; infiltração perivascular, consistindo em linfocitos e plasmazellen; reacção celular meníngea. Trata-se, portanto, de uma afecção inflamatória difusa atingindo todo o neuro-eixo, mas com certa electividade pela substância cinzenta, e na qual, além de uma infiltração vascular inespecífica, acompanhada de intensa reacção meníngea, se encontram formações reaccionais da neuroglia, em forma de nódulos, constituídos principalmente por elementos da microglia. Êste quadro histopatológico nada tem de comum com o da encefalite de Economo, caracterizado pela distribuição típica ou grandemente predominante das lesões na substância cinzenta em tórno do aqueduto de Silvio, no pavimento do III ventrículo e nos nucleos pedunculares. É também facilmente diferenciável do das encefalites eruptivas, onde a distribuição periependimária e perivenosa constitui um elemento característico; e do da encefalomielite equina, afecção de que existem, na América, algumas dezenas de casos humanos e em que as lesões se localizam nos núcleos centrais, na protuberância, bulbo e medula, apresentando as células nervosas inclusões tanto nucleares como citoplásmicas, por vezes idênticas às da doença de Borna, dos cavalos.

A partir de 1931, vários casos esporádicos de encefalite nipónica tem sido apontados na Europa, principalmente nos países germânicos. O A. relata agora o primeiro caso descrito em Portugal, verificado numa rapariga de 7 anos, e na qual a confirmação do diagnóstico provável se fez pela autópsia e consequente exame histopatológico.

Hipertiroidismo e diabetes — Das relações entre os dois estados mórbidos ressalta a noção de que o primeiro parece provocar o desenvolvimento do sendo nos doentes prediostos, principalmente tratando-se de adenoma da tiróide com hipertiroidismo. Da interferência da secreção tiróide no metabolismo dos hidratos de carbono reduzindo as possibilidades da sua utilização, deduz-se que nos diabéticos com hipertiroidismo está diminuída a eficiência da insulina, e por isso aumentado o perigo de início súbito do côma diabético. Nos hipertiroideos deve procurar-se a existência possível de diabetes, para o que, além dos sinais clínicos, é preciso considerar que o valor da glicose no sangue deve ser pelo menos, de 150 mgrs. por 100 c. c. Nos diabéticos deve procurar-se a existência de hipertiroidismo, não esquecendo a determinação do metabolismo basal.

Vólvolo Intermitente do estômago. — Descrito primeiro por Berti, em 1866, num caso de autópsia que em vida apresentava a sintomatologia duma oclusão supra-Vateriana e havia sido diagnosticado como tal, o vólvolo do estômago é uma situação patológica relativamente freqüente, ainda que raramente seja diagnosticada clinicamente. Por

defeitos anátomo-fisiológicos congênitos ou adquiridos, pode produzir-se o vólculo do estômago, o qual pode ser total ou parcial, consoante todo o órgão ou só uma parte dêle roda a 180° ou mais em volta dum eixo. Os vólculos classificam-se ainda em: longitudinais ou organo-axiais, transversais ou mesentérico-axiais, e mistos, conforme o eixo sôbre o qual roda a viscera. Na torsão do estômago, o cólon transverso é arrastado de tal forma que se encontra por cima do estômago: um vólculo fica assim formado. Denomina-se vólculo infra-cólico e constitui a maioria dos vólculos totais do estômago. Mais raramente o estômago torce-se, ficando o cólon transverso no seu lugar, constituindo então o vólculo supra-cólico. O vólculo só é completo quando há uma rotação de, pelo menos 180° , mas pode chegar a 360° e mesmo quasi a 400° . Mas mesmo nestas grandes torsões, a tensão arterial mantém-se geralmente durante muito tempo, em consequência do grande número de anastomoses arteriais que existe no estômago, e, por isso, a gangrena, necrose ou perfuração, a verificarem-se, só aparecem nos períodos tardios ou pré-letais da evolução e, quando se produzem, são devidas não só à dificuldade circulatória obstrutiva, mas sobretudo à distensão e achatamento progressivos dos capilares produzidos pelo grande aumento de tensão intra-gástrica. Tais lesões são desconhecidas nos vólculos parciais. Quando o vólculo é parcial, só uma parte do estômago, a região pilórica, sofre a torsão. Quer nos vólculos totais, quer nos parciais, a permeabilidade gástrica está habitualmente impedida, envolvendo o cárdia e o piloro nos primeiros, e somente o piloro nos segundos.

Os vólculos gástricos, sobretudo os parciais, podem ser intermitentes e tornar-se, por assim dizer, crônicos, com crises repetidas, de intervalos mais ou menos longos. Contudo, é bom notar que um vólculo intermitente, de sintomatologia e consequências pouco alarmantes geralmente, pode tornar-se agudo e permanente, acompanhando-se então de sintomas gravíssimos e terminará pela morte, se não fôr cirurgicamente tratado em tempo conveniente.

A causa predisponente dos vólculos intermitentes parece residir num desenvolvimento anormal do ligamento hepático-duodenal e do epíplon gastro-hepático, associada ou não a doenças do estômago: úlceras, perigastrites adesivas, gastroptose, etc., etc.

Quando a torsão é inferior a 180° , há geralmente tendência à diminuição da torsão ou à sua redução espontânea; mas além de 180° o estômago tem tendência a fixar-se na posição de torsão, tornando-se então um vólculo definitivo.

Clinicamente, os vólculos do estômago apresentam-se sob quadros diferentes, consoante a sua variedade.

O vólculo agudo apresenta-se como uma eclosão alta, aguda, com dores vivas, intermitentes, rapidamente seguidas de distensão, sobretudo dos quadrantes superiores do abdômen, mas começando pelo

epigastro e pelo hipocôndrio esquerdo. No começo pode haver vômitos, mas a breve trecho, apesar do grande estado nauseoso, os vômitos são infrutíferos e a deglutição torna-se impossível, da mesma forma que não é possível a passagem duma sonda gástrica. Concomitantemente agrava-se o estado geral, mostrando o doente tendência para o colapso. O diagnóstico dos casos agudos é relativamente fácil, sem o auxílio dos R. X., se em presença de tal quadro clínico pensarmos na possibilidade dum vólculo do estômago. O mesmo não sucede nos vólculos crônicos ou intermitentes, sobretudo nos parciais, em que o quadro clínico é muito menos alarmante e incaracterístico, sendo a maioria das vezes o diagnóstico feito só pelo exame radiológico. Nos vólculos parciais, regra geral, há um longo passado de queixas disptéticas, manifestando-se por distensões epigástrica e dores post-prandiais, com ou sem horário, sensação de distensão ou compressão do epigastro e dos hipocôndrios. Algumas vezes a dor pode ser aguda, do tipo de perfuração e acompanhada de vômitos abundantes, nunca biliosos. Outras vezes os sintomas assemelham-se aos de uma eclosão alta com vômitos abundantes, mas quasi sempre sem bile. Nuns e noutros, sempre que se trata de vólculos intermitentes, o quadro agudo dura algumas horas, para depois de desaparecer progressivamente, sendo a desapareição mais rápida se se conseguir sondar o estômago e esvaziá-lo.

O A. apresenta um caso, bem documentado, de vólculo parcial, ou segmentar, intermitente, infra-cólico e isoperistáltico, que é a variedade mais freqüente.

Exame cardiológico do desportista.— O problema dos desportos nos cardiopatas exige um estudo cuidado, que deve contar com os seguintes elementos: exame clínico, provas diversas (funcionais, baseadas em análises de gases, de aumento de pressão intratorácica), exame radiológico, electrocardiografia. O A., considerando o emprêgo destes diversos meios de exploração, e encarando o aspecto prático da questão, chegou às seguintes conclusões:

«— Como se depreende do que fica exposto, apesar da variedade de meios empregados, o número de casos em que não é possível estabelecer um diagnóstico num primeiro exame é bastante elevado.

Para alguns autores, como Herxheimer e Knoll, o bom rendimento desportivo é elemento decisivo contra a organicidade ou pelo menos o carácter grave dos casos em discussão. Pelo contrário, Jokl nega ao rendimento técnico qualquer significado diagnóstico. apoiado numa casuística numerosa e impressionante, da qual citamos, por curiosidade, o caso de um mitro-aórtico campeão da Maratona e o extraordinaríssimo caso de um dos maiores de *rugby* da União Sul-Africana, morto de embolia coronária, horas depois de uma partida triunfal e no qual se encontrou, na necropsia, uma persistência do canal de Botal com lesões de uma endocardite lenta, determinante da



*Na dose
forte!*

Cardiazol-Dicodid em gotas

Frascos de 10 c. c.

Doses: Para adultos, 10-15-20 gotas 2-3 vezes ao dia; para crianças maiores, 5-10 gotas; crianças pequenas, 2-5 gotas.

KNOLL A. - G.

Fábricas de Produtos Químicos,

Representante: August Veith, rua da Palma, 146-2.º Esq.º, Lisboa



PORTUGAL MÉDICO

Condições da assinatura (por ano — série de 12 números)

Continente e ilhas — 30\$00 Colónias — 40\$00 Estrangeiro — 50\$00

Número avulso — 5\$00

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: Rua Cândido dos Reis, 47, Pôrto

FERRIFOSFOKOLA

ELIXIR

É o único preparado que conhecemos, tendo por base — Glicero-fosfatos *ácidos*, em tão elevada concentração: 0,55 gr. por 10 c. c.

A combinação orgânica de *ferro* e *fósforo* mais assimilável e de efeitos mais rápidos, na opinião do prof. A. Robin e outros.
:: :: O verdadeiro alimento dos tecidos nervoso e ósseo. :: ::

XAROPE STEPP DE BROMOFORMIO COMPOSTO

Na **tosse convulsa** é o
remédio mais eficaz.

48 horas depois da sua aplicação, os acessos tornam-se mais moderados.

IODOLOSE "GAMA,"

●

Combinação orgânica de iodo e peptona de carne,
usada há longo tempo por numerosos clínicos
////////// que a preferem a outras similares. //////////

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estrêla, 130 — LISBOA

embolia. Casos como este demonstram bem que o rendimento técnico não pode servir como indicador absoluto; os casos duvidosos têm que ser submetidos a observação periódica e minuciosa, seguindo-lhe a evolução, por assim dizer, sob as vistas do médico desportivo.

Dada a falibilidade do diagnóstico, por um lado, e a tão freqüente adaptação dos cardíacos compensados a uma vida desportiva normal, ocorre naturalmente a pergunta: Qual a conduta a tomar em face dum cardiopata descoberto em exame pré-desportivo?

A interdição pura e simples apresenta-se com estes inconvenientes: ou o doente não nos acredita, e procura meio onde possa fazer o que lhe apetece, sem vigilância nem método, ou, pelo contrário, a notícia de que é um cardíaco, acompanhada da proibição, influem gravemente no seu psiquismo, criando-lhe um complexa de inferioridade, numa palavra, transformando-o bruscamente num inválido. Ora no momento actual, em que cardiologistas como Hoffmann preconizam treino desportivo ligeiro, como terapêutica para certos cardíacos compensados, que por vezes são capazes de realizar as provas mais violentas, parece-nos que a interdição total é uma medida que só deve ser tomada em casos de reconhecida gravidade.

