

Ano XI

N.º 11

Novembro 1934



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

## DIRECCÃO

PROFESSORES

*Custódio Cabeça, Egas Moniz, Lópo de Carvalho,  
Pulido Valente, Adelino Padesca, Henrique Parreira,  
Reynaldo dos Santos e António Flores*

SECRETÁRIO DA REDACÇÃO

*A. Almeida Dias*

SECRETÁRIO ADJUNTO

*Morais David*

REDACTORES

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



HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARTA

LISBOA



# FLUOROFORMIO

Em solução aquosa e saturada

Preparado por DR. TAYA & DR. BOFILL

**PNEUMONIAS AGUDAS — TUBERCULOSE — TOSSE**

Peça-se literatura aos agentes para Portugal e Colonias

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>o</sup> — 240, Rua da Palma, 246 - LISBOA

## Granulos de Catillon **STROPHANTUS**

COM 0,001 EXTRACTO NORMAL DE

Com estes granulos se fizeram as observações discutidas na Academia de Medicina, Paris 1889. Provam que a 4 por dia produzem diurese prompta, reanimam o coração debilitado, dissipam ASYSTOLIA, DYSPNEA, OPPRESSÃO, EDEMA, Lesões MIRAES, CARDIOPATHIAS da INFANCIA e das VELHAS, etc. Pode empregar-se muito tempo sem inconveniente e sem intolerancia.

## Granulos de Catillon a 0,0001 **STROPHANTINE** CHRYST.

TONICO do CORAÇÃO por excellencia, TOLERANCIA INDEFINITA

Muitos Strophantus são inertes, as tinturas são infeis; exigir os Verdadeiros Granulos CATILLON Premio da Academia de Medicina de Paris para Strophantus e Strophantine, Medalha de Ouro, 1890, Paris.

3. Boulevard St-Martin Paris — PHARMACIAS

**DOUTOR:**

**NO/ CA/O/ EM  
QUE PRECISE TONI-  
FICAR UM ORGA-  
NI/MO DEBILITADO  
RECORDE O**



# Phosphorrend

# ROBERT

**NAS SUAS TRES FORMAS:  
GRANULADO - ELIXIR  
INJECTAVEL**

**LABORATORIO  
ROBERT**

Sala 8

Est. 9

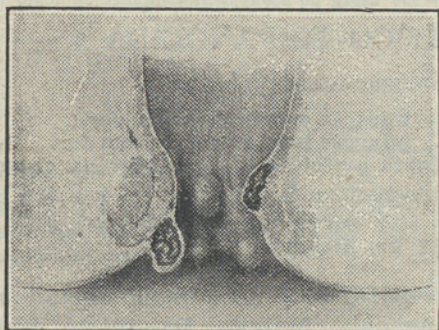
Tab. 2

N.º 23

Deposítarios para Portugal e Colónias: GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>o</sup> 240, Rua da Palma



## DEFECAÇÃO DOLOROSA ALIVIADA



QUANDO as fezes estão endurecidas por motivo de prisão de ventre, a sua expulsão é frequentemente dolorosa, podendo resultar a escoriação da membrana mucosa do anus e finalmente fendas.

O 'Petrolagar', é um auxiliar racional do movimento normal do intestino, porque actua mecanicamente, produzindo umas fezes bem moldadas e de consistência normal, que evitam assim esforços inúteis.

O 'Petrolagar', é uma emulsão de 65% de parafina medicinal pura e agar-agar, não contendo elementos irritantes. O intestino não se lhe acostuma.

# 'Petrolagar'

(Marca Registada)

PETROLAGAR LABORATORIES LIMITED  
BRAYDON ROAD, LONDRES, N. 16.

*Representante em Portugal:*

RAUL GAMA, R. DOS DOURADORES, 31, LISBOA



# SULFARSENOL

Sal de sódio do éter sulfuroso ácido de monometilaminoarsenofenol  
ANTISIFILÍTICO-TRIPANOCIDA

Extraordinariamente poderoso

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

Por consequência se adapta perfeitamente a todos os casos.

**TOXICIDADE** consideravelmente inferior

à dos preparados seus congêneres

**INALTERABILIDADE** em presença do ar

(Injecções em série)

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

Preparado pelo LABORATÓRIO de BIOQUÍMICA MÉDICA

92, Rue Michel-Ange, PARIS (XVI<sup>e</sup>)

DEPOSITARIOS  
EXCLUSIVOS

Teixeira Lopes & C., L. da

45, Rua Santa Justa, 2.<sup>o</sup>  
LISBOA



- afirmam-no as primeiras Sumidades Médicas.

AGENCIAMENTOS EXCLUSIVOS PARA  
PORTUGAL E COLÓNIAS  
80, CALÇADA DE S. FRANCISCO, 37 - LISBOA

Mantua, L. da

TELEF. C. 3167



**acção**  
**pureza**  
**inalterabilidade absolutas**



eis as características  
 e os fundamentos

do renome mundial da

**INSULINA**



para a **DIABETES**

registada

(De ALLEN & HANBURY, LTD. — LONDRES — THE BRITISH DRUG HOUSES, LTD.)

FOLHETO DE 40 PÁGINAS  
 GRATIS A MÉDICOS

F R A S Q U I N H O S  
 de 100, 200, 400 e 500 unidades

Representantes exclusivos deste produto:

**COLL TAYLOR, L. DA** — Rua dos Douradores, 29, 1.º — LISBOA — TELE } F. 21476  
 } G. DELTA

Agente no PORTO

**M. PEREIRA DA SILVA,** L. LOIOS, 36. Telefone 701

**NÃO RECEBA IMITAÇÕES, FICARÁ  
 MAL SERVIDO.**

Com um



Fica absolutamente garantido.

Só nas boas farmacias

**NEGRETTI & ZAMBRA : Holborn Viaduct, 38, London.**



O leite materno é o alimento ideal para as crianças  
quando no periodo de aleitamento

Quando a mãe, porém, não tem leite deve substituir-lho pelo

## MODILLAC

que dá ao leite de vaca as propriedades do leite materno

Consultai o seu médico sobre o valor scientifico do

## MODILLAC

A' VENDA NAS BOAS FARMACIAS

MEDICAÇÃO NUCLEO-ARSENIO-PHOSPHATADA  
GRANULADO, INJECTAVEL

# NUCLÉARSITOL

## "ROBIN"

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

OS LABORATORIOS ROBIN  
13, Rue de Poissy, PARIS

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

N.º 825-827  
26 Junho 1923

Depositários para Portugal e Colónias :

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> - Rua da Palma, 240-246 - LISBOA



# CYSTITE

No tratamento da cystite aguda, aplicações copiosas de ANTIPHLOGISTINE sôbre as regiões perineal e supra-púbica, constitue uma das melhores medidas locais para êsse estado, porque a acção desse medicamento é tanto descongestiva como sedativa

Igualmente na cystite crônica, a aplicação de uma grande cataplasma de ANTIPHLOGISTINE, sôbre o pubis, é altamente recomendado. Êste medicamento actua com eficiência, sendo ao mesmo tempo um valioso auxiliar do tratamento local

## ANTIPHLOGISTINE

*Sob pedido enviaremos  
amostra e literatura*

**Exosmotica  
Hyperemica  
Analgesica  
Descongestiva**

**The Denver Chemical Mfg. Co.,**  
Nova York, N. Y.

Distribuidores em Portugal:

**Robinson, Bardsley & Co., Lda.**

Cais do Sodré, 8, 1.º

LISBOA



# PANKREASMELLIN CONTRA DIABETES

O único preparado composto de fermentos pancreáticos e hormonas de insulina, eficaz, tomado pelas vias digestivas

Segundo a opinião das maiores capacidades médicas o

## PANKREASMELLIN

é de facto um medicamento que cura completamente a diabetes

**A' venda nas farmácias, em caixas de 50 comprimidos**

*Representantes exclusivos: S. KANTOR*

LISBOA, Rua dos Fanqueiros, 346, 2.º, E. Telef. 2 9174

Amstras e literatura para os Ex.<sup>mos</sup> Srs. Médicos

# BiOCiTiN

## TÓNICO DO SISTEMA NERVOSO ROBORATIVO

BIOCITIN contém 10% de Lecitina fisiológica pura, fabricado pelo método do Prof. Dr. Habermann e 75% de albumina com hidrocarbonatos, 6% de gorduras, 2% de sais nutritivos e 5% de água

Colestrina de efeito perturbante foi apartada pelo método do Prof. Dr. Habermann

Indicações: Nervosidade, neurastenia, impotência, esclerose arterial, osteomalácia e emagrecimento

***Sempre os melhores resultados***

**A' venda nas farmácias Em caixas de 50 comprimidos**

*Representantes exclusivos: S. KANTOR*

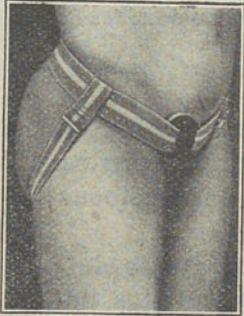
LISBOA, Rua dos Fanqueiros, 346, 2.º, E. Telef. 2 9174

Amstras e literatura para os Ex.<sup>mos</sup> Srs. Médicos



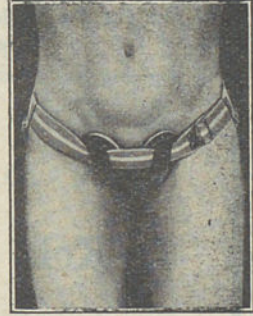
# FUNDAS BROOKS

Pelota pneumática de borracha macia



Partes substituíveis

■  
Pessoal especialmente habilitado na aplicação destes aparelhos



■  
PREÇOS MÓDICOS

**HYGEIA, L. DA**

Rua Paiva de Andrada, 4

(ao Largo do Chiado)

---

## Mellin Food

Alimentos MELLIN os melhores para crianças de peito.

A' VENDA EM TODAS AS BOAS FARMACIAS



# **Kola Astier**

Extracto completo, rigorosamente doseado, contendo todos os princípios activos da noz fresca

**A Kola Astier** soberana na gripe —  
abrevia a convalescença  
das doenças infecciosas

**A Kola Astier** é o medicamento de eleição para os estados depressivos

**A Kola Astier** está indicada em todas as afecções agudas ou crónicas do aparelho respiratório

**A Kola Astier** estimula o sistema nervoso, desperta as faculdades intelectuais, combate o *surmenage*

**A Kola Astier** tonifica a energia, regularisa o ritmo cardiaco

DOSE MÉDIA : 2 COLHERES DE CAFÉ POR DIA

---

LABORATOIRES P. ASTIER — 45, Rue du Docteur Blanche  
P A R I S

Literatura e Amostras:

GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup> — R. da Palma 240-246  
L I S B O A





## SUMÁRIO

### Artigos originaes

<i>A estenose pilórica dos lactantes</i> , por Carlos Salazar de Sousa.....	Pág. 797
<i>Acêrca dum caso de miotrofia monosegmentar, de tipo mielopático</i> , por M. B. Barbosa Sueiro e Luiz Pacheco.....	» 816
<i>Um processo de obter positivos radiográficos</i> , por Carlos Larroudé	» 824
<i>Um caso de hipernefroma com aortografia</i> , por António Carneiro de Moura.....	» 826
<i>Santiago Ramón y Cajal</i> , por M. Athias.....	» 831
<hr/>	
<i>Revista dos Jornais de Medicina</i> .....	» 854
<i>Biblioteca da «Lisboa Médica»</i> .....	» 869
<i>Noticias &amp; Informaçõs</i> .....	» LI

## A ESTENOSE PILÓRICA DOS LACTANTES

POR

CARLOS SALAZAR DE SOUSA

Assistente de Pediatria da Faculdade de Medicina de Lisboa

Os vômitos por estenose pilórica dos lactantes constituem uma entidade clinicamente bem definida e, em geral, fácil de diagnosticar. Apenas os sintomas clínicos não correspondem sempre a idênticas lesões anátomo-patológicas: num grupo, encontra-se como substracto anatómico da estenose uma hipertrofia do esfíncter pilórico, enquanto que noutro, o exame necrópsico não permite encontrar nenhuma lesão orgânica (1). Trata-se, nestes casos, de formas espasmódicas puras, e, assim, a-par da estenose hipertrófica do piloro, ficaria o piloro-espasmo simples.

É, porém, de notar que a existência de piloro-espasmo simples não é admitida por todos os autores, pois que, nos casos assim diagnosticados, longe de haver atraso na evacuação gástrica, o exame radiológico permite antes apreciar um trânsito digestivo acelerado (Wernstedt, Feer, Monrad, Nobel, Marfan, etc.).

Temos um caso pessoal, a que oportunamente daremos publicidade, dum doente clinicamente diagnosticado de estenose

---

(1) Há, ainda, um outro tipo de estenose, estudado por Schater, extremamente raro nos lactantes, que se caracteriza pela ausência de esfíncter e calibre diminuto do canal pilórico. O diagnóstico diferencial desta forma, bem como o de alguns casos de atresia duodenal supra-vateriana, é, muitas vezes, impossível, e só se faz durante uma intervenção ou na autópsia.



pilórica, em que a radiografia permitia apreciar a passagem pilórica de uma certa quantidade de papa em tempo normal. Notamos, todavia, que se em certos casos desta última categoria, a passagem do alimento através do piloro, na ocasião do espasmo gástrico, é suficiente para permitir um bom desenvolvimento do lactante, noutros, o espasmo, atingindo também o piloro, não deixa passar mais que uma insignificante porção de cada vez, o que leva forçosamente o doente a cair em caquexia. Nestes, se bem que a passagem dessa pequena quantidade de alimento se dê em tempo normal, ela é insuficiente e, embora intermitente, há efectivamente uma estenose espasmódica.

Assim, admitindo que os casos classificados por Marfan de «formas ligeiras de doença dos vômitos habituais», os quais passam sem, por assim dizer, influir sôbre o estado geral, não mereçam a classificação de estenose pilórica, nas formas graves dessa mesma doença, concordando que a estenose é apenas intermitente, somos de opinião que podem, todavia, ser classificados de estenose pilórica.

É vulgar, principalmente na Escola Francesa, ver opor o diagnóstico de estenose pilórica hipertrófica ao de formas simplesmente espasmódicas de vômitos habituais dos lactantes, pretendendo estabelecer para cada grupo uma terapêutica diferente: indicação cirúrgica no primeiro caso, tratamento médico no outro.

Marfan diz: «O tratamento da doença dos vômitos habituais é exclusivamente médico, compreendendo dietética adequada, medicação anti-hemética e tratamento anti-sifilítico». O papel da heredo-sífilis está, no entanto, longe de ser reconhecido por todos (Suñer, Comby, Garrahan, Murtagh, Lozano, Veronese, Giantini, Cozzolino, etc.).

Para Lereboullet o tratamento da estenose hipertrófica do piloro é essencialmente cirúrgico; na expressão de Ombredanne, elle já salvou, e ainda há de salvar, a vida de muitas crianças.

Parece-me, no entanto, que, analisadas com rigoroso espírito crítico, estas opiniões não são em absoluto defensáveis, e, para nós, pelo contrário, a idea que se impõe é a que já sustentámos nas nossas provas de doutoramento: «Na prática não interessa a distinção entre estenose congénita hipertrófica e piloro-espasmo dos lactantes».

¿ Em que fundamos a nossa opinião? 1) Na grande dificuldade



de diagnóstico diferencial em alguns casos. 2) Na noção de que o espasmo é que determina os sintomas, mesmo nos casos com hipertrofia pilórica. 3) No conhecimento de que é contra êsse espasmo que a operação de Fredet actua.

Estudemos, pois, separadamente cada um dêstes princípios.

1) *O diagnóstico dêstes dois estados é, muitas vezes, difficil, senão impossivel.*

Esta verdade é incontestável, e de tal maneira que, enquanto alguns autores preferem empregar sempre a rubrica de piloro-espasmo (Gorhbandt, Karger, Bergmann, Feer, Finkelstein), outros admitem a existência de estenoses hipertróficas de forma crónica, e de evolução normal para a cura, em casos que ficaram sem a confirmação anatómica do diagnóstico.

Mesmo os autores que pretendem diferenciar nitidamente as estenoses com hipertrofia pilórica das formas nervosas, como o faz, por exemplo, Marfan (que não emprega o termo de piloro-espasmo, mas sim o de gastro-nevrose hemetizante, por entender que o espasmo do piloro é apenas uma parte, e nem sempre constante, do gastro espasmo total provocador do vômito), reconhecem a dificuldade extraordinária de diagnóstico em vários casos. É que não há nenhum sinal que por si só seja decisivo a favor da estenose hipertrófica: comêço mais precoce, desnutrição mais rápida, presença de estase e dilatação gástricas, obstipação rebelde e oligúria, ondas peristálticas visíveis, quer ao simples exame, quer aos raios X, ausência ou escassa passagem pilórica da refeição opaca, tumor pilórico palpável, etc., se são sinais que, aparecendo conjuntamente, nos permitem quási afirmar o diagnóstico de estenose orgânica, podem, no entanto, às vezes, encontrar-se sem que ela exista.

Os sintomas que têm sido apresentados como mais característicos, não são de forma alguma patognomónicos: a estase e dilatação gástricas, que alguns pretendem ser exclusivas das formas hipertróficas (Rossi), embora mais constantes nas estenoses orgânicas, podem-se encontrar também nas formas simplesmente nervosas, sempre que a doença se prolongue (Marfan). Além disso, raras vezes a dilatação gástrica é um sintoma precoce e, mesmo nas estenoses orgânicas, apenas se observa em 10% dos casos (Rohmer).

O tumor pilórico, além de que só raras vezes e difficilmente



se encontra, embora haja quem afirme poder encontrá-lo sempre, e o considere patognomónico (Castellanos) pode ser dado apenas pelo músculo pilórico em espasmo, como mostraram Hess, chamando-lhe o «pseudo tumor espasmódico», e Boecker que verificou que em muitos casos êle era formado pela parte pre-pilórica do estômago em espasmo. Para Lehman em 10 % dos casos em que se palpa o tumor, êste não se encontra na intervenção. Quanto aos aspectos radiográficos, estudados por muitos autores, talvez de todos os sintomas os mais importantes, também não são, no entanto, infalíveis.

Nas formas nervosas, em seguida à ingestão da refeição opaca, o exame radioscópico permite ver que se dá um espasmo gástrico total que, ao mesmo tempo que leva à saída do alimento através do cardia, provocando o vômito, também determina, em geral, a passagem duma porção maior ou menor através do piloro. Por vezes, ao dar-se o espasmo, o piloro é também fechado, sem que tenha saído qualquer porção, mas, passado algum tempo, o espasmo cede, e então uma pequena quantidade passa ao duodeno «como que de surpresa» (F. Ramond). Outras vezes o espasmo cede inteiramente e, à primeira fase de oclusão completa, segue-se outra de permeabilidade absoluta; é o chamado síndrome do «tudo ou nada» (Barret).

O espasmo do piloro é geralmente de pouca duração, mas pode por vezes manter-se até meia ou uma hora e mais, e para se poder verificar a permeabilidade do piloro, é, muitas vezes, necessário prolongar bastante, ou repetir várias vezes o exame. Ora, em crianças que por vezes se encontram num estado de nutrição bastante precário, nem sempre será lícito recorrer a tal prática, e parece-me que, conforme a idea que defendo, ela não tem utilidade de maior. Nos casos de estenose orgânica, em seguida à refeição opaca, o estômago apresenta uma série de contracções peristálticas violentas que, de começo ineficazes, acabam por conseguir fazer passar através do canal pilórico diminuído de calibre, uma pequena porção de papa.

Depois vem uma fase de atonia gástrica, para, passado tempo, recommençar nova crise de esforço.

No entanto, muitos casos não se apresentam com a nitidez apontada e, a-pesar-de todo o seu valor, o exame radiográfico, tomado isoladamente, pode conduzir a um diagnóstico errado,



LISBOA MÉDICA

# DRYCO


## Tratado pelos Raios Ultra-Violetas

Assegura uma alimentação de leite admiravelmente apropriada para um desenvolvimento rápido e vigoroso, promove a formação de ossos e dentes fortes e perfeitos.

**DRYCO é o leite IDEAL**

Especialmente preparado para a

**alimentação  
infantil**

 Pedir amostras e literatura aos depositários para Portugal e Colónias:

**Simenez-Salinas & C.<sup>a</sup>**

Rua da Palma, 240-246

**L i s b o a**









fazendo admitir a estenose orgânica, sem que ela exista, ou levando a negar êsse diagnóstico para só depois se verificar a hipertrofia pilórica na mesa de autópsias (Marfan).

É que, efectivamente, há casos sem estenose orgânica, em que o espasmo está limitado ao piloro (Terrien, Pfaundler, Finkelstein, Pearson e Wyillie), e em que se não verifica, portanto, a imagem característica do espasmo gástrico total, e, por outro lado, em alguns casos de estenose hipertrófica, pode se encontrar aquela imagem.

Como último recurso diagnóstico apresentam os autores que pretendem fazer uma distinção nítida, a prova terapêutica (Marfan, Lereboullet, Bohn): em caso de insucesso do tratamento anti-espasmódico, deve-se pensar numa estenose orgânica.

Mas realmente nem sempre assim sucede e, às vezes, é só no momento da intervenção que se nota a ausência de tumor pilórico.

Por outro lado, quando o doente se cura por meios médicos, o que nos permite afirmar que não havia hipertrofia pilórica?

Como diremos adiante, há hipertrofias pilóricas que não dão sinais clínicos. É, portanto, certo que por vezes é difícil afirmar um diagnóstico, e que entre a gastro-nervose hematizante de Marfan, com as suas duas formas: a «comum» e a «com fases espasmódicas», e a estenose quási completa, que leva em geral ao diagnóstico de hipertrofia pilórica, o que às vezes apenas podemos rapidamente garantir, é um grau diferente de apêrto. É, de resto, o que mais interessa, porque é êsse factor que nos vai guiar na terapêutica.

Esta confusão é, aliás, confessada por muitos autores. Assim, Nobel diz: «É verosímil que o contraste entre a freqüência da estenose hipertrófica do piloro, na Alemanha, e a sua raridade em França, se deva a que neste país a doença evoluciona, muitas vezes, sob outro diagnóstico: «doença dos vômitos habituais de Marfan», «doença espasmódica de Lésage», etc.

Para Lereboullet, os americanos devem fazer com excessiva facilidade o diagnóstico de estenose pilórica, emquanto que em França não se pensa, possivelmente, tanto quanto se devia, nela.

Péhu e Pinel englobam sob a designação de «doença pilórica do lactante», tanto as estenoses orgânicas como as formas simplesmente nervosas de carácter grave. Cavengt reúne com o



título de «dispepsia de tipo hemético», os vômitos habituais, o piloro-espasmo e a estenose hipertrófica.

Finkelstein afirma: «É impossível em vida fazer o diagnóstico entre estenose hipertrófica e piloro-espasmo simples.

2) *O aparecimento de sintomas na estenose hipertrófica só se dá quando existe também espasmo.*

Este facto é confirmado por numerosos dados. Em primeiro lugar, a-pesar-de tôdas as discussões travadas em volta dêste assunto, a hipertrofia muscular do piloro deve ser hoje considerada de natureza congénita: tem sido encontrada em lactantes de poucos dias (Green e Sidbury), em recém-nascidos mortos durante o parto, e até mesmo num feto de sete meses (Déant), e, por outro lado, o exame anátomo-patológico permite às vezes encontrar certas inclusões fetais (Dent e Torkel) e algumas fibras musculares embrionárias, que nos levam a admitir com segurança a sua origem congénita.

No entanto, o aparecimento de sintomas apenas se dá passado um intervalo livre, que pode variar de oito dias a mês e meio, em geral de quatro semanas, mas que é de tal maneira constante, que a sua ausência nos pode levar a pôr de lado o diagnóstico de estenose pilórica hipertrófica (Liège).

Importante é também que a doença, abandonada a si, não conduz fatalmente à morte, como alguns autores afirmam, mas, pelo contrário, todos os sintomas podem desaparecer, havendo casos em que, depois de se manter por tempo maior ou menor: seis meses, um ano ou mais, acabou por curar espontâneamente ou por simples tratamento médico, tendo-se podido verificar mais tarde a existência da hipertrofia do piloro (Marfan).

Existem também estenoses hipertróficas que só tardiamente, passados os primeiros anos, é que dão sintomas (Mensi), e até em alguns casos a hipertrofia do piloro tem sido apenas achado de autópsia em indivíduos já adultos (Bacigalupo, Heilman). Nestes casos, por não se ter dado espasmo pilórico, a hipertrofia só por si não foi suficiente para dar sinais clínicos.

Finkelstein declara: «Não é possível explicar os sintomas sem admitir processos espásticos, e ao lado dêles fica num plano secundário a importância da estenose; os vômitos violentos não são a consequência do obstáculo pilórico, mas sim de natureza espástica».



Efectivamente, nas estenoses orgânicas puras, por exemplo, na atresia duodenal, os vômitos estão longe de apresentar a violência que os caracteriza nessa doença (Finkelstein, Wakeley), o mesmo se podendo dizer dos animais em que experimentalmente se produziu uma obstrução do piloro (Gorhbandt).

¿Porque motivo então aparece o espasmo pilórico? Ernberg tentou dar uma explicação patogénica que, contrariamente a todas que têm sido apresentadas, conseguisse fazer compreender perfeitamente uma das principais características: o intervalo livre. Para êle, forma-se ao nível do piloro uma pequena erosão da mucosa que, à semelhança da fissura anal, provoca o espasmo do esfíncter.

Como provas desta idea, que aliás era já admitida por outros (Marfan), faz notar a grande frequência com que aparecem pequenas quantidades de sangue juntamente com o vômito, sangue êste que não vem fresco, como sucederia se viesse do estômago, devido ao vômito, mas antes côm de chocolate, por parcial digestão, e também o facto, quasi sempre verificado, de os primeiros sintomas aparecerem bruscamente, em plena saúde.

A parte verdadeiramente original da teoria é a forma como explica porque a doença começa só depois de um intervalo livre, quasi sempre de quatro a seis semanas. Entende o autor que a erosão da mucosa pilórica é devida ao traumatismo causado pela desproporção, que nesta época se estabelece, entre a quantidade de leite ingerido e a capacidade do estômago, pois que é a partir da terceira semana, até à sexta, que as quantidades de leite ingerido aumentam rapidamente.

Todavia, a autópsia de três casos do autor não foi confirmativa da sua idea, e todos quantos discutiram a comunicação concordaram em que a teoria era apenas hipotética (Klercker, Wernstedt, Muhl, Thorling, Wallgren, Bloch, Hertz, Lovegren, Monrad, Jundell, Johannensen), não podendo admitir-se com maior verosimilhança que outras anteriormente expostas, como a do espasmo ser devido a uma hipersecreção gástrica (Tobler), que de forma nenhuma é constante, a uma influência tóxica de certos princípios segregados pelas glândulas do estômago (Roger e Garnier), a uma manifestação especial de espasmo-filia (Suñer, Muñiz, Lemaire), a hiperadrenalinismo (Tyrrrel, Gray, Pirie), etc.