A interdição deve ser posta em tódas as cardites reumatismais com sinais de actividade, em tódas as lesões miocárdicas graves e coronárias, nas lesões congénitas graves e nas lesões valvulares com sinais de pré-insuficiência ou coexistência de lesões miocárdicas. Nas lesões valvulares sem miocardite, o prognóstico e as possibilidades desportivas são diversas, conforme a lesão. A insuficiência mitral simples afigura-se a Arnold, Stine, Jokl e a outros a mais, compatível com o esforço. Scherf, no entanto, combate esta opinião. A estenose mitral pura é para todos os autores menos adaptável que a insuficiência e mesmo que a lesão dupla. Maior prudência ainda é de aconselhar para com as lesões do orificio aórtico, se bem que Jokl encontre grandes possibilidades de adaptação nos mitro-aórticos compensados. E' evidente que nos referimos à prática de desportos pouco violentos, constantemente vigiada e com exclusão de toda e qualquer competição.

Como se depreende deste resumo sobre o papel e as possibilidades da cardiologia desportiva, esta representa, pela freqüência de cardiopatas que se regista entre os indivíduos novos de aspecto saudável, um dos capitulos mais importantes da medicina do desporto, e por elle se vê que, a despeito dos aperfeiçoamentos técnicos e instrumentais, o factor pessoal do observador, a sua forma de interpretar os preciosos dados obtidos e de emitir um juizo clínico, continua a ser, neste como em todos os ramos de ciência medica, o mais melindroso e difficil de todos os factores de que depende o futuro do observado.—»

Alimentação de ranchos migratórios. — Estudo do hábitos alimentares dos trabalhadores rurais que, em ranchos, vão de vários

pontos do país trabalhar no sul, principalmente na cultura do arrós. Os indivíduos incluídos no inquérito foram divididos em 3 grupos, segundo as suas possibilidades de boa alimentação. No primeiro grupo, a ração mostrou ser excessiva em valor calórico, mas deficiente em proteínas de origem animal, cálcio, cobre, vitaminas A, C e D. Nos do segundo grupo, semelhantes defeitos, e a mais a carência da vitamina G. Nos do terceiro grupo, com monotonia dietética menos acentuada e geralmente com valor calórico rasoável, só para alguns se notou grande deficiência em vitaminas A e D.

A CRIANÇA PORTUGUESA.—II, n.º 4 (Out. de 1943): *Sobre a possibilidade da influência do tipo morfológico do lactente na evolução das suas curvas de crescimento*, por Almeida Garrett; *Narcolepsia, cataplesia e onirismo*, por Diogo Furtado e F. Pulido Valente; *Os testes psicológicos de Ozeretzky*, por Maria I. Leite da Costa; *Assistência estomatológica nas escolas*, por Ferreira Costa; *Um caso de síndrome mixto de puberdade precoce com mongolismo*, por João Augusto dos Santos. III, n.º 1-2 (Março de 1944): *Contribuição para o estudo do teste de Fay aplicado em crianças portuguesas*, por Vitorino Fontes, Maria Leite da Costa e Aurora Ferreira; *A assistência psico-pedagógica nas clínicas de pediatria*, por Vitor Fontes; *Sobre alguns pneumogramas de crianças mentalmente anormais*, por Alice Tavares; *Educação física da criança anormal*, por Olinda Pacheco; *A formação dos vigilantes das instituições de assistência e educação infantis*, pelo pessoal técnico do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira; *Assistência e educação de crianças anormais*, por Simão Gonçalves.

Influência do tipo morfológico dos lactentes na evolução das suas curvas de crescimento.—Do estudo comparativo do tipo morfológico (determinado por valores antropométricos) e das curvas de crescimento em estatura e peso durante o primeiro ano de vida, em 50 lactentes de cada sexo, chegou às seguintes conclusões:

1— Há tipos morfológicos diversos, nos lactentes, podendo seguramente distinguir-se, para além dos limites de um tipo esquelético médio, com índices de Manouvrier à roda de 55,5, tipos braquisquélícos e tipos macrosquélícos, com índices muito afastados dêsse valor, índices que no primeiro grupo podem descer pelo menos até 46, e no segundo podem subir pelo menos até 64.

2— Os braquisquélícos tem geralmente maior distância bi-acromial, em relação com a sua estatura, que os macrosquélícos, podendo contudo observar-se em qualquer dos grupos, tal como nos mesatisquélícos, largas variações dessa relação.

3— Não se verifica relação alguma entre a intensidade do crescimento, em estatura e em peso e o tipo esquelético dos lactentes; essa intensidade está certamente condicionada por factores constitucionais independentes da forma do corpo.

4 — Geralmente, os recém-nascidos com baixa estatura crescem, no decurso do primeiro ano de vida, um pouco mais que os de estatura elevada, sem que a regra deixe de apresentar algumas excepções.

5 — As diferenças registradas quanto à intensidade do crescimento, se tem importância para a apreciação das respectivas curvas (indicando as oscilações normais acima ou abaixo das curvas médias adoptadas para o seu registro) não podem relacionar-se, de modo apreciável, nem com a estatura na ocasião do crescimento (por não ser constante nem decisiva a influência d'êste factor) nem com o tipo morfológico (que não mostra ter qualquer relação com a intensidade do crescimento).

Narcolepsia, catalepsia e onirismo. — A propósito de um caso de rica sintomatologia, os A. A. estudam o tratamento farmacológico e fazem uma revisão da questão das narcolepsias e das suas relações com o problema do sono.

« — A designação de «narcolepsia» é originária de Gelineau (1880) e foi por êle atribuída, segundo as suas palavras, a «uma rara neurose... caracterizada por um imperioso desejo de dormir, súbito e de curta duração, reproduzindo-se por intervalos...». Casos anteriores, como os Willis («sono mórbido», 1677), de Fournier («sono pernicioso», 1813), de Bright (1833), não oferecem a garantia de que a perturbação do sono que apresentavam pertencesse, efectivamente, à entidade de que nos ocupamos.

Desde a descrição simplista do autor francês, é vasta a discussão que em tórno de tal nova entidade mórbida se tem estabelecido. Esta discussão tem incidido principalmente: sobre a sua situação nosográfica, como entidade autónoma ou apenas como resultante de um conjunto de causas diversas e muitas delas conhecidas; sobre a nomenclatura atribuída ao próprio síndrome ou aos fenómenos que o constituem; e, finalmente, sobre as suas relações com a epilepsia, por um lado, e com o sono normal outra.

O número de casos de narcolepsia cresceu consideravelmente na última vintena de anos, e a êste crescimento parece não ter sido estranha a difusão de encefalite epidémica consecutiva à última guerra. Tal como succedeu para a epilepsia, foram surgindo sucessivas causas susceptíveis de desencadear o complexo mórbido da narcolepsia. Tais causas, teremos, adiante, ensejo de as estudar mais pormenorizadamente. Mas a par d'êste grupo, sem dúvida vasto, de síndromas narcolépticos provocados por etiologias conhecidas, foi-nos, também aqui ficando outro ainda maior em que tóda a doença é constituída pelo complexo clínico da narcolepsia, sem que lhe corresponda uma causa discernível ou um quadro anatómico característico. É, principalmente, a estes síndromas, aos quais, por semelhança com o que fazemos na epilepsia, poderíamos chamar narcolepsias essenciais, que se referirá a síntese clínica seguinte.

Ao contrário da que descreveu Gelineau, sabe-se hoje que o quadro da narcolepsia não é, exclusivamente, constituído pelas crises de sono.

Desde Loewenfeld (1902) e, mais tarde, Henneberg (1915) foi-lhe adicionado um outro tipo de crises, que alternam com aquelas, e que foram pelo último autor designadas de crises catalepticas ou cataplexia. Então, crises narcolepticas e crises catalepticas constituem o núcleo do síndrome, ao qual outras manifestações acessórias se podem agregar. Deve-se, entretanto, notar que Gêlineau, a par das crises de sono, falava já de quedas dos doentes, de *astasis*, fenómeno provavelmente correspondente ao novo tipo de crises descrito por Henneberg.

O ataque narcoléptico ou ataque de sonolência, tem o seu início bruscamente. Um certo número de causas podem favorecer o seu desencadeamento: A mais freqüente é, talvez, o facto do doente se sentar ou se ocupar, sentado, numa actividade monótona. Além disso, outras circunstâncias que já, normalmente, favorecem a disposição para o sono, tais como o post-prandio, a temperatura ambiente quente, o post-coito, provocam, freqüentemente, o advento das crises. Outras vezes são causas cuja intervenção parece paradoxal: a conversação, o andar a cavalo, o guiar automóveis, o início do coito, a actividade profissional, o estado emotivo provocado por um bombardeamento, etc.

Uma parte dos doentes, ao eclodir a crise, cai para o chão. Num soldado, que tivemos de observar recentemente, estas quedas provocaram diversas lesões traumáticas. Nalguns doentes, a crise decorre dormindo o doente de pé: o sono é, então, semelhante ao descrito por Rosenthal nos soldados esgotados que continuam em marcha (corticalen Übermüdigungsschlaf), apenas a consciência participando do sono e mantendo-se, pelo contrário, activo e equilibrado o tonus muscular. A maioria dos doentes, porém, tem tempo de se sentar ou deitar e procurar assim posição cômoda para o sono.

Às vezes, o sono é anunciado por fenómenos diversos, bocejos repetidos, sensação aguda de fadiga, parestesias. Outras vezes, não existe qualquer sinal anunciador, antes das primeiras manifestações de sonolência.

O sono narcoléptico não difere, na opinião de autores dos mais consagrados (Adie, Redlich, Murphy, etc.), e na nossa própria, do sono normal. Wilson, entretanto, contesta vivamente este ponto, e a controvérsia desenvolvida em torno da sua opinião, leva-nos a analisar mais detalhadamente os caracteres do sono narcoléptico.

A face do doente congestionam-se ligeiramente, a atitude perde-se e o tonus diminui. A inspiração relenta-se e torna-se mais funda do que em vigília; há, também, certo ralentamento do ritmo cardíaco, e uma moderada baixa de tensão arterial. As pupilas, difíceis de investigar, apresentam-se, em geral, pequenas, dilatando-se quando o doente desperta. Num caso de Strauss havia rigidez à luz, que desaparecia ao acordar.

O sono não é, geralmente, muito fundo e há, quasi sempre, a possibilidade de despertar o doente. Nalguns casos, tem sido afirmada a existência de certa consciência durante a crise: os doentes ouvem e

I
O
D
A
L
O
S
E



STOKS ASSEGUARADOS

G
A
L
B
R
U
N

Alcalinésia BISMUTICA

Hiper-acidez, gastrites, digestões difíceis etc.

"Aseptal,"

Ginecologia. Partos. Usos antisépticos em geral.

BioLactina

Auto-intoxicação por fermentações intestinais, enterites, entero-colite, etc.

Bromovaleriana

Doenças de origem nervosa, insónias, epilepsia histeria, etc.

'Diaspirina,

Gripe, reumatismo, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes neuralgias, cólicas menstruais.

DYNAMOL

Anemias, emagrecimento, tuberculose incipiente, neurastenia, fraqueza geral, depressões nervosas, convalescenças, etc.

"Glucálcio,"

Descalcificação, tuberculosas, lipatismo, raquitismo, fraqueza geral, pleuritis, pneumonias, escrofulose, asma, etc.

hepatodynamol

Normalização da eritro-e da leucopoése, regularização da percentagem de hemoglobina e do valor globular.

"NARCOTYL,"

As Indicações da morfina. Previne a habitação e morfomania dentro de certos limites

Proteion

Medicamento não específico actuando electivamente sobre os estados infecciosos.

PULMÃO-SORO

Doenças das vias respiratórias, inflamações da laringe, da traqueia e dos brônquios, pneumonia, etc.

SUAVINA

Laxativo suave e seguro. Comprimidos ovóides de sabor agradável.

Terpioquina

Medicação anti-infecciosa.

Transpneumol

Quinoterápia parentérica das afecções inflamatórias bronco-pulmonares.

chegam a fixar o que se lhes diz, mas não se movem, não respondem e dão a impressão de estar dormindo (Redlich, Guleke, Fischer, Loewenfeld). Tais casos são excepcionais; na maioria, como no que a seguir descreveremos, o estado de consciência é o do sono normal.

Alguns doentes têm sonhos durante os ataques, sonhos que se não afastam dos que povoam o seu sono normal. Ainda em certos casos, mais raros, têm sido apontadas alucinações hipnológicas.

O despertar dos doentes é marcado, em geral, por movimentos reacionais: o doente tenta erguer a cabeça, mover os braços, abrir os olhos, mas estes movimentos são contrariados pela falta de tonus e por isso mesmo incompletos e repetidos. Este fenómeno, a falta de tonus ao despertar das crises, descrito por Weir Mitchell e por Wilson, pertence às manifestações de dissociação entre os elementos constitutivos do sono de que adiante falamos.

As crises repetem-se durante o dia em número variável de vezes, indo desde uma crise cada dez minutos, ou cada vez que o doente se senta, até uma ou duas por dia. A sua duração varia também, desde segundos a muitas horas (12 no caso de Redlich, 36 no de Noak).

O problema que cabe agora discutir, e cujo interesse é grande para a patogenia do síndrome, é o da relação do sono narcoléptico com o sono normal. Como dissemos, a maioria dos autores consideram os dois fenómenos como análogos. Kinnier Wilson, porém, advoga a sua nítida diferenciação. Os seus principais argumentos são os seguintes: nalguns doentes há sono com persistência parcial da consciência (casos já citados); os ataques não são precedidos por sonolência ou consciência da necessidade de dormir, como o sono normal; algumas vezes as crises de narcolepsia são provocadas por uma emoção, o que nunca sucede no sono; o seu começo é geralmente brusco; após a crise, o despertar seria também brusco, ao contrário do que sucede no sono normal; por último, haveria, segundo a informação de Wilson, uma completa independência entre a narcolepsia e o sono noturno do doente, este último sendo normal em enfermos narcolépticos.

Nielsen no seu recente tratado de Neurologia, corrobora a opinião de Wilson, considerando o sono dos narcolépticos diferente do fisiológico, por mais próximo do estado de coma. A maioria dos argumentos de Wilson encontram-se, porém, rebatidos conforme se deduz da nossa descrição pelo estudo da casuística, em grande parte posterior ao trabalho daquele autor.

Os pródomos do sono, como o despertar gradual, fazem parte tanto das crises narcolépticas como o sono normal; os casos de narcolepsia com persistência parcial da consciência, da mesma forma como os provocados pela emoção, constituem marcadas excepções. Apenas o começo brusco, a necessidade imperiosa e súbita de dormir, distinguiram ambos os fenómenos.

O último argumento de Wilson, a natureza normal do sono noturno

nos narcolépticos, merece-nos algumas palavras. Ao contrário do que afirmava o grande neurólogo inglês, pode considerar-se hoje que, na maioria dos casos, a sono nocturno dos narcolépticos não é normal.

A maioria dos doentes (Redlich, Notkin e Jelliffe) tem um sono agitado, com muitos movimentos, virando-se constantemente. Em bastantes d'êles existem fenómenos de sonambulismo e crises de ansiedade do tipo dos pavores nocturnos. Tanto Rosenthal como Bonhoeffer pensam que há nestes casos uma dissociação do mecanismo do sono, estando a função cortical menos paralizada do que a sub-cortical. O fenómeno, a que já nos referimos, da falta de tonus após o acordar das crises, dando origem a movimentos reacionais, incompletos e repetidos, ocorre, também, com certa freqüência, após o sono nocturno dos narcolépticos e tem sido indicado como uma prova dessa dissociação funcional dos elementos do sono. Alguns doentes acordam bruscamente do seu sono nocturno: noutros têm sido descritos estados confusionais post-sômnicos ou estados de embriaguês dorminhoca (Jelliffe).

Dos factos apontados se deduz, portanto, que o sono nocturno dos narcolépticos não é normal e que se não pode marcar nestes doentes uma diferença essencial entre o sono mórbido das crises e o sono espontâneo nocturno. Sob o aspecto clínico, o sono das crises narcolépticas é, nas suas linhas gerais, análogo ao sono fisiológico e num ou noutro pormenor em que dêle se afasta, afasta-se igualmente o sono nocturno dos mesmos doentes, também muitas vezes patologicamente alterado.

Nos últimos anos, dois novos argumentos de natureza experimental vieram consolidar esta idéia, que já tinha a maioria dos clínicos, da identidade do sono narcoléptico e do sono fisiológico: referimo-nos à acção farmacológica dos compostos simpaticomiméticos similares da adrenalina e ao traçado electro-encefalográfico.

O efeito favorável da efedrina, benzedrina e corpos similares sôbre a narcolepsia, foi primeiro descoberto por Janota e Skala na Tcheco-Eslováquia, e por Doyle na América, em 1930. Trata-se, como se sabe, de substâncias de efeito simpaticostimulante, idêntico ao da adrenalina, mas dotadas ainda de uma acção específica sôbre os centros nervosos superiores e a esfera psíquica (acção estimulante, euforisante e inibidora da fadiga) que a adrenalina não possui. Durante o tempo de administração d'êstes farmácios, as crises de narcolepsia desaparecem por completo. Além disso, muitos dos doentes obtêm melhoras e mesmo cura que se mantêm após a interrupção do tratamento. O efeito de tais farmácios como veremos a propósito do nosso caso, é evidente e quasi constante.

Ora, justamente, estas substâncias têm uma poderosa acção anti-sónica. É do conhecimento geral que a administração vespéral da efedrina e dos seus derivados sintéticos (benzedrina, pervitin) retarda e mesmo impede o sono; e que, pelo contrário, a sua administração matinal produzindo a característica excitação psíquica e simpática durante o

dia, facilita depois o sono nocturno compensador. Êste grupo de medicamentos, provocadores específicos do estado de vigília, actua, portanto, igualmente sôbre o sono fisiológico ou sôbre a narcolepsia, o que é indubitável argumento a favor da identidade ou grande proximidade dêstes dois estados.

Mais importante ainda é o argumento derivado dos estudos electro-encefalográficos. Desde os trabalhos de Davjs, Roomès, Hartry e Hobbart, são conhecida os registos electro-encefalográficos das diversas fases do sono normal, cujos traçados extremamente característicos e inconfundíveis podem ser fàcilmente reconhecidos. Ora, Dynes e Finley estudaram os traçados electro-encefalográficos em casos de narcolepsia e verificaram que em 17 doentes, nos quais a afecção tomava um aspecto primitivo, isto é, não tinha etiologia apreciável e não se acompanhava de sintomatologia orgânica permanente, os traçados tomados durante as crises eram absolutamente idênticos aos do estado de sono fisiológico, succedendo-se as diversas fases electro-encefalográficas com o mesmo aspecto e o mesmo ritmo que neste último. Apenas em 5 casos, nos quais a narcolepsia se acompanhava de sintomas neurológicos orgânicos, e era consecutiva a uma afecção do neuroeixo, os traçados electro-encefalográficos apresentavam aspectos anómalos.

De tôda esta análise das crises narcolépticas podemos, portanto, tirar a conclusão de que o sono nelas existente é análogo ao sono normal, e que o núcleo da afecção reside apenas numa desregulação, talvez numa facilitação dos mecanismos normais do sono. Esta conclusão parece-nos de grande importância para a patogenia da afecção.

O segundo tipo de crises existentes na narcolepsia é constituído pelas crises catapléticas. Trata-se do fenómeno que foi descrito por Gélineau com o nome de *astasia*, por Loewenfeld como *Kataplektische Starre*, por Henneberg como *Kataplektische Hemmung* e por Redlich como *Affektiver Tonusverlust*. Estas crises associam-se com as de narcolepsia em 72 % dos casos. São caracterizadas pela perda do tonus muscular provocada por estados emocionais. Geralmente, como succede no nosso caso, é o riso que desencadeia as crises; outras vezes são emoções desagradáveis, podendo até ser simplesmente a recordaçã. de uma emoção prèviamente desencadeadora que provoque nova crise (Sommer).

Alguns casos têm crises espontâneas de cataplexia, sem qualquer causa affectiva provocadora. Êstes casos constituem a opposição daqueles já referidos em que a causa emotiva provoca não só a cataplexia como também as crises de sono. Há, portanto, casos em que existe uma dependência tão íntima do estado affectivo que se estende até à narcolepsia, a par de outros em que essa dependência não existe, nem mesmo para a cataplexia.

A relação da cataplexia com o riso constitui, por assim dizer, o exagêro de um fenómeno fisiológico: são conhecidas as manifestações de hipotonia tanto da musculatura somática como da vegetativa que se

seguem aos ataques de riso, traduzidas nas diversas línguas por expressões tais como «rir a cair», «rir a perder», etc. Curshmann e Prange insistem sobre este fenómeno considerando a hipotonia afectiva como uma forma comum de reacção à emoção. O relaxamento do esfíncter vesical e até do rectal, em tais circunstâncias, é também, freqüentemente observado.

A descrição das crises é bem conhecida. Entre a emoção e a catalexia existem, por vezes, certos pródromos: o doente sente pulsar a cabeça, sente um calor que se espalha, falta-lhe o ar. Outras vezes, logo a seguir ao riso, à medida que êle se intensifica, vai progredindo a perda do tonus. No geral, a hipotonia dos extensores precede a dos flexores: a cabeça descai, o tronco flecte-se, os braços pendem e o doente acaba por cair. A sua queda é, pela falta de tonus, muito característica, semelhante, pela perda absoluta de atitude, à de um boneco de serradura mal cheio. Como a queda não é imediata e a perda de tonus não se dá simultâneamente em todos os grupos musculares, o doente tenta contrabalançá-la fazendo movimentos reacionais repetidos. Adie insiste na possibilidade de confusão destes movimentos: o seu aspecto brusco, sobressaltado, incompleto, tem levado alguns autores a tomá-los por abalos epilépticos ou por movimentos coréicos. Na realidade, são simplesmente movimentos voluntários reacionais aos quais a especial distribuição da perda de tonus dá um aspecto peculiar. Em geral, são movimentos de elevação da cabeça ou dos braços, tentativas de elevação do tronco, movimentos de pronação e supinação das mãos, ou movimentos mímicos da face.

Nalgumas formas intensas de catalexia existe incontinência urinária, parestesias dos membros e, por vezes, dificuldade respiratória. A congestão da face é freqüente; em certas observações foi apontada febre durante as crises.