3) *A única operação que hoje se deve efectuar nestes casos, a*



*de Fredet-Ramstedt, não actua por suprimir o obstáculo mecânico.*

Esta operação consiste, como se sabe, em sectionar longitudinalmente em tôda a sua extensão o tumor pilórico até à mucosa, deixando a ferida sem suturar. Na ocasião é evidente que se estabelece a passagem através do piloro, porque foi suprimido o obstáculo mecânico, mas ao fim de poucos dias os bordos da incisão reünem-se, ficando de novo fechado o anel pilórico (Gorhbandt), e se pensarmos na resistência do tecido de cicatriz, devemos admiti-lo ainda mais inextensível que antes. É certo que em alguns casos tem-se podido verificar a regressão rápida da hipertrofia muscular em seguida a pilorotomia (Maria Wolstein), mas noutros ela mantém-se (Lesné, Fredet, Coffin), e, a-pesar disso, a cura persiste. Parece, pois, que não é, pelo menos, só o factor mecânico que tem importância, mas que há um outro sobre o qual a operação actua.

Em experiências em animais operados por êste processo, mostrou Gorhbandt que, ao provocar uma onda peristáltica do estômago, untando de cloreto de bário a sua mucosa a distância do piloro, as fibras musculares situadas na vizinhança do corte, mas que tinham sido respeitadas por êle, não participavam da contracção. Êste facto só se explica pela destruição de elementos nervosos que a operação determinou, o que não tem nada de estranho se nos lembrarmos que a parte prepilórica do estômago, o canal e o esfíncter pilórico, são ricos em elementos nervosos, tanto fibras como células ganglionares. A destruição dêsses elementos impede o espasmo das fibras por êles enervadas.

É então contra o espasmo e não contra o obstáculo orgânico que a operação actua. É bastante elucidativo a êste respeito um caso publicado recentemente por R. Leibovici, dum lactante que depois de operado continuou durante cêrca de um mês a vomitar, e só quando já se pensava num fracasso operatório é que bruscamente, coincidindo com a ida da criança para o campo, os vômitos cessaram.

Sendo, portanto, contra o espasmo que se dirige a operação, é natural que também possa ser útil em casos em que apenas haja espasmo sem hipertrofia do piloro. É o que realmente foi confirmado por Fredet, Allary, Richter, Dufourt, Guillemot, que, tendo em alguns casos decidido intervir por terem diagnosticado



uma estenose hipertrófica do piloro, verificaram, na intervenção, a ausência de hipertrofia muscular, mas praticando, a-pesar disso, a pilorotomia extra-mucosa, viram os vômitos cessar.

Não me parece que seja necessário, como pretende Marfan, supor que o piloro-espasmo é a causa total ou principal dos vômitos de natureza nervosa, para justificar a intervenção naqueles casos. Se está provado que em seguida à pilorotomia, não só o piloro, mas também as fibras da região prepilórica deixam de se contrair, é fácil de compreender que o gastro-espasmo total, encontrando o piloro livre, visto não participar na contracção, provoque a evacuação do estômago através d'ele, evitando assim os vômitos. O vômito passaria, como diz Fredet, se tal expressão é permitida, a fazer-se para o duodeno.

Também me parece sem razão, pelos mesmos motivos que acabamos de apontar, a objecção de Leibovici, de que não é possível evitar os vômitos devidos ao gastro-espasmo, por intervenção cirúrgica, mesmo prolongando a incisão para o lado gástrico, além do piloro, por não se poder cortar tôda a musculatura do estômago.

De tôda esta exposição, ço que podemos, em resumo, concluir? Que, às vezes, as formas simplesmente nervosas de vômitos habituais dos lactantes se apresentam sob um aspecto grave, rebelde à terapêutica médica, que tem levado a, erradamente, diagnosticar uma estenose hipertrófica do piloro; que os resultados favoráveis da pilorotomia extramucosa executada em alguns dêstes casos, justificam o seu emprêgo em todos; que há casos de estenose hipertrófica do piloro que podem facilmente curar só por meios médicos.

Creio que estas razões são suficientes para justificar a minha maneira de ver: que «na prática não tem importância a distinção entre piloro-espasmo e estenose hipertrófica do piloro dos lactantes».

Em ambos os casos o que interessa é o grau de estenose; em ambos se deve, de comêço, tentar um tratamento médico, mas também em ambos, se êste fracassar, se deve rapidamente recorrer à intervenção cirúrgica.

Vejamos a observação dum doente que recentemente operá-



mos, e que julgo ser a primeira operação de Fredet feita entre nós (1), para ver depois o que dela se pode deduzir.

OBSERVAÇÃO. — I. S. S., quatro meses e meio, sexo masculino, nascido da primeira gravidez da mãe, de parto normal e de tempo.

Pai e mãe negam qualquer antecedente patológico, não tendo esta tido nenhum abôrto.

Não foi pesado quando nasceu. Desde nascença alimentado ao seio da

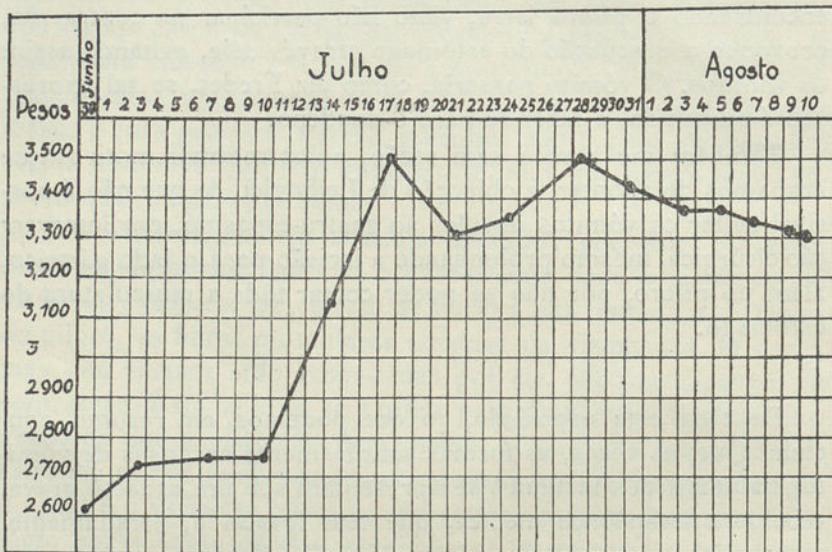


Fig.1  
Gráfico de pesos com tratamento médico

mã, que tinha bastante leite, com intervalos irregulares, mamando sempre que chorava.

Pêso progredindo bem, e aos quinze dias tinha 4,500 quilogr. Por volta das três semanas começou a vomitar sempre que mamava. Os vômitos eram violentos, em jacto, contando a mãe que, quando vomitava, se conhecia na região epigástrica como que uma bola. Vinham, em geral, quasi em seguida

(1) Em Lisboa não nos consta que se tenha efectuado. No Pôrto e em Coimbra, os respectivos professores de pediatria, Dr. Almeida Garrett e Dr. João Pôrto, tiveram a amabilidade de me comunicar que também não conheciam nenhum caso.



à mamada, por vezes passado algum tempo, mas sempre com a característica apontada. Passado pouco tempo de ter vomitado, a criança chorava com fome, metendo constantemente as mãos na boca, e só se calando quando de novo lhe davam o peito, ao que se seguia novo vômito em esguicho. Começou desde então apresentando oligúria, prisão-de-ventre, e o pêso principiou a baixar. Julgando que era do seu leite, a mãe começou a ajudar com leite de vaca, mas os vômitos persistiam, quer com êste, quer com aquele. Aos três meses foi a uma consulta de dietética infantil, que começou desde então a



Fig. 2

freqüentar. Cs vômitos continuavam, tinha então aparecido diarreia, e o pêso era de 2,610 quilogr. Diagnóstico de admissão : atresia.

Instituída terapêutica dietética indicada, a diarreia cedeu, e, com a administração de luminal e injeções de sôro glucosado, notaram-se nítidas melhoras : os vômitos começaram a ser muito menos repetidos, havendo várias refeições em que não vomitava nada. A diurese aumentou, e começou a ter quasi todos os dias uma dejecção normal. Ao mesmo tempo o pêso progrediu visivelmente (fig. 1). Passados quinze dias a doença volta, porém, a agravar-se : os vômitos aumentam, o pêso mantém-se oscilante, sem tendência a progredir, mostrando mesmo, a partir de certa altura, uma marcha



lenta, mas nitidamente descendente. Vejo a criança pela primeira vez nesta altura.

5-VIII-934. — Pêso, 3,390 quilogr. Ensaído um regime concentrado, com pequeno volume de líquidos, e tratamento antiespasmódico, em vista da sua ineficácia resolve-se imediatamente a intervenção, que é bem aceite pela mãe, pois já tinha perdido a esperança em qualquer tratamento médico.

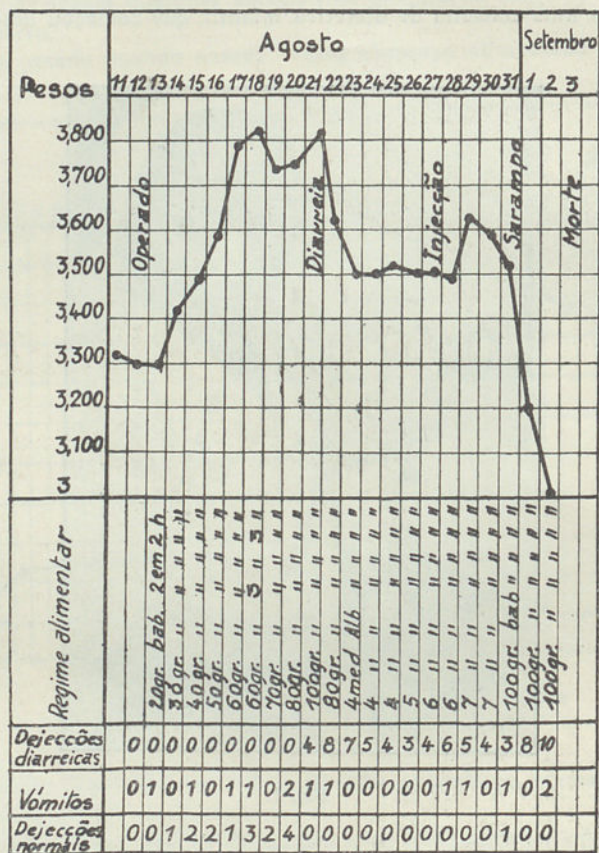
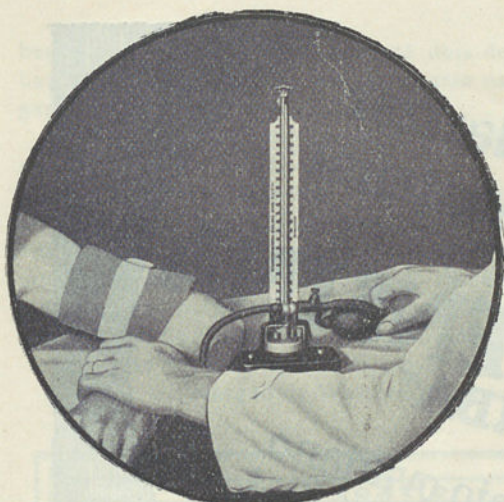


Fig. 3  
Pesagens diárias desde o internamento

10-VIII-934. — Internada. Exame objectivo : estado distrófico correspondendo ao terceiro grau de caquexia (atrepsia), tendência para conservar a atitude descrita por Putzig, com a cabeça muito inclinada para trás (fig. 2). Tem o facies especial descrito por Feer, caracterizado por fundas rugas transversais na região frontal. Abdómen deprimido, não se conseguindo, a-pesar do estado de magreza, palpar qualquer tumor na região pilórica. A percussão permite apreciar uma acentuada dilatação do estômago, perce-



LISBOA MÉDICA

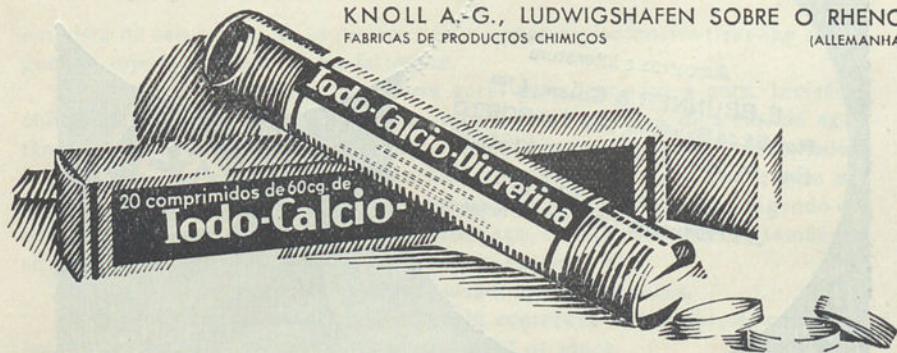


# *Iodo-Calcio-Diuretina* «Knoll» na *Hypertensão*

Asthma cardíaca • asthma bronchica • angina de peito •  
dyspnea cardíaca chronica • esclerose dos vasos cere-  
braes • aortite syphilitica • prophylactico contra os  
achques do homem de idade superior a 40 annos.

Doses: 1—2 comprimidos, 3 vezes ao dia, depois das refeições.  
Empacotamentos originaes: Tubos de 20 comprimidos.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO  
FABRICAS DE PRODUCTOS CHIMICOS (ALLEMANHA)





Para regularizar  
o ciclo menstrual

# SISTOMENSINA "CIBA"

Hormonio ovariano  
biologicamente titulado

Dismenorréa,  
menorragias,  
menopausa natural  
e provocada,  
esterilidade etc.

Drageas

Ampolas

Amostras e litteratura

E. BRUNNER & COMP., L<sup>DA</sup>  
Rua Sá da Bandeira, 283 2.º - PORTO  
Rua da Madalena, 128-1.º - LISBOA

unico representante  
dos Productos "Ciba" no Portugal.





bendo-se o timpanismo gástrico até dois dedos abaixo do umbigo. Não há baço palpável e o fígado não ultrapassa os seus limites normais. Sistema ganglionar igualmente normal.

Sinal de Chvostek e de Trousseau negativos. Não há estigmas de H. S. nem sinais de raquitismo.

Em seguida à ingestão de qualquer alimento, a criança vomitava em jacto, percebendo-se perfeitamente, através da parede abdominal, o estômago em contractura. Também se verificou a existência de estase gástrica, pois que no dia da entrada, tendo passado cêrca de cinco horas sem ser alimentada, vomitou passado êsse tempo o leite que tinha tomado em casa.

Reacção de Wassermann, na mãe, negativa.

Reacção de Meinike, na mãe, positiva.

Não se fêz reacção de Wassermann, nem radiografia à criança, porque,

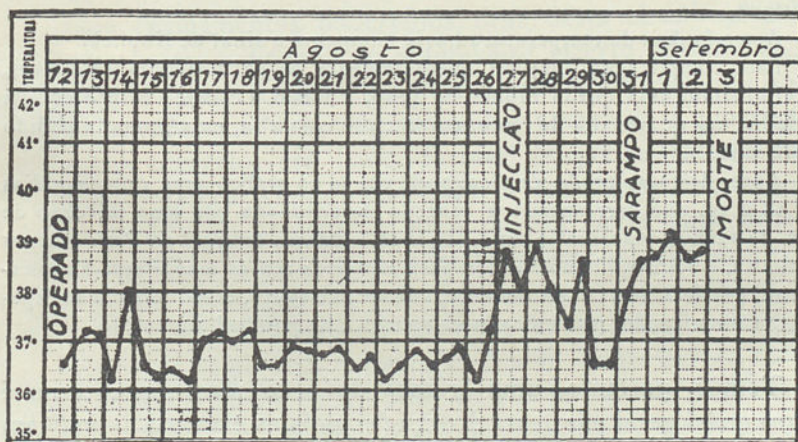


Fig. 4

em vista do seu estado de caquexia, não me pareceu inofensivo tirar-lhe sangue, ou sujeitá-la a um exame fatigante.

12-VIII-934 — Operada. Anestesia geral pelo éter gota a gota. Incisão oblíqua direita subcostal, paralela ao rebordo das costelas, de 4 cm. de extensão. Exteriorização do piloro, que se encontrava fortemente hipertrofiado e com uma dureza cartilaginosa. Incisão com canivete da serosa e com a sonda de todo o tumor pilórico até a mucosa fazer saliência, prolongando o corte ainda um pouco para o lado do estômago, onde a musculatura também se mostrava hipertrofiada. Sutura da parede em um plano.

A operação foi rápida, não ultrapassando quinze minutos.

Quando chegou à cama, a criança já começava a acordar, e, passada uma hora, chorava, sem o mais pequeno sinal de *shock*.

Clister de sôro gota a gota. Recomeça a alimentar-se passadas seis horas. Seguimos a técnica indicada por Gorhbandt, Bergmann e Karger, come-



çando por 20 gr. de *babeurre*, de duas em duas horas, durante o primeiro dia, aumentando 10 gr. por dia, e passando rapidamente a intervalos de três horas.

Durante os quatro primeiros dias fizemos também dois clisteres de sôro glucosado istónico, para suprir a deficiente ingestão de líquidos.

Os vômitos cessaram praticamente por completo, a prisão-de-ventre desapareceu e o pêso começou progredindo com enorme rapidez (fig. 3).

Ao nono dia de operada as deposições começaram sendo diarreicas, o que motivou uma pequena descida no pêso. Estas perturbações digestivas mantiveram-se durante nove dias, sem grande influência sôbre o estado geral: o apetite estava conservado, e o pêso, embora não progredindo, manteve-se oscilante, mas sem tendência para baixar.

O doente aparece então bastante febril (fig. 4), correspondendo esta elevação térmica ao período pre-eruptivo do sarampo, o que já era esperado, pois que onze dias antes tinha adoecido com essa doença o doente da cama contígua.

Aos três dias de temperatura havia enantema e sinal de Koplick.

Esta complicação agravou imediatamente as perturbações digestivas, determinando uma queda rápida do pêso, e vindo a criança a morrer, em toxicose, ao quarto dia de febre, tendo saído com alta, na véspera, a pedido da família.

Antes desta ascensão térmica, pode ver-se no gráfico uma outra nos dias 27, 28 e 29, que corresponde à reacção determinada por uma injeção de 5 cc. de sangue placentário, que, segundo a técnica original do Prof. Salazar de Sousa, é empregada no Serviço para imunizar contra o sarampo. Simplesmente, por ser dada já tardiamente, não se conseguiu, como aliás já se esperava, a imunização, pretendendo-se apenas uma possível atenuação.

Temos, portanto, uma criança do sexo masculino, como é regra quási geral para esta doença (1), pois as estatísticas indicam predominância dêste sexo, na proporção de 80 a 90%, que, nascida com pêso normal e amamentada pela mãe, começa, na terceira semana, vomitando em jacto as mamadas, de molde a impedir uma alimentação suficiente, o que a conduziu a um grave estado de desnutrição.

Desde então é sujeita a mudanças várias de regime alimentar, sem o mais pequeno resultado. Aos três meses, num estado de caquexia vizinho da atrepsia, começa freqüentando uma consulta de dietética infantil, onde, mercê dum cuidadoso regime alimentar e pela acção do luminal, se consegue uma acentuada melhoria. Esta fase é de curta duração e, passado pouco tempo,

---

(1) Isto dá-se, não só com as estenoses hipertróficas, mas, segundo alguns, também com os casos de piloro-espasmo simples (A. Reiche).



todos os sintomas se agravam, determinando nova descida na curva ponderal. Vejo a criança pela primeira vez nesta fase e julgo indicada sem demora a intervenção cirúrgica. Esta é efectuada com a maior felicidade, sem que a criança acuse o mais ligeiro *shock* operatório.

Os vômitos cessam imediatamente, a prisão-de-ventre desaparece, o pêso progride com enorme rapidez. Aos nove dias de operada, aparecem perturbações digestivas, que fazem com que o pêso desça primeiro um pouco, e se mantenha depois em linha horizontal. Quando parecia que tudo entrava de novo na ordem, o doente contraíu sarampo, tendo esta complicação provocado a morte.

¿Que ensinamentos poderemos tirar desta observação? Em primeiro lugar, o diagnóstico manteve-se incerto durante algum tempo, pois que, tendo-se verificado uma nítida melhoria sob a acção dum tratamento antiespasmódico, associado a um regime alimentar correcto, era lícito duvidar de que se tratasse duma estenose orgânica. Como consequência desta incerteza, o tratamento médico foi prolongado mais do que seria para desejar. Ora, seguindo o critério que adoptámos, embora não houvesse a certeza do diagnóstico, em caso de fracassar a terapêutica médica, deve-se imediatamente recorrer à intervenção cirúrgica.

Quando a intervenção cirúrgica é feita numa criança que tenha atingido o estado de distrofia da nossa, há dois problemas a resolver: o da cura da doença e o do tratamento do estado distrófico, porventura êste mais difícil que aquele!

Pela nossa parte, não tivemos a mais pequena dúvida em, passados poucos dias do doente nos ter chegado às mãos, em vista da ineficácia dos antiespasmódicos, intervir sem demora. Não nos importou muito estabelecer com certeza absoluta se se tratava de estenose hipertrófica ou simplesmente de piloro-espasmo. Preferimos mesmo, em vista do estado de distrofia da criança, não a estar a extenuar com exames radiográficos ou radioscópicos, pois que, estenose hipertrófica ou piloro-espasmo, para nós a indicação operatória era a mesma. Aguardemos, para completa documentação desta maneira de ver, a oportunidade de intervir num piloro-espasmo sem hipertrofia muscular, esperando que, como tem sucedido a outros autores, os vômitos cessem com a intervenção.



Outro ensinamento nos fornece esta observação: o grande cuidado que é necessário ter com a realimentação do doente depois da operação, fugindo a toda a tentativa de esquematização. Apesar de termos seguido o esquema indicado por Karger, Bergmann e Gorhbandt, a criança apresentou perturbações intestinais, devidas, certamente, a hiperalimentação. Sob este aspecto, cada doente é um caso especial, e a enorme rapidez com que o pêso de comêço progrediu, devia ter-nos levado à redução da ração alimentar.

Por fim, a principal causa da baixa tolerância da criança para a alimentação, bem como da marcha grave do sarampo, foi, de certo, o avançado grau de caquexia a que a criança tinha chegado.

Em resumo concluiremos: em face duma criança em que tenhamos diagnosticado uma estenose pilórica, não devemos perder tempo em querer estabelecer com segurança se se trata duma estenose com hipertrofia do piloro ou simplesmente de piloro-espasmo. Se o doente se encontra em acentuado estado de desnutrição, podemos mesmo dispensar ir maçá-lo com um exame radiográfico, pois os sinais clínicos são, por si só, suficientemente nítidos para diagnosticar estenose pilórica (Gorhbandt). Deve-se sempre iniciar o tratamento pelo emprêgo de antiespasmódicos, mas, se o seu efeito não fôr evidente, não se conseguindo uma melhoria que permita uma rápida progressão de pêso, não se deve adiar a intervenção operatória, pois convém sempre procurar-se operar enquanto a criança está num bom estado de nutrição.

A discussão entre os partidários do tratamento médico exclusivo e os intervencionistas, tende dia a dia a desaparecer, desde que todas as intervenções, como a gastroenterostomia, piloroplastia, operação de Loretta, etc., foram abandonadas em favor da operação de Fredet. É certo que ainda hoje há quem nunca opere estes doentes, por julgar que as estatísticas dos cirurgiões não são melhores que as suas. Na Suécia, onde a doença é frequente, são raros os que operam. Em França, Rohmer e o seu discípulo Peiffer fizeram-se os paladinos do tratamento médico.

Monrad, entre duzentos e vinte e oito casos tratados medicamente, viu morrer trinta e três; no entanto, avalia a mortalidade apenas em 4,4%, porque vinte e quatro dos que morreram se



# NEO=PLASTINA SEIXAS=PALMA



*Emulsão aseptica de lecitina  
e luteínas em soro fisiológico*



*Este preparado  
não provoca reacção*

**EM CÂIXAS DE**  
10 ampolas de 1,5 c.c.  
6 " " 5 " "



# NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Emulsão aseptica de lecitina e luteinas em sôro fisiologico

Este preparado não provoca reacção

Receitae a

## NEO=PLASTINA

SEIXAS=PALMA

Em caixas de 10 ampolas de 1,5 c. c.

» » » 6 » » 5 » »

Porque é

DE ASEPSIA GARANTIDA  
DE FABRICAÇÃO SEMPRE RECENTE  
DE APLICAÇÃO INDOLOR  
PRODUCTO PORTUGUÊS  
O MAIS ECONOMICO DOS CONGÊNERES

---

TODOS OS EX. N.ºS CLINICOS PODEM REQUISITAR AMOSTRAS AOS NOSSOS DEPOSITARIOS:  
VICENTE RIBEIRO & CARVALHO DA FONSECA, L.<sup>DA</sup> — Rua da Prata, 237—LISBOA  
LOURENÇO FERREIRA DIAS, L.<sup>DA</sup> — Rua das Flores, 153 — PORTO

---



encontravam, quando tomou conta dêles, em situação desesperada. Nobel nota, porém, que é lícito perguntar se daqueles vinte e quatro não se poderia ter salvo algum com intervenção cirúrgica. Ibrahim calcula em 10,6 % a mortalidade com tratamento médico, Taylor em 8 a 10 %, Davidson em 14,3 %.

Existem, de-certo, muitas estatísticas cirúrgicas com números semelhantes, mas deve-se notar que, ao passo que nas estatísticas médicas não figuram muitos casos que por terem fracassado foram entregues ao cirurgião, as estatísticas operatórias estão, pelo contrário, sobrecarregadas com todos os doentes que só foram entregues à cirurgia em péssimo estado, por se terem demorado com tentativas várias de terapêutica médica.

Com os doentes operados em boas condições, a vantagem do tratamento cirúrgico é evidente. Ramstedt só teve duas mortes em seiscentos operados; Kirchner, em vinte e dois casos, tem 0 % de mortalidade; em vinte e oito operados de Martin também não houve nenhuma morte. Na clínica pediátrica de Dusseldorf a mortalidade foi de 20 % com tratamento conservador exclusivo, e de 5,9 % com tratamento cirúrgico.

A maioria, se não todos os casos de morte depois da operação de Fredet, que se encontram na literatura médica mais moderna, podem ser lançados à conta de intervenção tardia (E. Yannusi, Place y Rodriguez Castro, Macein, o meu, etc.). Esta operação já foi até efectuada, com êxito, num lactante hemofílico, depois de o preparar com transfusões sanguíneas (Rocher et Pouyanne).