O exame neurológico tem sido feito repetidas vezes em pleno estado cataléptico, mas os resultados são pouco interessantes. Villaverde (citado por Redlich), Wilson e Mankowsky, apontam abolição de reflexos tendinosos, mas a maioria das vezes apenas se encontra enfraquecimento mais ou menos pronunciado. As pupilas reagem normalmente à luz; os reflexos conjuntivo-palpebrais podem estar abolidos. Em casos isolados, a excitação plantar pode provocar resposta em extensão (Wilson).

Em geral, embora coexistindo no mesmo doente, as crises de narcolepsia são independentes das de catalexia. Entre ambas existem, porém, tôdas as formas de transição e de associação, cujo interêsse patogénico convém acentuar. Assim existem: 1) os casos típicos (72 %, segundo Redlich) em que as crises narcolépticas alternam com as cataplécticas, embora sejam mais freqüentes do que elas; 2) casos em que existem apenas crises narcolépticas, bastante freqüentes, sobretudo, como sucede com o grupo seguinte, entre as formas sintomáticas; 3) casos em que existem apenas crises cataplécticas (Sommer, Berliner, Hoff e

TONOCÁLCIO-CÊ

FORTE

GLUCONATO DE CÁLCIO A 20 %
ÁCIDO L-ASCÓRBICO CRIST. A 10 %

(24 AMPOLAS)

Aplicação conjunta em
volume reduzido de soluto



Neste soluto de gluconato de cálcio, apesar duma elevada concentração (20 %) conseguiu-se sem a adição de estabilizantes, reduzir ao mínimo as possibilidades da sua precipitação.



LABORATÓRIOS LAB
Direcção Técnica do Prof. COSTA SIMÕES

Quinarrhenina

ANEMIAS
PALUDISMO
OU
SEZÕES
CONVALESCENÇAS
DIFICEIS, ETC.

ELIXIR — GRANULADO

Dá força, excita o apetite, diminue a febre, facilita a digestão.

Muito bem tolerada pelas crianças. Efeitos rápidos e seguros.

KOLEINA «GAMA»

GRANULADO DE KOLA E CAFEÍNA

Mais activa que todos os outros granulados de kola, em estados depressivos, sobretudo na hipotonia cardíaca, pela acção cardiotónica da cafeína.

ALLYLO - MENOL

Base: — Iodeto de alilo, ácido hidro-fluosilicico e gomenol

Fórmula aconselhada pelo prof. A. Robin no tratamento por inalações da tuberculose pulmonar, afecções da laringe, bronquites e bronco-pneumonias.

NEVROSINA GAMA

BÁSIS: BROMOVALERATOS ALCALINOS,

MAS MELHOR TOLERADOS QUE OS SIMILARES

CONTRA:

EPILÉPSIA, HISTERISMO, INSÓNIA, ETC.

Depósito geral: Farmácia GAMA
Calçada da Estrêla, 130 — LISBOA

Schilder, etc.); 4) casos em que os doentes apresentaram, em épocas diferentes, os dois tipos de crises (Symmond's, Hilpert, Sperling e Wimmer, etc.); 5) casos em que as crises se encontram associadas, sucedendo-se as de sonolência logo em seguida às de cataplexia, ou inversamente; 6) casos em que a sintomatologia permite afirmar que as crises resultam de associação de ambos os tipos de perturbação (cataplexia com perturbação grave da consciência, sono com perda de tonus muito acentuada, que se dissocia cronologicamente, aparecendo antes e depois das crises).

Esta série de formas intermediárias, permite estabelecer uma íntima relação entre a narcolepsia e a cataplexia, filiando indubitavelmente a sua origem num mecanismo único.

A restante sintomatologia é escassa, apenas os sintomas mentais nos merecem uma referência mais larga. Assim, em alguns doentes têm sido encontrados sintomas endócrinos. Existe sobretudo uma tendência marcada para a obesidade: já o mancebo que Dickens descrevia nos seus «Pickwick Paper's», e que adormecia com a comida na bôca, era também obeso. Um considerável número de narcolépticos apresenta certo grau de obesidade; entretanto, não se encontram nêles as grandes obesidades endócrinas, de tipo Frölich ou outros. A sintomatologia hipófiso-diencefálica, é, de resto, rara, mesmo nos casos secundários à encefalite; são excepcionais os doentes com poliúria ou alterações térmicas. A imagem radiológica mostra uma sela turca que, na quási totalidade dos casos, se apresenta pequena. Em algumas observações tem sido apontada a coexistência com bócio simples. Em caso único, as crises de narcolepsia iniciaram-se após uma tiroidectomia. Estão também apontados casos com hipogenitalismo, alguns mesmo com infantilismo hipogenital, mas estas associações estão longe de ser freqüentes. Nas mulheres, onde a afecção é bastante mais rara do que nos homens (1: 6, segundo Wilson. 1: 4, segundo Redlich), encontram-se descritas algumas observações em que as crises narcolépticas coíncidiam com período menstrual (Fischer, Balet). Mais notável é a sua relativa freqüência durante a gravidez, facto que a maioria dos autores salienta. A fórmula de sangue apresenta, em muitos casos, modificações que diversos autores têm apontado. Consistem estas modificações em linfocitose (de 34 a 53 % segundo Redlich), com certa eosinofilia (cêrca de 7-10 %). Wilson tem tendência a atribuir estas modificações ao estado tímico-linfático, freqüente nestes doentes.

A punção lombar tem sido feita em muitos doentes, sem que se tenham encontrado dados patológicos no exame do liquor. Apenas Ratter insiste na pressão elevada num caso. Lhermitte viu, após a punção lombar, cura de um caso, fenómeno que não mais foi observado.

Na análise da sintomatologia mental dos narcolépticos, forçoso nos é distinguir entre as alterações psíquicas constitucionais ou coexistentes com a narcolepsia, e a sintomatologia pròpriamente devida à afecção.

Assim, encontra-se descrita narcolepsia num certo número de oligofrénicos (2 casos de Redlich, 1 de Noak, 1 de Boas, etc.). Num outro caso de Redlich, tratava-se de um garoto que tinha a preocupação de descobrir o motu-contínuo. Em dois casos, pelo menos, os doentes terminaram suicidando-se. Nos casos de Edees e Henneberg, os doentes eram esquizofrénicos, um dos de Redliche sofria de melancolia periódica.

Algumas formas consecutivas à encefalite epidémica, apresentam ainda manifestações de psicopatia post-encefalítica. Em todos estes casos, trata-se, evidentemente, de psicoses ou de estados de defeito psíquico que se associam à narcolepsia, sem relação patogénica com ela. Alguns outros sintomas, porém, parecem depender das crises hípnicas. Pondo de parte os fenómenos oníricos — verdadeiros sonhos, — já referidos como possíveis nas crises de narcolepsia, têm sido observadas, também, alucinações durante as crises catapléticas. Assim, no doente de Fischer, existiam fenómenos alucinatórios visuais, que o doente sentia como reais; estes fenómenos acompanhavam-se da sensação do «já visto», idêntica à que se observa em crises epilépticas e em lesões do lobo temporal. No doente de Brook, as alucinações visuais tomavam os caracteres próprios das alucinoses: o doente; embora as sentisse com grande vivacidade, tinha nítida consciência da sua irreabilidade. Salienta-se, entretanto, que o aparecimento dêste onirismo cataplético é notavelmente raro. Do mesmo modo, não se encontram menções de fenómenos alucinatórios fora das crises: existem casos com sonambulismo ou com pavores nocturnos, mas não se referem fenómenos oníricos típicos.

Recentemente, Levin procura descrever uma alteração psíquica permanentemente, própria dos narcolépticos, a qual consistiria numa dificuldade do pensamento que o autor, filiando-se teóricamente na doutrina de Pawlow, atribui ao estado de inibição cortical. Como consequência desta perturbação, certos mecanismos associativos e a aprendizagem, sobretudo, tornar-se-iam extremamente difíceis. Num caso verificado por êle, era a aprendizagem de uma nova língua que se tornava impossível: o acto de aprender cada palavra exigiria o estabelecimento de um novo reflexo condicionado, que as repetidas inibições corticais dificultariam ao máximo. Não pudemos verificar, em dois casos em que o procuramos, o sintoma descrito por Levin.

Fazem ainda parte das alterações psíquicas ligadas com a narcolepsia certas perturbações paroxísticas da memória. Em alguns casos, encontram-se, com efeito, lacunas mnésicas, consecutivas às crises catapléticas, às vezes mesmo com certa extensão anterograda.

Por último, em muito raras observações, registam-se modificações afectivas e caracterológicas consecutivas à longa evolução da doença. Assim, no caso recente de Pfeffer, estabeleceu-se ao fim de muitos anos de narcolepsia, um estado de ralentamento da actividade e de perda da iniciativa, que conduziu à invalidez completa.

Desta resenha da sintomatologia psíquica da narcolepsia, se conclui

que um quadro como o que a seguir descreveremos no nosso doente, onirismo nocturno muito intenso, em completa independência do sono, é fenómeno verdadeiramente excepcional.

O diagnóstico diferencial dos dois tipos de crises característicos da narcolepsia deve merecer-nos algumas palavras, sobretudo no que se refere à epilepsia.

A cataplexia é, sem grandes dificuldades, diferenciada das crises histéricas, em regra caracterizadas pela variedade e artificialidade das manifestações, pelos sintomas acessórios e pela personalidade dos doentes; dos estados de cataplexia, situações de imobilidade sustentada, com ou sem turvação da consciência, com aparência de adormecimento e *flexibilitas cerea*, pertencentes geralmente à histeria ou ao quadro da catatonía.

Também o diagnóstico diferencial com a paralisia periódica familiar ou mioplegia não apresenta dificuldade: as crises desta última têm começo e final lentamente progressivos, duração muito maior e são independentes de factores emotivos. Ainda a evolução da afecção, a sua natureza familiar e certos característicos metabólicos, tornam o diagnóstico fácil. Mais difícil é a distinção com as crises a que Oppenheim chamava *lachs Schlag* e que são, actualmente, designadas como de geloplegia; também aqui se trata de perda brusca de tonus, causada pelo riso, nos casos típicos sensivelmente idêntica à da cataplexia. Na maioria dos casos, trata-se de autênticas observações de narcolepsia, como o vem a demonstrar a evolução, com o aparecimento de acessos de sonolência. Em algumas observações, a geloplegia parecia ser simplesmente uma forma de aura epiléptica. É duvidosa, portanto, a existência da geloplegia como entidade isolada, sendo provável que os casos descritos pertençam, na realidade, ao ciclo da narcolepsia, como formas captléticas puras ou transitórias.

Também a distinção entre a narcolepsia e os estados de sono prolongado — sonoses de Gowers — não é, em geral, difícil. Trata-se, por via de regra, de neuróticos, de psicoses esquizofrénicas ou de quadros orgânicos (encefalites ou tumores) que se não confundem com as características da narcolepsia.

A distinção mais complexa é a que se refere à epilepsia. Como se sabe, nesta existem, como na narcolépsia, fenómenos paroxísticos, com interrupção da consciência, recorrentes, breves, e que em casos excepcionais podem ter motivação afectiva (epilepsia afectiva). O riso, pode constituir aura das crises, e o sono pode ter com estas íntima relação, aparecendo como seu equivalente ou seguindo-se a elas. Se a êstes factos juntarmos a existência de casos de transição em que a epilepsia e narcolepsia coexistem ou alternam cronològicamente (Worster-Draught, Goldflam, Feré, Redlich, Wilson), compreende-se a tendência de muitos autores, entre êles Wilson, para considerar ambos os fenómenos como pertencentes ao mesmo ciclo mórbido.

A concepção Jacksoniana que Wilson sempre defendeu, adaptava-se perfeitamente à existência destes dois tipos de perturbações, reveladores de graus diferentes de libertação funcional. Entretanto, existem, clinicamente, diferenças muito marcadas entre epilepsia e narcolepsia.

Em primeiro lugar, na epilepsia, a importância dos factores heredo-constitucionais é decisiva: cada vez mais se vem atribuindo à hereditariedade e à constituição individual um papel dominante na etiologia da epilepsia essencial. Nas narcoplepsias os factores hereditários e constitucionais não parecem desempenhar papel importante; abstracção feita dos casos excepcionais já referidos, a imensa maioria dos narcolépticos não pertence ao ciclo heredobiológico dos epilépticos.

Em segundo lugar, na epilepsia, o prolongamento da afecção conduz, frequentemente, a um estado de alteração psíquica permanente bastante característico: nas narcoplepsias são, como dissemos, muito excepcionais (reduzem-se a dois ou três) os casos em que se estabeleceu um defeito psíquico estável, de resto diferente, em todos êsses casos, da característica alteração epiléptica.

Em terceiro lugar, não tem sido possível descrever em narcolépticos movimentos de tipo convulsivo. Os casos apontados referem-se à confusão com os movimentos reaccionais já citados.

A alteração da consciência é característica da epilepsia; na narcoplepsia ou não há interrupção da consciência (cataplexia) ou se a há, ela é, geralmente, constituída pelo sono, fenómeno que, por si, nunca pode ser característico de epilepsia.

Na narcolepsia, uma parte dos fenómenos é expontânea, mas, outra parte, considerável, também, é provocada por estados affectivos. Na epilepsia, a motivação affectiva dos fenómenos é rara, e não há uma sequên-cia tão imediata e típica como na narcolepsia, entre a emoção e a crise. Certos ataques epilépticos são precedidos do riso como aura, mas é o próprio Wilson que, com razão, aponta que o riso é, neste caso, diferente do riso provocador da cataplexia: ao passo que êste último constitui um fenómeno normal, expontâneo, aquêle é vivido pelos doentes como um facto estranho, automático, independente do seu estado affectivo.

Também as curvas electroencefalográficas distinguem os dois tipos de fenómenos, mostrando os traçados de sono normal na narcolepsia e as características séries de ondas de alta voltagem, próprias da epilepsia.

Por último, as próprias acções farmacológicas: ineficácia dos anti-epilépticos na narcolepsia, acção nula e até, talvez, agravante dos similares adrenalínicos psicoestimulantes sobre a epilepsia. A conclusão lógica parece, portanto, ser neste momento a da independência dos dois grupos mórbidos, epilepsias e narcoplepsias; a existência de certos pontos de contacto e até de raros casos comuns, não invalida, de nenhum modo, esta conclusão.

Algumas palavras àcerca da etiologia das formas sintomáticas de narcolepsia. Dissemos já que a par das formas essenciais de narcople-

Para o tratamento de :

**gripe, influenza, nevralgias, enxaquecas,
cefaleias, gota, reumatismo, dores de ou-
vidos, etc.**



**Em tubos de 20 comprimidos a Esc. 12\$00,
cuja composição é a seguinte**

por comprimido :

0,30 g. de ácido acetilsalicílico

0,20 g. de hidrato de alumínio coloidal

0,05 g. de fosfato bibásico de cálcio

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE · SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correeiros, 41-2.^o · LISBOA

Sulfametazina cálcica

Absorção mais rápida do que a sulfapiridina, sulfatiazol ou sulfadiazina.
Grande solubilidade na água:

Praticamente eliminadas as complicações renais.
Eliminação lenta:
Excreção urinária nas 24 horas: 50 a 80 %.

INDICAÇÕES:

Pneumococos, estreptococos, estafilococos, B. Friedlander e Welch, meningococos.
Máxima actividade e polivalência.
Perfeita tolerância.

DIAZINOL

WANDER

Tubo de 20 comprimidos

FABRICANTES

DR. A. WANDER S. A.

BERNE • SUÍÇA

CONCESSIONÁRIOS

ALVES & C.^A (IRMÃOS)

Rua dos Correios, 41-2.º • LISBOA

Sub-Agente no Pôrto: F. LIMA & C.^A, SUCR. Largo do Padrão, 20-1.

sia, existiam outros casos em que as crises são secundárias a lesões cerebrais, e salientamos mesmo que estas últimas apresentavam, clinicamente, certos aspectos atípicos. Os factores apontados como causadores destas narcolepsias secundárias, são muito variados. O primeiro lugar, compete à encefalite epidémica. Após ela, vêm os tumores cerebrais, os traumatismos craneanos, a esclerose em placas, a policitémia, a arterioesclerose cerebral.

A frequência destas formas sintomáticas é acentuadamente menor que a das formas essenciais. Se atentarmos que, por exemplo, para a encefalite epidémica no volume recente de Neal, onde vêm descritos os 700 casos estudados pela Comissão Matheson, apenas se mencionam dois casos de narcolepsia secundária à doença, vemos a sua grande raridade. A sede destas lesões é sempre a mesma, ou seja o pavimento do III ventrículo e, em especial, a região infundibular.

Quanto às formas a que chamamos essenciais, a própria designação indica a falta de factores etiológicos conhecidos. A hereditariedade homóloga não desempenha papel importante. Apenas em alguns casos (Westphal, Ballet, Newmark, Rosenthal, etc.) são apontadas tendências dorminhocas em antepassados dos doentes. A hereditariedade psicopática (Lowenfeld, Curschmann e Prange) é também apontada por alguns autores. Tirando êstes raros e imprecisos factores, desconhecemos tudo o que diz respeito à etiologia da afecção. Se se trata de um estado constitucional ou da consequência de uma afecção infecciosa específica, para nós ainda desconhecida, é ponto que os nossos conhecimentos actuais não permitem esclarecer. Não têm, portanto, cabimento quaisquer discussões nosográficas.

No momento presente é-nos forçoso conservar a distinção entre as formas essenciais e as formas sintomáticas de narcolepsia. Que às primeiras se chame hipnolepsia, como querem Singer e Purves Stewart, *Einschlafsucht* como quere Curschmann, síndrome de Gélineau ou de Westphal-Gélineau, como quere Redlich, ou simplesmente narcolepsia como o fazem a maioria dos autores, parece-nos indiferente. A última designação, não sendo, talvez, a mais correcta, é a que o uso consagrou e que continuaremos empregando.—»

Assistência estomatológica nas escolas.— A sua importância deriva de ser o melhor meio de efectuar a educação em matéria de higiene dentária, e de preservar a dentição dos factores do seu aniquilamento precoce, defendendo ao mesmo tempo a saúde geral do organismo. Pugna-se pela instauração dessa assistência, na escola primária, à semelhança do que se pratica em todos os países cultos.

A assistência psico-pedagógica nas clínicas de pediatria.— Podem dividir-se em três os aspectos a encarar na assistência psico-pedagógica nos serviços hospitalares infantis: a) Formação psicológica integral da criança; b) Utilidade terapêutica para a doença orgânica de que a criança sofre; c) Aproveitamento de oportunidade óptima para o

exercício de uma psicoterapia modificadora da atitude mental, quando sejam anormais. Qualquer dêles tem evidente interesse, formando o carácter da criança, contribuindo pela influência psíquica para a boa evolução das doenças orgânicas, tratando os anormais psíquicos. É necessário que um tal serviço se estabeleça.

JORNAL DO MÉDICO. — N.º 81 (1-IV-44): *Gastrotecnia*, por Domingos Pedrosa; *Vitamina D₂ concentrada nos tuberculosos pleuro-peritonais*, por A. Bertrand Neves; *Problemas de linguagem anatómica*, por J. Inês Louro. N.º 82 (15-IV): *Centro de investigações bibliográficas médicas*, por Zeferino Paulo; *A propósito da última epidemia de gripe no nosso país*, por João J. Ferro. N.º 83 (1-V): *Necessidade de esterilização eugénica dos débeis mentais*, por Diogo Furtado; *Houve uma epidemia de gripe em Portugal?*, por Mário Lage; *Indicações terapêuticas das águas do Gerez*, por Celestino Maia; N.º 84 (15-V): *A tradição beneficente dos mestres do ensino médico no Pôrto*, por Ferreira de Castro. N.º 85 (1-VI): *A evolução do serviço de saúde militar*, por L. Macias Teixeira; *Mobilização imediata nas operações abdominais*, por Mário Cardia; *Noções elementares de electrocardiografia clínica*, por Pereira Viana. N.º 86 (15-VI): *Linguagem médica popular*, por Sá Coelho. N.º 87 (1-VII): *Sobre a mobilização precoce nas operações abdominais*, por Armando Pombal; *O centro de recuperáveis*, por L. Macias Teixeira; *Função biliar e tratamento geresiano*, por Celestino Maia; *Sulfamidoterapia na gripe*, por H. Cardoso Teixeira; *Fernando da Fonseca Simões*, por Amândio Tavares. N.º 88 (15-VII): *As primeiras determinações dos tipos sanguíneos do sistema M N em Portugal*, por Aires de Azevedo. N.º 89 (1-VIII): *Notas de filosofia anatómica*, por J. A. Pires de Lima; *Leite cru especial*, por Eugénio Tropa e Manuel Garcia; *Febre tifóide e vinho*, por Augusto Morna. N.º 90 (15-VIII): *Idéias médicas de Gil Vicente*, por Afonso Zuquete. N.º 91 (1-IX): *Estudo histórico dos aneurismas da aorta*, por Pereira Viana. N.º 92 (15-IX): *As indicações fornecidas pela primeira semana portuguesa de higiene*, por Fernando Correia.

Mobilização imediata nas operações abdominais. — Depois de descrever a técnica de Gonzalez Bueno para a gastrectomia, e a prática de levantamento imediato dos operados seguida por aquêle cirurgião, e de preconizar a anestesia regional ou local nas operações abdominais, com o que se evita muito da doença operatória, louva a mobilização precoce, que tem muitas vantagens: facilita a circulação, tanto venosa como linfática, beneficia o metabolismo, facilita a evacuação intestinal, melhora o psiquismo do doente, actua sobre a dor. Opina que a imobilização dos doentes operados era compreensível numa época em que se não dispunha dos modernos processos de anestesia loco-regional, e em que eram freqüentes as eventrações

abdominais com extensos fleimões; hoje não há razão para obrigar operados a larga permanência na cama. A experiência pessoal do A. confirma o que mostram os exemplos de clínicas estrangeiras.