É evidentemente ingrato, numa criança que morre passados vinte e um dias de operada, querer afirmar que a operação foi inofensiva e até eficaz, e que a morte foi apenas motivada por doença intercorrente. No entanto, a ausência completa de *shock* operatório (a-pesar do grave estado distrófico do doente) e a rápida progressão de pêso em seguida à intervenção, aliada à cessação imediata dos vômitos, por outro lado o agravamento rápido só na ocasião do sarampo, levam-me à convicção de que, mesmo nas más condições em que se encontrava o meu doente, a operação teria, sem o sarampo, sido salvadora.

Recentemente, Willi estabeleceu nos seguintes moldes a indicação operatória: imediatamente quando clinicamente o caso é grave e a radiografia mostra uma estenose completa; no final da



primeira semana se, a-pesar dum tratamento médico, a criança continua a perder pêso; no final da segunda semana se não se tiver estabelecido uma nítida melhoria no aspecto geral, curva de pêso e vômito.

Assim, mais uma vez insistimos na nossa maneira de ver: o que deve interessar é fazer o diagnóstico de estenose do piloro. Se existe hipertrofia muscular ou apenas piloro-espasmo (e nesta rubrica incluímos os casos mais sérios da chamada gastronevrose hemetizante de Marfan), é de importância secundária, porque a terapêutica é semelhante. É esta a orientação seguida na clínica de Sauerbruch, em que todos os casos são primeiro tratados medicamente, mas, em caso de fracasso, operados, mesmo que não haja hipertrofia pilórica, tendo sido sujeitos a intervenção, desde 1926 a 1932, cinqüenta lactantes (Boecker).

A afirmação de muitos de que a estenose hipertrófica do piloro dos lactantes é exclusivamente do domínio cirúrgico é exagerada, pois os números favoráveis das estatísticas provam que, sem dúvida, muitos casos se curam medicamente.

A operação de Fredet, bem executada e oportunamente, dá constantemente bons resultados, com uma mortalidade que se aproxima de zero. Por outro lado, é preciso notar que a terapêutica médica não é absolutamente inofensiva, pois a tão gabada medicação atropínica conta no seu activo casos de morte por intoxicação (Willi).

O tratamento médico deve, pois, tentar-se em todos os casos, pois não é lícito submeter uma criança a uma intervenção que pode ser totalmente desnecessária, mas se o êxito não fôr evidente, deve-se, sem demora, abandonar, para recorrer à intervenção cirúrgica.

A ter de pronunciar-nos entre tratamento médico exclusivo e intervenção sistemática, optaríamos sem hesitar pela última. No entanto, julgamos que, como sempre, «no meio está a virtude», e que o mais sensato é o procedimento que adoptamos.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- A. REICHE. — *Archivos de Pediatria*. Dezembro de 1933.  
BARRET et CHAUFFOUR. — *Pres. Méd.* 18-X-922.  
BOECKER. — *Arch. of Ped.* Julho de 1934.  
CAVENGT. — *Arch. Esp. de Ped.* N.ºs 1 e 2. 1930.



- CASTELLANOS. — *Bol. de la Soc. Cubana de Ped.* N.ºs 3, 4 e 5. 1931.
- COMBY. — *Traité des maladies des enfants.*
- ERNBERG. — *Acta Poed.* 28-IV-932.
- E. YANNUSI, M. PLACE, R. CASTRO. — *Arch. de Ped. del Uruguay.* 3-1932 (Ref. em *La Ped. Ésp.*).
- FINKELSTEIN. — *Tratado de enfermedades del niño de pecho.*
- FEER. — *Tratado de enfermedades de los niños.*
- FROELICH. — *Acta Poed.* 28-IV-932.
- GORHBANDT, KARGER, BERGMANN. — *Tratado de patologia cirurgica de la infancia.*
- G. FRICKE. — *Bol. de Ped. de Valparaiso* (Ref. em *Arch. de Méd. des Enf.*).
- GARRHAN y MURTAGH. — *Arch. Arg. de Ped.* 2-1933.
- HESS. — *Le Nourrisson.* 7-1916.
- LEREBoulLET et A. BOHN. — In *Traité de médecine des enfants de Nobécourt et Babonneix.*
- LESNÉ, FREDET et COFFIN. — *Soc. de Ped.* 15-1-929.
- LEIBOVICI. — *Pres. Méd.* 4-IV-934.
- LEREBoulLET. — *L'Inf. Méd.* 1-VII-934.
- LIEGE. — *Clin. et Labor.* 3-X-932.
- LEHUCHER. — *La Tunisie Méd.* 3-1930 (Ref. em *Arch. de Méd. des Enf.*).
- LOZANO. — In *Onore di Jemma.* Napoli, 1934.
- M. WOLLSTEIN. — *Am. Journ. of Dis. of Child.* 6-1922.
- MOORE, BRODIE, DENIS, HOPE. — *Arch. of Ped.* 7-1929.
- MACE.N. — *Arch. Esp. de Ped.* 11-1931.
- MORABITO. — In *Onore di Jemma.* Napoli, 1934.
- MARFAN. — *Les affections des voies digestives dans la première enfance.*
- NOBEL. — In *Tratado enciclopedico de enfermedades de la infancia de Pfaundler y Schlossmann.*
- OMBRÉDANNE. — *Précis de chirurgie infantile.*
- PEARSON and WYLLIE. — *Recientes adquisiciones en pediatria.*
- PÉHU et PINEL. — *Le Nourrisson.* 9-XI-921.
- ROHMER. — *Soc. de Péd.* 18-III-930.
- ROCHER et GUÉRIN. — *Soc. Méd. Ch. de Bord.* 18-X-929 (Ref. em *Arch. de Méd. des Enf.*).
- ROCHER et POUYANNE. — *Soc. Ped. Par.* 17-IV-934.
- ROSSI. — *Atti del XII Congresso Pediatrico Italiano.* 1927.
- SUÑER. — *Enfermedades de la infancia.*
- STÉPHANI-CHERBULIEZ. — *Rev. Méd. de la Suisse Rom.* 25-IX-930 (Ref. em *Arch. de Méd. des Enf.*).
- SIENA. — *Atti del XII Congresso Pediatrico Italiano.* 1927.
- TIXIER et LIBERT. — *Soc. de Péd.* 18-III-930.
- WAKELEY. — *Clin. Journ.* 23-IV-930 (Ref. em *Arch. de Méd. des Enf.*).
- W. GAISFORD. — *Arch. of Dis. in Child.* 4-1931.
- WILLI. — *Jahrb. f. Kind.* 3-1933.



## ACERCA DUM CASO DE MIOTROFIA MONOSEGMENTAR, DE TIPO MIELOPÁTICO

POR

M. B. BARBOSA SUFIRO  
Prof. aux. da Fac. de Medicina de Lisboa  
(Anatomia)

e

LUIZ PACHECO  
Assistente da Fac. de Medicina de Lisboa  
(Neurologia)

José P. B., de 48 anos de idade, trabalhador, natural de Abade de Neiva, notou, de há dois anos a esta parte, que a sua mão esquerda se fatiga mais facilmente do que até então. Essa perturbação foi-se acentuando progressivamente, a ponto de obrigá-lo a abandonar o trabalho, verificando também que a mão se tornara menos volumosa. Nesta lenta e progressiva evolução, não se manifestou nenhum fenómeno doloroso ou parestésico, nem se modificou o estado geral do indivíduo.

Pela observação, sobretudo se se comparam as duas mãos, verifica-se a atrofia muscular da eminência tenar da mão esquerda; existe também atrofia muscular, menos acentuada, porém, na eminência hipotenar e nos inter-ósseos dorsais. Os três dedos médios apresentam-se numa ligeira garra. No braço e antebraço dêsse lado, não se notam atrofias.

A motilidade voluntária, nessa mão, está diminuída, predominando as perturbações nos movimentos de extensão, abdução, adução e nos de afastamento dos dedos.

Observam-se ainda contracções fibrilares, ao nível da mão e dos dedos.

Os reflexos tendinosos, no membro superior esquerdo, são vivos.

A sensibilidade é normal, sob tôdas as formas, e existem ligeiras perturbações vaso-motoras — a mão esquerda um pouco mais fria do que a do lado oposto.

Nos outros segmentos do membro dêsse lado e nos do lado oposto, nada se encontra de anormal.

Nos membros inferiores, a motilidade é normal; os reflexos tendinosos são vivos, mas não existe *clonus* nem sinais de lesão dos feixes piramidais.

Face normal; a língua e o véu-do-paladar, igualmente sem lesões.

Pupilas iguais, reagindo bem à luz e à acomodação.

Exame visceral negativo.

Coluna cervical normal à observação directa e à palpação. Quanto ao exame radiográfico, verifica-se que não existem costelas cervicais, mas observa-se que as apófises transversas da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical são bastante mais volumosas do que habitualmente se encontra, disposição acentuada sobretudo na apófise transversa esquerda.



O exame eléctrico mostra inexcitabilidade farádica com hipo-excitabilidade galvânica, nos músculos da mão esquerda.

A punção lombar revelou o líquido céfalo-raquídio normal, com reacção de Bordet-Wassermann negativa.

Esta mesma reacção, no sangue, foi igualmente negativa.

Em resumo: existe atrofia muscular, com contracções fibrilares e exagêro dos reflexos tendinosos, localizada nos músculos da mão esquerda. Esta atrofia, de tipo mielopático, não é acompanhada de perturbações da sensibilidade.

Uma tal atrofia, sem perturbações da sensibilidade, não pode entrar no quadro da seringomielia. O resultado negativo da punção lombar permite afastar também a hipótese de atrofia sifilitica do tipo ARAN-DUCHENNE.

Esta atrofia, pela sua localização a um segmento do membro superior, fêz-nos a princípio pensar numa compressão radicular, por existência de costela cervical ou lesão vertebral.

O exame radiológico do ráquis mostra que não existe lesão vertebral nem costela cervical, mas sim uma hipertrofia das apófises transversas da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical.

Merece êste assunto algumas considerações anátomo-clínicas.

Já SOEMMERRING (1) e MECKEL (2) assinalavam que a 7.<sup>a</sup> vértebra cervical humana se assemelha tanto às vértebras torácicas que mais exacto seria incluí-las nestas últimas. Na realidade, a 7.<sup>a</sup> cervical mostra-se com grande diversidade de modalidades morfológicas, incidindo sobretudo nas suas apófises transversas; para o caso presente, lembramos, em especial, as variações que se referem à forma e dimensões insólitas destas apófises (3).

Em regra, as apófises transversas da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical são mais inclinadas para trás do que as suas congêneres da região, manifestamente mais volumosas, podendo também ter formas extravagantes, por exemplo com a sua extremidade virada para diante, e ainda com ela achatada verticalmente, ou aguçada

(1) SOEMMERRING, S. T. — *Traité d'Ostéologie et de Syndesmologie*. T. II da *Encyclopédie Anatomique*, trad. de l'alem. p. A. J. L. JOURDAN. Paris, 1843.

(2) MECKEL, J. F. — *Manuel d'Anatomie générale, descriptive et pathologique*. Trad. de l'alem. p. A. J. L. JOURDAN & G. BRESCHET. Paris, 1825.

(3) Ver BARBOSA SUEIRO, M. B. — A morfogenia de algumas variações raquidianas no homem, p. II, cap. I, in *Arquivo de Anatomia e Antropologia*, vol. XIV. Lisboa, 1933.



em ponta, noutros casos apresentando tendência para se constituir uma costela cervical, ou possuindo esta costela, em graus diferentes de desenvolvimento, etc.

Quando um indivíduo tem uma ou ambas as apófises transversas da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical mais desenvolvidas do que habitualmente, essa disposição pode originar perturbações, bastante semelhantes às provocadas pelas costelas cervicais.

Nestes últimos treze anos, alguns autores [por exemplo BOYVAVAL (1), BUYAT (2), CROUZON (3, 7), FOUILLOUD (2), HONEY (4), HURIEZ (1, 5), JAPIOT (2), LENORMAND (6), LOE (1), MATHIEU (7), MOUCHET (8), NEEF (9), PACETTI (10), SÉNÈQUE (11) e VANDENDORP (1)] têm referido perturbações de ordem patológica, causadas pelo desenvolvimento anormal da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical. Estas perturbações, como acabámos de dizer, não são essencialmente diferentes das que a costela cervical pode originar, donde DUBREUIL-CHAMBARDEL (12) — no que é seguido

(1) LOE, VANDENDORP, BOYVAVAL, HURIEZ. — Sept cas de côtes cervicales et d'hypertrophies transversaires à troubles vasculo-nerveux. *Nord Médical*. Lille, 1930.

(2) FOUILLOUD, BUYAT, JAPIOT. — Côtes cervicales bilatérales. *Lyon Médical*, 1922.

(3) CROUZON, O. — Côtes cervicales et hypertrophies des apophyses transverses cervicales. *Presse Médicale*, vol. XX. Paris, 1923.

(4) HONEY. — Cit. de H. FISCHER.

(5) HURIEZ, CLAUDE — Côtes cervicales et hypertrophies des apophyses transverses cervicales. *Société de Médecine Pratique*. 15-VIII-930.

(6) LENORMAND. — Cit. de DUBREUIL-CHAMBARDEL.

(7) CROUZON, O. & MATHIEU. — Contribution à l'étude des côtes et des apophyses transverses cervicales. *Société de Neurologie*, 5-VII-923. *Revue Neurologique*, vol. XX.

(8) MOUCHET, A. — Côtes cervicales et apophyses cervicales latérales. *Bulletin de la Société de Neurologie*, 1921.

(9) NEEF. — Cit. de H. FISCHER.

(10) PACETTI. — La costa soprannumeraria e l'ipertrofia trasversaria delle vertebre cervicali (contributo clinico). *Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XX. 1928.

(11) SÉNÈQUE. — Hypertrophie de l'apophyse transverse de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale. Indications opératoires. *Journal de Chirurgie*. Août, 1923.

(12) DUBREUIL-CHAMBARDEL, L. — Les variations du rachis et leurs conséquences pathologiques et morphologiques. *Arquivo de Anatomia e Antropologia*, vol. IX. Lisboa, 1924.



pelo seu discípulo H. FISCHER (1) — considerou uma *inútil complicação clínica* classificar como síndromas diferentes os devidos à costela cervical e os oriundos na hipertrofia da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical.

De múltiplas perturbações as costelas cervicais podem ser responsáveis.

Um de nós (2) distribuiu por cinco grupos as perturbações patológicas que a existência da costela cervical pode produzir, a saber: 1.<sup>o</sup> morfológicas, 2.<sup>o</sup> circulatórias, 3.<sup>o</sup> nervosas, 4.<sup>o</sup> respiratórias, 5.<sup>o</sup> associadas. Interessam, no assunto presente, as do 3.<sup>o</sup> grupo, ou sejam as perturbações nervosas. Considerando mesmo que o síndrome da hipertrofia da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical se deva arrumar no capítulo dos síndromas originados na costela cervical (como preconizam DUBREUIL-CHAMBARDEL e H. FISCHER), uma apófise transversa hipertrofiada assemelha-se inteiramente a uma costela cervical pouco desenvolvida e — segundo observaram G. FERRY (3), ROBINEAU (4), MOUCHET & GASTAUD (5) — «são as costelas curtas que dão lugar, nas mais das vezes, a perturbações nervosas».

As perturbações nervosas podem manifestar-se no plexo braquial ou no simpático cérvico-braquial, e ainda num e noutro simultaneamente, parecendo ser mais frequentes as no plexo braquial, e a elas vamos aludir, as únicas que no caso presente nos interessam. A costela cervical exerce uma acção mecânica sobre as raízes do plexo braquial, seja compressão (quando é pouco desenvolvida), seja distensão, soerguendo-as (quando é muito de-

---

(1) FISCHER, H. — Les dysmorphies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques. Paris, 1926.

IDEM. — Les dysmorphies congénitales du thorax et leurs syndromes cliniques. Travail publié en collaboration posthume avec le Prof. DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours). Paris, 1928.

(2) BARBOSA SUEIRO, M. B. — Loc. cit., p. II, cap. I, VI.

(3) FERRY, G. — Septième côte cervical totale, unilatérale: particularités anatomo-cliniques. *Annales d'Anatomie Pathologique et d'Anatomie Normale Médico-chirurgicale*. T. III. Paris, 1926.

(4) Cit. de FERRY.

(5) MOUCHET, A. & GASTAUD. — Côtes cervicales et dorsalisation de la septième cervicale. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*. Paris, 1924.



senvolvida). No início do síndrome predomina quasi sempre a sintomatologia sensitiva — formigueiros, dormência, sensação de picadas nos territórios dos nervos cubital e radial, cujas raízes são mais atingidas pelo ossinho anómalo; esta sintomatologia agrava-se a breve trecho e instalam-se perturbações sensitivo-motrices, verificando-se assim, sucessivamente, hiperestesia, anestesia radicular, diminuição ou abolição dos reflexos, fadiga, instabilidade e abolição dos movimentos.

Lembraremos, a tal respeito, os casos de ANTÓNIO FLORES (1), de compressão do plexo braquial; o de DEJERINE & DELILLE (2), de paralisia radicular do plexo braquial, com predominância de sintomatologia sensitiva; o de SERAFINI (3), de perturbações da fisiologia do plexo braquial, acompanhadas de tic do pescoço; o de FOLLY (4), de pseudo-paralisia radial; o de LYONNET (5), com simples perturbações dolorosas; o de TORRACA (6), com paralisia total do membro superior esquerdo; os casos assinalados por PARKES WEBER (7), com atrofia unilateral dos músculos da mão; os de PIERRE MARIE & CHATELIN (8), A. MOUCHET (9), e o mesmo

(1) Cit. em: EGAS MONIZ. — O ensino médico em Lisboa. Clínica Neurológica. Lisboa, 1926.

(2) DEJERINE, J. & ARMAND DELILLE, P. — Un cas de paralysie radicaire supérieur bilatérale du plexus brachial, à symptomatologie surtout sensitive, due à la présence de côtes cervicales supplémentaires. *Revue Neurologique*, vol. X. Paris, 1902.

(3) SERAFINI. — Côtes cervicales, troubles du plexus brachial, tic du cou. *Il Policlinico*, ano XVI. 1909.

(4) FOLLY. — Pseudo-paralysie radiale par côte cervicale. *Société de Médecine de Nancy*, s. du 24-VI-931.

(5) LYONNET. — Troubles douloureux par côtes cervicales. *Société de Médecine et des Sciences Médicales*, s. du 4 février 1931.

(6) TORRACA, L. — Côte cervicale bilatérale avec paralysie complète du membre supérieur gauche. *An. Ital. de Chirur*, ano VII. 1928.

(7) PARKES WEBER, F. — Côtes cervicales bilatérales avec atrophie unilatérale des muscles de la main. *Proceedings of the Royal Society of Medicine of London*, vol. VI. 1912.

(8) PIERRE MARIE & CHATELIN. — Côte cervicale unilatérale droite et atrophie thénarienne. *Bull. de la Soc. de Neurol.* 1917.

(9) MOUCHET, A. — Côtes cervicales et atrophie de l'éminence thénar chez un enfant de 4 ans. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirur.* 1926.



com ATHANASSI-BENISTY (1), com atrofia da eminência tenar; o de RIST & HIRSCHBERG (2), com atrofia isolada bilateral dos adutores do polegar; o de LÉRI & TZANCK (3), de existência dum *noevus* linear congénito, atribuído por estes autores à irritação contínua, exercida pela costela anómala, nas raízes nervosas.

Poder-se-ia pensar que êste doente sofre de síndrome produzido pela hipertrofia da apófise transversa esquerda da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical. O exame radiográfico, comprovando a existência duma volumosa apófise transversa esquerda da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical, a atrofia dos músculos tenares, o *deficit* funcional do segmento distal do membro superior esquerdo, o início insidioso da doença, a evolução de agravamento progressivo, poderiam levar ao diagnóstico dêsse síndrome.

Mas há que atender a outros factores. Os sintomas provocados pela hipertrofia da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> cervical são afinal os duma nevrite traumática, manifestando-se diferentemente, conforme a raiz ou as raízes do plexo braquial, que a apófise atinge, por compressão nas mais das vezes, e por distensão certamente em alguns casos. São perturbações sensitivo-motoras de natureza radicular — nuns casos com predominância sensitiva, noutros motora, e ainda noutros sem que haja predomínio dumas sôbre as outras (enfraquecimento ou abolição dos reflexos, hiperestesia, anestesia, nos territórios dos nervos atingidos).

Geralmente, o começo do síndrome provocado pela costela cervical marca-se pelos 20 a 25 anos, sem que todavia a idade possa ser considerada como de grande certeza. A razão dêsse facto tem sido atribuída a completar-se a ossificação raquidiana, justamente na idade de 20 a 25 anos. Na hipertrofia da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical deverá realizar-se análoga-

---

(1) MOUCHET, A. & ATHANASSI-BENISTY — Deux cas de côtes cervicales se traduisant uniquement par l'atrophie de l'éminence thénar. *Bull. de la Soc. de Neurol.* 1921.

(2) RIST, E. & HIRSCHBERG, F. — Atrophie isolée bilatérale des adducteurs du pouce chez le porteur d'un paire de côtes cervicales. *Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris.* 15 mars 1930.

(3) LÉRI & TZANCK. — Noevi linéaires et côtes cervicales. *Bull. et Mém. de la Soc. de Dermatologie et Syphiligraphie*, avril 1922.



mente o mesmo fenómeno, mas ignoramos se já se pode com segurança, pelas observações feitas, afirmar que o aparecimento do síndrome se verifica mais vezes na idade apontada.

No caso presente, é na idade de 46 anos que o doente acusa o comêço do seu mal — idade bastante avançada para que se enquadre o caso no síndrome produzido pela hipertrofia da apófise transversa da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical.

Ora José P. B. não tem alterações da sensibilidade, no seu membro superior esquerdo, mas apresenta nitidamente perturbações motrizes, com contracções fibrilares ao nível da mão e dos dedos, reflexos tendinosos aumentados, inexcitabilidade farádica com hipo-excitabilidade galvânica nos músculos da mão. É pois a motilidade da sua mão esquerda que está atingida, claramente diminuída, devendo tratar-se portanto de lesões centrais — e não radiculares — medulares, de esclerose lateral amiotrófica.

Poder-se-á objectar talvez, porque é então que, tendo este indivíduo hipertrofia da apófise transversa esquerda da sua 7.<sup>a</sup> vértebra cervical — diagnosticada radiograficamente — nelle se não instalou o síndrome nervoso respectivo. Esta objecção tem fácil resposta: é porque a apófise transversa, a-pesar-de hipertrofiada, não traumatiza as raízes do plexo braquial, com elle não tendo porventura relações de contacto directo. Já a costela cervical, em muitos indivíduos existe, sem que origine nenhuma perturbação, vindo a encontrar-se por acaso, por exemplo numa radiografia, tirada por qualquer outro motivo. É de crer que, em muitos mais indivíduos, a apófise transversa da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical esteja hipertrofiada, sem que o portador disso se ressinta.

Em conclusão, José P. B. tem uma miotrofia monosegmentar da sua mão esquerda, de tipo mielopático, de etiologia obscura; caso este raro, pela sua forma monosegmentar e bastante limitada de esclerose lateral amiotrófica.

Este indivíduo possui também hipertrofia das apófises transversas da 7.<sup>a</sup> vértebra cervical, mais acusada à esquerda, malformação esta que não lhe provoca qualquer transtôrno no funcionamento do seu plexo braquial.

A-pesar da raridade duma tal localização da esclerose lateral amiotrófica, que habitualmente dá lesões mais extensas e simétricas, julgamos que este é o único diagnóstico possível. A forma monoplégica, conquanto também rara, é contudo mais freqüente



do que a forma monosegmentar, que apresentamos; o que justifica a publicação do caso.

#### RÉSUMÉ

Les AA. ont observé un homme de 48 ans qui présente une atrophie musculaire à sa main gauche, plus accentuée au thénar qu'au hypothenar et aux interosseux dorsaux; les trois doigts moyens de cette main forment une légère griffe; il y a des contractions fibrillaires des muscles de cette main; les reflexes tendineux du membre supérieur gauche sont vifs. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Une radiographie du rachis cervical montre l'hypertrophie des apophyses transverses de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale, plus hypertrophiée la gauche que la droite. L'individu n'est pas syphilitique (son sang et son liquide céphalo-rachidien avec le Bordet-Wassermann négatif).

Les AA. mentionnent les troubles nerveux qui ont été décrits siégeant au plexus brachial avec leur origine à l'hypertrophie des apophyses transverses de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale.

Les AA. font le diagnostic de myotrophie monosegmentaire, myelopathique. Malgré la rareté de cette localisation de la sclérose latérale amyotrophique, qui donne en règle des lésions plus étendues et symétriques que celles du cas présent, les AA. croient que celui-ci est le seul diagnostic possible. La forme monoplégique, qui est aussi rare, est pourtant plus fréquente que la forme monosegmentaire du cas en question.



## UM PROCESSO DE OBTER POSITIVOS RADIOGRÁFICOS

POR

CARLOS LARROUDÉ

Oto-rino-laringologista dos Hospitais Cívics

Não é novidade dizer que todos os autores que precisem ilustrar um trabalho científico com positivos de radiografias sofrem, quási invariavelmente, um desapontamento ao verificarem, uma vez feita a impressão, que muitos pormenores da imagem se perdem e outros quási se não destacam. Sucede, assim, que uma boa película radiográfica, transposta para o jornal científico ou para as páginas do livro, não mostra, muitas vezes, aquilo que, afinal, o A. esperava melhor pôr em foco, e para o que se sujeitou à despesa de documentar o seu trabalho com radiografias cuidadosamente escolhidas. Também êsse percalço nos tem sucedido, e por várias vezes temos tentado obter um remédio para êsse mal, sem, no entanto, lograrmos êxito até há poucos meses.

O acaso fez-nos saber um dia que um fotógrafo, Roy Donaldson, procurara também uma forma de obter imagens mais nítidas ao imprimir radiografias e para isso lembrara-se de obter positivos impressionando o papel através de duas películas iguais, sobrepostas, mas uma negativa e a outra positiva.

Aplicámos o processo, que foi vagamente descrito, às nossas radiografias das cavidades peri-nasais e, após uma série de experiências, conseguimos obter resultados animadores, que hoje publicamos. Não são, porém, resultados definitivos, e êste artigo só tem por fim levar ao conhecimento daqueles a quem o assunto possa interessar, êste processo, no intuito de que o empreguem e aperfeiçoem, pois nós só em raros momentos de ócio lhe podemos dedicar a atenção que nos parece merecer.

A fig. 1 mostra um caso de assimetria dos seios frontais e maxilares.