LIVROS E OPÚSCULOS

O choque hipoglicémico provocado, por Alberto Brochado. (240 pág., com 28 fig. e numerosos quadros. — Porto, 1943). — Nesta monografia, largamente documentada sobre 88 casos, alguns dos quais se repetiu o tratamento, depois de uma introdução em que se descreve o processo, são sucessivamente tratados os seguintes capítulos: I — Sintomas gerais e neuro-vegetativos; II — Sintomas neurológicos e psíquicos; III — Sintomas humorais; IV — Síntese clínica; V — Tolerância; VI — Ataques epileptiformes; VII — Incidentes e complicações; VIII — Fisiopatologia. Notas clínicas sobre as observações pessoais, e uma extensa bibliografia terminam o trabalho, cujas conclusões resumem os resultados verificados, e são do teor seguinte:

«1) — O choque hipoglicémico provocado dá lugar a vasto e variegado quadro, cujos elementos podemos dividir em — sintomas: a) gerais e neuro-vegetativos; b) neurológicos e psíquicos; c) humorais.

a) α . O *pulso* oscila entre os limites de 40 e 140 pulsações por minuto, apresentando contudo maior tendência para a taquicardia do que para a bradicardia. Podem notar-se também perturbações do ritmo e do volume.

β Durante o choque a *tensão* máxima mantém-se geralmente em valores superiores ao registado no momento da injeção, ao passo que a mínima oscila em volta deste. São frequentes as variações bruscas da tensão e, conquanto excepcionalmente, podem observar-se diferenças consideráveis — subidas de 10 a 14^{cm},5 de Hg na tensão sistólica, como sucedeu num dos meus casos.

γ A *temperatura* pode apresentar descidas de 4° ou mais e só excepcionalmente sobe.

δ O choque é em regra acompanhado de *transpiração*, geralmente muito abundante, e de aumento de tôdas as secreções.

b) Durante a hipoglicemia provocada o doente pode manter-se calmo ou agitado; há alternativas de diminuição e aumento do tonus muscular, exagêro dos reflexos tendinosos, sinal de Babinski, Oppenheim, etc., diminuição dos reflexos oculares, abolição dos cutâneos; em certos casos observa-se rigidez análoga à obtida por descerebração. A transição do reflexo plantar em flexão para o Babinski pode fazer-se bruscamente ou após um período de resposta negativa ou de resposta ora em extensão, ora em flexão. Os choques profundos e demorados podem acompanhar-se de abolição dos reflexos tendinosos e oculares. São também observados: trémulo, mioclonias, ataques

epileptiformes, movimentos atetóticos — indiscutíveis, se bem que negados por Carl Schneider — sintomas oculares: estrabismo, oxoftalmia; incontínencia de urina e de fezes, perturbações afásicas, agnósicas e apráticas, disartria, iterações verbais; excitação psíquica, ansiedade, angústia, perturbações variadas da percepção, da atenção, do juízo e do raciocínio.

c) A glicemia oscila durante o choque, mas a intensidade d'êste não é, contudo, proporcional aos valores daquela.

2) — Alguns dos sintomas mencionados acima observam-se em todos os estados hipoglicémicos, outros, pelo contrário, podem faltar com maior ou menor freqüência. Da combinação daqueles que surgem em dado choque resultam, portanto, tipos clínicos diferentes, dos quais os mais importantes, a meu ver, são, em primeiro lugar, o *choque agitado* e o *calmo* e, em segundo lugar, o *choque úmido* e o *sêco*.

3) — Apesar de não encontrar referências ao facto nos autores, julgo poder concluir da minha observação que a transição do reflexo plantar em flexão para o Babinski se faz em regra de modo brusco no choque agitado e após o período de resposta negativa ou bivalente no calmo.

4) — O primeiro é com relativa freqüência acompanhado de grandes oscilações do pulso e de pequenas variações de temperatura, ao contrário do que succede no segundo.

5) — Não me parece também que o choque sêco seja acompanhado de maior tendência convulsionante de que o úmido, ao contrário do que pensava Sakel e alguns autores ainda defendem.

6) — Na minha observação pessoal, nunca encontrei doente algum cujos choques fôsem todos caracterizados por *anidrose*. A maior percentagem de choques secos fôï de 52,81 % na minha casuística.

7) — Se bem que com freqüência se note certa analogia entre as características dos choques de cada doente no decurso do tratamento, não se trata, contudo, de facto constante, como pretendem alguns. Observam-se casos numerosos em que as características individuais dos choques se modificam, em que, por exemplo, êstes passam de agitados a calmos ou em que alternam os dois tipos. Quanto aos sintomas secundários êsses assinalam-se precisamente pela sua inconsistência.

8) — As doses de insulina necessárias para produzirem determinados efeitos variam prodigiosamente de indivíduo para indivíduo. Durante o tratamento podem notar-se modificações de tolerância, quer no sentido da sensibilização, quer no da habituação. Verifiquei que em alguns casos estas mudanças dão-se mais que uma vez, se bem que não tenha visto o facto registado pelos autores. Não me parece que se possam considerar sinais de sensibilização incipiente, como pretende Braunmühl — o aparecimento de quadros clínicos anómalos,

DOIS PRODUTOS "ELBA,,

Anemias hemoglobínicas e globulares.
Hipo e Hiper-função hepática.
Estados de descalcificação.
Avitaminoses.
Regularização da função intestinal.

H E P A T O N " E L B A ,,

de sabor delicado e muito agradável,
com Extracto Hepático super-concentrado,
Gluconato de cálcio, Citrato de ferro e Vitamina C.

Representantes gerais:

Rua do Carmo, 8 BACELAR & IRMÃO, LDA. PÔRTO

Na arterio esclerose
Angina de peito
Sífilis em todos
os estados

I O D O R G A N «ELBA»

Solução orgânica de Iodo,
com 62,87 % de metaloide

2 doses

Iodorgan simples	0,031 de iodo por c. c.
» forte	0,062 » » » »

Representantes gerais:

Rua do Carmo, 8 BACELAR & IRMÃO, LDA. PÔRTO

Amostras e literatura à disposição dos Ex.^{mos} Clínicos

“**Ceregumil**”
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 afecções intestinais — Especial para crianças, velhos, convalescentes e doentes do estomago.

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

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

XAROPE GAMA DE CREOSOTA LACTO-FOSFATADO

Êste xarope tem por base além da «*creosota de faia*» (estudada e aconselhada nas doenças dos brônquios e órgãos respiratórios por notabilidades médicas mundiais), *acónito*, *beladona*, *benzoato de sódio* e *codeína*, balsâmico e anti-espasmódico em veículo.

Muito bem tolerado a meio das refeições. 3 a 4 colheres das de sôpa por dia.

Um novo Sedativo da TOSSE

TIOCOSE (GAMA)

Uma nova medicação anti-bacilar

Xarope de tomilho com tiocol, dionina, benzoato de sódio, acónito, beladona, gluconato de cálcio e hexametileno tetramina.

A feliz associação destes componentes prova que a — TIOCOSE —, como fórmula única no género, bem merece a atenção e até a preferência dos clínicos, porque vem preencher uma grande lacuna na terapêutica moderna.

Deposito geral: Farmacia GAMA — C. Estrela, 130, Lisboa

a tendência para o aumento de profundidade do choque após a ingestão de açúcar, a mudança do tipo de choque individual, assim como a tendência para acidentes de hipoglicemia secundária.

9) — Os *ataques epileptiformes* que se observam no choque hipoglicémico são em regra um pouco menos duradouros do que os da chamada epilepsia essencial; a mordedura da língua e o grito inicial são raros e a incontinência de urina raríssima. O último facto é paradoxal, dada a relativa freqüência dêste sintoma durante a hipoglicemia. Não verifiquei relação alguma entre os *ataques* e a dose da hormona ou as suas variações, a sensibilização, a extensão das séries, o sexo, a hereditariedade epiléptica, a antiguidade da doença, a existência de acidentes de despertar ou de hipoglicemia secundária, a abundância de transpiração e o uso — anterior ou simultâneo — de cardiazol. Pelo contrário, parece-me possível que a *habituação* intervenha no determinismo dos ataques, assim como a tendência hipotérmica acentuada, se bem que, nos dias em que aqueles se registam, a descida da temperatura seja em geral menor que habitualmente.

10) — As principais complicações que se podem notar durante ou em relação com o choque hipoglicémico são: espasmo da glote, colapso cardíaco, síncope respiratória, edema e supuração pulmonares, vômitos e acidentes de despertar, entre os quais se reveste de maior gravidade o côma secundário.

11) — Várias teorias químico-fisiológicas têm pretendido explicar o mecanismo da fenomenologia hipoglicémica (origem tóxica dos sintomas, origem circulatória, anoxemia, anidremia, etc.), sem que se tenha podido considerar encerrado o debate a tal respeito. Abstraindo, porém, do mecanismo íntimo das perturbações celulares que presidem ao determinismo do choque, suponho aproximar-se mais da verdade a teoria que localiza de preferência as referidas perturbações no hipotálamo e nos núcleos da base, não excluindo, contudo, a comparticipação de outras regiões da nevraxe, do sistema nervoso periférico, de factores gerais e até mesmo constitucionais».

Harvey e a circulação do sangue, por A. da Rocha Brito. (122 pág., il.; Colecção Forum, Pôrto, 1944). Biografia do grande experimentador, evocação das doutrinas galénicas e sua evolução até Harvey, excertos e apreciação da célebre obra que marcou uma das maiores datas na história da medicina. Embora destinado ao grande público, a leitura dêste livro é útil para os médicos, que nele tem, traçado com elegância, tema que se presta a úteis reflexões.

Expansão hospitalar portuguesa ultramarina nos séculos XVI e XVII, por Luís de Pina. (1 vol. de 76 pág., il.; separata da revista Brotéria, Lisboa, 1943). Interessantíssimo rol descritivo de hospitais fundados pelos portugueses no ultramar, nas terras que iam descobrindo, precedido de uma recordação da interferência benemérita e patriótica dos médicos na nossa epopeia marítima.

Contribuição para o estudo da histologia, fisiologia e génese dos elementos de Langerhans na pele humana, por J. Ferreira Marques. (106 pág., il.; Lisboa, 1941).

Complexos neuro-epiteliais e neuro-epitelioides, por L. Dias Amado. (144 pág., il.; Lisboa, 1942).

Contribuição para o estudo da substância vagal, por Eurico Pais. (226 pág., il.; Lisboa, 1943).

A intervenção da aneurina no mecanismo das acções nervosas colinérgicas, por J. Mirabeau Cruz. (98 pág., il.; Lisboa, 1943).

Sobre as causas de permanência do corpo amarelo gravídico, por A. de Castro Caldas. (190 pág., il.; Lisboa, 1943).

Patologia geral das isquemias dos membros, por João Cid dos Santos. (268 pág., il.; Lisboa, 1944).

Reflexo vesico-renal, por A. Carneiro de Moura. (328 pág., il.; Lisboa, 1944).

Catões do sangue, por Eugénio Côrte-Real. (266 pág.; Pôrto, 1942).

Lipemia e colesterinemia nas afecções hepato-biliares, por Emídio José Ribeiro. (160 pág.; Pôrto, 1944).

Pequena história da anestesia, por Centeno Fragoso. (102 pág.; Lisboa, 1943).

Lipogranulomas, por Fernando da Fonseca Simões. (154 pág., il.; Pôrto, 1944).

Dadores de sangue, por Almerindo Lessa. (516 pág., il.; Lisboa, 1944).

Memórias da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, T. IV, por A. da Silva Carvalho. (290 pág.; Lisboa, 1944).

Sexo invertido?, por L. Duarte Santos. (94 pág.; Coimbra, 1944).