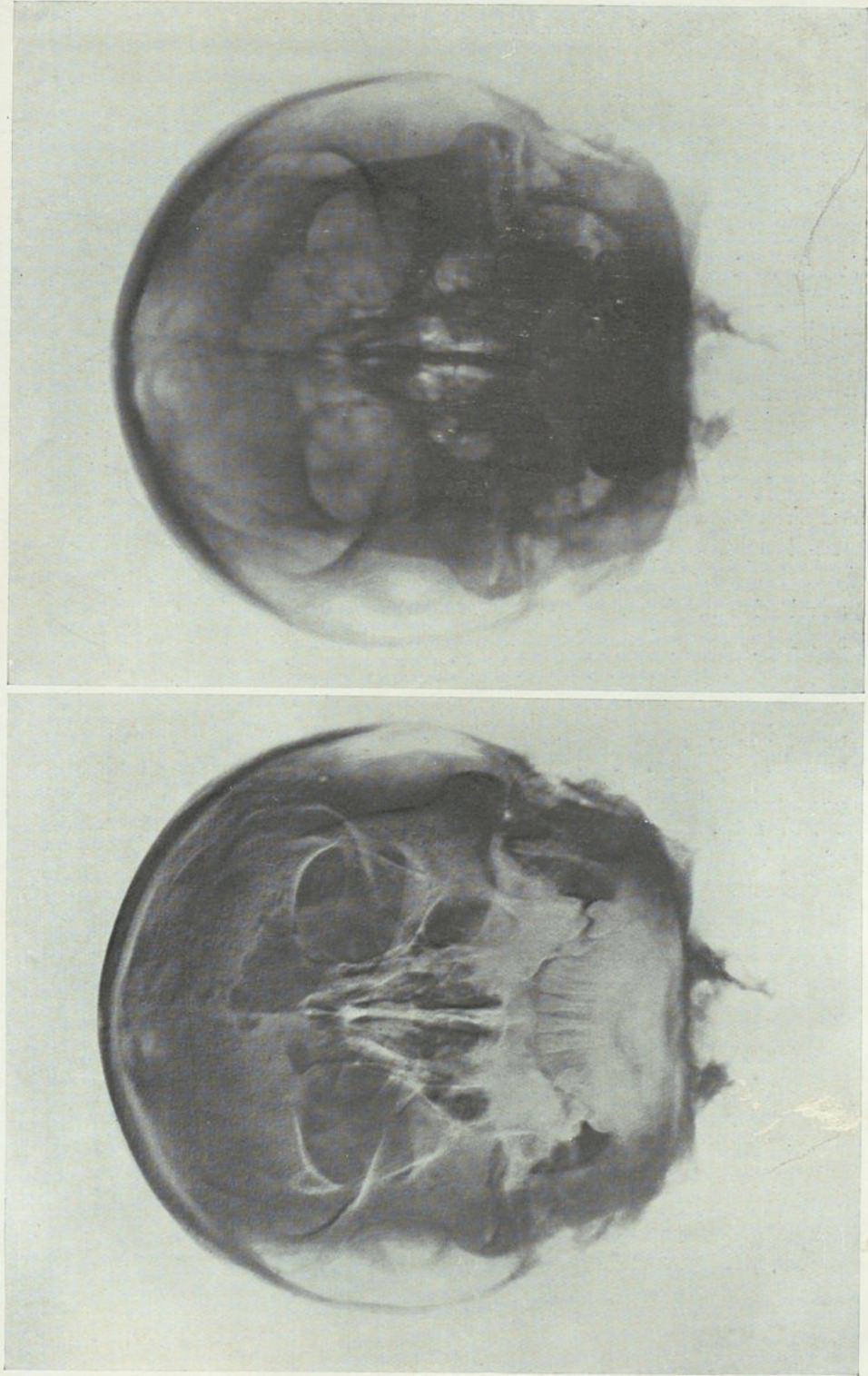


Fig. 1

Assimetria dos seios frontais e maxilares.  
A' direita da figura, imagem obtida com um positivo simples. — A' esquerda, imagem obtida por dupla impressão.







A fig. 2 mostra uma radiografia dos seios peri-nasais em posição látero-lateral visualizados pelo método de deslocamento. Julgamos que é esta a primeira fotografia publicada de uma visualização dos seios peri-nasais obtida pelo processo que estamos descrevendo, pois até hoje não sabemos de trabalho algum existente nesse sentido.

O processo que empregamos consiste, num primeiro tempo, em tirar uma radiografia segundo a técnica habitual. Dêsse negativo tira-se em seguida uma segunda película positiva. As duas películas são então sobrepostas sôbre o papel sensível. Essa sobreposição deve fazer-se de forma que os filmes não coincidam rigorosamente, procurando obter-se tanto quanto possível uma imagem estereoscópica.

Assim se consegue a imagem final, da qual se fará a gravura a imprimir. É no tempo de exposição, posição dos filmes, contraste maior ou menor do filme positivo, etc., que depende o obter uma boa imagem. Não temos ainda uma técnica fixa e que possa descrever-se facilmente, pois só a prática e a experiência podem ensinar a forma de, para cada pequena dificuldade, encontrar a maneira de a vencer.

Os resultados obtidos até agora têm sido muito animadores e incitam nos a continuar aperfeiçoando pormenores de técnica.

Resumindo: pode dizer-se que o processo consiste em imprimir simultaneamente as duas películas. Há, portanto, um dupla impressão, cujas imagens se confundem numa única e por isso denominamos êste processo «processo de dupla impressão.»

Não queremos terminar êste artigo sem agradecer ao hábil chefe da secção de fotografia do Instituto de Medicina Legal, sr. Manuel Vitor Guerreiro, a preciosa colaboração que nos prestou em parte do nosso trabalho, anuindo, com a amável autorização do sr. Prof. Azevedo Neves, a executar, da melhor vontade, tôda uma série de fatigantes experiências de laboratório, em que mais uma vez revelou a sua proficiência.

Já depois de composto êste artigo, soubemos que o Dr. Carlos Santos, pai, fêz, em Abril de 1909, uma comunicação à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, em que, com uma técnica parecida com a que aqui descrevemos, obteve imagens muito curiosas, mas no entanto bastante diferentes das que hoje apresentamos.



## UM CASO DE HIPERNEFROMA COM AORTOGRAFIA

POR

ANTÓNIO CARNEIRO DE MOURA  
Interno dos Hospitais de Lisboa

O interêsse da aortografia nos tumores renais e para-renais foi o tema duma comunicação ao Congresso da Associação Francesa de Urologia (1933) do nosso Mestre Prof. Reynaldo dos Santos. Aí, foram apresentados vários tumores renais de diagnóstico delicado, onde os meios habituais (pielográficos) deixaram dúvidas e em que a aortografia pôde afirmar o diagnóstico de hipernefroma, mercê da imagem vascular típica que se tem observado nestes tumores.

Vamos apresentar mais um exemplo.

Essa imagem é de isquemia parcial, ao lado da rêde vascular do tecido renal poupado pelo tumor. Distingue-se da isquemia *total* das hidronefroses, com as quais por vezes tem que ser pôsto o diagnóstico, em especial se são hidronefroses acompanhadas de hematúria. Insistimos na importância do diagnóstico com as nefrites hematúricas, porque é precisamente com elas que o quadro clínico das neoplasias mais se confunde.

São doentes em geral na idade dos tumores, emagrecidos, com hematúrias totais espontâneas e coalhos, por vezes unilaterais, com um rim grande, doloroso. Se a pielografia é duvidosa ou até impossível de realizar, está-se em presença dum problema delicado, sendo uma das indicações da lombotomia exploradora.

Ora, a aortografia permite reconhecer nas neoplasias as diferenças de vascularização já apontadas, quer de isquemia como nos hipernefromas, quer de vascularização anormal, lagos sanguíneos, rêde vascular neoformada, etc. Nas nefrites hematúricas, ou quási não há alterações na rêde arterial do rim ou as modificações, quando existem, são difusas, podendo mesmo mostrar o aspecto habitual da arteriosclerose (dilatação e irregularidades das artérias, sinuosidades, etc.).



O caso que hoje apresentamos não era de diagnóstico difícil, pois a pielografia ascendente mostrava alterações da morfologia do bassinete e cálices que não deixavam lugar a dúvidas, mas é mais um exemplo confirmativo do aspecto típico da aortografia.

Resumiremos a observação:

José T., 41 anos, trabalhador. Há quatro meses hematúria total espontânea, abundante, com coalhos, sem dores nem cólicas. Ao fim de dois dias parou a hematúria. Passou dois meses bem, micções afastadas com urinas

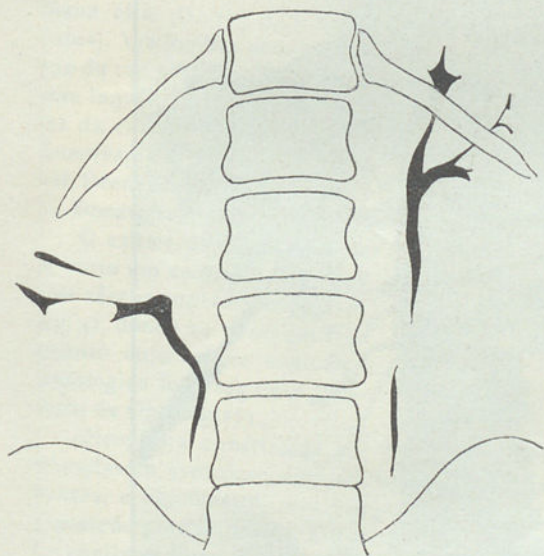


Fig. 1



Fig. 2

limpidas, até que se repetiu a hematúria com os mesmos caracteres: indolor, total e espontânea. Nega qualquer doença anterior.

À observação geral, é um homem novo, robusto, de perfeita saúde aparente. As urinas emitidas recentemente são ligeiramente turvas.

*Uretra.* — Permeável a uma *béquille* grossa que não evacua resíduo.

*Próstata.* — Normal.

*Micções.* — Afastadas, normais.

*Palpação renal.* — Não se palpam os rins nem se desperta dor.

*Análise da urina de vinte e quatro horas.* — Serina, 0,5; glicose, 0; ureia, 21 grs.

*Sedimento* — Raros leucócitos, algumas hematias.

*Doseamento da ureia no sangue.* — 0,40.



*Cromocistoscopia.* — Não há tumor, nem cálculo vesical. Os *O. U.* em fenda normal, ejaculações claras. Mucosa vesical sem alterações. Carmin simultâneo dos dois lados aos quatro minutos, concentrando logo nas ejaculações seguintes, que são rítmicas. Dir-se-ia que o valor funcional dos dois rins era idêntico.

*Radiografia simples do aparelho urinário.* — Não há cálculo. Não se desenhavam os contornos renais.

*Urografia de eliminação (per-abrodil).* — Bom funcionamento renal bilateral logo na primeira chapa (aos cinco minutos). Deformação do bassinete

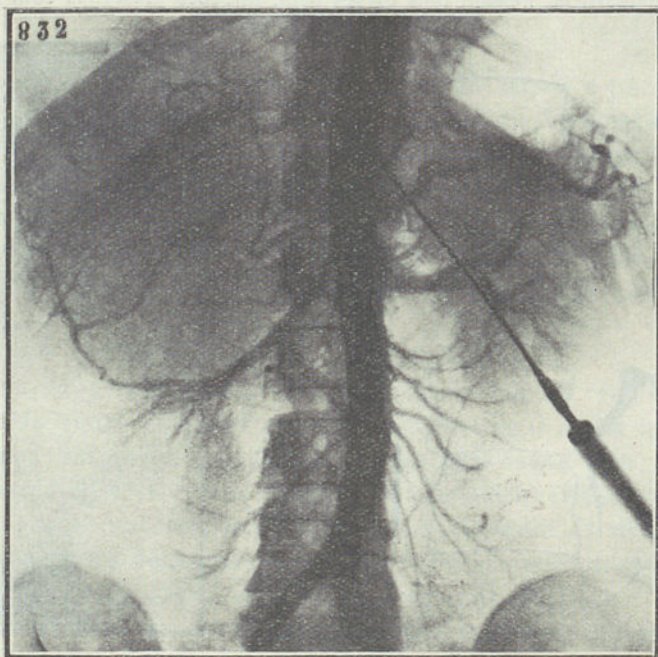


Fig. 3

direito que faz suspeitar um tumor (fig. 1). Nas poses seguintes mantém-se a mesma imagem.

*Cateterismo do bassinete direito.* — Fácil a uma sonda opaca n.º 8. Não há retenção.

*Urina colhida por cateter do bassinete direito.* — Aspecto ligeiramente hemático. *Ureia.* — 16,3 por litro. *Sedimento.* — Alguns leucócitos, bastantes células redondas pequenas, numerosas hematias.

Em face da imagem imprecisa da urografia de eliminação, fez-se uma *pielografia ascendente com iodeto de sódio a 12 %*: deformação do bassinete com alargamento do cálice superior e estiramento dos cálices médios confirmando o diagnóstico de tumor. O uretere não está desviado (fig. 2).



*Aortografia* (sob raqui). — Punção alta da aorta. Injecção de 12 cc. de iodeto de sódio a 100%. Arteriograma típico. Rim esquerdo bem irrigado, de volume normal. Rim direito muito aumentado à custa da sua parte superior. Os ramos superiores da renal direita, muito alongada, descrevem uma curva cuja concavidade, voltada para cima, delimita o tumor, desenvolvido à custa dos dois têrços superiores do rim, com manifesta pobreza de irrigação. O polo inferior apresenta-se bem irrigado, como no parênquima normal, sendo a única parte respeitada pelo tumor (fig. 3).

Poucos dias depois o doente é operado pelo Prof. Reynaldo dos Santos. Anestesia raquidiana alta (D. 11; 0,15 novocaina). Via lombar com ressecção da 12.<sup>a</sup> costela. Nefrectomia com laqueação do pedículo antes da exteriorização do rim; hemorragia discreta da loca renal. Drenagem com gaze e tubo. Doente sem *shock*.

O exame da peça mostrou ao corte um enorme tumor dos dois têrços superiores do rim (fig. 4), donde se tirou um fragmento cujo exame anátomo-patológico foi o seguinte (Instituto de Oncologia):



Fig. 4

«Neoplasia constituída por muitas massas irregulares de células de protoplasma esponjoso com núcleo de dimensões variadas, por vezes monstruosas, e algumas mitoses atípicas, tomando por vezes estas massas uma disposição glanduliforme. Em certos pontos o estroma é constituído apenas por capilares finos. Tecido conjuntivo muito edemaciado. Extensas zonas de hemorragias.

«Conclusão: tumor de Grawitz de tipo negróide. — a) *J. Bacelar.*»

O doente teve primeiro um bom post-operatório. Ao terceiro dia ligeiros acidentes de hipocloremia e azotemia (ureia, 0,84; cloretos, 4,5 por litro). Cederam rapidamente ao sêro cloretado hipertônico intravenoso.

Teve alta dezassete dias depois da operação, saindo do hospital ainda com um pequeno trajecto lombar. Urinas límpidas. São passados três meses, continua bem, trabalhando normalmente.

Se publicamos esta observação, não é para arquivar o bom resultado operatório, demasiado recente para ter qualquer significado terapêutico definitivo. É, antes, o ponto de vista de diagnóstico que só os meios radiológicos permitiram afirmar e precisar.



Dos sinais clássicos de tumor do rim, o nosso doente só tinha a hematúria; nem dor, nem tumor palpável, nem sinais de alteração funcional do rim neoplásico. Foram a pielografia e a aortografia que permitiram afirmar, a primeira o diagnóstico de neoplasia, a segunda a sua extensão e localização precisas, bem como a sua provável natureza (hiper nefroma).

Não é na série de tumores renais examinados à aortografia o único exemplo desta natureza; mas é mais um, e bastante típico, para que nos parecesse interessante publicar, embora resumidamente, a observação.



## SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL

1852-1934

O homem eminente que a Espanha perdeu no dia 17 de Outubro de 1934, na avançada idade de 82 anos, ocupava situação de destaque entre as maiores figuras da Ciência moderna. Verdadeiro sábio no mais puro sentido da palavra, Ramón y Cajal alcançou essa situação pela importância excepcional dos seus descobrimentos e pelo altíssimo valor das deduções que o seu génio soube tirar dos factos que observou. Graças a um labor incessante por mais de cinqüenta anos e ao emprêgo de técnicas maravilhosas, por êle imaginadas ou aperfeiçoadas, o grande histologista deixa o seu nome ligado a uma multidão de contribuições para o conhecimento da estrutura e da arquitectura do sistema nervoso central e periférico e a uma doutrina que, por maiores e mais violentos que tenham sido os ataques contra ela dirigidos por investigadores ilustres, ainda ninguém conseguiu demolir.

Antes de Cajal, a constituição íntima do sistema nervoso era assunto árido, difícil de compreender e de esmiuçar. Os métodos de estudo então usados não bastavam para a esclarecer, nem permitiam uma fiel interpretação dos poucos dados que as preparações revelavam. A substância cinzenta dos centros aparecia como emmaranhado confuso e inextrincável de filamentos, cuja origem, destino, relações e significação eram um mistério aparentemente insondável.

Os trabalhos de Cajal fizeram mudar por completo o aspecto da questão. Sabendo, como poucos, servir-se de novos meios de análise histológica e citológica, Cajal fez observações relativas à morfologia dos elementos nervosos e às suas conexões, que ficaram como conquistas definitivas no património científico. O problema, tão complexo e intrincado, da constituição da substância



cinzenta foi por êle elucidado de maneira surpreendente. E, como tem sucedido a tôdas as grandes teorias científicas, as de Cajal foram ao princípio combatidas ou desprezadas, para em seguida serem corroboradas e aceitas, mesmo por alguns dos seus primitivos detractores.

A obra grandiosa de Ramón y Cajal é o mais belo exemplo do que pode a tenacidade de um investigador, superiormente dotado, quando tem a animá-lo o ardente desejo de engrandecer a sua pátria, cultivando e desenvolvendo o estudo de uma ciência até então nela inexistente. De como cumpriu o seu programa atestam-no os escritos publicados, mais de trezentos artigos e monografias, obras de texto e de compilação das suas observações pessoais, os seus numerosos discípulos espalhados por diversos países e, acima de tudo, os progressos que imprimiu às ciências biológicas. Morreu coberto de glória, respeitado e admirado por nacionais e estrangeiros, o venerando Mestre, cujo nome ficará inscrito na história da Ciência como um dos que melhor e mais devotadamente a serviram.

Santiago Felipe Ramón y Cajal nasceu no dia 1 de Maio de 1852, em Petilla de Aragón, aldeia da província de Navarra, onde seu pai, D. Justo Ramón y Casasús, cirurgião de segunda classe, exercia ao tempo clínica de partido. O que foram a sua infância e adolescência passadas na plena liberdade dos campos, nas terras (Larrés, Valplanas, Ayerbe, etc.) que seu pai foi successivamente percorrendo no exercício da profissão até se instalar em Saragoça, conta-o pormenorizadamente o próprio Cajal nas memórias da sua vida, que há anos publicou com o título sugestivo de *Recuerdos de mi vida*.

Neste livro cheio de interêsse, do qual os seus biógrafos têm tirado os factos mais salientes, narra o autor as aventuras da criança turbulenta, indisciplinada, voluntariosa, que foi, os castigos que as suas travessuras o fizeram sofrer da parte do pai e dos mestres, até acabar por ser colocado como aprendiz de sapateiro, último recurso de que aquele se serviu para o obrigar a estudar. Só depois desta dura prova, que durou mais de um ano, e já com mais de 16 anos de idade, é que o jovem Santiago se decidiu a concluir o curso secundário em Huesca (1869), para iniciar em seguida o curso médico como aluno da Facul-



LISBOA MÉDICA

# IODALOSE GALBRUN

**ODO PHYSIOLOGICO, SOLUVEL, ASSIMILAVEL**

A IODALOSE É A ÚNICA SOLUÇÃO TITULADA DO PEPTONIODO  
Combinação directa e inteiramente estavel do Iodo com a Peptona  
DESCOBERTA EM 1896 POR E. GALBRUN, DOUTOR EM PHARMACIA  
Comunicação ao XIIIº Congresso Internacional de Medicina, Paris 1900.

**Substitue Iodo e Ioduretos em todas suas applicações  
sem Iodismo.**

Vinte gotas IODALOSE operam como um gramma Iodureto alcalino.  
DOSES MEDIAS : Cinco a vinte gotas para Crianças; dez a cinquenta gotas para Adultos.

Pedir folheto sobre a Iodotherapie physiologica pelo Peptoniodo.  
LABORATORIO GALBRUN, 8 et 10, Rue du Petit-Musc. PARIS

## TUBERCULOSE MEDICAÇÃO BRONCHITES

**CREOSO - PHOSPHATADA**

Perfeita Tolerancia da creosote. Assimilação completa do phosphato de cal.



# SOLUÇÃO PAUTAUBERGE



de Chlorhydro-phosphato de cal creosotado.

*Anticarrhal e Antiseptico*

*Eupeptico e Reconstituente.*

Todas as Affecções dos Pulmões e dos Bronchios.

**E. PAUTAUBERGE, 10, Rue de Constantinople**

**GRIPPE**

PARIS (8º)

**RACHITISMO**

Tratamento especifico completo das **AFECCÕES VENOSAS**

# Veinosine

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

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

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



# LABORATORIOS CLIN

## COLLOIDES

1º COLLOIDES ELECTRICOS : Electrargol (prata) - Electrauro (ouro) - Electr-Hg (mercurio) - Electrocuprol (cobre) - Electrorrhodiol (rhodio) - Electroselenium (selenio) - Electromartiol (ferro) - Arrhenomartiol.

2º COLLOIDES CHIMICOS : Collothiol (enxofre) - Ioglysol (iodo-glycogeno).

## SULFO-TREPARSEANAN

ARSENOBENZENE INJECTAVEL

Pela via hipodérmica

Doses : I (0 gr. 06) a X (0 gr. 60)

Crianças de peito : 0 gr. 02 e 0 gr. 04

## NEO-TREPARSEANAN

Syphilis — Plan — Impaludismo — Trypanosomiasas.

## ENESOL

Salicylarsinato de Hg (As e Hg) dissimulados)

Empólas de 2 e de 5 c.c. a 0 gr. 03 par c.c.

Injecções intramusculares e intravenosas.

## ADRÉNALINE CLIN

Solução a 1/1000. — Collyrios a 1/5000 e a 1/1000.  
Granulos a 1/4 milligr. — Suppositorios a 1/2 milligr.  
Tubos esterilizados a 1/10, 1/4, 1/2 e 1 milligr.

## CINNOZYL

(Cinnamato de benzylo-Cholesterina e Camphora)

Immunisação artificial do organismo tuberculoso.

Empólas de 5 c.c.

## SOLUÇÃO de Salicylato de Soda do D<sup>r</sup> CLIN

Dosagem rigorosa - Pureza absoluta  
2 gr. de Salicylato de Soda por colher de sopa.

## SALICERAL

(Mono-salicyl-glycerina)

Linimento anti-rheumatismal

## LICOR E PILULAS DO D<sup>r</sup> LAVILLE

Anti-gottosas

1/2 a 3 colheres das de chá por dia.

## SOLUROL

(Acido thymintico)

Eliminador physiologico do acido urico.

Comprimidos doseados a 0 gr. 25.

## SYNCAINE

Ether paraaminobenzoico do diethylaminoethanol.

Syncaine pura em sal. — Soluções adranesthetics.

Tubos esterilizados para todas as anesthetics.

Collyrios.

## ISOBROMYL

(Monobromisovalerylurada)

Hypnotico e sedativo

Comprimidos doseados a 0 gr. 30 :

1 a 3 antes de deitar-se.

## VALIMYL

(Diethylisovaleramide)

Antiespasmódico

Perolas doseadas a 0 gr. 05 : 4 a 8 por dia.

## TANACETYL

(Acetylitanin)

Antidiarrheico

Comprimidos doseados a 0 gr. 25 : 1 a 3 por dose.

3 vezes por dia.

## INJEÇÃO CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINADA

Empólas de 1 c. c. (N<sup>o</sup> 596 e 796).

Glycerophosphato de soda a 0 gr. 10. - Cacodylato de soda a 0 gr. 05. - Sulf. de strychnina a 1/2 milligr. (596) ou 1 milligr. (796) por c. c.

## CACODYLATO DE SODA CLIN

Globulos de 1 egr. — Gottas de 1 egr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados em todas as dosagens usuas.

## METHARSINATO CLIN

(Syn.: ARRHENAL)

Globulos de 25 milligr. — Gottas de 1 egr. por 5 gottas.

Tubos esterilizados de 5 egr. por c. c.

## VINHO E XAROPE NOURRY

5 egr. de iodo e 0 gr. 10 de tanino, por colher das de sopa.

Lymphatismo, Anemia, Molestias de Peito.

## ÉLIXIR DERET

Solução vinosa com base de Iodureto duplo de Tanino e de Mercurio.

De um a duas colheres de sopa por dia.

## XAROPE de AUBERGIER

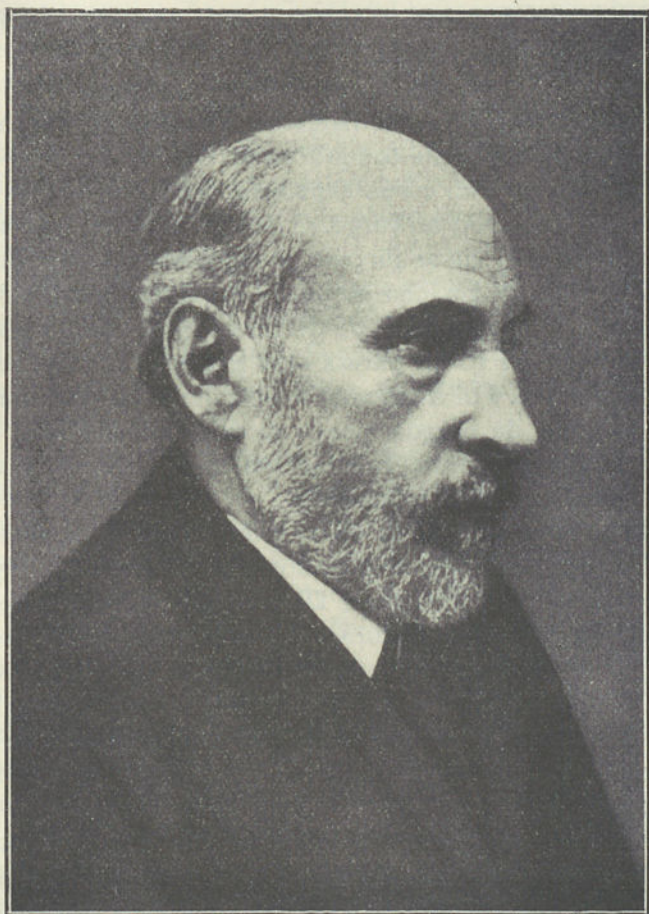
de Lactucario

2 a 4 colheres das de sopa por dia.

1631



dade de Saragoça. É interessante notar que, mesmo na época das maiores tropelias, Cajal mostrava invulgar curiosidade pelos fenómenos naturais, entretendo-se a examinar as fases do desenvolvimento de embriões de galinha, o vôo dos pássaros, as



Santiago Ramón y Cajal

rochas, etc., e revelava notável temperamento artístico, evidenciado em desenhos e pinturas que fazia nas horas vagas do estudo e das proezas. Também versejava, escrevia novelas, lia livros de filosofia e ciências naturais, e era apaixonado pela fotografia.



Os estudos anatómicos com que iniciou a aprendizagem médica foram feitos sob a direcção de D. Justo Ramón, que ao tempo desempenhava as funções de professor interino de dissecação na Faculdade. Durante o curso, mostrou particular predilecção pela Anatomia e pela Fisiologia, chegando a ser ajudante dos trabalhos anatómicos, o que veio a ter mais tarde influência decisiva na sua vida científica.

Obtido o diploma de licenciado, em Junho de 1873, Cajal alistou-se no exército, primeiro como soldado, depois na qualidade de médico, lugar que conquistou por concurso. Pouco depois, partia para Cuba, num corpo expedicionário.

Pouco se demorou no cargo. Cêrca de um ano depois de ter ido para a colónia, viu-se forçado a regressar à metrópole por doença, inutilizado em campanha e, portanto, reformado. Um gravíssimo ataque de paludismo deixara-o tão enfraquecido e anemiado que teve de voltar para a casa paterna, a-fim-de se tratar convenientemente. Foi demorada a convalescença. Recuperada a saúde, ao cabo de longos meses de cuidados assíduos, era necessário pensar no futuro. É então que Cajal se resolve a enveredar pela carreira do professorado.

Nesta nova orientação de vida, vêmo-lo sucessivamente exercer as funções de ajudante provisório de Anatomia (1875); de professor auxiliar (1877) e de Director dos museus anatómicos da Faculdade (1879), e doutorar-se em Madrid (1883). Por esta ocasião, o catedrático Maestre de San Juan, que ensinava Histologia, aconselha-o a instalar, em sua casa, um pequeno laboratório destinado ao aperfeiçoamento dos conhecimentos de técnica e a encetar estudos de investigação pessoal sôbre assuntos de microscopia.

Nessa época, ninguém em Espanha cultivava a Histologia. M. de S. Juan publicara, é certo, um Manual didáctico elementar, mas êste não passava de simples compilação de noções tiradas de livros estrangeiros, sem uma única figura original. Cajal quis suprir a falta de histologistas no seu país; ansiava por criar na sua escola o estudo desta ciência, pela qual se entusiasmara quando tivera ensejo de ver, em Madrid, algumas preparações histológicas e, em Saragoça, a circulação do sangue. Com as suas pequenas economias, conseguiu adquirir um microscópio a prestações, e os utensílios e reagentes necessários para traba-



lhar. À falta de mestres, recorria aos livros de Henle, Frey, Beale, Robin, Latteux, Ranvier, e assinava a custo duas revistas da especialidade. «Y de este modo, diz êle, comencé a trabajar en la soledad, sin maestros y con no muy sobrados medios; pero á todo suplía mi ingénuo entusiasmo y decidida vocación. Claro que durante la luna de miel del microscópio no había sino curiosear sin métodos y desflorar asuntos. Se me ofrecia un campo maravilloso de exploraciones, lleno de gratísimas sorpresas. Con este espíritu de espectador embobado examiné los glóbulos de la sangre, las células epiteliales, los corpúsculos musculares y nerviosos, etc., deteniendome acá y allá para dibujar ó fotografar las escenas más cautivadoras de la vida de los infinitamente pequeños».

Em 1880, publicou o seu primeiro ensaio de investigação pessoal, um estudo sôbre a inflamação, com pouca originalidade, segundo diz o próprio autor. Seguiu-se outro estudo, êste mais extenso e com ideas novas, sôbre as terminações nervosas nos músculos estriados da Rã.

De posse da técnica corrente e com preparação adquirida no laboratório e na leitura dos compêndios, concorre, em 1883, à cátedra de Anatomia descritiva e geral da Universidade de Valência, para onde se transfere e instala em local mais amplo e apropriado. A sua atenção é então desviada para um problema de Bacteriologia, não inteiramente estranho às suas ocupações habituais, pois era ciência que ia cultivando a-par da Histologia. Pouco depois de estabelecido em Valência, apareceu uma epidemia de cólera na cidade e vizinhanças; foi solicitado o seu concurso para o estudo e combate da doença, o que Cajal aceitou, passando o ano de 1885 ocupado com êste assunto, que lhe deu ensejo de publicar dois trabalhos com observações pessoais relativas à morfologia do Bacilo vírgula, às suas formas involutivas e monstruosas, a outros germes encontrados na água, à colorabilidade e culturas destas Bactérias, etc. Valeram-lhe estes trabalhos um microscópio de Zeiss, que lhe foi oferecido pela Municipalidade de Saragoça, como recompensa dos serviços prestados.

No prosseguimento dos seus estudos histológicos, publica resultados de interessantes pesquisas sôbre as células epidérmicas, o tecido ósseo, as fibras musculares dos Mamíferos e dos Insectos, a substância fundamental da cartilagem. E assim chega ao



ano de 1887, que marca uma data decisiva na actividade científica de Cajal. Foi, com efeito, neste ano que, pela primeira vez, travou conhecimento directo com o método de impregnação do sistema nervoso que o havia de conduzir à celebridade. E foi também neste ano que encontrou melhores condições de trabalho com a sua transferência, por novo concurso, para a cadeira de Histologia e Anatomia patológica da Universidade de Barcelona.

Com o método de Golgi, tomou contacto por ocasião de uma estada em Madrid como membro de júri de concursos. Na capital, relacionou-se com várias personalidades, entre elas o Dr. Luiz Simarro, médico neurologista e psiquiatra, recém-chegado de fora e que, entre outras novidades, trazia preparações feitas pelo processo do sábio histologista italiano. Simarro mostrou estas preparações a Cajal, que se entusiasmou a tal ponto que imediatamente se decidiu a experimentar o método e a estudá-lo quando regressasse a casa.

O método tinha sido casualmente descoberto em 1875 por Camillo Golgi, que o applicara ao estudo de diferentes partes do sistema nervoso e publicara sôbre as suas observações uma obra de conjunto que fizera certa sensação, intitulada: *Sulla fina anatomia degli organi nervosi centrali del sistema nervoso* (1886). Ramón y Cajal não tardou a reconhecer o partido que podia tirar da utilização sistemática do método ao estudo da estrutura dos órgãos nervosos tanto centrais como periféricos, aperfeiçoando-o e determinando com precisão as circunstâncias em que deveria ser feita a impregnação do tecido, por forma a obter resultados mais constantes e completos que os que Golgi anunciara.

No método primitivo, as peças eram fixadas e endurecidas em líquido de Müller durante certo tempo e daí passavam para um soluto de nitrato de prata (método lento). Noutra fórmula, depois de uma permanência mais curta no fixador, as peças eram mergulhadas numa mistura de bicromato de potássio e ácido ósmico (método mixto). Noutra variante, os tecidos eram logo de entrada fixados na mistura cromo-ós mica e dela passavam para o nitrato de prata (método rápido). Golgi servia-se principalmente dos dois primeiros processos, e de preferência do método lento. Cajal achou, pelo contrário, que o método rápido



devia ser mais seguro e mais capaz de dar boas impregnações, mais regulares e delicadas e foi êsse o que depois empregou em tôdas as suas investigações. A principal modificação que introduziu consiste em passar as peças, depois de impregnadas pela prata, outra vez pelo ósmio-bicromato e por um segundo banho de nitrato de prata, fazendo assim uma dupla impregnação; em muitos casos mesmo, notou certas vantagens em repetir as operações e fazer uma trípleimpregnação. Além disso, Cajal viu que os órgãos de animais embrionários e recém-nascidos, de poucos dias ou pequenos se prestam melhor que os dos adultos para estes estudos, visto proporcionarem preparações mais completas. De facto, os cilindros-eixos não se impregnam depois de cobertos de mielina e por isso só se podem observar em tôda a sua extensão quando ainda não envolvidos por esta bainha. Por outro lado, as relações entre as diferentes regiões dos centros nervosos e com a periferia estudam-se mais facilmente em órgãos pequenos, nos quais as distâncias são mais reduzidas, o que permite observar na mesma peça pontos que, no estado adulto, se encontram muito afastados. Finalmente, determinou outras condições de êxito do método, tais como a temperatura a que deve ser feito o endurecimento, a duração da fixação em relação com a idade do animal e a temperatura, as dimensões que as peças devem ter, etc.

Um excelente meio de investigação histológica, manejado por um habilissimo técnico e observador de génio, deu o que não podia deixar de dar. Logo aos primeiros ensaios, Ramón y Cajal descobriu factos de importância capital e tirou conclusões do maior alcance. As leis que regem a morfologia e as conexões dos elementos nervosos na substância cinzenta apresentaram-se ao seu espírito com extraordinária nitidez.

Os anos de 1888 a 1890 foram de intenso e produtivo labor. Como no seu país não houvesse revista onde inseri-los, Cajal fundou à sua custa a *Revista trimestral de Histología normal y patológica* que, por falta de recursos, não conseguiu manter por mais de ano e meio, passando então a publicar em modestos jornais de medicina, tais como a *Gaceta sanitária de Barcelona*, a *Gaceta médica catalana*, o *Boletín médico valenciano*. Dos principais artigos, deu tradução francesa no *International Monats-*



*schrift für Anatomie und Physiologie* e no *Anatomischer Anzeiger*.

O cerebello e a retina das Aves constituíram os primeiros objectos dos estudos de Cajal. No cerebello, descreveu pormenores que depois confirmou em Mamíferos. Foram êles, entre os de maior vulto: as terminações cilindraxis das células da camada molecular, em redor dos corpos das células de Purkinje, à maneira de cestas ou ninhos; o trajecto ascendente dos axónios dos grãos e sua bifurcação, formando as fibras paralelas à superfície do córtex cerebeloso; os dendritos destes elementos; as fibras musgosas da camada granulosa; as arborizações trepadoras que se enrolam nos ramos dendríticos das células de Purkinje, as espinhas colaterais destas expansões, assim como as dos ramos protoplasmáticos de outras células; as principais formas de elementos nevróglícos.

Na retina, além da confirmação de certas disposições observadas por Dogiel com o método do azul de Ehrlich, Cajal apontou, como dados novos: as terminações dos pés dos cones e bastonetes na camada plexiforme externa; as arborizações das células ganglionares; os vários tipos de células de associação com expansões ramificadas em forma de pincel e axónio horizontal; as fibras centrípetas terminadas entre estas células, na camada plexiforme externa, etc.

Vieram, pouco depois, os resultados não menos notáveis de investigações sôbre a medula espinhal, o lobo óptico das aves, o bulbo olfactivo e, por último, o córtex cerebral dos Mamíferos.

No primeiro destes órgãos, descobre, entre outras particularidades de estrutura: a bifurcação das fibras das raízes posteriores em dois ramos, um ascendente, outro descendente; as colaterais destas fibras e a sua terminação na substância cinzenta, em volta das células nervosas dos cornos anteriores e posteriores; a terminação das colaterais de outras fibras da substância branca; os axónios que, partindo de células cordonais, vão constituir feixes ascendentes e descendentes da substância branca, dividindo-se em geral em dois ramos longitudinais, que caminham em sentido oposto, umas vezes directos, outras vezes cruzados (células comissurais), etc. No lobo óptico, viu a terminação das fibras do nervo óptico na zona periférica, em relação com dendritos de células volumosas, situadas na camada pro-



funda; diversos tipos celulares, entre os quais um cujo cilindro-eixo nasce de uma expansão protoplasmática radial e depois se incurva para seguir para a substância branca (células *de cayado*). No bulbo olfactivo, confirmou pormenores descritos por Golgi, como o fizera também na medula, e descobre a verdadeira constituição dos glomérulos olfactivos, onde se articulam as fibras vindas da mucosa olfactiva (ramo interno das células bipolares) com arborizações protoplasmáticas das células mitraes, etc.

O córtex cerebral deu-lhe preparações não menos interessantes, nas quais se evidenciavam umas células especiais da camada molecular, dispostas horizontalmente e providas de prolongamentos extensos, todos êles de aspecto cilindraxil; os penachos periféricos das células piramidais, as arborizações terminais das fibras vindas da substância branca, as fibras do corpo caloso, umas directas, derivadas de células piramidais, outras colaterais dos axónios destas e de outras fibras de associação; os tipos celulares da camada de elementos polimorfos, etc.

Poderia alongar-se ainda mais a relação de todos os factos descritos por Cajal nos seus primeiros trabalhos; o que fica apontado basta, porém, para que se lhes reconheça o valor. Mas o que importa frisar é que, em nenhum dos órgãos nervosos que o grande histologista examinou, lhe foi possível encontrar continuidade entre prolongamentos celulares, dendríticos ou cilindraxis, quer dizer que em nenhum dêles observou rêdes anastomóticas como era então correntemente admitido.

Como se sabe, Gerlach, baseado em preparações coradas com carmin e outros corantes banais, considerava a substância cinzenta formada por um retículo contínuo, resultante da anastomose das ramificações protoplasmáticas das várias células nervosas, retículo do qual nasceriam as fibras sensitivas. Golgi modificara esta teoria. Não tendo conseguido ver, com o seu método de impregnação, as anastomoses entre ramos protoplasmáticos, que todos acabariam por extremidades livres, supôs que a rêde da substância cinzenta, rêde difusa, seria constituída pelas arborizações das colaterais dos cilindros-eixos das células grandes de natureza motriz, pelas ramificações terminais dos axónios de certas células por êle descobertas e denominadas sensitivas, pelas ramificações das fibras das raízes posteriores e de outras, vindas de outros centros.



Tanto uma como outra destas hipóteses tinham sido combatidas por His e por Forel, com argumentos de ordem vária, porém nenhum decisivo. Coube a Ramón y Cajal a glória de demonstrar à evidência que os cilindros-eixos e suas colaterais acabam, tanto no seio da substância cinzenta como na periferia, por extremidades livres, do mesmo modo que, segundo mostrara o ilustre histologista italiano, acabam as ramificações protoplasmáticas. As conexões entre as diferentes células efectuam-se, como resultou dos estudos de Cajal, por simples contacto entre ramos axis de uma e dendritos e corpo celular de outra ou outras. Cajal corroborou também a existência das células de axónio curto, a que deu o nome de células de Golgi, mas combateu, com argumentos convincentes, a hipótese da sua natureza sensitiva.

As indagações que o sábio espanhol efectuou sobre o desenvolvimento dos centros nervosos trouxeram-lhe uma brilhante confirmação da doutrina das relações por contigüidade entre os elementos nervosos. Em todos os casos examinados, e foram muitos, Cajal viu sempre os axónios formarem-se a partir do corpo dos neuroblastos e crescerem independentemente, acabando, durante as fases embrionárias, por um cone de crescimento, rudimento da futura arborização terminal.

O exame minucioso das conexões intercelulares levou-o finalmente a admitir que os prolongamentos protoplasmáticos, longe de terem apenas uma função nutritiva, como Golgi pretendia, devem ser condutores de influxo nervoso, de sentido celulípeto, sendo os cilindros-eixos e seus ramos os condutores celulífugos.

A-pesar da sua grande importância, os trabalhos do histologista espanhol passaram completamente despercebidos durante bastante tempo. Nem mesmo traduzidos em francês conseguiram despertar interesse. Não era fácil a um histologista de um país de onde nunca viera a menor contribuição para os progressos da Histologia impor as suas ideas ou sequer fazer aceitar os seus descobrimentos. Cajal sentiu então a necessidade de ir êle próprio mostrar preparações, procurar convencer os seus colegas da veracidade dos factos descritos e expor-lhes as suas teorias.

Realizava-se em Berlim, no outono de 1889, a reunião anual da Sociedade anatómica alemã, e nela costumavam tomar parte



”  
**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 estômago.

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

FERNANDEZ & CANIVELL — MALAGA  
Depositários: GIMENEZ-SALINAS & C<sup>a</sup>  
240, Rua da Palma, 246  
LISBOA

## TARTROL

Indolôr

Soluto aquoso de tartaro bismutato de sódio contendo  
2,5 miligramas de Bismuto por cm.<sup>3</sup> em injeções in-  
tramusculares no tratamento da sífilis.

## LABORATORIOS "SICLA"

Campo Grande, 298 — Lisboa

Fornecedores da clinica da Sífilis do Hospital Escolar de Lisboa

Preparado por: J. Pedro de Moraes e J. Pinto Fonseca

FARMACEUTICOS

Depositário: Raul Gama — R. dos Douradores, 31

LISBOA



LISBOA MÉDICA

# TERAPEUTICA DA SIFILIS

O TRATAMENTO  
ARSENICAL  
SUB-CUTANEO  
VERDADEIRAMENTE  
INDOLOR  
É REALISADO PELO

**ACETYLARSAN**  
COMPOSTO ACTIVO E SEGURO

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

"SPECIA"

Marques POULENC Frères & USINES DU RHONE

86, rue Vieille-du-Temple — PARIS

*venison*



os mais notáveis histologistas e anatómicos da Alemanha e de outros países. Cajal julgou azado o momento para apresentar as suas preparações e tornar conhecidas as novas ideas. Com umas magras 500 pesetas que possuía, economias a custo reunidas, pôs-se a caminho, cheio de esperanças.

Em boa hora fêz a viagem. Nas sessões da Sociedade encontrou, entre outras individualidades, His, Koelliker, Waldeyer, Schwalbe, Retzius, que ao princípio o olharam com cepticismo, mas que depois o ouviram e viram as preparações com interesse e mesmo com entusiasmo. Destacou-se o illustre Koelliker, que, no fim da sessão, chamou de parte Cajal e lhe disse: «Os resultados obtidos por si são tão belos, que desejo imediatamente emprender, com a sua técnica, uma série de trabalhos de confirmação. Descobri-o a si e quero divulgar na Alemanha o meu descobrimento».

O patriarca da Histologia não faltou à promessa. Logo no ano seguinte, firmava duas monografias em que corroborava as afirmações de Cajal e defendia as suas doutrinas. E, passado pouco tempo, refundia por completo a parte do seu Tratado referente ao sistema nervoso, consagrando-lhe um volume inteiro para descrição das observações do histologista espanhol, das suas próprias e das de outros autores que também começaram a ocupar-se da questão. Entre estes últimos salientaram-se Van Gehuchten, de Lovaina, Retzius, de Estocolmo, Lugaro, de Turim, M. von Lenhossek, de Würzburg, Edinger, de Francfort, para não mencionar senão os principais adeptos e continuadores da obra de Cajal. Muitos foram também os artigos de vulgarização que por tôda a parte surgiram, alguns assinados por nomes prestigiosos, tais como o próprio Waldeyer, His, Kuppfer, Obersteiner, Tanzi, Bergonzini.

Foi numa revista geral dedicada às novas observações no domínio do sistema nervoso, publicada na *Deutsche Medizinische Wochenschrift* em 1891, que Waldeyer propôs designar pelo nome de *neurónio* as unidades anatómicas componentes do sistema nervoso, isto é, as células com as suas expansões protoplasmáticas e cilindraxil, livremente terminadas e em conexão por contigüidade umas com outras, tal como fôra estabelecido por Santiago Ramón y Cajal. Por outro lado, Van Gehuchten defendia calorosamente, ampliando-a com novos argumentos, a teoria



da *polarização dinâmica*, admitindo a condução celulípeta nos dendritos, axípeta no axónio. Cajal, porém, para atender aos casos bastante freqüentes em que o cilindro-eixo nasce de uma expansão protoplasmática, formulou pouco depois a teoria da *condução axípeta*, atribuindo assim sentido celulífugo à onda que percorre o trôço protoplasmático compreendido entre o sôma e a emergência do axónio, que seria dêste modo sempre somatófugo, ou simplesmente dendrífugo quando o influxo nervoso o possa atingir sem passar pelo corpo celular.

Alcançada a vitória de maneira retumbante, após a demonstração de Berlim, Ramón y Cajal não descansou. Prossequindo com o mesmo ardor nas suas pesquisas, abordou o estudo de outros órgãos nervosos, continuando todavia a explorar ainda mais de perto os já examinados.

O ano de 1891 foi em grande parte passado a preparar-se para o concurso à cadeira de Histologia e Anatomia patológica da Faculdade de Madrid, vaga pela morte de Maestre de S. Juan. Foi renhida a prova, a-pesar do *curriculum vitæ* com que se apresentava o candidato, que tinha por competidor Simarro, médico de renome e muito considerado na capital. Venceu Cajal, que foi nomeado num dos primeiros meses do ano seguinte.

Instalado no seu novo laboratório, inicia imediatamente o estudo do corno de Ammon, da fascia dentata, dos núcleos cinzentos da base do encéfalo, da protuberância e bulbo raquídio, da origem dos nervos cranianos, dos núcleos do cerebelo, dos gânglios simpáticos, dos plexos nervosos do intestino e do pâncreas, etc., e sôbre todos estes assuntos produz trabalhos de alto valor. A-par-de isso, efectua investigações relativas a problemas estranhos ao sistema nervoso, retomando algumas anteriormente começadas sôbre as fibras musculares do coração e das asas e patas dos Insectos, os fusos musculares da Rã, etc., ou enveredando por novas vias.

São também dignos de menção os trabalhos de Anatomia patológica que se referem principalmente às células gigantes da lepra e suas relações com as colónias bacilares, ao estroma dos tumores epiteliaes, ao papel das plaquetas como elementos fagocitários, etc. Para o estudo dos tumores, criou métodos de coloração especiais, entre êles o que se tornou mais conhecido pela



designação de «método tricrómico de Cajal» (vermelho magenta, prico-carmin de índigo), correntemente empregado hoje nos laboratórios de Histologia e Anatomia patológica.

Ao mesmo tempo que investigava e redigia numerosos trabalhos originais, Cajal compunha livros de texto, que se impõem pela clareza e abundância de ilustrações, na sua grande maioria tiradas de preparações suas ou de seus discípulos. Quando ainda estava em Valência e em Barcelona, publicou um *Manual de Histologia normal e de técnica micrográfica*, um *Manual de Anatomia patológica geral* e uns *Elementos de Histologia normal*. Em 1897 começou a publicar a sua monumental obra de conjunto sobre a *Textura do sistema nervoso do Homem e dos Vertebrados*, que acabou em 1904 e da qual saiu, em 1909-1911, uma tradução francesa devida a L. Azoulay, que anteriormente traduzira uma monografia intitulada: *Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux*, monografia que fizera sensação e divulgara em França os descobrimentos do sábio espanhol.

Com a confirmação dos seus trabalhos por alguns dos mais famosos histologistas e neurologistas da época, começaram as homenagens e as manifestações de apreço a Cajal. Assim, entre muitas distinções e prémios que lhe foram conferidos, recebeu o prémio Fauvelle da Sociedade de Biologia de Paris (1896), o prémio instituído pelo Congresso Internacional de Medicina de Moscovo para o mais importante trabalho de Medicina publicado nos três últimos anos e que lhe foi concedido no Congresso de Paris, em 1900, a medalha de Helmholtz da Academia das Ciências de Berlim (1905), etc. Em 1906 foi-lhe dado o prémio Nobel, conjuntamente com Golgi. Numerosíssimas Sociedades e Academias científicas de todos os países nomearam-no seu sócio honorário (entre elas o Instituto de Coimbra e a Academia das Ciências de Lisboa), e muitas Universidades e Faculdades ofereceram-lhe o diploma de doutor *honoris causa*.

Entre as distinções recebidas, duas houve particularmente gratas ao Mestre. A primeira foi o convite para realizar em Londres, em 1894, a *Croonian lecture*, conferência de que só são encarregados sábios de renome universal. A segunda, que ainda mais o sensibilizou, foi o convite que lhe dirigiu a Universidade de Clark (Worcester, Estados-Unidos), para ali pronun-



ciar três conferências, em comemoração do decenário da fundação deste estabelecimento de ensino. Passava-se isto em 1899. Um ano antes, a Espanha sofrera a tremenda derrota que a nação americana lhe infligira na guerra de Cuba. O patriotismo de Cajal sofrera com o desastre da pátria, chegando a afrouxar nesse ano a sua actividade científica. Hesitou em aceitar o convite, mas os seus amigos e o próprio govêrno aconselharam-no a não o rejeitar.

Mais entusiásticamente ainda que em Inglaterra, foi Ramón y Cajal acolhido pela nação que derrotara a sua. Como diz um seu biógrafo, Amalio Gimeno, «el mismo Breno, que había arrojado el peso de su espada en el platillo donde se amontonaba el oro de nuestro rescate, era el que engalanaba su casa para recibirnos. Había humillado á nuestras armas, y se disponía á ensalzar nuestra ciencia...» A viagem de Cajal a Worcester constituiu um triunfo. Dispensaram-lhe, assim como aos sábios ilustres que com êle tinham sido convidados (Forel, Picard e Mosso), as maiores honrarias, e Cajal teve o infinito prazer de ver tremular, durante os dias que aí passou, a bandeira da sua querida pátria na fachada do estabelecimento científico onde pronunciou três conferências sôbre o córtex cerebral humano, nas quais resumia os resultados dos seus recentes estudos referentes a êste importante assunto. Além de remuneração condigna, foi-lhe entregue o honroso diploma de doutor em leis *honoris causa*.

A Espanha só deu pela existência de Cajal depois de lhe ter sido conferido por unanimidade o prémio de Moscovo. Até então, reduzido ao seu modesto lugar de professor universitário, com um ordenado insignificante para quem exclusivamente à ciência se consagrava, o grande Mestre tinha-se visto na necessidade de recorrer às análises clínicas para aumentar um pouco os seus proventos e acudir aos encargos de uma família numerosa.

Conhecida a votação do Congresso de Paris, a imprensa espanhola inicia uma campanha a favor do sábio histologista, enaltecendo-lhe os merecimentos e salientando a penúria de instalações da Faculdade de Medicina e as más condições em que êle vivia. Academias e Sociedades científicas organizaram sessões solenes em sua honra e abriram-lhe largamente as portas. Não faltaram condecorações e muitas mais manifestações calorosas e entusiásticas. De tudo isto resultou a criação, pelo Govêrno, do



Laboratório de Investigações Biológicas, no qual Ramón y Cajal passou a ter mais possibilidades de trabalhar e meios de vida um tanto mais desafogados.

Instalado o novo laboratório, prossegue nas suas investigações e, em 1901-902, faz sair o primeiro volume de *Trabajos*, como seguimento da *Revista trimestral micrográfica*, fundada em 1896 e ininterruptamente publicada desde então. Atendendo aos serviços prestados no combate da cólera de Valência e aos seus estudos de Bacteriologia, também foi nomeado director do Instituto de Higiene Afonso XIII.

Não se julgue, porém, que Cajal só encontrou adeptos. Se é certo que, de um modo geral, os resultados por êle obtidos foram entusiasticamente aceitos por tôda a parte e receberam numerosas confirmações, não é menos exacto que alguns histologistas se negaram a admiti-los e outros procuraram demolir a teoria do neurónio, contestando a importância e mesmo a veracidade dos factos sôbre os quais ela se baseava. Já em 1896 lhe fôra preciso corroborar, com o método da coloração vital pelo azul de Ehrlich, modificado, as principais revelações do de Golgi. Com aquela coloração Cajal observou, com igual nitidez, a bifurcação das raízes posteriores à entrada na medula e os seus ramos colaterais, todos os elementos cerebelosos e cerebrais anteriormente descritos, incluindo as espinhas colaterais dos dendritos (cuja existência real o próprio Koelliker havia pôsto em dúvida), as arborizações terminais ou cálices de Held do corpo trapezóide, etc., etc.