Guide formulaire du praticien, por Oliveira Feijão. (780 págs.; Lisboa, 1944). — Em pequeno formato, de bolso, êste formulário compreende as seguintes partes: I — Arte de formular, II — Formulário prático (ordenado por afecções), III — Formulário magistral (ordenado por fármacos), IV — Indicações para a clinica (notas e quadros úteis, sobre análises, dietetica, intervenções terapêuticas, etc.), V — Índice poliglótico e sinónimoico. Em prefácio o Prof. Adelino Padesca, entre outras referências favoráveis á obra, refererências que apoiamos, faz esta: Êste guia-formulario aparece numa ocasião em que se não encontra no comércio qualquer livro dêste género, actualizado. Constitui um bom conjunto de noções, fruto de um trabalho dedicado e persistente, honestamente elaborado, e com evidente propósito da maior utilidade para todos os clinicos.

CONGRESSOS E SOCIEDADES MÉDICAS

X REUNIÃO DA SOCIEDADE ANATÔMICA PORTUGUESA (Pôrto, 5-7 de Dezembro de 1944). — *Anatomia aplicada à arte*, por Silva Carvalho; *Apófise supracondiliana externa, Valor antropológico da fenozigia e da criptozigia e Raça e natalidade*, por Barbosa Sueiro; *Harvey e a circulação do sangue*, por Rocha Brito; *Vitela celosoma*, por Álvaro Moitas; *Dermopapiloscopia e anomalias da mão*, Soares Franco anatómico, *A anatomia na obra de Brás Luís de Abreu e Antropologia brasileira*, por Luís de Pina; *Lesões prefrontais na cobaia, Conexões no mesencéfalo, Efeitos do 3-4 benzopireno e Histiocitoses malignas*, por Michel Mosinger; *Músculo quadrado pronador*, por Cesina Bermudes; *Pithecanthropus erectus e Geobiologia*, por D. Nyessen; *Antropometria da população do Bié*, por Alexandre Sarmiento; *Anoniquia e onicatofia familiar congénita*, por José Garrett; *Tumor de Malherbe*, por Maria M. Portugal; *Tumores nervosos das fossas nasais*, por Strecht Ribeiro; *Tiflites gangrenosas e Cego recurvado*, por Tristão Ribeiro; *Adutores dos dedos*, por Damas Mora; *Patogenia e terapêutica do choque*, por Álvaro Rodrigues e Silva Pinto; *Radio-logia ileo-ceco-apendicular e Agenesia dos peitorais*, por Roberto Carvalho e Albano Ramos; *Fisionomia dos anencéfalos e Desenvolvimento dos estudos anatómicos*, por Vítor Fontes; *Músculo préesternal e Variação da artéria sub-clávia*, por V. Bruto da Costa; *Patologia hipofisária e Histo-fisiologia do sistema neuro-vegetativo*, por Michel Mosinger e Oliveira Firmo; *Buraco lácero-anterior*, por Melo Adrião; *Fibromas e fibrosarcomas cutâneos*, por A. Reis Figueira; *Variação da grande ázigos*, por José David; *Anomalias das extremidades*, por Vítor Fontes, Simão Gonçalves e E. Montargil; *Úlceras digestivas experimentais e Percorten e Regeneração do colédoco*, por Joaquim Bastos e Silva Pinto; *Lesões nervosas do apêndice*, por Michel Mosinger e João Novo; *Histofisiologia da suprarenal*, por E. Côrte Real; *Dactiloscopia e identificação de cadáveres*, por O. Teixeira Bastos; *Anatomopatologia das amígdalas*, por I. Cardoso Teixeira; *Diagnóstico das neoformações musculares*, por A. Salvador Júnior; *Veia cava superior no cão*, por Bártolo Pereira; *Alterações hepáticas consecutivas à pancreatectomia e ao desperdício biliar*, por Silva Pinto; *Efeitos do dipropionato de estradiol, da tiroxina e dos extractos ante-hipofisários na cobaia, Linfosarcomas e hiperleucoses e Pseudo-tuberculose*, por M. Mosinger, O. Firmo e J. Novo; *Pressão venosa nos animais com hipertensão renal*, por J. Afonso Guimarães e Lino Rodrigues; *Histiocitoses malignas e retículo-sarcomas*, por Amândio Tavares; *Reacções tecidulares ao bióxido de tório*, por Ernesto Moraes; *Normótipo dos portugueses*, por L. Duarte Santos; *Metástases ganglionares em sarcomas das partes moles*, por Álvaro Rodrigues; *Simpaticectomias e ovário-omentopexias na insuficiência circulatória do ovário*, por Cadarso de Guevara; *Tumores da medular suprarenal*, por Jorge Horta; *Crescimento das culturas de tecidos*, por Pires Soares; *Nervo vertebral e Ramos comunicantes cervicais*, por Silvano

Marques; *Circulação intraventricular*, por Albano de Lencastre; *Anatomia comparada das coronárias cardíacas*, por Maximino Correia; *Anomalia venosa dos membros inferiores*, por José Aroso e Albino Aroso; *Placódio olfativo e presencéfalo*, por Celestino da Costa; *Anatomia patológica da eritroblastose fetal*, por F. Wohlwill; *Inclinação da sínfise mandibular*, por Alfredo Ataíde; *Morfologia comparada das feiras das aranhas*, por A. Barros Machado; *Variações dos músculos bicipite crural, semimembranoso, semitendinoso e costureiro*, por Henrique de Vilhena.

SOCIEDADE DAS CIÊNCIAS MÉDICAS. — *Anciãnia e senilidade*, por Egas Moniz (12-XII-44).

SOCIEDADE DE RADIOLOGIA MÉDICA. — *Qual a terapêutica a usar no carcinoma do colo uterino?*, por Francisco Gentil (7-XII-44).

ACADEMIA DE CIÊNCIAS. — *Vagido intra-uterino e docimásia pulmonar*, por Costa Sacadura (20-XII-44).

CLÍNICA OTO-RINO-LARINGOLÓGICA DOS H. C. DE LISBOA. — *Sobre casos de abscessos encefálicos*, por Carlos Lairoudé (9-XI-44).

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. — *Hemorragia meníngea juvenil e avitaminose K*, por Rocha Brito; *Tratamento da angina de peito pela estelectomia*, por João Pôrto (9-XII).

NOTAS VÁRIAS

Tratamento da seborreia do couro cabeludo

De acôrdo com os trabalhos de S. Wolfram, as seborreias podem reduzir-se a duas formas: a sêca e a oleosa. Os tratamentos, diferentes num caso e noutro, devem fazer-se, segundo S. G. CALATAYUD, da seguinte maneira (*Medicina Española*, Março de 1944):

Na seborreia sêca, forma leve, loções de álcool com 0,5 a 1,5 por cento de óleo de ricino. Nos casos mais acentuados, com abundante queda de cabelo, empregar loções hiperemiantes, tais como a da seguinte fórmula: captol — 1 gr.; ácido tartárico — 2 grs.; ácido salicílico — 1 gr.; tintura de capsicum — 15 c.c.; óleo de ricino — 1,5 c.c.; álcool a 80° — q. b. para 200 c.c. As loções devem fazer-se pela manhã e à noite, esfregando fortemente com a ponta dos dedos. O tratamento deve fazer-se com persistência.

Na seborreia oleosa, os melhores tópicos são o enxôfre e o bálsamo de Perú. Wolfram usa uma pomada formada com mistura de cera branca, espermacete e óleo de amêndoas doces, na qual incorpora 2 a 5 grs. de

Muitas centenas de milhares de unidades utilizadas durante oito longos anos deram à

Hemohepatina

Andrade

a honra de ser considerada, pela ilustre Classe Médica, uma especialidade de incontestável valor terapêutico.

A P R E S E N T A Ç Ã O :

PER-OS: conjunto dos princípios activos do fígado e baço glicero-fosfato de sódio, magnésio, manganéz, ferro e cobre.

INJECTÁVEL: extracto concentrado a 20 ‰.

INJECTÁVEL-FORTE: idem a 40 ‰.



Pedir amostras aos Representantes no Norte de Portugal:

MARTINHO & C.^A, L.^{DA}

TRAV. DA FÁBRICA, 13 ♦ PORTO ♦ TELEF. P. B. X. 7583



Mobiliário Cirúrgico «Albar».

Aparelhagem de electro-medicina.

Material médico-cirúrgico.

Material de Laboratório, etc.

Termómetros clínicos «Febrimetro» por sistema de relojoaria, maravilhosa concepção da mecânica suíça. Duram uma vida.

Vendas e Exposição:

RUA DA FÁBRICA, 74

TRAV. DA FÁBRICA, 1 A 9

Srs. Doutores:

Os compositores da
oficina tipográfica

ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA, L.^{DA}

estão especializados em
trabalhos sôbre medicina,
pelo que os autores tem
muito maior facilidade
na revisão das provas,
visto ser diminuto o
numero das correcções.

Também aos melhores preços
se encarrega de todos os trabalhos
gráficos: cartões, receitas, etc.

TIPOGRAFIA **ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA**

RUA DE CÂNDIDO DOS REIS, 47 — TEL. 547 — PÔRTO

ácido salicílico e igual quantidade de enxôfre, para 100 gr. de pomada. Calatayud tem empregado a seguinte fórmula: balsamo de Perú — 1 gr.; manteiga de cacau — 10 gr.; óleo de zimbro e óleo de rícino — ãã 25 gr. Aplica-se à noite, friccionando bem; na manhã seguinte, lavagem da cabeça com água quente e sabão de alcatrão, e, a seguir, fricção com loção alcoólica própria para tratar seborreia sêca. Fazer êste tratamento apenas durante oito dias, para recommear mais tarde, dando bom resultado.

Aplicações práticas da heparina

A heparina opõe-se à formação da trombina, impedindo assim a coagulação do sangue. Deve notar-se, porém, que com ela se prolonga o tempo de coagulação mas não o tempo de hemorragia, o que deve levar a pensar no perigo hemorrágico sempre que se empregue êste fârmaco, que veio preencher uma lacuna sensível no arsenal terapêutico.

As indicações da heparina podem enunciar-se assim: como preventivo das embolias post-operatórias, quando tal perigo seja de prevêr, principalmente nas intervenções sôbre o abdômen de adultos, e especialmente sendo êstes obesos, ou portadores de varizes, ou que tenham flebites no seu passado mórbido; também como preventivo das embolias post-parto nos casos de endocardite séptica e quando se pratica a embolctomia ou a sutura vascular; e como curativo nos casos de embolia ou trombose já constituída.

Fazendo uma revista geral do assunto, em *Semana Médica Española* (Março de 1944), F. A. BURÓN & MACLELLAN indicam a maneira de administração, que é por injeccão parenteral de doses diárias que andam à roda de 2 miligramas por quilo de pêso do doente, divididas por 3 ou 4 vezes, durando o tratamento o número de dias necessário para normalização do pulso e da temperatura, o que geralmente sucede dentro de três a cinco dias. Nos casos de trombo já formado, aquelas doses tem de aumentar, podendo subir até 300 miligramas diários.