Certos histologistas, por outro lado, moviam-lhe guerra surda, não tomavam a sério e tentavam mesmo ridicularizar os métodos de que êle se servia. O velho Ranvier, criador da Histologia em França, nunca consentiu que nos *Archives d'Anatomie Microscopique*, que dirigia, fôsse publicado qualquer trabalho efectuado com o processo de impregnação cromo-argêntica. Bolles Lee e Henneguy citam, num livro de técnica histológica, um seu correspondente que tinha «golgificado» uma batata e encontrado lindas fibras nervosas!

Mas os mais violentos ataques contra a doutrina do neurónio vieram de quatro investigadores de renome, que em 1897-1903, publicaram extensos trabalhos em que pretendiam substituí-la



por outras em que era admitida a continuidade entre células nervosas por meio de rêdes fibrilhares extremamente finas, cuja existência os métodos usados pelo autor espanhol e seus partidários eram impróprios para revelar. Eram êles Apáthy, Bethe, Held e Nissl, que empregaram nas suas pesquisas novos métodos de coloração e impregnação das neurofibrilhas e de outros pormenores de estrutura dos elementos nervosos de Invertebrados e Vertebrados.

Não é aqui o lugar para expor tudo o que estes autores diziam, tanto mais que em grande parte as suas descrições apenas têm hoje valor histórico. O que importa acentuar é que Ramón y Cajal se viu obrigado a emprender minuciosos estudos sobre a estrutura das células e fibras nervosas, e a discutir, em presença de novos factos, as afirmações dos seus contraditores. Realizou assim, por essa época, numerosíssimos ensaios de técnica para pôr em evidência as neurofibrilhas e as outras formações reticulares apontadas pelos autores citados e outros. E dêste modo foi Cajal levado a imaginar o seu excelente processo do nitrato de prata reduzido, processo capaz não só de impregnar as neurofibrilhas, como também muitas outras particularidades estruturais e disposições morfológicas importantes.

É claro que, antes de procurar novas técnicas, experimentou os métodos preconizados pelos seus contraditores. Ensaiou o de Apáthy, que lhe deu, nos Vertebrados, os mesmos resultados negativos que a outros autores que já haviam tentado utilizá-lo. Com o de Bethe obteve preparações mediócras e insuficientes, o que igualmente aconteceu a outros histologistas. Cajal presta, no entanto, homenagem ao fisiologista de Estrasburgo como inventor de um processo para pôr em evidência as neurofibrilhas; contesta, todavia, a natureza nervosa da rêde pericelular descrita por Golgi, e considerada por Bethe e por Nissl como estabelecendo a continuidade entre as neurofibrilhas dos vários neurónios, contrariamente ao que pensava o seu descobridor, para quem se trataria simplesmente de um retículo provavelmente formado de queratina. Desanimado com as suas preparações por êsse método, Cajal pediu a Bethe que lhe enviasse um exemplar típico para lhe servir de comparação. Passados dias, recebe duas preparações, mas por empréstimo, porque eram as melhores e porque na ocasião não havia outras!



Tenta então lançar mão do método fotográfico imaginado por Luiz Simarro para impregnar as neurofibrilhas. Achou-o, porém, complicadíssimo e falível, realizando experiências tendentes a simplificar-lhe a técnica e a torná-lo seguro. Foi então que descobriu o seu magnífico meio de revelar a armação neurofibrillar.

Com o novo método, Cajal efectuou uma vasta série de trabalhos que publicou em 1903, 1904 e 1905. Nêles demonstrou que as neurofibrilhas formam, em tôdas as células nervosas, e não unicamente nas de Purkinje e nas dos gânglios espinhais como diziam Bethe e Bielschowsky, uma rede intra-somática, da qual partem os filamentos mais espessos que vão entrar na constituição dos dendritos e do axónio. Mostrou, além disso, que as neurofibrilhas não são um aparelho rígido e estável, mas apresentam modificações segundo as circunstâncias fisiológicas e os estados patológicos. Assim, num estudo feito de colaboração com Dalmácio Garcia, descreve interessantíssimas alterações do aparelho neurofibrillar na raiva; noutros occupa-se das variações que elas manifestam sob a acção do aquecimento e do resfriamento dos animais, especialmente de sangue frio.

As principais observações feitas por Cajal neste domínio foram plenamente confirmadas por numerosos auctores, Van Gehuchten, Marinesco, Nageotte, Lugaro, Azoulay, G. Sala, Michotte, etc., assim como pelos seus discípulos Tello, Illera e outros, que acrescentaram novos pormenores, sem modificar as conclusões fundamentais do Mestre. As lesões neurofibrillares na raiva tiveram plena confirmação pelos estudos de Carlos França em várias espécies animais.

O método da prata reduzida, na sua primitiva fórmula ou nas variantes que Cajal nêle introduziu, presta-se excelentemente para o estudo de muitas outras particularidades de estrutura dos elementos nervosos, como o seu próprio autor reconheceu logo aos primeiros ensaios. Revela, com especial facilidade, o aparelho reticular de Golgi-Holmgren, os botões terminais descritos por Held, as terminações dos cilindros-eixos tanto nos centros como nos órgãos periféricos, etc., etc. Cajal também efectuou com êle novos trabalhos relativos à histogénese do sistema nervoso, que conduziram a conclusões idênticas às que lhe tinha dado a impregnação pelo método de Golgi, relativamente à individualidade embriológica do neurónio.



Seria quasi interminável a lista de todos os estudos feitos pelo ilustre histologista com o método da prata reduzida. O que mais convém frisar é que, graças a êle, saíu vitorioso da contenda com Apáthy, Bethe, Nissl e outros mais que, depois dêles, se esforçaram por derrubar a doutrina neuronista. Apáthy que, no seu primeiro e extenso trabalho sobre os Invertebrados, prometia ultteriores contribuições, faleceu quinze anos mais tarde, sem nunca mais ter voltado a insistir sobre a sua teoria, a não ser em artigos de polémica. A hipótese da rede da substância cinzenta, a que Nissl deu o nome de *Grau*, não pôde subsistir, a-pesar do calor com que êste neurologista a defendia. E assim caíram tôdas as outras objecções à individualidade anatómica do neurónio.

Alguns autores atacaram também a individualidade trófica e embriológica da célula nervosa, o que levou Cajal a empreender minuciosas pesquisas sobre os processos de degenerescência e de regeneração dos nervos e das vias centrais. Houve quem pretendesse ressuscitar, modernizando-a, a velha teoria catenária da génese dos nervos periféricos e formulasse a hipótese da sua regeneração autogénica.

Held e Bethe foram dos principais a enveredar por êste caminho. Os trabalhos de Cajal, realizados sobretudo de 1905 a 1907, e condensados ulteriormente em dois grossos volumes impressos a expensas de uma comissão de médicos espanhóis da República Argentina, demonstraram o infundado das afirmações contrárias à doutrina monogenista. Foram tão vivos os ataques contra o neuronismo e era tal o prestígio dos seus adversários, que alguns sábios, como Marinesco e Van Gehuchten, chegaram a vacilar nas suas convicções. Mas bem de-prensa estes e outros, que se inclinavam para as concepções opostas, voltaram outra vez a defender a primitiva doutrina neuronista. De tudo isto resultou o descobrimento de factos do maior interêsse para um mais profundo conhecimento da estrutura dos elementos nervosos; como muitas vezes acontece, da discussão brotou luz mais intensa. E Cajal foi, sem dúvida, dos que mais contribuíram para êsses recentes progressos da neuro-histologia.

A aplicação sistemática da impregnação pela prata aos gânglios espinhais do Homem e dos Vertebrados revelou nestes órgãos, nos quais se descrevia como tipo fundamental, senão



# STAPHYLASE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução concentrada, inalteravel, dos principios activos das leveduras de cerveja e de vinho.*

Tratamento especifico das Infecções Staphylococcicas :  
**AGNÉ, FURONCULOSE, ANTHRAZ,** etc.

# MYCOLYSINE do D<sup>r</sup> DOYEN

*Solução colloidal phagogenia polyvalente.*

Provoca a phagocytose, previne e cura a major parte das  
**DOENÇAS INFECCIOSAS**

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

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

TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR

# SPASMOSÉDINE

O primeiro sedativo e antiespasmodico  
especialmente preparado para a  
terapeutica cardio-vascular

LABORATOIRES DEGLAUDE  
MEDICAMENTOS CARDÍACOS ESPECIALI-  
SADOS (DIGIBAÏNE, ETC.) PARIS

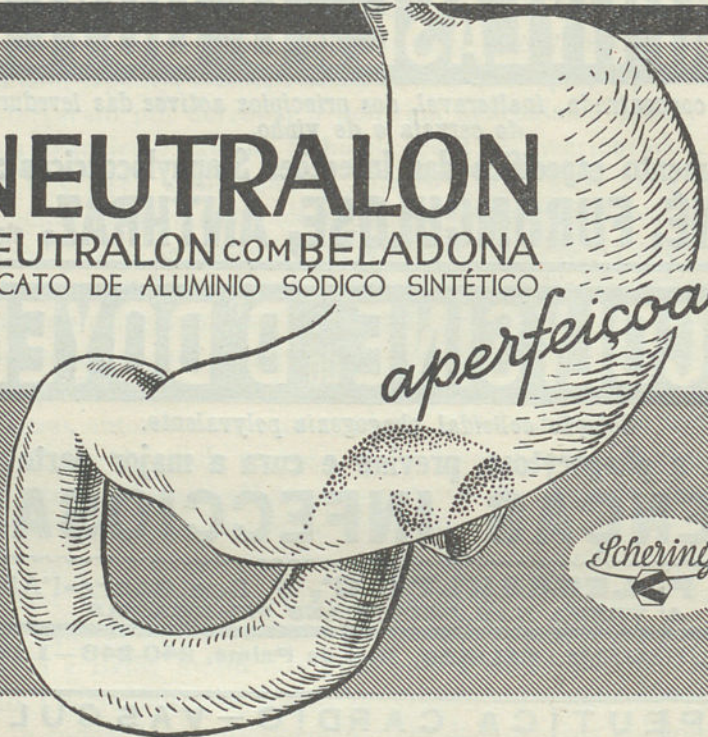
REPRESENTANTES PARA PORTUGAL:  
**GIMENEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>**  
RUA DA PALMA, 240-246 LISBOA



# NEUTRALON

NEUTRALON COM BELADONA  
SILICATO DE ALUMÍNIO SÓDICO SINTÉTICO

*aperfeiçoado*



para o tratamento da hiperacidez e das úlceras gástricas e duodenais.

O aperfeiçoamento do processo de elaboração, tornou possível a obtenção do novo produto mais agradável e eficaz. Carece em absoluto do sabor terroso e forma na água uma suspensão leitosa agradável de tomar, mesmo para os pacientes sensíveis. Seu efeito é mais rápido e sua ação adstringente aumentada, de modo que a dose pode ser reduzida, de 3 para 2 gr. — A nova embalagem contém as doses já divididas em porções exactas, em 20 saquinhos de 2 gr. ou sejam 3 doses mais do que a anterior.

Embalagens originais: Caixas com 20 saquinhos de 2 gr. cada

**SCHERING S. A. PORTUGUESA DE  
RESPONSABILIDADE LIMITADA**  
LARGO DA ANUNCIADA, 9-2º, LISBÔA



exclusivo, a célula unipolar com prolongamento bifurcado em T, a existência de grande número de formas celulares com expansões dispostas de maneiras diferentes e em relação com terminações axis mais ou menos complicadas. Cajal dedicou a êste estudo uma série de trabalhos notáveis. É justo dizer que algumas destas formas tinham sido anteriormente vistas, em preparações coradas pelo azul de metilena ou impregnadas pelo método de Golgi, por Dogiel, Lenhossék e pelo próprio Cajal. A prata reduzida, porém, põe-nas em foco com muito mais finos pormenores. O mesmo se dá com os gânglios do simpático, sôbre os quais o histologista de Madrid efectuou igualmente interessantes investigações.

Ao mesmo tempo que executava estes e outros estudos de largo alcance, Ramón y Cajal, utilizando agora simultâneamente as impregnações pelo cromato de prata e pela prata reduzida, efectua novos e mais largos estudos sôbre a estrutura comparada das diversas regiões do córtex cerebral humano e dos animais superiores, continuação dos que iniciara em 1899 e que resumira nas conferências de Clark. Os factos descritos por Cajal foram em avultado número e da mais alta importância. Basta dizer que constituíram, em grande parte, a origem das investigações sôbre a citoarquitectura e a mieloarquitectura do córtex, instituídas por Brodmann, C. e O. Vogt, Economo, Flores e tantos outros, e que representam hoje um capítulo fundamental da histologia do cérebro.

Outros trabalhos da mesma época e dos anos seguintes incidiram sôbre a estrutura comparada do cerebelo, do bulbo raquídeo e das origens dos nervos sensitivos e motores, sôbre as vias ópticas, sôbre a sobrevivência das células nervosas fora do organismo, sôbre a transplantação do tecido nervoso, sôbre o aparelho reticular interno de Golgi-Holmgren e os métodos para o evidenciar, sôbre a retina dos Insectos e dos Cefalópodos, sôbre certos problemas de neurogênese, sôbre a estrutura do núcleo e do citoplasma nervoso, sôbre as fibras musculares e as placas motrizes, sôbre as plaquetas do sangue e, por último, sôbre a nevrógia. É impossível citar, mesmo por alto, os factos mais salientes de tôda esta parte da obra de Cajal. Os estudos relativos à nevrógia são dos mais importantes.

Cajal introduziu na técnica um método novo para pôr em



destaque os elementos nevróglícos, método de impregnação baseado sôbre a redução do cloreto de ouro pelas matérias orgânicas do tecido, particularmente em presença de um acelerador da reacção, o sublimado corrosivo. Nas experiências que teve de fazer, viu que o depósito violáceo ou azulado formado nestas condições se fixa preferentemente sôbre as células nevróglícas. Os resultados obtidos pelo Mestre foram depois completados por discípulos que trabalharam com o mesmo ou com outros métodos por êles imaginados, mas derivados do seu; podem citar-se, entre os de maior vulto, os trabalhos de Achúcarro, Rio Hortega, Lafora, Tello, etc. Os tipos que êste componente dos órgãos nervosos centrais pode revestir, em especial a microglia de Hortega, as relações com os vasos sanguíneos e o seu papel provável na nutrição dos neurónios, as alterações em doenças nervosas e mentais, tais são algumas das noções basilares adquiridas mercê da actividade da escola espanhola, sob o impulso de Cajal.

A idade e a doença fizeram afrouxar o labor científico de Ramón y Cajal a partir de 1916. No entanto, continuou sempre a trabalhar, embora mais moderadamente, e a publicar. Raro é o volume dos *Trabalhos do Laboratório de Investigações biológicas* que não insere colaboração sua. Os últimos escritos são, na maior parte, notas de técnica, artigos de revisão e de esclarecimento de ideas anteriormente expostas e considerações críticas sôbre pontos litigiosos. Reeditou, com notas elucidativas e complementares, os antigos trabalhos relativos à neurogênese dos Vertebrados, hoje difíceis ou impossíveis de encontrar por se acharem de há muito esgotados. Em 1932 reimprimiu, com adições, a grande memória de 1892 sôbre a retina dos Vertebrados que saíra na revista *La Cellule*, assim como o seu estudo sôbre a macroglia.

Em 1922, com o limite de idade, veio a jubilação como catedrático, permanecendo, porém, na direcção do Laboratório, que passou a chamar-se Instituto Cajal e foi instalado em edifício expressamente construído. Por essa ocasião, foram-lhe prestadas numerosas homenagens, entre elas o *Libro en honor de Cajal*, volumosa colectânea de artigos de autores nacionais e estrangeiros, entre os quais figuram Bethé e Bielschowsky, seus antigos



contraditores. A Academia das Ciências de Madrid conferiu-lhe a medalha de Echegaray.

Cajal, embora tivesse iniciado a sua carreira de investigador num país onde as ciências biológicas não eram especialmente cultivadas, onde o ensino da Histologia e da Anatomia patológica era puramente livresco, num meio em suma indiferente à pesquisa científica e insuficientemente preparado para a compreender e auxiliar, teve a boa sorte de encontrar, desde a primeira hora, colaboradores e discípulos dedicados. Entre os primeiros que dêle se acercaram, contam-se seu irmão Pedro Ramón y Cajal, autor de numerosos estudos pelo método de Golgi em Vertebrados inferiores, Claudio Sala, Carlos Calleja, Terrazas, Lavilla, Olóriz Aguilera, Del Rio Lara, M. Márquez, etc., cuja perda, da maior parte, o Mestre lamenta nos seus *Recuerdos*, uns por falecimento, outros por terem trocado a ciência pelo *desierto de la clínica*. Entre os mais modernos, devem mencionar-se Tello, seu sucessor na cátedra da Faculdade, Fernando de Castro, Achúcarro (infelizmente falecido), Domingo Sánchez, Lafora, Rio Hortega, seu filho Ramón Fañanás, Llorente de Nó e outros, bastantes estrangeiros. Geraldino Brites e o malogrado Simões Raposo também trabalharam no Laboratório de Cajal, onde aperfeiçoaram a técnica e o segundo realizou parte dos seus notáveis estudos sobre a regeneração dos tecidos da cauda dos Anfíbios.

Além da vastíssima obra histológica, de que as curtas e descosidas linhas que precedem tentam dar pálida notícia, Ramón y Cajal publicou alguns livros e opúsculos que encerram valiosos subsídios para o conhecimento da sua complexa personalidade. Nuns, de índole científica, ocupa-se de Fotografia, arte pela qual se entusiasmara na mocidade e nunca mais deixara de cultivar. A microfotografia de cortes espessos e estereoscópica, a fotografia das côres, macro e microscópica, etc., ficaram a dever-lhe interessantes e reais progressos. Em todos os trabalhos consagrados a estes assuntos, revela Cajal extensas noções de Física e de Química.

Outros escritos, de carácter mais literário, são livros e artigos de tendência mais ou menos filosófica, novelas, fantasias, comentários sérios ou jocosos, anedotas, pensamentos, impres-



sões de viagem, recordações, etc. Os principais dêstes volumes são, além dos *Recuerdos* já citados, *Cuentos de vacaciones*, *Charlas de café*, *Hombre artificial*, *El mundo visto desde los ochenta años*, êste último publicado poucos dias antes da sua morte. Como bom espanhol que se prezava de ser, Cajal, por mais atarefado que andasse e por mais preocupado com a resolução de graves problemas científicos, nunca deixava de passar pelo café e aí fazer uma pausa mais ou menos demorada. Encontrava-se então com amigos, e nessas tertúlias, a avaliar pelo que consta das *Charlas*, a política, a mulher, o amor, a velhice, a morte eram temas correntes. Os mistérios de além-túmulo constituiram como que uma obsessão nos últimos tempos da sua vida; preocupava-o também o envelhecer e a atitude dos novos perante os velhos.


As impressões de viagem, que insere nos *Recuerdos*, são curiosas. Cajal viajava pouco por terras estranhas; de uma modéstia excessiva, preferia isolar-se no seu laboratório, não aparecendo em congressos, nem se exibindo com facilidade. A maior parte das viagens que fêz foi mais por obrigação que por prazer. A primeira, a Berlim, teve por objectivo mostrar as suas preparações e expor os seus resultados. A Inglaterra e aos Estados-Unidos foi, por convite, realizar as conferências a que não podia nem devia escusar-se. Por ocasião de lhe ser conferido o prémio Nobel, teve de ir a Estocolmo recebê-lo e pronunciar a conferência a que são obrigados todos os contemplados com esta alta distinção. Em França só esteve de passagem. A única viagem de recreio que empreendeu foi à Itália, no verão de 1903. Preciava descansar o cérebro, sobreexcitado, como êle diz, pelos trabalhos que teve de efectuar para responder aos ataques dos antineuronistas. Mas embora amasse a arte: «Ante los cuadros de un Museo o al pie de gloriosas ruinas, escreve Cajal, acometianme obsesionantes hipótesis necesitadas de contraste experimental, proyectos técnicos, al parecer, henchidos de promesas». Em 1906, meses antes de ir à Suécia, assistiu ao Congresso Internacional de Medicina que se efectuou em Lisboa. Acabava de ser solicitada a sua entrada num ministério presidido por Segismundo Moret. Cajal estivera quási resolvido a aceitar o convite. Impusera, porém, como condição serem-lhe facultados meios de «despertar a Universidade espanhola do seu secular



letargo». É claro que Moret se mostrou de acôrdo com esta aspiração, mas... Cajal nunca foi ministro. E em Lisboa, «lejos de la fascinadora sirena presidencial», reconsiderou sôbre o árduo compromisso que esteve prestes a tomar.

A categoria muito diferente pertence o mais conhecido dos livros de Cajal: *Reglas y consejos de la investigación científica*. Êste livro, primitivamente discurso de recepção na Academia de Ciências exactas, físicas e naturais de Madrid, depois ampliado com novos capítulos, define, melhor que todos os demais, a atitude científica do seu autor, que se retrata fielmente quando enuncia as qualidades que deve possuir quem pretenda dedicar-se à tarefa de investigar e se refere às condições de vida, à escolha de espôsa, esboçando a êste propósito os traços da que foi sua dedicada companheira... Mas, o que acima de tudo aí se revela é o grande amor que Cajal nutria pela sua pátria e a sua preocupação constante de a elevar pelo trabalho científico. «Que cada libro extranjero en que no veas citados nombres españoles, sea un aguijón que penetre en tu alma y excite tu ansia de saber y de originalidad», dizia êle numa exortação à mocidade estudiosa, em apêndice ao discurso acadêmico. A acção de Cajal no campo pedagógico exerceu-se em grande parte através da *Junta de Ampliación de Estudios y Investigaciones científicas*, à testa da qual se manteve desde a sua criação, em 1907. E é de todos conhecido o que tem sido para a Espanha a obra desta notabilíssima instituição.

M. ATHIAS.





## Revista dos Jornais de Medicina

Deve ou não tratar-se a escarlatina com o sôro anti-escarlatínico? (*Antitoxin versus no antitoxin in scarlet fever*), por PASCAL LUCCHESI e JAMES BOROMAN. — *Jour. of Am. Ass.* 6 de Outubro de 19134.

Muito se tem dito, nos últimos anos, a-propósito do tratamento sérico da escarlatina, ora a favor, ora contra.

Em um e outro campo se encontram opiniões abalizadas e daí a impossibilidade de concluir com imparcialidade o valor do método terapêutico. Os AA. empregaram, em cinco mil trezentos setenta e sete casos, o sôro, sempre que a observação mostrou ausência de sensibilidade para a antitoxina, independentemente da gravidade da doença.

Sumário: De cinco mil trezentos setenta e sete casos de escarlatina estudados, a antitoxina foi administrada em três mil quarenta e cinco doentes.

Uma comparação entre os casos tratados pelo sôro e os que foram tratados sem sôro, mostra, nos primeiros, um encurtamento do período febril nos casos ligeiros e nos de gravidade média, e uma acção neste mesmo sentido, mas mais acentuada, nos casos graves.

A incidência de complicações foi menor também nos doentes que receberam tratamento sérico e êste facto igualmente se salientou nos casos mais severos.

A reacção sérica apareceu em 36,3 % dos doentes tratados com a antitoxina. O uso dos compostos de efedrina tem uma leve acção preventiva sôbre os fenómenos anafiláticos.

MORAIS DAVID.

---

Observações sôbre a técnica da reacção de Friedman para a gravidez. (*Observations on the technic of the Friedman test for pregnancy*), por A. M. YOUNG. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Agosto de 1934.

Y. recorda os princípios da reacção de Aschheim-Zondek, sua técnica e resultados, e depois descreve as modificações propostas em 1929 e 1931 por Friedman, que, como se sabe, escolhe para animal de prova a coelha e não as ratinhas, como fizeram os autores da reacção.

São as seguintes as normas recomendadas para a prova de Friedman:

1) Selecção de coelhas fêmeas domésticas e maduras, com pêso entre 2 a 4 quilogramas.

2) Isolamento dos animais em caixas individuais.

3) Uso do sulfato de morfina, por via intravenosa, como anestésico.



4) Laparotomia preliminar e inspecção dos ovários de forma a escolher apenas os animais com folículos maduros ou quási maduros, mas sem *corpora hemorrhagica* ou *corpora lutea*.

5) Injecção intravenosa de 15 cc. de urina clara, filtrada, aquecida à temperatura do corpo, com 1015 de densidade ou mais e colhida na primeira micção da manhã. Esta dose repete-se ao fim de quatro horas.

6) Quarenta e oito horas depois da primeira injecção reabre-se a ferida operatória e inspecionam-se novamente os ovários. Se as alterações ováricas parecem grosseiramente positivas, extirpa-se um dos ovários para exame histológico com cortes por congelação. A presença de tecido luteínico na parede de um ou mais folículos, associada com maior ou menor hemorragia folicular, constitue uma reacção indubitavelmente positiva.

7) Se não aparecem *corpora hemorrhagica*, encerra-se de novo a cavidade abdominal e injectam-se mais 15 cc. duma urina reconhecidamente positiva. Quarenta e oito horas depois desta injecção inspeciona-se mais uma vez a cavidade abdominal. Se os ovários revelam agora *corpora hemorrhagica* e corpos amarelos pelo exame microscópico, a reacção é negativa.

---

MORAIS DAVID.

Comparação das reacções de Kolmer-Wassermann, Kahn e Rosenthal na sífilis. (*Comparison of the Kolmer-Wasserman, Kahn and Rosenthal tests for syphilis*), por ALBERT SCOTT. — *The Jour. of Lab. and Clin. Med.* Setembro de 1934.

Salvo a prova de microfloculação de Rosenthal, tôdas as outras reacções são correntes em laboratório.

A prova de Rosenthal, proposta em 1929, vem descrita detalhadamente no artigo.

Sumário e conclusões:

Os resultados abrangem o exame de mil cento oitenta e cinco soros e cinco líquidos céfalo-raquidianos. Em face desses resultados, conclue-se que a reacção de Rosenthal é boa, simples e pouco dispendiosa, e concordante com as outras provas.

---

MORAIS DAVID.

O diagnóstico e tratamento da icterícia por obstrução. (*The diagnosis and management of obstructive jaundice*), por HOWARD CLUTE e NEIL SWINTON. — *The New. Eng. Jour. of Med.* 14 de Junho de 1934.

O tratamento da icterícia de retenção depende do diagnóstico precoce.

Tôda a icterícia do adulto deve, em princípio, ser considerada como icterícia de obstrução, até que se prove ser outra a sua natureza, e todo o doente deve imediatamente ser estudado sob o ponto de vista da natureza da sua icterícia, obstrutiva, infecciosa ou hemolítica. Na prática clínica são três as causas principais da icterícia por obstrução: calculose, apêrto das vias biliares e neoplasia.



O diagnóstico assenta na história clínica, na presença de bilis na urina e no aspecto das fezes. Outras provas laboratoriais trazem esclarecimentos adicionais: a falta de urobilina na urina indica completa obstrução das vias biliares. Grandes quantidades de urobilina significam alteração do parênquima hepático. As avaliações repetidas de bilirubina podem indicar o curso da icterícia, o grau de lesão do fígado. A drenagem duodenal é um dos meios mais seguros para determinar o estado de permeabilidade das vias biliares e permite uma certa diferenciação nas causas que provocam a obstrução dos ductos biliares.

Fixado o diagnóstico de icterícia por obstrução, devem tomar-se as decisões necessárias e imediatas para a intervenção operatória. O emprêgo judicioso de fluidos, sêro fisiológico, glucose e transfusão sanguínea, constitue medida importante na preparação pre-operatória dos doentes. No período post-operatório a complicação mais séria é a hemorragia. O tratamento desta intercorrência impõe a transfusão sanguínea.

MORAIS DAVID.

**Abcessos amebianos do fígado.** (*Amebic abscess of the liver*), por FREDERICK CHRISTOPHER. — *The Surg. Clin. of North Am.* Agosto de 1934.

Relatam-se dois casos de abcesso amebiano do fígado, um secundário a sintomas de disenteria, com exame das fezes positivo, e outro acompanhado de lesões de colecistite subaguda e apendicite aguda flegmonosa e em que só tardiamente se encontraram amibas nas fezes.

Descrevem-se a marcha clinica dos dois casos, que terminaram pela morte, os relatórios anátomo-patológicos e os tratamentos usados nos dois casos descritos e o tratamento medicamentoso moderno da disenteria amebiana em geral.

MORAIS DAVID.

**Hérnia diafragmática.** (*Diaphragmatic hernie*), por FREDERICK CHRISTOPHER. — *The Surg. Clin. of North Am.* Agosto de 1934.

Descreve-se um caso de hérnia diafragmática, post-traumática em que passaram através do diafragma o estômago, uma grande parte do cólon, o baço e um pouco menos de metro e meio de intestino delgado.

Reduziu-se a hérnia, praticou-se a reposição anatómica da lesão diafragmática. Em um capítulo final do artigo descrevem-se os tipos de hérnia diafragmática e os seus sintomas clínicos.

MORAIS DAVID.

**Oclusão vascular mesentérica.** (*Mesenteric vascular occlusion*), por J. E. DUNPHY e ROBERT ZOLLINGER. — *The New Eng. Jour. of Med.* 18 de Outubro de 1934.

A precisão no diagnóstico do síndrome de oclusão vascular mesentérica é muito precária. Em abôno desta afirmação citam-se algumas estatísticas e



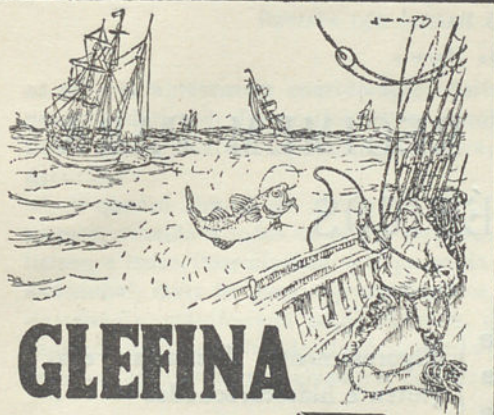
## Glefina e Lasa

São os melhores produtos nacionais na sua classe e distinguem-se pela pureza absoluta dos seus vários componentes

# LASA



Para as doenças do aparelho respiratório e sua convalescência



# GLEFINA

é o único reconstituente a base de Oleo de Fígado de Bacalhau que pode tomar-se em tôdas as épocas do ano.

Preparado com

Extato de Oleo de Fígado de Bacalhau,  
Hipofosfitos Extato de malte

**NÃO PRODUZ TRANS-  
TORNOS DIGESTIVOS**

**SABOR AGRADAVEL**



## Laboratorios Andrômaco

Rua do Arco do Cego, n.º 90

LISBOA

THÉRAPEUTIQUE IODORGANIQUE & RADIODIAGNOSTIC

# LIPIODOL

## LAFAY

Huile iodée à 40%.

Ampoules - Capsules  
Émulsion - Comprimés  
54 centigr. d'iode par cm<sup>3</sup>

A. GUERBET & C<sup>ie</sup>, Ph<sup>ciens</sup>

22, Rue du Landy  
S'-Ouen près Paris

HÉMET - JEP - CARRÉ

AMOSTRAS E LITERATURA: **Pestana, Branco & Fernandes, Lda.**

Rua dos Sapateiros, 39, 1.º - LISBOA



# PRODUTOS DE REGIMEM PARA DIABÉTICOS

**Farinha Integral Maltosada**  
**Farinha perglutinada**  
**Farinha glutinada** } Rígorosamente doseadas em  
gluten e hidrocarbonados

**Ovocacau**, sem açúcar, agradável ao paladar e rígorosamente doseado em hidrocarbonados.

**Gluten puro**, permitindo graduar qualquer tipo de farinha com a percentagem desejada de hidrocarbonados.

**Café maltosado**, o melhor café que se pode exigir, com o aroma do café natural, sem cafeína. Não confundir com o café de cevada.

**Gerimaltina** — Extracto de cereais, sem hidrocarbonados para alimentar diabéticos, em estado febril, que não possam tomar o **Cerimalte**.

O regimem e cosinheiro dos diabéticos, volume contendo tôdas as indicações uteis para alimentar os diabéticos, com várias receitas para a sua cozinha especial, doces, etc. Instrução para doseamento da glicose na urina e no sangue por processos simples e rápidos.



**Laboratório Farmacológico J. J. Fernandes, L.<sup>da</sup>**

**Rua Alves Correia, 187**

**L i s b o a**



os autores apresentam considerações derivadas do estudo de cinco casos pessoais, dois com diagnóstico pre-operatório, um apenas operado e curado. Dêste doente relatam-se a história clínica, a intervenção operatória e seu decurso.

O quadro clínico da afecção é pouco característico. A dor abdominal intensa, rebelde a todos os meios terapêuticos usuais, a pobreza de sinais físicos, a leucocitose elevada, a taquicardia com temperatura baixa, a defesa abdominal, mais ou menos generalizada e a evidência de sintomas gastro-intestinais, manifestada pelos vômitos, diarreia ou obstrução subaguda, sugerem uma suspeita da doença. Um diagnóstico precoce permite uma intervenção operatória, salvadora, por vezes.

MORAIS DAVID.

---

**Estudos acérca da agranulocitose. Relato de dois casos de agranulocitose, em seguida ao uso de dinitrofenol.** (*Studies in agranulocytosis. Report of two cases of agranulocytosis following the use of dinitrophenol*), por WILLIAM DAMECHEK e SAMUEL GARGILD. — *The New Eng. Jour. of Med.* 6 de Setembro de 1934.

Os conhecimentos sôbre a agranulocitose têm revelado a relação que existe em certos casos com a absorção de determinadas substâncias que se supõe exercerem acções tóxicas

O dinitrofenol é um composto recente proposto para o tratamento da obesidade e que pode determinar fenómenos tóxicos com reacções do fígado e do rim. Êste estudo refere dois casos de agranulocitose, um curado, outro falecido, em que os sintomas se manifestaram depois da administração da droga. Em ambos se fêz o tratamento com o sulfato de adenina por via intravenosa.

MORAIS DAVID.

---

**Um novo perigo na terapêutica do dinitrofenol.** (*A new danger in dinitrophenol therapy*), por SOLOMON SILVER. — *Jour. of Am. Med. Ass.* 6 de Outubro de 1934.

Um outro caso de agranulocitose mortal, que se descreve :

Uma mulher, em quem os sintomas sobrevieram, ao que parece, como sinais tóxicos do dinitrofenol. O autor, no final do artigo, em *addendum*, alude a outro caso de agranulocitose, também em uma mulher e nas mesmas condições de tratamento pelo dinitrofenol.

MORAIS DAVID.

---

**Comoção medular. Estudo histológico de dois casos.** (*Spinal concussion. A histologic study of two cases*), por ROBERT S. BALDWIN. — *Arch. of Neurology and Psychiatry.* Vol. XXXII. N.º 3. Pág. 493. Setembro de 1934.

O A. apresenta o estudo clínico e anatómico de dois doentes que sofreram violentos traumatismos na região dorsal, seguidos de paraplegia, per



turbações da sensibilidade e dos esfíncteres, mas nos quais se podia pôr de parte a hipótese de compressão directa da medula ou de hematomielia. Um dos casos apresentava uma dissociação das perturbações sensitivas do tipo siringomiélico. No fim de treze dias êste doente começou a apresentar notável remissão dos sintomas neurológicos, e no exame histológico posterior mostrava lesões pouco intensas, sendo provável grandes melhorias clínicas se o doente não tem succumbido à infecção de escaras cutâneas e da bexiga.

O segundo caso apresentou, desde o início, o aspecto de uma lesão transversal da medula completa e rapidamente fatal.

As alterações histológicas encontradas em ambos os casos consistiam em degenerescência primária e secundária das raízes raquidianas, focos de amolecimento no parênquima medular e destruição das células ganglionares.

Estas alterações anátomo-patológicas são idênticas às encontradas em animais sujeitos a comoções medulares experimentais. A predominância dos focos de amolecimento nos cordões posteriores parece ser bastante característica, pois tem sido indicada por outros autores em casos semelhantes.

O autor não discute as várias teorias da patogenese da comoção medular, limitando-se a acentuar a diferença entre a comoção medular e a hematomielia; na primeira, as melhorias são sempre incompletas e tardias, ao passo que na hematomielia observam-se, após a reabsorção da hemorragia medular, melhorias rápidas e, por vezes, restituições completas de função.

O A. termina o seu trabalho pelas conclusões seguintes:

1) Um traumatismo pode produzir alterações estruturais permanentes na medula, sem atingir grandemente (pelo menos sob o ponto de vista clínico) os tecidos circunvizinhos.

2) Estas alterações consistem em degenerescência do parênquima medular, com focos de amolecimento, mas sem hemorragias.

3) As lesões, se bem que mais acentuadas ao nível da região traumatizada, aparecem também em diferentes níveis medulares.

ALMEIDA LIMA.

**Hidrodinâmica cerebrospinal.** (*Cerebrospinal hydrodynamics*), por JULES H. MASSERMAN. — *Arch. of Neurology and Psychiatry*. N.º 3. Vol. XXXII. Pág. 523. Setembro de 1934.

Dos estudos da hidrodinâmica do líquido céfalo-raquidiano, executados em duzentos oitenta e quatro doentes, julga o A. que, mesmo tendo em conta os inevitáveis erros experimentais e estatísticos, dado o relativamente pequeno número de casos considerados, as seguintes conclusões são suficientemente justificadas.

1) A pressão do líquido céfalo-raquidiano, num indivíduo em repouso, relaxado e tranqüilo (pressão básica) permanece quasi constante durante períodos de observação de duas a seis horas, ou apresenta muito lentas modificações dependentes de variações fisiológicas indeterminadas.

2) Não foram encontradas variações significativas da pressão básica do líquido céfalo-raquidiano em várias séries de indivíduos masculinos, femininos, brancos ou negros, de doentes de *contrôle* ou de doentes paralíticos gerais.



3) A pressão básica do líquido cérebrospinal pode variar consideravelmente ao fim de períodos longos, como consequência de alterações no estado fisiológico do indivíduo.

4) Após a extracção de 10 a 50 cc. de *liquor*, a pressão volta ao valor inicial, no tempo médio de uma a três horas. Quando se faz uma extracção rápida de mais de 30 cc., a pressão sobe, em regra, acima do nível inicial, após oito a vinte e quatro horas.

5) Após uma drenagem de 20 cc. de líquido céfalo-raquidiano, êste reconstitue-se com a velocidade aproximada de 0,3 cc. por minuto. Drenagens superiores a 20 cc. produzem, provavelmente, uma maior velocidade de produção de *liquor*. A velocidade de produção é acelerada também por uma segunda drenagem, mas não por mais de duas.

6) A remoção rápida de 10 cc. ou mais de líquido céfalo-raquidiano determina uma dilatação vascular no sistema nervoso central, que não regressa completamente, mesmo se o líquido fôr reinjectado imediatamente após a sua extracção.

7) A drenagem rápida de 35 cc. ou mais de *liquor* provoca uma constricção dos espaços ventrículo-subaracnoideos, que se inicia imediatamente após a drenagem e persiste durante, pelo menos, oito horas.

8) A diminuição da capacidade dos espaços ventrículo-meníngeos é atribuível à congestão vascular persistente do sistema nervoso central e ainda muito provavelmente ao edema do tecido nervoso cérebro-medular.

9) A remoção rápida de 35 cc. ou mais de líquido céfalo-raquidiano pode causar, além das alterações já referidas, sintomas de irritação meníngea e pleocitose estéril no *liquor*.

1c) A intensidade do síndrome post-punção raquidiana, caracterizado pelo aparecimento, com menor ou maior intensidade, de cefaleias, dores dorsais, vertigens, náuseas, ou mesmo febre e sinais de irritação meníngea, está directamente relacionada com a gravidade das alterações do sistema nervoso central determinadas pela remoção do líquido céfalo-raquidiano.

ALMEIDA LIMA.

Hidrocefalia de origem síflítica em adultos. (*Syphilitic Hydrocephalus in the adult*), por J. G. GREENFIELD e R. O. STERN. — *Brain*. N.º 55. Pág. 567. Setembro de 1932.

Os autores relatam detalhadamente sete casos verificados de hidrocéfalo síflítico em adultos. A cefaleia é o sintoma que primeiro se apresenta, encontrando-se em todos os casos. Quatro dos doentes sofriam de ataques com perda de conhecimento, por vezes acompanhados de movimentos convulsivos. Em todos os casos foram notadas paralisias várias dos nervos cranianos.

Todos os casos, menos um, apresentavam estase papilar; em quatro casos a evolução foi até à completa atrofia papilar. As perturbações motoras e sensitivas eram muito pouco acertuadas em todos os casos, menos em um que apresentava uma tetraplegia. É difícil de afirmar qual a causa do hidro-



céfalo; contudo, em quatro dos casos havia certamente bloqueio dos orifícios de saída do quarto ventrículo.

ALMEIDA LIMA.

**Tratamento da neuro-sífilis. Apreciação dos resultados obtidos em seiscentos e oitenta doentes.** (*Treatment of Neurosyphilis. Review of results in six hundred and eighty patients*), por H. HAUFORD HOPKINS. — *Arch. Internal Med.* N.º 52. Pág. 66. Junho de 1933.

O A. estuda neste artigo os efeitos dos vários métodos de tratamento da neuro-sífilis nas diferentes formas da doença. O A. adopta a seguinte classificação em seis grupos: 1) Neuro-sífilis precoce. 2) Neuro-sífilis tardia difusa. 3) Paralisia geral. 4) Tabes. 5) Atrofia óptica. 6) Neuro-sífilis vascular. 75 % dos doentes do primeiro grupo (neuro-sífilis precoce) referem o conhecimento do cancro inicial; só 50 % dos doentes dos outros grupos fornecem uma descrição do acidente primário. Os tipos de tratamento são classificados da seguinte forma: 1) Tratamento deficiente (poor treatment), isto é, de duração inferior a um ano. 2) Tratamento de rotina, isto é, com arseno-benzóis, iodetos e mercuriais ou bismúticos, administrados repetidamente e durante mais de um ano. 3) Tratamento intensivo, isto é, várias séries de dez a quinze injeções de arsenobenzóis, acompanhadas de mercuriais, bismúticos e iodetos. 4) Tratamento intradural, isto é, tratamento usual, acompanhado de injeções intra-raquidianas, segundo a técnica Swift-Ellis. 5) Triparasamida em adição ao tratamento de rotina. 6) Malarioterapia.

Nos casos de neuro-sífilis precoce, o tratamento intensivo deu constantemente bons resultados. Encontra-se neste grupo, mesmo com tratamentos inadequados, uma notável percentagem de resultados satisfatórios. Na neuro-sífilis tardia difusa o tratamento intra-raquidiano mostrou-se muito mais eficaz do que o tratamento intensivo usual, e neste grupo a malarioterapia deu resultados óptimos em mais de metade dos doentes que a ela se submeteram.

Nos grupos tabes e paralisia geral a malarioterapia foi o método que trouxe mais êxitos, trazendo notáveis melhorias em 65 % dos casos.

Na atrofia óptica a técnica de Swift-Ellis foi eficaz em vários casos em que o tratamento usual não trouxera quaisquer melhorias.

ALMEIDA LIMA.

**Resultados de novas investigações clínicas e microbiológicas sobre a peritonite, suas seroprofilaxia e seroterapia.** (*Ergebnisse, etc*), por M. GUNDEL e F. SUSSBRICH. — *Klin. Woch.* N.º 35. 1934.

A peritonite, qualquer que seja a sua origem, é, na maioria dos casos, uma infecção mixta. Só excepcionalmente se isola uma espécie bacteriana única, no pus peritoneal.

Os agentes de tal infecção são quasi sempre o coli, o bacilo da gangrena gasosa, o enterococo e bacilos afins do grupo enterococo-estreptococo.



A seroterapia e seroprofilaxia das peritonites têm que atender a estas duas circunstâncias, utilizando, para serem úteis, soros polivalentes contra aqueles agentes.

Os AA. ensaiaram um dêsse soros, tendo ocasião de verificar benefícios nítidos, profiláticos e terapêuticos, em abscessos apendiculares e peritonites da mesma origem, consecutivas a feridas por armas de fogo, esmagamentos, perfurações da vesícula, de úlceras do estômago, etc.

OLIVEIRA MACHADO.

Acêrca da icterícia na cirrose atrófica do figado. (*Über den Ikterus bei atrophischer Lebercirrhose*), por LEO HESS. — *Klin. Woch. N.º 35. 1934.*

Além da icterícia latente, que a acompanha por vezes, na cirrose atrófica podem observar-se episódios de icterícia manifesta, de variada etiologia.

O A, depois de referir a possibilidade de coexistência de icterícia hemolítica ou coelítase com cirrose de Lämrec, exemplifica as diversas formas de icterícia que sobrevêm nos cirróticos — «icterus simplex», icterícia infecciosa, atrofia amarela aguda — e indica as possibilidades de diagnóstico diferencial em cada caso.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre o estado actual das possibilidades operatórias na angina do peito. (*Über den Derzeitigen*, etc.), por OSCAR ORTH. — *Klin. Woch. N. 37. 1934.*

Depois de resumir e actualizar os conhecimentos fisiológicos, clínicos e cirúrgicos sôbre o assunto, o A. conclue:

Atendendo aos resultados estatísticos, os doentes de angina do peito devem ser operados, desde que haja indicação, logo que falhem os meios da medicina interna, não se devendo enviar os doentes ao cirurgião, tarde demais;

As operações tardias comprometem a terapêutica cirúrgica da angina do peito, ainda que não sejam responsáveis da morte do doente e esta se deva à própria angina;

Os bons resultados são facilmente esquecidos sob a impressão dos maus.

OLIVEIRA MACHADO.

Sôbre as complicações nervosas da difteria — Observações em 4937 doentes de difteria (1921-1933). (*Über die Nervösen*, etc.), por P. MUHLENKAMP. — *Klin. Woch. N.º 40. 1934.*

Resumo do autor:

Baseados em cento e cinqüenta complicações nervosas post-diftéricas, tratadas entre 1921-1933, podemos dizer o seguinte:

1) Observámos as seguintes complicações cerebrais: uma encefalite, quatro vezes sintomas de irritação meníngea, uma hemiplegia e um quadro que corresponde a uma coreia nítida.



2) O número de paralisias oscilou, nesses anos, entre 0 e 8,4% dos casos totais de difteria. A mais elevada percentagem das paralisias observámo-la no ano em que os casos de difteria eram menos numerosos, mas mais graves.

3) Quanto mais grave era a infecção diftérica, tanto mais freqüentes e mais graves se mostravam as paralisias.

4) A idade de maior freqüência das paralisias é entre os oitavo e décimo ano. É também a idade em que os casos tóxicos são mais freqüentes.

5) Nos casos leves da doença observa-se quasi exclusivamente paralisia do véu-do-paladar. Nos casos graves que apresentam outras paralisias raramente faltava aquela do véu-do-paladar.

6) As paralisias preferiam a primeira e segunda semana, como paralisias precoces, a quinta e a sétima, como paralisias tardias.

7) Não se verificou relação apreciável entre a freqüência das paralisias e a quantidade e modo de administração do sôro.

8) Como terapêutica foi quasi exclusivamente empregada a estricnina, da qual tivemos, numa série de casos, uma impressão favorável, sem que se chegasse a melhoras repentinas. Devemos descontar dêste resultado terapêutico o correspondente a observações de melhoras espontâneas, que se verificam em certas circunstâncias, rapidamente, sem medicação. Do tratamento pelo tetrofan, que só foi utilizado em número limitado de casos, não tirámos a impressão dum efeito terapêutico de confiança. Num caso de paralisia bulbar vimos, depois duma injeção intraraquidiana de tetrofan, uma piora extraordinária.

9) Antes do aparecimento das paralisias graves post-diftéricas observámo-freqüentemente, nas crianças de várias idades, uma alteração mais ou menos acentuada do estado psíquico.

OLIVEIRA MACHALO.

Alterações leucémicas dos ossos na radiografia. (*Leukämische Knochenveränderungen im Röntgenbild*), por GUNTHER PASCHLAU.—*Klin. Woch.* N.º 40. 1934.

Referência de assunto sôbre o qual há poucas comunicações.

Um doente com leucémia mielóide, que a princípio evolucionou sob a forma aleucémica, apresentou, na radiografia dos ossos dos dedos, zonas claras, que na primeira fase da doença foram consideradas como correspondendo a uma osteíte fibrosa. A favor dessa idea depunha o exame histológico dum fragmento excisado.

A evolução leucémica permitiu o esclarecimento, que obteve confirmação na autópsia. Nesta verificou-se a existência duma fibrose mais ou menos nítida ao nível dos focos antigos de infiltração mielóide dos ossos. Quere dizer, a despeito da evolução mortal da doença, houve cura da lesão óssea em alguns pontos, facto que esclarece o resultado enganador da análise histológica da biopsia.

O A. faz o diagnóstico diferencial com a osteíte fibrosa quística generalizada, com o mieloma múltiplo e doença de Gaucher. Faltava o aumento da



calcémia e diminuição da fosforémia, características da primeira. A hipertrofia esplênica e hepática do doente não existe na osteíte fibrosa.

O mieloma múltiplo prefere indivíduos mais velhos que o doente em questão, o qual tem crescimento tumoral, invadindo a cortical, determinando fractura espontânea e é nêle habitual a albuminúria de Bence-Jones.

O aspecto radiológico dos ossos, nos doentes de Gaucher, é o mais semelhante ao da leucémia. Corresponde a essas imagens idêntico processo: invasão da medula óssea pelas células lipóides hiperplasiadas. O quadro clínico é também muito semelhante. A colesterinemia elevada que caracteriza o Gaucher não existia no doente de Paschlaui.

OLIVEIRA MACHADO.

A importância da reacção de Takata no diagnóstico das doenças do fígado e suas relações com as provas de administração de galactose e bilirrubina. (*Die Bedeutung*, etc.), por LEO SCHINDEL e ERICH BARTH. — *Klin. Woch.* N.º 37 e 38. 1934.

#### Conclusões dos artigos :

Foi feita a reacção de Takata em seiscentos oitenta e sete casos, sendo cinquenta e nove vezes positiva, doze fracamente positiva e seiscentos e dezasseis negativa. A reacção de Takata pode ser considerada como característica da cirrose hepática (positiva em 83,8% dos casos). As lesões hepáticas por perturbações circulatórias dão reacção positiva somente em 18% dos casos. Percentagem semelhante se observa nas doenças do fígado resumidas sob a designação de hepatopatias (icterícia catarral). Mais pequena ainda é a percentagem nas colecisto e colangiopatias. O fígado metastático dá frequentemente resultados positivos. Nas restantes doenças só ocasionalmente se observa uma reacção de Takata positiva e quasi sempre em casos em que se pode supor uma participação do fígado consecutiva à doença primária.

O resultado da reacção de Takata não depende duma modificação do quociente albumina-globulina, do conteúdo em albumina total do sêro, nem tem paralelismo com a velocidade de sedimentação. A positividade da reacção de Takata revela um cerceamento do parênquima hepático, exprimindo sobretudo uma perturbação morfológica. Não está determinado qual o grau de desaparecimento do parênquima necessário para que a reacção seja positiva. É também desconhecido o modo por que o fígado influe na modificação da floclação do sêro. Estamos inclinados a pensar que a presença de ácidos gordos menos elevados tem um papel preponderante. Conforme as observações feitas até agora, a reacção de Takata nada informa sobre o estado funcional do parênquima restante. Por isso, a reacção de Takata não substitue as provas funcionais do fígado, que têm o seu valor próprio. Deve-se dar mais atenção à alimentação precedente quando se fazem as provas de administração de substâncias. Uma grande parte das divergências na apreciação das provas funcionais deve-se ao esquecimento dêste facto. Dada a falta de relação entre os *tests* examinados, é natural que os resultados da reacção de



Takata e os da administração de galactose e bilirrubina, comparados por nós, não sejam paralelos, tal e qual como os destas duas provas entre si.

Se, baseados nas experiências pessoais sôbre a administração de galactose e bilirrubina, não podemos abalar as ideas pessimistas da maioria dos clínicos sôbre os exames funcionais do fígado, julgamos todavia poder considerar a reacção de Takata como um enriquecimento das possibilidades diagnósticas, embora só seja admitida numa pequena parte das doenças do fígado.

OLIVEIRA MACHADO.

**Atropina na angina pectoris.** (*Atropin bei Angina pectoris*), por D. SCHEFF e P. SCHNABEL. — *Klin. Woch.* N.º 39. 1934.

Os AA. demonstram que nos casos de estenose coronária arteriosclerótica ou sífilítica, a atropina, pela sua acção aceleradora da frequência cardíaca, pode conduzir a perturbações perigosas da circulação do músculo cardíaco.

OLIVEIRA MACHADO.

«Contrôle» electrocardiográfico da morte aparente e possibilidades de reanimação. (*Elektrokardiographische Kontrolle des Scheintodes und der Wiederbelebungs möglichkeiten*), por O. BRUNS — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 32. 1934.

O A. e Thiel, em numerosas experiências com animais, verificaram que, por asfixia ou intoxicação aguda com CO e CO<sub>2</sub>, é possível obter traçados electrocardiográficos, embora a acção destas substâncias tenha provocado a morte aparente do coração: desaparecimento do pulso e dos tons cardíacos. Em casos até observaram, conforme as doses empregadas, como aparecia bloqueio parcial ou total, taquisistólia ou fibrilação, etc., e da mesma maneira, obedecendo ao protocolo experimental empregado, puderam seguir os sinais de melhoria, traduzidos electrocardiograficamente, conforme os métodos usualmente empregados, medicamentosos e mecânicos, para a reanimação da actividade circulatória.