Tratamento dos edêmas das gróvidas

DIAS DEL CASTILLO expõe o conceito patogénico dos edêmas das grávidas, e nota que êles devem considerar-se como um sintoma predecessor da eclâmpsia. E aconselha, partindo dessas noções, o tratamento dos edêmas pelo cloreto de amónio, que é um forte desidratante; absorvido pelo intestino, é no fígado transformado em ureia, libertando-se o ião cloro que vai combinar-se com o sódio, fazendo baixar a taxa dêste nos humores, pois é excretado na forma de cloreto de sódio; assim, os líquidos retidos nas regiões edamaciadas são deslocados, desde que o doente não ingira sódio em quantidade apreciável.

Documenta a recomendação do medicamento com os resultados obtidos em 73 grávidas, com edêma dos membros inferiores que subia, pelo menos, até ao terço superior da tibia. As conclusões são assim expressas:

1.º — O cloreto de amónio, só por si, independentemente do género

de vida e de alimentação, é capaz de produzir uma intensa desidratação nas grávidas com edemas, curando-as dêste sintoma; 2.º — A melhoria que se obtem, nestas condições, é transitória, mas pode tornar-se definitiva, se a um tal tratamento se adicionar o repouso na cama e sobretudo um regime pobre de sal; 3.º — Com êste último apenas, ou com o repouso, nem sempre se consegue curar o edema da gravidez, o que não sucede se lhe associarmos o cloreto de amónio; 4.º — A experiência mostrou que o cloreto de amónio é o medicamento de eleição nos casos graves de edema da gravidez. como primeiro tratamento, quando associado ao repouso e ao regime pobre de sal; nos casos rebeldes aos tratamentos clássicos, quando ministrado periódicamente com intervalos de alguns dias; e nos casos benignos, onde basta associar-lhe uma pequena restrição de sal, sem necessidade de repouso; 5.º — O cloreto de amónio, além de suprimir os edemas, melhora notavelmente a albuminúria, mas não beneficia em nada a hipertensão; 6.º — Em todo o caso, é indispensável seguir com cuidado estas curas de desidratação enérgica, por se não conhecerem ainda bem as modificações que pode sofrer a tensão arterial, quando se reabsorvem bruscamente grandes edemas; 7.º — A dose diária do cloreto de amónio deve oscilar entre 8 e 12 gramas, durante 4 ou 5 dias, e quando se necessite prolongar o tratamento devem-se intercalar os períodos dêste com pausas de alguns dias; 8.º — Com o tratamento pelo cloreto de amónio, não temos que nos preocupar em instituir um regime rico de potássio e pobre de sódio, como é o dos vegetais crus, nem com a restrição de líquidos, que é mal recebida pelas doentes. Isto não quer dizer, porém, que qualquer dêstes processos não seja também eficaz.

Caracteres terapêuticos da sulfamerazina

Entre os mais recentes preparados sulfamídicos figura a sulfamerazina, que é um derivado metílico da sulfadiazina; terá sobre esta a vantagem de ser absorvida mais rapidamente pelo intestino, e de ser excretada mais lentamente pelo rim, obtendo-se assim mais depressa e persistentemente a desejada concentração no sangue, sem aparecimento de lesões renais. FLIPPIN, REINHOLA & GEFTER, dando conta dos resultados, geralmente bons, obtidos com o seu emprêgo em 400 casos de infecções diversas, concluem ser a droga sulfamídica que preferem. (*The Med. Clin. of North America*, Nov. de 1943).

Abcesso de fixação nas formas graves da difteria

Para auxiliar o tratamento com fortes doses de soro anti-diftérico, OTTO HESS recomenda o abcesso de fixação, com o qual diz ter visto evolução mais favorável da doença, do que habitualmente, em 12 casos de grande gravidade, todos salvos; uma outra criança morreu, mas nesta o abcesso foi provocado tardiamente. Injectou quantidades variáveis de terebentina, entre 0,3 e 1,2 c.c.; para ser eficaz, a injeção deve fazer-se nos primeiros dois ou três dias da doença. (*Münch. Med. Wochens*, n.º 50-51 de 1944).

Diagnóstico precoce da poliomielite

De estudo sobre 259 casos admitidos no Hospital Geral de Minneápolis (U. S. A.) durante os últimos seis anos, A. STAESSER apurou (*Journal Lancet*, Maio de 1943) que os primeiros sinais da doença de Heine-Medin consistem nos seguintes grupos, que se sucedem sem transições:

1—Febre, dôres de cabeça, náuseas e vômitos, desassocêgo ou irritabilidade.

2—Dôr de cabeça continuada, rigidez da nuca, dôr à flexão do pescoço e da coluna vertebral, dôres musculares provocadas pelos movimentos.

3—Dôr persistente com a flexão da nuca e da coluna, sonolência, e (o que é mais característico) espasmos musculares; por isso, êste último sinal deve procurar-se cuidadosamente, pela inspecção e pela palpação, em todos os casos em que, pelo conjunto sintomático, haja suspeita de se estar em face de poliomielite.

Infiltração novocaínica na enxaqueca

Diz FONTAINE ter obtido sucessos no tratamento da enxaqueca empregando a infiltração novocaínica das regiões peritemporais, de um lado e doutro. Relata dois casos interessantes, em mulheres de 45 e 48 anos, com acessos violentos e frequentes. Numa, cinco meses e noutra três meses de tratamento deram a cura, pois as dores que raramente voltaram a aparecer eram pouco intensas e de fácil debelação. O tratamento consistia em infiltrações do conhecido soluto de novocaína, feitas primeiramente de duas em duas semanas e depois com intervalos de três semanas num dos casos. (*Presse Médicale*, 1943, n.º 39).

Sobre a sulfamidoterapia da meningite purulenta

Do que se tem escrito sobre o assunto e da sua prática em casos ocorridos em crianças, ALEMANY SOLER concluiu (*Rev. de Sanidad y Higiene Publica*, Abril de 1943) que o prognóstico destas infecções, outrora tão sombrio, se modificou completamente com a sulfamidoterapia. Os produtos a preferir são: a sulfapiridina quando a meningite é devida ao meningococo ou ao pneumococo; a sulfanilamida tratando-se do estreptococo; e o sulfatiazol se fôr por coco-bacilo de Pfeiffer ou por estafilococo. Como é bem conhecido, a dose inicial deve ser alta, de 0,25 gr. por quilo de pêso nas 24 horas, fraccionando-se, dose que deve manter-se durante 3 ou 4 dias, para depois se diminuir progressivamente até à cura, que em regra não tarda mais de oito dias, sendo por vezes mais precoce e raras vezes mais tardia. Faz notar (pormenor iuteresante que não tem sido devidamente vulgarisado) que os fracassos da sulfamidoterapia podem atribuir-se a bloqueio do sistema reticulo-endotelial, e que a sulfamidoresistência pode então vencer-se por meio de injeção de ver-

melho de bengala; e que os efeitos da medicação são reforçados pela administração de vitamina C, vitamina B₁, nicotamida, extracto hepático, etc.

Será de natureza tuberculosa o lupus eritematoso ?

Esta interrogação tem, para J. G. PEARSON muita razão de ser, porque as suas observações mostram que o estreptococo pode ser o agente causal desta enfermidade. Relata um caso em que a cura se verificou depois de um tratamento com sulfanilamida, e refere-se a quatro casos de evolução fatal, nos quais a autópsia mostrou não existir qualquer lesão tuberculosa, mas sim uma série de lesões de tipo inflamatório agudo: pericardite, pleurisia, nefrite e esplenite. (*British Med. Journal*, 6-II-43).

Perigo do ácido láctico na alimentação dos lactentes

E. GORDON YUONG & R. P. SMITH chamam a atenção para o perigo que um excesso de ácido lactico no leite acidificado, hoje tanto em voga, pode constituir para os lactentes. Fundam-se em 3 casos de morte de prematuros, cujo leite continha mais ácido láctico que o preciso, a qual se deu, num dêles, 15 horas depois, por nefrite aguda, e nos outros muito mais cedo, por motivo de gastrite e enterocolite aguda; êstes diagnósticos foram confirmados nas autópsias. Para assegurar esta noção, fizeram experiências em coelhos, administrando-lhes leite com excesso de ácido láctico, e viram que a morte se deu, em número de horas variável, mas sempre por gastrite hemorrágica aguda. (*The J. of the American Med. Ass.*, 26-VIII-44).

Valor clínico da cuti-reacção à tuberculina

De uma revisão de trabalhos sôbre êste assunto, e da sua experiência pessoal, F. PARTEARROYO e AYERBE VALLES chegam a conclusões que podem resumir-se assim (*Gazeta Médica Española*, Março de 1944):

A prova da tuberculina permite afirmar, de modo quási absoluto, a existência de infecção tuberculosa. A intradermo-reacção de Mantoux é mais sensível que a cuti-reacção de Von Pirquet. Não há diferenças regionais apreciáveis e constantes, na intensidade da reacção, que não tem valor para localização dos processos tuberculosos, nem para definição das formas clínicas. Contudo, a reacção parece diminuir de intensidade à medida que se acentua a gravidade do processo, e aumentar quando êste melhora; mas estas modificações não são nem constantes nem proporcionais. A reacção não se modifica sensivelmente nos períodos febris de exacerbação dos processos tuberculosos, mas as febres de outra origem, principalmente as doenças eruptivas, as amigdalites e as afecções pulmonares agudas, diminuem fortemente a sensibilidade à tuberculina. Nas formas finais da tuberculose a reacção é sempre negativa.

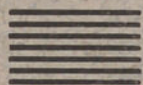




Utensílios da histórica Farmácia Merck

Tradição e boa qualidade são os pilares do insuperável poder económico alemão. Foram elas que criaram a fama mundial dos medicamentos e produtos químicos alemães.

E. Merck



SULFARSENOL

SAL DE SÓDIO DO ÉTER SULFUROSO ÁCIDO METILOLAMINOARSENOFENOL

ANTISIFILITICO — TREPONOCIDA

EXTRAORDINARIAMENTE PODEROSO

VANTAGENS: INJECCÃO SUBCUTÂNEA SEM DÔR.
INJECCÃO INTRAMUSCULAR SEM DÔR.

ADAPTANDO-SE, POR CONSEQÜÊNCIA, A TODOS OS CASOS

TOXICIDADE consideravelmente inferior à dos 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 pelo laboratório de

BIOQUÍMICA MÉDICA

19-21, RUE VAN-LOO

PARIS

Representantes e Deppositários exclusivos para Portugal e suas Colónias:

TEIXEIRA LOPES & C.^ª, L.^{DA}

RUA AUREA, 154-156

TELEF. 24816 — LISBOA

CÁLCIO VITAMINADO

—“PASTEUR”

Associação de sais orgânicos de cálcio, facilmente assimiláveis, com os elementos imprescindíveis para a sua fixação no organismo: Vitamina D e fósforo. Excipiente chocolateado.

INDICAÇÕES

Raquitismo, osteomalacia, tetania infantil, atrasos e perturbações da dentição, cárie dentária, escrofulose, tuberculose, etc. Períodos de gravidez e amamentação.

TUBO DE 20 COMPRIMIDOS

LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR DE LISBOA

CLIMOPAX

Associação de medicamentos glandulares, cardiovasculares e sedativos, destinada à terapêutica sintomática e casual da menopausa.

INDICAÇÕES

Menopausa. Menstruações irregulares e dolorosas. Perturbações consecutivas à ovariectomia. Menorragias pré-climatéricas. Dismenorreia.

FRASCO DE 30 GRAJEIAS