Das suas pesquisas se verifica que nos casos de síncope, mas com a existência do reflexo da córnea, actividade respiratória e cardíaca diminuídos, é possível, com as habituais excitações da pele e das mucosas, obter o reaparecimento do regular funcionamento destes dois aparelhos; pelo contrário, isto não é possível depois do desaparecimento do reflexo corneano ou quando se suspende a respiração e a circulação. Nestas circunstâncias, ¿o que podemos nós obter com a respiração artificial de Silvester, Howard ou de Schäfer? Em geral nada se obtém com estes métodos, pois com êles não se excedem, em regra, mais de vinte compressões expiratórias sôbre o tórax; é conveniente adicionar a maçagem cardíaca indirecta, segundo Maass-Këning, que implica uma média de setenta a cem compressões da área cardíaca.

J. ROCHETA.



O metabolismo dos corpos azotados, na tuberculose. (*Der allgemeine Stoffwechsel des stichstoffhaltigen Körper bei Tuberkulose*), por S. OIRIM e I. STANCEVEN. — *Wiener Klinische Wochenschrift*. N.º 33. 1934.

Depois de numerosos trabalhos que procuram estabelecer a importância dos valores encontrados em amino-ácidos, no sangue dos tuberculosos pulmonares, apresentam os AA. os resultados das suas investigações feitas em doentes da mesma categoria, mas com formas diversas: exsudativa, fibrosa, mixta, etc. São os seguintes: o valor da aminoacidemia é menor que o normal nas tuberculoses graves; nos casos benignos ou naqueles que apresentam nítidos sinais de melhoria, dá-se um desvio no sentido da normalidade; em 17,5% dos casos os valores encontrados eram mais altos que o normal, por isso deve considerar-se um aumento ou diminuição como sinal de gravidade. Êste facto porém implica novas análises, para mais completo esclarecimento.

A creatina, em geral, mostra valores normais, a não ser que haja perturbações renais, porque então, devido a estas, há aumento.

O ácido úrico apresenta, nos casos graves, valores baixos; nos casos favoráveis a uricemia aumenta. A ureia apresenta uma ligeira diminuição, independentemente do tipo anátomo-clínico das lesões; mas do mesmo modo, os valores sobem quando há tendência para a melhoria.

Quando os doentes pioram súbitamente, o azoto total é sempre baixo, com excepção dum número reduzido de casos.

J. ROCHETA.

O tratamento pelo iodo na doença de Basedow. (*Erfahrungen über Iodbehandlung bei Basedowscher Kraukheit*), por H. DENNING e E. SCHMELKE. — *Medizinische Wochenschrift*. N.º 33. 1934.

Em cinquenta doentes de Basedow empregaram os AA. o iodo, dum modo intermitente, obtendo os melhores resultados. Contrariamente à ideia de Plummer e Boothoy, que preconizam um período único de tratamento iodado, como preparação para o acto operatório, verificaram os AA. que as melhorias alcançadas com três a quatro semanas de tratamento, se renovam após uma a duas semanas de repouso, quando aquele se recomeça. E assim sucessivamente durante vários períodos. A-pesar disto, porém, só os casos leves têm possibilidade de cura com o tratamento médico; os de mediana gravidade ficam sempre escravos do iodo, e como êste pode, por sua vez, ser causa de agravamento, impõe-se para estes doentes a roentgenterapia ou a intervenção cirúrgica.

Como doses entendem como melhores as que oscilam entre 50 a 100 miligramas de iodo por dia; doses mais baixas não produzem, em geral, efeito apreciável, e maiores podem provocar um agravamento. Não verificaram diferenças sensíveis com as diversas preparações empregadas: iodeto de sódio, iodeto de potássio ou Dijodtyrosin.

J. ROCHETA.



**A influência da hormona tireotropa sobre o metabolismo dos hidratos de carbono.** (*Über den Einfluss des thyreotropen Hormons anf. den Kohlehydratstoffwvchsel*), por V. JONÁS. — *Zeitschrift für die getamte experimentable medim.* 94 Band. 4 Heft. 1934.

O isolamento da hormona tireotropa da hipófise abriu novos caminhos ao estudo da hipertireose. O A., em trabalhos anteriores, apresentou o resultado das experiências a que tinha chegado sobre o aparelho circulatório de indivíduos normais, verificando se que com o emprêgo desta hormona se notavam perturbações em tudo semelhantes às da doença de Basedow, as quais se deviam considerar como o resultado duma influência directa nociva exercida no aparelho circulatório, derivada da perturbada função da tiroideia.

O fim das investigações apresentadas no trabalho de hoje consiste em estudar a influência da mesma hormona sobre o metabolismo dos hidratos de carbono, para especialmente servirem de comparação com as perturbações observadas nas mesmas substâncias, no hipertiroidismo, e ao mesmo tempo para melhor conhecimento do íntimo mecanismo das mesmas.

As experiências fizeram-se em três mulheres normais, em cinco doentes de Basedow com tipos diferentes de glicemia e em um caso de mixedema. A hormona empregada foi a da casa Schering e sempre em injeções intramusculares.

Chegaram aos seguintes resultados :

A glicemia, em jejum, permaneceu em limites normais; nas três pessoas normais e em dois casos de Basedow sem alteração no metabolismo dos hidratos de carbono, encontrou-se um aumento e um alongamento da hiperglicemia alimentar; na maior parte, até, glicosúria alimentar. Em dois casos de Basedow com perturbações dos hidratos de carbono, estes fenómenos ainda se tornaram mais evidentes. No mixedematoso as curvas da glicemia também se modificaram no sentido do aumento. As alterações encontradas depois da injeção da hormona tireotropa são, pois, semelhantes às observadas na doença de Basedow; não decorrem, porém, paralelamente com o aumento do metabolismo basal, pois aparecem mais tardiamente. Este facto concorda com as investigações de Lüser, que encontrou nos animais a quem tinha administrado a mesma hormona o desaparecimento do glicogénio hepático mais tardiamente que as modificações da glândula tiroideia.

Tôdas estas experiências permitem falar duma relação directa entre as modificações do metabolismo dos açúcares nos doentes de Basedow e a alterada função da sua glândula tiroideia.

J. ROCHETA.

**A sintomatologia da doença de Cushing — adenoma basófilo do lobo anterior da hipófise.** (*Zur symptomatologie des Morbus Cushing — Basophilus Vorderlappadenom*), por W. RAAB. — *Wiener Klinische Wochenschrift.* N.º 34. 1934.

Foi Cushing quem primeiramente estudou as relações de causa para efeito entre a patogénese dum determinado sindroma já conhecido, e de ori-



gem desconhecida, e o adenoma basófilo do lobo anterior da hipófise. Os casos mencionados até agora são apenas trinta e três, mas muito poucos aqueles cujo diagnóstico clínico foi confirmado pela autópsia.

Descreveu o A. mais um caso com diagnóstico feito e confirmado pela autópsia, embora êste fôsse difícil, pelos poucos sintomas apresentados e ainda pela presença doutros devidos a sífilis e que nada tinham com esta doença. Para evitar que o prático a desconheça, mencionam-se as suas características e sintomatologia próprias.

Sexo: vinte e cinco mulheres e oito homens; portanto, uma percentagem maior do sexo feminino.

Idade: em média, como início da doença, os vinte e sete anos para as mulheres e os vinte e um para os homens.

Obesidade, verificada em vinte e oito dos casos descritos; portanto, um sintoma quási constante; a sua localização é quási exclusiva ao rosto, pescoço e tronco, de modo a dar ao primeiro o aspecto de lua cheia. O aumento da gordura faz-se de uma maneira aguda, de alguns meses a um ano.

Estrias cutâneas por distensão e cujo mecanismo não pode explicar-se por estiramento da pele, visto aquelas aparecerem predominantemente no ventre, nádegas, ombros e peito.

Hipogenitalismo, que consiste especialmente em perturbações das funções sexuais.

Osteoporose e cifoses, constatadas pelas radiografias e pela autópsia; não há alterações do cálcio e do fósforo sanguíneo.

Hipertricose: em vinte e dois casos encontrou-se êste sintoma, embora com pouca intensidade; crescimento nítido da barba e destruição dos cabelos segundo o tipo masculino.

Hipertensão arterial com arteriosclerose.

Hipercolesterinemia.

Glicosúria e hiperglicemia, que apresenta, como nas acromegalias, insulino-resistência.

Polidipsia e polifagia só verificadas em seis casos.

Policitemia observada nalguns casos, e nesses em fraco grau.

Hemorragias cutâneas, quer traumáticas, quer espontâneas, em forma mais ou menos extensas ou em petaquias, sobretudo nas extremidades; por vezes menorragias, hemoptises, epistáxis, hematórias ou hemorragias retinianas.

O número dos trombocitos contudo não está diminuído.

Pigmentações da pele, que atingem especialmente o rosto, de côr castanho-avermelhado, que nitidamente se diferencia da côr característica de Addison.

Secura da pele, acrocianose e edemas das extremidades são sintomas que também se podem encontrar.

Diminuição da resistência para as infecções, que desempenham, quási sempre, a causa da morte.

A duração da doença varia muito de caso para caso: de algumas semanas a vinte e oito anos; a média, sete anos.



Como terapêutica apenas merecem mencionar-se os meios que são indicados por Cushing.

J. ROCHETA.

**Contribuição ao tratamento dos ataques de taquicardia paroxística.**  
(*Ein Beitrag zur Behandlung von Aufällen paroxysmader Tachykardie*),  
por G. SCHILDER. — *Münchener Medizinische Wochenschrift*. N.º 34. 1934.

A insuficiência de meios terapêuticos, há ainda alguns anos, que habilitava o prático a suspender um ataque de taquicardia paroxística, foi, felizmente, substituída pelo emprêgo da quinina intravenosa. Êste tem de facto uma acção evidente e rápida. Todavia, com o aumento de frequência do seu emprêgo, têm-se verificado alguns casos que não têm cedido, além de que, por vezes, a sua acção tóxica secundária sobre o miocárdio se faz desagradavelmente sentir ao doente; a acrescentar ainda a sua contra-indicação nas doenças orgânicas do coração e na gravidez.

Foi exactamente num caso de gravidez que o A. fêz, pela primeira vez, a observação da influência benéfica dos vômitos sobre um acesso de taquicardia paroxística; impressionado com o facto, começou a adoptar o sistema de provocar o vômito nestes casos, apresentando hoje uma estatística de noventa e oito casos, sempre com bons resultados.

Emprega o soluto de sulfato de cobre a 1 ‰, dado às colheres e com intervalos de cinco minutos, até provocar o vômito evidente; acontece, porém, que alguns doentes parecem apresentar nos ataques posteriores um certo grau de habituação e nestas circunstâncias basta mudar de emético e especialmente para o soluto de apomorfina a 1 ‰, um centímetro em injeção subcutânea; êste, porém, tem de ser de preparado recente. É sempre conveniente, quando se empregam estes vômitos, usar também e previamente a injeção de óleo canforado.

Quanto à explicação do facto, julga Schilder ser a seguinte: sabido por Hatcher e Weiss que o centro do vômito está colocado no núcleo do pneumogástrico, quando aquele é excitado o segundo é-o da mesma forma; de aí o poder considerar-se a acção do sulfato de cobre como devida a excitação do pneumogástrico.

J. ROCHETA.



## Biblioteca da «Lisboa Médica»

*Obras recebidas:*

**L'angiographie cérébrale, ses applications et résultats en anatomie, physiologie et clinique**, pelo Prof. EGAS MONIZ. — Volume de 328 páginas e 192 gravuras. Editado por Masson et C<sup>ie</sup>. Paris, 1934. 90 frs.

Índice das matérias contidas no volume :

Introdução.

Capítulo I. — Os progressos da técnica angiográfica.

Capítulo II. — O torotraste na prova da arteriografia cerebral.

Capítulo III. — As artérias do cérebro estudadas aos raios X.

Sifão carotídeo. Artérias frontais ascendentes e parietais anteriores. Artéria cerebral posterior. Artéria cerebral anterior. A coroideia anterior. A artéria oftálmica.

Capítulo IV. — Flebografia cerebral. Técnica.

Capítulo V. — Arteriografia da fossa posterior. Tronco basilar e artérias que dêle derivam.

Capítulo VI. — Flebografia da fossa posterior.

Capítulo VII. — Arteriografia da carótida externa.

Capítulo VIII. — Flebografia da carótida externa. Veias temporais, superficiais e meníngeas.

Capítulo IX. — Sôbre a capacidade dos capilares cerebrais.

Capítulo X. — A velocidade do sangue na circulação do cérebro, das meníngeas e das partes moles da caixa craniana.

Primeiros trabalhos. Velocidade do sangue no cérebro. Circulação meníngea e das partes moles da abóbada craniana.

A velocidade do sangue nas artérias e capilares meníngeos.

A velocidade do sangue nas temporais superficiais.

O valor do método artério-flebográfico no estudo da velocidade da circulação

Capítulo XI. — Angiografias em série da circulação da cabeça.

O problema da velocidade do sangue no cérebro e nas outras regiões da cabeça. Comentários sôbre o método artério-flebográfico para medir a velocidade do sangue.

Séries angiográficas. I caso — Carótida interna. II caso — Carótida ex-



terna. III caso — Carótida externa. IV caso — Carótida primitiva. V caso — Carótida primitiva. VI caso — Carótida primitiva. Conclusões.

Capítulo XII. — Barreira capilar.

Capítulo XIII. — Fixação do torotraste no organismo.

Neurografia.

Capítulo XIV. — Perturbações circulatórias do cérebro produzidas por tumores cerebrais na vizinhança do sifão carotídeo.

Capítulo XV. — Diagnóstico dos tumores cerebrais.

Tumores com circulação especial visível.

Obs. I. Meningioma com a circulação derivada da meníngea média.

Obs. II. Fibroma com circulação arterial derivada do sifão carotídeo e da cerebral anterior. Obs. III. Meningioma da foice do cérebro com circulação própria derivada das duas artérias pericalosas e duma das meníngeas médias. Obs. IV. Astrocitoma muito vascularizado da região parietal esquerda.

Capítulo XVI. — Localização dos tumores cerebrais pelo deslocamento das artérias.

I. Tumores do lobo frontal. Obs. V. Glioma de estrutura polimorfa do lobo frontal esquerdo. Obs. VI. Glioma quístico frontal direito. Obs. VII. Colesteatoma da parte superior da região rolândica e face inter-hemisférica direita. Obs. VIII. Quisto gliomatoso do lobo frontal esquerdo.

II. Tumores do lobo parietal. Obs. IX. Oligodendrogloma da região periférica do lobo parietal direito. Obs. X. Tubérculo profundo do lobo parietal direito.

III. Tumores do lobo temporal. Obs. XI. Grande tumor infiltrativo com quisto dos 2/3 anteriores do lobo temporal esquerdo. Obs. XII. Astrocitoma do lobo temporal esquerdo invadindo o lobo frontal. Obs. XIII. Produção esclero-gomosa sifilítica ligada à dura-máter da região pôstero-inferior dos lobos temporal e occipital direitos.

IV. Tumores doutras regiões do cérebro.

V. Tumores da fossa posterior.

VI. Tumores do ângulo ponto-cerebeloso.

Capítulo XVII. — Novos elementos trazidos pela flebografia à localização dos tumores cerebrais. Obs. XIV. Grande meningioma dos lobos parietal e occipital esquerdos. Outros casos.

Capítulo XVIII. — Aneurismas cerebrais. Obs. XV. Grande aneurisma da carótida interna direita à entrada do crânio. Obs. XVI. Aneurisma intracraniano da carótida interna. Obs. XVII. Aneurisma pediculado da parte superior do sifão carotídeo (M. Norman Dott). Obs. XVIII. Aneurisma da artéria da prega curva. Hematoma subdural. Obs. XIX. Aneurisma da cerebral anterior.

Capítulo XIX. — Angiomas cerebrais. Obs. XX. Grande angioma da região fronto-parietal direita. Obs. XXI. Grande angioma da região fronto-parietal direita e região inter-hemisférica. Obs. XXII. Angioma da artéria da prega curva.

Capítulo XX. — A angiografia nos casos de abcessos cerebrais. Obs. XXIII. Abcesso cerebral do lobo frontal à esquerda. Obs. XXIV. Outro caso de abcesso cerebral do lobo frontal esquerdo.



Projecteis intracranianos. Arteriosclerose cerebral.

Capitulo XXI. — A circulação cerebral nas hidrocefalias congénitas. Obs. XXV. Hidrocefalia. Acessos epilépticos. Paraplegia espástica. Obs. XXVI. Hidrocefalia. Ossos do crânio muito espessos. Paraplegia espástica. Macrogenitosomia.

Capitulo XXII. — Aspectos angiográficos em estudo.

Bibliografia do autor e dos seus colaboradores sôbre a angiografia cerebral.

Bibliografia geral.

---

### **Boletim do Instituto Português de Oncologia**

O Instituto Português de Oncologia, continuando na sua louvável tarefa de estabelecer uma luta eficaz contra o cancro, publica, desde Janeiro dêste ano, um boletim mensal. Destina-se a divulgar os trabalhos de educação e propaganda publicados sôbre aquele morbo e a dar uma notícia detalhada da actividade que o Instituto de Oncologia tem desenvolvido no campo terapêutico e no da investigação.

---

**Tratado de Patologia Quirúrgica**, por A. BASSET, H. COSTANTINI, G. JEANNENEY, J. MAISONNET, G. MIGINIAC. — Volumes I e II. Primeira Edição, Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1934.

---

**Crisoterapia de la Tuberculosis**, por LUIZ SAYÉ. — Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1930.

---

**Diagnóstico de la apendicitis Crónica**, por F. GALLART MONÉS e F. A. PINÓS. — Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1933.

---

**Manual de Accidentes Oculares del Trabajo. Enfermedades Profesionales. Simulación y Exageración**, por H. ARRUGA LIRÓ y L. GARCIA TORNEL. — Primeira edição, Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1934.

---

**A Patogenia do edema pulmonar agudo**, por EDUARDO COELHO. — Imprensa Libânio da Silva. Lisboa, 1934.

---

**Algus casos médico-legals**, por FRANCISCO COIMBRA e CARLOS LOPES. — Imprensa Gráfica da Revista dos Tribunais. São Paulo—Brasil, 1934.

---

**Agus Medicinails**, por ASCENÇÃO CANHEIRAS. — Imprensa Médica. Lisboa, 1934.



**O novo Hospital de San Sebastian**, por URCALA, AGUIRREBENGOA e USANDIZAGA.—Fascículo suplementar do *Arquivo de Patologia*. Vol. II. Lisboa, Palhavá, 1934.

---

**Manual de Química Fisiológica**, por M. FERREIRA DE MIRA.—Segunda edição. Livraria Editora, Lisboa, 1934.

---

**Doses suficientes na soroterapia anti-diftérica**, por DUARTE MOREIRA.—Est. Gráfico Canton e Reile. Rio de Janeiro, 1934.

---

**Midwifery in Bombay**, por H. DE SA, M. D.—Separata do *The Bombay Medical Journal*. Abril, 1934.

---

**Our Indian Sutures**, H. D. DE SA.—Junho, 1934.

---

**Spontaneous Rupture of a Pregnant Uterus, with Report of a Case**, por H. D. DE SA.—Manchester, 1934.





# Terapia das moléstias reumáticas

Dr. Georg Zachariae

DIE MEDIZINISCHE WELT, N.º 39

O autor expõe a seguinte classificação dos estados reumáticos; (1) estados inflamatórios dos músculos, incluindo a mialgia; (2) afecções reumáticas dos nervos, especialmente as nevralgias e a ciática; (3) lesões reumáticas agudas das juntas; (4) moléstias crónicas das juntas.

Para todos esses estados o autor afirma que a medida principal e essencial do tratamento deve ser banhos salinos quentes, sulfurosos com preferência, a uma temperatura de 103<sup>o</sup> F. A dissolução química dos sais, conforme se verifica, permite aos ions penetrarem na pele.

Depois de cada banho é necessário que as partes afectadas sejam cobertas com *Antiphlogistine*. O açúcar do sangue, em seguida aos banhos, diminue definitivamente, e a pressão arterial cai, em consequência do esforço dos corpos histaminicos através da pele. Precavenha se, portanto, contra o colapso. Como medida accessória o paciente deve diariamente beber água mineral da fonte Kaiser-Friedrich. Ademais de outros casos, teve cura em 79<sup>o</sup>/<sub>10</sub> de 124 casos de poliartrite crónica infectiva.

PILULAS

# OPOBYL

PILULAS

TRATAMENTO PHYSIOLOGICO

das *Ictericias, Hepatites e Cirrhosas, Angiocholites e Cholecystites, Lithiasis biliares, Enterocolites.*

*Prisões de ventre chronicas, Estados hemorroidarios.*

COMPOZIÇÃO

Extracto hepatico Saes biliares  
Boldo e Combretum Rhamnus,  
Podophyllo e Evonymina

**INSUFFICIENCIAS  
Hepatica e Biliar**

PHARMACODYNAMIA

*Cholagogo, Reeducador das  
funcções entero-hepaticas,  
Descongestivo do figado  
e dos intestinas.*

MODO DE EMPREGO

Uma a duas pilulas por dia, após as refeições.

*Amóstras gratuitas, a um simples pedido endereçado aos:*

Laboratorios A. BAILLY 15 et 17, Rue de Rome, PARIS (8<sup>o</sup>)



# LISBOA MÉDICA

JORNAL MENSAL DE MEDICINA E CIRURGIA

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

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

## CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

Continente e Ilhas adjacentes: Colónias e estrangeiro:

Ano, 60\$00

Ano, 80\$00

NÚMERO AVULSO: 8\$00 e porte do correio

Cada número terá em média sessenta páginas de texto.

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



# NOTÍCIAS & INFORMAÇÕES

## Hospitais

### Escolares

O Dr. Alexandre de Sousa Pinto foi nomeado presidente da comissão administrativa das obras dos hospitais escolares.

### Civis de Lisboa

Publicou-se um decreto que remodela o internato dos Hospitais Civis de Lisboa.

O internato constará de quatro anos, constituindo os dois primeiros o internato geral e os últimos o internato complementar, com início no dia 1 de Janeiro de cada ano.

O primeiro e o segundo ano passar-se-ão nos serviços gerais de medicina e cirurgia; o terceiro e o quarto também em serviços gerais de medicina ou cirurgia ou especialidade à escolha dos candidatos. No fim do quarto ano a Direcção Geral dos Hospitais conferirá, como prémio, uma bolsa de viagem de estudo no estrangeiro, da quantia de 9.000\$00 a um dos internos escolhidos, segundo as condições que forem fixadas no regulamento do internato.

As remunerações dos internos, a partir de 1 de Janeiro de 1935, serão de 4.200\$00, para os do primeiro e segundo anos, e de 6.000\$00, para os do terceiro e quarto anos.

—No Hospital de Santo António dos Capuchos abriu-se um curso de cirurgia para estudantes e médicos, sob a direcção do Dr. Luiz Adão.

### Militar Principal

No Hospital Militar da Estrêla abrir-se-á, por determinação do ministro da Guerra, uma consulta externa de clínica geral de doenças das crianças, que vai ser dirigida pelo Dr. Salvador da Cunha e Meneses.

\*  
\*   \*  
\*

### Viagens de estudo

O Dr. Aleu Saldanha, chefe dos serviços de radiologia dos Hospitais Civis de Lisboa, foi encarregado, em comissão gratuita de serviço público, de



visitar, durante trinta dias, os serviços da sua especialidade em Espanha, França, Bélgica, Holanda e Alemanha.

— Vai ao estrangeiro, em missão de estudo, o Dr. Tiago Marques, director da consulta de estomatologia do Hospital Escolar de Lisboa.

### Saúde das colónias

Por proposta do Govêrno vai ser agraciado com a comenda da Ordem de Benemerência, o médico Dr. André Staub, residente em Leopoldville, Congo Belga, pelos serviços prestados à colónia portuguesa como clínico e pelos donativos que tem distribuído.

— Foi nomeado, interinamente, director dos Serviços de Saúde de Angola o Dr. Araújo Álvares.

### Saúde pública

Para o lugar de médico municipal do partido de S. Marcos da Serra foi nomeado o Dr. Manuel de Sousa Guita Júnior.

— A Câmara Municipal de Alcácer do Sal pediu que não fôsse encerrado o pôsto anti-sezonático daquela região, conforme a deliberação da Direcção Geral de Saúde.

### Conferências

O Prof. Ferreira de Mira realizou, na Universidade Popular Portuguesa, uma conferência para inauguração do ano lectivo, intitulada «Defesa contra a tuberculose».

Na mesma Universidade Popular também o Dr. Álvaro Lapa falou sobre a «Defesa social contra a sífilis» e o Dr. Fausto Landeiro sobre «A luta contra as sezões».

— O Dr. Fausto Landeiro fêz, na Sociedade de Geografia, uma conferência sobre «A Jugo-Eslávia e o seu serviço de hygiene».

— No hospital da Universidade de Coimbra, o Dr. João Pôrto, director da Faculdade de Medicina daquela Universidade, pronunciou uma conferência acêrca de «O ensino e cultivo da medicina no Canadá e nos Estados- Unidos».





**PANBILINE**

nas DOENÇAS DO FIGADO

são  
os  
aneis  
de uma  
mesma cadeia:

**RECTOPANBILINE**

na PRISÃO DE VENTRE

**HÉMOPANBILINE**

nas ANEMIAS

A OPOTERAPIA  
HEPATO-BILIAR E SANGUINEA

TOTAL

LITERATURA — AMOSTRAS

LABORATOIRE  D. PLANTIER  ANNONAY (Ardèche)  
FRANCE

ou Gimenez-Salinas & C.<sup>a</sup> — 240-Rua da Palma-246 — LISBOA

Tratamento específico do Hipofuncionamento ovarico

**HORMOVARINE BYLA**

FOLICULINA FISIOLÓGICAMENTE TITULADA

Dismenorreia, Amenorreia, Menopausa, Castração cirurgica, Esterilidade.

Em caixas de 6 empôlas de 1 c. c. tituladas a 10 unidades de foliculina

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

PEDIR LITERATURAS AOS AGENTES PARA PORTUGAL:

GIMÉNEZ-SALINAS & C.<sup>a</sup>, Rua da Palma, — 240-246 — LISBOA



# CRISTOLAX

Laxativo com Malte Wander

Extracto de malte seco  
com parafina liquida

Satisfação no emprego  
Segurança na acção laxativa

Dr. A. WANDER, S.-A., Braga

À VENDA EM TODAS AS FARMACIAS E DROGARIAS 38900

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA PORTUGAL

ALVES & C.ª IRMAOS

RUA DOS CORREIROS, 41, 2.ª

L I S B O A



# CRISTOLAX WANDER